HAL
open science

L'Ordre public sanitaire (Étude de droit public interne)

Stéphanie Renard

To cite this version:

Stéphanie Renard. L'Ordre public sanitaire (Étude de droit public interne). Droit. Université de Rennes I, 2008. Français. NNT : . tel-01525379

HAL Id: tel-01525379

https://hal.science/tel-01525379

Submitted on 20 May 2017

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.

Copyright

UNIVERSITÉ DE RENNES I

Faculté de Droit et de Science politique

THÈSE

pour le

Doctorat de l'Université de Rennes I
mention « Droit »

École doctorale « Droit, Science politique et Philosophie »

Laboratoire d'Étude du Droit Public

Présentée et soutenue publiquement le 24 juin 2008
par

Stéphanie RENARD

L'ORDRE PUBLIC SANITAIRE

(Étude de droit public interne)

Thèse dirigée par : **Madame Marie-Laure MOQUET-ANGER**
Professeur à l'Université de Rennes I

Membres du jury : **Monsieur Francis CHAUVIN**
Professeur à l'Université de Rennes I

Madame Maryse DEGUERGUE
Professeur à l'Université de Paris I – Panthéon-Sorbonne
Rapporteur

Monsieur Jean-Michel LEMOYNE DE FORGES
Professeur à l'Université de Paris II – Panthéon-Assas

Madame Marie-Laure MOQUET-ANGER
Professeur à l'Université de Rennes I

Madame Aude ROUYÈRE
Professeur à l'Université de Bordeaux IV – Montesquieu
Rapporteur

L'Université n'entend donner aucune approbation, ni improbation aux opinions émises dans les thèses. Ces opinions doivent être considérées comme propres à leur auteur.

À l'instar de l'ordre public sanitaire, l'histoire de cette thèse est celle d'une naissance et d'une renaissance.

Sa naissance doit beaucoup au Recteur Jacques GEORGEL, à M. le Professeur Jean DHOMMEAUX et à mon " tuteur ", M. le Professeur Francis CHAUVIN.
Avec une pensée, lointaine mais fidèle, à Antoine VION et à Didier JEAN-PIERRE et, toujours, le souvenir d'Édouard TILLET.

Sa renaissance n'aurait pu être sans la présence de Nathalie PERRET-LAUNAY et de Monique PHAN, l'aide et l'amitié d'Hélène RANNOU-BOUCHER, ni les encouragements de Servane CARPI-PETIT et de Camille BROYELLE. Qu'elles soient sûres de ma gratitude.

À chacune de ces périodes, le soutien de mes parents fut sans réserve ; l'amitié de Nolwenn JOLIF-MARC, un trésor inestimable.

Rien n'aurait été, cependant, sans Mme le Professeur Marie-Laure MOQUET-ANGER.

À mes filles, Melwenn et Maïana ;

Et pour que les papillons reprennent leur vol.

LISTE DES PRINCIPALES ABRÉVIATIONS

Adm.	Administratif
Aff.	Affaire(s)
A.N.A.E.S.	Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé
A.N.D.E.M.	Agence Nationale pour le Développement de l'Évaluation Médicale
A.F.D.I.	Annuaire Français de Droit International
A.F.D.S.	Association Française de Droit de la Santé
A.F.S.	Agence Française du Sang
A.F.S.S.A.	Agence Française de Sécurité Sanitaire des Aliments
A.F.S.S.A.P.S.	Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé
A.F.S.S.E.	Agence Française de Sécurité Sanitaire de l'Environnement
A.F.S.S.E.T.	Agence Française de Sécurité Sanitaire de l'Environnement et du Travail
A.J.D.A.	*Actualité Juridique. Droit Administratif.*
Al.	Alinéa
A.L.I.S.	Association « Liberté, Information, Santé »
A.R.H.	Agence(s) Régionale(s) de Santé
Arr.	Arrêté
Art.	Article
A.S.N.	Autorité de Sûreté Nucléaire
Ass.	Assemblée
Assoc.	Association
B.D.E.I.	*Bulletin du Droit de l'Environnement Industriel*
B.E.H.	*Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire*
Bibl.	Bibliothèque
B.I.C.C.	*Bulletin d'Information de la Cour de cassation*
B.J.C.L.	*Bulletin Juridique des Collectivités Locales*
B.J.C.P.	*Bulletin Juridique des Contrats Publics*
B.J.D.U.	*Bulletin de Jurisprudence de Droit de l'Urbanisme*
B.J.S.P.	*Bulletin Juridique de la Santé Publique*
B.O.	*Bulletin officiel (ministère)*
Bull.	*Bulletin des arrêts des chambres civiles de la Cour de cassation*
Bull. crim.	*Bulletin des arrêts de la chambre criminelle de la Cour de cassation*
c.	Contre
C.A.	Cour d'Appel
C.A.A.	Cour Administrative d'Appel
C.A.S.F.	Code de l'Action Sociale et des Familles
Cass.	Cour de Cassation
C. assurances	Code des assurances

C.C.	Conseil Constitutionnel
C-C.L.I.N.	Centre(s) de coordination des Comités de Lutte contre les Infections Nosocomiales
C.C.N.E.	Comité Consultatif National d'Éthique pour les sciences de la vie et de la santé
C. civ.	Code civil
C. cons.	Code de la consommation
C.D.H.	Conseil Départemental d'Hygiène
C.D.M.	Code de Déontologie Médicale
C.E.	Conseil d'État
C.E.D.H.	Cour Européenne des Droits de l'Homme
C. envir.	Code de l'environnement
C.E.R.D.E.S.	Centre d'Études et de Recherches en Droit Européen de la Santé
C.G.C.T.	Code Général des Collectivités Territoriales
Circ.	Circulaire
C.I.R.E.	Cellules InterRégionales d'Épidémiologie
Civ.	Civil
Chron.	Chronique
C.J.A.	Code de la Justice Administrative
C.J.C.E.	Cour de Justice des Communautés Européennes
C.J.E.G.	*Cahiers Juridiques de l'Électricité et du Gaz*
C.J.R.	Cour de Justice de la République
C.L.I.N.	Centre(s) de Lutte contre les Infections Nosocomiales
Conv.E.D.H.	Convention Européenne de sauvegarde des Droits de l'Homme
Cne	Commune
C.N.O.M.	Conseil National de l'Ordre des Médecins
C.N.R.	Centre Nationale de Référence
C.N.R.S.	Centre National de la Recherche Scientifique
C.N.S.P.	Conseil Nationale de Santé Publique
C.N.T.S.	Centre National de la Transfusion Sanguine
Coll.	Collection.
Comm.	Commentaire
Comp.	Comparez
Concl.	Conclusions du commissaire du Gouvernement
C.P.	Code Pénal
C.P.A.M.	Caisse(s) Primaire(s) d'Assurance Malade
C.R.A.M.	Caisse(s) Régionale(s) d'Assurance Maladie
C. rur.	Code rural
C.S.H.P.F.	Conseil Supérieur d'Hygiène Publique de France
C.S.P.	Code de la Santé Publique
C.S.S.	Code de la Sécurité Sociale
Crim.	Criminel(le)
C.T.	Code du Travail
C.T.I.N.	Comité Technique des Infections Nosocomiales
C. urb.	Code de l'urbanisme
D.	*Recueil Dalloz*

D.A.	*Droit Administratif*
Dactyl.	Dactylographié
D.D.A.S.S.	Direction(s) Départementale(s) des Affaires Sanitaires et Sociales
Décr.	Décret
Décr.-L.	Décret-Loi
D.G.S.	Direction Générale de la Santé
D.H.	*Recueil hebdomadaire de jurisprudence Dalloz* (antérieur à 1941)
D.H.O.S.	Direction des Hôpitaux et de l'Organisation des Soins
Dir.	Directive (ou direction pour les ouvrages)
Dr.	Droit
D.R.A.S.S.	Direction(s) Régionale(s) des Affaires Sanitaires et Sociales
Dr. envir.	*Droit de l'environnement*
Dr. fisc.	*Droit fiscal*
Dr. rur.	*Droit rural*
Dr. soc.	*Droit social*
Éd.	Édition
E.D.C.E.	*Études et Documents du Conseil d'État*
E.F.G.	Établissement français des Greffes
E.F.S.	Établissement français du Sang
Envir.	*Environnement*
E.P.R.U.S.	Établissement de préparation et de réponse aux urgences sanitaires
E.S.B.	Encéphalite Spongiforme Bovine
Féd.	Fédération
F.I.V.A.	Fonds d'Indemnisation des Victimes de l'Amiante
G.A.C.E.	*Les Grands Avis du Conseil d'État*
G.A.D.U.	*Les Grands Arrêts de Droit de l'Urbanisme*
G.A.J.A.	*Les Grands Arrêts de la Jurisprudence Administrative*
Gaz. Pal.	*Gazette du Palais*
G.D.C.C.	*Les Grandes Décisions du Conseil constitutionnel*
H.A.S.	Haute Autorité de Santé
H.C.S.P.	Haut Conseil de la Santé Publique
Ibid.	*Ibidem* (au même endroit).
I.E.P.	Institut d'Études Politiques
I.G.A.S.	Inspection Générale des Affaires Sociales
Info. Pharma.	*Informations pharmaceutiques*
I.N.P.E.S.	Institut National de Prévention et d'Éducation pour la Santé
I.N.S.E.R.M.	Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale
InVs	Institution national de Veille sanitaire
I.P.P.	Incapacité Physique Permanente
IR	Information Rapide du *Recueil Dalloz*
I.R.S.N.	Institution de Radioprotection et de Sûreté Nucléaire.
J.	Jurisprudence
J.C.P.	*La Semaine juridique. Éd. Générale (Juris-Classeur Périodique)*
J.C.P. A	*La Semaine juridique. Éd. Administrations et collectivités territoriales (Juris-Classeur Périodique)*

J.C.P. E	*La Semaine juridique. Éd. Entreprise (Juris-Classeur Périodique)*
J.O.	*Journal Officiel*
J.O.C.E.	*Journal Officiel des Communautés Européennes*
J.O.U.E.	*Journal Officiel de l'Union Européenne*
L.	Loi
L.G.D.J.	Librairie Générale de Droit et de Jurisprudence
Loc. cit.	*Loco citato* (à l'endroit cité)
Nouv. Pharma.	*Nouvelles Pharmaceutiques*
Obs.	Observations
O.G.M.	Organisme(s) Génétiquement Modifié(s)
O.M.S.	Organisation Mondiale de la Santé
O.N.I.A.M.	Office National d'Indemnisation des Accidents Médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales
Op. cit.	*Opus citatum* (œuvre cité)
O.P.E.C.S.T.	Office Parlementaire des Choix Scientifiques et Technologiques
O.P.E.P.S	Office Parlementaire d'Évaluation des Politiques de Santé
O.P.R.I.	Office de Protection contre les Rayonnements Ionisants
Ord.	Ordonnance
Pan.	Panorama
Plén.	Assemblée Plénière de la Cour de cassation
P.M.I.	Protection Maternelle et Infantile
Préc.	Précité(es)
Priv.	Privé
P.R.S.P.	Plan Régional de Santé Publique
P.U.A.M.	Presses Universitaires d'Aix-Marseille
Pub.	Public
P.U.F.	Presses Universitaires de France
Quot. Juri.	*Le Quotidien Juridique*
Rapp.	Rapprochez
R.D. immo.	*Revue de Droit immobilier.*
R.D. rur.	*Revue de Droit rural.*
R.D.S.S.	*Revue de Droit Sanitaire et Social* (anciennement *Revue trimestrielle du Droit Sanitaire et Social)*
R.D.P.	*Revue du Droit Public et de la science politique en France et à l'étranger*
Rec.	*Recueil*
Rectif.	Rectificatif
Règl.	Règlement
Resp. civ. et assur.	Responsabilité civile et assurances
Rev.	*Revue*
Rev. adm.	*Revue Administrative.*
Rev. Dr. Inter. Priv.	*Revue de Droit International Privé*
R.F.A.P.	*Revue Française d'Administration Publique*
R.F.A.S.	*Revue Française des Affaires Sanitaires et sociales*
R.F.D.A.	*Revue Française de Droit Administratif*
R.F.D.C.	*Revue Française de Droit Constitutionnel*

R.F.D.Comp.	*Revue Française de Droit Comparé*
R.G.D.I.	*Revue Générale de Droit International*
R.G.D.M.	*Revue Générale de Droit Médical*
R.H.M.C.	*Revue d'Histoire Moderne et Contemporaine*
R.I.D.C.	*Revue Internationale de Droit Comparé*
R.J.C.	*Recueil de Jurisprudence Constitutionnelle*
R.J.E.	*Revue Juridique de l'environnement*
R.J.F.	*Revue Juridique Fiscale.*
R.N.S.P.	Réseau National de Santé Publique
R.R.J.	*Revue de la Recherche Juridique. Droit prospectif*
R.S.I.	Règlement Sanitaire International
R.T.D.Civ.	*Revue Trimestrielle de Droit Civil*
R.T.D.E.	*Revue Trimestrielle de Droit Européen*
R.T.D.H.	*Revue Trimestrielle des Droits de l'Homme*
R.U.D.H.	*Revue Universelle des Droits de l'Homme*
S.	*Recueil Sirey*
SC	Sommaires Commentés du *Recueil Dalloz*
Sect.	Section
Somm.	Sommaire
Spéc.	Spécial ou spécialement
Soc.	Social
S.R.A.S.	Syndrome Respiratoire Aigu Sévère
Synd.	Syndicat
T.	Tome.
Th.	Thèse
T.A.	Tribunal Administratif
T.C.	Tribunal des Conflits
CE	Communauté européenne
T.G.I.	Tribunal de Grande Instance
T.I.	Tribunal d'Instance
T.P.I.C.E.	Tribunal de Première Instance des Communautés Européennes
Trib.	Tribunal
Trib. corr.	Tribunal correctionnel
U.R.C.A.M.	Union Régionale des Caisses d'Assurances Maladies
U.S.P.P.I.	Urgence de Santé Publique de Portée Internationale
V.	Voyez
V.I.H.	Virus de l'Immunodéficience Humaine
Vol.	Volume

SOMMAIRE

PREMIÈRE PARTIE.- LA RÉCEPTION DE LA SANTÉ PUBLIQUE PAR L'ORDRE PUBLIC

TITRE 1.- LA DIMENSION SANITAIRE DE L'ORDRE PUBLIC

CHAPITRE 1.- LA SANTÉ PUBLIQUE, COMPOSANTE DE L'ORDRE PUBLIC

CHAPITRE 2.- L'ORDRE PUBLIC SANITAIRE, SOURCE D'UN « DROIT DE LA NÉCESSITÉ SANITAIRE »

TITRE 2.- LA COMPLEXITÉ DU DROIT DE L'ORDRE PUBLIC SANITAIRE

CHAPITRE 1.- LA DIVERSITÉ DES MODALITÉS DU MAINTIEN DE L'ORDRE PUBLIC SANITAIRE

CHAPITRE 2.- LA DISPERSION DE L'ADMINISTRATION CHARGÉE DU MAINTIEN DE L'ORDRE PUBLIC SANITAIRE

SECONDE PARTIE.- LA CONTRIBUTION DE LA SANTÉ PUBLIQUE À LA REDÉFINITION DE L'ORDRE PUBLIC SANITAIRE

TITRE 1.- LA SÉCURITÉ SANITAIRE, FERMENT DE LA RENAISSANCE DE L'ORDRE PUBLIC SANITAIRE

CHAPITRE 1.- LA RÉNOVATION DE L'ORDRE PUBLIC SANITAIRE

CHAPITRE 2.- LA TRANSFORMATION DE LA NORME D'ORDRE PUBLIC SANITAIRE

TITRE 2.- L'ÉMERGENCE DU PATERNALISME SANITAIRE DE L'ÉTAT

CHAPITRE 1.- L'APPROFONDISSEMENT DE L'OBLIGATION D'AGIR POUR LA PROTECTION DE LA SANTÉ PUBLIQUE

CHAPITRE 2.- L'EXTENSION CONTINUE DE L'EMPRISE SANITAIRE DE L'ÉTAT

INTRODUCTION GÉNÉRALE

1 Apparenter la santé à l'ordre public relève tout à la fois de l'évidence et de la gageure. De l'évidence, car la notion d'ordre public comporte indiscutablement une part de sanitaire. La portion est congrue si l'on s'en tient à la définition générale traditionnelle de l'ordre public, telle qu'elle apparaît aujourd'hui à l'article L. 2212-2 du Code général des collectivités territoriales. La dimension sanitaire de l'ordre public se réduit alors à la préservation de la salubrité publique, ce qui comprend le nettoiement des rues, quais, places et voies publiques, l'interdiction de rien jeter qui puisse causer des exhalaisons nuisibles, la répression des dépôts, déversements, déjections, projections de toute matière ou objet de nature à nuire, en quelque manière que ce soit, à la sûreté ou à la propreté des voies susmentionnées, l'inspection sur la salubrité des comestibles exposés en vue de la vente ainsi que le soin de prévenir, par des précautions convenables, ou de faire cesser, par la distribution des secours nécessaires, les accidents et les fléaux calamiteux, dont relèvent les maladies épidémiques ou contagieuses et les pollutions de toute nature.

Le volet sanitaire de l'ordre public est en revanche beaucoup plus important dès lors que l'on se penche sur l'ensemble des mesures impératives intervenant dans le domaine de la santé. La santé publique emprunte fréquemment les instruments de l'ordre public, et particulièrement la réglementation et la contrainte individuelle de police, destinées à prévenir ou à faire cesser des situations préjudiciables à la santé des personnes par la régulation des droits et des libertés publiques. Ces prescriptions peuvent être législatives ou administratives, générales ou spéciales, collectives ou individuelles. Toutes ont un effet limitatif ou privatif de liberté et se caractérisent par l'impérativité. L'exemple le plus illustre est celui des obligations vaccinales : imposées par les textes, ces mesures de soins font partie de la police de la santé publique[1] et, comme le remarquait le commissaire du Gouvernement Marceau LONG en 1958, ont « *au plus haut point le caractère de mesures d'ordre public* »[2].

---

[1] En ce sens, *cf.* notamment C.E., 26 nov. 2001, *A.L.I.S. et a.*, n°s 222741, 223639, 224342, 224358, 224384 et 224428, *R.F.D.A.* 2002, p. 65, concl. S. BOISSARD ; *R.D.S.S.* 2002, p. 471, comm. J.-S. CAYLA ; *Jurisprudence de la santé* 2001-2002, p. 64.

[2] M. LONG, concl. sur C.E., 4 juill. 1958, *Sieur Graff et Époux Reyes* (2 esp.), *R.D.P.* 1959, p. 315-332 (également publiées au *J.C.P.* 1959, II, 117).

Quoique la santé publique ne soit guère présente dans les définitions générales et classiques de l'ordre public, il existe ainsi tout un ensemble de prescriptions impératives de faire ou de ne pas faire, d'origine législative ou administrative, *« dont la justification*, note Mme HENNETTE-VAUCHEZ, *semble reposer sur quelque chose comme un ordre public sanitaire* »[1]. Ce « quelque chose » résume à lui seul toute la gageure du sujet.

2 L'idée d'un ordre public sanitaire n'est en soi pas contestée, même si la notion n'apparaît guère dans les études doctrinales. Or malgré la rareté de ces références d'auteurs, il est déjà possible d'en distinguer deux approches radicalement différentes[2].

Pour les uns, l'ordre public sanitaire, fondamentalement distinct de l'ordre public traditionnel au sens de la police générale, serait la résultante des politiques volontaristes de régulation menées depuis quelques décennies dans le domaine sanitaire (en particulier, celui de la sécurité sanitaire). De « *création* » récente, l'ordre public sanitaire serait en fait révélé par « *la variété et l'apparition régulière de nouvelles polices spéciales* » en cette matière[3]. Dans cette perspective, l'ordre public sanitaire renvoie alors à un instrument de la puissance publique visant à assurer la mission constitutionnelle de protection de la santé confiée à la Nation par l'alinéa 11 du Préambule de la Constitution du 27 octobre 1946. Pour d'autres, au premier rang desquels le doyen Jean-Marie AUBY, l'ordre public sanitaire ne relève pas, ou pas seulement, de l'affirmation de la puissance publique dans le domaine de la santé, mais il dérive de la norme générale d'ordre public dont il traduit les exigences sanitaires. L'ordre public sanitaire désigne ici cet élément premier du droit de la santé qui permet « *à l'État de protéger la société contre les désordres ayant leur origine dans des facteurs sanitaires* »[4].

Quoique très éloignées, ces deux approches de l'ordre public sanitaire ne sont pas incompatibles si l'on considère que l'ordre public sanitaire est une notion ancienne (Section 1) qui, influencée par les évolutions contemporaines de la santé publique (Section 2), a récemment acquis une dimension nouvelle (Section 3).

---

[1] S. HENNETTE-VAUCHEZ, *Disposer de soi ? Une analyse du discours juridique sur les droits de la personne sur son corps*, Paris, L'Harmattan, 2004, coll. Logiques Juridiques, Préface de É. PICARD, p. 227.

[2] Nous n'évoquons ici que les approches radicalement opposées en délaissant volontairement les conceptions intermédiaires de l'ordre public sanitaire retenues, par exemple, par M. LINOTTE (L'unité fondamentale de l'action administrative ou l'inexistence de la police administrative en tant que catégorie juridique autonome, in *La police administrative existe-t-elle ?*, sous la dir. de D. LINOTTE, Paris/Aix-en-Provence, Economica/P.U.A.M., 1985, coll. Droit public positif, p. 11-28, spéc. p. 12-13), M. LEMOYNE DE FORGES (*Le droit de la santé*, Paris, P.U.F., 2007, 6e éd., coll. Que sais-je ?, p. 81-123) ou encore Mme DEGUERGUE (Droit des malades et qualité du système de santé, *A.J.D.A.* 2002, n° 6, p. 510).

[3] M. CORMIER, Les interventions de la puissance publique en matière sanitaire et sociale, in *Droit administratif et administration*, sous la dir. de J. PETIT, Paris, La Documentation Française, 1998, coll. Les notices, Notice 24, p. 122. Dans le même sens, *cf.* Ph. MOREAU, *La sécurité sanitaire et l'ordre public*, Th. Paris I, 2004, dactyl., 995 p.

[4] J.-M. AUBY, Droits de l'homme et droit de la santé en particulier dans le régime juridique des services publics sanitaires, in *Service public et libertés. Mélanges Robert-Édouard CHARLIER*, Paris, Éditions de l'Université et de l'enseignement moderne, 1981, p. 673.

SECTION 1
L'ORDRE PUBLIC SANITAIRE, ÉLÉMENT PREMIER DE L'INTERVENTION SANITAIRE DE LA PUISSANCE PUBLIQUE

3 Selon une proposition simple, au moins en apparence, l'ordre public désigne « *un ensemble de principes, écrits ou non, qui sont, au moment où l'on raisonne, considérés, dans un ordre juridique, comme fondamentaux et qui, pour cette raison, imposent d'écarter l'effet, dans cet ordre juridique, non seulement de la volonté privée mais aussi des lois étrangères et des actes des autorités étrangères* »[1].

L'ordre public, souligne Mme BLET-PFISTER, emporte trois types de relations : une relation d'exclusion (l'absence de troubles), une relation d'implication (la protection d'un intérêt social dominant) et une relation de restriction (l'exception à la règle normalement applicable)[2]. Il s'exprime comme un instrument essentiel de la puissance publique qui permet à ses dépositaires d'imposer la discipline nécessaire au bon fonctionnement de la société et à la préservation de ses valeurs fondamentales. En droit administratif, l'ordre public s'impose ainsi comme le concept qui constitue la police en fonction, celle-ci, remarquant M. PICARD, ne pouvant légitimement se concevoir en dehors de lui[3].

---

[1] G. CORNU (dir.), *Vocabulaire juridique*, Assoc. Henri CAPITANT, Paris, P.U.F., 8e éd., 2007, coll. Quadrige, *verbo* « ordre public ». Dans le même sens, *cf.* entre autres P. BERNARD, *La notion d'ordre public en droit administratif*, Th. Droit, 1959, Paris, L.G.D.J., 1962, 286 p., coll. Bibl. de droit public, Préface de G. PÉQUIGNOT, p. 252 et les obs. de Ph. ARDANT sous cette thèse, *R.D.P.* 1964, p. 754 ; J.-L. COSTA, *Liberté, ordre public et justice en France, Cours à l'Institut d'études politiques*, Paris, Les Cours du droit, 1964-1965, p. 173 ; É. PICARD, *La notion de police administrative*, Th. Droit, Paris, L.G.D.J., 1984, 2 t., 926 p., L'influence du droit communautaire sur la notion d'ordre public, *A.J.D.A.* 1996, n° spéc. annuel : « Droit administratif et droit communautaire », p. 58 et La fonction de l'ordre public dans l'ordre juridique. Introduction générale, in *L'Ordre public : Ordre public ou ordres publics ? Ordre public et droits fondamentaux*, Actes du colloque du Centre de recherche sur les droits fondamentaux de Caen des 11 et 12 mai 2000, sous la dir. de M.-J. REDOR, Bruxelles, éd. Bruylant, 2001, coll. Droit et Justice, n° 29, p. 17-61, spéc. p. 56-57 ; J.-F. ROMAIN, L'ordre public et les droits de l'Homme, in *L'Ordre public. Concept et applications*, Bruxelles, 1995, éd. Bruylant, coll. de la Faculté de droit-ULB, Les conférences du centre de droit privé et de droit économique, vol. III, p. 9-12 ; Ch. VIMBERT, L'ordre public dans la jurisprudence du Conseil constitutionnel, *R.D.P.* 1994, p. 694 ou encore M.-C. VINCENT-LEGOUX, *L'Ordre public. Étude de droit comparé interne*, Th. Droit, Dijon, 1996, dactyl., p. 3-5. Telle était déjà l'approche de Léon DUGUIT (*L'État, le droit objectif et la loi positive*, Paris, A. Fontemoing, 1901, p. 566) et de Georges VEDEL qui, dans ses *Cours de droit administratif*, notait que l'ordre public « *est un ensemble de conditions extérieures permettant à la vie en société de se dérouler normalement* » (Les cours de droit, 1967-1968, p. 20). V. encore G. VEDEL et P. DELVOLVÉ, *Droit administratif*, Paris, P.U.F., 1992, p. 31 et Ch. EISENMANN, *Cours de droit administratif*, Paris, L.G.D.J., 1982, t. 1, p. 354. C'est cette approche que retient la Cour de Justice des Communautés européennes pour laquelle le recours à la notion d'ordre public « *suppose l'existence en dehors du trouble pour l'ordre public que constitue toute infraction à la loi, d'une menace réelle et suffisamment grave affectant un intérêt fondamental de la société* » (27 oct. 1977, *Bouchereau*, aff. 30-77, *Rec.* p. 1999).

[2] V. BLET-PFISTER, L'ordre public (Fragments pour une étude sur l'appareil d'État), in *Mélanges dédiés à la mémoire de Jacques TENEUR*, Lille, Université de Droit et de la Santé de Lille, 1977, coll. des travaux de la Faculté des Sciences Juridiques, Politiques et Sociales de Lille, t. I, p. 68.

[3] É. PICARD, *La notion de police administrative*, *op. cit.*, t. 2, p. 529. Réciproquement, la police doit être définie comme « *la fonction qui consiste à établir une discipline sociale en vue de l'ordre public* » : D. MAILLARD DESGRÉES DU LOÜ, *Police générale et police spéciale*, Th. Droit, Rennes I, 1988, 2 vol., dactyl., vol. 1, p. 1. *Contra* : Y. CHÉROT, La notion d'ordre public dans la théorie de l'action administrative, in *La police administrative existe-t-elle ?*, *op. cit.*, p. 31, pour lequel la doctrine de l'État-providence a rompu ce « *lien nécessaire entre police et ordre public* », et D. LINOTTE, L'unité fondamentale de l'action administrative..., *op. cit.*, p. 11-28.

Envisager une notion d'ordre public sanitaire revient de la sorte à examiner la participation de la santé publique à cette fonction de protection d'un ou de plusieurs intérêts sociaux fondamentaux qui justifie que les autorités de puissance publique écartent l'application de la règle de droit normalement applicable pour des motifs d'ordre sanitaire.

4 Encore faut-il savoir à quel niveau et à quel degré se situe la participation de la santé publique à l'ordre public et, plus particulièrement, déterminer si la santé publique doit plutôt être conçue comme une *condition* ou un *objectif* à part entière du maintien de l'ordre. La différence est ici essentielle. Dans le premier cas, l'ordre public sanitaire aura pour fonction d'assurer les conditions sanitaires de la sécurité et de la paix sociales. Il s'agira ainsi de garantir la sûreté *par* la santé. Dans la seconde hypothèse, la santé publique constitue en elle-même un objectif de l'ordre public dont la dimension sanitaire sert alors au minimum à maintenir et/ou à créer les conditions collectives de la santé, soit à protéger la sécurité *pour* la santé. À cette question, il nous faudra répondre en gardant à l'esprit l'avertissement de Prosper WEIL : derrière les controverses nouées autour de l'ordre public, se cache une question éminemment politique qui est celle du rapport de l'autorité et de la liberté, soit celle de l'État de droit[1].

5 L'imbrication est étroite entre l'ordre public et la santé publique. Historiquement et aujourd'hui encore, la santé publique participe au maintien de l'ordre public, au moins en ce qu'elle permet d'assurer la protection de la collectivité contre les facteurs sanitaires de désordre. Inversement, les instruments de l'ordre public, et plus spécialement la réglementation et la police sanitaires, viennent depuis toujours au soutien de la santé publique, même si les finalités et les moyens de celle-ci dépassent évidemment le champ de l'ordre public[2]. D'un côté, le maintien de l'ordre public justifie des mesures de santé publique. De l'autre, la santé publique requiert l'usage des instruments de l'ordre public.

6 De la sorte, force est déjà d'admettre que les origines de l'ordre public sanitaire sont au moins aussi anciennes que celles de la santé publique. Il suffit pour s'en convaincre de se reporter à la loi fondatrice du 15 février 1902 relative à la protection de la santé publique qui a institué les règlements sanitaires, prescrit de nombreuses règles

---

[1] P. WEIL, Le Conseil d'État statuant au contentieux : politique jurisprudentielle ou jurisprudence politique ?, *Annales de la Faculté de droit d'Aix-en-Provence* 1959, p. 285.

[2] L'ordre public et la santé publique, rappelle Mme MOQUET-ANGER, ne sont pas superposables. La protection de la santé constitue aussi un droit individuel et « *assigne à la santé publique des finalités particulières qui se distinguent de celles reconnues par l'ordre public sanitaire* » (Ordre public et santé publique, in *L'Ordre public : Ordre public ou ordres publics ? …, op. cit.*, p. 199-212, spéc. p. 200 et p. 208). Au-delà des réglementations préventives et répressives qui visent à préserver l'ordre public sanitaire, la santé publique couvre donc la gestion et le fonctionnement des services et des institutions sanitaires qui sont, ou non, placés sous la tutelle des pouvoirs publics. V. notamment J.-M. LEMOYNE DE FORGES, *Le droit de la santé, op. cit.*, 128 p.

d'hygiène des habitations, posé le principe de la déclaration obligatoire de certaines maladies et définit une obligation générale de vaccination contre la variole[1].

En réalité, si la police de la santé publique a pris son véritable essor à l'époque de l'hygiénisme[2], c'est bien avant la Révolution que la prévention sanitaire s'est constituée comme une branche des pouvoirs de police attachés à l'exercice de l'autorité publique[3]. Lèpre et pestes, variole et grippes ont, même aux temps reculés de l'obscurantisme moyenâgeux[4], tour à tour justifié le recours à la contrainte dans l'idée d'assurer la protection collective de la santé des personnes. Sur ce point, la remarque d'Étienne Junius BRUTUS, théoricien monarchomaque du XVIe siècle, est tout à fait instructive : « *En voulant pourvoir à ma liberté et bonne santé, je me rends esclave moy-mesme, je m'assujettis de mon bon gré, je m'expose à la licence d'un homme, je me mets les fers aux pieds* »[5].

Ces premières formes de police sanitaire intègrent l'hygiène et la salubrité publiques et sont inscrites dans les textes. On en trouve ainsi la trace dans des lettres de LOUIS XI datées de 1461 et donnant « *pouvoir aux maires et échevins de contraindre les habitans à retirer leurs immondices chez eux ou à paver devant leur maison et à punir d'amende ou autrement les délinquans, lesquelles amendes seront recouvrées pour lesdits objets* »[6]. Dès la fin du XVIIe siècle, la lutte contre les maladies contagieuses, jusqu'alors

---

[1] L. du 15 févr. 1902 relative à la protection de la santé publique, *J.O.* du 19 févr., p. 1173.

[2] Sur ce point, *cf.* notamment L. MURARD et P. ZYLBERMAN, *L'hygiène de la République. La santé publique en France, ou l'utopie contrariée 1870-1918*, Paris, Fayard, 1996, 805 p. (avec les réserves soulevées par P. BOURDELAIS dans son compte-rendu d'ouvrage publié aux *Annales de démographie historique* 1997, n° spéc. « Épidémies et populations », p. 211-212).

[3] Conseil d'État, *Rapport public 1998. Réflexions sur le droit de la santé,* Paris, La documentation française, 1999, E.D.C.E. n° 49, p. 233.

[4] *Cf.* notamment J. RUFFIÉ et J.-C. SOURNIA, *Les épidémies dans l'histoire de l'homme. De la peste au sida. Essai d'anthropologie médicale*, 2e éd., Paris, Flammarion, 1984, coll. Champs, 302 p. ; J.-P. BARDET, P. BOURDELAIS et alii., *Peurs et Terreurs face à la contagion. Choléra, tuberculose, syphilis. XIXe-XXe siècles*, Paris, Fayard, 1988, 442 p., Préface par F. LEBRUN ; J. DELUMEAU, *La peur en Occident (XIVe-XVIIIe siècle). Une cité assiégée*, Paris, Fayard, 1978, coll. Pluriel, éd. Hachette, 1996, notamment, p. 132-187 ; É. HEILMANN (textes réunis par), *Sida et libertés. La régulation d'une épidémie dans un État de droit*, Arles, Actes Sud, 1991, 334 p., Avant-propos de D. CHAVRET, Préface de F. HÉRITIER-AUGÉ.

[5] E. J. BRUTUS, *De la puissance légitime du Prince sur le peuple, et du peuple sur le Prince*, 1581, p. 163-164.

[6] Ord. de LOUIS XI portant établissement d'un corps de ville à Tours en février 1461, *Rec. Gl. des anciennes lois françaises* (ISAMBERT, JOURDAN et DECRUSY), oct. 1828, t. X, p. 441-442). Pour un autre exemple, v. la réglementation des ateliers qui provoquent des exhalaisons nuisibles, qui est l'ancêtre lointaine de la législation relative aux installations classées : en 1533, une ordonnance royale impose aux « *baudroïeurs, corroyeurs, tanneurs, pelletiers, mégissiers [et] teinturiers de cesser leur ouvrage* » (citée par Ch. BOURGUIGNON, *Des attributions de l'autorité municipale en matière d'hygiène*, Th. Droit, Bordeaux, Y. Cadoret imprimeur, 1910, p. 29). Elle est confirmée en 1567 par des lettres patentes interdisant, selon les vœux des États Généraux de 1560, l'exercice *intra muros*, de ces « *métiers qui portent puanteur ou mauvais air* ». La sévérité des sanctions encourues montre l'importance accordée à la question : les contrevenants s'exposent en effet à la confiscation de leur exploitation et à l'expulsion de la ville ainsi qu'à d'importantes amendes dont les particuliers lésés perçoivent le quart (citées par G. PICOT, *Histoire des États Généraux considérés au point de vue de leur influence sur le Gouvernement de la France de 1355 à 1614*, Genève, Mégariotis Reprints, 1979, t. 2, p. 220).

essentiellement laissée à la compétence des cités, rejoint la police générale du Royaume[1]. À la Révolution, le décret du 14 décembre 1789 et la loi des 16-24 août 1790 confirment cette dimension sanitaire de l'ordre public en confiant la salubrité et la lutte contre les fléaux épidémiques aux autorités de police municipale[2].

7 Même après la reconnaissance du droit de l'individu à la protection de la santé par l'alinéa 11 du Préambule de la Constitution du 27 octobre 1946, cette dimension collective et contraignante de la santé publique n'a guère été remise en cause. Le premier *Code de la santé publique* de 1953[3], qui, pour les auteurs les plus avertis, constitue le véritable acte de naissance du droit de la santé[4], le montre bien : sa première Partie législative s'ouvre sur trois Livres (Protection générale de la santé publique – Protection sanitaire de la famille et de l'enfance – Lutte contre les fléaux sociaux) largement consacrés aux intérêts sociaux de la santé et contenant de nombreuses dispositions de police sanitaire.

8 Il faut dès lors considérer qu'il y a toujours eu (ou presque) une part de sanitaire dans la sécurité collective qui est au cœur et au fondement de la construction de la société, de l'État et de l'ordre public[5]. Principe premier de l'action publique de santé, la lutte contre les facteurs sanitaires de désordre est une dimension essentielle de l'ordre public, qui comme le souligna HAURIOU en son temps, est l'« *âme et le règlement de la Cité* »[6].

---

[1] Cette centralisation est amorcée le 23 août 1683 par un règlement qui, à l'initiative de COLBERT, précise les « *précautions à prendre pour empêcher l'introduction de la peste* » (*Rec. Isambert.*, t. XIX, p. 431). Ce règlement est complété le 25 juill. 1708 par une ordonnance déterminant les mesures propres à empêcher « *la communication des maladies contagieuses* » (*ibid.*, t. XX, p. 533) puis, le 28 août 1713, par des dispositions destinées à « *éviter la communication d'un mal contagieux existant dans un pays voisin* » (*ibid.*, t. XX, p. 605). Les quarantaines dans les ports, expérimentées à Marseille depuis 1663, sont rendues obligatoires à Marseille et Toulon le 14 oct. 1762 (*ibid.*, t. XXII, p. 387). Le dispositif de protection est renforcé en 1786 par un arrêt du Conseil d'État du 27 août qui interdit « *l'approche des lieux destinés à la quarantaine à Marseille, à ceux qui ne sont pas dans le cas de le faire* » (*ibid.*, t. XXVIII, p. 226), puis achevé par arrêt du 10 déc. définissant les « *mesures à prendre contre la maladie de la lèpre* » (*ibid.*, t. XXVIII, p. 272).

[2] Art. 50 du décr. du 14 déc. 1789 sur la constitution des municipalités, *Rec. des lois et ordonnances* juin 1789-1790, t. 1, p. 24, n° 44 et art. 3, titre XI, de la loi des 16-24 août 1790, *ibid.*, p. 221, n° 248.

[3] Décr. n° 53-1001 du 5 oct. 1953 portant codification des textes législatifs concernant la santé publique, *J.O.* du 7 oct., p. 8833 (rectif. p. 10068) pris en application de la L. n° 51-518 du 8 mai 1951 relative à la procédure de codification des textes législatifs concernant la pharmacie et la santé publique (*J.O.* du 9 mai, p. 4829).

[4] V. notamment M.-L. MOQUET-ANGER, Droit de la santé, unité ou dualité de l'ordre juridique, in *Le Dualisme juridictionnel : limites et mérites*, sous la dir. d'A. VAN LANG, Paris, Dalloz, 2007, coll. thèmes et commentaires, p. 115.

[5] Comme l'a noté M. BRAUD, « *dès l'apparition de formes embryonnaires de pouvoir politique, s'impose l'articulation étroite entre la lutte contre les épidémies et le renforcement de l'autorité coercitive et réglementaire* » (Science politique et santé publique, in *Études de droit et d'économie de la santé*, sous la dir. de D. TRUCHET, Paris, Economica, 1982, coll. « Travaux et Recherches » - Série Faculté de sciences juridiques de Rennes, p. 74).

[6] V. notamment son *Précis de droit administratif et de droit public général*, Paris, L. Larose, 4e éd., 1900-1901, p. 533 s. C'est ce que note Mme LUSSIER lorsqu'elle souligne que « *le maintien de la paix et de la sécurité sociales comportent indéniablement une dimension protectrice qui s'étend à la santé publique comme facteur contribuant à cet objectif* » (L'ordre public et la police sanitaire au Québec, in *Études offertes à Jean-Marie AUBY*, Paris, Dalloz, 1992, p. 610).

Quoiqu'ancienne, parfois négligée et nettement concurrencée par des aspirations plus individuelles à la santé, cette branche de la santé publique et de l'action sanitaire de l'État est toujours d'actualité. La loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique, largement dominée par des considérations d'ordre public, ne permet sur ce point aucune hésitation[1]. C'est encore ce qu'illustre un décret du 26 septembre 2007 adopté en application de la loi n° 2007-297 du 5 mars 2007 relative à la prévention de la délinquance qui a modifié, dans le sens d'une plus grande sévérité, les articles R. 632-1 et R. 635-8 du Code pénal réprimant certaines atteintes portées à la salubrité publique[2].

9 Encore faut-il être conscient que l'ordre public sanitaire, partout nécessaire, variera selon le contexte dans lequel il intervient. Notion « *stable à contenu variable* »[3], l'ordre public se caractérise en effet par sa contingence qui en fait une notion axiologique et circonstancielle[4]. Il se rattache de la sorte à un standard, au sens où l'a entendu M. RIALS[5], et se présente donc à la fois comme un instrument de mesure de la normalité et une norme juridique, source de légalité.

---

[1] L. n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique, *J.O.* du 11 août, p. 14277. Les questions relatives à la protection collective de la population et le rôle régalien exercé sur ce point par l'État ont d'ailleurs abondamment nourri les travaux parlementaires sur cette loi. *Cf.* notamment les diverses interventions de M. MATTÉI, alors ministre de la Santé, de la Famille et des Personnes en commission (V. par exemple le compte-rendu n° 55 du 10 sept. 2003 de la Commission des affaires culturelles, familiales et sociales de l'Assemblée nationale) ou en séance publique (V. les 1ère et 2e séances de travaux de l'Assemblée nationale du 2 oct. 2003).

[2] Décr. n° 2007-1388 du 26 sept. 2007 pris pour l'application de la L. n° 2007-297 du 5 mars 2007 relative à la prévention de la délinquance et modifiant le C.P. et le C.P.P., *J.O.* du 28 sept., p. 15850.

[3] P. WEIL, Le Conseil d'État statuant au contentieux : politique jurisprudentielle ou jurisprudence politique ?, *op. cit.*, p. 285 et note sous C.E., Sect., 18 déc. 1959, *Soc. Les films Lutetia*, *D.* 1960, 2, p. 174. Sur le thème général des notions juridiques stables à contenu variable, *cf.* notamment C. PERELMAN et R. VANDER ELST (dir.), *Les notions à contenu variable en droit*, Bruxelles, éd. Bruylant, 1984, coll. Travaux du Centre national de recherche de logique, 377 p., spéc. Ch. PERELMAN, Les notions à contenu variable en droit, essai de synthèse, p. 363-374.

[4] V. notamment J. BREILLAT, Ordre public, ordre social, ordre politique : quelles interactions ?, in *L'Ordre public : Ordre public ou ordres publics ?...*, *op. cit.*, p. 247-283 et É. PICARD, *La notion de police administrative*, *op. cit.*, spéc. t. 2, p. 540-544, L'influence du droit communautaire sur la notion d'ordre public, *op. cit.*, p. 58 et La fonction de l'ordre public dans l'ordre juridique, *op. cit.*, p. 17-61, spéc. p. 56-57. Pour le même constat s'agissant de l'ordre public en droit privé, *cf.* J. GHESTIN, Ordre public, notion à contenu variable en droit privé français, in *Les notions à contenu variable en droit*, *op. cit.*, p. 77-97. C'est d'ailleurs ce que souligne la C.J.C.E. lorsqu'elle considère que « *les circonstances d'ordre public peuvent varier d'un pays à l'autre et d'une époque à l'autre* » et qu'elles évoluent « *en fonction des conditions sociales* » (4 déc. 1974, *Van Duyn c. Home Office*, aff. 41/74, *Rec.* 1974, p. 01337 et 26 févr. 1975, *Carmelo Angelo Bonsignore* c. *Oberstadtdirektor des Stadt Kôln* aff. 67/74, *Rec.* 1975, p. 297).

[5] S. RIALS, *Le juge administratif français et la technique du standard (essai sur le traitement juridictionnel de l'idée de normalité)*, Paris, L.G.D.J., 1980, coll. Bibl. de droit public, t. CXXXV, 564 p., Préface de P. WEIL. V. également du même auteur, Les standards, notions critiques du Droit, in *Les notions à contenu variable en droit*, *op. cit.*, p. 39-53.

Au moins deux variables de l'ordre public sanitaire peuvent déjà être soulignées. La première, d'ordre philosophique et politique, correspond à la forme du Gouvernement et au programme de l'État[1]. Tous les systèmes juridiques n'accordent pas la même importance ni la même valeur aux impératifs de la sécurité et de la liberté, de même que la place accordée à la santé collective et individuelle et le degré de protection juridique du corps humain diffèrent selon les sociétés[2]. Seconde variable, de nature plus circonstancielle, l'ordre public sanitaire s'exprimera différemment en fonction du contexte sanitaire, épidémiologique et scientifique dans lequel il intervient. Il évoluera de la sorte suivant l'état général de santé de la population, la nature et/ou la gravité des risques pouvant la menacer, les moyens techniques et scientifiques disponibles pour les prévenir, etc.

10 Pour l'heure, on se bornera à signaler l'existence de cette dimension sanitaire de l'ordre public et à en souligner deux caractéristiques essentielles. On notera, dans un premier temps, que la police sanitaire et, plus largement, l'ordre public sanitaire relèvent d'une fonction essentielle qui fonde la légitimité de la puissance publique : la protection de la sécurité des personnes. La mission de prévention des risques, comme le rappelle M. PONTIER, prend appui sur la société elle-même, laquelle est en soi une réponse aux risques qu'encourt l'individu isolé : « *L'obligation de sécurité est sans doute la première*

---

[1] Comme le souligne M. GUILLEN, notamment, « *la consistance de l'ordre public dépend des fonctions qui sont assignées aux pouvoirs publics à un moment donné* » (Dignité de la personne humaine et police administrative. Essai sur l'ambivalence du standard, in *Éthique, droit et dignité de la personne. Mélanges en l'honneur de Christian BOLZE*, sous la dir. de Ph. PEDROT, Paris, Economica, 1999, p. 181). Il est donc susceptible d'évoluer dans le temps : l'ordre public de l'Ancien Régime n'a ainsi « *plus grand-chose à voir avec celui de la République, basé sur les valeurs issues de la Déclaration des droits de l'Homme et du Citoyen* » (*ibid.*, p. 181), de même que l'ordre public a, depuis lors, considérablement évolué, tant sur le plan matériel, par l'adjonction de considérations relatives à la moralité publique et à la dignité de la personne humaine, que sur le plan fonctionnel, par sa perméabilité croissante aux droits fondamentaux (V. M.-J. REDOR (dir.), *L'Ordre public : Ordre public ou ordres publics ?...*, *op. cit.*, 436 p., spéc. l'« Ouverture » de Mme REDOR, p. 9-15). Plus prosaïquement, on relèvera que l'ordre public en période de crise ou de guerre ne sera pas le même que l'ordre public des temps de paix. L'ordre public varie aussi dans l'espace : l'ordre public municipal n'est donc pas identique à l'ordre public national, de même que ses impératifs peuvent fluctuer d'un pays à l'autre. V. notamment J.-L. COSTA, *Liberté, ordre public et justice en France, op. cit.,* p. 171 ; A. MEINERTZHAGEN-LIMPENS, Quelques aspects de l'ordre public en droit comparé, in *L'Ordre public. Concept et application, op. cit.*, p. 220-256 et A.-Ch. VAN GYSEL et J.-F. ROMAIN, Conclusions générales : l'ordre public entre hétérogénéité et homogénéité, *ibid.*, p. 306-327. Pour un exemple, v. C. KRIEF-VERBAERE, Recherches sur la notion d'ordre public en droit interne russe à l'aune du droit français, *R.I.D.C.* 2003, n° 1, p. 151-175.

[2] Notre objectif n'est pas d'inscrire ce travail dans une perspective de droit comparé ; la notion d'ordre public sanitaire est, en droit français, suffisamment ambiguë et sujette à hésitations pour que l'on restreigne son étude au droit public interne. Les systèmes étrangers ne seront donc pas envisagés ici, sauf à en indiquer, le cas échéant, les influences principales ou, à l'inverse, les contrastes les plus évidents. On illustrera néanmoins notre propos en rappelant que la Loi fondamentale d'Allemagne, adoptée en 1949 en réaction aux insuffisances de la République de Weimar et à l'avènement du nazisme, pose d'emblée le principe de l'intangibilité et de la dignité de l'être humain (art. 1) et le droit de chacun « *à la vie et à l'intégrité physique* » (art. 2) qui, comme l'ensemble des droits fondamentaux qu'elle consacre, sont directement opposables. En France, ce n'est qu'en 1994 que ces principes ont été officiellement intégrés dans le bloc de constitutionnalité (*cf. infra* n° 20). De même, peut-on souligner que si les États-Unis ou l'Angleterre possèdent une forte tradition de santé publique, dont la France s'est souvent inspirée, ces deux pays, dont le système sanitaire et social est en revanche peu développé, sont nettement en retrait sur le nôtre en ce qui concerne la protection des personnes.

pour le pouvoir, quelles qu'en soient les formes, qui est issu de cette société »[1]. Il convient toutefois, dans un second temps, d'observer que, sous cette forme traditionnelle, l'ordre public sanitaire pèse d'abord, et surtout, sur les personnes morales et physiques dont il permet de paralyser ou de limiter les libertés, dont la liberté contractuelle[2], et d'écarter la volonté particulière pour des motifs sanitaires.

11 En droit international, les impératifs de la santé publique permettent à l'État d'excepter à la règle du *Pacta sunt servanda*[3] et, en cas de conflit, de privilégier la loi du for[4]. Il en va de même en droit communautaire où l'ordre public joue notamment le rôle d'une clause de sauvegarde autorisant les États à déroger à la pleine application des principes de libre circulation[5]. En droit interne, l'ordre public sanitaire s'exprime surtout

---

[1] J.-M. PONTIER, La puissance publique et la prévention des risques, *A.J.D.A.* 2003, n° 33, p. 1753. N'est-ce pas ce que signalait Thomas HOBBES dans le *Léviathan* : « *La cause finale, le but, le dessein, que poursuivent les hommes […] lorsqu'ils se sont imposés ces restrictions au sein desquelles on les voit vivre dans les Républiques, c'est le souci de pourvoir à leur propre préservation* » (*Léviathan* ou *Traité de la matière, de la forme et du pouvoir de la république ecclésiastique et civile*, 1951, Paris, Sirey, 1971, trad. de F. TRICAUD, chap. XVII).

[2] L'ordre public est évoqué dès l'art. 6 du C. civ. qui interdit la dérogation « *par des conventions particulières, aux lois qui intéressent l'ordre public et les bonnes mœurs* ». Il est notamment rappelé à l'article 1133 du même code : « *La cause est illicite, quand elle est prohibée par la loi, quand elle est contraire aux bonnes mœurs et à l'ordre public* ». Sur l'ordre public en droit civil, *cf.* A. SIMON, *L'ordre public en droit privé*, Th. Droit, Rennes, 1941, Imprimeries Réunies, 351 p. (qui rejette d'ailleurs cette conception pour faire prévaloir un contenu intellectuel de l'ordre public) ; Ph. MALAURIE, *L'ordre public et le contrat*, Th. Droit, Paris, 1951, éd. Matot-Braine, Reims, 1953 ; J. MESTRE, L'ordre public dans les relations économiques, in *L'ordre public à la fin du XXe siècle*, Actes du colloque d'Avignon du 7 oct. 1994, sous la coord. de T. REVET, Paris, Dalloz, 1996, coll. Thèmes et Commentaires, p. 33-41 et M.-C. VINCENT-LEGOUX, *L'Ordre public. Étude de droit comparé interne*, Th. Droit, Dijon, 1996, dactyl. 766 p., Paris, P.U.F., 2001, coll. Les Grandes thèses du droit, 560 p. (nous utiliserons la version dactylographiée de l'ouvrage). Sur l'application de la nullité d'ordre public des contrats en droit administratif, *cf.* D. POUYAUD, *La nullité des contrats administratifs*, Paris, L.G.D.J., 1991, 598 p., Bibl. de droit public, Préface de P. WEIL, spéc. p. 177-238.

[3] Sur ce thème, *cf.* R.-J. DUPUY, L'ordre public en droit international, in *L'Ordre public*, *op. cit.*, p. 103-116. V. de même les restrictions autorisées par la Convention européenne de sauvegarde des droits de l'Homme et des Libertés fondamentales (Conv.E.D.H.) qui tolère l'ingérence de l'autorité publique dans l'exercice de certains droits fondamentaux pour autant qu'elle « *est prévue par la loi et qu'elle constitue une mesure qui, dans une société démocratique, est nécessaire à la sécurité nationale, à la sûreté publique, au bien-être économique du pays, à la défense de l'ordre et à la prévention des infractions pénales, à la protection de la santé ou de la morale, ou à la protection des droits et libertés d'autrui* ». Sur ce point, *cf.* notamment A. MEYER-HEINE, La liberté de pensée, de conscience et de religion et la protection de la santé : deux aspects de la dignité de la personne protégés par le droit européen et parfois contradictoires, in *Éthique, droit et dignité de la personne. Mélanges en l'honneur de Christian BOLZE*, *op. cit.*, p. 301-315.

[4] L'exception d'ordre public permet la résolution des conflits de lois en autorisant les juges du for à écarter toute loi étrangère incompatible avec un principe fondamental interne. *Cf.* P. LOUIS-LUCAS, Remarques sur l'ordre public, *Rev. Dr. Inter. Priv.* 1933, p. 405 ; P. LAGARDE, *Recherches sur l'ordre public en droit international privé*, Th. Droit, Paris, L.G.D.J., 1957, 254 p. ; R. LIBCHABER, L'exception d'ordre public en droit international privé, in *L'ordre public à la fin du XXe siècle*, *op. cit.*, p. 103-116 et la bibliographie citée.

[5] V. par exemple, les art. 46 s. du traité C.E. prévoyant que tout État membre pourra déroger au principe de libre circulation des personnes et interdire de ce fait son territoire aux ressortissants communautaires pour « *des raisons d'ordre public, de sécurité publique et de santé publique* ». V. notamment G. DRUESNE, Puissance publique et libertés : les limites à la liberté de circulation des personnes dans la Communauté économique européenne, in *Services publics et libertés. Mélanges Robert-Édouard CHARLIER*, Paris, 1981, Éd. de l'Université et de l'enseignement moderne, p. 722-723 ; S. POILLOT-PERUZZETTO, Ordre public et droit communautaire, *D.* 1993, I, p. 177-182 ; É. PICARD, L'influence du droit communautaire sur la notion d'ordre public, *op. cit.*, p. 55-75. *Cf. infra* nos 247 s.

par des mesures impératives, parfois restrictives des libertés publiques, et auxquelles il ne peut être dérogé par convention ou convenance particulière[1].

C'est ce qu'illustre, en droit civil, le récent rappel par la Cour de cassation de la règle selon laquelle le bailleur est, en application de l'article 1147, tenu de remettre au locataire un logement décent ne laissant pas apparaître de risques manifestes pouvant porter atteinte à la sécurité physique ou à la santé[2]. Le droit pénal réprime tous les comportements sanitaires préjudiciables à la société et aux tiers. Certaines sanctions sont spécifiquement prévues par les textes[3] ; d'autres relèvent de cadres plus généraux tels que le délit d'imprudence ou de négligence, celui de la mise en danger d'autrui ou encore celui de l'administration de substances nuisibles. C'est notamment sur ce fondement que le juge pénal sanctionne la contamination volontaire d'autrui par le virus du sida[4]. En droit public, enfin, et plus spécialement en droit administratif, l'ordre public sanitaire fonde l'ensemble des prérogatives de puissance publique exercées au niveau national ou local pour assurer, par le contrôle et la régulation des activités et des comportements, la prévention des risques pour la santé publique.

12 En droit interne, et à quelque niveau qu'il s'exprime, l'ordre public sanitaire assigne ainsi aux particuliers des obligations de faire et/ou de ne pas faire dont la méconnaissance peut être sanctionnée : l'ordre public sanitaire est cette part de santé

---

[1] Sur la fonction de l'ordre public en droit interne, se reporter en particulier à M.-C. VINCENT-LEGOUX, *L'Ordre public. Étude de droit comparé interne*, *op. cit.*

[2] Cass. civ. 3e, 19 janv. 2005, *S.A. H.L.M. Immobilière 3 F*, n° 03-15631, inédit. Sur cette base, doit être annulé l'arrêt d'appel qui, bien que constatant que l'humidité des lieux loués a aggravé l'asthme dont souffrait la locataire, a rejeté sa demande de réparation du préjudice subi. On relèvera sur ce point que la jurisprudence du Conseil constitutionnel fait en partie reposer l'objectif de valeur constitutionnelle que constitue le droit pour toute personne de disposer d'un logement décent sur le droit à la protection de la santé garanti par l'alinéa 11 du Préambule de la Constitution de 1946 : C.C., n° 94-359 DC du 19 janv. 1995 (*Loi relative à la diversité de l'habitat*), *J.O.* du 21 janv., p. 1166 ; *Rec.* p. 176 ; *R.F.A.S.* 1998, p. 57, note S. PAPAEFTHYMIOU ; *D.* 1995, p. 117, note H. HEUGAS-DARRASPEN et p. 283, note H. PAULIAT ; *D.* 1997, SC, p. 137, note P. GAIA ; *Petites affiches* 1996, n° 6, p. 14, note F. ZITOUNI, n° 49, p. 11, note S. DION et n° 68, p. 9, note B. MATHIEU ; *R.F.D.C.* 1994, p. 404 et p. 582, note P. GAIA ; *A.J.D.A.* 1995, p. 455, note B. JORION.

[3] *Cf.* par exemple les art. L. 1324-1 à L. 1324-5, L. 1337-1 à L. 1337-10, L. 1343-1 à L. 1343-4, L. 3116-1 à L. 3116-5, L. 5421-1 à L. 5424-19 C.S.P. ou les art. L. 228-1 à L. 228-8 et L. 237-1 à L. 237-3 C. rur.

[4] Cass. crim., 2 juill. 1998, *Claude Y.*, n° 98-80529, *Bull. crim.* n° 211, p. 607 ; *D.* 1998, p. 457, note J. PRADEL et 2000, SC, p. 26, obs. MAYAUD ; *J.C.P.* 1998, II, 10132, note M.-L. RASSAT et 1999, I, 112, n° 3, obs. VÉRON ; *Gaz. Pal.* 1999, 1, 13 ; *Petites affiches* 1998, n° 126, p. 9, note F. COURTRAY ; *R.S.C.* 1999, p. 98, obs. Y. MAYAUD ; C.A. Rouen, 22 sept. 1999, *J.C.P.* 2000, IV, 2736 et C.A. de Colmar, 4 janv. 2005, *Christophe X.*, *R.D.S.S.* 2005, p. 415, note P. MISTRETTA. Sur les controverses nées de cette qualification : V. notamment, A. PORTHAIS, N'empoisonnez donc plus à l'arsenic !, *D.* 1998, chron., p. 334-336 et P. MISTRETTA, Transmission volontaire du sida par voie sexuelle : les tourmentes du droit pénal, note sous C.A. de Colmar, 4 janv. 2005, *Christophe X., op. cit.*, p. 415-423. On relèvera ici que l'ancien dispositif de lutte contre les maladies vénériennes avait prévu un arsenal de sanctions pénales qui lui était spécifique (V. par exemple l'art. L. 290 C.S.P. (non repris) punissant d'un emprisonnement de six mois et/ou d'une amende de 20 000 F, « *1° Toute femme qui nourrit au sein un enfant autre que le sien alors qu'elle se sait atteinte de la syphilis, 2° Toute personne qui, sciemment, laisse nourrir au sein un enfant syphilitique dont elle a la garde sans avoir fait avertir la nourrice par un médecin de la maladie dont l'enfant est atteint et des précautions à prendre, 3° Toute personne qui, sciemment, donne en nourrice un enfant syphilitique sans aviser les nourriciers de la maladie dont l'enfant est atteint* ». En ce qui concerne le V.I.H., le choix a toutefois été fait de ne pas créer d'incrimination pénale particulière (*cf. infra* n° 401).

publique qui, dans un but d'intérêt général, permet d'écarter, par des mesures impératives, les effets de la volonté individuelle et le plein exercice des libertés.

D'abord destiné à protéger la société contre les désordres d'origine sanitaire, soit à assurer les conditions sanitaires de la sécurité collective, il rend de la sorte les individus comptables de leur comportement sanitaire, voire de leur santé, envers la collectivité[1]. C'est sur ce point notamment que les métamorphoses actuelles du droit de la santé publique sont les plus marquantes.

SECTION 2
LES MUTATIONS CONTEMPORAINES DU DROIT DE LA SANTÉ PUBLIQUE

13 La santé publique et son droit ont connu plus d'évolutions ces vingt dernières années qu'ils n'en avaient subi en un siècle. Malgré l'affirmation par l'alinéa 11 du Préambule de la Constitution de 1946 du droit à la protection de la santé et son intégration dans le bloc de constitutionnalité en 1975[2], en dépit aussi de la codification du droit de la santé publique en 1953[3], il aura fallu l'émergence du virus du sida et le drame du « sang contaminé » pour que la Nation prenne réellement conscience de l'importance, pour la collectivité des personnes humaines, de la prévention sanitaire et de la protection de la santé publique. Cette affaire a provoqué une double mutation du droit de la santé. Elle est, d'une part, à l'origine d'un renouveau et même d'un renouvellement de la santé publique en France (I). Elle a, d'autre part, favorisé l'humanisation de son droit, aujourd'hui ancré dans les droits fondamentaux (II).

---

[1] Si l'ordre public sanitaire pose des obligations de faire ou de ne pas faire valant, selon les cas, pour les personnes morales ou les personnes physiques, c'est néanmoins sur ces dernières que pèsent le plus lourdement les impératifs de santé publique, dès lors qu'elles peuvent, par leur comportement, être à l'origine de risques sanitaires, mais aussi constituer les vecteurs de transmissions des maladies. En plus des mesures d'hygiène et salubrité, la lutte contre les maladies infectieuses justifie un certain nombre d'obligations personnelles à la santé, telles que les vaccinations obligatoires, et, plus largement, la mise en place de procédés particulièrement contraignants pour les personnes. Le droit positif a ainsi longtemps conservé des dispositifs qui, à l'instar des mécanismes d'ostracisme en vigueur au Moyen-âge pour lutter contre la lèpre, traitent certains malades comme de véritables délinquants sanitaires. Tel a notamment été le cas pour la lutte contre la tuberculose ou pour la prévention de la diffusion des maladies vénériennes tenue en vigueur jusqu'à la refonte de la Partie législative du Code de la santé publique de 2000.

[2] C.C. n° 74-54 DC 15 janv. 1975 (*Loi relative à l'interruption volontaire de grossesse*), cons. 9 et 10, *J.O.* du 16 janv., p. 671 ; *Rec.* p. 19 ; *G.D.C.C.* n° 23 ; *Dr. soc.* 1975, p. 1, note Y. MADIOT ; *A.F.D.I.* 1975, p. 859, note NGUYEN QUOC DINH ; *D.* 1975, J., p. 529, note L. HAMON ; *A.J.D.A.* 1975, p. 134, note J. RIVERO ; *J.C.P.* 1975, II, 18030, note E.M. BEY ; *R.D.P.* 1975, p. 185, note L. FAVOREU et L. PHILIP ; *Gaz. Pal.* 1976, I, p. 25, note A. PELLET.

[3] Décr. n° 53-1001 du 5 oct. 1953 portant codification des textes législatifs concernant la santé publique, préc.

I.- LE RENOUVEAU DE LA SANTÉ PUBLIQUE

14 Le drame de la transfusion sanguine est à la fois à l'origine d'un renouveau et d'un renouvellement de la santé publique, dont il a certes souligné la faillite[1], mais aussi ouvert une « *nouvelle ère* »[2]. Par l'émotion qu'elle a suscitée, cette affaire a, on le sait, bouleversé les représentations classiques de la santé publique, « *discipline mineure, pour ne pas dire "poussiéreuse"* » élevée, dès ce moment, au premier rang des préoccupations sociales[3].

15 Ce renouveau de la santé publique résulte d'une double prise de conscience : celle de la vulnérabilité de la société aux risques sanitaires d'une part, et celle de la nécessité d'une politique effective et active de prévention et de gestion de ces risques d'autre part. Il est vrai que la prévention relève en droit de la santé d'une longue tradition : celle de la police sanitaire en application de laquelle les pouvoirs publics protègent collectivement les populations contre les risques qui pourraient menacer leur santé. Jusqu'à la découverte de l'affaire du sang contaminé, la santé publique est toutefois restée figée dans les cadres qui avaient marqué son apogée au début du XXe siècle[4]. Largement négligé par l'État-providence, si ce n'est ignoré et méprisé[5], l'ordre public sanitaire a, dès la Seconde guerre mondiale, été débordé par les politiques de protection sociale et d'offre de soins fondées sur les alinéas 10 et 11 du Préambule de la Constitution du 27 octobre 1946 assurant « *à l'individu et à la famille les conditions nécessaires à leur développement* » et garantissant à tous « *la protection de la santé, la sécurité matérielle, le repos et les loisirs* »[6]. Il a ainsi fallu cette affaire dramatique pour que la société se souvienne et admette pleinement que la sécurité, notamment en matière de santé, ne peut être reléguée au rang des préoccupations secondaires de l'État[7]. Plus encore, on peut considérer, avec M. MORELLE notamment, que la violence de ce retour de la santé publique a fait vaciller, si ce n'est chavirer, l'ensemble du système de santé français, « *comme le fait inévitablement un*

---

[1] A. MORELLE, *La défaite de la santé publique*, Paris, Flammarion, 1996, coll. Forum, p. 11-28.

[2] D. TABUTEAU, Les pouvoirs publics et le risque sanitaire, *R.F.A.S.* 1996, n° 2 : « Santé, responsabilité et décision : les enjeux du risque », p. 30 et Sécurité sanitaire et agences, le renouveau de la santé publique, in *Réflexions sur le droit de la santé. Rapport public 1998* du Conseil d'État, *op. cit.*, p. 473. Du même auteur, *cf.* également : *La Sécurité sanitaire*, Paris, Berger-Levrault, coll. Santé, méthodes et pratiques, 1ère éd., 1994, 152 p. ; 2e éd., 2002, 390 p.

[3] D. TABUTEAU, La sécurité sanitaire, une obligation collective, un droit nouveau, *R.F.A.S.* 1997, nos 3-4, p. 16.

[4] D. TABUTEAU, Sécurité sanitaire et droit de la santé, *R.D.S.S.* 2007, n° 5, p. 823. Pour M. MATTÉI, « *la grande loi de 1902 [...] apparaît ainsi comme un coup d'audace qui n'a jamais été renouvelé* » (Assemblée nationale, 1ère séance du 2 oct. 2003 sur le projet de loi relatif à la politique de santé publique).

[5] A. MORELLE, *La défaite de la santé publique*, *op. cit.*, p. 23.

[6] En 2003 encore, seuls 2,3 % des dépenses de santé étaient consacrés à la prévention sanitaire, le reste étant alloué à la médecine curative (*cf.* sur ce point, l'intervention de J.-F. MATTÉI, lors de la 1ère séance de travaux à l'Assemblée nationale du 2 oct. 2003 sur le projet de loi relatif à la politique de santé publique).

[7] « *Il faut que le danger soit imminent*, relève M. TABUTEAU, *pour que la société se souvienne que son fondement premier est la recherche de sécurité [et] que l'homme accepte les contraintes d'une vie collective pour garantir sa sécurité* » (*La Sécurité sanitaire*, *op. cit.*, 2e éd., p. 29).

balancier maintenu trop longtemps, trop loin de sa position d'équilibre et qui balaie tout sur son passage »[1].

16 Cette prise de conscience est importante en ce qu'elle a aboutit à une conception entièrement renouvelée de la santé publique. En premier lieu, l'association nouvelle dans les esprits de la protection de la santé à la protection de l'homme a, d'une certaine manière, « réhabilité » l'ordre public sanitaire en redorant la légitimité des réglementations de santé publique, jusqu'alors davantage subies que réellement comprises par leurs destinataires. Longtemps contesté car jugé « liberticide », l'exercice de la police sanitaire a, dès ce moment, été revendiqué par la population sur la base d'une exigence nouvelle et renforcée de sécurité pour la santé.

17 En second lieu, le drame de la transfusion sanguine a fait émerger un nouveau concept, si ce n'est un nouveau droit[2] : celui de la sécurité sanitaire, dont la création des agences de santé est la traduction institutionnelle. Après la loi du 4 janvier 1993 relative à la sécurité en matière de transfusion sanguine[3], la loi n° 98-535 du 1er juillet 1998 relative au renforcement de la veille sanitaire et du contrôle de la sécurité sanitaire des produits destinés à l'homme[4] est à la fois symbolique et fondatrice de cette stratégie plus offensive de santé publique. Celle-ci assigne à l'État un rôle de surveillance, de prévention, de gestion et de régulation des risques dont les objectifs se situent très au-delà de ceux traditionnellement poursuivis par la police sanitaire[5]. La jurisprudence développée par le Conseil d'État depuis une dizaine d'années reflète bien ce changement de perspective. On l'aperçoit ainsi dans l'utilisation nouvelle de la notion de précaution par le juge de la légalité qui a, par ce biais, offert aux autorités de police administrative les moyens d'une action anticipée sur la preuve même du risque dans le but d'assurer au mieux la sécurité et la santé publiques[6]. C'est encore ce qu'exprime un arrêt *Boudin* du 30 juillet 1997[7]. En l'espèce, le Conseil d'État a non seulement admis que les intérêts de la santé publique habilitent directement le ministre chargé de la Santé à prendre des mesures de mise en

---

[1] A. MORELLE, *La défaite de la santé publique*, *op. cit.*, p. 23. Sur les répercussions de ce drame dans l'administration centrale de la santé, on se reportera à D. TABUTEAU, *Les Contes de Ségur. Les coulisses de la politique de santé (1988-2006)*, Paris, éd. Orphys Santé, 2006, 420 p., spéc. p. 13 s.

[2] Sur cette idée d'un « droit de la sécurité sanitaire » : D. TABUTEAU, Sécurité sanitaire et agences, le renouveau de la santé publique, *op. cit.*, p. 474-476.

[3] L. n° 93-5 du 4 janv. 1993 relative à la sécurité en matière de transfusion sanguine et de médicament, *J.O.* du 5 janv., p. 237 (rectif. *J.O.* du 30 janv.)

[4] L. n° 98-535 du 1er juill. 1998 relative au renforcement de la veille sanitaire du contrôle de la sécurité sanitaire des produits destinés à l'homme, *J.O.* du 2 juill., p. 10056.

[5] *Cf.* J. MOREAU et D. TRUCHET, *Droit de la santé publique,* Paris, Dalloz, 2004, 6e éd., coll. Mémentos, p. 11. Sur ce point, v. également G. BRÜCKER, Les nouveaux horizons de la politique de santé, in *Les métamorphoses des politiques de santé*, *R.F.A.P.* 2005, n° 113, p. 127.

[6] C.E., 24 févr. 1999, *Soc. Pro-Nat*, n° 192465, *Rec.* tables p. 614 ; *D.A.* 1999, n° 239, note J.-C. BONICHOT ; *R.F.D.A.* 2000, p. 266, note A. ROUYÈRE ; *Contrats Conc. Consom.* 1999, n° 185, obs. RAYMOND. Sur cet arrêt et, plus généralement, sur la signification et l'application du « principe » de précaution en matière de santé publique, *cf. infra* nos 582 s.

[7] C.E., 30 juill. 1997, *M. Lucien Boudin*, n° 118521, *Rec.* p. 312 ; *R.F.D.A.* 1997, p. 1100 ; *J.C.P.* 1997, IV, 2245, obs. M.-Ch. ROUAULT.

garde du public contre des produits dont la consommation présente un risque grave pour la santé, mais il a aussi considéré que ces mesures, « *eu égard à l'objectif de protection de la santé publique qu'elles poursuivent* », obéissent à un régime de responsabilité pour faute identique à celui qui est normalement retenu en matière de police sanitaire.

18 Au-delà du renouveau de la santé publique, le concept de sécurité sanitaire exprime aussi une aspiration sociale nouvelle à la sécurité en santé[1] et à la protection contre *tous* les risques. Elle rejoint à cet égard une revendication plus générale de la société à la « sécurité » qui, érigée au rang d'un droit fondamental par la loi n° 95-73 du 21 janvier 1995[2], s'est rapidement affirmée et affermie comme un principe de notre ordre juridique concurrentiel à la liberté : « *Le risque, voilà l'ennemi !* »[3].

Parallèlement à cette affirmation du principe de sécurité, les équilibres classiques du droit de la santé ont aussi été bouleversés par l'ancrage de ce droit dans la fondamentalité des droits de la personne humaine.

II.- L'ANCRAGE DU DROIT DE LA SANTÉ DANS LA FONDAMENTALITÉ DES DROITS DE LA PERSONNE HUMAINE

19 Les droits de l'Homme, souligne Mme MOQUET-ANGER, ont fait une entrée certes tardive, mais « *fracassante* » dans le droit de la santé[4]. Tardive, car, comme le note l'auteur, « *il aura fallu l'émotion provoquée par l'affaire du Sang contaminé pour que progressivement juges, gouvernement et législateur introduisent une certaine humanité dans leurs décisions puis les dispositions contenues dans le Code de la santé publique* ». Fracassante cependant, car cette humanisation de la jurisprudence et des textes s'est amplifiée ces quinze dernières années, au point de transformer le droit de la santé en un droit de la fondamentalité, guidé par le principe de la dignité de la personne humaine[5].

---

[1] C'est volontairement, et à défaut de pouvoir utiliser l'expression de « sécurité sanitaire » qui correspond à une notion bien précise, que nous employons cette formule peu élégante de « sécurité en santé ». Il s'agit par là de souligner une aspiration très générale à la sécurité par et pour la santé. Cette aspiration vaut pour toutes les activités humaines et dans toutes les relations, collectives ou individuelles. Elle s'exprime aussi bien en dehors du système de santé *stricto sensu* que dans la relation de soins, quelles qu'en soient alors la nature juridique (privée ou publique, contractuelle ou statutaire) et la finalité préventive ou curative.

[2] L. n° 95-73 du 21 janv. 1995 d'orientation et de programmation de la sécurité (*J.O.* du 24 janv., p. 1249) modifiée par la L. n° 2001-1062 du 15 nov. 2001 relative à la sécurité quotidienne (*J.O.* du 16 nov., p. 18215) et par la L. n° 2003-239 du 18 mars 2003 pour la sécurité intérieure (*J.O.* du 19 mars, p. 4761), qui réaffirment toutes deux le droit fondamental à la sécurité et font de sa protection un devoir de l'État. C'est dans le même sens que la L. n° 96-393 du 13 mai 1996 ajoute un troisième alinéa à l'art. 121-3 C.P. relatif au délit d'imprudence, de négligence ou de manquement à une obligation de prudence ou de sécurité prévue par la loi ou les règlements (*J.O.* du 14 mai, p. 7211).

[3] É. PICARD, La fonction de l'ordre public dans l'ordre juridique. Introduction générale, in *L'Ordre public : Ordre public ou ordres publics ?...*, *op. cit.*, p. 60.

[4] M.-L. MOQUET-ANGER, Droit de la santé, unité ou dualité de l'ordre juridique, *op. cit.*, p. 125.

[5] V. J.-M. CLÉMENT, *Les Grands principes du droit de la santé*, Paris, 2005, Les Études hospitalières, p. 37 s.

20 Même si l'on n'ignore pas les précédents de la jurisprudence judiciaire et administrative[1], c'est dans les décisions du Conseil constitutionnel du 27 juillet 1994 relatives aux premières lois bioéthique[2] que l'on situera le point de départ de cette « *déferlante humaniste* »[3]. Le Conseil constitutionnel a, en l'espèce, confirmé sa jurisprudence antérieure accordant une valeur constitutionnelle au droit à la protection de la santé garanti par l'alinéa 11 du Préambule de la Constitution du 27 octobre 1946. Mais il a aussi largement innové en reconnaissant, pour la première fois, le principe constitutionnel de sauvegarde de la dignité de la personne humaine (1), dont le droit à la protection de la santé contribue à assurer le respect au même titre que les principes d'inviolabilité, d'intégrité et de non-patrimonialité du corps humain (2).

1) La consécration du principe constitutionnel du respect de la dignité de la personne humaine

21 L'entrée sur la scène constitutionnelle du principe de sauvegarde de la dignité de la personne humaine, rapidement envisagé par la doctrine comme un principe « matriciel » du droit[4], en a singulièrement perturbé les équilibres. Ce constat peut surprendre puisque la dignité de la personne humaine, réaffirmée en liminaire du Préambule de la

---

[1] *Cf. infra* n° 21, spéc. p. 27, note 1. Se reporter, entre autres, à J.-F. SEUVIC, Variations sur l'humain, comme valeurs pénalement protégées, in *Éthique, droit et dignité de la personne. Mélanges en l'honneur de Christian BOLZE*, *op. cit.*, p. 339-385 et à S. GUILLEN, Dignité de la personne humaine et police administrative..., *ibid.*, p. 175-204. V. également S. MATHON-PÉCHILLON, *La contribution du Conseil d'État à la protection de la personne humaine*, Th. Droit, Rennes I, 2000, dactyl., 489 p.

[2] C.C. n° 94-343 et n° 94-344 du 27 juill. 1994 (*Loi relative au respect du corps humain et loi relative au don et à l'utilisation des éléments et produits du corps humain, à l'assistance médicale à la procréation et au diagnostic prénatal)*, *J.O.* du 29 juill., p. 1103 *; Rec.* p. 100 ; *R.J.C.* I-592 ; *G.D.C.C.* n° 47 ; *Petites affiches* 1994, n° 149, p. 34, note J.-P. DUPRAT ; *D.* 1995, chron., p. 205, note B. EDELMAN ; *R.F.D.C.* 1994, p. 799, note L. FAVOREU ; *D.* 1995, SC, p. 299, note L. FAVOREU et Th. S. RENOUX ; *R.D.P.* 1994, p. 1647, note F. LUCHAIRE ; *R.F.D.A.* 1994, p. 1019, note B. MATHIEU ; *Dr. soc.* 1995, p. 238. V. également A.-M. Le POURHIET, Le Conseil constitutionnel et l'éthique biomédicale, in *Droit public. Études en l'honneur de Georges DUPUIS*, Paris, L.G.D.J., 1997, p. 213-225. On sait que cette solution a très rapidement été confirmée par la décision n° 94-359 DC du 19 janv. 1995 précitée, qui associe également, quoique moins étroitement, le principe de valeur constitutionnelle qu'est la sauvegarde de la dignité de la personne humaine contre toute forme de dégradation et le droit à la protection de la santé garanti par l'alinéa 11 du Préambule de la Constitution de 1946 pour considérer que « *la possibilité pour toute personne de disposer d'un logement décent est un objectif de valeur constitutionnelle* ».

[3] M.-L. MOQUET-ANGER, Droit de la santé, unité ou dualité de l'ordre juridique, *op. cit.*, p. 119. Sur ce point, *cf.* notamment B. MATHIEU, Pour une reconnaissance de « principes matriciels » en matière de protection constitutionnelle des droits de l'homme, *D.* 1995, I, p. 211-212 ; T. HASSLER et V. LAPP, Droit à la dignité : le retour !, *Petites affiches* 1997, n° 14, p. 12 ; M.-L. PAVIA, La découverte de la dignité de la personne humaine, in *La dignité de la personne humaine*, sous la dir. de M.-L. PAVIA et T. REVET, Paris, Economica, 1999, coll. Études Juridiques, p. 3-22 ; B. EDELMANN, La dignité de la personne humaine, un concept nouveau, *ibid.*, p. 25-34 ; L. WEIL, La dignité de la personne humaine en droit administratif, *ibid.*, p. 85-93 et Ph. PEDROT, La dignité de la personne : principe consensuel ou valeur incantatoire ?, in *Éthique, droit et dignité de la personne*, *op. cit.*, Avant-propos, p. XI-XVII.

[4] V. notamment B. MATHIEU, Pour une reconnaissance de « principes matriciels » en matière de protection constitutionnelle des droits de l'homme, *op. cit.*, p. 211-212 et La dignité de la personne humaine : du bon (et du mauvais ?) usage en droit positif français d'un principe universel, in *Le droit, la médecine et l'être humain. Propos hétérodoxes sur quelques enjeux vitaux du XXIe siècle*, Aix-en-Provence, P.U.A.M., 1996, coll. Faculté de droit et de science politique d'Aix-Marseille. Laboratoire de Théorie Juridique, vol. 9, p. 213-236, spéc. p. 230. Sur cette question, *cf.* plus généralement C. GIRARD et S. HENNETTE-VAUCHEZ (dir.), *La dignité de la personne humaine. Recherche sur un processus de juridicisation*, Paris, P.U.F., 2005, coll. Droit et Justice, 318 p.

Constitution du 27 octobre 1946[1], est inhérente à la liberté individuelle, valeur fondatrice de notre ordre juridique. Si la dignité peut s'opposer à la liberté, celle-ci ne peut en revanche guère être envisagée sans le respect de la dignité[2].

22 La promotion juridique de la dignité de la personne humaine et la valorisation corrélative des droits fondamentaux destinés à l'assurer ont toutefois sensiblement modifié la figure et le rôle de l'État[3]. « *Dans le cadre du passage des libertés publiques aux droits fondamentaux* », note avec justesse M. ARMAND, l'État n'est *« plus le frein mais le moteur et le promoteur des [droits de la personne]* »[4]. Un nouveau droit, aujourd'hui désigné comme le droit de la fondamentalité, s'est peu à peu étoffé dans le souci constant de renforcer les cadres juridiques de la protection des personnes humaines.

Les droits fondamentaux ont une vocation universelle ; ils intègrent potentiellement toutes les générations de droits et libertés et dépassent les séparations entre disciplines[5]. Ils ont dès lors gagné toutes les branches du droit, dont le droit administratif, comme l'illustre la création du référé-liberté par la loi du 30 juin 2000[6]. Il reste que le droit de la fondamentalité, notamment marqué par des divergences d'interprétation du principe de la

---

[1] « *Au lendemain de la victoire remportée par les peuples libres sur les régimes qui ont tenté d'asservir et de dégrader la personne humaine, le peuple français proclame, à nouveau, que tout être humain, sans distinction de race, de religion, ni de croyance possède des droits inaliénables et sacrés* ».

[2] Comme le relève M. ARMAND, le droit positif reconnaît une place particulière à la dignité de la personne humaine : « *La valeur cardinale est sans aucun doute le respect de la dignité de la personne humaine, en ce qu'il est l'unique droit absolu* » (G. ARMAND, L'ordre public de protection individuelle, *R.R.J.* 2004, n° 3, p. 1584). C'est notamment ce qu'expriment l'art. 3 C.E.D.H. prohibant les tortures et les traitements inhumains ou dégradants et le Chapitre V, Titre II, Livre II du Code pénal français consacré aux atteintes à la dignité de la personne qu'il s'agit de protéger contre toute forme d'exploitation ou d'esclavage « moderne ». Élément de l'ordre public et de la régulation des libertés publiques, la protection de la dignité de la personne humaine s'oppose de la sorte à tout exercice de la liberté qui lui serait contraire. Outre les arrêts d'Assemblée du Conseil d'État, *Cne de Morsang-sur-Orge* et *Ville d'Aix-en-Provence*, du 27 oct. 1995 (n° 136727 et n° 143578, *infra* n° 23), c'est ce que souligne aussi son arrêt *Milhaud* du 2 juill. 1993 (n° 124960, *infra* n° 25,) ou deux autres espèces jugées en 1996 confirmant la sanction infligée par le Conseil supérieur de l'audiovisuel en raison de la diffusion au cours d'émissions radiophoniques de propos racistes et antisémites attentatoires à la dignité de la personne humaine (C.E., 20 mai 1996, *Soc. Vortex,* n° 167694, *Rec.* p. 189 ; *R.F.D.A.* 1996, p. 845 ; *D.* 1997, p. 82 et – 9 oct. 1996, *Assoc. « Ici et Maintenant »*, n° 173073, *Rec.* p. 189 ; *R.F.D.A.* 1996, p. 1296). C'est encore ce qu'illustre la jurisprudence judiciaire à travers ses arrêts fameux reconnaissant le caractère illicite et contraire à l'ordre public de la maternité pour autrui (Cass. Plén., 31 mai 1991, *Mme Y.*, n° 90-20.105, *Bull.* p. 5 ; *J.C.P.* 1991, II, 21752, concl. DONTENWILLE, note F. TERRÉ ; *D.* 1991, J., p. 417, rapport Y. CHARTIER, note D. THOUVENIN et SC, p. 318, obs. J.-L. AUBERT ; *D.* 1992, SC, p. 59, obs. F. DEKEUWER-DÉFOSSEZ) ou sanctionnant une société qui avait procédé à l'affichage et à la publication de photographies du corps humain marqué des mots H.I.V. (C.A. Paris, 28 mai 1996, *Soc. Benetton S.P.A. et a. c. Assoc. Aides Fédération nationale*, *D.* 1996, J., p. 617, note B. EDELMAN).

[3] Sur cette construction, *cf.* notamment *Les droits fondamentaux. Une nouvelle catégorie juridique ?*, *A.J.D.A.* 1998, n° spéc. annuel, 208 p.

[4] G. ARMAND, L'ordre public de protection individuelle, *op. cit.*, p. 1589. V. également C. GREWE et H. RUIZ FABRI, *Droits constitutionnels européens*, Paris, P.U.F., 1995, coll. Droit fondamental. Droit politique et théorique, p. 176-186.

[5] L. RICHER, Éditorial sur *Les droits fondamentaux. Une nouvelle catégorie juridique ?*, *op. cit.*, p. 1.

[6] L. n° 2000-597 du 30 juin 2000 relative au référé devant les juridictions administratives, *J.O.* du 1er juill., p. 9948 (*cf.* l'art. L. 521-2 C.J.A.).

dignité de la personne humaine, a aussi perturbé et même brouillé certaines notions clef du droit, parmi lesquelles celle d'ordre public[1].

23 De même que l'on admet que le respect de la dignité s'impose à la liberté, valeur fondatrice de notre État de droit, il faut convenir, avec M. LEBRETON notamment, que la dignité de la personne humaine n'est jamais très loin de l'ordre public, dans la mesure où notre système juridique s'inspire « *de l'idéologie des droits de l'homme, qui prône comme credo fondamental l'absolu respect de la dignité de la personne humaine* »[2]. Mais alors que le concept de dignité revêtait traditionnellement des contours libéraux et individualistes, l'affirmation par le Conseil constitutionnel du principe d'intégrité de *l'espèce* humaine en plus des principes relatifs à la protection de la *personne* humaine a nourri une nouvelle construction intellectuelle et juridique de la dignité. Se dégageant de la philosophie de 1789, une partie de la doctrine a ainsi conçu la dignité comme la valeur immanente de l'être humain, s'imposant à la personne elle-même en sa qualité de membre de l'espèce humaine[3]. Dans cette perspective, la dignité est un concept objectif qui permet, le cas échéant, de faire prévaloir l'universel sur la volonté individuelle en partant du principe, clairement exposé par la commissaire du Gouvernement Mireille HEERS[4], qu'un être autonome « *ne peut vouloir rationnellement un comportement qui n'est pas universalisable* »[5]. De cette conception « spécifique »[6] de la dignité humaine est née l'idée d'un ordre public de protection individuelle destiné à protéger la dignité des personnes, y compris contre leur propre volonté[7]. L'Assemblée du Conseil d'État s'y est clairement ralliée dans ses deux arrêts du 27 octobre 1995 en admettant la légalité d'arrêtés municipaux interdisant un spectacle de lancers de nains, même en l'absence de circonstances locales particulières, dès lors que, « *par son objet même, un tel spectacle porte atteinte à la dignité de la personne humaine* »[8]. Cette solution, qui revient, au nom de la dignité humaine, à interdire à un individu d'user de sa dysmorphie pour se donner en

---

[1] Sur ce thème, *cf.* notamment M.-J. REDOR (dir.), *L'ordre public : Ordre public ou ordres publics ? Ordre public et droits fondamentaux*, *op. cit.*, 434 p.

[2] G. LEBRETON, Ordre public et dignité de la personne humaine : un problème de frontière, in *L'ordre public : Ordre public ou ordres publics ?...*, *op. cit.*, p. 353.

[3] *Cf.*, entre autres, B. MATHIEU, La dignité de la personne humaine : du bon (et du mauvais ?) usage en droit positif français d'un principe universel, *op. cit.*, p. 213-236.

[4] M. HEERS, concl. sur C.A.A. de Paris, 9 juin 1998, *Mme Donyoh et Mme Sénanayake* (2 esp.), *R.F.D.A.* 1998, p. 1231-1242.

[5] S. HENNETTE-VAUCHEZ, Kant contre Jéhovah ? Refus de soins et dignité de la personne humaine, *D.* 2004, n° 44, p. 3155.

[6] G. LEBRETON, Ordre public et dignité de la personne humaine..., *op. cit.*, p. 355 s.

[7] Sur cette construction, v. notamment G. ARMAND, L'ordre public de protection individuelle, *op. cit.*

[8] C.E., Ass., 27 oct. 1995, *Cne de Morsang-sur-Orge* et *Ville d'Aix-en-Provence* (2 esp.), n° 136727 et n° 143578, *Rec.* p. 372 (1ère esp.), concl. P. FRYDMAN ; *G.A.J.A.* n° 100 ; *D.A.* 1995, n° 776 (2nde esp.) ; *R.F.D.A.* 1995, p. 1204, concl. ; *A.J.D.A.* 1995, p. 878, chron. J.-M. STAHL et D. CHAUVAUX ; *D.* 1996, p. 177, note G. LEBRETON ; *J.C.P.* 1996, II, 22630, note F. HAMON ; *J.C.P.* 1996, II, p. 123, obs. M.-C. ROUAULT ; *R.D.P.* 1996, p. 536, note M. GROS et J.-Ch. FROMENT ; *Petites affiches* 1996, n° 11, p. 28, note M.-C. ROUAULT ; *R.T.D.H.* 1996, n° 28, p. 657, note N. DEFFAIRS. *Cf.* également les remarques de la section des études du Conseil d'État dans son *Rapport public 1999. L'intérêt général*, Paris, La documentation française, 1999, E.D.C.E. n° 50, p. 292 s.

attraction et, surtout, gagner son pain, n'est pas sans rappeler cet ancien arrêt de 1924 du Conseil d'État qui, pour des raisons d'« *hygiène morale* », avait validé l'interdiction d'un autre « *spectacle de curiosité* », de boxe cette fois-ci[1].

24 Vivement critiqué en raison de ses effets liberticides[2], ce « coup » prétorien n'a sans doute pas eu le succès que pouvaient escompter ses promoteurs[3]. Le débat n'est pas clos pour autant ; les tensions entre ces deux conceptions individualiste et universaliste de la dignité humaine subsistent, tant en doctrine qu'en droit positif[4]. La joute qui depuis quelques années oppose les juridictions administratives au législateur sur la question du droit de la personne au refus de soins vitaux en est une bonne illustration. D'un côté, le juge administratif a, en dépit des interventions contraires du législateur, offert un cadre jurisprudentiel pérenne à la théorie universaliste de la dignité humaine développée en 1998 par Mme HEERS[5]. Tout en reconnaissant que le droit de l'individu de consentir aux soins médicaux entre dans le champ des libertés fondamentales protégées par l'article L. 521-2 du Code de la justice administrative, le juge a, à plusieurs reprises, admis la légitimité de transfusions sanguines imposées à des patients contre leur volonté[6]. De l'autre, c'est un humanisme libéral et protecteur de l'individu qui est défendu par le

---

[1] C.E., 7 nov. 1924, *Club indépendant sportif châlonnais*, n° 78.468, *Rec.* p. 863 ; *D.* 1924, 3, p. 58, concl. CAHEN-SALVADOR.

[2] V. notamment G. LEBRETON, Le juge administratif face à l'ordre moral, in *Mélanges en l'honneur du Professeur PEISER*, Grenoble, P.U.G., 1995, p. 363 et Ordre public et dignité de la personne humaine..., *op. cit.*, p. 365 ; V. SAINT-JAMES, *Réflexions sur la dignité de l'être humain en tant que concept juridique du droit français*, *D.* 1997, p. 61 ; A. PLATEAUX, Moralité et police administrative du maire, *Gaz. Pal.* 1997, 2, p. 1266-1272 ; O. CAYLA, Le coup d'État de droit ?, *Le Débat* n° 100, 1998, p. 127-133 et Jeux de nains, jeux de vilains, in *Les droits fondamentaux de la personne humaine*, sous la dir. G. LEBRETON, Paris, L'Harmattan, 1998, p. 150-164 ; J.-P. THÉROND, Dignité et libertés. Propos sur une jurisprudence contestable, in *Pouvoir et Liberté. Études offertes à Jacques MOURGEON*, Bruxelles, Bruylant, 1998, p. 295-306.

[3] G. LEBRETON, *Droit administratif général*, Paris, Dalloz, 2007, p. 185-187. V. T.A. de Cergy-Pontoise, 21 juill. 2005, *Soc. Jasmeen*, n° 0409171, *A.J.D.A.* 2006, p. 439, concl. R. FOURNALES (illégalité de l'interdiction d'un défilé de mode musulmane réservée aux femmes qui avait, notamment, été fondée sur l'atteinte portée à la dignité humaine) et, de manière sans doute plus explicite, C.E., ord., 5 janv. 2007, *Min. de l'Intérieur c. Assoc. « Solidarité des Français »*, n° 300311, *A.J.D.A.* 2007, p. 601, note B. PAUVERT, qui emploie bien la notion de dignité humaine, mais pour empêcher la distribution d'une « soupe aux cochons » dont l'objet est, pour le juge des référés, sciemment discriminatoire. On notera cependant que la Cour de justice des Communautés européennes a repris à son compte le raisonnement tenu par le Conseil d'État français en 1995 pour justifier, au nom de la « dignité humaine », l'interdiction d'un jeu de simulation d'actes homicides (jeu de « laserdrome ») faite par un maire allemand : C.J.C.E., 14 oct. 2004, *Omega Spielhallen und Automatenaustellungs Gmbh*, aff. C-36/02, *A.J.D.A.* 2005, p. 152, note A. VON WALTER et p. 308, chron. J.-M. BELORGEY, S. GERVASONI et C. LAMBERT.

[4] Sur cette question, *cf.* notamment D. ROMAN, « A corps défendant ». La protection de l'individu contre lui-même, *D.* 2007, p. 1284-1293.

[5] M. HEERS, concl. sur C.A.A. de Paris, 9 juin 1998, *Mme Donyoh et Mme Senanayake*, *op. cit.*, p. 1231-1242.

[6] V. notamment C.E., Ass., 26 oct. 2001, *Mme Catherine Senanayake*, n° 198546, *Rec.* p. 514 ; *R.F.D.A.* 2002, p. 146, concl. D. CHAUVAUX et p. 156, note D. DE BÉCHILLON ; *A.J.D.A.* 2002, p. 259, note M. DEGUERGUE ; *R.D.S.S.* 2002, p. 41, note L. DUBOUIS ; *J.C.P.* 2002, II, 10025, note J. MOREAU ; *Petites affiches* 2002, n° 11, p. 18, note C. CLÉMENT ; *D.A.* 2002, comm. 40, note E. AUBIN et chron. A. MERSCH et C.E., ord., 16 août 2002, *Mme Valérie Feuillatey. c. C.H.U. de Saint-Étienne*, n° 249552, *Rec.* p. 309 ; *D.* 2002, IR, 2581, obs. M.-C. M. ; *A.J.D.A.* 2002, p. 723, obs. M.-C. M. ; *J.C.P.* 2002, II, 10184, note P. MISTRETTA ; *J.C.P.* A 2002, 1, p. 27, note A. MERSCH ; *Gaz. Pal.* 15-17 sept. 2002, p. 9, obs. F.-J. PANSIER ; *B.J.S.P.* 2002, n° 56, p. 13, obs. D. CRISTOL ; *Resp. civ. et assurances* 2002, p. 4, note S. PORCHY-SIMON ; *R.F.D.A.* 2003, p. 528, note A. DORSNER-DOLIVET ; *Petites affiches* 2003, n° 61, obs. C. CLÉMENT. *Cf.* également S. HENNETTE-VAUCHEZ, Kant contre Jéhovah ? ..., *op. cit.*, p. 3154-3160, spéc. p. 3155, note 9.

législateur. Après l'affirmation du principe d'inviolabilité du corps humain en 1994, les lois du 4 mars 2002[1] et du 22 avril 2005[2] ont ainsi clairement affirmé le principe de la liberté sanitaire de l'individu, dont découle notamment le droit, pour toute personne majeure et capable, de refuser des soins, même au péril de sa vie[3].

Ces tensions sont symptomatiques de la recherche d'un nouvel équilibre entre l'individuel et l'universel, le libéral et le sécuritaire qui, dans le domaine de la santé notamment, n'est pas encore tout à fait trouvé. Il nous faudra donc y revenir.

Pour l'instant, c'est surtout l'affirmation du droit à la protection de la santé parmi les règles assurant le respect du principe constitutionnel de sauvegarde de la dignité de la personne humaine qui doit retenir l'attention, en ce qu'elle a inscrit ce droit au cœur de la fondamentalité.

2) La participation de la protection de la santé à la garantie de la dignité de la personne humaine

À l'association du droit à la protection de la santé au respect de la dignité de la personne humaine correspond une double évolution du droit de la santé.

25 La première, et non la moindre, est celle de l'humanisation progressive de ce droit que Bernard KOUCHNER a souhaité mettre en relief sous l'angle de sa « démocratisation »[4]. Cette évolution vers la reconnaissance de droits subjectifs, individuels et collectifs, de la « personne malade » prend, elle aussi, racine dans les années 1990[5].

En 1993, l'arrêt d'Assemblée *Milhaud* du Conseil d'État « *réinventait l'humanisme médical* »[6] en reconnaissant l'existence de principes déontologiques fondamentaux qui, relatifs au respect de la personne humaine, s'imposent au médecin par-delà la mort de son patient[7]. L'année suivante, la loi n° 94-653 du 29 juillet 1994 chapeautait le Code civil de l'article 16 selon lequel « *la loi assure la primauté de la personne, interdit toute atteinte*

---

[1] L. n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, *J.O.* du 5 mars, p. 4118.

[2] L. n° 2005-370 du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie, *J.O.* du 23 avr., p. 7089.

[3] Art. L. 1111-4 C.S.P.

[4] Sur la controverse nouée autour de cette « *fausse bonne idée* » et l'état actuel de la question, *cf.* M. BOUTEILLE, La démocratie sanitaire, *R.G.D.M.* 2007, n° 23, p. 23-41.

[5] Quoique le droit international et européen s'intéresse à la question depuis le début des années 1980. *Cf.* A. PONSEILLE, Le droit de la personne malade au respect de sa dignité, *R.G.D.M.* 2003, n° 11, p. 159.

[6] M.-L. MOQUET-ANGER, Droit de la santé, unité ou dualité de l'ordre juridique, *op. cit.*, p. 126.

[7] C.E., Ass., 2 juill. 1993, *Milhaud*, n° 124960, *Rec.* p. 194, concl. D. KESSLER ; *R.D.S.S.* 1994, p. 52, concl. ; *R.F.D.A.* 1993, p. 1002, concl. ; *A.J.D.A.* 1993, p. 530, chron. C. MAUGÜÉ et L. TOUVET ; *D.* 1994, p. 74, note J.-M. PEYRICAL ; *J.C.P* 1993, II, 22163, note P. GONOD ; *Petites affiches* 1994, n° 144, p. 19, note C. SCHAEGIS. Rapp. Trib. corr. de Domfront, 21 déc. 1945, *Gaz. Pal.* 1946, 1, 153 ; *D.* 1947, 2, 65.

à la dignité de celle-ci et garantit le respect de l'être humain dès le commencement de sa vie »[1]. De ce principe d'ordre public[2] ont notamment été tirés le droit de chacun au respect de son corps (article 16-1) et celui du consentement de la personne aux actes médicaux (article 16-3). L'année 1995 fut marquée par la publication de la Charte du patient hospitalisé[3], à laquelle l'article 1er de l'ordonnance du 24 avril 1996 donnera une autorité juridique[4], puis par la réforme du Code de déontologie médicale[5] qui a accordé de nouveaux développements aux droits des patients. En 1997, l'arrêt *Hédreul* de la Cour de cassation renforçait le droit à l'information médicale du malade dans une solution dont les principes et les règles seront, quoique sur d'autres fondements, repris le 5 janvier 2000 par la Section du contentieux du Conseil d'État[6]. La Cour de cassation précisera, le 9 octobre 2001, que le devoir du médecin d'informer son patient « *trouve son fondement dans l'exigence du principe constitutionnel de sauvegarde de la dignité de la personne humaine* »[7]. En 1998 et en 1999, c'est le législateur qui a innové en votant la loi d'orientation relative à la lutte contre les exclusions, qui comporte plusieurs dispositions d'ordre sanitaire[8], puis en bousculant l'organisation du Code de la santé publique par l'introduction d'un Livre préliminaire relatif aux « Droits de la personne malade et des usagers du système de santé »[9]. Ses dispositions, qui accordent au malade le droit

---

[1] L. n° 94-653 du 29 juill. 1994 relative au respect du corps humain, *J.O.* du 30 juill., p. 11056 ; *J.C.P.* 1994, III, 66973.

[2] Art. 16-9 C. civ.

[3] Circ. DGS/DH n°95-22 du 6 mai 1995 relative aux droits des patients hospitalisés et comportant une charte du patient hospitalisé, *B.O. Santé* n° 95/21 du 25 juill. 1995, p. 11.

[4] Art. 1er de l'ord. n° 96-346 du 24 avr. 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée, *J.O.* du 25 avr., p. 6324.

[5] Décr. n° 95-1000 du 6 sept. 1995, *J.O.* du 7 sept., p. 13305.

[6] Cass. civ. 1ère, 25 févr. 1997, *Hédreul*, n° 94-19685, *Bull. civ.* I, n° 75, p. 49 ; *Petites affiches* 1997, n° 85, p. 17, note A. DORSNER-DOLIVET ; *R.D.S.S.* 1997, p. 288, note L. DUBOUIS ; *Gaz. Pal.* 1997, 1, 274, rapport P. SARGOS, note J. GUIGNE ; *D.* 1997, SC, p. 319, obs. J. PENNEAU ; *R.T.D.Civ.* 1997, p. 434, note P. JOURDAIN ; *Contrats-Concurrence-Consommation* 1997, n° 5, p. 4, note L. LEVENEUR et C.E., Sect., 5 janv. 2000, *Cts Telle c.. A.P.-H.P.*, n° 181899 (et, du même jour, *A.P.-H.P. c. M. Guilbot*), *Rec.* p. 5, concl. D. CHAUVAUX ; *D.* 2000, IR, p. 28 ; *R.F.D.A.* 2000, p. 646, concl. et note BON ; *Gaz. Pal.* des 28-29 juin 2000, concl. ; *A.J.D.A.* 2000, p. 137, chron. M. GUYOMAR et P. COLLIN ; *D.A.* 2000, p. 46, note C. ESPER ; *J.C.P.* 2000, II, 10271, note J. MOREAU ; *R.D.P* 2001, p. 4012, note C. GUETTIER ; *R.D.S.S.* 2000, p. 357, note L. DUBOUIS ; *R.J.O.* 2000, p. 177, note M.-L. MOQUET-ANGER.

[7] Cass. civ. 1ère, 9 oct. 2001, *M. Franck X.*, n° 00-14564, *Bull. civ.* I, n° 249, p. 157 ; *D.* 2001, p. 3470 et p. 3475, note P. SARGOS et obs. D. THOUVENIN ; *R.T.D.Civ.* 2002, p. 176, note R. LIBCHABER et p. 507, note J. MESTRE et B. FAGES ; *R.J.P.F.* 2002, p. 21, note F. CHABAS.

[8] L. n° 98-657 du 29 juill. 1998 d'orientation relative à la lutte contre les exclusions, *J.O.* du 31 juill., p. 11679. Outre le dispositif de lutte contre le saturnisme chez les enfants, le texte comprend plusieurs dispositions visant à améliorer la protection de la santé des personnes les plus vulnérables dont l'art. 71 qui institue un programme régional pour l'accès à la prévention et aux soins des personnes les plus démunies, élaboré et mis en œuvre par le représentant de l'État dans la région sur la base d'une analyse départementale de la situation en matière d'accès aux soins et à la prévention des personnes démunies (*cf.* le décr. n° 98-1216 du 29 déc. 1998, *J.O.* du 30 déc., p. 19812). L'art. 76 prévoit, pour sa part, la mise en place par les établissements de santé du service public hospitalier de permanences d'accès aux soins de santé et la mise en place de la couverture maladie universelle. Sur les « résultats satisfaisants » de ces dispositions, *cf.* notamment le Rapport n° 2004-054 de l'I.G.A.S., *Synthèse des bilans de la loi d'orientation du 29 juill. 1998 relative à la loi contre les exclusions*, mai 2004, *www.ladocumentationfrancaise.fr*, *A.J.D.A.* 2004, p. 1113, obs. S. BRONDEL.

[9] Art. 1er de la L. n° 99-477 du 9 juin 1999 visant à garantir le droit à l'accès aux soins palliatifs, *J.O.* du 10 juin, p. 8487.

d'accéder à des soins palliatifs et lui reconnaissent la possibilité de s'opposer à tout investigation ou thérapeutique, annoncent le plan de recodification de 2000[1].

Ce mouvement général d'humanisation du droit de la santé a trouvé son apogée (mais non son terme) dans la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé qui a consacré l'existence d'un droit commun des malades, visant à assurer et à renforcer le respect de leur dignité, de leur sécurité et de leur liberté[2].

Cette évolution ne peut ni ne doit être ignorée, ne serait-ce que parce que le Code de la santé publique, qui depuis son adoption en 1953 accordait ses premiers chapitres aux préoccupations collectives de la protection de la santé publique, s'ouvre désormais sur la protection des droits des personnes dont la dignité est réaffirmée et garantie dès le second article. Cela montre à tout le moins la transformation des priorités et des caractères premiers de ce droit (ce que confirme entre autres la loi Léonetti du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie ; modestement composée de quinze articles, dont seulement neuf sont directement consacrés aux droits des malades, ce texte n'en rappelle pas moins à quatre reprises l'obligation du médecin de sauvegarder la dignité du mourant[3]).

26 Le premier article du Code, l'article L. 1110-1, correspond à la seconde évolution de la matière : celle de la reconnaissance spécifique du droit fondamental à la protection de la santé. Le droit à la protection de la santé, précise le texte, « *doit être mis en œuvre par tous moyens disponibles au bénéfice de toute personne* ». Pour ce faire, « *les professionnels, les établissements et réseaux de santé, les organismes d'assurance maladie ou tous autres organismes participant à la prévention et aux soins, et les autorités sanitaires contribuent, avec les usagers, à développer la prévention, garantir l'égal accès de chaque personne aux soins nécessités par son état de santé et assurer la continuité des soins et la meilleure sécurité sanitaire possible* ».

---

[1] Ord. n° 2000-548 du 15 juin 2000 relative à la partie Législative du Code de la santé publique, *J.O.* du 22 juin, p. 9340, ratifiée par l'art. 92 de la L. n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, préc.

[2] L. n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, préc. On relèvera d'emblée cependant qu'à l'inverse de l'égalité et la sécurité, la liberté n'apparaît pas dans la définition légale du droit à la protection de la santé donnée à l'art. L. 1110-1 C.S.P. Ce n'est en effet qu'à l'art. L. 1110-8 qu'intervient la première référence à la liberté par l'intermédiaire du « *droit du malade au libre choix de son praticien et de son établissement* ». La liberté de consentir ou de refuser des soins est, quant à elle, reléguée à l'art. L. 1111-4. On notera par ailleurs que les droits des malades débordent de plus en plus largement la stricte relation de santé pour s'étendre à tous les types de relation interpersonnelle et sociale. Outre l'élaboration d'un cadre législatif protecteur des personnes handicapées (L. n° 2004-626 du 30 juin 2004 relative à la solidarité pour l'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées, *J.O.* du 1er juill., p. 11944 et L. n° 2005-102 du 11 févr. 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées, *J.O.* du 12 févr., p. 2353), c'est ce qu'illustre, par exemple, la L. n° 2007-131 du 31 janv. 2007 relative à l'accès au crédit des personnes présentant un risque aggravé de santé, *J.O.* du 1er févr., texte n° 5 (art. L. 1141-2 à L. 1141-4 C.S.P.) ; *Gaz. Pal.* 6-7 juin 2007, chron. V. LEFÈVRE.

[3] L. n° 2005-370 du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie, préc.

L'affirmation du droit à la protection de la santé au niveau législatif peut ne pas paraître décisive de prime abord. Expressément visé par l'alinéa 2 du Préambule de la Constitution de l'Organisation Mondiale de la Santé du 22 juillet 1946[1], ce droit est, au niveau national, garanti par l'alinéa 11 du Préambule de la Constitution du 27 octobre 1946 : La Nation « *garantit à tous, notamment à l'enfant, à la mère et aux vieux travailleurs, la protection de la santé, la sécurité matérielle, le repos et les loisirs* ».

Ce « principe particulièrement nécessaire à notre temps » a, d'abord indirectement[2], puis de façon explicite[3], été introduit par le Conseil Constitutionnel dans le bloc de constitutionnalité et constitue une référence permanente du contrôle de conformité des lois à la Constitution. Il faut toutefois se souvenir que ce droit a d'abord été conçu comme un droit économique et social destiné à assurer à tous et à chacun un égal accès au système de santé et aux soins. Si son affirmation a incontestablement renforcé l'interventionnisme sanitaire de l'État, son objet initial était de garantir la solidarité nationale en matière de santé. Ce n'est guère qu'à partir de 1991 que le Conseil constitutionnel a donné une dimension préventive et collective au droit posé à l'alinéa 11 du Préambule de 1946 en l'élargissant à la protection de la santé *publique*[4]. Et il faudra plus de dix ans pour que le Conseil d'État, saisi de l'ordonnance de recodification du

---

[1] « *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* ». Le problème reste ici celui de la définition holistique et, partant, difficilement accessible au droit que l'alinéa 1 du même Préambule donne de la santé, « *état complet de bien-être physique, mental et social [qui] ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité* ». Pour une synthèse des commentaires des juristes et une défense, mesurée, de cette définition : *cf.* J.-S. CAYLA, La santé et le droit, *R.D.S.S.* 1996, n° 2, p. 278-287. V. également *La santé. Usages et enjeux d'une définition*, *Prévenir* 1996, n° 30, 227 p. ; C. EVIN, La portée de la définition O.M.S. de la santé, in *La France à l'O.M.S. La protection internationale de la santé aujourd'hui, hier, demain*, Actes du colloque C.E.R.D.E.S.-A.F.D.S. du 27 nov. 1998, *R.G.D.M.* 1999, n° 1, p. 117-127 et M. BÉLANGER, Une solution dans le débat sur le droit à la santé ? Le droit à la sécurité sanitaire, in *Au carrefour des droits. Mélanges en l'honneur de Louis DUBOUIS*, Paris, Dalloz, 2002, p. 767-775. Le droit à la protection de la santé apparaît également, sous des formes plus ou moins larges, dans de nombreux textes internationaux à vocation universelle ou régionale. L'article 25 § 1 de la Déclaration universelle des droits de l'homme consacre ainsi le droit de toute personne « *à un niveau de vie suffisant pour assurer sa santé* ». L'article 15 du Pacte international des droits économiques, sociaux et culturels reconnaît que « *toute personne a le droit de jouir du meilleur état physique et mental qu'elle est capable d'atteindre* ». On peut encore ici évoquer la Charte sociale européenne qui, dans son article 11, affirme le droit de toute personne à « *bénéficier de toutes les mesures lui permettant de jouir du meilleur état de santé qu'elle puisse atteindre* », complété du droit à la sécurité sociale (art. 12) et du droit à l'assistance sociale et médicale (art. 13) ainsi que la Convention européenne des Droits de l'Homme et des Libertés fondamentales qui garantit le droit de toute personne à la vie (art. 2) et fait de la protection de la santé un motif nécessaire et suffisant à l'ingérence de la loi dans l'exercice de droits fondamentaux.

[2] C.C. n° 71-44 DC du 16 juill. 1971 dite *Liberté d'association* (*Loi complétant les dispositions des articles 5 et 7 de la loi du 1er juill. 1901 relative au contrat d'association*), *Rec.* p. 29 ; *R.J.C.* p. I-24 ; *G.D.C.C.* n° 19 ; *A.J.D.A.* 1971, p. 537, note J. RIVERO ; *R.D.P.* 1971, p. 1171, note J. ROBERT ; *J.C.P.* 1971, II, 16823 ; *D.* 1974, p. 83, chron. L. HAMON.

[3] C.C. n° 74-54 DC du 15 janv. 1975, préc.

[4] C.C. n° 90-283 DC du 8 janv. 1991 (*Loi relative à la lutte contre le tabagisme et l'alcoolisme*), *Rec.* p. 11 ; *R.J.C.*, p. I-417 ; *J.O.* du 10 janv., p. 524 ; *R.D.S.S.* 1991, p. 204, note J.-S. CAYLA ; *A.J.D.A.* 1991, p. 382, note P. WACHSMANN ; *R.F.D.C.* 1991, p. 293, note L. FAVOREU ; *Pouvoirs* 1991 (58), p. 57 et p. 142, notes P. AVRIL et J. GICQUEL, notamment confirmée par C.C. n° 90-287 DC du 16 janv. 1991 (*Loi portant diverses dispositions relatives à la santé publique et aux assurances sociales*), *Rec.* p. 24 ; *R.J.C.* p. I-432 ; *J.O.* du 18 janv., p. 924 ; *Rev. de jurisprudence sociale*, 3/91 n° 388 et 389 ; *R.D.S.S.* 1991, p. 246, note X. PRÉTOT ; *R.F.D.C.* 1991, p. 293, note L. FAVOREU ; *Pouvoirs* 1991 (58), p. 134 et p. 145, note P. AVRIL et J. GICQUEL.

droit de la santé publique, rejoigne enfin cette conception globale et achevée du droit garanti par le bloc de constitutionnalité[1].

Dans cette mesure, et même si elle n'intervient qu'au niveau législatif, l'affirmation du droit de la personne à la protection de la santé par le Code de la santé publique ne doit pas être négligée. D'une part, elle offre une définition globale et plus achevée de ce droit, dont la complétude est officiellement reconnue par l'association de la prévention et de la sécurité sanitaire au droit à l'égal accès aux soins. D'autre part, elle se fait l'écho d'une conception renouvelée de la protection de la santé qui, garante du principe matriciel de la dignité humaine, entre de plain pied dans le champ de la fondamentalité.

27 En affirmant la primauté de la personne et le nécessaire respect de son corps aux articles 16-1 et suivants du Code civil, le législateur du 29 juillet 1994 a d'abord eu un objectif de régulation juridique des problèmes éthiques soulevés par le progrès des connaissances scientifiques et médicales, notamment dans le domaine de la biologie et de la santé[2]. Il reste que la centralité nouvelle de la personne humaine dans notre ordre juridique a aussi eu un effet de promotion des droits associés au respect de sa dignité, dont le droit à la protection de la santé. Comme l'ont bien relevé M. MOREAU et M. TRUCHET, le droit de la santé devient, *« à travers la médiation du corps, une des facettes de la dignité de l'homme »*[3]. Ainsi élevée au rang d'un droit fondamental de la personne

---

[1] C.E., 26 nov. 2001, *A.L.I.S. et a,* préc. Même si l'arrêt se réfère explicitement aux principes et aux objectifs du droit constitutionnel français, on peut considérer que cette évolution doit autant à la jurisprudence du Conseil constitutionnel qu'à l'influence croissante de la C.E.D.H. dans notre ordre juridique (C.E., Ass., 21 déc. 1990, *Conféd. nat. des assoc. familiales catholiques*, n°s 105743, 105810, 105811 et 105812, *Rec.* p. 369, concl. B. STIRN ; *R.F.D.A.* 1990, p. 1065, concl. ; *A.J.D.A.* 1991, p. 91, chron. C.M., F.D. et Y.A. ; *R.D.P.* 1991, p. 525, note J.-M. AUBY ; *D.* 1991, p. 283, note SABOURIN ; *R.U.D.H.* 1991, p. 1, note H. RUIZ-FABRI et C.E., Sect., 2 juin 1999, *Meyet*, n° 207752, *Rec.* p. 160 ; *Petites affiches* 1999, n° 113, p. 11, concl. C. BONICHOT ; *A.J.D.A.* 1999, p. 560, chron. F. RAYNAUD et P. FOMBEUR ; *R.D.P.* 2000, p. 371, obs. C. GUETTIER et p. 563, note DESMOULIN ; *R.F.D.Comp.* 2000, p. 359, note M. VERPEAUX). On rappellera que selon l'art. 2 de la Convention, « *le droit de toute personne à la vie est protégé par la loi* », ce qui implique notamment que les États prennent les mesures nécessaires à la protection de la vie et, partant, de la santé, des personnes placées sous leur juridiction, y compris si cela conduit à une ingérence de l'autorité publique dans l'exercice des droits fondamentaux (C.E.D.H. 9 juin 1988, *L.C.B. c. Royaume-Uni*, § 36, *Rec.* 1998-III, et 3 avr. 1992, *Keenan c. Royaume-Uni*, n° 27229/95, § 89, *Rec.* 2001-III ; *A.J.D.A.* 2001, p. 1060, chron. J.-F. FLAUSS). Ainsi l'ancienne Commission européenne des droits de l'Homme a-t-elle considéré, le 10 déc. 1984, que l'atteinte occasionnée au droit au respect de la vie privée de requérants condamnés à des peines d'amendes pour avoir refusé de se soumettre ou de soumettre leurs enfants au test obligatoire de dépistage de la tuberculose est justifiée au regard de la Convention par la protection de la santé publique et celle des enfants eux-mêmes (*Acmann et a. c. Belgique*, n° 10435/83, *D.R.* 40, p. 251, cité par G. ARMAND, L'ordre public de protection individuelle, *op. cit.*, p. 1595, note 89).

[2] Ce fut d'ailleurs l'objectif du décret présidentiel du 23 février 1983 créant le Comité consultatif national d'éthique (décr. n° 83-132, *J.O.* du 25 févr., p. 630), dont l'existence a été consacrée avec quelques modifications par le législateur de 1994, puis par celui de 2004 (L. n° 2004-800 du 6 août 2004 relative à la bioéthique, *J.O.* du 7 août, p. 14040). À l'heure actuelle, le Comité a pour mission « *de donner des avis sur les problèmes éthiques et les questions de société soulevés par les progrès de la connaissance dans les domaines de la biologie, de la médecine et de la santé* » (art. L. 1412-1 C.S.P.). Sur cette question, *cf.* notamment le rapport du Conseil d'État, *Sciences de la vie : de l'éthique au droit*, Paris, La documentation française, 1988 ; P. PY, Vers un statut de l'homme biologique. Les lois sur la bioéthique, *R.D.P.* 1996, n° 5, p. 1319-1346 et D. SICARD, éd., *Travaux du Comité consultatif national d'éthique. 20ème anniversaire*, Paris, P.U.F., 2003, coll. Quadrige.

[3] J. MOREAU et D. TRUCHET, *Le droit de la santé publique*, *op. cit.*, p. 5.

humaine, la protection de la santé impose à la puissance publique des efforts redoublés pour sa garantie car « *ce n'est plus seulement les maladies et fléaux sociaux qu'il convient de prévenir ou de combattre, mais toutes atteintes susceptibles d'être portées au corps humain puisque toutes mettent en péril la dignité humaine* »[1]. C'est bien ce qu'indique l'article L. 1110-1 du Code de la santé publique en définissant le droit fondamental à la protection de la santé par le triptyque de la prévention, de l'accès aux soins et de la sécurité sanitaire.

28 On ira peut-être plus loin en affirmant que le droit à la protection de la santé impose aujourd'hui à la Nation la tâche de protéger et de garantir les personnes contre toutes les formes d'insécurité sanitaire, que celle-ci se rapporte à une menace directe pour la santé (un risque de maladie ou d'accident) ou bien à des difficultés d'accès à la prévention et aux soins[2]. Il s'agit là d'un objectif particulièrement ambitieux[3] dont la responsabilité a été expressément confiée à l'État par le législateur du 9 août 2004[4]. Selon les termes de l'article L. 1411-1 du Code de la santé publique, c'est certes à la Nation dans son ensemble qu'il revient de définir sa politique de santé selon des objectifs pluriannuels, mais « *la détermination de ces objectifs, la conception des plans, des actions et des programmes de santé mis en œuvre pour les atteindre ainsi que l'évaluation de cette politique relèvent de la responsabilité de l'État* ».

29 Les conséquences de cette évolution sont sans doute trop nombreuses pour que l'on puisse toutes les évoquer[5]. Deux paraissent ici essentielles. On soulignera tout d'abord la collectivisation croissante du droit de la santé. Celle-ci est liée d'une part, à la transformation des liens entre malades et médecins. D'une conception individualiste des relations de soins, note ainsi Mme DEGUERGUE, on est passé à une appréhension plus collective des problèmes de santé[6]. Ce glissement a favorisé la transformation massive de

---

[1] J. MOREAU et D. TRUCHET, *ibid.*, p. 5.

[2] Sur ce point, et même si l'on peut douter de leur pertinence en termes d'« efficacité », *cf.* notamment les réserves posées par le Conseil constitutionnel à l'institution du médecin traitant, du ticket modérateur et des franchises médicales : C.C. n° 2004-504 DC du 12 août 2004 (*Loi relative à l'assurance maladie*), *J.O.* du 17 août, p. 14657 ; *Rec.* p. 153 ; *Petites affiches* 2004, n° 185, p. 6, note J.-E. SCHOETTL et 2005, n° 248, p. 6, note A.-L. VALEMBOIS et n° 2007-558 DC du 13 déc. 2007, *J.O.* du 21 déc., p. 20648 ; *Cahiers du Conseil constitutionnel* n° 24. V. également l'art. L. 1411-1-1 introduit par la L. n° 2004-806 du 9 août 2004 qui, dans la lignée de l'art. 71 de la L. n° 98-657 du 29 juill. 1998 relative à la lutte contre les exclusions instituant un programme régional pour l'accès à la prévention et aux soins des personnes les plus démunies, fait de « *l'accès à la prévention et aux soins des populations fragilisées* » un « *objectif prioritaire de la politique de santé* ».

[3] Perçu sous cet angle, le champ du droit fondamental à la protection de la santé correspond à celui du droit de la santé dont le « *principe d'unité*, note M. LEMOYNE DE FORGES, *est fonctionnel : Le droit* de la santé *est* l'ensemble des règles applicables aux activités dont l'objet est de restaurer la santé humaine, de la protéger et d'en prévenir les dégradations » (*Le droit de la santé*, *op. cit.*, p. 7, mots soulignés par l'auteur).

[4] L. n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique, préc.

[5] Pour un aperçu plus complet, *cf.* les actes du colloque de l'Association Française de Droit de la Santé (A.F.D.S.) du 17 mars 2005 consacré à *La protection de la santé publique*, *R.D.G.M.* 2005, n° spéc., 134 p.

[6] M. DEGUERGUE, Droit des malades et qualité du système de santé, *op. cit.*, p. 510. C'est, pour l'auteur, de cette appréhension plus collective des problèmes de santé qu'émerge un ordre public sanitaire.

règles professionnelles en obligations de santé publique, le développement d'un droit commun des malades ainsi que l'encadrement croissant des activités de santé par le droit public[1]. D'autre part, la santé publique dont, il faut bien le reconnaître, les frontières matérielles ont toujours été délicates à définir[2], prend aujourd'hui un caractère totalisant. La liste des objets soumis à la politique de santé publique par l'article L. 1411-1 du Code de la santé publique le montre bien[3].

30 On relèvera ensuite, toujours avec M. MOREAU et M. TRUCHET, l'affadissement parallèle du caractère « public » du droit de la santé[4]. Que l'on nous comprenne bien : il ne s'agit pas ici de signaler un mouvement de recul de l'intervention de la puissance publique dans le domaine de la santé ; c'est plutôt le phénomène inverse qui apparaît. Le droit de la santé publique est toutefois abordé sous de nouveaux jours et dans des perspectives qui ne sont plus exactement celles du droit administratif.

31 C'est d'une part, le « *centre de gravité de la discipline* »[5] qui se déplace : réactualisé par le droit fondamental à la protection de la santé, le droit de la santé publique a peu à peu rejoint le champ des droits et des libertés publiques. Partant, les conflits traditionnels de l'ordre et de la liberté ont également évolué vers ce qu'il faut bien appeler avec M. MOREAU des conflits de libertés[6]. Cette transformation s'observe tout particulièrement dans l'arrêt *A.L.I.S.* du Conseil d'État du 26 novembre 2001, alors saisi d'une demande dirigée contre les dispositions du Code de la santé publique relatives aux obligations vaccinales[7]. Rompant avec sa jurisprudence traditionnelle qui fondait ces obligations sur les « intérêts » ou les « impératifs de la santé publique »[8], le Conseil d'État

---

[1] Sur tous ces points, qui seront examinés plus loin, *cf.* notamment D. TABUTEAU, Sécurité sanitaire et droit de la santé, *op. cit.*, p. 834-838.

[2] Sur cette question, *cf.* notamment J. MOREAU et D. TRUCHET, *Le droit de la santé publique*, *op. cit.*, p. 11 ; Ph. LIGNEAU, Quelle santé ? Quelle prévention ?, in *La prévention sanitaire en France*, sous la dir. de Ph. LIGNEAU, *R.D.S.S.* 1983, n° 2, p. 187 et les rapports de feu le Haut Comité de la Santé Publique, et plus spécialement le *Rapport général 1993*, Paris, La documentation française, 1994, 333 p.

[3] Selon l'art. L. 1411-1 C.S.P., « *La politique de santé publique concerne : 1°) La surveillance et l'observation de l'état de santé de la population et de ses déterminants ; 2°) La lutte contre les épidémies ; 3°) La prévention des maladies, des traumatismes et des incapacités ; 4°) L'amélioration de l'état de santé de la population et de la qualité de vie des personnes malades, handicapées et des personnes dépendantes ; 5°) L'information et l'éducation à la santé de la population et l'organisation de débats publics sur les questions de santé et de risques sanitaires ; 6°) L'identification et la réduction des risques éventuels pour la santé liés à des facteurs d'environnement et des conditions de travail, de transport, d'alimentation ou de consommation de produits et de services susceptibles de l'altérer ; 7°) La réduction des inégalités de santé, par la promotion de la santé, par le développement de l'accès aux soins et aux diagnostics sur l'ensemble du territoire ; 8°) La qualité et la sécurité des soins et des produits de santé ; 9°) L'organisation du système de santé et sa capacité à répondre aux besoins de prévention et de prise en charge des maladies et handicaps ; 10°) La démographie des professions de santé* ».

[4] J. MOREAU et D. TRUCHET, *Le droit de la santé publique*, *op. cit.*, p. 12.

[5] *Ibid.*, p. 12.

[6] J. MOREAU, Le droit à la santé, *A.J.D.A.* 1998, n° spéc. : « *Les droits fondamentaux* », p. 188.

[7] C.E., 26 nov. 2001, *A.L.I.S. et a,* préc.

[8] C.E., Ass., 12 déc. 1953, *Union nat. des assoc. familiales*, n° 16.479 (et décisions du même jour *Arsac, Bellanger, Robin, Perraud, Conf. nat. des assoc. catholiques des chefs de famille*), *Rec.* p. 545 ; *Dr. soc.* 1954, p. 241, concl. C. MOSSET ; *S.* 1954, p. 44, note G. TIXIER ; *D.* 1954, I, p. 511, note C. ROSSILLION ; *Le Concours médical* 1954, p. 801 et p. 3829, comm. ROLIN. *Cf.* également C.E., 16

a, en l'espèce, justifié ces mesures de police sanitaire en prenant appui sur le droit constitutionnel à la protection de la santé. Selon l'arrêt, les mesures contestées, qui portent « *une atteinte limitée aux principes d'inviolabilité et d'intégrité du corps humain* », sont ainsi proportionnées à l'objectif de protection de la santé, « *qui est un principe garanti par le Préambule de la Constitution de 1946 auquel se réfère le Préambule de la Constitution de 1958* ». Dès lors, elles ne méconnaissent pas plus le principe constitutionnel de sauvegarde de la dignité de la personne humaine qu'elles ne portent d'atteinte illégale à celui de la liberté de conscience.

32 D'autre part, l'affirmation du droit fondamental à la protection de la santé associée à la promotion de la sécurité a conduit l'État à inventer de nouvelles formes et de nouveaux procédés d'intervention, destinés à garantir un niveau optimal de protection sanitaire. Ce programme renvoie alors l'administration à une obligation de vigilance et d'action permanentes qui, comme a pu le noter M. TRUCHET sur la question plus générale du « droit à la sécurité », est « *de plus en plus envisagée comme une obligation de prudence et de diligence proche de celle du " bon père de famille " d'antan* »[1].

33 On le pressent : c'est bien la question du fondement, du but, de l'objet, et du sens même de l'ordre public sanitaire que renouvellent ces métamorphoses du droit de la santé et de l'action sanitaire de la puissance publique. Celles-ci ont en effet contribué à transformer le fait justificatif de l'ordre public sanitaire et, partant, à modifier le principe qui constitue sa raison d'être et détermine sa finalité et son contenu.

SECTION 3
L'ÉVOLUTION SUBSÉQUENTE DE L'ORDRE PUBLIC SANITAIRE

34 L'ancrage du droit de la santé dans la fondamentalité ne peut rester sans effet sur la notion d'ordre public, et plus particulièrement d'ordre public sanitaire, qui a précisément pour fonction de préserver les valeurs fondamentales de la société de droit. Il y a sans doute ici une première explication de la dualité des définitions doctrinales de l'ordre public sanitaire. Plus encore, s'impose l'idée que l'ordre public sanitaire, aussi ancien soit-il, va être affecté par l'évolution contemporaine du droit de la santé.

35 Loin de reprendre la logique de l'ordre public sanitaire, le droit fondamental à la protection de la santé donne une image exactement inversée des rapports liant la collectivité aux individus en matière de santé. Le droit à la protection de la santé offre en

---

juin 1967, *Ligue nat. pour la liberté des vaccinations*, n° 66.840, *Rec.* p. 259 ; *A.J.D.A.* 1968, p. 166, obs. G. PEISER ; *J.C.P.* 1967, II, 15303, concl. Y. GALMOT.

[1] D. TRUCHET, L'obligation d'agir pour la protection de l'ordre public : la question d'un droit à la sécurité, in *L'Ordre public : Ordre public ou ordres publics ?...*, *op. cit.*, p. 316.

effet à ces derniers une créance de santé qui, largement entendue, s'étend à la prévention des risques et à la sécurité sanitaire. Opposable à tous[1], cette créance pèse sur l'ensemble de la collectivité et principalement sur l'État, responsable de la politique de santé publique.

Dans cette perspective, ce n'est donc plus l'individu qui est comptable de sa santé envers la collectivité, mais bien cette dernière qui lui doit la protection de sa santé. Si l'on s'en tient aux dispositions de l'article L. 1110-1 du Code de la santé publique, *toute* personne dispose d'une créance qui oblige la collectivité à fournir à tous et à chacun un certain nombre de prestations de santé, dont des prestations de prévention et de lutte contre les risques sanitaires. Miroir de l'ordre public sanitaire, le droit fondamental à la protection de la santé renverse ainsi les relations sanitaires de l'individu à la collectivité et à l'autorité publique.

36 Ce droit revisite également les liens classiquement établis par l'ordre public entre la santé et la sécurité. Enrichi par la sécurité sanitaire, le droit fondamental à la protection de la santé ajoute à la lutte contre les risques sanitaires de désordre, un volet nouveau de lutte contre les désordres en matière sanitaire. Il offre ainsi à chacun un véritable droit à la sécurité pour sa santé qui, associant la prévention, l'accès aux soins et la sécurité sanitaire, va très au-delà des objectifs de l'ordre public sanitaire.

La question essentielle se pose alors de savoir comment ces logiques nouvelles interagissent sur la notion classique d'ordre public sanitaire.

37 Dans ses *Réflexions sur le droit de la santé* introduites au *Rapport public 1998*, la section des études du Conseil d'État soulignait la filiation entre le droit à la protection de la santé et l'ordre public sanitaire en relevant que « *le droit à la protection de la santé s'inscrit dans la longue tradition de la police sanitaire en application de laquelle les pouvoirs publics ont un devoir de protéger* collectivement *les populations contre les risques qui pourraient menacer leur santé* »[2]. Quelques années plus tard, lors des débats parlementaires sur la loi du 9 août 2004, M. MATTÉI affirmait que « *le droit à la protection de la santé correspond au devoir des pouvoirs publics de protéger collectivement les populations contre les risques qui pourraient menacer leur santé* »[3].

Le sens de l'évolution est clair : il ne s'agit plus désormais de concevoir l'ordre public sanitaire comme cette part de santé publique qui, indispensable au bon ordre, permet aux autorités de puissance publique de restreindre l'exercice des libertés

---

[1] *Cf.* C. SAUVAT, *Réflexions sur le droit à la santé*, Aix-en-Provence, P.U.A.M., 2004, coll. du Centre Pierre Kayser, 538 p., Préface de A. LEBORGNE.

[2] Conseil d'État, *Rapport public 1998. Réflexions sur le droit de la santé, op. cit.*, p. 239 (mot souligné par l'auteur).

[3] J.-F. MATTÉI, ministre de la Santé, de la Famille et des Personnes handicapées, compte-rendu des travaux de l'Assemblée nationale, 1ère séance du 2 oct. 2003. Le ministre reprendra cette formule presque à l'identique lors de la séance de travaux du Sénat du 13 janv. 2004.

publiques, mais bien d'en faire un instrument de la politique de protection sanitaire destiné à garantir le droit fondamental à la protection de la santé. Plus que la part sanitaire de la sécurité collective, l'ordre public sanitaire exprime aussi aujourd'hui les dimensions préventives et sécuritaires de la santé auxquelles renvoie l'obligation de l'État d'assurer à tous et à chacun la protection de la santé.

38 On observera que cette évolution ne change en rien le principe de l'obligation d'agir de la puissance publique. Celle-ci se rattache comme auparavant à cette fonction minimale et obligatoire de protection des administrés et des valeurs sociales fondamentales[1]. Elle en transforme néanmoins les objectifs et le contenu, en ce qu'elle assigne à l'administration des obligations qui, comme l'atteste le traitement contentieux de l'affaire de l'amiante par le Conseil d'État, étendent ses devoirs traditionnels de police administrative[2].

39 La notion même de police sanitaire porte la marque de ces bouleversements. Peu à peu détachée de sa définition institutionnelle classique, qui en fait une « *activité spécifique de prescription, consistant à réglementer des activités privées en vue du maintien de l'ordre public* »[3] en l'occurrence sanitaire, la police sanitaire tend aujourd'hui à rejoindre les contours plus vastes, mais aussi plus imprécis, de l'action publique de protection de la santé. On peut, pour illustrer ce point, reprendre ce passage du manuel de *Droit de la santé* de Mme LAUDE, M. MATHIEU et M. TABUTEAU, affirmant que « *l'État tient de ses pouvoirs généraux de police sanitaire une compétence générale d'information du public en cas de risque pour la santé publique* »[4]. L'assertion, étayée par le droit positif, n'est pas fausse[5]. Mais l'association de la police et de l'information, qui sur le plan de la stricte exégèse ne peut guère être qualifiée que comme une prestation immatérielle de service public, montre bien à quel point l'appréhension de la police sanitaire a changé. On aperçoit d'ailleurs la même évolution en jurisprudence. C'est ainsi

---

[1] En ce sens, dans ses conclusions sur l'arrêt *S.F.R.* du 22 mai 2002, le commissaire du Gouvernement notait que le principe de précaution peut apparaître comme l'aboutissement d'une construction juridique ancienne qui consiste à obliger la puissance publique à user de ses pouvoirs, notamment de police, pour assurer l'une des fonctions qui fondent sa légitimité, à savoir la protection des administrés (cité par le Conseil d'État, *Rapport public 2005. Responsabilité et socialisation des risques*, Paris, La documentation française, 2005, E.D.C.E. n° 56, p. 279).

[2] C.E. Ass., 3 mars 2004, *Min. de l'Emploi et de la Solidarité c. Bourdignon*, n° 241150, *Min. de l'Emploi et de la Solidarité c. Botella*, n° 241151, *Min. de l'Emploi et de la Solidarité c. Cts Thomas*, n° 241152 et *Min. de l'Emploi et de la Solidarité c. Cts Xueref*, n° 241153 ; *A.J.D.A.* 2004, p. 473, obs. M.-C. DE MONTECLER et p. 974, chron. F. DONNAT et D. CASAS ; *R.F.D.A.* 2004, p. 612, concl. E. PRADA-BORDENAVE ; *D.* 2004, p. 974, note H. ARBOUSSET ; *D.A.* 2004, n° 87, p. 35, note G. DELALOY ; *Resp. civ. et assur.* 2004, comm. 234, note C. GUETTIER. V. également, C. GUETTIER, L'amiante : une affaire d'État, *R.D.S.S.* 2006, n° 2, p. 202-214.

[3] A. VAN LANG, G. GONDOUIN et V. INSERGUET-BRISSET, *Dictionnaire de droit administratif*, Paris, Armand Collin, 4e éd., 2005, *verbo* « Police administrative ».

[4] A. LAUDE, D. TABUTEAU et B. MATHIEU, *Le droit de la santé*, Paris, P.U.F., 2007, coll. Thémis Droit, p. 91, n° 92.

[5] *Cf. infra* nos 509 s.

que la Cour administrative d'appel de Nantes a récemment indiqué que l'État n'a pas commis de faute « *dans l'exercice de ses pouvoirs de police sanitaire* » en décidant de mettre en œuvre une campagne nationale de promotion de la vaccination contre l'hépatite B[1].

40 Le suspens n'est pas de mise ici. On retrouve en matière de santé ce double phénomène inverse et concomitant d'interpénétration de l'ordre public et des droits fondamentaux qu'a bien mis en relief Mme REDOR[2]. D'un côté, la santé publique, composante traditionnelle de l'ordre public, a été érigée au rang d'un droit fondamental de la personne. Cette promotion est peut-être moins évidente que dans le domaine de la sécurité. Elle est toutefois bien révélée par la jurisprudence qui définit de plus en plus couramment le droit garanti par l'alinéa 11 du Préambule de la Constitution de 1946 comme le droit à la protection de la santé *publique*[3]. De l'autre, le droit fondamental à la protection de la santé, qui ne saurait être limité à la dimension sanitaire de l'ordre public, vient, en l'enrichissant, perturber les équilibres classiques de l'ordre public sanitaire jusqu'à en faire un instrument des politiques publiques de protection sanitaire. C'est dès lors à une véritable renaissance de l'ordre public sanitaire, entièrement refondé sur le droit fondamental à la protection de la santé, que l'on assiste aujourd'hui.

Il reste que l'on ne peut véritablement comprendre les logiques et les voies de cette refondation, ni même en saisir les conséquences sans un certain recul sur ce qui, traditionnellement, constitue l'ordre public sanitaire. Ce n'est en effet qu'après avoir pris la mesure de la réception de la santé publique par l'ordre public (Partie 1) que l'on pourra mieux approcher les transformations de l'ordre public sanitaire induites par ces évolutions majeures de la santé publique (Partie 2).

---

[1] Campagne qui, comme le précise l'arrêt, n'a pas été « *menée dans des conditions de nature à induire en erreur la population visée […] sur le caractère non obligatoire de ladite vaccination* » : C.A.A. de Nantes, 29 déc. 2006, n° 05NT00014, *A.J.D.A.* 2007, n° 16, p. 873. V. dans le même sens, C.A.A. de Douai, 10 janv. 2008, *Mme H. et a.*, nos 06DA01012 à 06DA01014, *A.J.D.A.* 2008, p. 766, (1ère esp.), concl. J. LEPERS qui, à propos de l'absence d'information ciblée sur les risques pour l'enfant à naître de la consommation même modérée d'alcool par les femmes enceintes avant 2001, retient que l' État n'a pas commis de faute « *dans l'exercice de son pouvoir général de police sanitaire ou dans la mise en œuvre de la protection de la santé de la mère et de l'enfant qui figure au 11 du préambule de la Constitution de 1946 auquel renvoie celui de la Constitution du 4 octobre 1958* ».

[2] M.-J. REDOR, Ouverture du colloque de Caen des 11 et 12 mai 2002, *L'Ordre public : Ordre public ou ordres publics ? …*, *op. cit.*, p. 13-14.

[3] Outre les décisions précitées du Conseil constitutionnel de 1991, il faut ici se reporter à l'ordonnance du juge du référé-liberté du Conseil d'État du 8 sept. 2005 (*Garde des Sceaux – Min. de la Justice c. M. Brunet*, n° 284803, *Rec.* p. 388 ; *D.* 2006, J., p. 124, note X. BIOY ; *A.J.D.A.* 2006, n° 7, p. 376, note M. LAUJIDOIS ; *Gaz. Pal.* mars-avr. 2006, J., p. 1077, note J.-L. PISSALOUX) qui considère, sans autre forme de procès, qu'« *en raison du renvoi fait par le Préambule de la Constitution de 1958 au Préambule de la Constitution de 1946, la protection de la santé* publique *constitue un principe de valeur constitutionnelle* » (nous soulignons).

PREMIÈRE PARTIE
LA RÉCEPTION DE LA SANTÉ PUBLIQUE PAR L'ORDRE PUBLIC

41 En dépit de la présence, si ce n'est de l'omniprésence, de la réglementation et de la police de santé publique, la notion d'ordre public sanitaire n'est guère envisagée par la doctrine qui en donne par ailleurs des définitions variées. Ces divergences montrent la difficulté à en saisir le sens, ce qui ne surprend guère puisque la notion d'ordre public elle-même est souvent jugée réfractaire à toute définition.

« *L'ordre public*, écrit ainsi Rolland DRAGO, *est une notion qu'on ressent plus qu'on ne peut l'expliquer* »[1]. De nombreux auteurs ont également souligné « *les affres de la définition [et] l'obscurité du concept* »[2]. « *Le terme d'ordre public*, regrettait le doyen VEDEL, *est un de ceux que le droit (langue mal faite s'il en fût) emploie dans les acceptations les plus variées* »[3]. La notion revêt en effet une pluralité de sens selon le contexte juridique de son invocation, à tel point que certains évoquent un ordre public « *propre à chaque branche du droit* »[4]. Même réduite à la police administrative, la définition de l'ordre public achoppe sur la variabilité de son contenu, auquel n'échappe

---

[1] R. DRAGO, Les atteintes à l'ordre public, in *L'Ordre public*, Actes du colloque tenu à l'Académie des sciences morales et politiques – Fondation Singer-Polignac, Paris, 22 et 23 mars 1995, sous la dir. de R. POLIN, Paris, P.U.F., 1996, coll. Politique d'aujourd'hui, p. 47.

[2] F. TERRÉ, Rapport introductif, in *L'ordre public à la fin du XXe siècle*, *op. cit.*, p. 3. *Cf.* aussi J. CARBONNIER, Exorde, *ibid.*, p. 2 (L'ordre public est fait « *d'une force, d'un rayonnement, d'une énergie, qui ne se laisse pas capter en stéréotypes* ») ; É. PICARD, L'influence du droit communautaire sur la notion d'ordre public, *op. cit.*, p. 55 (L'ordre public est une notion « *essentiellement protéiforme, équivoque, relative, circonstancielle, contingente, indéterminée et singulièrement contradictoire* »). Certains, tel VAREILLES-SOMMIÈRES ont même exclu toute possibilité d'une définition en considérant que « *nul n'a pu le définir et que nul ne l'a compris et ne le comprendra jamais* » (*Synthèse du Droit International*, p. 171, cité par P. BERNARD, *La notion d'ordre public en droit administratif*, *op. cit.*, p. 2. A la page suivante, cet auteur reprend quelques unes de plus célèbres considérations sur l'ordre public à cette époque). V. encore J. VINCENT, La procédure civile et l'ordre public, in *Mélanges en l'honneur de Paul ROUBIER*, Paris, Librairies Dalloz et Sirey, 1961, t. 2 : « Droit privé, Popriété industrielle, littéraire et artistique », p. 303.

[3] G. VEDEL, *Cours de droit administratif*, *op. cit.*, p. 19. L'ordre public peut effectivement servir à signaler un état de fait opposé à cet autre état de fait qu'est le désordre. Il peut aussi renvoyer à une action, celle destinée à maintenir cet état ou à y parvenir. Il exprime encore un objectif, le but dirigeant cette action, qui peut être conçu sous un angle négatif comme « l'absence de troubles » ou positif comme « la paix sociale ». L'ordre public peut également faire référence à un ensemble matériel de règles impératives et, à certains égards, prééminentes sur d'autres principes et d'autres normes jugés moins importants ou bien renvoie, dans un sens plus fonctionnel, au principe qui justifie l'adoption et l'application de ces normes.

[4] Ch. VIMBERT, L'ordre public dans la jurisprudence du Conseil constitutionnel, *op. cit.*, p. 694 et M.-C. VINCENT-LEGOUX, *L'ordre public…*, *op. cit.*

pas son noyau dur formé par « l'ordre public général »[1]. Du point de vue matériel, les intérêts protégés par l'ordre public paraissent même si divers qu'on a pu reconnaître un ordre public spécifique à chaque objet de droit. Cette parcellisation est très nettement perceptible dans le discours doctrinal qui a progressivement identifié un ordre public économique[2], un ordre public moral, un ordre public social, un ordre public biologique[3], corporel[4], sanitaire, etc.

42 Pour échapper à la controverse, il paraît nécessaire d'aborder le concept d'ordre public de façon globale, en écartant ses dimensions évolutives pour ne retenir que ses permanences. L'analyse de ses constantes permet en effet de se prononcer en faveur d'une définition unifiée de l'ordre public, combinant ses éléments institutionnels et fonctionnels. Sous l'angle institutionnel, l'ordre public garantissant « *le bon fonctionnement des institutions indispensables à la collectivité* »[5], renvoie à « *un mécanisme d'État* »[6], forme politique d'organisation de la société dont il protège les fondements et l'intégrité[7]. Il s'analyse ainsi comme « *un ensemble d'institutions sociales qu'on ne peut transgresser, qui sont nécessaires à la vie en société* »[8]. L'importance de sa sauvegarde pour le groupe social et le groupe politique justifie alors l'exercice de l'*imperium* pour la régulation des conflits d'intérêts ou de volontés.

L'ordre public, pour autant, doit être perçu comme un instrument « *affecté d'une destination* »[9], celle-ci reposant sur un consensus social formé autour d'un certain nombre de valeurs[10]. « *Noyau dur du système juridique, l'ordre public est l'ensemble des règles*

---

[1] La jurisprudence a attribué à l'ordre public général des contours variables selon les époques. L'esthétique, par exemple, après avoir été inscrite parmi ses composantes (C.E., 2 mars 1924, *Sieur Leroux*, n° 75.773, *Rec.* p. 780 ; – Sect., 23 oct. 1936, *Union parisienne des syndicats de l'imprimerie*, n° 41.995, *Rec.* p. 906 ; – Ass., 3 juin 1938, *Soc. des usines Renault et autres*, n°s 39.833, 39.864, 39.866, 39.867 et 39.893 à 39.902, *Rec.* p. 531 ; – 14 mars 1941, *Cie nouvelle des chalets de commodité*, n° 61.649, *Rec.* p. 44 ; *cf.* P. DUEZ, Police et esthétique, *D. H.* 1927, chron. 17) semble aujourd'hui exclue de son champ (C.E., 21 juill. 1970, *Sieur Loubat*, n° 74.647, *Rec.* p. 507 ; – Sect., 18 févr. 1972, *Chbre synd. des entreprises artisanales de la Haute Garonne*, n° 77277, *Rec.* p. 153, *A.J.D.A.* 1972, p. 250, chron. LABETOULLE et CABANES ; *J.C.P.* 1973, II, 17446, note BOUYSSOU ; *Gaz. Pal.* 1973, 2, 761, note MELIN ; – 11 mars 1983, *Cne de Bures-sur-Yvette*, n° 20837, *Rec.* p. 104 ; *Gaz. Pal.* 1983, 2, 649, note MELIN ; *Quot. jur.* 16 juin 1983, note M. D.) sans que l'on puisse d'ailleurs savoir si ce rejet est ou non définitif (*cf.* T.A. Marseille, 7 janv. 1997, *Préfet du Vaucluse et M. Thierry Mariani c. Cne d'Orange*, *Petites affiches* 1997, n° 99, p. 14, note G. FEDOU). On notera d'ailleurs que certaines espèces, visant expressément le Code des communes ou le C.G.C.T., insistent sur ce que la liste des rubriques qu'elle contient « *n'a pas un caractère limitatif* » : *cf.* C.E., 24 oct. 1984, *Diabate*, n° 24815, *D.A.* 1984, n° 529.

[2] V. notamment G. RIPERT, L'ordre économique et la liberté contractuelle, in *Mélanges GÉNY*, 1934, t. II, p. 347 et R. SAVATIER, L'ordre public économiques, *D.* 1965, chron., p. 37-44.

[3] V. P. PY, Vers un statut de l'homme biologique. Les lois sur la bioéthique, *op. cit.*, p. 1338-1346.

[4] S. PRIEUR, La disposition par l'individu de son corps, Th. Droit, 1998, Paris, Les Études hospitalières, 1999, coll. Thèse, Préface de É. LOQUIN, p. 80-100.

[5] Ph. MALAURIE, L'ordre public et le contrat, *op. cit.*, p. 69.

[6] J. CARBONNIER, *Droit civil*, Paris, P.U.F., 1972, coll. Thémis, t. 4, n° 32.

[7] *Cf.* P. BERNARD, *La notion d'ordre public en droit administratif*, *op. cit.*, p. 42 : L'ordre public « *protège l'intégrité des bases de la société et donc des institutions politiques* ».

[8] G. RIPERT, *Cours de doctorat*, Paris, Les Cours du droit, p. 67.

[9] V. BLET-PFISTER, L'ordre public (Fragments pour une étude sur l'appareil d'État), *op. cit.*, p. 72.

[10] L. DUGUIT, *L'État, le droit objectif et la loi positive*, *op. cit.*, p. 566. L'ordre public, écrivait le doyen DUGUIT « *ne peut être que l'intérêt social, quelle que soit d'ailleurs la manière dont on le conçoit* ».

que la conscience collective juge indispensable au bon fonctionnement de la société »[1]. C'est cette symbiose entre l'ordre public et l'organisation de la société à une époque déterminée qui, parce qu'elle suggère une adaptation permanente du droit aux valeurs dominantes, en explique les fluctuations[2].

Sans doute une telle approche de l'ordre public renforce-t-elle pour partie son ambiguïté. Ne pouvant être défini comme un concept unifié et permanent qu'*in abstracto*, l'ordre public ne peut, en même temps, se réaliser qu'*in concreto*, au gré des circonstances[3], de façon partielle et nécessairement inachevée. C'est pourtant par cette voie que l'on peut espérer opérer une première délimitation de la notion d'ordre public sanitaire, celle-ci renvoyant alors à la dimension sanitaire de l'ordre public (Titre 1). Ce constat donne par ailleurs un premier élément d'explication de la complexité de son droit (Titre 2).

---

[1] G. LEBRETON, Ordre public et dignité de la personne humaine : un problème de frontière, *op. cit.*, p. 353.

[2] *Cf.* M.-C. VINCENT-LEGOUX, *L'Ordre public. Étude de droit comparé interne*, *op. cit.*, p. 3.

[3] Comme l'a bien souligné la C.J.C.E., « *les circonstances d'ordre public peuvent varier d'un pays à l'autre et d'une époque à l'autre* » comme elles évoluent « *en fonction des conditions sociales* » : C.J.C.E., 4 déc. 1974, *Van Duyn c. Home Office*, préc. (att. n° 18) et 26 févr. 1975, *Carmelo Angelo Bonsignore*, préc.

TITRE 1
LA DIMENSION SANITAIRE DE L'ORDRE PUBLIC

43 L'existence d'une composante sanitaire de l'ordre public est certaine. Premièrement, l'ordre public comprend bien un volet sanitaire, qu'expriment en particulier les polices de l'hygiène et de la salubrité publiques. Deuxièmement, il existe de nombreuses polices spéciales qui, créées pour diverses raisons, viennent réguler l'exercice des libertés pour des motifs d'ordre sanitaire. La diversité de ces polices rend toutefois difficile une définition globale de l'ordre public sanitaire.

44 Un premier constat s'impose : toutes les polices sanitaires ne poursuivent pas un but de santé publique. Cette qualification recouvre au moins deux types de relations entre l'ordre public et la santé. Il existe, en premier lieu, un ensemble de dispositifs qui font de la mesure de santé un outil d'intervention publique mis au service d'un intérêt d'ordre public étranger à la santé publique. C'est le cas, par exemple, des décisions d'hospitalisation d'office des personnes affectées de troubles mentaux qui ne servent pas tant à assurer la protection de la santé publique qu'à garantir la sécurité individuelle et collective[1]. C'est encore celui des mesures relatives à la rétention des personnes en cellule de dégrisement qui poursuivent également un objectif de sécurité et non de santé publique[2]. Le dernier exemple sera celui des injonctions de soins prononcées à l'encontre de certains délinquants ou criminels : là encore, l'objectif de ces mesures sanitaires obligatoires n'est pas de protéger la santé publique, mais bien d'assurer la sécurité publique. La protection de la santé publique peut, en second lieu, relever d'un élément à part entière de l'ordre public et, de la sorte, entrer parmi les motifs justifiant le recours à ses instruments disciplinaires. Dans cette hypothèse, qui est celle de la salubrité publique, de la lutte contre les maladies transmissibles ou encore de la sécurité sanitaire, la protection de la santé constitue le motif et l'objectif de la mesure d'ordre public. La santé publique ou, au moins, la prévention des risques sanitaires est ici conçue comme un facteur contribuant au bon ordre.

---

[1] L'hospitalisation administrative des malades mentaux, par exemple, répond à la nécessité de protéger la moralité et la sûreté des personnes et des biens (art. L. 2212-2-6° C.G.C.T. et art. L. 3213-1 à L. 3213-10 C.S.P.). L'hospitalisation sur demande d'un tiers est quant à elle motivée par la protection de la personne contre elle-même (art. L. 3212-1 C.S.P.).

[2] Art. L. 3341-1 C.S.P. V. C.E., 25 oct. 2002, *Conseil national de l'Ordre des Médecins*, n° 233551, *Rec.* p. 360 ; *A.J.D.A.* 2002, p. 1153, obs. J. AUBERT et T.C., 18 juin 2007, *Ousset*, n° 3620, *J.C.P.* A 2007, act. 785, obs. M.-C. ROUAULT ; *B.J.S.P.* 2007, n° 108, Pan., p. 4 (à paraître au *Rec. Lebon*).

45 En dépit de leurs différences fondamentales, ces deux types de « police sanitaire » sont rarement distingués. Il faut d'ailleurs reconnaître que la frontière les séparant n'est pas hermétique. Il suffit pour s'en convaincre de se reporter au décret n° 2007-1388 du 26 septembre 2007 qui précise, à l'article R. 131-46 du Code pénal, que la peine de stage de sensibilisation aux dangers de l'usage de produits stupéfiants instituée par la loi du 5 mars 2007 relative à la prévention de la délinquance a pour objet « *de faire prendre conscience au condamné des conséquences dommageables pour la santé humaine et pour la société de l'usage de tels produits* »[1].

46 Si l'on s'accorde pour considérer que l'ordre public sanitaire renvoie d'abord à cette part de santé publique indispensable au bon ordre, il faut néanmoins resserrer l'étude des liens entre l'ordre public et la santé aux seules mesures justifiées par des préoccupations de nature sanitaire[2]. Exprimant juridiquement « *les points névralgiques de l'organisation sociale* »[3], l'ordre public doit permettre la protection des intérêts fondamentaux de la société, c'est-à-dire ceux qui, telle la sécurité des citoyens *lato sensu*[4], sont indispensables au bon fonctionnement de la société et dont le respect s'impose nécessairement aux libertés[5].

Examiner l'ordre public sanitaire passe dès lors par une double analyse. Il s'agit d'abord de voir si et comment la santé publique participe à cette fonction fondamentale de l'ordre public qui en fait le « *noyau dur du système juridique* »[6] (Chapitre 1). Il s'agit ensuite d'en vérifier l'existence par l'examen de ses traductions positives (Chapitre 2).

---

[1] Décr. n° 2007-1388 du 26 sept. 2007 pris pour l'application de la L. n° 2007-297 du 5 mars 2007 relative à la prévention de la délinquance, préc.

[2] On rejoint sur ce point la perspective du doyen Jean-Marie AUBY pour envisager l'ordre public sanitaire comme cette part d'ordre public destinée à « *protéger la société contre les désordres ayant leur origine dans des facteurs sanitaires* » (Droits de l'homme et droit de la santé en particulier dans le régime juridique des services publics sanitaires, *op. cit.*, p. 673).

[3] J. VINCENT, La procédure civile et l'ordre public, in *Mélanges ROUBIER*, Paris, 1961, p. 303 cité par M.-C. VINCENT-LEGOUX, *L'ordre public. Étude de droit comparé interne*, *op. cit.*, p. 1, note 1.

[4] Le terme « citoyen » renvoyant en réalité ici à l'ensemble des personnes qui, présentes sur le territoire national, sont soumises aux lois de l'État. C'est notamment ce qu'a rappelé le Conseil d'État s'agissant des personnes soumises à la vaccination obligatoire dans son arrêt *A.L.I.S. et a.* du 26 nov. 2001, préc. : « *Les lois de police sanitaire s'appliquent impérativement aux situations qu'elles visent sans qu'une personne puisse s'y soustraire au motif qu'elle n'aurait pas la nationalité française ou serait un double national* ».

[5] J. RIVERO, *Libertés publiques*, Paris, P.U.F., 1995, t. 1, p. 169.

[6] G. LEBRETON, Ordre public et dignité de la personne humaine…, *op. cit.*, p. 353.

CHAPITRE 1
LA SANTÉ PUBLIQUE, COMPOSANTE DE L'ORDRE PUBLIC

47 Affirmer que la santé publique est une composante de l'ordre public n'est pas neutre. Il s'agit bien de signaler sa participation à cette fonction première de la puissance publique qui fonde sa légitimité : la protection de la sécurité des personnes[1] et, plus largement, des principes fondamentaux de la société.

48 Cette affirmation impose alors de se dégager de tout *a priori* fondé sur des considérations relatives au droit de la personne à la protection de la santé. Cet effort est indispensable ne serait-ce que parce que la reconnaissance de droits individuels en matière de santé est historiquement récente et se compte en lustres sans atteindre le siècle. En droit international comme en droit interne, ce n'est qu'au lendemain de la Seconde guerre mondiale que le droit de l'individu à la protection de la santé a été consacré, alors que les intérêts sociaux de la protection collective de la santé étaient depuis longtemps reconnus. Dans cette mesure, et si l'on peut, avec la section des études du Conseil d'État, effectivement situer le droit à la protection de la santé dans la tradition de l'ordre public sanitaire[2], il faut en revanche se garder de considérer d'emblée le droit à la protection de la santé comme étant à la source et/ou au fondement de l'action menée par les pouvoirs publics en vue d'assurer la protection de la santé publique. Cette intervention relève d'abord du devoir plus général du maintien de l'ordre public qui impose aux autorités publiques qu'elles protègent collectivement les populations contre les risques menaçant la sécurité ou la stabilité de la société.

49 L'ordre public sanitaire ne peut, dès lors, être perçu comme un concept autonome ; il s'agit bien ici de concevoir la santé publique comme un élément du maintien de l'ordre public au même titre que la tranquillité et la sécurité publiques. Impératif d'ordre public, la protection de la santé publique est une condition de la préservation du bon ordre, de la paix et de la prospérité sociale (Section 1). Partant, il faut aborder la notion d'ordre public sanitaire par le concept plus général d'ordre public qui va en déterminer les contours et les principes directeurs (Section 2).

---

[1] En ce sens, et parmi de nombreux auteurs, *cf.* J. DE LA MORANDIÈRE pour lequel l'ordre public traduit les « *nécessités de l'ordre et de la paix au sein de l'État* » (cité par É. PICARD, *La notion de police administrative*, *op. cit.*, t. 2, p. 544, note 31) ou A. PLANTEY qui rattache l'ordre public à « *la sécurité des personnes et [à] la sûreté de la vie collective* » (Définition et principes de l'ordre public, in *L'Ordre public*, Actes du colloque de Paris des 22 et 23 mars 1995, Académie des sciences morales et politiques. Fondation Singer-Polignac, sous la dir. de R. POLIN, Paris, P.U.F., 1996, coll. Politique d'aujourd'hui, p. 3).

[2] Conseil d'État, *Rapport public 1998. Réflexions sur le droit de la santé*, *op. cit.*, p. 239.

SECTION 1

LA PROTECTION DE LA SANTÉ PUBLIQUE, CONDITION DU MAINTIEN DE L'ORDRE PUBLIC

50 La notion d'ordre public sanitaire doit être comprise comme cette part de l'ordre public destinée à lutter contre les troubles ayant leur origine dans des facteurs sanitaires de désordre[1]. Comme le note Mme LUSSIER, « *le maintien de la paix et de la sécurité sociales comportent indéniablement une dimension protectrice qui s'étend à la santé publique comme facteur contribuant à cet objectif* »[2]. Dérivé de la sûreté, l'ordre public sanitaire n'a, dans son essence, aucun lien direct avec l'existence du droit à la protection de la santé et préexiste même à la reconnaissance de la santé publique comme valeur sociale autonome (§1). Cette reconnaissance l'a toutefois considérablement enrichi en renforçant la présence de la santé publique au sein de l'ordre public (§2).

§1.- UN ÉLÉMENT DÉRIVÉ DE LA SÛRETÉ

51 Il n'est pas inutile pour mieux comprendre le sens initial de l'ordre public sanitaire d'opérer un bref détour par l'histoire de l'intervention de la puissance publique en matière de santé. Obligation sociale avant d'être juridique, l'ordre public sanitaire est issu de la prise en compte par le droit d'une nécessité de fait : celle que le bon ordre et la paix collective ne peuvent s'exempter de la protection de la santé publique et, en particulier, de la prévention des épidémies et des fléaux calamiteux. L'ordre public sanitaire, né du constat que la maladie peut être un facteur de désordre et d'insécurité, a donc des origines très anciennes (A). Ce n'est pourtant qu'au début du XXe siècle que la protection de la santé publique est réellement consacrée comme un intérêt général dominant (B).

A.- LA PRISE EN COMPTE DE LA MALADIE COMME FACTEUR DE DÉSORDRE

52 Jusqu'à la fin du XIXe siècle, la protection de la santé publique a été désignée comme un élément indispensable de la sécurité intérieure (1). Quoique jugée nécessaire à la préservation du bon ordre, elle n'a guère été développée, mais est longtemps restée un objectif aux proportions limitées (2).

1) La protection de la santé publique, élément de la sécurité intérieure

53 L'ordre public sanitaire est issu d'un principe général de protection de l'ordre social. La notion trouve son origine dans les nécessités de la sécurité intérieure indispensable à toute organisation sociale, politique et juridique. Elle correspond

---

[1] Nous reprenons donc ici la conception du doyen J.-M. AUBY citée *supra* n° 2.

[2] L. LUSSIER, L'ordre public et la police sanitaire au Québec, *op. cit.*, p. 610.

historiquement à la prise en compte des maladies et des risques de maladies les plus graves comme des facteurs d'insécurité, faits générateurs de troubles justifiant que les autorités de puissance publique recourent aux instruments de la coercition pour assurer la protection de la collectivité sociale[1].

54 La fonction protectrice de l'ordre public sanitaire doit être appréciée dans une double perspective. La lutte contre les épidémies intéresse d'abord, et évidemment, la sécurité matérielle de la collectivité humaine[2], c'est-à-dire l'intégrité physique, parfois même la vie, des hommes qui composent le groupe social. Il a ensuite été très tôt constaté et reconnu que le risque épidémique est un puissant facteur de dilution des solidarités sociales, ne serait-ce qu'en raison des réflexes tant individuels que collectifs de peur qu'il provoque[3]. Partant, la lutte contre les maladies et fléaux contagieux a aussi été associée à la préservation des valeurs essentielles de la cité sur lesquelles reposent ses structures sociales et juridiques.

Le maintien de l'ordre public sanitaire doit, dans cette mesure, être reconnu comme l'une des branches de cette activité première et irréductible de l'État qui est d'assurer la sécurité matérielle et intellectuelle de la collectivité. La notion répond avant tout à ce besoin global de sécurité qui, parce qu'il forme le fond du contrat social, explique l'existence de la puissance souveraine et justifie l'usage de la contrainte.

55 La prise en compte par la puissance publique de cette dimension sanitaire des activités régaliennes débute avec les premiers balbutiements de l'État moderne. Dès le XVe siècle, le pouvoir royal, même s'il n'est pas le seul[4], s'intéresse de près à cet aspect de la protection du groupe social[5]. L'État libéral et individualiste qui naît de la Révolution ne remet pas en cause cette approche de la protection sanitaire. Dès 1789, la salubrité publique et la lutte contre les fléaux épidémiques sont reconnues comme des éléments essentiels de la sécurité civile et de l'ordre public dont le législateur confie le maintien

---

[1] Sur le rapport existant entre la lutte contre les épidémies et le renforcement de l'autorité coercitive et réglementaire, *cf.* notamment Ph. BRAUD, Science politique et santé publique, *op. cit.*, p. 71-77.

[2] *Ibid. Cf.* également S. MATHON-PÉCHILLON, *La contribution du Conseil d'État à la protection de la personne humaine, op. cit.*, en particulier le chapitre intéressant « La protection de la collectivité des personnes humaines par l'action administrative », qui consacre de longs développements à l'ordre public sanitaire (p. 230-274).

[3] Sur ce point, *cf.* J. RUFFIÉ et J.-C. SOURNIA, *Les épidémies dans l'histoire de l'homme…, op. cit.*, 302 p. ; J.-P. BARDET, P. BOURDELAIS et alii., *Peurs et Terreurs face à la contagion…, op. cit.*, 442 p. ; J. DELUMEAU, *La peur en Occident (XIVe-XVIIIe siècle)…, op. cit.*, p. 132-187 ; É. HEILMANN (textes réunis par), *Sida et libertés…, op. cit.*, 334 p.

[4] C'est, comme pour toute chose, à travers le droit des villes et des cités, que ce sont en effet structurées les premières polices sanitaires.

[5] On rappellera sur ce point la remarque d'Étienne Junius BRUTUS, théoricien monarchomaque du XVIe siècle, lointain écho des réflexions du *Léviathan* de Thomas HOBBES : « *En voulant pourvoir à ma liberté et bonne santé, je me rends esclave moy-mesme, je m'assujettis de mon bon gré, je m'expose à la licence d'un homme, je me mets les fers aux pieds* » (*De la puissance légitime du Prince sur le peuple, et du peuple sur le Prince*, 1581, p. 163-164). En plus des exemples cités *supra* n° 6, on trouvera également d'intéressantes illustrations dans le manuel de M. MESTRE, *Introduction historique au droit administratif français,* Paris, P.U.F, 1985, coll. Droit fondamental, 294 p. (rééd. 2001).

aux autorités municipales[1]. La protection sanitaire de la collectivité suscite par ailleurs l'attention croissante des autorités centrales et des gouvernements successifs. Un premier droit de la santé publique tend alors à se construire, par étapes, selon les besoins de la sécurité : la loi du 3 mars 1822 pose les principes du contrôle sanitaire aux frontières[2] ; la loi du 22 mars 1841 sur la protection des enfants au travail dans les manufactures esquisse les premiers contours de l'hygiène industrielle[3] ; celle du 13 avril 1850 entend pour la première fois résorber l'insalubrité des habitats, source de nombreuses infections[4].

56 Liée à la sûreté et ne visant qu'à la défense de la collectivité contre les facteurs sanitaires de désordre les plus graves, la protection de la santé publique n'est toutefois pas conçue comme un objectif positif et autonome de l'action de l'État. Ces premières interventions sanitaires ne se déploient donc que dans des proportions extrêmement limitées.

2) La protection de la santé publique, un objectif aux proportions limitées

57 Détachées de toute considération positive de santé, les premières formes modernes de l'intervention sanitaire de la puissance publique sont exclusivement justifiées par les besoins de la sûreté, telle qu'elle est notamment définie aux articles 4 et 5 de la Déclaration des Droits de l'Homme et du Citoyen du 26 août 1789. L'action de santé publique ne vise alors qu'à empêcher ou à faire cesser « *les actions nuisibles à la société* »[5].

À cette époque et pour longtemps, l'idée prévaut en effet que la santé relève avant tout de l'ordre privé de la société et que c'est « *du progrès des mœurs plutôt que de l'intervention administrative* »[6] qu'il faut attendre l'amélioration de l'état de santé de la population. L'action publique en ce domaine doit donc se borner à faire respecter le principe libéral de ne pas nuire à autrui. Par ailleurs, dans une société dominée par une perspective très manichéenne de l'ordre et de la liberté, jugés comme des valeurs antagonistes, la santé publique, qui relève essentiellement de la police, est la plupart du temps considérée comme un intérêt s'opposant aux libertés. Cette approche de la santé

---

[1] *Cf.* l'art. 50 du décr. du 14 déc. 1789 et l'art. 3, titre XI, de la loi des 16-24 août 1790 précités.

[2] L. du 3 mars 1822 relative à la police sanitaire, *Rec. Duvergier*, t. 23, p. 463.

[3] L. du 22 mars 1841 relative au travail des enfants employés dans les manufactures, usines ou ateliers, *Rec. des lois et ordonnances* 1841, t. 11, p. 69 (art. 4233). Sur la notion d' « hygiène industrielle » à laquelle L. POINCARÉ consacra un traité en 1886, *cf.* notamment G. VIGARELLO, Le sain et le malsain. Santé et mieux-être depuis le Moyen Âge, Paris, Seuil, 1993, coll. L'Univers historique, p. 248.

[4] L. du 13 avr. 1850 relative à l'assainissement des logements insalubres, in L. TRIPIER, *Les Codes français collationnés sur les textes officiels*, Paris, Cotillon, 10e éd. 1859, p. 1403. *Cf.* notamment F. BOURILLON, La loi du 13 avril 1850 ou lorsque la Seconde République invente le logement insalubre, *Rev. d'Histoire du XIXe siècle* 2000, n° 20/21.

[5] Art. 5 de la Déclaration des Droits de l'Homme et du Citoyen du 26 août 1789.

[6] L. JOUARRÉ, *Des pouvoirs de l'autorité municipale en matière d'hygiène et de salubrité*, Th. Droit, Paris V, 1899, Giard et E. Brière Libraires-Éditeurs, p. 25.

publique, jointe à l'indifférence voire même à l'hostilité des citoyens pour la prévention sanitaire, est alors un frein puissant de l'action des autorités de puissance publique.

58 Le droit témoigne, notamment dans la seconde moitié du XIXe siècle, d'un essor incontestable de la santé publique, principalement dû à la récurrence et à la violence des épidémies qui soulignent la nécessité d'une intervention renforcée de la puissance publique. Cet essor de la santé publique reste toutefois « *résistible* » selon le mot de François BURDEAU[1]. Écartelée entre les nécessités de la protection sanitaire et les impératifs tout aussi pressants de la liberté et de la propriété, l'intervention des pouvoirs publics est plus velléitaire que volontaire. Quoique ressentie comme nécessaire, l'action publique est, en ce domaine, parcellaire, empirique et limitée. Ces paradoxes se révèlent à différents égards : timidité du législateur, qui vote des lois qui ne sont ni générales ni obligatoires[2] ; inertie des autorités administratives, qui préfèrent s'abstenir plutôt que d' « *indisposer* »[3] les citoyens par des mesures coercitives ; résistance des juridictions qui, par une lecture stricte des droits dévolus aux autorités sanitaires, « *les condamnent à l'impuissance* »[4].

59 Il n'existe pas à proprement parler d'opposition de principe des juridictions à l'intervention sanitaire de l'administration. Le juge administratif comme le juge judiciaire font preuve, dès cette période, d'un intérêt réel pour la santé publique en acceptant notamment le principe de l'action des autorités de police dans la sphère, jusqu'alors « sacrée », de la propriété privée. Toutefois, peu avertis des dangers de l'insalubrité, les juges conservent une vision très étroite de la santé publique considérée comme une valeur liberticide et attentatoire aux droits individuels. Dès lors, la recherche d'une juste conciliation de ces impératifs jugés opposés aboutit en fait à la négation des exigences de l'action publique dans le domaine sanitaire. Plus soucieuses de ne pas entamer trop avant les droits des individus que de contribuer à l'amélioration des conditions d'hygiène publique, les juridictions retiennent une conception extrêmement restrictive des compétences dévolues aux autorités de police sanitaire.

Le Conseil d'État, notamment, privilégia une lecture très stricte de la législation. Il limita par exemple le champ d'application de la loi du 13 avril 1850 relative aux

---

[1] F. BURDEAU, Le résistible essor des politiques de santé publique sous la Troisième République (1870-1914), *Annuaire d'histoire administrative européenne* 1993-V : « Bureaucratisation et professionnalisation de la politique sociale en Europe (1870-1914) », p. 101-123. Sur ce thème, *cf.* également les propos introductifs de L. MURARD et P. ZYLBERMAN, *L'hygiène de la République*, *op. cit.* et, des mêmes auteurs, La République contre l'hygiène ? (1870-1940), *Après-demain*, 1996-389 : « La santé publique. Une affaire d'État », p. 5-11.

[2] Malgré les vives protestations de Théophile ROUSSEL, le législateur du 13 avril 1850 avait notamment fait de l'assainissement des habitats une simple faculté pour les autorités municipales comme pour les propriétaires visés. Cette question fera l'objet de vives critiques de la part de la Commission d'hygiène publique de la Chambre des députés en 1930 qui souligne l'absurdité des lois sanitaires auxquelles manquent « *ce principe essentiel à toutes les lois, l'obligation* » (citée par L. MURARD et P. ZYLBERMAN, La République contre l'hygiène ?, *op. cit.*, p. 5). V. *infra* n° 95.

[3] F. BURDEAU, Le résistible essor…, *op. cit.*, p. 104.

[4] F. BURDEAU, *ibid.*, p. 104.

immeubles insalubres en excluant qu'il puisse être tenu compte des causes d'insalubrité extérieures à l'immeuble[1]. Il se montra par ailleurs très rigoureux dans la définition des travaux d'assainissement pouvant être imposés, refusant ainsi d'admettre la légalité d'une obligation de réfection de murs destinée à éviter la prolifération de punaises[2]. C'est dans le même esprit que la Cour de cassation, rapidement suivie par le Conseil d'État, posa le principe dit « *du libre choix des moyens* » selon lequel l'autorité de police administrative doit se borner à définir le but poursuivi sans déterminer les modalités précises pour y parvenir[3].

Cette attitude des juridictions est symptomatique de la difficulté pour les juristes de l'époque à associer la santé publique à l'intérêt social. Il faut en effet attendre le début du XXe siècle pour que la santé publique émerge véritablement comme un intérêt général dominant.

B.- LA CONSÉCRATION DE LA SANTÉ PUBLIQUE COMME INTÉRÊT GÉNÉRAL DOMINANT

60 Sous l'influence de l'hygiénisme puis, surtout, du pastorisme, la santé publique tend au début du XXe siècle à acquérir une autonomie nouvelle que consacre le vote de la loi du 15 février 1902 relative à la protection de la santé publique[4] (1). Le maintien de l'ordre public sanitaire reste toutefois étroitement lié à l'impératif de sécurité (2).

1) Le vote de la loi du 15 février 1902 relative à la protection de la santé publique

61 Aboutissement de longues et multiples tentatives d'organisation d'une politique de santé publique[5], la loi du 15 février 1902 s'impose comme l'acte fondateur du droit de la

---

[1] C.E., 24 mars 1899, *Sieur Saboulard*, n° 87.742, *Rec.* p. 262 ; *D.* 1900, 3, p. 79. Déjà en ce cens : Cons. de Préfecture de la Seine, 17 mars 1880, *Camann Lévy*, *D.* 1880, 3, p. 38.

[2] C.E., 23 juill. 1886, *De Boismonbrun*, n° 62.936, *Rec.* p. 650 ; *D.* 1887, 3, p. 124 ; *Rev. d'adm.* 1886, t. 1, p. 75, obs. M. LE VAVASSEUR DE PRÉCOURT. De même, le Tribunal de simple police de Paris a-t-il refusé de reconnaître la légalité d'une décision prescrivant l'alimentation d'un immeuble en eau, une telle mesure équivalant à « *une mesure de commodité et de bien-être pour les locataires* », davantage qu'à une mesure intéressant la salubrité publique (7 févr. 1885, *D.* 1886, 1, p. 369). V. également, Cons. de Préfecture de la Seine, 9 juill. 1879, *Chemin de fer de l'Est* et 18 févr. 1880, *Minoret*, *D.* 1880, 3, p. 39.

[3] Cass., 15 juill. 1864, *D.* 1865, 1, p. 43 : « *La loi des 16-24 août 1790 a chargé les maires du soin de prévenir, par des précautions convenables, les accidents et fléaux calamiteux, tels que les épidémies, mais ne les a pas autorisés à déterminer eux-mêmes la nature et l'importance des travaux qui doivent être effectués* ». Confirmé entre autres par Cass. crim., 23 juill. 1864, *D.* 1865, 1, p. 326 ; — 16 mars 1867, *D.* 1867, 1, p. 415 et — 25 juill. 1885, *Beaujour*, *D.* 1885, 1, p. 180. V. également C.E., 5 mai 1865, *De Montailleur* (2 esp.), n° 35.803 et n° 35.804, *Rec.* p. 491 (avec les obs. du Ministre) ; *D.* 1868, 3, p. 17 ; — 12 mai 1882, *Palazzi*, n° 58.106, *Rec.* p. 450 (note) ; *D.* 1883, 3, p. 122 ; *S.* 1884, 3, p. 37 ; — 28 mars 1885, *Languellier*, préc. ; — 7 mai 1886, *Beaujour*, n° 63.930, *Rec.* p. 387 ; *S.* 1888, 3, p. 11 ; – 26 juill. 1889, *Galy*, n° 65.304, *Rec.* p. 886 ; *D.* 1891, 3, p. 91 et — 27 févr. 1891, *Jarlet*, n° 73.511, *Rec.* p. 156 ; *D.* 1892, 3, p. 83.

[4] L. du 15 févr. 1902 relative à la protection de la santé publique, précitée.

[5] La loi du 15 févr. 1902 est l'aboutissement de près de vingt années de procédure dont l'origine peut être trouvée dans deux propositions de loi déposées à la Chambre des députés. La première, en date du 20 mars 1880, émanait du Dr LIOUVILLE et tendait à rendre obligatoire la vaccination et la revac-

santé publique. Elle témoigne en effet de la volonté nouvelle des pouvoirs publics d'assurer la protection collective de la santé dans un cadre à la fois plus dynamique et plus volontariste. Elle est par ailleurs la première loi (et pour longtemps la dernière[1]) qui ambitionne de traiter, sinon de la totalité, au moins de l'essentiel des problèmes sanitaires[2].

62 Le vote de ce texte correspond à une profonde mutation de la pensée politique, sociale et juridique, plus propice à la solidarité générale. Tout d'abord, la révolution industrielle et l'urbanisation qui lui est liée ont conduit à un véritable bouleversement des données économiques, sociales et démographiques de la santé. Ensuite, les découvertes de PASTEUR, indiquant les liens biologiques qui unissent les hommes en société, ont amené à un profond renouvellement de la perception des solidarités sociales. En indiquant que la santé n'est pas exclusivement une affaire individuelle, qu'elle ne dépend « *pas seulement de sa propre conduite, mais aussi de celle de son voisin* »[3], PASTEUR met en exergue les limites des mécanismes traditionnels de la prévoyance individuelle et du modèle de protection fondé sur la vertu de chaque individu. Par là, le pastorisme entraîne la société à se redéfinir dans un cadre nouveau et oblige l'État à repenser les principes de son intervention[4] : dès lors que l'on admet que tout individu peut, par ignorance ou négligence, menacer la sécurité de la collectivité, les frontières matérielles qui séparent traditionnellement l'espace public de l'espace privé tombent d'elles-mêmes. Ainsi amené à reconsidérer son champ d'action et à développer la prévention sanitaire, l'État va alors « *pénétrer dans des domaines dans lesquels il n'aurait naturellement pas songé à intervenir* »[5]. Enfin, malgré le libéralisme ambiant, on perçoit un net changement des

---

cination contre la variole (*J.O.* 1881, Ch. doc., p. 136). La seconde, relative à l'assainissement des logements insalubres, fut présentée par M. NADAUD le 2 déc. 1881 (*J.O.* 1882, Ch. doc., p. 195). Sur l'histoire de la loi du 15 févr. 1902, *cf.* notamment F. BURDEAU, Le résistible essor, *op. cit.*, p. 117-118 et G. CARVAIS, La maladie, la loi et les mœurs, in *PASTEUR et la révolution pastorienne*, sous la dir. de Cl. SALOMON-BAYET, Paris, Payot, 1986, p. 282-283.

[1] Il faudra en effet attendre le 9 août 2004, soit plus d'un siècle, pour que le législateur aborde de nouveau la protection de la santé publique de façon globale (L. n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique, préc.).

[2] La loi du 15 février 1902 sera notamment complétée par la loi du 1er août 1905 sur la répression des fraudes dans la vente des marchandises et des falsifications des denrées alimentaires et des produits agricoles, *J.O.* du 5 août, p. 4813. Sur le lien unissant ces deux textes, *cf.* G. CARVAIS, La maladie, la loi et les mœurs, *op. cit.*, p. 280-330.

[3] F. EWALD, Le retour du malin génie. Esquisse d'une philosophie de la précaution, in *Le principe de précaution dans la conduite des affaires humaines*, sous la dir. d'O. GODARD, p. 121. Formule reprise par F. CHAUMET et F. EWALD, Petite bibliothèque d'actualité autour de la précaution, *Risques* 1992, n° 11, p. 103. V. également, F. BURDEAU, Propriété privée et santé publique. Étude sur la loi du 15 février 1902, in *Histoire du droit social. Mélanges en hommage à Jean IMBERT*, sous la dir. de J.-L. HAROUEL, Paris, P.U.F., 1989, p. 133.

[4] « *C'est grâce à PASTEUR que la notion d'une humanité nouvelle a pu se révéler et a passé dans les esprits*, écrit Léon BOURGEOIS. *C'est lui qui a fait concevoir plus exactement les rapports qui existent entre les hommes ; c'est lui qui a prouvé d'une façon définitive l'interdépendance profonde qui existe entre tous les vivants, entre tous les êtres […] ; c'est lui qui, par suite, nous a appris notre devoir mutuel […]. Quand il a fait cette démonstration merveilleuse qui est le mot suprême de son œuvre, il a fait non seulement une révolution scientifique mais une révolution morale* » (*La Politique de la prévoyance sociale*, Paris, 1914, t. 1, La doctrine et la méthode, p. 57-58).

[5] P. ROSANVALLON, *L'État en France de 1789 à nos jours*, Paris, Seuil, 1990, coll. Points. Histoire, n° H172, p. 129. Le principe de la solidarité sanitaire, souligne M. EWALD, permet dès lors l'extension de « *la part des obligations légales [qui] tendent à recouvrir les obligations morales* » (Le retour du

mentalités à la fin du XIXe siècle, notamment illustré par le solidarisme social défendu par Léon BOURGEOIS et Henri MONOD[1]. De plus en plus pensée comme une richesse collective indispensable à la puissance de l'État, la santé publique acquiert une autonomie nouvelle, ce dont témoigne la création dès 1889 d'une sorte de direction générale de la santé publique réunissant la direction de l'hygiène publique et la direction de l'assistance publique[2].

63 La jurisprudence, notamment administrative, s'est naturellement fait l'écho de ce revirement progressif mais spectaculaire. Cette évolution s'observe déjà dans le vocabulaire employé par les juges qui évoquent désormais « *les intérêts primordiaux de la santé publique* »[3] ou les « *nécessités supérieures d'hygiène* »[4]. Sur le fond, le juge administratif a aussi encouragé l'intervention de l'administration par une appréciation plus souple de ses pouvoirs, favorable au développement de la réglementation de santé publique[5]. C'est ce que traduit, par exemple, l'abandon progressif par le Conseil d'État de l'application du principe du libre choix des moyens en matière de réglementation sanitaire[6] : dorénavant, un maire peut, « *y compris dans l'exercice de ses pouvoirs de*

---

malin génie..., *op. cit.*, p. 99). En 1894, VAILLANT analysera ainsi l'utilité de l'intervention de l'administration en matière d'habitat insalubre comme une précaution qui, favorable à la justice sociale, est également indispensable pour la sécurité de tous : « *Le progrès de la science [...] montre tous les jours que la solidarité n'est pas un vain mot, qu'elle est matériellement une réalité qu'on ne peut impunément méconnaître et que les mesures d'hygiène, par exemple, qui protègent l'ouvrier dans son domicile et son atelier, éteignent un foyer d'épidémie en enrayant un véhicule de contagion ou d'infection menaçant aussi pour le patron ou pour le riche* » (*J.O.* 1894, Ch. doc., p. 1441).

[1] Pour une définition du solidarisme comme doctrine morale, *cf.* notamment, le travail de C. SCHAEGIS, *Progrès scientifique et responsabilité scientifique*, Th. Droit, Paris, 1998, C.N.R.S. éd., 304 p., coll. C.N.R.S. Droit, spéc. p. 25-106 auquel nous reprocherons néanmoins de ne pas avoir assez mis en évidence l'influence du pastorisme sur la construction et l'enracinement de cette doctrine.

[2] Décr. du 5 janv. 1889 détachant les services de l'hygiène publique du ministère du Commerce et de l'Industrie pour les réunir au ministère de l'Intérieur, et décr. du 13 janv. 1889 portant transfert de crédits, JO du 13 janv., p. 170.

[3] *Cf.* C.E., 5 juin 1908, *Marc et Chbre synd. des propriétés immobilières de la ville de Paris*, n° 17.365, *Rec.* p. 611, concl. G. TEISSIER ; *S.* 1909, III, p. 113, note M. HAURIOU ; – 15 janv. 1909, *Vial, Guillotel et a.*, n°s 15.226 à 15.229, 15.243 et 15.244, *Rec.* p. 30. *Cf.* également Cass. crim., 29 juill. 1898, *Ribeyrolles* et *Bouvier* (2 esp.), *Bull. cirm.* n° 7, p. 488 ; *S.* 1900, 1, p. 157.

[4] *Cf.* C.E., 6 août 1910, *Sieur Levavasseur*, n° 22.359, *Rec.* p. 708.

[5] Cette jurisprudence favorable au développement du pouvoir réglementaire en matière de santé, déjà constatée par M. MODERNE en 1965, est toujours à l'œuvre aujourd'hui (Le régime juridique des vaccinations obligatoires, *A.J.D.A.* 1965, p. 195-211). L'intérêt général impérieux qui s'attache à la santé publique justifie ainsi, selon M. GENEVOIS, que les formations administratives du Conseil d'État cherchent à favoriser leur intervention, souvent considérée comme plus appropriée que celle du législateur (Idée énoncée au cours du colloque organisé par le C.R.D.F. à l'U.F.R. de Droit, Université de Caen, les 11 et 12 mai 2000, *L'ordre public : Ordres publics ou ordre public ? Ordre public et droits fondamentaux*, sous la dir. de M.-J. REDOR, Bruxelles, Bruylant, 2001, 436 p., coll. Droit et Justice n° 29). En ce sens, *cf.* par exemple C.E., 21 juill. 1989, *Assoc. des médecins pour le respect de la vie*, n° 98889, *Rec.* p. 163 ; *A.J.D.A.* 1991, p. 469, note D. CUSTOS (légalité du décr. n° 88-327 du 8 avr. 1988 qui soumet les activités de procréation médicalement assistée à un certain nombre de règles de qualification et d'équipement en dehors de toute intervention du législateur) et – Ass., 30 juin 2000, *Ligue française pour la défense des droits de l'homme et du citoyen*, n° 210412, *Rec.* p. 252 ; *A.J.D.A.* 2000, p. 831, concl. P. FOMBEUR ; *J.C.P.* 2000, IV, 2742, obs. M.-C. ROUAULT ; *R.F.D.A.* 2000, p. 913 (légalité des dispositions du décr. n° 99-362 du 6 mai 1999 fixant les modalités de transmission à l'autorité sanitaire de données individuelles concernant les maladies soumises à déclaration obligatoire qui impose aux professionnels de santé ayant constaté un cas de maladie nécessitant une intervention urgente de le signaler sans délai à l'autorité sanitaire).

[6] C.E., 22 avr. 1904, *Vve Goupil*, n° 9.078, *Rec.* p. 340 ; – 22 nov. 1907, *Sieur Fischer de Chevriers*, n° 19.659, *Rec.* p. 854 ; — 5 juin 1908, *Marc et Chbre synd. des propriétés immobilières de la ville de Paris*, préc. ; — 25 févr. 1932, *Sieur Bellenger*, n° 8.986, *Rec.* p. 231. Cette jurisprudence ne sera pas

police générale, déterminer les travaux à exécuter pour la disparition des causes d'insalubrité d'un immeuble, […] dès lors qu'ils sont mentionnés au règlement sanitaire départemental, le maire se bornant alors à enjoindre le respect de ce règlement »[1].

À compter du début du XXe siècle, la santé publique tend ainsi à émerger comme un intérêt social autonome, différencié de la sûreté. La loi du 15 février 1902 constitue de la sorte une véritable charnière dans l'histoire du droit de la protection de la santé publique[2]. Il n'en demeure pas moins que la reconnaissance de l'intérêt collectif de la santé reste étroitement rattachée à des préoccupations de sécurité.

2) Le maintien des liens unissant la santé publique à la sécurité

64 Véritablement perçue comme un intérêt général, la santé publique tend, au début du XXe siècle, à acquérir une autonomie nouvelle. L'appel à la puissance publique reste toutefois étroitement associé à l'impératif collectif de la sécurité, qui situe l'ordre public dans le premier cercle des intérêts de l'État. Le rattachement de l'hygiène publique au ministère de l'Intérieur de 1889 à 1920 témoigne bien de cette perspective sécuritaire qui préside à la reconnaissance de l'intérêt collectif de la santé publique[3]. On en trouve par ailleurs l'écho dans les comptes-rendus des premières conférences internationales d'hygiène publique[4] et dans les débats parlementaires précédant le vote des législations sanitaires, en particulier celui de la loi du 15 février 1902.

65 Dans l'esprit des contemporains, l'usage des procédés prescriptifs et coercitifs de la puissance publique pour la protection de la santé publique s'impose à un double titre : « *le bonheur des peuples et la puissance de l'État* »[5]. Elle correspond, en premier lieu, à la protection de la liberté individuelle, puisqu'elle s'impose *in fine* comme la conséquence nécessaire du droit imprescriptible à la sûreté sous sa forme la plus

---

immédiatement suivie par les tribunaux judiciaires : *cf.* Trib. de simple police de Reims, 9 janv. 1905, *S.* 1907, 2, 249 ; Pan. Pén. 1905, 2, 48 ; – de Bordeaux, 11 févr. 1905, *S.* 1905, 2, p. 249, note J. A. ROUX ; *D.* 1905, 2, p. 123 ; Trib. corr. de Versailles, 26 janv. 1905, *D.* 1905, 3, p. 31 ; Cass., 2 juin 1906, *S.* 1909, 1, 412. V. également la note de M. HAURIOU sous C.E., 5 juin 1908, *Marc et Chbre synd. des propriétés immobilières de la ville de Paris*, *S.* 1909, III, p. 133-115.

[1] C.E., 19 mai 1954, *Sieur Legrand* et *Sieur Lagrèze* (2 esp.), n° 13.775 et n° 14.306, *Rec.* p. 285 et p. 286 ; — Sect., 28 avr. 1961, *Cne de Cormeilles-en-Parisis*, n° 45.424, *Rec.* p. 265, concl. J. CHARDEAU ; *A.J.D.A.* 1961, p. 487, concl.

[2] J. RIVERO, Les transformations sociales et le développement de la protection légale de la santé, in *Santé et Société. Découvertes biologiques et la médecine sociale au service de l'homme*, Montpellier, 1951, éd. de la chronique sociale, Semaine sociale de France n° XXXVIII, p. 76.

[3] Décr. du 3 janv. 1889, précité. Jusqu'alors la police sanitaire, intéressant essentiellement la protection des frontières et le contrôle des flux commerciaux, relevait principalement du ministère du commerce (v. *infra* n° 326). En 1896, est par ailleurs créé un Comité consultatif d'hygiène publique également rattaché au Ministère de l'Intérieur.

[4] La recherche d'une coordination internationale dans la lutte contre les maladies a émergé en Europe dès le milieu du XIXe siècle, sous l'influence déterminante de la France, au moment où les États, confrontés à des épidémies massives et résurgentes, ont saisi la vanité de politiques isolées de défense sanitaire. Sur ce thème, *cf.* notamment G. CARVAIS, *op. cit.*, p. 280-330.

[5] Formule célèbre du Premier ministre anglais DISRAËLI qui, pour ces motifs, considérait la santé publique comme « *le premier devoir d'un homme d'État* » (notamment cité par H. MONOD, *La santé publique (législation sanitaire de la France)*, Paris, Hachette, 1904, p. 8-9).

impérieuse qui est celle de « *la liberté de vivre* »[1]. Se conjuguant aux préoccupations démographiques[2], la protection de la santé publique répond, en second lieu, à un impératif essentiel pour la Nation : celui de protéger la vie, le nombre et la vaillance de la population, conditions indispensables à la puissance économique, politique et militaire de l'État[3]. La santé publique, estimait ainsi Léon BOURGEOIS, obéit « *aux nécessités du patriotisme, car elle a pour but et pour effet de conserver et d'accroître ce capital humain dont la moindre parcelle ne peut être perdue sans une atteinte à la sécurité nationale et à la grandeur de la patrie* »[4].

Les débats parlementaires de l'époque regorgent de telles assimilations de la santé publique à la sécurité nationale. Le sénateur LABBÉ y voit ainsi une question « *vitale pour notre pays* » : la paix restaurée, c'est désormais « *l'ennemi de chaque jour, celui qui nous environne, nous enserre, nous menace à chaque instant qu'il faut combattre* »[5]. Pour le sénateur MÉRIC, « *il n'est pas exagéré de dire que le souci de la santé publique peut-être classé, parmi les préoccupations gouvernementales, presque au même rang que le souci de la sécurité nationale* »[6].

66 Depuis lors, la santé publique a amplement dépassé cette dimension première de la sécurité nationale. La reconnaissance du droit à la protection de la santé au milieu du XXe siècle a notamment inscrit l'action sanitaire de l'État dans un cadre nouveau, plus solidaire et humaniste, qui accorde à l'individu une créance de santé envers la société. Il n'en demeure pas moins que c'est à partir de cet impératif collectif de sécurité que s'est constitué l'ordre public sanitaire. On soulignera d'ailleurs que cette logique sécuritaire n'est pas étrangère à la reconnaissance du droit à la protection de la santé. En ce sens, l'alinéa 3 du Préambule de la Constitution de l'O.M.S. du 22 juillet 1946 fait bien de « *la santé de tous les peuples […] une condition fondamentale de la paix du monde et de la sécurité* »[7].

---

[1] H. MONOD, Les mesures sanitaires en Angleterre depuis 1875 et leurs résultats, *Bull. de la société de Médecine Publique* 1891, n° 14, p. 79 : « *La liberté de ne pas être infecté de [maladies] vaut bien celle de les répandre*, ajoute-t-il ; *elle est plus respectable en soi et plus profitable à la société ; la liberté de vivre doit avoir le pas sur la liberté de tuer* ». Dans le même sens, Léon JOUARRÉ considérait la protection de la santé publique comme la garantie du « *droit le plus sacré, le droit de vivre* » (*op. cit.*, p. 2).

[2] Sur le problème de la dépopulation qui se pose à l'époque, *cf.* l'intervention de P. STRAUSS au Sénat le 11 déc. 1900 (*J.O. Sénat*, p. 953).

[3] Cette dimension de la santé publique n'a d'ailleurs pas disparu comme en atteste le discours de Mme BACHELOT, ministre chargée de la Santé, prononcé lors de l'ouverture du 13e forum international de l'Économie de la santé (publié le 14 nov. 2007 sur le site Internet du ministère, *www.sante.gouv.fr*, rubrique : « Discours »).

[4] L. BOURGEOIS, discours prononcé à la première séance tenue par le Comité consultatif d'hygiène publique au ministère de l'Intérieur, 14 janv. 1889, cité par H. MONOD, *La santé publique…*, *op. cit.*, p. 9.

[5] 2ème délibération du Sénat sur le projet de loi relatif à la protection de la santé publique, *J.O. Sénat,* Séance du 11 déc. 1900, p. 953.

[6] *Ibid.*, Séance du 21 mai 1901, p. 663.

[7] Al. 3 du Préambule à la Constitution de l'O.M.S. du 22 juill. 1946, notamment reproduit in *Prévenir*, *op. cit.*, p. 13.

67 La politique de santé de l'État-providence a certes profondément modifié le cadre et l'objectif de son intervention. Le droit à la protection de la santé, qui assigne de nouveaux devoirs à la Nation, poursuit des finalités qui lui sont particulières et qui se distinguent de celles de l'ordre public sanitaire. Sa reconnaissance suppose notamment l'élaboration d'une politique active et volontariste de santé publique qui ne vise plus seulement à défendre la santé de la collectivité contre les menaces les plus graves, mais qui doit permettre de donner à tous, et à chacun en particulier, les moyens techniques et financiers de préserver sa santé et, le cas échéant, de se soigner[1].

68 Il reste que la consécration du droit à la protection de la santé a aussi correspondu à un intérêt bien compris de l'État qui a pu, par ce biais, prolonger les logiques de développement sanitaire de son capital humain et imposer des contraintes supplémentaires de santé publique. Si les pouvoirs publics ont été soumis à de nouvelles obligations, ils ont aussi, et du même coup, été investis de nouvelles prérogatives de réglementation, de surveillance et de contrôle de la santé publique[2]. « *Derrière des affirmations généreuses d'un droit individuel à la santé se profilent les considérations sociales les plus certaines*, observait le doyen Jean-Marie AUBY. *L'État s'est rendu compte en effet que la maladie constituait une atteinte directe à sa puissance, qu'elle amoindrissait sa situation économique ou militaire. Il est apparu ainsi une politique de la santé publique dans laquelle les droits des individus ne sont que les reflets de décisions collectives* »[3].

Le programme de l'État providence a de la sorte enrichi l'ordre public sanitaire de nouvelles dimensions plus offensives de protection de la santé publique. Or l'on retrouve dans ces mesures la logique initiale de l'ordre public sanitaire qui rend l'individu comptable envers la société pour des motifs liés à la sécurité collective.

---

[1] Cette politique repose sur l'organisation d'un système de santé – dont l'hôpital public constitue le « pivot » – capable de répondre techniquement et de façon égale pour tous aux besoins de santé des individus. Le droit à la protection de la santé reçoit de surcroît une dimension économique qui permet l'assistance financière des individus malades et la couverture sociale des dépenses de santé. L'effectivité du droit à la protection de la santé repose donc sur un double principe d'égal accès aux soins et d'assurance sociale auxquels se rattachent les mesures d'aménagement et de gestion du système sanitaire et hospitalier et, en partie, le droit de la Sécurité sociale.

[2] V. notamment J. RIVERO, Les transformations sociales et le développement de la protection légale de la santé, *op. cit.*, p. 80.

[3] J.-M. AUBY, L'obligation à la santé, *Annales de la Faculté de Droit de l'Université de Bordeaux. Série juridique*, 1955, n° 1, p. 8-9.

§2.- L'APPROFONDISSEMENT PROGRESSIF DE LA DIMENSION SANITAIRE DE L'ORDRE PUBLIC

69 L'approfondissement de la dimension sanitaire de l'ordre public est déjà très nettement perceptible dans l'extension du champ d'application de la réglementation sanitaire. En effet, alors que la loi du 15 février 1902 ne prévoyait que deux types de dispositions en la matière[1], la réglementation sanitaire couvre aujourd'hui un domaine très large et varié allant de la prévention des maladies transmissibles à la conservation des denrées alimentaires en passant par la lutte contre les nuisances sonores[2]. Cette extension remarquable est révélatrice de l'évolution de la conception de l'ordre public sanitaire. D'une part, les exigences sanitaires de l'ordre public se sont considérablement enrichies au cours du XXe siècle (A). D'autre part, l'ordre public sanitaire s'est vu assigner de nouvelles finalités qui en ont fait un ordre dynamique (B).

A.- UNE PERSPECTIVE ÉLARGIE DES EXIGENCES SANITAIRES DE L'ORDRE PUBLIC

70 Premier axe d'intervention de la puissance publique dans le domaine de la santé, la salubrité publique constitue la base même de l'ordre public sanitaire (1). Indispensable à son maintien, elle ne révèle cependant qu'un aspect particulier de la protection de la santé publique dont les impératifs ont progressivement été étendus (2).

1) La salubrité publique, élément traditionnel de l'ordre public

71 La salubrité publique appartient au triptyque fondateur de l'ordre public défini par l'article 97 de la loi du 5 avril 1884. Elle correspond à une exigence ancienne imposée par les textes aux autorités locales. Déjà, reprenant les schémas du droit de l'Ancien Régime, l'article 50 du décret du 14 décembre 1789 conférait aux corps municipaux la tâche « *de faire jouir les habitants des avantages d'une bonne police, notamment de la propreté, de la salubrité, de la sûreté et de la tranquillité des rues, lieux et édifices publics* ». L'article 3, titre XI, de la loi des 16-24 août 1790 inclût également la salubrité des lieux publics parmi les objets de police confiés « *à la vigilance des corps municipaux* » en l'associant à la « *sûreté et la commodité du passage dans les rues, quais, places, voies publiques, ce qui comprend notamment l'interdiction de rien jeter qui puisse causer des exhalaisons*

---

[1] Il s'agissait d'une part, des « *précautions à prendre en exécution de l'art. 97 de la loi du 5 avril 1884, pour prévenir ou faire cesser les maladies transmissibles, spécialement les mesures de désinfection ou même de destruction des objets à l'usage des malades ou qui ont été souillés par eux et généralement des objets quelconques pouvant servir de véhicule à la contagion* », et d'autre part, des « *prescriptions destinées à assurer la salubrité des maisons et de leurs dépendances, des voies privées, closes ou non à leur extrémité, des logements loués en garni et des autres agglomérations, quelle qu'en soit la nature, notamment les prescriptions relatives en alimentation en eau potable, ou à l'évacuation des matières usées* ».

[2] Sur le détail des rubriques de la réglementation sanitaire, v. *infra* n° 259.

nuisibles ». Les municipalités étaient encore chargées de « *l'inspection sur la salubrité des comestibles vendus sur la voie publique* » et du « *soin de prévenir par des précautions convenables et celui de faire cesser par la distribution des secours nécessaires, les accidents et fléaux calamiteux, tels que […] les épidémies* ».

72 La police de la salubrité publique fut ensuite élargie par la loi du 5 avril 1884 qui, en maintenant les éléments déterminés par les textes révolutionnaires, supprima toute référence aux lieux publics. Aujourd'hui codifié à l'article L. 2212-2 du Code général des collectivités territoriales[1], le contenu de la salubrité a connu, comme les autres éléments de l'ordre public, une remarquable stabilité et n'a guère fait l'objet de modifications substantielles depuis le début du XIXe siècle, si ce n'est par le développement des intérêts relatifs à la lutte « *contre les pollutions de toutes natures* »[2] et la réinsertion par la loi n° 2001-1062 du 15 novembre 2001 d'une mention relative à la propretés des rues[3]. Cette permanence est toutefois superficielle et n'a pas empêché un approfondissement progressif des impératifs de la salubrité publique.

En effet, au-delà de l'énumération légale de ses objets, la notion de salubrité publique, dérivée du standard d'ordre public, traduit avant tout la nécessité de prévenir ou de faire cesser les risques sanitaires préjudiciables au bon ordre. La salubrité est donc un domaine d'intervention de la police générale, mais aussi une norme sociale dont la formulation est suffisamment large et imprécise pour que l'administration puisse adapter son action aux circonstances de fait, de temps et de lieu[4]. Dès lors, si sa définition matérielle a en apparence peu varié, ses exigences se sont malgré tout enrichies en même temps que progressaient les besoins de santé et qu'évoluait le contexte économique, social et politique[5].

73 La salubrité, « *caractère de ce qui est favorable à la santé des hommes* »[6], est entendue, depuis le XIXe siècle, comme « *l'état d'un milieu favorable à la santé* »[7] et, par analogie, comme « *l'ensemble des mesures nécessaires pour obtenir et préserver cet*

---

[1] Art. L. 2212-2 C.G.C.T. : « *La police municipale a pour objet d'assurer le bon ordre, la sûreté, la sécurité et la salubrité publiques* ». Sur le contenu donné par ce texte à la salubrité publique, *supra* n° 1.

[2] L. n° 83-8 du 7 janv. 1983 relative à la répartition des compétences entre les communes, les départements, les régions et l'État, *J.O.* du 9 janv., p. 215. Le Conseil d'État tend toutefois à rattacher cette catégorie nouvelle à la sécurité publique et non à la salubrité publique, ce qui prouve encore une fois la fragilité de la frontière qui sépare ces deux impératifs. *Cf.* C.E., 30 juill. 1997, *Assoc. « Nos enfants et leur sécurité »*, n° 150740, inédit.

[3] Art. 49 de la L. n° 2001-1062 du 15 novembre 2001 relative à la sécurité quotidienne, préc.

[4] *Cf.* en ce sens, D. BOURCIER, *Analyse des standards de la police municipale. Approche décisionnelle*, Th., Dr., Paris I, sous la dir. de G. DUPUIS, 1988, dactyl., p. 108.

[5] *Cf.* D. MAILLARD DEGRÉES DU LOÜ, *Police générale, polices spéciales*, *op. cit.*, t. 1, p. 192. V. également du même auteur : « L'interdiction de fumer dans les lieux publics entre-t-elle dans le pouvoir de police générale du Premier ministre ? », comm. sous C.E., 19 mars 2007, *Mme Le Gac et a.*, n° 300467, *J.C.P.* A 2007, n° 2225, p. 36.

[6] A. REY (dir.), *Dictionnaire historique de la langue française*, Paris, Dictionnaires Le Robert, 1992, vol. 2, p. 1444, verbo : « Salubrité ».

[7] *Ibid.* Ce sens nouveau apparaît en 1835 et correspond à l'enracinement du courant hygiéniste qui se développe à compter de la seconde moitié du XIXe siècle.

état ». L'adjectif « publique » qui lui est accolé permet de désigner « *les soins que l'administration prend de la santé publique* »[1], ce qui suggère, notamment, la traduction sur le terrain du droit d'impératifs dégagés sur le plan de l'hygiène. La notion juridique de salubrité publique embrasse ainsi, comme le soulignait M. MORGAND, « *tout ce qui a trait à l'hygiène et à la santé publiques* »[2]. Les notions de « salubrité publique » et de « santé publique » sont donc très largement complémentaires. Le législateur et le juge administratif utilisent d'ailleurs ces expressions, auxquelles est parfois adjointe ou substituée celle d'« hygiène publique »[3], sinon comme des synonymes, au moins comme des formules équivalentes et interchangeables[4].

74 Malgré cette proximité sémantique, les deux locutions renvoient toutefois à des notions fondamentalement différentes qu'il est utile de distinguer[5]. Dans cette perspective, il faut entendre la santé publique comme un objectif d'intérêt général désignant un état, une situation sociale à atteindre ou à approcher. La salubrité publique caractérise, quant à elle, les conditions favorables à la sauvegarde ou à la production de cet état par l'application des règles d'hygiène publique. La salubrité publique n'est donc pas une fin en soi, mais un moyen d'atteindre l'élément d'ordre public visé : la protection de la santé publique[6]. Elle désigne l'ensemble des mesures édictées pour lutter contre les

---

[1] *Ibid.* L'expression « salubrité publique » apparaît dans le *Littré* en 1870.

[2] L. MORGAND, *La loi municipale. Commentaire de la loi du 5 avril 1884 sur l'organisation et les attributions des conseils municipaux*, Paris, Librairie administrative Berger-Levrault, 1923, t. 2, n° 1010, p. 869. Pour M. BERNARD, la police de la salubrité publique a « *pour objet l'hygiène publique ou la sauvegarde de la santé publique au sens le plus large du terme* » (*La notion d'ordre public en droit administratif*, *op. cit.*, p. 21).

[3] C.E., 16 févr. 1912, *De Montlivault*, n° 40.200, *Rec.* p. 220 ; – 7 juin 1939, *Min. du Commerce c. Soc. Wabrand*, n° 58.614, *Rec.* p. 378.

[4] *Cf.* notamment la loi du 15 févr. 1902 relative à la protection de la santé publique, préc. De même, l'art. 1er de la L. n° 76-663 du 19 juill. 1976 (*J.O.* du 20 juill. 1976, p. 4320), reprenant le texte issu de la L. du 19 déc. 1917 relative aux établissements dangereux, insalubres ou incommodes (*J.O.* du 21 déc., p. 10443), allie étroitement les impératifs de la santé publique à ceux de la salubrité publique (art. L. 511-1 C. envir). Pour l'utilisation de l'expression « santé publique » dans le cadre de la police municipale : *cf.* par exemple, C.E., 7 déc. 1900, *Sieurs Dubois et Gros*, n° 94.095, *Rec.* p. 733 ; – 7 juin 1912, *Cne de Levroux*, n° 39.154, *Rec.* p. 640 ; – 18 févr. 1931, *Sieur Périgaud*, n° 95.384, *Rec.* p. 183 ; – 2 nov. 1939, *Sieur Grosdenier*, n° 64.067, *Rec.* p. 549 ; – 23 janv. 1946, *Dame veuve Bugeat*, n° 75.213, *Rec.* p. 23 ; – 26 juill. 1947, *Dame veuve Jouvion*, n° 74.060, *Rec.* tables p. 707 ; – 17 juin 1953, *Ville de Briançon*, n° 99.752, *Rec.* p. 291 ; – Sect., 2 nov. 1956, *Soc. coopérative laitière de Hermes*, nos 19.455 et 19.890, *Rec.* p. 402 ; *A.J.D.A.* 1956, p. 491, chron. J. FOURNIER et G. BRAIBANT. *Cf.* également, C.E., avis, 8 nov. 1988, *E.D.C.E.* 1989, n° 40, p. 294 (également publié en annexe II à la circ. du 14 juin 1989 relative aux règles d'hygiène, *J.O.* du 26 juill., p. 9334). Même confusion s'agissant de la police générale nationale : C.E., 10 déc. 1962, *Synd. nat. des vétérinaires et Sieur Quentin*, nos 53.188 et 53.261, *Rec.* p. 672 ; – 19 mars 2007, *Mme Le Gac et a.*, n° 300467, *Rec.* p. 124 ; *J.C.P.* A 2007, n° 2225, comm. D. MAILLARD DEGRÉES DU LOÛ ; *R.F.D.A.* 2007, p. 770, concl. L. DEREPAS.

[5] *Cf.* en ce sens, J. MOREAU, La police de la salubrité publique, *Encyclopédie Dalloz*, Collectivités locales, t. 3, fasc. 2700, p. 1-2.

[6] M. LIVET définit ainsi la salubrité publique comme « *le maintien de l'hygiène, base de la santé publique* » (*L'autorisation administrative préalable et les libertés publiques*, Th. Dr., Paris, L.G.D.J., 1974, coll. Bibl. de Dr. Pub., t. CXVII, Préface de J. RIVERO, p. 40). Cette distinction entre le moyen (mesure de salubrité publique) et la fin (intérêt de la santé publique) apparaît parfois explicitement dans les arrêts du Conseil d'État. *Cf.*, par exemple, C.E., 7 déc. 1900, *Sieurs Dubois et Gros*, préc. (Le maire peut prescrire, « *dans l'intérêt de la santé publique* », des mesures générales de salubrité publique) ; – Sect., 7 déc. 1934, *Sieurs Gasquet et Barbaud*, n° 29.018, *Rec.* p. 1159.

troubles sanitaires matériels et extérieurs, c'est-à-dire les nuisances qui menacent la santé physique de la population.

75 Cette distinction est importante puisqu'elle permet de préciser l'objet de l'intervention de la puissance publique. La salubrité publique ne couvre pas la totalité des actions destinées à la lutte contre les risques sanitaires. Elle n'a pour objet que de combattre les sources d'infection et les facteurs de contamination extérieurs à l'homme et ne vise que le cadre et les conditions sanitaires de vie de la population. La police de la salubrité publique intéresse d'abord le milieu environnant, c'est-à-dire le milieu naturel et le milieu sociétal, ce qui comprend en particulier la salubrité des villes et agglomérations, l'hygiène et la salubrité des logements, des lieux de travail, des lieux de soins, etc. Elle concerne ensuite toutes les activités et produits destinés à l'homme dont les déficiences en matière d'hygiène peuvent engendrer des risques pour la santé publique. Il s'agit donc de désinfecter ou au besoin de détruire les objets et les lieux contaminés et/ou de prévenir leur contamination par l'édiction d'un certain nombre de normes d'hygiène et de salubrité concernant les aliments, l'eau potable, les produits d'usage courant, mais aussi les produits pharmaceutiques, les dispositifs médicaux et, d'une manière générale, tous les actes de soins dont l'innocuité doit être garantie. La police de la salubrité publique n'a, en revanche, pas vocation à veiller sur la santé mentale ou morale des personnes, à leur imposer un comportement sanitaire déterminé, ni à pénétrer le domicile privé en dehors des cas où le comportement des particuliers crée un risque pour autrui. La salubrité publique est donc *a priori* dégagée de toute prétention interventionniste : si elle recouvre une idée constante de santé, cette dernière n'est pas à produire ou à organiser, mais à défendre et à conserver dans les limites imposées par le respect des libertés publiques[1].

La police de la salubrité ne constitue donc qu'une modalité particulière de la protection de la santé. Elle ne suffit pas, en dépit de sa généralité, à rendre compte de l'ensemble des dispositifs de prévention sanitaire.

2) Le dépassement manifeste de la salubrité publique

76 Dès l'époque de l'hygiénisme, et surtout dans la première moitié du XXe siècle, la police sanitaire a été inscrite dans une perspective plus volontariste qui, débordant amplement le cadre de la salubrité publique, a débouché sur les exigences, plus

---

[1] L'utilisation récurrente par le juge administratif de formules négatives telles que « *le maintien* » (C.E., 14 mars 1919, *Sieur Ghesquière*, n° 57.768, *Rec.* p. 257) ou « *la sauvegarde de la santé publique* » (C.E., Sect., 2 nov. 1956, *Soc. coop. laitière de Hermes*, préc.) ou de références à l'existence d'une « *menace* » (C.E., 1er déc. 1972, *Sieur Lassieur*, n° 84.743, *Rec.* p. 769 ; – Sect., 28 nov. 1980, *Cne d'Ardres*, n° 04.551, *Rec.* p. 449 ; *D.* 1981, IR, 117, obs. DELVOLVÉ), d'un « *danger* » pour la santé publique (C.E., 10 janv. 1913, *Moyaux*, n° 46.503, *Rec.* p. 25 ; – 23 janv. 1946, *Dames Hubert et Crépelle*, n° 81.273, *Rec.* p. 300 ; – Sect. 2 nov. 1956, *Soc. coop. laitière de Hermes*, préc. ; – 4 janv. 1961, *Sieur Palmier*, n° 46.795, *Rec.* p. 2) ou de circonstances de nature à la « *compromettre* » (C.E., 18 févr. 1931, *Sieur Périgaud*, préc. ; – 20 juin 1934, *Soc. Lyonnaise des eaux*, n° 23.881, *Rec.* p. 703 ; – 14 janv. 1948, *Sieur Malézieux*, n° 90.342, *Rec.* p. 20) est tout à fait significative de cette approche conservatrice de la santé publique.

contraignantes, de santé publique. La lutte contre les désordres sanitaires s'est ainsi élargie du point de vue de son objet et de ses moyens.

77 L'extension du champ matériel de l'ordre public sanitaire s'observe en particulier dans le domaine de la lutte contre les maladies qui, accordant une large place à la prévention médicale, se distingue fondamentalement de la salubrité publique. Ce secteur intéresse les maladies infectieuses les plus graves qui ne peuvent être efficacement combattues que par une action médicale sur leur vecteur principal de transmission : l'homme. En partant du principe de l'interdépendance sanitaire des hommes mis en exergue par PASTEUR, il s'agit ici de briser la chaîne de transmission des maladies par une intervention directe sur les individus qui en composent les maillons. La prévention médicale ne se borne donc plus à agir sur les facteurs de risque extérieurs à l'homme, mais elle tend bien au-delà à imposer aux individus un comportement sanitaire déterminé.

Cette forme médicalisée de la prévention sanitaire s'articule autour de trois logiques prophylactiques complémentaires. Elle suggère d'abord une surveillance efficace de l'évolution des maladies. Ceci se traduit juridiquement par l'institution de dépistages et d'examens médicaux obligatoires réalisés sur certaines catégories de personnes[1] et par l'obligation de signalement de certaines pathologies à l'autorité sanitaire[2]. Elle suppose ensuite, lorsque cela est techniquement possible, que la population soit protégée contre les maladies transmissibles les plus graves. L'origine précise de ces maladies ne pouvant être détectée ou maîtrisée, il s'agit alors d'empêcher leur propagation par l'immunisation des personnes les plus exposées[3]. La protection de la collectivité contre ces maladies justifie, enfin, tout un ensemble de mesures destinées à contraindre les individus malades à se soigner pour éviter qu'ils ne transmettent la maladie à d'autres. Cette obligation de soins est parfois directement imposée par l'autorité de police qui peut, le cas échéant, enjoindre au malade de suivre un traitement voire, en cas de refus, provoquer son hospitalisation d'office[4]. Les soins peuvent aussi s'imposer de fait sans être directement ordonnés par l'autorité sanitaire, en conséquence d'une éviction scolaire ou d'un arrêt de travail qui s'appliquent tant qu'existe un danger de contagion[5].

---

[1] Ces examens peuvent ou non être réalisés dans le cadre de services de médecine préventive.

[2] *Cf. infra* n°s 265 et 542.

[3] On perçoit ici toute la différence entre les logiques de la salubrité et celles de la médecine préventive : la salubrité suppose que l'on désinfecte, que l'on décontamine, alors que la vaccination, à l'inverse, est une méthode d'incubation volontaire de la maladie, certes sous une forme désactivée, pour susciter les réactions immunitaires de l'organisme. Pour caricaturer, l'on pourrait dire que la salubrité consiste à désinfecter et la vaccination à infecter.

[4] *Cf.* notamment les anciens art. L. 275 et L. 278 C.S.P. (non repris) pour les maladies vénériennes, mais dont les logiques restent théoriquement applicables dans le cadre plus général et imprécis de la police de l'urgence sanitaire créée par la L. n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique, préc. (v. *infra* n°s 274 et 636).

[5] Se reporter notamment à l'arr. du 3 mai 1989 relatif aux durées et aux conditions d'éviction et aux mesures à prendre à l'égard des élèves et du personnel dans les établissements d'enseignement et

78 Autre exemple, situé en dehors du cas particulier de la médecine préventive, le champ de la police sanitaire a également été étendu à des activités et à des comportements dont la science a souligné le caractère nocif pour la santé et le lien direct à certaines pathologies graves, à caractère épidémique bien que non transmissibles, telles que les maladies cancéreuses ou nerveuses. S'inscrivent dans ce cadre les polices relatives à la lutte contre les nuisances sonores, le tabagisme, l'alcoolisme, la toxicomanie, mais aussi certains des dispositifs réglementant l'usage des appareils ionisants, les installations nucléaires, certaines installations classées pour la protection de l'environnement, etc. À l'inverse de la médecine préventive, ces dispositifs ne touchent pas directement les individus mais portent sur des déterminants qui leurs sont extérieurs. Cette extériorité du risque et de l'action pourrait les rapprocher de l'hygiène et de la salubrité publiques. On a ainsi pu parler d' « hygiène sonore » pour évoquer l'objectif visé par la lutte contre le bruit. Ce type de qualification est néanmoins trompeur car de telles actions de prévention, si elles révèlent une perspective élargie des risques pour la santé, ne consistent pas pour autant en un élargissement de la notion de salubrité. À cet égard, on peut rappeler que si la lutte contre le bruit s'inscrit dans le champ de la réglementation sanitaire, le Conseil d'État rattache régulièrement les mesures de police édictées dans ce cadre à la tranquillité publique[1] plutôt qu'à la santé publique[2]. Sans doute faut-il voir ici un signe de l'étroite complémentarité des éléments matériels de l'ordre public. Cette attitude témoigne en tous cas d'une perspective stricte de la notion de salubrité publique, qui ne saurait être élargie au gré de l'extension des objets soumis à l'intervention de police sanitaire.

---

d'éducation publics et privés en cas de maladies contagieuses (*J.O.* du 31 mai, p. 6806) qui, selon la maladie en cause, subordonne la réintégration du malade à sa guérison clinique, à la disparition du virus ou, au minimum, à l'attestation, par certificat médical, d'un traitement approprié. *Cf.* encore l'ancien art. L. 277 C.S.P. (non repris) pour les personnes victimes d'accidents vénériens présentant un danger de contagion : si le malade ne donne pas suite à l' « *invitation* » de renoncer immédiatement à l'exercice de sa profession, il peut faire l'objet d'une hospitalisation d'office.

[1] C.E., Sect., 29 juin 1983, *Maignan*, n° 35.578, *Rec.* p. 128 ; – 8 juill. 1992, *Ville de Chevreuse*, n° 80775, *Rec.* p. 281; – 29 déc. 1995, *Ville de Nancy*, n° 111704, inédit au *Rec.* ; – 26 juin 1996, *Cne de Méjannes-les-Alès*, n° 132043, *Rec.* tables p. 1058 ; – 2 juill. 1997, *M. Bricq*, n° 161369, *Rec.* p. 275 ; *D.A.* 1997, n° 323 ; *R.F.D.A.* 1997, p. 1104, n° 27 ; C.A.A. de Lyon, 15 oct. 1998, *Predo*, n° 97LY02711, *Rec.* tables p. 1061 ; – 29 mars 2005, *X*, n° 00BK02120, *J.C.P.* A 2005, n° 1338, p. 11, chron. B. PACTEAU ; – 27 juill. 2005, *Ville de Noisy-le-Grand*, n° 257394, *Rec.* tables p. 758 ; *Coll. terr.* 2005, n° 207, p. 26, obs. L. ESTREIN ; *R.L.C.T.* 2005, n° 8, p. 20, obs. E. GLASER ; *A.C.L.* 2006, p. 38 ; – 30 nov. 2007, *S.A.R.L. Coucou*, n° 284124, *J.C.P.* A 2007, act. 1076, obs. M.-C. ROUAULT (sera mentionné aux tables du *Rec. Lebon*).

[2] *Cf.* néanmoins C.E., 12 juin 1998, *Cne de Chessy et a.*, n° 153546, *Rec.* p. 233 ; *J.C.P.* 1998, IV, 3185, obs. M.-C. ROUAULT ; *D.A.* 1999, n° 15, note D.C. évoquant des « *nuisances sonores portant une atteinte excessive à la protection de la santé publique dans le département* » et C.A.A. de Marseille, 4 avr. 2005, n° 01MA02513, *B.J.C.L.* 2005, n° 6, p. 384, concl. J.-J. LOUIS : Les dispositions « *du Code de la santé publique et du Code général des collectivités territoriales, d'origine législative et réglementaire, donnent compétence au représentant de l'Etat dans le département, et au maire, pour édicter des dispositions particulières complétant celles résultant du décret susvisé du 5 mai 1988 et propres à préserver la santé de l'homme, notamment en matière de lutte contre les bruits de voisinage* ».

B.- LE DYNAMISME DE L'ORDRE PUBLIC SANITAIRE

79 « *L'ordre public promeut idéalement le respect des libertés individuelles tout en recherchant le bien commun et en maintenant l'ordre essentiel de la société* »[1]. Cette formule de M. ROMAIN souligne très clairement la dualité de la fonction de l'ordre public qui, selon la distinction classique du droit civil, peut être ordre de protection (ou de conservation) ou bien ordre de direction. Cette dichotomie est peu souvent reprise en droit administratif. Pourtant, ces deux intentions, conservatrice et directrice, se retrouvent clairement en droit public[2]. Elles participent de la définition même des idées de protection sociale et de sécurité qui suggèrent, d'une part, une action défensive et conservatoire de l'ordre (1) et, d'autre part, un aménagement constructif des conditions de sécurité (2).

1) Une fonction primaire de défense sanitaire de la collectivité

80 « *La notion d'ordre public traduit d'abord une réaction de défense de la collectivité* ». Elle est, écrit M. BERNARD, « *la manifestation d'une sorte d'instinct de conservation de l'être social* »[3] qui correspond à la vocation première de l'État-veilleur de nuit[4]. L'ordre public est ici réduit au minimum puisqu'il n'a pour fonction que de préserver les acquis et d'assurer la défense de la société contre les dangers les plus destructeurs, sans exprimer de progression ou d'amélioration. Il repose donc pour l'essentiel sur des mécanismes répressifs d'encadrement des libertés destinés, en matière de santé publique, à prévenir les dangers que des négligences ou des imprudences particulières font courir à la santé d'autrui. Il s'agit d'une part, pour le législateur, de définir un certain nombre d'obligations de prudence – qui sont en fait le plus souvent des interdictions de se livrer à tel ou tel comportement – dont la méconnaissance est civilement[5] et/ou pénalement[6] sanctionnée. Il s'agit d'autre part, pour l'administration,

---

[1] J.-F. ROMAIN, L'ordre public (notion générale) et les droits de l'homme, in *L'Ordre public. Concept et application*, Conférences du Centre de Droit privé et de droit économique de l'Université libre de Bruxelles, Bruxelles, Bruylant, 1995, coll. de la Faculté de Droit, vol. III. n° 14, p. 33.

[2] En ce sens, v. notamment É. PICARD, L'influence du droit communautaire sur la notion d'ordre public, *op. cit.*, p. 57.

[3] P. BERNARD, *La notion d'ordre public en droit administratif*, *op. cit.*, p. 278.

[4] *Cf.* R.-E. CHARLIER, Les fins du Droit public moderne, *R.D.P.* 1947, p. 127-162.

[5] De nombreuses sanctions administratives répriment les infractions commises aux textes sanitaires. La troisième chambre civile de la Cour de cassation considère pour sa part que l'inobservation des règles générales de salubrité publique peut constituer un motif de résiliation d'un bail au même titre que la violation d'une clause de ce dernier ou que l'inobservation des règles du code civil : Cass. civ. 3e, 19 janv. 2005, n° 03-15631, préc.

[6] Il faut ici préciser que les sanctions pénales spécialement prévues par les textes législatifs ne sont pas toutes intégrées au Code pénal, mais dans les Codes élaborés à droit constant. V. par exemple les art. L. 1324-1 à L. 1324-5 C.S.P. pour la répression pénale des atteintes portées à l'hygiène et à la salubrité publiques. C'est parfois même dans ces dispositions que se trouve la règle d'interdiction. *Cf.* en ce sens l'art. L. 1324-4 C.S.P. précisant que « *le fait de dégrader des ouvrages publics destinés à recevoir ou à conduire des eaux d'alimentation ou de laisser introduire des matières susceptibles de nuire à la salubrité, dans l'eau de source, des fontaines, des puits, des citernes, conduites, aqueducs, réservoirs d'eau servant à l'alimentation publique, est puni de trois ans d'emprisonnement et de 45 000 € d'amende. Le fait d'abandonner, par négligence ou incurie, des cadavres d'animaux, des débris de boucherie, fumier, matières fécales et, en général, des résidus d'animaux putrescibles dans les failles, gouffres, bétoires ou excavations de toute nature, autres que les fosses nécessaires au fonc-*

d'user de ses prérogatives de puissance publique, et notamment de ses pouvoirs de police, pour prévenir ou faire cesser des comportements générateurs de risques pour la santé des tiers. Cette défense minimale de la collectivité est aussi, et bien évidemment, essentielle et fondamentale puisque destinée à protéger l'intérêt vital de la société[1]. Elle explique et justifie les caractères permanent et inaliénable de la police générale dont elle structure les principes directeurs.

81 « *Fruit du couple ordre – liberté nécessaire au bon fonctionnement de la société libérale* »[2], la police générale, police de *maintien* de l'ordre au sens strict du terme, est en effet exclusive de toute action administrative interventionniste exercée dans un but de transformation de la société. L'ordre public considéré au sens de la police générale apparaît comme « *une préoccupation statique* »[3], un ordre de pure conservation. Selon la formule de M. MAILLARD DEGRÉES DU LOÛ, il est un ordre « *à maintenir ou à rétablir, il n'est pas à établir* »[4]. La police générale ne vise donc qu'à préserver l'ordre existant au moment où un trouble apparaît sans se préoccuper d'aucune finalité constructive. Ce rôle de conservation implique qu'aucune mesure destinée, non à préserver la santé publique, mais à la promouvoir, ne puisse être adoptée par les autorités de police générale qui doivent limiter leur intervention au minimum requis pour la sauvegarde de l'ordre public.

En premier lieu, l'action de police générale doit être motivée par l'existence d'une menace précise et objectivement établie pesant sur l'ordre public. Les impératifs de la prévention se distinguant de ceux de la prévision, l'autorité de police générale ne peut normalement intervenir sur la base de présomptions ou de probabilités pour organiser les conditions propres à empêcher l'éventuelle survenance d'un trouble[5]. Elle n'est pas non plus habilitée à organiser un régime permanent de surveillance ou de contrôle destiné à

---

tionnement d'établissements classés est puni des mêmes peines ». Cet état de fait n'est pas sans poser quelques problèmes quant à la clareté et à la lisibilité du droit, alors que d'autres interdictions portant sur les mêmes thèmes sont contenues dans d'autres Codes. *Cf.* par exemple l'art. R. 632-1 C.P. relatif à l'interdiction « *de déposer, d'abandonner, de jeter ou de déverser, en lieu public ou privé, à l'exception des emplacements désignés à cet effet par l'autorité administrative compétente, des ordures, déchets, déjections, matériaux, liquides insalubres ou tout autre objet de quelque nature qu'il soit, y compris en urinant sur la voie publique, si ces faits ne sont pas accomplis par la personne ayant la jouissance du lieu ou avec son autorisation* ». Sur ce problème constant de l'éparpillement des textes de santé publique, *cf. infra* n° 211.

[1] *Cf.* P. BERNARD, *La notion d'ordre public en droit administratif*, *op. cit.*, p. 278.

[2] D. MAILLARD DEGRÉES DU LOÛ, *Police générale, polices spéciales*, *op. cit.*, t. 1, p. 134.

[3] P. BERNARD, *La notion d'ordre public en droit administratif*, *op. cit.*, p. 94.

[4] D. MAILLARD DEGRÉES DU LOÛ, *Police générale, polices spéciales*, *op. cit.*, t. 1, p. 134.

[5] Sur cette base, le Conseil d'État a par exemple rejeté la possibilité pour un maire de porter atteinte à l'inviolabilité du domicile en ordonnant la visite de voitures de nomades en dehors des cas d'épidémie grave exigeant des mesures d'urgence : C.E., 2 déc. 1983, *Ville de Lille c. Ackermann et a.*, n° 13.205, *Rec.* p. 470 ; *D.* 1985, p. 388, note R. ROMI ; *Quot. Jur.* du 28 janv. 1984, p. 13, note M. D. De même, les menaces que constitueraient selon la commune les coupures d'électricité et de gaz pour les familles qui en sont l'objet ne sont pas, de par leur imprécision et leur éventualité, de nature à justifier leur interdiction générale et absolue par le maire : C.A.A. de Douai, 29 déc. 2005, *Cne de Waziers*, n° 05DA00726 ; *B.J.C.L.* 2006, p. 261, concl. J. LEPERS et obs. B. P. ; – de Paris, 11 juill. 2007, *Cne de Mitry-Mory*, n° 05PA01942, *J.C.P.* A 2007, n° 2327 (14), obs. N. FOULQUIER. *Cf.* encore sur les arrêtés interdisant *a priori* les coupures d'eau : S. BRACONNIER, Les arrêtés anti-coupures d'eau : une réponse juridique inadaptée à un problème social réel, *A.J.D.A.* 2005, n° 12, p. 644-651.

détecter des risques éventuels[1]. Est donc entaché d'illégalité, l'arrêté d'un maire soumettant à autorisation médicale toute personne désireuse de séjourner plus de quinze jours dans un hôtel de la ville[2] ou celui qui soumet une voie privée au contrôle des ingénieurs de la voie publique[3]. Dans le même ordre d'idée, l'institution d'un régime d'autorisation préalable, qui fait de l'interdiction une mesure de principe antérieure à l'expérience du trouble, est, sauf urgente nécessité, hors de la portée de la police générale[4].

En second lieu, la mesure de police générale doit être proportionnée à ce qui est effectivement nécessaire pour prévenir ou faire cesser le trouble constaté. Dès lors, si une réglementation de police peut comporter des interdictions détaillées[5], elle ne saurait, en revanche, imposer des mesures générales et/ou absolues[6] en dehors de circonstances exceptionnelles[7]. L'autorité de police administrative ne peut donc, au titre de la salubrité publique, édicter des règlements sanitaires généraux et permanents[8]. C'est également en

---

[1] C.E., 26 mars 1920, *Barré et a.*, n° 56.883, *Rec.* p. 329 ; – 23 juin 1926, *Cté de défense de l'enseignement libre de Grenoble*, *Rec.* tables p. 1294.

[2] C.E., 17 oct. 1952, *Synd. climatique de Briançon, sieur Dominique et a.*, n°s 3.868, 4.023 et 4.050 à 4.052, *Rec.* p. 445, concl. J. CHARDEAU, *Rev. adm.* 1952, p. 591, note G. LIET-VEAUX.

[3] C.E., 9 nov. 1956, *Porry*, *Rec.* tables, p. 635.

[4] *Cf. infra* n° 153. Les juridictions administratives ont longtemps adopté une attitude variable et nuancée sur ce point. Le principe de l'illégalité des régimes d'autorisation préalable n'a en effet été définitivement consacré par le Conseil d'État qu'en 1951 (Ass., 22 juin 1951, *Sieur Daudignac*, n°s 00.590 et 02.551, *Rec.* p. 362 ; *G.A.J.A.* n° 68 ; *D.* 1951, p. 589, concl. F. GAZIER, note J.-C., confirmé par – Sect., 14 févr. 1958, *Sieur Abisset*, n° 7.715, *Rec.* p. 98, concl. M. LONG ; *A.J.D.A.* 1958, p. 221, note J. FOURNIER et M. COMBARNOUS). Dans le domaine de l'hygiène publique, toutefois, la jurisprudence a toujours montré beaucoup de constance dans l'interdiction de l'institution de tels régimes appliquée depuis le XIXe siècle (C.E., 2 avr. 1898, *Sieur de Chauvelin*, n° 90.873, *Rec.* p. 297 ; – 13 mai 1898, *Sieur Gay*, n°s 90.051 et 90.052, *Rec.* p. 375 ; – 24 janv. 1902, *Delle Noualhier*, n° 3015, *Rec.* p. 41 ; – 6 juill. 1906, *Sieur Bargeaud et a.*, n°s 18.153, 18.230 et 18.231, *Rec.* p. 600 ; – 5 juin 1908, *Sieurs Riverain, Henry et Garnier c. Maire de Granville*, n° 23.860, *Rec.* p. 609 ; – 11 mai 1928, *Maire de Saint-Nicolas-de-Port*, n° 86.988, *Rec.* p. 601 ; – 10 mars 1937, *Dame Vve Piron*, n° 46.395, *Rec.* p. 291). L'autorité de police générale ne peut donc, pour des motifs sanitaires, soumettre l'exercice d'une activité privée, industrielle ou commerciale, à son accord préalable. Par exemple, si la protection de la santé publique contre les risques d'une distribution de produits laitiers défectueux autorise le préfet de police à interdire la mise en vente dans le département de la Seine d'un lait présentant un danger pour la santé publique (C.E., Sect., 2 nov. 1956, *Soc. coopérative laitière de Hermes*, préc.), l'autorité de police générale ne peut prévenir une telle situation en subordonnant l'ouverture d'un dépôt de lait à la délivrance préalable d'une autorisation (T.A. de Marseille, 10 juill. 1959, *Sieur Bourquin*, *Rec.* p. 833).

[5] C.E., 11 déc. 1985, *Ville d'Annecy*, n° 67.115, *Rec.* p. 369. La précision est même exigée par le Conseil d'État : *cf.* C.E., Sect., 12 mai 1939, *Sieur Gély*, n° 59.164, *Rec.* p. 312 ; – 17 juin 1992, *Alain Mido*, n° 123305, inédit au *Rec.*

[6] C.E., 22 déc. 1936, *Sieurs Turpin et a.*, n° 41.856, *Rec.* p. 1138 (illégalité d'un arrêté municipal réservant la vente de poissons dans la halle et interdisant de ce fait toute vente de poissons dans les locaux privés ou à bord des bateaux) ; – 17 févr. 1937, *Sieur Combeau*, n° 51.244, *Rec.* p. 206 ; – 10 mars 1937, *Dame Vve Piron*, préc. (illégalité de l'arrêté d'un maire ayant décidé de façon générale et absolue que les dépôts nuisibles à la salubrité publique sont interdits dans la localité à proximité de la voie publique) ; T.A. de Rouen, 4 juin 1969, *Sieur Cottenet*, *Rec.* p. 638 ; – de Nice, 2 avr. 1969, *Soc. Virginie*, *Rec.* p. 627. C'est sur ce principe qu'est fondé la présomption d'illégalité des interdictions générales et absolues : *cf.* notamment O. DUTHEILLET DE LAMOTHE, concl. sur C.E., Sect., 4 mai 1984, *Préfet de police c. Guez*, *A.J.D.A.* 1984, p. 393.

[7] Ces circonstances peuvent naître de l'urgence ou simplement résulter d'une situation locale particulière : *cf.* C.E., 17 févr. 1937, *Sieur Combeau*, préc. (légalité d'un arrêté municipal obligeant les propriétaires de pigeons à les tenir enfermés. Cette mesure, « *eu égard aux conditions particulières d'alimentation en eau potable du village* », est « *indispensable pour éviter la contamination des eaux des citernes* »).

[8] C.E., Sect., 7 déc. 1934, *Sieurs Gasquet et Barbaud*, préc. ; – Sect., 27 mars 1936, *Assoc. cultuelle israélite de Valenciennes*, n° 32.147, *Rec.* p. 383.

ce sens que peut être apprécié le principe du libre choix des moyens qui, par exemple, interdit à l'autorité de police municipale d'ordonner à un propriétaire les travaux et aménagements nécessaires pour la salubrité de son immeuble[1]. Cette règle constante de la police générale[2] ne cède que dans le cas où l'administration agit pour l'application d'une réglementation spéciale ou lorsque le moyen prescrit est le seul susceptible de parvenir au but recherché, l'objectif et le moyen se confondant alors[3].

82 Cette fonction primaire de défense sanitaire fait la spécificité de la police générale de la salubrité publique. Il convient toutefois de préciser qu'elle ne lui est pas spécifique. Quoique la plupart des polices spéciales dépassent de beaucoup cet objectif minimal de conservation, toutes les polices sanitaires procèdent de cette exigence fondamentale. Ainsi, l'institution des règlements sanitaires, qui a nettement étendu les possibilités d'action de l'administration, est d'abord issue de la nécessité de créer les instruments juridiques adéquats pour la défense sanitaire de la collectivité. Par négligence ou ignorance, trop souvent soumis aux pressions électorales, les maires du XIXe siècle regimbaient en effet à prendre les mesures de salubrité publique nécessaires à la protection de la santé générale[4]. Ce sont ces difficultés que le législateur du 15 février 1902 a cherché à surmonter en formalisant la réglementation sanitaire et en précisant l'étendue des compétences dévolues aux maires en la matière. Dans le domaine de la lutte contre les maladies contagieuses, les vaccinations obligatoires, pour ne citer qu'elles, associent pareillement cette double tendance défensive et constructive. L'obligation vaccinale participe sans doute d'un objectif ambitieux d'éradication des maladies, mais elle s'impose d'abord comme une mesure de prophylaxie qui, substituée aux logiques anciennes des quarantaines en lazarets, vise en tout premier lieu à défendre la santé de la population[5].

83 Ces exemples montrent malgré tout que l'ordre public sanitaire, d'abord conservateur, ne saurait être définitivement considéré comme un ordre statique, rebelle à toute dimension constructive[6]. Il peut en effet aborder, quoiqu'à titre secondaire, les

---

[1] *Cf.* C.E., Sect., 21 févr. 1947, *Sieur Barsi*, n°s 74.059 et 76.589, *Rec.* p. 75 ; – Ass., 16 mai 1947, *Sieur Gourlet*, n° 73.090, *Rec.* p. 207 ; *D.* 1948, p. 256, note G. MORANGE.

[2] C.E., Sect., 27 mars 1936, *Assoc. cultuelle des israélites de Valenciennes*, préc. ; – 17 févr. 1937, *Sieur Combeau*, préc. ; – 29 nov. 1999, *Féd. Française des pompes funèbres*, n° 200777, *A.J.D.A.* 2000, p. 178 ; C.A.A. de Nancy, 21 juin 2004, *Cne de Maizières-les-Metz*, n° 00NC00716, *J.C.P.* A 2005, n° 1628, note J. MOREAU.

[3] Comp. C.E., Sect., 21 févr. 1947, *Sieur Barsi*, préc. et – Sect., 21 févr. 1947, *Sieur Varlet*, n° 77.165, *Rec.* p. 74. *Cf.* également, C.E., 19 mai 1954, *Sieur Lagrèze*, préc. et – 9 févr. 1973, *Sieur Rousseau*, n° 82.080, *Rec.* p. 127.

[4] Incurie par ailleurs encouragée par les juridictions qui, peu au fait des impératifs de l'hygiène publique, définissaient restrictivement leurs compétences en ce domaine : v. *supra* n° 59 et *infra* n° 296.

[5] Sur cette question, *cf.* notamment F. MODERNE, Le régime juridique des vaccinations obligatoires, *op. cit.*, p. 196.

[6] En ce sens, v. notamment É. PICARD, L'influence du droit communautaire sur la notion d'ordre public, *op. cit.*, p. 57 : « *Comme norme gouvernant ou même fondant l'action unilatérale des autorités publiques à l'égard des sujets de droit, c'est-à-dire en droit public, l'ordre public comporte également*

notions de protection et de sécurité sous un angle positif, plus dynamique. L'ordre public sanitaire contribue alors à la promotion de la santé publique par la définition des conditions propres à permettre le « *développement du potentiel sanitaire* » de la population[1].

2) Une fonction secondaire d'organisation des conditions sanitaires de sécurité

84 « *Loi de vie* »[2], l'ordre public n'est pas un ordre de pure conservation qui cristalliserait et figerait le droit autour des exigences d'une société déterminée à une époque déterminée. La notion traduit aussi la quête du bien commun qui anime toute organisation sociale et politique[3]. De la sorte, l'ordre public est nécessairement un ordre dynamique, s'inscrivant dans un mouvement perpétuel de perfectionnement de la vie sociale[4]. Se faisant alors « *le reflet juridique d'un idéal admis par la collectivité* »[5], il comporte aussi une fonction positive d'aménagement de l'ordre[6]. L'action publique prend ici un autre aspect puisqu'il n'est plus seulement question de conservation, mais bien de progression et de construction de l'ordre. Cela suggère une affirmation plus importante de la puissance publique destinée, par l'orientation des libertés publiques, à corriger l'état des choses faisant obstacle à la réalisation du projet social[7].

Cette fonction positive de l'ordre public s'exprime dans le domaine sanitaire par la création législative de dispositifs de prévention permettant, grâce à la définition de comportements sanitaires favorables à la santé de tous, d'agir directement sur les sources, les facteurs et les vecteurs de maladies ou d'accidents. Déjà révélée par le programme pastorien qui inspire la loi du 15 février 1902, cette dimension positive de l'ordre public sanitaire correspond à l'idée que « *le vrai moyen de protéger la santé publique […] n'est pas de lutter contre les maladies infectieuses, [mais…] de les rendre impossibles* »[8]. Pour

---

ces deux intentions, protectrice et directrice ; mais, ici, elles se trouvent bien davantage mêlées : la protection de la santé des personnes […], par exemple, peut aussi bien s'inscrire dans le cadre de politiques volontaristes s'efforçant de construire délibérément un nouvel ordre social, et non pas seulement de conserver un certain état de la société ou de sauvegarder des droits supposés antérieurs ou originaires ».

[1] J.-M. AUBY, Droits de l'homme et droit de la santé…, *op. cit.*, p. 674.

[2] M. CLAPS-LIENHART, *L'Ordre public. Essai*, Th. Droit, Lyon, 1934, *Annales de l'Université de Lyon*, Fasc. 46, 1934, citée par P. BERNARD, *La notion d'ordre public en droit administratif*, *op. cit.*, p. 279.

[3] *Cf.* P. BERNARD, *ibid.*, p. 252-281 et F. BATAILLER-DEMICHEL, Les « *Beati possidentes* » du droit administratif. (Les actes unilatéraux créateurs de privilèges), *R.D.P.* 1965, p. 1054.

[4] « *L'ordre [est] du mouvement assimilé, le mouvement, de l'ordre en puissance* », écrivait ainsi Georges BURDEAU (*L'État*, Paris, Seuil, 1970, 182 p., coll. Points. Politique, p. 105). *Cf.* également, Ph. BRAUD, *La notion de liberté publique en droit français*, Paris, L.G.D.J., 1968, p. 422.

[5] Ph. ARDANT, Bull. d'information bibliographique sur P. BERNARD, *La notion d'ordre public en droit administratif, R.D.P.* 1964, p. 754.

[6] M. BERNARD perçoit ainsi l'ordre public comme « *le fruit d'une œuvre constructive* » (*La notion d'ordre public en droit administratif*, *op. cit.*, p. 44).

[7] Sous cet angle, l'ordre public renvoie à une définition dogmatique de la normalité : v. *infra* n° 232.

[8] Ch. BOURGUIGNON, *Des attributions de l'autorité municipale en matière d'hygiène*, *op. cit.*, p. 5. Dans le même sens, Henri MONOD écrivait : « *S'il existe des maladies transmissibles, si les modes de leur*

ce faire, il faut empêcher les maladies par la destruction des germes pathogènes, ce que proposent notamment les procédés de désinfection, et rendre les milieux « *réfractaires à [leur] reproduction* »[1] : le « milieu » humain d'abord, par la vaccination, le milieu environnant ensuite, par l'assainissement[2]. À ceci s'ajoutent des dispositifs de surveillance et d'évaluation qui visent, le cas échéant, à réorienter et/ou à ajuster les actions mises en œuvre[3].

85 Les régimes associés à cette fonction constructive de l'ordre public sanitaire comportent certains particularismes qui soulignent le volontarisme politique les animant. Tout d'abord, les prescriptions du législateur s'imposent tout autant aux particuliers qu'aux responsables sanitaires : les acteurs et professionnels de santé, mais aussi les autorités administratives et, en particulier, les communes. Ces dernières sont en effet les premiers destinataires du commandement de la loi qu'elles exécutent, le plus souvent, sous le contrôle du préfet du département. Au nombre de ces obligations, figurent notamment celle d'assurer l'application des règlements sanitaires[4], celle de la désinfection pour les communes d'au moins 20 000 habitants[5], celle de l'assainissement des agglomérations qui peut être imposée en cas de mortalité excessive[6] ou encore celles qui résultent du régime d'évacuation des eaux usées[7], de l'enlèvement des ordures et des déchets[8], de la fourniture d'eau potable[9], etc.

Ensuite, la plupart des régimes ainsi créés mêlent la gestion à la régulation, au point d'en faire fréquemment un tout indissociable. C'est notamment le cas du régime

---

transmission et les moyens de l'empêcher sont connus, c'est un devoir étroit d'employer ces moyens pour empêcher cette transmission. Et si cette transmission est effectivement empêchée, la conséquence dernière de cette destruction des germes nuisibles est la suppression des maladies elles-mêmes. […] Avec CONDORCET, *avec* ROCHARD, *avec* PASTEUR, *nous croyons que les maladies évitables seront évitées, que poursuivies, traquées par les découvertes de la science et par les pratiques de l'hygiène, elles seront un jour définitivement vaincues* » (*La santé publique, op. cit.*, p. 37-38).

[1] *Ibid.*, p. 36-37.

[2] Sur ce thème, *cf.* G. CARVAIS, *op. cit.*, p. 280-330

[3] *Cf. infra* n°s 264, 268 et 553.

[4] *Cf.* l'art. L. 1422-1 C.S.P. (C.E., Sect., 29 juill. 1943, *Cie des sablières de la Seine*, n° 70.940, *Rec.* p. 213 ; — 18 mars 1996, *M. et Mme d'Haussen*, n° 168267, inédit) et les art. L. 2213-30 et L. 2321-2 C.G.C.T. qui inscrivent les dépenses liées à la police de la salubrité et aux services communaux d'hygiène et de santé parmi les dépenses obligatoires des communes. Pour synthèse, voir la circ. du 14 juin 1989 relative aux règles d'hygiène (application des dispositions des articles L. 1, L. 2, L. 48, L. 49 et L. 772 C.S.P.), *J.O.* du 26 juill, p. 9330. Il s'agit aujourd'hui des articles L. 1311-1, L. 1311-2, L. 1336-1, L. 3116-1, L. 1312-1, L. 3116-2, L. 1421-4 et L. 1422-1 C.S.P.

[5] Art. L. 3114-1 C.S.P. L'art. L. 2321-2 12° C.G.C.T. inclut les dépenses des services communaux de désinfection.

[6] Art. L. 1331-17 C.S.P. *Cf.* également les art. L. 2224-8 II et L. 2321-2 16° C.G.C.T. qui font des dépenses relatives au système collectif d'assainissement des dépenses obligatoires des communes.

[7] Art. L. 1331-1 C.S.P. s. (*cf.* C.A.A. de Bordeaux, 16 avr. 1992, *Mme D. Brunet*, n° 90BX00586, *Rec.* tables p. 1163 pour les eaux usées domestiques et C.E., 10 nov. 1971, *Soc. civ. particulière du Château-Blanc*, n° 79.515, *Rec.* p. 668 pour les eaux usées non domestiques).

[8] Art. L. 2224-13 à L. 2224-15 C.G.C.T.

[9] Art. L. 1321-1 et L. 1321-5 C.S.P. *Cf.* Cass. civ. 1ère, 26 oct. 1964, *Soc. lyonnaise des eaux et de l'éclairage c. Soc. des ét. Necobas*, *Bull. civ.* I, n° 468, p. 362 ; Cass. crim, 20 oct. 1955, *Dury*, *Bull. crim.* n° 423, p. 748 ; C.E., 4 nov. 1987, *Cie des travaux hydrauliques (S.A.D.E.),* n° 48007, *Rec.* p. 346 ; *D.* 1988, Somm., p. 254, note Ph. TERNEYRE.

relatif à l'évacuation des eaux usées qui associe étroitement les instruments de la police sanitaire – pouvoir d'injonction du maire pour le raccordement des immeubles au réseau, possibilité d'exécution d'office des travaux nécessaires, etc. – à ceux de la gestion – réalisation du réseau public d'évacuation des eaux usées, organisation et gestion du service public d'assainissement[1]. Ce mélange des genres a d'ailleurs conduit le législateur législateur à des formulations juridiquement très ambiguës car combinant la notion d'obligation de salubrité publique à celle de service rendu. C'est le cas, par exemple, de l'article L. 1331-8 du Code de la santé publique ainsi rédigé : « *Tant que le propriétaire ne s'est pas conformé aux obligations [relatives à l'évacuation des eaux usées], il est astreint au paiement d'une somme au moins équivalente à la redevance qu'il aurait payée au service public d'assainissement si son immeuble avait été raccordé au réseau ou équipé d'une installation d'assainissement autonome réglementaire, et qui peut être majorée dans une proportion fixée par le conseil municipal dans la limite de 100 %* ». Le Tribunal des conflits a précisé que le paiement des sommes, « *loin d'être le prix du service rendu que par le service public industriel et commercial que constitue l'exploitation d'un réseau d'assainissement, a le caractère d'une contribution imposée, dans l'intérêt de la salubrité publique, à quiconque, ayant la possibilité de relier son immeuble à un tel réseau, néglige de le faire* »[2].

86 Il est clair que, sur ce point, les modalités de la police de la santé publique s'éloignent des formes traditionnelles du maintien de l'ordre public. Elles ne peuvent pour autant être exclues de son cadre de définition ; bien qu'animés d'une ambition positive, ces mécanismes participent de la même fonction de protection de la santé publique, indispensable à la sécurité collective et à la paix sociale. C'est en réalité l'approche du trouble et du désordre qui diffère. La dimension constructive de la police sanitaire correspond à l'idée nouvelle au XXe siècle que « *la vie sociale n'est pas naturellement harmonique mais conflictuelle, préjudiciable* »[3], elle-même porteuse et créatrice de risques. Au-delà des menaces extérieures, des désordres « destructeurs », il existe aussi, et peut-être surtout, des désordres « positifs » de nature anthropique : ceux

---

[1] *Cf.* C.E., 6 janv. 1967, *Ville d'Elbœuf*, n° 63.433, *Rec.* p. 1 ; *J.C.P.* 1967, II, 15019, note Y. GALMOT ; *A.J.D.A.* 1967, p. 347, obs. P. LAPORTE.

[2] T.C., 19 déc. 1988, *Pernin et Soc. de distribution d'eau intercommunales (S.D.E.I.)*, n° 2549 ; *R.J.F.* 1990, n° 604, p. 375 ; *Dr. fisc.* 1989, n° 1418, p. 944, note F. MODERNE ; *A.J.D.A.* 1989, p. 269, note J.-B. AUBY, notamment confirmé par T.C., 13 déc. 2004, *Cts Tiberghein c. S.A. des eaux du Nord et de la Communauté de Lille*, n° 3424, *Rec.* tables p. 626 ; *J.C.P.* A 2005, n° 1065, note J. MOREAU. Par un arrêt du 26 septembre 1991, la Cour administrative d'appel de Paris a étendu cette solution aux « redevances d'assainissement » facturées par une société fermière de la commune à un propriétaire dont l'immeuble n'était pas raccordé (C.A.A. de Paris, 26 sept. 1991, *M. Bernard*, n° 89PA01158, *Rec.* tables p. 772 ; *A.J.D.A.* 1992, p. 121, obs. J.-P. JOUGUELET et J.-F. GIPOULON). Sur l'ensemble de la question : F. MODERNE, A propos des taxes dites « redevances d'assainissement » : le désordre des qualifications en droit fiscal, *R.J.F.* 1976, p. 157-161 et R. TEXIDORE, Nature juridique de la redevance : une clarification bienvenue, *R.J.F.* 1988, p. 379-384.

[3] F. EWALD, Le retour du malin génie…, *op. cit.*, p. 105. Dans le même sens, Mme CLAPS-LIENHART relève : « *On ne peut plus dire : "que l'État assure l'ordre, l'initiative privée fera le reste", car, à l'idée d'un ordre social naturel, fruit du libre jeu des forces vives de la société, s'est substituée la nécessité d'un ordre tout entier assumé par l'État* » (*op. cit.*, p. 244).

que la société produit elle-même et contre lesquels il faut agir ou réagir[1]. Dès lors, si les objectifs et le cadre de l'intervention des pouvoirs publics sont ici définis par le législateur lui-même, la nécessité de l'action n'est pas constituée *ex nihilo,* mais résulte toujours de cet impératif social fondamental de sécurité.

87 Quel que soit l'angle d'approche de la protection de la santé publique, qu'il s'agisse de la préserver ou de la diriger, la puissance publique, agissant au titre de l'ordre public sanitaire, ne peut donc s'exonérer des impératifs posés par sa fonction du maintien de l'ordre public. C'est bien en effet pour l'assurer qu'existent ces pouvoirs de police sanitaire. Il faut alors percevoir l'ordre public comme une « notion-cadre », à partir de laquelle il est possible de définir celle d'ordre public sanitaire.

SECTION 2

L'ORDRE PUBLIC, CADRE DE DÉFINITION DE L'ORDRE PUBLIC SANITAIRE

88 Si l'on admet que l'ordre public sanitaire souligne la dimension sanitaire de l'ordre public, il est logique de considérer que ses contours et ses principes directeurs dépendent de ceux de l'ordre public. Une fois encore, il faut donc s'attarder sur la notion générale d'ordre public pour approcher celle d'ordre public sanitaire. C'est par ce moyen en effet que l'on peut déterminer la valeur et le sens de la participation de la santé publique à l'ordre public (§ 1) et en fixer les contours matériels (§ 2).

§1.- LA VALEUR DE LA SANTÉ PUBLIQUE COMME COMPOSANTE DE L'ORDRE PUBLIC

89 Notion axiologique, l'ordre public se définit avant tout par sa fonction qui consiste à garantir les principes et valeurs qui structurent et fondent l'ordre juridique dans lequel il intervient. Il est, dans un État de droit libéral, consubstantiel à la liberté (A). La protection de la santé publique est l'une des conditions nécessaires à la réalisation de cette fonction. Elle se distingue dès lors de tout autoritarisme sanitaire (B).

A.- L'AXIOLOGIE DE LA NOTION D'ORDRE PUBLIC

90 Comme l'a bien montré M. PICARD notamment, l'ordre public repose sur ce que l'ordre juridique considéré dans son ensemble tient pour ce qu'il a de plus précieux et de

[1] Ce constat est d'ailleurs à l'origine immédiate des politiques de sécurité sanitaire qui sont précisément destinées à lutter contre les risques d'accidents liés à l'évolution et au fonctionnement de la société moderne : v. *infra* n°s 365, 402, 430 et 437.

plus vital[1]. Le sens et le contenu de la notion sont donc tributaires du sens et du contenu de ces valeurs sociales fondamentales qu'elle a vocation à garantir (1). Dans un ordre juridique qui, comme le nôtre, repose sur un principe libéral, l'ordre public s'impose alors comme une notion consubstantielle à la liberté qu'il est, en toutes hypothèses, destiné à sauvegarder (2).

1) Une notion tributaire des valeurs sociales fondamentales

91 Notion stable à contenu variable[2], l'ordre public ne peut se comprendre qu'au regard de sa fonction, qui lui donne son sens et détermine sa portée. Or, en son fondement, l'ordre public repose sur l'existence même de l'organisation sociale et juridique : sa fonction première est d'assurer la constitution et la protection de l'ordre social et juridique auquel il se rattache[3]. C'est ce que soulignent M. MÉNY et M. DUHAMEL en définissant l'ordre public comme « *ce qui est si important qu'est mise en question l'essence de la société et de son droit* »[4]. L'ordre public existe parce qu'il est indispensable à la pérennité et à la prospérité de toute société organisée.

Aucun système juridique ne peut se dispenser de se protéger par un moyen ou par un autre contre l'insuffisance éventuelle des règles formelles du droit. Ce moyen, quel que soit le nom qu'il reçoive, est l'ordre public. Celui-ci s'analyse ainsi comme un instrument technique approprié à la protection des valeurs fondamentales du groupe social telles que celui-ci les reconnaît de façon plus ou moins consciente et raisonnée[5].

92 L'ordre public, partout nécessaire, n'est donc pas le même selon les données sociologiques et philosophiques du moment. Puisqu'il se détermine au regard des valeurs parfois subjectives et changeantes qui sont, dans une société déterminée, jugées comme essentielles et fondamentales, son contenu et même sa portée varient selon le contexte de son intervention[6]. En ce sens, il est généralement admis que l'ordre public objectif se définit lui-même comme l'ensemble des principes et des valeurs qui sont, à un moment et sans garantie de pérennité, considérés comme fondamentaux par l'ordre juridique[7].

---

[1] É. PICARD, *La notion de police administrative*, *op. cit.* ; L'influence du droit communautaire sur la notion d'ordre public, *op. cit.*, spéc. p. 58 et La fonction de l'ordre public dans l'ordre juridique, *op. cit.*, p. 17-61, spéc. p. 56-57.

[2] *Cf.* P. WEIL, note sous C.E., Sect., 18 déc. 1959, *Soc. Les films Lutetia*, *op. cit.*, p. 174 : « *La définition de l'ordre public […] est l'une de ces définitions stables à contenu variable […] qui, tout en résolvant certains problèmes, laissent la porte ouverte à des évolutions futures* ».

[3] *Cf.* J. RIVERO, *Droit administratif*, Paris, Dalloz, 11e éd., 1985, coll. Les Précis, n° 435, p. 447.

[4] O. DUHAMEL et Y. MÉNY (dir.), *Dictionnaire constitutionnel*, Paris, P.U.F., 1992, *verbo* « ordre public », p. 683.

[5] *Cf.* P. BERNARD, *La notion d'ordre public en droit administratif*, *op. cit.*, p. 252 et J.-L. COSTA, *Liberté, ordre public et justice en France*, *op. cit.*, p. 172-173.

[6] V. par exemple, J. BARTHÉLÉMY, *Répétitions écrites des principes du droit public*, Les Cours de droit, 1937, p. 142 : L'ordre public correspond « *à une notion essentiellement relative, évolutive, dépendant de l'état politique et moral à un moment donné* ».

[7] *Cf.* notamment, G. CORNU (dir.), *Vocabulaire juridique*, *op. cit.*, verbo « ordre public » ; G. VEDEL et P. DELVOLVÉ, *Cours de droit administratif*, *op. cit.*, p. 31 ; J.-L. COSTA, *Liberté, ordre public et justice en*

93 Dans un État de droit, reposant sur une conception démocratique et libérale de l'ordre juridique, ces valeurs essentielles sont déterminées par référence à la liberté, qui constitue à la fois le postulat et la finalité de l'organisation sociale et juridique. De la sorte, si la liberté ne peut, en son contenu, être elle-même considérée comme une norme d'ordre public, celui-ci doit permettre d'imposer le respect de ses conditions essentielles. Quoiqu'il agisse le plus souvent par la limitation et la restriction de l'exercice des libertés, l'ordre public ne peut dès lors être autrement entendu que comme une notion consubstantielle à la liberté.

2) Une notion consubstantielle à la liberté

94 Inspiré par le principe de la puissance publique, l'ordre public emporte des effets limitatifs voire privatifs de liberté. Pour cette raison, il a souvent été considéré comme « *une idée repoussant la liberté* »[1]. Cette thèse, fondée sur l'antagonisme de l'ordre et de la liberté, ne peut toutefois être longtemps soutenue.

95 En premier lieu, l'ordre public n'apparaît pas comme le seul motif de restriction des libertés. Le juge administratif a notamment admis la possibilité pour l'administration de limiter l'exercice de droits ou de libertés de valeur constitutionnelle sans habilitation législative, ni considération d'ordre public. L'administration gestionnaire du domaine public peut ainsi porter atteinte à la liberté du commerce et de l'industrie pour des motifs tenant à la meilleure exploitation possible de ce domaine[2], cette atteinte pouvant aller jusqu'au monopole de fait[3]. De même, une expropriation, qui est une privation forcée des droits de propriété, peut être légale car considérée d'utilité publique en dehors de tout

---

France, *op. cit.*, p. 173 ; Ch. EISENMANN, *Cours de droit administratif*, *op. cit.*, p. 354 ; M.-J. REDOR, Ouverture du colloque de Caen des jeudi 11 et vendredi 12 mai 2000, *op. cit.*, p. 13 ; P. WACHSMANN, *Libertés publiques*, Paris, Dalloz, 1996, p. 53 ; F. SUDRE, Existe-t-il un ordre public européen ?, in *Quelle Europe pour les droits de l'homme ?*, sous la dir. de P. TAVERNIER, Bruxelles, Bruylant, 1996, p. 50.

[1] DEMOGUE, *Notions fondamentales de droit privé*, p. 146 cité par É. PICARD, *La notion de police administrative*, *op. cit.*, t. 2, p. 535. V. également P. BERNARD (*La notion d'ordre public en droit administratif*, *op. cit.*, p. 80) qui voit dans l'ordre public « *une sorte de "coin" enfoncé dans le domaine de la liberté* » ou encore P. WACHSMANN qui, dans sa note sous la décision du Conseil constitutionnel n° 85-187 DC du 25 janv. 1985 (*Loi relative à l'état d'urgence en Nouvelle-Calédonie et dépendances*), estime que « *l'ordre public représente par excellence un principe contraire aux libertés* » (*A.J.D.A.* 1985, p. 363).

[2] C.E., 29 janv. 1932, *Soc. des autobus antibois*, n° 99532, *Rec.* p. 117 ; *S.* 1932, 3, p. 65, note P. LAROQUE, concl. R. LATOURNERIE ; *D.* 1962, III, p. 60.

[3] C.E., Sect., 2 juin 1972, *Féd. française des synd. professionnels des pilotes maritimes*, n° 78.410, *A.J.D.A.* 1972, p. 64. Pour une synthèse de la question, v. par exemple A. LAGET-ANNAMAYER, Occupation du domaine public et intérêt général. D'un pouvoir de gestion étendu des autorités domaniales à une liberté d'action encadrée, *A.J.D.A.* 2003, p. 1201-1208, spéc. p. 1202-1203.

texte législatif[1]. Or la notion d'utilité publique, qui n'est pas étrangère à des considérations d'ordre privé ou économique[2], ne peut être assimilée à l'ordre public.

96 En deuxième lieu, les libertés publiques ayant acquis une valeur constitutionnelle[3], la thèse de l'antagonisme de l'ordre et de la liberté implique que l'on reconnaisse une valeur *supra* constitutionnelle à l'ordre public qui permet de les limiter. Elle suppose alors que l'on sache précisément reconnaître le contenu de cet ordre public, ainsi que le sens exact et la portée de ses démembrements. Or ni les textes ni les juges n'ont jamais donné une telle définition de l'ordre public qui, par nature évolutif et contingent, est matériellement ouvert.

97 En troisième et dernier lieu, cette thèse ignore tout à la fois les fondements, la fonction et les buts de l'ordre public. Dans une société démocratique, l'ordre public ne peut trouver de justification que dans le principe même de la liberté. On observera d'abord que dans un État de droit tel que le nôtre, l'ordre public sert aussi à limiter la puissance et l'action de l'État[4] en l'assujettissant au respect de ses exigences. En particulier, la puissance publique ne peut restreindre l'exercice d'une liberté au titre de l'ordre public que si et dans la mesure où celui-ci l'exige effectivement[5]. Il convient ensuite de souligner que si l'ordre public autorise la restriction des libertés, c'est dans l'objectif constant d'en assurer la pérennité en préservant la société des dangers de l'anarchie[6]. Quoiqu'essentielle à notre ordre juridique, la liberté n'est jamais absolue[7], mais ne peut s'exprimer que dans les limites où son exercice ne nuit pas à autrui.

Notion axiologique, l'ordre public ne possède donc aucune valeur intrinsèque. Il se détermine, comme l'a souligné le Conseil constitutionnel, comme un objectif, en l'occurrence de valeur constitutionnelle[8], se définissant concrètement au regard des droits droits et des libertés : « *Il appartient au législateur d'opérer la conciliation nécessaire*

---

[1] C.E., Ass., 28 mai 1971, *Min. de l'Équipement et du Logement c. Féd. de défense des personnes concernées par le projet actuellement dénommé « Ville Nouvelle Est »*, n° 78.825, *Rec.* p. 409, concl. G. BRAIBANT ; *G.A.J.A.* n° 88 ; *A.J.D.A.* 1971, p. 404 et p. 463, chron. D. LABETOULLE et P. CABANES et concl. ; *J.C.P.* 1971, II, n° 16873, note A. HOMONT ; *D.* 1972, p. 194, note J. LEMASURIER ; *R.D.P.* 1972, p. 454, note M. WALINE ; *C.J.E.G.* 1972, p. 38, note VIROLE.

[2] C.E., 20 juill. 1971, *Ville de Sochaux*, n° 80.804, *Rec.* p. 561 ; *A.J.D.A.* 1972, p. 227, note A. HOMONT.

[3] C.C. n° 71-44 DC du 16 juill. 1971 dite *Liberté d'association*, préc.

[4] Sur ce point, *cf.* notamment J. BREILLAT, Ordre public, ordre social, ordre politique : quelles interactions ?, *op. cit.*, p. 247-283.

[5] Sur ce point, v. *infra* n° 156.

[6] « *Une limitation [des libertés] est indispensable pour assurer le maintien de l'ordre public, sans lequel la loi du plus fort remettrait en cause l'exercice même de ces libertés* », note ainsi M. MORANGE (*Libertés publiques*, Paris, P.U.F., 1985, coll. Droit fondamental. Droit politique et théorie, p. 79).

[7] « *La liberté n'est jamais absolue,* remarquait Marcel WALINE. *La liberté absolue, sans aucune répression de cette liberté, est une chimère* » (*Cours de Droit public*, Capacité 1ère année, Paris, Les Cours du droit, 1945-1946, p. 116).

[8] C.C. n° 82-141 DC du 27 juill. 1982 (*Loi sur la communication audiovisuelle*), *J.O.* du 27 juill., p. 2422 ; *Rec.* p. 48 ; *R.J.C.* p. I-126 ; *Pouvoirs*, 1982 (23), p. 179, note P. AVRIL et J. GICQUEL ; *R.D.P.* 1983, p. 333, note L. FAVOREU ; *Rev. adm.* 1983, p. 36, note R. ETIEN et 1984, p. 580, note M. DE VILLIERS.

entre le respect des libertés et la sauvegarde de l'ordre public sans lequel l'exercice des libertés ne saurait être assuré »[1].

98 Il faut dès lors considérer que l'ordre public participe de la définition même de la liberté davantage qu'il ne s'y oppose. Comme l'a remarqué M. POLIN, il existe tout au plus une dialectique entre les intérêts de l'ordre public et ceux de la liberté, « *mais il n'y a pas de contradiction, pas même d'opposition entre ordre et liberté* »[2]. Bien au contraire, l'ordre public est nécessaire à la liberté qui ne peut s'exercer sans lui. « *Il lui est à la fois consubstantiel et coextensif*, écrit M. PICARD, *car il y a toujours de l'ordre public dans la liberté et de la liberté dans l'ordre public tandis que tous deux se déploient dans la même sphère* »[3].

Ce principe vaut également pour l'ordre public sanitaire qui, expression du volet sanitaire de l'ordre public, est par nature étranger à l'autoritarisme sanitaire.

B.- LA PROTECTION DE LA SANTÉ PUBLIQUE, UNE MODALITÉ DU MAINTIEN DE L'ORDRE ÉTRANGÈRE À L'AUTORITARISME SANITAIRE

99 L'ordre public n'intègre la santé publique que dans la mesure où sa protection s'impose à la garantie des exigences essentielles qu'il a pour fonction de sauvegarder. Il faut de la sorte considérer que l'ordre public sanitaire se trouve enfermé dans les mêmes limites ontologiques que celui-là et qu'il est gouverné par les mêmes principes directeurs. La justification de l'ordre public sanitaire doit ainsi être recherchée parmi les valeurs que l'ordre juridique tient pour essentielles et fondamentales ; la notion est, comme la notion générale d'ordre public, consubstantielle à la liberté.

100 La santé publique, comprise comme une composante de l'ordre public, ne présente donc aucune valeur par elle-même ou pour elle-même. Elle ne peut agir qu'au regard d'un impératif qui la transcende – celui du bon ordre et de la sécurité – et qui se définit lui-même comme un élément irréductible de la liberté.

---

[1] Cons. 3 de C.C. n° 85-187 DC du 25 janv. 1985 (*Loi relative à l'état d'urgence en Nouvelle-Calédonie*), *J.O.* 26 janv. 1985, p. 1138 ; *Rec.* p. 43 ; *R.J.C.* p. I-223 ; *G.D.C.C.* n° 37 ; *R.D.P.* 1986, p. 395, note L. FAVOREU ; *J.C.P.* 1985, II, 20356, note C. FRANCK ; *Annuaire international de justice constitutionnelle* 1985, p. 400, note B. GENEVOIS ; *D.* 1985, p. 361, note F. LUCHAIRE ; *A.J.D.A.* 1985, p. 362, note P. WACHSMANN ; *Rev. adm.* 1985, p. 355, note M. DE VILLIERS. V. également V. également Ph. TERNEYRE, Les adaptations aux circonstances du principe de constitutionnalité. Contribution du Conseil constitutionnel à un droit constitutionnel de la nécessité, *R.D.P.* 1987, n° 3, p. 1489-1515. *Cf.* encore en ce sens, la Convention européenne des droits de l'homme qui retient la possibilité pour l'État de soumettre les droits qu'elle garantit à « *certaines formalités, conditions, restrictions ou sanction […] qui constituent des mesures nécessaires dans une société démocratique […] à la protection de la santé ou de la morale ou à la protection des droits et libertés d'autrui* ». Cette disposition est appliquée sans réserve particulière par le Conseil d'État : *cf.* par exemple C.E., 12 juin 1998, *Assoc. des groupements de pharmacies d'officine et a.*, n° 181718, *Rec.* p. 227.

[2] R. POLIN, L'ordre public, in *L'ordre public, Actes du colloque de Paris des 22 et 23 mars 1995, op. cit.*, p. 8.

[3] É. PICARD, L'influence du droit communautaire sur la notion d'ordre public, *op. cit.*, p. 58. *Cf.* également du même auteur : *La police administrative, op. cit.*, t. 2, p. 540-544

En d'autres termes, et contrairement au droit à la protection de la santé, l'ordre public sanitaire ne fait pas de la santé publique un *objectif* social autonome. La santé publique est certes reconnue comme un intérêt général, et même comme un intérêt général prééminent. Elle ne peut malgré tout être conçue comme un but en soi, mais seulement comme une condition première et essentielle du bon ordre et de la paix sociale indispensable au plein épanouissement des libertés. Le but premier de l'ordre public sanitaire n'est donc pas tant d'assurer la sécurité *pour* la santé publique que de parvenir à assurer les conditions de sécurité sanitaire nécessaires à la préservation de l'ordre et de la liberté, soit de maintenir la sécurité *par* la santé.

101 L'ordre public sanitaire se détache de la sorte de l'eugénisme positif. Flirtant parfois avec une telle ambition, certains hygiénistes de la fin du XIXe siècle ont voulu voir dans l'intervention sanitaire de l'État le moyen de produire à terme une « race saine et vigoureuse » et de créer « *une démocratie de gens bien-portants, bien-pensants et bien-voulants* »[1]. Un tel programme ne peut toutefois trouver sa place dans un ordre juridique fondé sur le principe de liberté, dès lors qu'il fait prévaloir la raison d'État sur les nécessités de la protection de l'ordre social en confondant le moyen de cette protection (la sécurité et la santé publiques) avec son objectif (l'aménagement harmonieux des libertés publiques)[2].

102 L'ordre public sanitaire se distingue en outre de toute forme d'autoritarisme sanitaire. Certes, l'équilibre réalisé entre les impératifs de la sécurité et ceux de la liberté, qui dépend du sens et de la portée accordés à chacun des intérêts en présence, se révèle

---

[1] L. BOURGEOIS cité par P. ROSANVALLON, *L'État en France de 1789 à nos jours*, *op. cit.*, p. 131.

[2] La frontière entre protection de la santé et eugénisme demeure toutefois extrêmement floue. On a, par exemple, attribué à une philosophie eugéniste l'interdiction et la nullité, d'ordre public, des mariages consanguins (art. 161 à 163 C. civ.). Du point de vue de la santé, cette règle d'ordre public a en effet pour objectif d'éviter la dégénérescence des hommes, et donc une régression en termes de santé publique ; mais, contrairement aux aspirations eugéniques, elle n'a pas pour ambition d'améliorer la race humaine. On doit néanmoins souligner que si le droit français actuel n'accorde aucune place à l'eugénique « positive », l'eugénique négative pénètre de plus en plus la sphère juridique. C'est l'exemple des obligations de diagnostic prénatal des déformations, anomalies ou maladies congénitales. Même si aucun impératif ne découle du diagnostic ante natal d'une telle anomalie, celui-ci incite la plupart des femmes à interrompre volontairement leur grossesse. *Cf.* Eugénique et eugénisme, *Encyclopaedia Universalis* et J. FEINGOLD, La génétique médicale est-elle eugénique ?, in *Le droit, la médecine et l'être humain. Propos hétérodoxe sur quelques enjeux vitaux du XXIe siècle*, Aix-en-Provence, P.U.A.M., 1996, coll. Laboratoire de Théorie juridique. Faculté de Droit et de Science politique d'Aix-Marseille, vol. 9, p. 237-244. V. également le contentieux noué autour de l'allongement du délai légal de l'interruption volontaire de grossesse et la stérilisation des personnes majeures handicapées : C.C. n° 2001-446 DC du 27 juin 2001 (*Loi relative à l'interruption volontaire de grossesse*), *J.O.* du 7 juill., p. 10828 ; *Rec.* p. 74 ; *Les Cahiers du Conseil constitutionnel* 2001, p. 7 ; *R.D.P.* 2001, p. 1483, note V. GIMENO-CABRERA ; *Annuaire international de justice constitutionnelle* 2001, p. 613, note L. DOMINGO ; *D.* 2002, somm., p. 1948, note G. NICOLAS ; *Petites affiches* 2001, n° 136, p. 25, note J.-E. SCHOETTL et n° 259, p. 21, note B. MATHIEU et M. VERPEAUX ; *Droit de l'envir.* 2001, p. 232, note C. EOCHE-DUVAL ; *Droit de la famille* 2001, p. 4, note S. MOUTON ; *R.F.D.C.* 2001, p. 619, note G. NICOLAS ; *J.C.P.* 2001, II, 10635, note C. FRANCK ; *D.* 2001, p. 2533, note B. MATHIEU) et C.E., 26 sept. 2005, *Assoc. « Collectif contre l'handiphobie »*, n° 248357, *Rec.* p. 391 ; *A.J.D.A.* 2005, p. 1874, obs. S. BRONDEL ; *B.J.S.P.* 2005, n° 88, Pan., p. 4 (rejet du recours porté contre le décr. n° 2002-779 du 3 mai 2002 pris pour l'application de l'article L. 2123-2 C.S.P., *J.O.* du 5 mai, p. 8640).

être souvent instable et toujours précaire[1]. L'exemple de l'épidémie de sida, avec les réactions sociales très fortes qu'elle a provoqué à la fin du siècle dernier, en a montré la fragilité ainsi que la difficulté d'obtenir objectivement une définition exacte de ce qu'exige la protection de la santé publique[2]. C'est pourtant par la balance entre la sécurité et la liberté, par la juste mesure de ce qui est *nécessaire* à la sécurité, sans laquelle la liberté ne saurait être effective, que l'ordre public sanitaire peut être distingué de l'autoritarisme sanitaire.

Ainsi conçu, l'ordre public sanitaire ne rattache la santé publique à l'ordre public que dans la mesure où sa protection, qui peut exiger une limitation des libertés, est effectivement nécessaire à la préservation des intérêts fondamentaux de la société de droit. Ceci pose alors la question de savoir ce que recouvre précisément la santé publique entendue comme composante de l'ordre public.

§2.- LA DÉFINITION DE LA SANTÉ PUBLIQUE COMME COMPOSANTE DE L'ORDRE PUBLIC

103 L'action de police sanitaire est subordonnée à deux conditions cumulatives qui découlent directement du titre d'intervention offert par l'ordre public aux autorités de puissance publique. La première est liée à l'existence d'un désordre sanitaire, soit d'un risque pour la santé qui, en dépit de sa diversité et de ses élargissements successifs[3], reçoit une définition étroite (A). La seconde condition tient à la portée de ce risque qui, pour relever d'un trouble à l'ordre public, doit intéresser la collectivité (B).

A.- UNE APPROCHE RESTRICTIVE DE LA SANTÉ

104 L'ordre public sanitaire donne une définition particulièrement étroite de la santé. Celle-ci se détermine en effet par son contraire : l'existence d'un risque de maladie ou d'accident sanitaire qui, seul, justifie la restriction de l'exercice des libertés publiques (1). La notion privilégie en outre une perspective médicalisée de la santé, ici distinguée de la vision holistique développée par l'O.M.S. (2).

---

[1] *Cf.* B. DE JOUVENEL, *Du pouvoir*, Paris, Hachette, 1972, coll. Pluriel, chapitre 18 : « Liberté ou sécurité », p. 547-575.

[2] *Cf.* notamment M. HANNOUN, *Le sida, questions de société*, Rapport d'information n° 1090 fait au nom de la Commission des affaires culturelles, familiales et sociales de l'Assemblée nationale enregistré le 2 déc. 1987, 104 p. ; E. HIRSCH, *Le sida, rumeurs et faits*, Paris, éd. du Cerf, 1987, 216 p. ; É. HEILMANN (textes réunis par), *Sida et Libertés…*, *op. cit.* 334 p., Avant-propos de D. CHARVET, Préface de F. HÉRITIER-AUGÉ ; C. BYK, Le sida (Mesures de santé publique et protection des droits individuels), *J.C.P.* 1991, I, 3541, p. 381-386.

[3] Sur la diversité des risques sanitaires, *cf. infra* n° 215.

1) Une définition négative de la santé

105 La santé, comprise au sens de l'ordre public sanitaire, ne présente pas de contenu positif. Elle se définit négativement par référence au trouble, la maladie ou l'accident sanitaire, ou au risque de trouble, le risque sanitaire. Quel que soit le degré d'intervention de la puissance publique, la notion de santé est donc toujours envisagée par son contraire. L'intervention de la police administrative, par définition préventive, s'arrête là où commence la thérapeutique.

106 Conformément au principe de l'inviolabilité du corps humain, notamment consacré par la loi du 29 juillet 1994[1], l'individu dispose normalement d'une entière liberté pour recourir ou non aux services de soins[2]. Cette liberté, aujourd'hui reconnue à l'article L. 1111-4 du Code de la santé publique sous la forme du droit de la personne majeure de donner son consentement aux soins lorsqu'elle est en état de l'exprimer, revêt le caractère d'une liberté fondamentale au sens des dispositions de l'article L. 521-2 du Code de la justice administrative[3]. Elle n'est toutefois pas d'application absolue[4] et doit notamment s'effacer devant les impératifs de santé publique. La liberté ne peut s'exercer que dans les bornes de l'ordre public et dans la mesure où elle n'engage pas autrui. Dès lors, nul n'a le droit d'empêcher d'autres personnes de recevoir des soins, *a fortiori* si ces personnes sont placées sous sa protection[5]. Par ailleurs, la liberté de se soigner ne doit pas, par un exercice exagéré, se transformer en un droit de contaminer[6]. D'une manière générale, la transmission consciente d'une maladie est constitutive d'un délit d'administration de

---

[1] L. n° 94-653 du 29 juill. 1994 relative au respect du corps humain, préc.

[2] Si, comme le note Mme HENNETTE-VAUCHEZ, le juge peut prononcer le partage des responsabilités entre le responsable initial d'un dommage et la victime qui refuse de se prêter à un traitement qui améliorerait son état, il ne se reconnaît pas la possibilité d'ordonner à la victime de subir les soins considérés (S. HENNETTE-VAUCHEZ, *Disposer de soi ?...*, *op. cit.*, p. 162-164 et notes 1 et 2, p. 163). *Cf.* par exemple Cass. crim, 3 juill. 1969, *Pourpour c. Sieur Reynaud*, n° 68-93493, *Bull. crim.* n° 216, p. 521 ; *J.C.P.* 1970, II, 16447, note R. SAVATIER ou encore T.G.I. de Paris, 13 mai 1981, *Ouamer c. Soc. des Transports Normands et a.*, *J.C.P.* 1982, II, 19887, note F. CHABAS.

[3] V. notamment C.E., ord., 16 août 2002, *Mme Valérie Feuillatey. c. C.H.U. de Saint-Étienne*, préc.

[4] Sur cette question, dont certains pans sont développés *infra* (n°s 679 s.), v. P. HENNION-JACQUET, Le paradigme de la nécessité médicale, *R.D.S.S.* 2007, n° 6, p. 1038-1049.

[5] Hormis le fait que le médecin puisse, en cas de besoin, passer outre un refus soins opposés par les parents d'une personne mineure, il existe aujourd'hui un arsenal juridique assez complet visant, le cas échéant, à permettre la protection des personnes vulnérables privées de soins, dont les enfants et les personnes sous protection. Ce dispositif va du signalement des cas de maltraitance aux autorités compétentes (art. 226-14 C.P.) aux mesures d'assistance éducative que la justice peut ordonner en application de l'art. 375 du C. civ. lorsque la santé d'un mineur non émancipé est en danger. La privation de soins peut en outre être sanctionnée sur le plan pénal (sur l'infraction commise par le refus de parents de faire vacciner un enfant d'âge scolaire, *cf.* par exemple Cass. crim., 9 oct. 1958, *Debeurme*, *Bull. crim.* n° 613, p. 1081 ; *Gaz. Pal.* 1958, 2, p. 318).

[6] L'ord. n° 60-1246 du 25 nov. 1960 prévoyait ainsi à l'art. L. 285 du C.S.P. (non repris par le nouveau Code) que « *tout agent contaminateur qui, se sachant atteint d'une maladie vénérienne, ne peut faire la preuve d'un traitement régulier* » est puni d'un an d'emprisonnement et/ou d'une amende de 30 000 F (4573, 47 €). C'est ce principe qui a également justifié l'insertion au Code de procédure pénale de l'art. 706-471 donnant aux victimes d'infractions sexuelles le droit d'exiger que leurs auteurs soient contraints de subir un examen médical et une prise de sang aux fins de dépistage d'un maladie sexuellement transmissible (art. 28 de l'ord. n° 2003-239 du 18 mars 2003 pour la sécurité intérieure, *J.O.* du 19 mars, p. 4761).

substances nuisibles à la santé[1] et pourrait, si elle révélait une intention d'homicide, être qualifiée de crime d'empoisonnement[2]. L'ordre public sanitaire peut enfin justifier l'existence d'un certain nombre d'« *obligations à la santé* »[3] qui s'imposent aux personnes : dépistages, vaccinations, traitements ou hospitalisations forcés. Ces mesures prophylactiques portent directement atteinte au droit individuel à disposer librement de son corps. Justifiées par une seule et même préoccupation de sécurité, elles ne suffisent pas toutefois à conférer à l'ordre public sanitaire une quelconque vocation thérapeutique[4]. thérapeutique[4]. En effet, lorsque le législateur crée de telles sujétions, il n'est jamais animé par la volonté de soigner ; il ne s'agit pour lui que d'empêcher (vaccinations et examens obligatoires) ou de faire cesser (traitements et hospitalisations forcés[5]) un danger danger pour la santé générale.

2) Une perspective médicalisée de la santé

107 Selon la définition proposée par le Préambule de la Constitution de l'O.M.S., *« 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* »[6]. Cette formule ne peut toutefois convenir pour définir la santé telle qu'elle apparaît dans le cadre de l'ordre public sanitaire. L'ensemble des dispositifs qui y sont relatifs offrent en effet une perspective beaucoup plus étroite et médicalisée de la santé qui correspond principalement à l'absence de menaces pesant sur *l'intégrité physique* des hommes.

108 Sans doute doit-on apporter quelques nuances à cette affirmation, notamment s'agissant des conséquences « physiques » du risque sanitaire considéré. La lutte contre l'alcoolisme ou la toxicomanie, le contrôle des produits pharmaceutiques et des substances dangereuses ou encore la lutte contre le bruit prennent explicitement ou implicitement en compte les maladies mentales. Ceci étant, la prévention de ces maladies

---

[1] Outre les arrêts cités *supra* n° 11, à propos des cas de transmission consciente du sida par voie sexuelle, *cf.* Cass. crim., 14 juin 1995, *M. Leveille*, n° 94-83.025, *Bull. crim.* n° 218, p. 597.

[2] Art. 221-5 C.P. *Cf.* T.G.I. de Paris, 23 oct. 1992, *D.* 1993, 222, note PORTHAIS ; *Gaz. Pal.* 1993, I, somm. 118, note DOUCET ; C.A. de Paris, 13 juill. 1993, *Gaz. Pal.* du 25 janv. 1994.1.2, obs. J.-P. DELMAS SAINT HILAIRE ; *D.* 1994, p. 118, note A. PORTHAIS et Cass. crim., 2 juill. 1998, *Claude Y.*, n° 98-80529, *Bull. crim.* n° 211 ; *D.* 1998, p. 457, note J. PRADEL et 2000, somm. 26, obs. MAYAUD ; *J.C.P.* 1998, II, 10132, note RASSAT et 1999, I, 112, n° 3, obs. VÉRON ; *Gaz. Pal.* 1999, 1, 13 ; *Petites affiches* 1998, n° 126, p. 9, note F. COURTRAY (*a contrario*).

[3] J.-M. AUBY, L'obligation à la santé, *op. cit.*, p. 7-19 et Droits de l'Homme et droit de la santé..., *op. cit.*, p. 673-685.

[4] Le juge administratif rappelle ainsi, à l'occasion, qu'un médecin du travail n'a qu'un rôle préventif. Un décret leur permettant de dispenser des soins aux salariés est donc entaché d'illégalité : C.E., Sect., 23 janv. 1948, *Conféd. des Synd. médicaux français*, n° 89.088, *Rec.* p. 36.

[5] Soulignons que lorsqu'ils s'appliquent à des individus s'étant livrés à des comportements nuisibles à la sécurité ou à la santé publiques réprimés par la loi, comme la prise de substances psychotropes illicites, ces traitements forcés, souvent alternatifs à la peine d'emprisonnement, permettent de combiner la prévention à la répression.

[6] Al. 2 du Préambule de la Constitution de l'O.M.S. du 22 juill. 1946. Dans le même sens, *cf.* l'art. 12-1 du Pacte international relatif aux droits sociaux, économiques et culturels : « *Toute personne a le droit de jouir du meilleur état physique et mental qu'elle est capable d'atteindre* ».

se présente toujours comme une problématique seconde de l'ordre public et se rattache dans la grande majorité des cas, soit à la protection de la santé physique, soit au maintien de la sécurité publique[1]. Dès lors, bien que la protection de la santé mentale soit un impératif social indiscutable, on doit à l'heure actuelle la considérer comme un élément secondaire et incident de l'ordre public sanitaire. En ce domaine, la dimension matérielle et négative du trouble à l'ordre public est maintenue : « *le danger de désordre matériel est le symptôme qui déclenche l'action préventive de la police* »[2].

109 En plus d'être physique, la santé qu'il s'agit de protéger se distingue de toute forme de bien-être et correspond essentiellement à l'absence de maladies physiologiques au sens strict du terme. Cette perspective étroite de la santé est retenue par la quasi-totalité des textes législatifs. Rare entorse à ce principe, la police des aliments prévoit toutefois, outre l'existence d'un danger pour la santé publique, qu'une interdiction de mise sur le marché puisse être justifiée par l'insuffisance des qualités nutritionnelles du produit en cause, ce qui témoigne *a priori* d'une approche plus positive de la protection de la santé. Pourtant, même dans cette hypothèse, l'intervention de police sanitaire se rattache à la protection de l'intégrité physique des hommes qui, s'ils ne s'alimentaient pas suffisamment d'un point de vue qualitatif, se trouverait très vite menacée[3].

Sur ce point, la définition prétorienne des hypothèses concrètes où l'intervention de police sanitaire est justifiée est tout à fait riche d'enseignements. Dans la mesure où le juge administratif dispose d'une compétence de principe pour apprécier la régularité des mesures réglementaires et individuelles de police sanitaire, c'est à travers sa jurisprudence – même s'il ne faut pas négliger les solutions de l'ordre judiciaire[4] – que l'on peut le plus aisément déterminer les situations ou les comportements susceptibles de provoquer l'intervention de l'administration au titre de l'ordre public sanitaire. À cet égard, le contrôle de la qualification juridique des faits qui constitue aujourd'hui le degré minimal du contrôle juridictionnel des mesures de police sanitaire[5], joue un rôle déterminant dans la définition des caractéristiques premières du risque.

On constate ainsi que, malgré une jurisprudence nettement favorable à l'intervention de la police sanitaire, le juge administratif cherche à ne pas étendre démesurément la notion de santé telle qu'elle est comprise par l'ordre public sanitaire.

---

[1] L'hospitalisation forcée des malades mentaux, par exemple, répond essentiellement à des préoccupations de sécurité pour les personnes et les biens (art. L. 3212-1, L. 3213-1 à L. 3213-10 C.S.P. et art. L. 2212-2-6° C.G.C.T.).

[2] M. HAURIOU, *Précis élémentaire de droit administratif*, Paris, Sirey, 1943, p. 323.

[3] Il faut par ailleurs rapprocher ces dispositions du principe de la loyauté commerciale et de la protection des consommateurs contre les tromperies.

[4] V. A. VAN-LANG, *Juge judiciaire et droit administratif*, Paris, L.G.D.J., 1996, 359 p., coll. Bibl. de droit public, Préface de D. TRUCHET, spéc. p. 226 et 227 sur le contrôle des actes de puissance publique, et notamment de police, par le juge judiciaire.

[5] *Cf. infra* n° 156.

Son refus d'une interprétation extensive du risque sanitaire s'observe tout particulièrement en matière d'insalubrité où le Conseil d'État s'emploie à distinguer les mesures d'assainissement *stricto sensu* des mesures de confort ou de commodité impliquant une définition positive de la santé associée au « bien-être ». La Haute juridiction administrative exige ainsi que le trouble allégué soit d'une gravité telle qu'il présente effectivement un *danger* ou une *menace* pour la santé. Sur cette base, est par exemple annulé un arrêté du Préfet de police de la Seine ordonnant l'exécution de certains travaux pour faire cesser l'incommodité résultant d'émanations d'un conduit de fumée qui ne trouve pas de base légale dans l'exercice des pouvoirs généraux de police, « *le trouble allégué [n'étant] pas d'une gravité suffisante* » pour constituer une menace pour la santé publique[1]. De même, si l'autorité de police est tout à fait fondée à intervenir pour interdire de conserver à l'intérieur des quartiers des animaux domestiques en nombre excessif[2] ou de se livrer à l'élevage de troupeaux de boucs et de chèvres dans les caves et dépendances d'un immeuble d'habitation[3], un règlement sanitaire est illégal s'il interdit de posséder plus de trois chiens[4]. Dernier exemple, bien que l'absence d'eau courante dans un logement constitue aujourd'hui une cause d'insalubrité présentant un risque pour la santé publique[5], l'absence de salle de bains dans un immeuble est quant à elle assimilée à une incommodité et non à une insalubrité, puisqu'elle ne crée aucune source de contamination[6].

Le trouble à l'ordre public sanitaire renvoie donc à toute situation ou tout comportement qui présente un danger pour la santé physique des individus. En revanche, n'est pas justifiée par l'ordre public sanitaire, une mesure destinée à faire cesser une situation ou un comportement qui, sans être forcément dépourvu d'inconvénients, ne porte pas d'atteinte ou de risque d'atteinte à l'intégrité physique des hommes[7].

---

[1] C.E., 25 juin 1958, *Sieur Beurdeley et a.*, n° 11.958, *Rec.* p. 382 ; *R.P.D.A.* 1958, p. 311. Dans le même sens, la Cour de cassation rappelle que la procédure définie à l'article L. 26 C.S.P. (art. L. 1331-26 C.S.P.) est subordonnée à la condition que l'immeuble constitue un *danger* pour la santé des occupants ou des voisins (Cass. crim., 17 avr. 1975, n° 74-90301, *Bull. crim.* n° 100, p. 279 ; *D.* 1975, Somm., p. 61).

[2] C.E., 15 févr. 1989, *Joulain,* n° 66192, inédit et — 22 juin 1990, *Raynaud,* n° 93813, inédit.

[3] C.E., 12 juin 1953, *Delle Tisserand*, n° 6.323, *Rec.* p. 279.

[4] C.E., 22 févr. 1995, *Cne de Caluire-et-Cuire*, n° 127860, inédit.

[5] Ni les entreprises concessionnaires, ni les propriétaires de ces logements ne peuvent donc légitimement couper l'eau qui les alimente et l'autorité de police est fondée à ordonner le rétablissement de l'eau nonobstant l'existence d'un litige d'ordre privé : C.E., 20 juin 1934, *Soc. Lyonnaise des eaux*, préc. ; — Sect., 28 avr. 1961, *Cne de Cormeilles-en-Parisis*, préc. ; – Sect., 20 déc. 1963, *Dame et Delle Morvan-Clavennas*, n°s 57.666 et 58.758, *Rec.* p. 654 ; *A.J.D.A.* 1965, p. 376 ; – 23 juin 2000, *Agences foyers et résidences hôtelières privées*, n° 167258, *Rec.* p. 244 ; *D.* 2000, IR, 240 ; *R.F.D.A.* 2000, p. 905 ; *D.A.* 2000, n° 217, note D.C. Il appartient en outre au maire, en vertu de ses pouvoirs de police générale de la salubrité publique, d'ordonner le raccordement des immeubles au réseau public de distribution d'eau : C.E., 29 janv. 1988, *Assoc. synd. libre des propriétaires du lotissement privé de Piraillan-la-Forêt*, n° 58.021, *Rec.* tables p. 800.

[6] C.A.A. de Nancy, 22 avr. 1993, *Mlle Lefevre et Mlle Massin,* n° 92NC00465 et n° 92NC00466, *A.J.D.A.* 1993, p. 670, obs. M. LASCOMBE.

[7] Pour un dernier exemple : C.A.A. de Bordeaux, 17 oct. 2006, n° 03BX01503, *M. Philippe X. c. Cne de Toulouse*, *A.J.D.A.* 2006, p. 2413 : « *La situation sanitaire qui prévalait dans le logement occupé par*

Mais il ne suffit pas pour que la mesure d'ordre public sanitaire soit justifiée et légale qu'existe un tel trouble ou risque de trouble sanitaire. Il faut encore que l'impact collectif du danger encouru soit clairement établi.

B.- UNE APPROCHE COLLECTIVE DE LA SANTÉ

110 L'approche collective du risque sanitaire ressort de la notion même de « public » qui colore celles d'ordre et de santé (1). Celle-ci a néanmoins connu un élargissement conceptuel constant qui, à l'heure actuelle, peut rendre complexe le travail de délimitation de la sphère possible de l'intervention publique (2).

1) Le caractère public de l'ordre sanitaire recherché

111 L'ordre public sanitaire ne vise pas à lutter contre tous les désordres sanitaires. Il faut encore que ceux-ci constituent une menace directe ou indirecte pour la collectivité. La notion de « public » renvoie à l'intérêt collectif de la protection de la santé des ou de certains membres du corps social, ce qui doit permettre de distinguer l'ordre public sanitaire des intérêts sanitaires particuliers des individus ou même des personnes publiques[1]. Elle présente dès lors un double intérêt.

112 Premièrement, le caractère public de l'ordre intervient comme un critère restrictif de l'action des autorités de police. Leur intervention dans un intérêt autre que celui de la protection collective de la santé est normalement entachée de détournement ou, au moins, d'excès de pouvoir. Constitue ainsi un détournement de pouvoir, l'interdiction faite par un maire de ramasser des œufs à la ferme, la mesure ayant pour but de protéger les consommateurs des centres urbains, en particulier ceux du chef-lieu du département[2]. Est de même annulée pour une erreur de droit l'interdiction de toute opération de cuisson ou

---

le requérant et ses parents, pour préoccupante qu'elle soit, ne constituait pas un danger imminent pour la santé publique ; qu'ainsi, en estimant que ladite situation sanitaire justifiait qu'il soit enjoint aux occupants du logement de procéder dans un délai de 48 heures à des travaux de nettoyage et de désinsectisation et que, passé ce délai, il serait procédé à l'exécution d'office des mesures nécessaires par la commune, le préfet de la Haute-Garonne a fait une inexacte application des pouvoirs qu'il tient de l'article L. 17 du C.S.P. ».

[1] *Cf.* notamment Cass. crim., 15 juin 1928, *S.* 1929, I, p. 277 : « *Attendu que les arrêtés des maires relatifs à la police municipale ont pour objet le bon ordre, la sûreté et la salubrité publiques et non les intérêts de la commune ; que s'ils contenaient des dispositions relatives aux dits intérêts, ces dispositions seraient étrangères à la police municipale et leur inobservation ne serait pas une contravention* ». *Cf.* également C.E., 8 juin 1962, *Sieur Dibon*, n° 50.287, *Rec.* p. 380.

[2] C.E., 29 juill. 1950, *Féd. nat. des Synd. de grossistes, demi-grossistes, commissionnaires et importateurs en produits laitiers et avicoles*, n°s 97.392 et 97.393, *Rec.* p. 482. *Cf.* également, bien que ne retenant pas le détournement de pouvoir : C.E., 24 mars 1899, *Synd. des bouchers de Bolbec*, n° 93.416, *Rec.* p. 242 ; – 18 nov. 1936, *Cté central des armateurs de France et Union des synd. de mareyeurs, saleurs et expéditeurs du littoral français*, n° 45.116, *Rec.* p. 1003. Dans le même sens : T.A. de Nancy, 2 mars 2004, *Préfet des Vosges*, n° 031105, *A.J.D.A.* 2004, p. 517, obs. C. BIGET ; *Envir.* 2004, inf. 57, obs. TROUILLY ; *R.D. rur.* 2004, p. 638 Sur l'interdiction faite par un maire d'utiliser certaines insecticides soupçonnés de tuer les abeilles du 15 avril au 31 mai, alors que cette mesure était destinée à préserver l'apiculture essentielle à l'économie locale.

de réchauffage de plats préparés qui n'a d'autre objet que de protéger le voisinage immédiat des nuisances olfactives[1].

113 Deuxièmement, la dimension collective de l'ordre recherché joue le rôle d'un critère d'identification et de qualification des mesures d'ordre public sanitaire. C'est ce qu'illustre un arrêt *G.I.S.T.I.* du Conseil d'État en date du 20 mars 2000[2]. Le litige concernait ici les modalités de l'application des articles L. 341-2 du Code du travail et les articles 7, 11 et 12 du décret du 30 juin 1936 assujettissant les étrangers présentant une demande initiale de titre de séjour à un contrôle médical obligatoire effectué par l'Office des migrations internationales. Un arrêté du 17 mars 1997 du ministre de l'Emploi et de la Solidarité pris pour l'application de ces dispositions avait prévu la perception d'une redevance au profit de l'Office et en fixait le montant. L'estimant illégal, le G.I.S.T.I. avait demandé au ministre d'abroger cet arrêté, ce qu'il refusa par décision implicite. Saisi de ce refus, le Conseil d'État devait examiner la légalité de l'arrêté pour déterminer le régime d'abrogation qui lui était applicable et, en particulier, décider si le contrôle médical des étrangers constituait ou non un service rendu pouvant donner lieu à la perception d'une redevance. Le Conseil d'État conclût par la négative en estimant que ce contrôle « *n'a pas été institué dans le seul intérêt de ces personnes, mais a essentiellement pour objet la protection de la santé publique* ».

Il est assez remarquable que le Conseil d'État ne se soit pas attardé sur le caractère obligatoire du contrôle médical pour savoir si celui-ci constituait un service rendu ou s'il devait être rattaché à une mesure de police. La Haute juridiction administrative est en effet allé plus loin pour en examiner la portée et la finalité : c'est bien parce que la protection assurée par la mesure contraignante dépasse le seul intérêt des personnes concernées qu'elle ne peut être conçue comme un service rendu[3]. Cela signifierait *a*

---

[1] C.A.A. de Paris, 6 janv. 1997, *Mme Janvier*, n° 95PA03747, *Rec.* tables p. 660. Bien que fondée sur une erreur de droit, il semble bien que l'espèce aurait aisément pu donner lieu à une sanction sur la base du détournement de pouvoir. Celui-ci est cependant peu souvent invoqué, sans doute en raison de sa dimension morale. *Cf.* dans le même sens, sans retenir le détournement de pouvoir : C.E., 24 mars 1899, *Synd. des bouchers de Bolbec*, préc. ; – 18 nov. 1936, *Cté central des armateurs de France et Union des synd. de mareyeurs, saleurs et expéditeurs du littoral français*, n° 45.116, *op.cit.* V. encore T.A. de Nancy, 2 mars 2004, *Préfet des Vosges*, préc. sur l'interdiction faite par un maire d'utiliser certaines insecticides soupçonnés de tuer les abeilles du 15 avril au 31 mai, alors que cette mesure était destinée à préserver l'apiculture essentielle à l'économie locale. Sur cette question, *cf.* C. BALLANDRAS-ROZET, Réflexions sur la dimension morale du détournement de pouvoir, *A.J.D.A.* 2007, n° 41, p. 2236-2242.

[2] C.E., 20 mars 2000, *Groupement d'Information et de Soutien aux Immigrés (G.I.S.T.I.)*, n° 205266, *Rec.* p. 122 ; *R.F.D.A.* 2000, p. 705 ; *A.J.D.A.* 2001, p. 188, note S. HENNETTE-VAUCHEZ ; *Jurisprudence de la Santé 1999-2000*, p. 63.

[3] Le Conseil d'État fait ici application du raisonnement déjà tenu pour décider de l'illégalité du décret du 21 novembre 1973 et des textes pris en application créant des redevances pour services rendus par les fonctionnaires et agents de la direction du service vétérinaire du ministère de l'Agriculture dès lors que ces agents « *remplissent une mission de contrôle instituée non dans le seul intérêt des professionnels qui y sont soumis, mais essentiellement dans un intérêt général de protection de la santé publique* » : C.E., 10 déc. 1982, *Chbre synd. des centres agréés d'abattage et de conditionnement de produits de basse-cour, synd. nat. des abattoirs de volailles*, n° 20.035, *Rec.* p. 414. Ce raisonnement rejoint celui déjà tenu en matière de vaccinations obligatoires réalisées dans le cadre du service public. *Cf.* notamment L. JOUVIN, concl. sur C.E., Ass., 7 mars 1958, *Secrétaire d'État à la Santé publique c. sieur Déjous*, *R.D.P.* 1958, p. 1090 : La vaccination obligatoire étant beaucoup plus

contrario qu'une mesure sanitaire, même si elle présente un caractère impératif, doit être détachée du cadre de l'ordre public tant qu'elle n'intéresse pas la collectivité. Il s'agirait alors d'une mesure qui, quoiqu'impérative, relèverait d'une prestation de service rendue aux personnes. Il reste que l'on voit mal ce qui pourrait, en dehors de l'ordre public, légalement justifier une telle mesure. A moins de considérer qu'une telle prescription de santé puisse être légalement motivée par d'autres considérations que l'ordre public – mais lesquelles ? –, il faut bien admettre que si la protection de la santé privée suffit à fonder une réglementation de police sanitaire, c'est qu'elle entre elle-même dans le cercle des intérêts protégés par l'ordre public. Cela revient alors à reconnaître l'existence d'un ordre public sanitaire de protection individuelle qui, accordant une valeur fondamentale à la santé privée, permettrait de la sauvegarder, y compris contre la volonté des personnes[1].

En tout état de cause, ce serait encore un intérêt collectif qui serait protégé ici, puisque la protection de la santé privée serait alors considérée comme un intérêt social fondamental. Cela pose alors la question essentielle du sens et du contenu qui doivent donnés à la notion de « public ».

2) Le contenu de la notion de « public »

114 Au-delà de son ambiguïté, l'arrêt *G.I.S.T.I.* du 20 mars 2000 retient l'attention en ce qu'il constitue l'une des rares décisions du Conseil d'État faisant apparaître une définition de la « protection de la santé publique », ici opposée à la protection de la santé des individus. Le Conseil d'État retient donc une conception essentiellement négative de la santé publique, entendue comme ce qui n'est pas exclusivement individuel. Il s'agit là d'une approche fondée sur une conception large et finalement assez vague de la notion de « public » qui, très éloignée de son sens originel, présente au moins le mérite de signaler l'ampleur de son évolution.

115 La perspective manichéenne du XIXe siècle faisait en effet prévaloir une définition géographique matériellement circonscrite de la notion de « public » alors synonyme de « lieux publics ». Dès le milieu du XIXe siècle cependant, la prise en compte des processus d'apparition et de transmission des maladies contagieuses a conduit à un élargissement de cette perspective. Après l'épidémie de choléra de 1848, nonobstant la lettre de la loi des 16-24 août 1790 limitant l'action de la police aux lieux publics, le gouvernement a ainsi engagé les maires à pénétrer le domicile privé en cas de danger grave pour la salubrité publique[2]. Cette extension *ratione loci* de la compétence des

---

« *un bienfait général qu'un avantage individuel* », l'usager du service des vaccinations n'a donc pas « *le caractère d'un bénéficiaire pur et simple* ».

[1] Sur cette notion, v. *infra* n° 639.

[2] Circ. du 3 avr. 1849 accompagnant les décret et arrêté relatifs à l'organisation des conseils d'hygiène publique et de salubrité publique, publiée in A. TARDIEU, *Dictionnaire d'hygiène publique et de salubrité*, Paris, 1852, J.-B. Baillière, p. 391.

autorités administratives est par ailleurs validée par plusieurs législations spéciales, dont la loi du 13 avril 1850 relative à l'habitat insalubre.

La révolution pastorienne achève cette redéfinition du champ de l'action publique[1]. Les phénomènes de contagion alors mis en exergue obligent en effet l'administration à reconsidérer son champ d'intervention et à pénétrer plus avant dans la sphère privée. Ce redimensionnement de la notion de « public » est très nettement perceptible dans la jurisprudence[2] comme dans la législation. La loi du 5 avril 1884, notamment, supprime toute référence à un quelconque critère géographique et le législateur du 15 février 1902 fait définitivement céder la barrière matérielle de la sphère privée par l'adoption d'une législation plus ambitieuse, mais aussi plus interventionniste.

116 Certes, les lieux publics ou ouverts aux publics[3], comme d'ailleurs les services publics[4], restent le terrain naturel et privilégié de l'action administrative qui peut pleinement s'y déployer[5]. Néanmoins, la santé publique, comprise au sens de l'ordre

---

[1] *Cf.* P. ROSANVALLON, *op. cit.*, p. 134-135.

[2] C.E., 3 août 1877, *Chardin*, n° 51.417, *Rec.* p. 751 ; — 20 nov. 1885, *Croppi, Tiers et a.*, n° 59.366, *Rec.* p. 844 ; — 9 avr. 1886, *Argellier, Merlat et Soviche*, nos 65.461 et 65.525, *Rec.* p. 309 ; — 5 mai 1899, *Sieur Claudon*, n° 85.118, *Rec.* p. 339 (*a contrario*) ; — 28 déc. 1900, *Sieur de Couronnel*, n° 98.714, *Rec.* p. 823 (note) ; Cass. crim., 7 nov. 1885, *François Cruège*, *Bull. crim.* n° 299, p. 479 (« *Attendu que l'autorité municipale a, d'une manière générale, aux termes des dispositions [de la loi des 16-24 août 1790], le soin de garantir la sûreté et la salubrité publiques, et que si les actes qui les menacent s'accomplissent dans des maisons particulières, ces actes n'échappent pas, en principe, d'une manière absolue à son pouvoir de réglementation, pourvu qu'elle concilie l'exercice de son droit avec le respect dû au domicile des citoyens* ») ; — 22 juin 1900, *Dame Vve Dujardin*, *Bull. crim.* n° 223, p. 360 ; *S.* 1901, I, p. 377, note M. HAURIOU (Il appartient au maire « *de prendre, dans l'intérêt général, toutes les mesures propres à faire disparaître les causes d'insalubrité existant, même dans les logements privés ou leurs dépendances, à la condition, toutefois, que ces causes d'insalubrité signalées dans des habitations privées soient de nature à nuire non seulement aux locataires de la maison, mais encore à l'ensemble des habitants de la commune, et intéressent ainsi la salubrité publique* »).

[3] C.E., 2 févr. 1900, *Sieur Crépey*, n° 90.783, *Rec.* p. 80 ; – 6 févr. 1925, *Synd. des armateurs à la pêche de Dieppe et du Tréport*, *Rec.* tables p. 1160 ; — Sect., 8 déc. 1972, *Ville de Dieppe*, n° 82925, *Rec.* p. 794 ; *A.J.D.A.* 1973 , p. 53, chron. P. CABANES et D. LÉGER ; — Sect., 2 nov. 1956, *Sieur Biberon*, n° 23.551, *Rec.* p. 403, concl. C. MOSSET ; — 15 oct. 1980, *Garnotel*, nos 16199 et 18740, *Rec.* tables p. 627 ; — Sect., 28 nov. 1980, *Cne d'Ardres*, préc. Pour des exemples récents relatifs à la protection de la santé des personnes, *cf.* C.A.A. de Paris, 21 déc. 2004, *Assoc. Droit au logement Paris et env.*, n° 03PA03824, *Lettre de la C.A.A. de Paris* n° 2005/70, nos 8 et 9 ; *A.J.D.A.* 2005, p. 341 ; *J.C.P.* A 2005, n° 1064, p. 342, note J. MOREAU ; *B.J.S.P.* 2005, n° 82, Pan. p. 5 (sur la prise en charge d'autorité des personnes sans domicile exposées à un risque d'hypothermie mortelle sur la voie publique) ou encore C.E., 19 mars 2007, *Mme Le Gac et a.*, préc. (à propos de l'interdiction de fumer dans les lieux publics).

[4] Ainsi s'il appartient au conseil d'administration d'un établissement public hospitalier de réglementer la circulation et le stationnement dans l'enceinte de l'hôpital, cette compétence n'exclut pas l'intervention, même d'office, des autorités chargées du maintien de l'ordre public en cas d'atteinte à la sécurité, notamment lorsque le fonctionnement du service public hospitalier est compromis : C.E., avis, Sect. soc., 28 avr. 1977, *A.J.D.A.* 1978, p. 586, obs. A. DE LAUBADÈRE. Sur la possibilité pour l'administration compétente de fixer des règles d'organisation du service public plus strictes que celles prévues par la loi, *cf.*, par exemple, C.E., 29 juill. 1998, *Cie nat. des interprofessionnels des vins et eaux de vie à appellation d'origine contrôlée (A.O.C.)*, n° 180771, inédit : légalité de l'approbation par le Premier ministre du cahier des charges de la Société Radio France interdisant la publicité pour les boissons alcoolisées de plus de 1 degré en dépit des dispositions de l'art. 1er du décr. du 23 sept. 1992 qui ne prévoit des limitations de publicité que pour les boissons à plus de 1,2% d'alcool. « *Si, dans la fixation des règles d'organisation du service public, l'autorité gouvernementale signataire du cahier des charges ne pouvait légalement imposer des dispositions contraires à la loi, rien ne fait obstacle à ce que ledit cahier comprenne et maintienne, dans un but d'intérêt général, des dispositions plus restrictives que celles imposées, sur un plan général, dans un secteur d'activité, par les lois et règlements en vigueur* ».

[5] Sur l'étroitesse des rapports entre ordre public et domaine public, v. É. FATÔME, Ordre public et domaine public, in *L'Ordre public : Ordre public ou ordres publics ?*, *op. cit.*, p. 187-198. Pour une illustration en matière de salubrité publique : C.A.A. de Lyon, 7 mars 1990, *Union centrale alimen-*

public, s'impose comme la « *santé* du public »[1]. Il n'existe donc pas de frontière étanche entre l'ordre privé et l'ordre public sanitaire. Bien au contraire, comme l'a justement souligné M. TEITGEN, « *les limites de la vie privée par rapport à l'ordre public sont, en matière de salubrité, plus restreintes qu'en toute autre, parce que du fait des risques de contagion, l'hygiène privée est l'un des facteurs de la santé publique. […] Ainsi s'expliquent les droits exceptionnels des polices spéciales de la santé publique* »[2]. En réalité, l'intervention de l'administration dans la sphère normalement réservée aux particuliers est toujours possible, y compris pour les autorités de police générale, dès lors que cette immixtion est nécessaire pour prévenir ou faire cesser un risque d'infection ou de contamination pour les personnes. Le Conseil d'État a depuis longtemps reconnu que l'existence d'une cause d'insalubrité dans un immeuble à usage privatif justifiait l'intervention du maire au titre de la police générale[3]. De même, celui-ci peut-il intervenir dans tout établissement privé dès lors qu'y apparaît un risque sanitaire, notamment épidémique, pour l'extérieur[4]. Dans le même sens, la Cour de cassation a, par exemple, admis le bien-fondé d'une expulsion de grévistes occupant les locaux de leur entreprise au motif que le fonctionnement réduit de l'usine présentait des risques de pollution et nuisait à l'efficacité de l'installation nécessaire à la protection de la sécurité et de la salubrité publiques[5]. On ne peut omettre enfin de signaler ici les arrêts d'Assemblée du Conseil d'État du 3 mars 2004 relatifs à la responsabilité de l'État dans la contamination professionnelle par les poussières d'amiante[6].

---

taire, n° 89LY01107, inédit (l'administration gestionnaire du domaine public peut, sur ce domaine, légalement exécuter tous les travaux d'hygiène, de salubrité et de sécurité publiques nécessaires à sa mise en conformité à la législation applicable sans que le bénéficiaire d'une autorisation temporaire d'occupation du domaine, quelle que soit sa qualité, puisse prétendre à une indemnité).

[1] P.-H. TEITGEN, *La police municipale. Étude de l'interprétation jurisprudentielle des articles 91, 94 et 97 de la loi du 5 avril 1884*, Th. Droit, Nancy, 1934, Paris, Sirey, 1934, p. 36. L'auteur ajoute, page 47 : « *Ce serait une formule simpliste, et évidemment inexacte, que celle qui définirait l'ordre public comme l'ordre des lieux publics, et considérerait que la sphère de la vie privée coïncide avec celle du domicile privé* ».

[2] P.-H. TEITGEN, *ibid.*, p. 54-55.

[3] C.E., Sect., 20 déc. 1963, *Dame et delle Morvan-Clavenna*, préc. ; — 12 juin 1953, *Delle Tisserand*, préc.

[4] L'exemple de l'intervention des maires dans les écoles privées est à cet égard tout à fait intéressant. Il est en effet admis, depuis la fin du XIXe siècle, que « *en cas d'épidémies ou de maladies contagieuses, il appartient aux maires en vertu de leur pouvoir [de police générale] de prendre les mesures nécessaires pour en prévenir la propagation et les faire cesser* ». Ils ne sauraient toutefois en dehors de ce cas « *édicter un règlement permanent imposant des prescriptions d'hygiène aux directeurs d'écoles privées* », aucune menace pour l'extérieur ne pouvant alors justifier une telle intrusion dans la sphère privée : C.E., 5 mai 1899, *Sieur Claudon*, préc. Plus récemment, le juge du référé du Conseil d'État a considéré qu'un maire peut, sur le fondement de l'art. L. 2212-2-5 C.G.C.T., suspendre l'activité d'une entreprise privée qui, située à proximité d'établissements scolaires, produit des émanations toxiques : C.E., ord., 25 avr. 2002, *Soc. Saria Industries*, n° 245414, *Rec.* p. 155. *Cf.* également C.A.A. de Nantes, 30 juin 2000, *Soc. française maritime*, nos 97NT00539 et 97NT00559, *R.J.E.* 2001, p. 122, note R. SCHNEIDER (légalité d'un arrêté de police municipale enjoignant à une société de cesser le stockage de farines animales dans des locaux, présentant un caractère vétuste et situés dans un secteur urbanisé à proximité immédiate d'un groupe scolaire et d'une maison de retraite et de les évacuer dans un délai de huit jours).

[5] Cass. soc., 26 févr. 1992, *Soc. U.T.E.C.*, n° 90-15459, *Bull. civ.* V, n° 125, p. 77.

[6] C.E., Ass. 3 mars 2004, *Min. de l'Emploi et de la Solidarité* (4 esp.), préc. Ces arrêts sont étudiés *infra* nos 476 et 546.

117 Cette interaction de la chose privée et de la chose publique rend particulièrement difficile le tracé des contours de l'ordre public sanitaire. Sans doute, la notion de « public » renvoie-t-elle la plupart du temps très clairement à autrui, aux tiers, c'est-à-dire à l'ensemble de ceux qui, sans être à l'origine du fait ou de la situation dommageable, sont susceptibles de subir un préjudice de celui ou de celle-là[1]. Mais le législateur a aussi prévu un certain nombre de dispositifs intéressant des individus clairement et précisément identifiés qui ne peuvent pas toujours être juridiquement considérés comme des tiers. C'est, par exemple, le cas de la police des locaux insalubres ou surpeuplés qui ne concerne la santé que d'un public restreint composé des occupants de ces logements[2]. Entrent également dans cette catégorie, les obligations de dépistage et d'examen médicaux qui, malgré leur caractère individuel, sont bien des mesures de santé publique[3].

Il convient notamment sur ce point de s'intéresser aux catégories de personnes concernées par ces obligations. De cet examen, il ressort en effet que celles-ci sont avant toute chose justifiées par la fonction ou à la situation sociales de leurs destinataires, critère qui permet seul d'expliquer que les femmes enceintes et les enfants (et non les personnes âgées), les salariés et les étudiants (et non les inactifs) soient soumis à ces régimes. La notion de « public », comprise au sens de l'ordre public sanitaire, semble donc tout autant renvoyer à un critère social d'ordre qualitatif qu'au critère du tiers et du nombre. Il s'agit d'abord d'assurer la protection sanitaire nécessaire au bon ordre et à la prospérité *sociale*. En ce sens, s'expliquent l'ensemble des polices destinées à lutter contre les maladies et l'insalubrité comme les régimes intéressant plus particulièrement certaines catégories de la population. Il peut également être question de lutter contre des situations qui, à un certain moment, paraissent *socialement* inacceptables. C'est ainsi que se justifie la police des locaux surpeuplés destinée à combattre les « marchands de sommeil »[4]. Les mesures d'urgence de lutte contre le saturnisme, les règles relatives au contrôle de l'amiante ou le dispositif de lutte contre les infections nosocomiales témoignent de cette même perspective : c'est bien la prise en compte de situations sociales jugées intolérables qui a conduit à leur adoption et non pas la découverte de nouveaux fléaux sanitaires, depuis bien longtemps connus.

---

[1] « *Tels sont*, écrit M. TEITGEN, *tous les désordres dont la portée est* indéterminée, *tous ceux qui, dépassant le cercle des relations au sein desquelles ils ont pris naissance, se répercutent « à la canto-nade » et peuvent ainsi causer un dommage à tout anonyme que le hasard ou les circonstances auront désigné* » (*op. cit.*, p. 50 – mot souligné par l'auteur).

[2] Art. L. 1331-22 et L. 1331-23 C.S.P. Pour des exemples d'application, *cf.* T.A. de Paris, 26 mai 1976, *Cornet*, *R.D.S.S.* 1977, p. 210, note F. MODERNE ; *D.* 1978, J., p. 96, note F. MODERNE ; C.E., 21 oct. 1977, *Cornet*, n° 04.659, *Rec.* p. 401 ; *D.* 1978, p. 96, note F. MODERNE ; *D.A.* 1977, n° 393 ; — 1er avr. 1981, *M. Claude Cornet*, n° 10.483, *R.D.S.S.* 1981, p. 406, obs. L. DUBOUIS.

[3] *Cf. supra* n° 77 et *infra* n° 267.

[4] Sur le traitement et renforcement récent de ce dispositif qui est, hélas, toujours d'actualité, *cf.* le Plan d'action contre les marchands de sommeil lancé par la ministre du Logement de la Ville le 8 nov. 2007 qui vise « *à assurer l'exécution effective des arrêtés de police imposant aux propriétaires ou exploitants d'immeubles insalubres d'effectuer les travaux prescrits et d'assurer l'hébergement ou le relogement des occupants* » (*J.C.P.* A 2007, act. 1035, obs. M.-C. ROUAULT)

Cette perspective sociale qui s'enracine, *in fine*, au cœur de la notion d'ordre public, permet de mettre en avant un important facteur de variation et, peut-être, une première explication de la diversité et de l'extension de l'ordre public sanitaire qui, par nature, évolue et croît corrélativement aux exigences sanitaires de la société.

CONCLUSION DU CHAPITRE

118 D'abord né des exigences de sécurité de l'ordre public, l'ordre public sanitaire n'a, dans son existence, aucun lien réel avec la reconnaissance du droit des personnes à la protection de la santé. C'est même, à l'inverse, de cette fonction traditionnelle d'ordre public sanitaire qu'est né le principe formulé par l'alinéa 11 du Préambule de la Constitution de 1946 selon lequel la Nation « *garantit à tous, notamment à l'enfant, à la mère et aux vieux travailleurs, la protection de la santé* ». L'affirmation solennelle de ce principe particulièrement nécessaire à notre temps achève la construction d'une conception nouvelle de la santé publique qui, entamée dès le début du XXe siècle, voit dans la santé une richesse collective indispensable à la puissance de la Nation.

Le droit à la protection de la santé a très certainement enrichi le contenu de l'ordre public sanitaire, ne serait-ce que parce qu'il en a prolongé les objectifs défensifs initiaux d'une dimension plus positive et offensive de lutte contre les fléaux sociaux. Mais la rupture, nous semble-t-il, est surtout celle d'une transformation dans les esprits de la valeur sociale de la santé et de ses rapports aux droits et aux libertés publiques. C'est bien en effet la prise en compte de la valeur collective de la santé qui a permis de situer la santé publique parmi les principes de la protection des individus. Comme l'ont notamment remarqué M. MOREAU et M. TRUCHET, il en a découlé de nouvelles obligations pour les pouvoirs publics, « *mais aussi un titre nouveau pour intervenir, réglementer, pour permettre, pour interdire ou contrôler* ! »[1].

Il reste que les logiques premières de l'ordre public sanitaire n'ont pas été modifiées par la reconnaissance du droit à la protection de la santé. Soulignant la dimension sanitaire de l'ordre public, l'ordre public sanitaire n'a pas pour vocation d'assurer à tous et à chacun la protection de la santé. Il répond à une finalité plus générale qui est celle d'assurer collectivement les conditions sanitaires indispensables à la sécurité et au bon ordre publics[2]. Située au cœur des fonctions traditionnelles de la puissance publique, cette mission régalienne de prévention des risques exige la mise en œuvre de *l'imperium* et rend les individus comptables de leur santé envers la collectivité. C'est, de la sorte, un droit particulièrement dense de puissance publique, celui de l'ordre public, qu'exige le maintien de l'ordre public sanitaire.

---

[1] J. MOREAU et D. TRUCHET, *Droit de la santé publique*, *op. cit.*, 4e éd., 1998, p. 13. V. également J. RIVERO, Les transformations sociales et le développement de la protection légale de la santé, *op. cit.*

[2] La notion prend ainsi appui sur la société elle-même qui, souligne M. PONTIER, « *est en soi une réponse aux risques qu'encourt l'individu isolé* » (La puissance publique et la prévention des risques, *op. cit.*, p. 1753).

CHAPITRE 2
L'ORDRE PUBLIC SANITAIRE, SOURCE D'UN « DROIT DE LA NÉCESSITÉ SANITAIRE »

119 Indiscutable sur le plan des principes, la participation de la santé publique à l'ordre public se vérifie également du point de vue du régime juridique appliqué aux interventions de la puissance publique. Comme l'ordre public, la notion d'ordre public sanitaire justifie en effet l'application d'un droit particulier qui se détermine entièrement au regard d'un principe de nécessité : celui de l'intervention de la puissance publique pour la conservation des intérêts soumis à sa protection.

120 Il ne s'agit pas ici de dire que le régime de l'ordre public se caractérise par ce qu'il serait fait de règles spécifiques[1], mais de souligner la possibilité qu'il offre à l'administration de recourir à toutes les règles et prérogatives de puissance publique. Proposition de droit consubstantielle à la liberté, l'ordre public répond à un principe de nécessité qui l'impose comme une norme d'habilitation et d'obligation à agir, à la fois source de compétences, mais aussi de devoirs pour les autorités publiques. C'est en ce sens, et seulement en ce sens, qu'il est possible de parler d'un « droit de la nécessité » issu de l'ordre public sanitaire.

« *Essentiellement inspiré par le principe de la puissance publique* »[2], l'ordre public conduit donc à l'application d'un régime de droit particulier qui met l'accent sur l'impérieuse nécessité de sauvegarder le « minimum fondamental » de la société. En réalité, si l'ordre public justifie un allégement des sujétions pesant normalement sur l'administration, il conduit aussi à leur renforcement dans la mesure où les autorités chargées du maintien de l'ordre ne peuvent en ignorer les intérêts.

121 La sauvegarde de la santé publique justifie l'application de ce régime particulièrement exigeant de puissance publique propre au maintien de l'ordre public (Section 1). L'importance de cette fonction régalienne en fait par ailleurs une obligation pour l'administration qui doit mettre en œuvre tous les moyens dont elle dispose pour l'assurer (Section 2).

---

[1] Comme le souligne justement M. CHÉROT, « *le droit de l'ordre public n'est pas autonome ; il n'est pas fait de règles spécifiques que l'on ne pourrait pas rencontrer pour d'autres types d'action administrative* » (La notion d'ordre public dans la théorie de l'action administrative, *op. cit.*, p. 31).

[2] P. BERNARD, *La notion d'ordre public en droit administratif*, *op. cit.*, p. 235.

SECTION 1

L'APPLICATION D'UN RÉGIME DÉROGATOIRE DE PUISSANCE PUBLIQUE

122 À l'instar de la notion générale d'ordre public, l'ordre public sanitaire s'analyse comme une norme créatrice d'un droit exorbitant qui, se réalisant effectivement dans le contexte d'une situation de fait, permet de faire prévaloir les intérêts de la santé publique sur tout autre intérêt jugé de moindre importance. L'ordre public sanitaire conduit ainsi à la formulation d'une règle de priorité juridique (§1). Il s'impose par ailleurs comme un instrument de régulation des libertés publiques dont il définit le cadre sanitaire d'exercice (§2).

§1.- LA FORMULATION D'UNE RÈGLE DE PRIORITÉ JURIDIQUE

123 L'ordre public sanitaire consacre un mécanisme d'éviction de la règle normale du droit (A) et permet la mise en œuvre d'un régime de puissance publique, « *dominé par le principe selon lequel il n'y a pas de droit contre l'ordre public* »[1] (B).

A.- UN MÉCANISME D'ÉVICTION DE LA RÈGLE NORMALE DE DROIT

124 Les nécessités du maintien de l'ordre public sanitaire conduisent à l'application d'un droit exorbitant du droit administratif commun qui autorise l'administration à s'affranchir des sujétions s'imposant normalement à elle dans l'exercice de ses prérogatives (1). Ces dérogations sont toutefois subordonnées à leur nécessité. Le droit de l'ordre public ne saurait faire exception au principe de la légalité : la notion doit elle-même être entendue comme une norme juridique, source de droit (2).

1) Les dérogations aux exigences normales de la légalité

125 Ces dérogations concernent tant la légalité externe que la légalité interne des actes que l'administration édicte pour la protection de la santé publique. Les exceptions aux règles de la légalité externe touchent celle-ci dans ses trois éléments de procédure, de forme et de compétence. En ce qui concerne les deux premiers, on notera que si le droit de la police administrative est traditionnellement peu formaliste[2], ses effets dérogatoires

---

[1] *Ibid.*, p. 31.

[2] Ainsi, le juge administratif a toujours refusé d'imposer aux autorités administratives des conditions de forme ou de procédure supplémentaires à celles exigées par la loi dès lors qu'elles agissent pour la sauvegarde de la santé publique. *Cf.* par exemple, C.E., Sect., 25 avr. 1958, *Soc. « Laboratoires Geigey »*, n° 26.481, *Rec.* p. 236, concl. L. HEUMANN ; *A.J.D.A.* 1958, p. 227, chron. J. FOURNIER et M. COMBARNOUS ; *J.C.P.* 1958, 10747, note F. G. et — 5 oct. 1962, *Soc. des Laboratoires Lambert*, n°s 54.997 à 54.999, *Rec.* p. 516 (« *Eu égard à la nature que présente une mesure de retrait de visa* [d'une spécialité pharmaceutique] *prise par le ministre dans l'intérêt de la sauvegarde de la santé publique, aucun principe général du droit, applicable même en l'absence d'un texte, n'impose à l'autorité administrative l'obligation de provoquer les observations de l'établissement intéressé sur les*

ont été très largement atténués par le législateur. La règle demeure qu'aucun principe général du droit n'impose à l'administration le respect de formes ou de procédure qui n'ont pas été prévues par la loi[1]. Celle-ci a toutefois assujetti l'action « normale » des autorités de police à des exigences renforcées de forme et de procédure[2] de telle sorte que les exceptions aux règles de la légalité externe autorisées par l'ordre public sont aujourd'hui limitées aux cas où celui-ci est associé à ces autres notions dérogatoires que sont l'urgence et les circonstances exceptionnelles[3]. La nécessité de l'intervention est alors de nature à couvrir les illégalités de forme ou de procédure qui entachent son action[4].

---

motifs retenus par le comité technique des spécialités, avant de se prononcer sur la proposition de retrait formulée par ledit comité »). Dans le même sens, C.E., Sect., 12 juin 1959, *Min. de la Santé publique c. sieur Prat-Flottes et Soc. des Instituts de plein air*, n° 45.331, *Rec.* p. 361 ; *A.J.D.A.* 1960, p. 96, concl. H. MAYRAS ; *R.D.P.* 1959, p. 1032 (fermeture d'un établissement de cure) ; — 27 janv. 1982, *M. Joseph Bardin et a.*, n° 34.203, *R.D.P.* 1982, p. 1707 (fermeture d'urgence d'une maison de retraite) ; — Ass., 11 juill. 1984, *Blat*, n° 21.733, *Rec.* p. 260 (suspension temporaire du droit d'exercer la médecine prononcée par le conseil régional de l'Ordre des médecins de Paris en raison de l'état de santé du praticien). Le Conseil d'État n'a pas davantage exigé la motivation des décisions en dehors des cas définis par la loi : *cf.* C.E., 22 févr. 1952, *Soc. des Laboratoires Conan*, n°s 94.441, 98.516 et 99.170, *Rec.* p. 133 ; *D.* 1952, p. 133 ; — 16 mars 1955, *Laboratoires Sareins*, n° 16.044, *Rec.* tables p. 807 ; *D.* 1955, p. 277.

[1] Pour le rappel du principe, *cf.* C.E., 12 mai 1989, *Min. des Départements et des Territoires d'Outre-mer c. Mme Piermont*, n° 85851, *Rec.* p. 444. Pour son rappel en matière sanitaire : C.E., 17 févr. 1992, *Synd. des marchands forains de Carcassonne et env.*, n° 126222, *Rec.* tables p. 1159 ; — 6 févr. 1998, *Epx Georges*, n° 154394, *Rec.* tables, p. 735. De la sorte, n'ont pas à être motivées les autorisations de mise sur le marché de médicaments qui n'entrent pas dans le cadre de la loi du 11 juill. 1979 (C.E., Ass., 21 déc. 1990, *Conféd. nat. des assoc. familiales catholiques*, préc. et – Ass., 21 déc. 1990, *Assoc. pour l'objection de conscience à toute participation à l'avortement – Assoc. des médecins pour le respect de la vie*, n° 111417, *A.J.D.A.* 1991, p. 157 et p. 91, étude C.M., F.D. et Y.A. ; *R.F.D.A.* 1990, p. 1076), ni les refus décidés en vertu de l'article L. 356 C.S.P. (art. L. 4111-1) du droit d'exercer la médecine qui n'est pas un refus d'autorisation ni une mesure restrictive de liberté au sens de la loi du 11 juill. 1979 (C.E., 18 févr. 1998, *Min. délégué à la Santé c. Mme Meyer*, n° 167386, *Rec.* tables, p. 693), ni même les refus de prendre une mesure de police qui n'apparaît pas comme une décision défavorable (C.E., 12 mars 1986, *Préfet de Police de Paris c. M. Metzler, Coll et Engel*, n° 52101, *Rec.* p. 70 ; *D.* 1986, p. 422, note Ph. TERNEYRE).

[2] D'une part, de nombreuses polices sanitaires spéciales soumettent l'administration au respect d'exigences de forme et de procédure particulières. C'est le cas, par exemple, de la police des immeubles insalubres qui subordonne la légalité des arrêtés préfectoraux au respect de formalités substantielles visant à garantir l'information et l'expression des intéressés (*cf.* par exemple C.A.A. de Bordeaux, 1er juill. 1993, *Min. de la Santé et de l'Action humanitaire c. Sarrazy*, n° 92BX00371, *Rec.* tables p. 921). D'autre part, le droit de la police administrative a évolué sous l'effet des législations protectrices des droits des administrés intervenues depuis la fin des années 1970 et de nouvelles contraintes sont apparues lors de l'édiction des actes qui alourdissent notablement les conditions de leur légalité externe. Il n'est pas besoin de s'appesantir sur cet aspect connu du droit administratif. Il suffit de rappeler que la loi du 11 juillet 1979 a soumis l'administration à l'obligation de motiver certaines de ses décisions. Sur son application en matière sanitaire, *cf.* par exemple C.E., 7 juin 1985, *Soc. ACOPA S.A.*, n° 62.196, *Rec.* p. 177 ; *D.A.* 1985, n° 344 ; *R.F.D.A.* 1986, p. 57, concl. LATOURNERIE ; — 7 mai 1993, *Min. de l'Agriculture c. S.A.R.L. Cevlot*, n° 107221, *Rec.* tables p. 920 ; — 29 déc. 1995, *Mlle Cabrera*, n° 147685, *Rec.* tables p. 623 ; C.A.A. de Lyon, 8 mars 1994, *Soc. Elf France*, n° 92LY00635, inédit. Cette obligation s'applique en particulier aux décisions individuelles défavorables, notamment celles qui restreignent l'exercice d'une liberté publique, et, depuis la loi du 17 janvier 1986, aux décisions de refus d'une autorisation. L'article 8 du décr. n° 83-1025 du 28 novembre 1983, repris et généralisé par l'art. 24 de la L. n° 2000-321 du 12 avr. 2000 préc., a par ailleurs complété l'obligation de motivation en exigeant que l'auteur de telles décisions suive une procédure contradictoire. *Cf.* par exemple T.A. de Lille, 7 août 1995, *Thellier*, n° 93-1177, *Rec.* tables p. 647.

[3] Par exemple, C.A.A. de Paris, 29 nov. 2006, *A.R.H. d'Île-de-France c. S.A.R.L. Clinique Victor Hugo Spontini*, n° 02PA02090, inédit : aucun principe général du droit n'impose qu'une mesure de suspension d'une autorisation de fonctionner d'un établissement de santé prise en urgence à la suite de multiples et graves manquements révélés par plusieurs inspections soient précédée d'une procédure contradictoire. Sur l'urgence sanitaire, v. *infra* n° 273.

[4] Ce cas ne fait toutefois pas obstacle à une régularisation ultérieure lorsqu'elle est possible. Un intéressé est ainsi en droit d'obtenir communication des motifs de la décision dans le délai d'un mois

126 En revanche, l'ordre public garde toute sa force créatrice d'une légalité particulière s'agissant de la répartition des compétences d'action. La nécessité de sauvegarder la santé publique peut en effet autoriser la modification de la répartition normale des compétences qui est pourtant l'une des garanties fondamentales de l'État de droit. Cet effet perturbateur est parfois prévu par un texte. Le pouvoir de substitution accordé au préfet en cas de négligence d'un maire à faire usage de ses prérogatives de police générale constitue l'exemple type de ce genre de dérogations[1]. Un autre exemple, plus spécifique, peut être trouvé dans le pouvoir de substitution directement accordé au juge administratif en matière d'installations classées[2].

En dehors même de ces hypothèses particulières, l'ordre public sanitaire agit comme une norme directe et implicite d'habilitation des autorités de police générale qui peuvent intervenir *proprio motu*, y compris dans des matières régies par une législation spécifique. L'exemple le plus significatif est très certainement celui de la police générale nationale. Ce pouvoir, consacré par la jurisprudence, déroge à la répartition matérielle des compétences entre les autorités réglementaires et législative établie par les articles 34 et 37 de la Constitution puisqu'il permet aux dépositaires du pouvoir réglementaire de limiter l'exercice d'une liberté publique sans autorisation ni habilitation législative[3]. Il faut par ailleurs noter que ce type de raisonnement se retrouve aujourd'hui en dehors du cadre strict de la police administrative. Par un arrêt du 30 juillet 1997, le Conseil d'État a notamment considéré « *qu'il appartient au ministre chargé de la Santé, même en l'absence de texte l'y autorisant expressément, de prendre les mesures permettant de mettre en garde le public contre des produits dont la consommation présente un risque*

---

suivant sa demande, si celle-ci est présentée dans le délai du recours contentieux. L'insuffisance de cette motivation *a posteriori* est alors de nature à entraîner l'annulation de la décision initiale : C.E., 7 mai 1993, *Min. de l'Agriculture c. S.A.R.L. Cevlot*, préc.

[1] Art. L. 2215-1 1° C.G.C.T. : « *Le représentant de l'État dans le département peut prendre, pour toutes les communes du département ou plusieurs d'entre elles, et dans tous les cas où il n'y aurait pas été pourvu par les autorités municipales, toutes mesures relatives au maintien de la salubrité, de la sûreté et de la tranquillité publiques. Ce droit ne peut être exercé par le représentant de l'État dans le département à l'égard d'une seule commune qu'après une mise en demeure au maire restée sans résultat* ».

[2] Le contentieux des installations classées, contentieux de pleine juridiction, accorde en effet au juge administratif les compétences nécessaires pour garantir les intérêts mentionnés à l'art. 1er de la L. n° 76-663 du 19 juill. 1976 préc. (art. L. 511-1 C. envir.) : C.E., Sect., 14 mai 1948, *Min. de la Production industrielle c. Sieur Courtial*, n° 76.265, *Rec.* p. 210. Le juge peut notamment modifier les mesures techniques prescrites par le préfet pour faire cesser les inconvénients dus à l'ouverture ou au fonctionnement de l'installation en les complétant (C.E., 11 avr. 1986 et 27 mai 1988, *Soc. industrielle armoricaine de légumes (S.I.A.L.E.)* (2 esp.), n° 57.894, *Rec.* p. 90 (1ère esp.), tables p. 22 (2e esp.) ; *D.A.* 1988, n° 381), en les aggravant (C.E., 27 nov. 1957, *Ville de Meudon*, n° 21.847, *Rec.* tables p. 924 ; – 11 déc. 1987, *SODERAPOR*, n° 73570, inédit) ou en les atténuant (C.E., 27 mai 1988, *Soc. industrielle armoricaine de légumes*, préc.). Il peut également décider du classement des activités exercées dans l'établissement (C.E., 7 févr. 1968, *Épx Cherest*, nos 53.963 et 56.249, *Rec.* tables p. 969), de leur changement de catégorie (C.E., 30 janv. 1974, *Min. délégué auprès du Premier ministre chargé de la Protection de la nature et de l'Environnement*, n° 89.956, *Rec.* p. 72) ou du déplacement de l'établissement (C.E., 19 déc. 1934, *Min. du Commerce et de l'Industrie c. Scherly*, n° 39.910, *Rec.* p. 1201). Sur l'incompétence du juge judiciaire en la matière : Cass. civ. 1ère, 17 oct. 2007, *Fare sud et a. c. Soc. Evere*, n° 06-21.054, *J.C.P.* A 2007, n° 2344, note O. RENARD-PAYEN.

[3] *Cf.* C.E., 2 mai 1973, *Assoc. cultuelle des Israélites nord-africains de Paris*, n° 81.861, *Rec.* p. 313 ; *R.D. rur.* 1974, p. 13, note J. MOREAU ; – 21 juill. 1989, *Assoc. des médecins pour le respect de la vie*, préc. ; – 19 mars 2007, *Mme Le Gac et a.*, préc.

grave pour la santé »[1]. La santé publique offre ainsi une certaine autonomie à l'administration qui doit pouvoir agir directement dès lors que sa sauvegarde l'exige.

127 Les dérogations autorisées par les nécessités de la santé publique concernent également les règles de fond qui gouvernent normalement l'action de l'administration. Ce mécanisme d'exception au droit commun est particulièrement bien illustré en matière de police générale. La jurisprudence a en effet défini un certain nombre d'exigences qui s'imposent normalement aux autorités titulaires de ce pouvoir. Parmi ces règles figurent notamment le principe du libre choix des moyens qui interdit à l'autorité de police de prescrire les moyens de parvenir au but qu'elle a fixé[2] et la prohibition des mesures générales et absolues[3]. Or, les nécessités de la santé publique justifient qu'il puisse être dérogé à chacune de ces règles. Le principe du libre choix des moyens cède toutes les fois où le moyen prescrit par l'autorité de police est le seul concrètement envisageable pour parvenir au but recherché[4] ou lorsqu'il est prévu au règlement sanitaire[5]. De même, une mesure générale et absolue peut légalement être édictée lorsque les nécessités de la santé publique l'imposent[6]. Il faut enfin remarquer que ces dérogations au droit commun ne concernent pas seulement les activités de police. Ainsi, par exception à la jurisprudence *Chambre syndicale du commerce en détail de Nevers* et *Ordre des avocats au Barreau de Paris*[7], la création de services publics locaux peut être affranchie du respect du principe

---

[1] C.E., 30 juill. 1997, *M. Lucien Boudin*, préc.

[2] Sur l'origine de ce principe, *cf. supra* n°s 59 et 81 et *infra* n° 158. Pour des exemples de son application, *cf.* C.E., 9 mai 1913, *Sieur Rouard*, n° 49.648, *Rec.* p. 520 ; – 4 juin 1935, *Soc. Georges Vincent et fils*, n° 41.867, *Rec.* p. 650 ; — Sect., 21 févr. 1947, *Sieur Barsi*, préc. ; — Ass., 16 mai 1947, *Sieur Gourlet*, préc. ; — 30 sept. 1955, *Loizement*, n° 21.824, *Rec.* tables p. 807 ; — Sect., 5 févr. 1960, *Cne de Mougins*, n° 42.735, *Rec.* p. 83 ; Cass. crim., 19 janv. 1968, *Zaegel*, *D.* 1968, p. 549.

[3] Cette prohibition concerne tout particulièrement les interdictions, v. *supra* n° 81. Elle a été étendue aux mesures qui, trop restrictives, sont assimilées à des interdictions générales et absolues : C.E., Sect., 27 mars 1936, *Assoc. cultuelle israélite de Valenciennes*, préc. ; — 17 févr. 1937, *Sieur Combeau*, préc. ; Cass. crim., 2 févr. 1955, *Bouget*, *D.* 1955, p. 275 ; C.E., Sect., 4 mai 1984, *Préfet de Police c. Guez*, n° 49.153, *Rec.* p. 164, *A.J.D.A.* 1984, p. 393, concl. O. DUTHEILLET DE LAMOTHE.

[4] C.E., 28 mars 1885, *Languellier*, n° 62.338, *Rec.* p. 388, concl. GOMEL ; — 23 janv. 1887, *Pral*, *D.* 1888, 3, p. 54 ; — Ass., 4 janv. 1935, *Dame Baron*, n° 37.911, *Rec.* p. 16 ; *D. H.* 1935, p. 150 ; — 28 mai 1935, *Dame Vve Fauvel*, n° 29.850, *Rec.* p. 607 ; – Sect., 21 févr. 1947, *Sieur Varlet*, préc. ; — 4 nov. 1959, *Mantouche*, n° 14.956, *Rec.* tables p. 935 ; — 27 juill. 1990, *Cne d'Azillé c. M. Andorra*, n° 85741, inédit.

[5] *Cf.* C.E., 19 mai 1954, *Sieur Legrand*, préc. ; — Sect., 28 avr. 1961, *Cne de Cormeilles-en-Parisis*, préc.

[6] C.E., 6 août 1910, *Sieur Levavasseur*, préc. (Le maire peut valablement prescrire que serait seul autorisé sur le territoire de la commune l'épandage des matières de vidange extraites des fosses d'habitation de cette commune, une pareille mesure, en raison des conditions particulières à cette commune, étant justifiée par des nécessités supérieures d'hygiène) ; — Sect., 6 janv. 1933, *Sieur Mesnil-Guichard*, n° 20.673, *Rec.* p. 15 (légalité de plusieurs arrêtés municipaux interdisant à un entrepreneur la vente de la viande de cheval sur les marchés et par colportage qui sont justifiés par les précautions spéciales de surveillance sanitaire nécessitées par la manipulation et la consommation de cette viande) ; — 17 févr. 1937, *Sieur Combeau*, préc. (légalité des dispositions d'un arrêté municipal faisant obligation aux propriétaires de pigeons de tenir leurs oiseaux enfermés, cette mesure étant indispensable dans l'espèce pour éviter la contamination des eaux des citernes). *Cf.* également, C.E., 19 mai 1954, *Sieur Lagrèze*, préc. ; — Sect., 2 nov. 1956, *Soc. coopérative laitière de Hermes*, préc. ; — Sect., 2 nov. 1956, *Sieur Biberon*, préc. ; — 10 juill. 1957, *Feltin*, n°s 8.157 et 11.409, *Rec.* tables p. 873 ; — Sect., 28 nov. 1980, *Cne d'Ardres*, préc. D'autres exemples sont donnés, *supra* n° 81.

[7] C.E., Sect., 30 mai 1930, *Chbre synd. du commerce en détail de Nevers*, n° 06.781, *Rec.* p. 583 ; *G.A.J.A.* n° 44 ; *R.D.P.* 1930, p. 530, concl. P.-L. JOSSE ; *S.* 1930, 3, p. 73, concl. et note R. ALIBERT et – Ass., 31 mai 2006, *Ordre des avocats au Barreau de Paris*, n° 275531, *Rec.* p. 272 ; *R.F.D.A.* 2006,

de la liberté du commerce et de l'industrie dès lors que ces services concourent à la salubrité et à l'hygiène publiques[1].

128 En somme, les intérêts de la santé publique permettent la mise en œuvre de ce « *mécanisme d'éviction* »[2] consacré par l'ordre public et jouent un rôle de dérogation, d'exception, de restriction ou de neutralisation du droit normalement applicable. Cette caractéristique propre à l'ordre public offre dès lors, au-delà de la diversité des polices de la santé publique, un critère fonctionnel, tangible et unitaire d'identification de l'ordre public sanitaire. Nonobstant cette pluralité, il faut en effet considérer qu'*il y a ordre public sanitaire dès lors qu'un impératif éminent de santé publique est valablement invoqué pour justifier que l'on écarte l'application d'un principe ou d'une règle « normale » du droit, que la notion d'ordre public soit ou non expressément utilisée en tant que telle*[3].

À ce stade, toutefois, une remarque s'impose. Elle tient à la portée réelle du mécanisme d'éviction de la règle de droit mis en œuvre par l'ordre public sanitaire. Il s'agit très certainement d'un élément essentiel d'identification de l'ordre public mais il ne peut être entendu comme *le* critère de définition de la notion. Car, si l'ordre public joue un rôle apparent de dérogation à la légalité, il ne peut, par nature, être compris comme faisant exception à la légalité à laquelle il demeure toujours conditionné.

2) L'ordre public, source de légalité

129 La notion d'ordre public sanitaire, comme celle d'ordre public, est une notion éminemment et strictement juridique. Comme telle, elle est nécessairement soumise à la légalité à laquelle elle ne peut échapper[4]. De la sorte, si des exceptions aux règles normales de droit peuvent être justifiées par l'ordre public, ces dérogations ne sont pas assimilables à des exceptions à l'application du droit. En effet, ces dérogations ne peuvent et ne doivent jamais intervenir que dans les hypothèses, et dans la mesure où, elles s'imposent nécessairement pour le maintien du bon ordre[5]. Elles trouvent leur fondement

---

p. 1048, concl. D. CASAS ; *C.J.E.G.* 2006, p. 430, concl. ; *B.J.C.P.* 2006, n° 47, p. 295, concl. et obs. R.S. ; *A.J.D.A.* 2006, p. 1592, chron. C. LANDAIS et F. LENICA ; *D.A.* août-sept. 2006, p. 21, note M. BAZEX ; *Gaz. Pal.* nov.-déc. 2006, J., p. 3962, note V. RENAUDIE ; *J.C.P.* 2006, I, 170, chron. B. PLESSIX.

[1] *Cf. infra* n° 284.

[2] J.-L. PISSALOUX, Réflexions sur les moyens d'ordre public dans la procédure administrative contentieuse, *R.D.P.* 1999, n° 3, p. 786.

[3] Nous reprenons ici, en l'adaptant à notre propos, la formule de M. PICARD qui distingue l'ordre public de l'intérêt général à travers cette approche fonctionnelle : « *Dès qu'un impératif éminent est valablement invoqué pour justifier une restriction à un droit ou à une liberté, il faut considérer qu'il relève, par cette fonction même, de l'ordre public, que cette notion soit ou non expressément utilisée en tant que telle* » (L'influence du droit communautaire sur la notion d'ordre public, *op. cit.*, p. 65).

[4] Sur ce point, *cf.* P. BERNARD, *La notion d'ordre public en droit administratif*, *op. cit.*, p. 138 s. ; J.-L. COSTA, *Liberté, ordre public et justice en France*, *op. cit.*, p. 168 et É. PICARD, *La notion de police administrative*, *op. cit.*, t. 2, p. 558 s.

[5] Comme l'a souligné M. BERNARD, « *les pouvoirs exorbitants conférés au nom de l'ordre public s'inscrivent dans la "catégorie du nécessaire", qui constitue un des principes généraux du droit, corres-*

dans une norme juridique, l'ordre public, qui en déterminant leur nécessité décide également de leur légalité. L'ordre public revêt donc un aspect normatif : la notion est elle-même une source particulière de légalité dont les exigences se substituent aux règles juridiques de droit commun, même si elles ne s'en distinguent pas toujours d'un point de vue formel[1].

130 Cette affirmation peut rapidement être illustrée par les règles qui gouvernent l'abrogation des mesures de police administrative. Une mesure de police administrative ne pouvant être considérée comme légale que si elle est justifiée par une nécessité établie d'ordre public, la jurisprudence a en effet soumis l'administration à l'obligation d'abroger celles de ses mesures qui ne répondraient pas ou ne répondraient plus aux impératifs de l'ordre public. Conformément au régime général de l'abrogation[2], l'administration est tenue de faire droit à la demande de tout intéressé tendant à l'abrogation d'un règlement de police illégal, que ce règlement soit illégal *ab initio*[3] ou qu'il le soit devenu à la suite d'un changement dans les circonstances de droit[4] ou de fait[5]. Ainsi, la disparition d'une menace pesant sur l'ordre public oblige l'administration à abroger la réglementation

---

pondant aux exigences de la vie en société » (*La notion d'ordre public en droit administratif*, *op. cit.*, p. 210).

[1] *Cf.* en ce sens, P. BERNARD, *ibid.*, p. 237 et J.-L. COSTA, *Liberté, ordre public et justice en France*, *op. cit.*, p. 168-169.

[2] Tel qu'il résulte de l'art. 16-1 de la L. n° 2000-321 du 12 avr. 2000 relative aux droits des citoyens dans leurs relations avec l'administration (*J.O.* du 13 avr., p. 5646) modifiée par l'art. 1 de la L. n° 2007-1787 du 20 déc. 2007 relative à la simplification du droit (*J.O.* du 21 déc., p. 20639) selon lequel « *l'autorité administrative est tenue, d'office ou à la demande d'une personne intéressée, d'abroger expressément tout règlement illégal ou sans objet, que cette situation existe depuis la publication du règlement ou qu'elle résulte de circonstances de droit ou de fait postérieures à cette date* ». Ce texte, assez controversé (v. É. BLANC et B. SEILLER, *A.J.D.A.* 2008, n° 8, p. 399 et p. 402) reprend le principe dégagé par le Conseil d'État dans son arrêt d'Assemblée du 3 févr. 1989, *Cie Alitalia* (n° 74052, *Rec.* p. 44 ; *G.A.J.A.* n° 94 ; *R.F.D.A.* 1989, p. 391, note CHADID-NOURAI, notes O. BEAUD et L. DUBOUIS ; *A.J.D.A.* 1989, p. 387, note FOUQUET ; *R.T.D.E.* 1989, p. 509, note VERGÈS) qui a érigé en principe général du droit l'obligation faite à l'administration par l'art. 3 du décret du 28 novembre 1983 de répondre favorablement aux demandes d'abrogation des règlements illégaux. Il ne paraît pas utile ici de s'appesantir sur la jurisprudence très nuancée antérieure à l'arrêt *Alitalia*. Remarquons toutefois que le régime de l'abrogation des règlements de police a suivi ces diverses évolutions jurisprudentielles. V. par exemple, C.E., 25 janv. 1933, *Abbé Coiffier* (n° 27.065, *Rec.* p. 100) qui, en faisant application de l'arrêt de Section, *Despujol*, du 10 janv. 1930 (nos 97.263 et 05.822, *Rec.* p. 29 (note) ; *G.A.J.A.* n° 43 ; *D.* 1930, p. 16, note P.-L. J. ; *S.* 1930, p. 41, note R. ALIBERT), revient sur une solution précédente laissant à l'administration la faculté d'abroger ou non le règlement devenu illégal à la suite d'un changement intervenu dans les circonstances de fait ou de droit (*cf.* C.E., 13 mars 1914, *Tenand*, *Le Courtois et Auvray* (3 esp.), nos 39.853 et 45.645, n° 46.562 et n° 47.422, *Rec.* p. 339, p. 340 et p. 342). *Cf.* également C.E., 25 oct. 1985, *M. Didier Tabel*, n° 57.187, *Rec.* tables p. 466 ; *R.F.D.A.* 1986, p. 601 sur l'obligation de retrait incombant à l'auteur d'un règlement non définitif, illégal *ab initio*.

[3] *Cf.* par exemple, C.E., 15 mars 1996, *Cne de Busy*, n° 113884, *Rec.* p. 81 ; C.A.A. de Bordeaux, 16 nov. 1998, *Cne de Marmande*, n° 96BX01439, inédit ; — de Marseille, 5 mai 1998, *Cne de Vauvenargues*, nos 96MA02069 et 96MA02068, inédit. V. également C.E., 3 sept. 2007, *Déchelotte*, n° 293283, *J.C.P.* 2007, act. 410 ; *J.C.P.* A 2007, act. 840, obs. M.-C. ROUAULT et n° 2302, concl. R. KELLER.

[4] *Cf.* par exemple, C.E., Ass., 20 déc. 1995, *Mme Vedel et M. Jannot*, nos 132183 et 142913, *Rec.* p. 440 ; *A.J.D.A.* 1996, p. 124, chron. J.-H. STAHL et D. CHAUVAUX ; *C.J.E.G.* 1996, p. 215, concl. J.-M. DELARUE ; *Petites affiches* 1996, n° 90, p. 25, note F. ROUVILLOIS ; *R.F.D.A.* 1996, p. 313, concl. ; *E.D.C.E.* 1996, n° 47, p. 360. Étant entendu que la modification de la législation ou de la réglementation en vigueur n'emporte pas nécessairement l'illégalité de la mesure antérieure dès lors qu'elle ne crée pas d'incompatibilité : C.E., 29 juill. 1998, *Cté des interprofessions des vins et eaux de vie à A.O.C.*, préc.

[5] *Cf.* par exemple, C.E., 25 janv. 1933, *Abbé Coiffier*, préc. et – 5 nov. 1943, *Sieur Leneveu*, n° 66.516, *Rec.* p. 243.

qu'elle avait édictée pour prévenir ou faire cesser cette menace. Cette obligation s'étend par ailleurs à la plupart des décisions non réglementaires de police[1]. En particulier, l'autorité de police administrative est tenue d'abroger ses autorisations dans tous les cas où un changement intervenu dans les circonstances de droit ou de fait les rend illégales[2], notamment lorsque les conditions auxquelles elles ont été accordées ne sont plus remplies[3].

L'absence d'une nécessité d'ordre public oblige donc l'administration saisie d'une demande en ce sens à abroger les mesures illégales édictées sur son fondement. Cette obligation est encore renforcée lorsque la mesure est intervenue en méconnaissance des exigences de l'ordre public. L'auteur d'une décision non réglementaire de police illégalement édictée se trouve en effet dans l'obligation de la rapporter[4], y compris s'il n'est pas saisi d'une demande en ce sens[5]. Sur ce point, le régime appliqué se distingue des règles du droit commun qui ne reconnaît la compétence liée de l'administration pour l'abrogation des décisions non réglementaires non créatrices de droits édictées illégalement que dans l'hypothèse où elle est saisie d'une demande en ce sens dans le délai du recours contentieux[6]. Il s'agit donc là d'un cas rare d'obligation d'abrogation spontanée qui s'explique par le particularisme d'une telle situation, la mesure étant non seulement illégale, mais aussi constitutive d'une situation irrégulière susceptible de faire naître un trouble à l'ordre public.

---

[1] Sur l'extension du principe de l'arrêt *Despujol* aux décisions non réglementaires non créatrices de droits devenues illégales : C.E., Sect., 30 nov. 1990, *Assoc. « Les Verts »*, n° 103889, *Rec.* p. 339 ; *R.F.D.A.* 1991, p. 571, concl. M. POCHARD ; *A.J.D.A.* 1991, p. 114, obs. E. HONORAT et R. SCHWARTZ.

[2] C.E., Sect., 18 nov. 1938, *Soc. languedocienne de T.S.F.*, n° 59.492, *Rec.* p. 864.

[3] Le retard pris par l'administration à prononcer cette mesure peut, par ailleurs, engager sa responsabilité : C.E., 16 juin 1976, *Méric*, n° 97457 ; *R.D.P.* 1977, p. 233.

[4] C.E., Sect., 17 juill. 1953, *Sieur Constantin*, n° 18.244, *Rec.* p. 381 ; *A.J.D.A.* 1956, II, p. 134, obs. H.G. ; — Sect., 15 févr. 1963, *Min. de l'Éducation nat. c. Assoc. « Les amis de Chiberta, Chambre d'Amour, Cinq cantons et Fontaine Laborde »*, n° 49.806, *Rec.* p. 92 (illégalité du refus implicite du préfet opposé à une demande tendant au retrait d'autorisations de camping intervenues en violation de la réglementation en vigueur) ; — 17 avr. 1963, *Sieur Blois*, n° 56.746, *Rec.* p. 223 ; *J.C.P.* 1963, II, 13227, obs. E.-P. LUCE ; *A.J.D.A.* 1963, p. 486, obs. J. DUFAU (légalité de la décision d'un maire mettant fin à l'autorisation qu'il avait préalablement accordée au Sieur Blois d'inhumer son chien dans le cimetière communal, « *ledit maire ét[ant] légalement tenu de faire cesser la situation irrégulière créée par l'autorisation ainsi illégalement accordée, sans que, s'agissant d'une mesure de police, le requérant puisse exciper d'aucun droit au maintien de l'autorisation* »).

[5] C.E, 2 févr. 1957, *Sieur Dupé*, n° 34.451, *Rec.* p. 77 ; — Sect., 17 mai 1957, *Sieur Boyer*, n° 19.116, *Rec.* p. 320 ; – Sect., 17 juill. 1953, *Sieur Constantin*, préc. ; — 29 nov. 1961, *Ville d'Agen*, n° 51.803, *Rec.* p. 668 ; — 17 avr. 1963, *Sieur Blois*, préc. ; — 29 avr. 1963, *Dame Rapin*, n° 55.753, *Rec.* tables p. 833 ; *Bull. dr. adm.* mai 1963, n° 161 ; *A.J.D.A.* 1963, p. 343, chron. Y. GENTOT et J. FOURRÉ ; — 11 juin 1982, *M. Plottet*, n° 25.839, *Rec.* p. 217 (à propos du retrait d'un certificat de conformité de travaux non définitif en raison de la surélévation d'un mètre des rives de la toiture par rapport au plan annexé au permis de construire. « *Cette différence, dont la portée n'était pas négligeable, faisait obligation à l'administration saisie d'un recours gracieux, de rapporter le certificat de conformité* »).

[6] Quoique l'on peut s'attendre à ce que le Conseil d'État reprenne le principe défini par l'arrêt *M. Ternon* du 26 oct. 2001 pour étendre ce délai à quatre mois (n° 197018, *Rec.* p. 497, concl. F. SÉNERS ; *R.F.D.A.* 2002, p. 77, concl. et p. 88, P. DELVOLVÉ ; *A.J.D.A.* 2001, p. 1034, chron. M. GUYOMAR et P. COLLIN ; *Petites affiches* 2002, n° 31, p. 7, note F. CHALTIEL ; *B.J.D.U.* 2001, p. 353, obs. J.-C. BONICHOT ; *Rev. gén. coll. territ.* 2001, p. 1183, note A. LAQUIÈZE ; *A.J.D.A.* 2002, p. 738, étude Y. GAUDEMET).

En revanche, la nécessité du maintien de l'ordre public empêche l'administration de rapporter les mesures qui sont destinées à le protéger[1]. Au même titre que la loi[2], l'ordre public conduit ainsi à supprimer la faculté offerte à l'administration de modifier ou d'abroger ses règlements à toute époque ou de les retirer s'ils n'ont pas reçu d'application effective[3]. Par exemple, un maire ne peut, sans « *[méconnaître] les nécessités de l'ordre public et [prendre], en conséquence, une décision entachée d'excès de pouvoir* », mettre fin à une réglementation de police alors que la situation rend nécessaire son maintien[4].

131 L'ordre public joue donc un rôle modificateur au sein de l'ordonnancement juridique, mais les exceptions au droit normalement applicable qu'il autorise ne doivent jamais intervenir que dans les hypothèses où elles sont nécessaires à son maintien. S'il emporte des effets perturbateurs et se place dans le cadre d'une « *légalité élargie* »[5], l'ordre public doit, dans cette perspective, être également considéré comme une notion protectrice du droit puisqu'il donne à ses règles et à ses principes la souplesse nécessaire à leur adaptation aux circonstances concrètes de la vie en société, adaptation sans laquelle aucune fonction sociale ne pourrait être exercée durablement[6].

B.- L'APPLICATION D'UN RÉGIME PARTICULIÈREMENT DENSE DE PUISSANCE PUBLIQUE

132 Évoquer une notion d'ordre public sanitaire permet d'affirmer la prééminence des intérêts de la santé publique sur tout autre intérêt qui lui serait contraire. Sa mise en œuvre conduit donc à l'application d'un régime de puissance publique dont il serait certainement vain d'énumérer toutes les facettes. Deux exemples permettent toutefois de l'illustrer. Le premier intéresse le régime des décisions individuelles qui est particulièrement contraignant pour les administrés (1). Le second exemple concerne la

---

[1] C.E., Sect., 29 juin 1945, *Dame Vve Corby*, n° 76.140, *Rec.* p. 144. On retrouve cette logique très favorable à la protection de la santé publique dans l'arrêt du Conseil d'État du 11 janv. 2006, *Assoc. des familles victimes du saturnisme* (n° 267251, *Rec.* p. 11 ; *A.J.D.A.* 2006, p. 116, obs. M.-C. DE MONTECLER ; *R.F.D.A.* 2006, p. 440). Saisie d'un recours contre un arrêté ministériel du 5 févr. 2004 relatif à la surveillance des plombémies des enfants, le Conseil d'État a conclu à un vice de procédure de nature à justifier l'annulation de l'arrêté. Celui-ci a toutefois été maintenu en vigueur par le juge du référé-injonction dans l'attente d'un nouvel arrêté.

[2] C.E., 15 avr. 1988, *Soc. civile Le Tahiti*, n° 74.008, *Rec.* p. 140 ; *Petites affiches* 1988, n° 148, p. 8, note P.-L. FRIER.

[3] Sur ce principe, *cf.* C.E., 25 juin 1954, *Synd. nat. de la meunerie à seigle*, n° 3.993, *Rec.* p. 379 ; *D.* 1955, p. 49, concl. J. DONNEDIEU DE VABRES ; — Sect., 6 nov. 1959, *Coop. Laitière de Belfort*, n° 39.692, *Rec.* p. 581 ; — Sect. 27 janv. 1961, *Sieur Vannier*, n° 38.661, *Rec.* p. 60, concl. KAHN ; *A.J.D.A.* 1961, p. 74, chron. J.-M. GALABERT et Y. GENTOT ; — Sect., 26 janv. 1973, *Soc. Leroi et Lardereau, Synd. gl. du commerce en gros des viandes de Paris-la-Villette, Chbre synd. des commissionnaires en bestiaux de Paris-la-Villette*, nos 8.9179 et 89.180, *Rec.* p. 74 ; *A.J.D.A.* 1973, p. 252.

[4] C.E., Sect., 17 mars 1989, *Cne de Villeneuve-au-Chemin*, n° 76314, *R.D.P.* 1990, p. 90.

[5] P. BERNARD, *La notion d'ordre public en droit administratif*, *op. cit.*, p. 124.

[6] Pour Mme GUÉDON et M. DUPUIS et M. CHRÉTIEN, l'ordre public, correspond ainsi, à « *cette sorte de calme minimal […] nécessaire à la poursuite des autres entreprises de la puissance publique* » (*Droit administratif*, 6e éd., Paris, Armand Colin, 1999, coll. U, p. 7).

question de l'indemnisation des préjudices subis du fait de l'intervention sanitaire de la puissance publique (2).

1) L'exemple du régime des décisions administratives individuelles

133 La primauté des intérêts de la santé publique s'observe à deux égards qui, bien que très différents, participent tous deux à faire du droit de l'intervention publique en matière sanitaire un droit particulièrement contraignant pour les particuliers. D'une part, la jurisprudence et le législateur ont reconnu à l'administration des pouvoirs étendus pour la révocation des mesures individuelles contraires aux intérêts de la santé publique (a). D'autre part, le juge administratif a favorisé l'intervention sanitaire contraignante de l'administration par une définition large de la mesure de police administrative (b).

a) Des pouvoirs étendus de l'administration pour la révocation des décisions individuelles contraires aux intérêts de la santé publique

134 Ce régime est globalement très favorable à l'administration qui, sauf de rares exceptions, peut toujours suspendre ou rapporter une mesure individuelle incompatible avec la sauvegarde de la santé publique.

135 Cette possibilité est notamment ouverte pour les décisions non créatrices de droits qui doivent être suspendues ou rapportées sans indemnité lorsque leur maintien n'est plus compatible avec les intérêts de la santé publique. Ce principe, consacré de longue date par la jurisprudence[1], intéresse des situations très variées. Est par exemple légale la décision qui, pour des motifs tirés de leur insalubrité, interdit deux produits alimentaires préalablement autorisés, cette autorisation n'ayant pu créer un droit acquis pour l'avenir au profit de la société concernée[2]. L'absence de preuve de l'innocuité d'un produit phytosanitaire justifie encore l'abrogation de l'autorisation précédemment délivrée pour sa mise sur le marché[3]. Le Conseil d'État a de même admis que l'autorisation donnée à un élève de fréquenter l'école puisse être révoquée si celui-ci ne s'est pas plié aux obligations vaccinales prévues par la loi « *sans que, s'agissant de la police de la santé publique, les intéressés ou leurs parents puissent exciper d'aucun droit au maintien d'une telle autorisation* »[4].

---

[1] *Cf.* par exemple C.E., 10 janv. 1913, *Moyaux*, n° 46.503, *op cit.* (un maire peut légalement retirer à un entrepreneur de vidanges l'autorisation d'exercer sa profession dans la commune, alors que cet entrepreneur ne s'est jamais conformé aux prescriptions de l'autorité municipale relatives au transport et au dépôt des matières concernées et que ses opérations, dans les conditions où elles s'effectuent, constituent un danger pour la santé publique).

[2] C.E., 12 mai 1948, *Ét. Quicray*, n°s 78.798 et 82.520, *Rec.* p. 205.

[3] C.E., 28 avr. 2006, *Assoc. Gle des producteurs de maïs et a.*, n° 269103, 28 avr. 2006, *Assoc. gén. des producteurs de maïs*, n° 269103, *Envir.* juin 2006, inf. 76 ; *R.D. rur.* 2006, p. 42 ; *Gaz. Pal.* des 1er-3 oct. 2006, p. 13.

[4] C.E., Ass., 4 juill. 1958, *Sieur Graff*, n° 41.841 (arrêt similaire du même jour *Épx Reyes*, n° 41.980) 41.980) *Rec.* p. 414 ; *R.D.P.* 1959, p. 315, concl. M. LONG ; *J.C.P.* 1959, II, 11 117, concl. ; *A.J.D.A.*

136 La situation est toutefois sensiblement différente lorsque la décision a créé des droits au profit de son bénéficiaire. Dans ce cas, les intérêts de la santé publique se heurtent au principe de la sécurité juridique : le juge administratif fait dès lors application des règles « normales » d'abrogation ou de retrait des décisions créatrices de droits[1]. La mesure individuelle créatrice de droits ne peut dès lors être retirée que dans la mesure où elle est illégale et non définitive[2]. Il s'agit là d'une hypothèse rare où les intérêts de la santé publique cèdent devant une exigence contraire. Ce genre de situation reste toutefois très exceptionnel dans la mesure où l'interdiction faite à l'administration de rapporter des décisions créatrices de droits définitives est, en matière de santé publique, le plus souvent atténuée par un texte législatif ou réglementaire prévoyant la possibilité d'une révocation par acte contraire[3]. C'est ainsi qu'il a été jugé qu'en application de l'ancien article R. 5234 du Code de la santé publique, aujourd'hui abrogé[4], une autorisation accordée par le ministre de la Santé à un établissement de santé d'utiliser des radioéléments artificiels peut être révoquée dans l'intérêt de la santé publique, sans que soit portée une atteinte illégale aux droits qu'auraient acquis les bénéficiaires de l'autorisation[5]. De même, l'autorisation de fonctionner accordée à un laboratoire peut être rapportée, en application de l'article 24 du décret du 4 novembre 1976, lorsque le laboratoire fonctionne dans des

---

1958,
p. 313, chron. J. FOURNIER et M. CAMBARNOUS. Selon l'arrêt *Époux Gachet* du 16 novembre 1960, l'administration est même tenue de mettre à une autorisation illégale de fréquenter l'école accordée à des élèves n'ayant pas satisfait aux obligations vaccinales (n° 43.439, *Rec.* p. 1137). L'alimentation en eau des centres habités permet encore de révoquer légalement et sans indemnité les autorisations de prises d'eau sur les cours d'eau non navigables ni flottables dans l'intérêt de la salubrité publique : C.E., 15 avr. 1959, *Soc. des aciéries et forges de Bonpertuis et Assoc. « Les forces motrices autonomes »*, n° 21.246 et n° 21.294, *Rec.* p. 234 ; *C.J.E.G.* 1959, p. 169, note L. R. Il faut par ailleurs noter que l'existence de sanctions administrative ou pénale ne fait pas obstacle à ce pouvoir. La légalité des mesures de police sanitaire est indépendante de l'existence d'instruments répressifs et des procédures pénales éventuellement engagées. *Cf.* par exemple, C.E., 10 janv. 1913, *Moyaux*, préc. et – 4 juin 1935, *Soc. industrielle de Landrecies*, n° 17.158, *Rec.* p. 651 ; – 30 sept. 1960, *Jauffret*, n° 46.282, *Rec.* p. 504 ; T.A. de Paris, 31 mars 1965, *Soc. des Ét. Février-Decoisy-Champion*, *Rec.* p. 739.

[1] Règles issues de la jurisprudence entamée par C.E., 3 nov. 1922, *Dame Cachet*, n° 74010, *Rec.* p. 790 ; *G.A.J.A.* 12e éd. 1999, n° 41 ; *R.D.P.* 1922, p. 552, concl. RIVET ; *S.* 1925, 3, 9, note M. HAURIOU. Sur l'application de la jurisprudence *Dame Cachet* à l'abrogation des actes créateurs de droits : *cf.* C.E., 25 juill. 1986, *S.A. Grandes distilleries « Les fils d'Auguste Peureux »*, n° 22.692, *Rec.* tables, p. 340 ; *R.F.D.A.* 1987, p. 454, concl. FOUQUET et — 21 janv. 1991, *Pain*, n° 100596, *Rec.* tables p. 692. Pour un bilan d'actualité de ce régime, *cf.* Ph. COLLIÈRE, Le retrait des décisions individuelles créatrices de droits : un régime juridique peu satisfaisant, *A.J.D.A.* 2008, n° 7, p. 334-337.

[2] *Cf.* par exemple, C.E., 7 mai 1984, *C.H. d'Aubervilliers et a.*, n° 46955, *Rec.* tables, p. 749 (retrait de l'autorisation de fonctionner d'un établissement de santé) ou T.A. de Versailles, 17 avr. 1980, *De Fresnoye*, *Rec.* tables p. 889 (s'agissant de l'autorisation d'exercer la propharmacie accordée sur la base de l'art. L. 594 C.S.P., aujourd'hui L. 4211-3). Le juge administratif a même parfois affirmé la compétence liée de l'administration pour procéder à l'abrogation d'une telle décision créatrice de droits.

[3] Sur cette question, *cf.* C.E., Sect., 28 avr. 1967, *Féd. nat. des synd. pharmaceutiques de France et a.*, nos 65471, 65506, 65507 et 65525, *Rec.* p. 180 ; *A.J.D.A.* 1967, p. 401, concl. GALABERT. V. également l'art. L. 6122-13 C.S.P. relatif au régime de suspension et de « retrait » des autorisations sanitaires pour des motifs tenant à la protection de la santé publique et à la sécurité des patients. Pour des exemples d'application : C.A.A. de Bordeaux, 7 avr. 2005, *S.A.R.L. Maison de convalescence de Rouffiac Tolosan*, n° 00BX01535, inédit ; C.E., 26 juill. 2006, *Min de la Santé et de la Solidarité c. S.A. Clinique chirurgicale Saint-Bernard*, n° 283156, inédit.

[4] Art. 8-II du décr. n° 2002-460 du 4 avr. 2002 relatif à la protection générale des personnes contre les dangers des rayonnements ionisants, *J.O.* du 6 avr., p. 6093.

[5] C.E., Sect., 1er févr. 1980, *Rigal*, n° 08.048, *Rec.* p. 64 ; *A.J.D.A.* 1981, p. 43, concl. A. BACQUET.

conditions dangereuses pour la santé publique[1]. Dernier exemple, l'article L. 215-10 du Code de l'environnement donne à l'État le droit de révoquer ou de modifier sans indemnité les autorisations ou permissions accordées pour l'établissement d'ouvrages ou d'usines sur les cours non domaniaux notamment dans l'intérêt de la salubrité publique, en particulier lorsque la révocation est nécessaire à l'alimentation en eau potable des centres habités ou en est la conséquence[2].

L'administration dispose donc de pouvoirs étendus pour la révocation des décisions contraires aux intérêts de la santé publique. D'une manière générale, le Conseil d'État considère qu'il n'existe pas de droit acquis d'une décision administrative justifiant que l'administration soit empêchée d'assurer la protection de la santé publique lorsque la situation l'exige[3]. Ces pouvoirs sont encore renforcés par une définition prétorienne extensive de la mesure individuelle de police sanitaire.

b) Des pouvoirs d'intervention renforcés par une définition prétorienne extensive de la mesure individuelle de police sanitaire

137 La jurisprudence tend à conférer une sorte de caractère attractif à la prévention sanitaire en qualifiant de mesures de police des décisions pouvant être aisément rattachées à la catégorie des sanctions administratives. La question de la prééminence des intérêts de la santé publique prend ici des contours plus précis puisqu'il s'agit en quelque sorte pour le juge administratif de permettre à l'administration « d'échapper » aux sujétions qui s'imposeraient à elle au cas où sa décision serait qualifiée de sanction. Cette catégorie d'acte obéit en effet à un régime juridique particulier, qui, très protecteur des

---

[1] C.E., Sect., 25 févr. 1994, *Min. délégué à la Santé c. Laboratoire d'Artois*, n° 153202, *Rec.* p. 98 ; *A.J.D.A.* 1994, p. 394, concl. G. LE CHATELIER. Pour d'autres exemples, *cf.* C.E., 5 nov. 1948, *Sieur Garnier*, n° 88.916, *Rec.* p. 412 ; — 10 oct. 1962, *Cts Gloria*, n° 49.047, *Rec.* p. 522 et — 30 janv. 1963, *Cne de Plancoët*, n° 55.638, *Rec.* tables p. 897 (application de l'art. 14 de la loi du 8 avr. 1898 qui autorise la révocation sans indemnité des permissions de prise d'eau sur les rivières non navigables, soit dans l'intérêt de la salubrité publique, soit pour prévenir ou faire cesser des inondations, soit dans le cadre de la réglementation générale prévue par l'article 9, à la condition que l'État ne se substitue pas à l'exploitant dans les droits que celui-ci possède du fait de l'autorisation. Dans ces conditions, le préfet peut mettre fin aux autorisations accordées aux riverains sans que ceux-ci puissent utilement invoquer un droit acquis au maintien de la situation née desdites autorisations). *Cf.* également C.E., Sect., 20 oct. 1950, *Sieur Laborie et Conseil rég. De l'ordre des pharmaciens de la 5e région sanitaire et a.*, n° 86.290, *Rec.* p. 512 ; – 27 avr. 1953, *Sieur Collin*, n° 4.752, *Rec.* p. 197 ; — 12 mai 1972, *Marechallat*, n° 82356, *Rec.* tables p. 974 ; — 21 mai 1982, *Min. de la Santé c. Csl rég. d'Ile de France de l'Ordre nat. des pharmaciens*, n° 25864, *Rec.* tables p. 751 (s'agissant des autorisations d'exercer la propharmacie délivrées sur le fondement de l'art. L. 594 C.S.P., aujourd'hui art. L. 4211-3. Une telle autorisation est créatrice de droits. « *Toutefois, en raison de son objet, il peut [y] être mis fin pour l'avenir […] dès lors qu'elle n'est plus justifiée par l'intérêt des malades* »).

[2] La loi reprend la solution prétorienne selon laquelle l'alimentation en eau des centres habités constitue un motif suffisant à justifier la révocation sans indemnité d'autorisations de prises d'eau sur les cours non navigables ni flottables : C.E., 13 avr. 1959, *Assoc. « Les forces motrices autonomes »*, préc. V. également les art. L. 253-6 et R. 253-46 C. rur. sur le droit, pour le ministre, de retirer une autorisation de mise sur le marché d'un produit phytosanitaire lorsque l'une des conditions requises pour l'obtention de cette autorisation relative à l'efficacité et à l'innocuité du produit à l'égard de la santé publique n'est plus satisfaite : C.E., 27 févr. 2008, *Soc. Top SA*, n° 270727, *A.J.D.A.* 2008, p. 437, obs. M.-C. DE MONTECLER).

[3] *Cf.* C.E., 15 févr. 1989, *Joulain*, préc. (retrait d'une autorisation d'exploiter un élevage de chiens en raison des conditions d'insalubrité telles qu'il était impossible d'y remédier d'une autre manière).

administrés, diffère radicalement de celui de la police administrative[1]. Le régime des sanctions, largement inspiré du droit pénal, exige, entre autres, le respect des droits de la défense[2], celui du principe de la légalité des délits et des peines[3] et l'application immédiate de la loi répressive la plus douce[4], principes qui ne s'appliquent pas aux mesures de police administrative[5].

138 Selon la définition donnée par le Conseil constitutionnel, une sanction administrative est une décision unilatérale prise par une autorité administrative agissant dans le cadre de prérogatives de puissance publique[6]. Sa spécificité par rapport aux décisions individuelles de police tient essentiellement à son « *caractère de punition* », c'est-à-dire à sa nature répressive[7]. La distinction entre ces deux catégories de décisions administratives s'établit donc sur la base d'un critère finaliste : la police administrative, préventive, sert à la sauvegarde de l'ordre public ; la sanction administrative, répressive, vise à punir un comportement fautif[8]. Cette faute, précise le Conseil d'État, consiste en « *un manquement à une obligation [ou en] un comportement non conforme aux lois et*

---

[1] Sur cette question, *cf.* le rapport du Conseil d'État, *Les pouvoirs de l'Administration dans le domaine des sanctions*, Paris, La documentation française, 1995, Les Études du Conseil d'État, p. 35. *Cf.* également J. MOURGEON, *La répression administrative*, Th. Droit, Toulouse, 1966, Paris, L.G.D.J., 1967, 644 p. ; G. DELLIS, *Droit pénal et droit administratif. L'influence des principes du droit pénal sur le droit administratif répressif*, Th. Droit, Paris II, L.G.D.J., 1997, coll. Bibl. de droit public, t. 184, 464 p., Préface de Y. GAUDEMET ; F. MODERNE, La sanction administrative (éléments d'analyse comparée), *R.F.D.A.* 2002, p. 483-495 et *Les sanctions administratives – Actualité et perspectives*, *A.J.D.A.* 2001, n° spéc. annuel, 151 p.

[2] Principe général du droit (C.E., Sect., 5 mai 1944, *Dame Vve Trompier-Gravier*, n° 69751, *Rec.* p. 133 ; *G.A.J.A.* n° 61 ; *D.* 1945, p. 100, concl. CHENOT, note J. DE SOTO ; *R.D.P.* 1944, p. 256, concl., note G. JÈZE) érigé, par le Conseil constitutionnel, en un principe fondamental reconnu par les lois de la République (n° 76-70 DC, 2 déc. 1976, *Rec.* p. 39 ; *R.D.P.* 1978, p. 817, comm. L. FAVOREU et n° 77-83 DC, 20 juill. 1977, *Rec.* p. 39 ; *R.D.P.* 1978, p. 827, comm. L. FAVOREU ; *D.* 1979, p. 297, note L. HAMON ; *A.J.D.A.* 1977, p. 599, comm. R. DENOIX DE SAINT MARC ; *Rev. adm.* 1977, p. 509, note J.-Y. PLOUVIN). *Cf.* C.E., 9 oct. 1996, *Soc. Prigest*, n° 170363, *Rec.* tables p. 690 ; *D.A.* 1997, n° 2.

[3] *Cf.* par exemple T.A. de Paris, 24 avr. 2001, *M. Connan*, n° 9717294/6, *A.J.D.A.* 2002, p. 806, note S. NICINSKY. Sur le sens à donner à ce principe : C.E., Ass., 7 juill. 2004, *Min. de l'Intérieur, de la Sécurité intérieure et des Libertés locales c. M. Benkerrou*, n° 255136, *Rec.* p. 298 ; *R.F.D.A.* 2004, p. 913, concl. M. GUYOMAR et p. 1130, note M. DEGOFFE et A. HAQUET ; *A.J.D.A.* 2004, p. 1389, obs. S. BRONDEL et p. 1695, chron. C. LANDAIS et F. LENICA ; *D.A.* nov. 2004, p. 27, note E. BREEN ; *Petites affiches* nos 226-227, p. 13, note A. SAILLARD ; *C.J.E.G.* 2004, p. 545, note M. V. *Cf.* également *www.conseil-etat.fr*.

[4] *Cf.* C.E., 17 mars 1997, *Office des migrations internationales*, n° 124588, *Rec.* p. 86 ; *D.A.* 1997, n° 268, note C.M.

[5] Outre les arrêts cités *supra* n° 122, *cf.* C.E., 23 janv. 1946, *Dames Hubert et Crépelle*, préc. ; — 18 juin 1975, *Dame Canu*, n° 95910, *Rec.* p. 362 ; *D.* 1975, IR, p. 219 ; — 28 févr. 1996, *Min. de l'Intérieur et de l'Aménagement du territoire c. Baudry*, n° 150878, *Rec.* tables p. 1060 ; *D.* 1996, IR, 132 ; — 16 oct. 1981, *M. et Mme Matteuci*, nos 12.146 et 12.147, *Rec.* tables p. 639 ; *R.D.P.* 1982, p. 1721, obs. J.-M. AUBY. Si dans ces espèces, le Conseil d'État renonce à imposer le respect des droits de la défense, c'est « *eu égard à la nature des mesures litigieuses [qui], prises dans l'intérêt de la sauvegarde de la santé publique* », sont des mesures de police administrative.

[6] Cons. 6 de la décision n° 89-260 DC du 28 juill. 1989 (*Loi relative à la sécurité et à la transparence du marché financier*), *J.O.* du 1er août, p. 9623 ; *Rec.* p. 71 ; *R.J.C.* p. I-365 ; *R.F.D.A.* 1989, p. 671, note B. GENEVOIS ; *Pouvoirs* 1990, p. 189, note P. AVRIL et J. GICQUEL ; *Ann. Inter. de Justice constitutionnelle* 1989, p. 481, note B. GENEVOIS.

[7] Sur cette distinction, *cf.* C.E., 30 sept. 1960, *Sieur Jauffret*, préc.

[8] Selon la formule du Président ODENT, la sanction administrative traduit « *la volonté de punir une faute commise par celui auquel la sanction est infligée* » (Les droits de la défense, *E.D.C.E.* 1953, p. 55).

aux règlements »[1]. Ce comportement peut être intentionnel ou résulter d'une négligence, seul importe l'élément subjectif de culpabilité. Il n'en demeure pas moins qu'un certain nombre de décisions individuelles sont susceptibles de revêtir tour à tour le caractère d'une sanction, s'il s'agit de punir une faute, ou de décision de police, si la mesure est nécessaire à la prévention d'un trouble[2]. Par ailleurs, note M. HEUMANN, « *la distinction entre la décision à caractère de sanction et la mesure de police est souvent délicate à tracer, car l'une et l'autre [peuvent se définir] comme une atteinte à une situation individuelle, motivée par un comportement et fondée sur des griefs* »[3]. Ce type de mesures « hybrides » se rencontre fréquemment en matière de santé. Le propre du risque sanitaire est en effet d'être souvent ponctuel et particulier dans son origine mais général dans ses conséquences : le manquement d'un particulier à une règle d'hygiène peut ainsi être constitutif d'un danger menaçant la santé de l'ensemble du public. Il reste alors à savoir si la décision administrative intervenant pour faire cesser cette situation doit être qualifiée de sanction, car édictée en réaction à un comportement fautif, ou de mesure de police administrative, puisque contribuant à la sauvegarde de la santé publique.

139 Dans de telles hypothèses, le juge administratif privilégie souvent la qualification de police administrative en dépit même de l'existence d'une faute à l'origine de la décision et des conséquences souvent lourdes de l'intervention administrative pour le destinataire de la mesure[4]. Quoique fréquent, ce choix n'est pas systématique. Par exemple, en matière d'installations classées, les mesures destinées à obliger l'exploitant à se conformer aux prescriptions applicables à son installation sont qualifiées de sanctions bien qu'elles aient un caractère essentiellement préventif[5]. D'une manière générale,

---

[1] *Les pouvoirs de l'Administration dans le domaine des sanctions*, *op. cit.*, p. 35.

[2] *Cf.* par exemple, l'ancien art. L. 62 du Code des débits de boissons (aujourd'hui repris dans des termes substantiellement modifiés à art. L. 3332-15) aux termes duquel « *la fermeture des débits de boissons et des restaurants peut être ordonnée par arrêté préfectoral pour une durée n'excédant pas six mois soit à la suite d'infractions aux lois et règlements relatifs à ces établissements, soit en vue de préserver l'ordre, la santé ou la moralité publics* ». Dans le premier cas, la décision de fermeture prend le caractère d'une sanction administrative, dans le second, il s'agit d'une mesure de police administrative (*cf.* C.E., 13 juin 1990, *Pentsch et S.A. Restaurant des Écoles* et *S.A.R.L. « Pub 90 »* (2 esp.), n° 83939 et n° 92523, *Rec.* p. 161 et p. 162 ; *J.C.P.* 1990, IV, p. 279 ; — 29 juin 1990, *Mlle Salièges*, n° 94775, inédit ; — 2 avr. 1993, *Min. de l'Intérieur c. S.A.R.L. « L'Étincelle »*, n° 102215, inédit ; Cass. crim., 17 mai 1993, n° 92-84.172, *Ali Bitam*, *Bull. crim.* n° 178, p. 452 ; C.E., 21 janv. 1994, *Cne de Dammarie-les-Lys c. Soc. Carmag*, n° 120043, *Rec.* tables, p. 1087 ; *D.* 1994, SC, 112, obs. D. MAILLARD DESGRÉES DU LOÛ ; – 28 févr. 1996, *Min. de l'Intérieur et de l'Aménagement du territoire c. Baudry*, préc. ; – 23 févr. 2001, *Min. de l'Intérieur c. Traikia*, n° 229540, *Rec.* p. 83 ; – 30 nov. 2007, *S.A.R.L. Coucou*, préc.

[3] L. HEUMANN, concl. sur C.E., Sect., 25 avr. 1958, *Soc. « Laboratoires Geigey »*, *Rec.* p. 243. Sur les difficultés persistantes à tracer la frontières entre ces deux catégories de mesures, *cf.* M.-T. VIEL, Errements des sanctions administratives, *A.J.D.A.* 2007, n° 19, p. 1006-1010.

[4] *Cf.* par exemple, C.E., 7 juill. 1997, *Cne de Porcheville c. Mouni*, n° 156456, *Rec.* tables p. 975 (la fermeture provisoire d'un magasin prononcée par un maire en raison de divers manquements à l'hygiène plusieurs fois constatés est une mesure de police administrative).

[5] *Cf.* Conseil d'État, *Les pouvoirs de l'administration dans le domaine des sanctions*, *op. cit.*, p. 47-48. Sur le pouvoir de sanction de l'administration dans le domaine des installations classées, *cf.* M. MEMLOUK, L'état du droit dans le domaine des installations classées, *A.J.D.A.* 2001, n° spéc., *op. cit.*, p. 38-47 et J.-P. FAUGÈRE, La pratique des sanctions administratives dans le domaine des installations classées, *ibid.*, p. 48-50. Pour un exemple : C.A.A. de Nantes, 10 oct. 1990, *M. Bernard Goupil et M. Bernard Brunet-Beaumel c. Min. chargé de l'Environnement*, n°s 89NT00984, 89NT00985 et 89NT00986, *A.J.D.A.* 1991, p. 131, chron. J.-P. JOUGUELET et F. LOLOUM.

cependant, à chaque fois que le comportement fautif d'un administré fait naître un risque pour la santé publique, la décision édictée en réaction à ses agissements est, qu'elle que soit sa motivation, qualifiée de mesure de police administrative, y compris si elle constitue une véritable sanction pour son destinataire, et ce, que les textes prévoient ou non la possibilité d'infliger une sanction administrative à l'auteur de la faute[1]. C'est ainsi que les décisions d'éviction scolaire en cas de non-respect des obligations vaccinales sont généralement qualifiées de décisions de police[2].

Ce raisonnement du juge est particulièrement bien souligné dans l'arrêt de Section du 25 février 1994, *Ministre délégué à la Santé*, où le Conseil d'État a considéré que le retrait d'autorisation de fonctionner d'un laboratoire fondé sur des manquements antérieurement commis par l'établissement présentait le caractère d'une mesure de police administrative dans la mesure où cette décision contribuait à la protection de la santé publique[3]. Le juge administratif ne s'arrête donc pas sur les faits qui motivent la décision pour qualifier celle-ci de mesure de police administrative ou de sanction administrative. Ce sont surtout les conséquences de la mesure qui importent : dès lors que la décision participe à la sauvegarde de la santé publique, elle doit être qualifiée de mesure de police administrative même si elle est édictée en réaction à des agissements fautifs[4].

140 Cette conception large de la mesure de police sanitaire doit être rattachée à la question du régime juridique appliqué aux actes administratifs en cause. Il paraît bien, en effet, que c'est pour permettre l'application d'un droit moins contraignant pour l'administration que le juge administratif privilégie ici la notion de police. Celui-ci cherche donc, par ce raisonnement finaliste, à faciliter l'action sanitaire de l'administration en écartant tous les éléments de procédure qui pourraient soit ralentir son action, soit, ce qui serait plus grave, justifier l'annulation de sa décision. Cette interprétation de la jurisprudence est confirmée par les conclusions suivies de certains commissaires du Gouvernement.

On peut notamment se référer à celles du commissaire du Gouvernement HEUMANN rendues sur l'arrêt de Section, *Société « Laboratoires Geigy »* du 25 avril

---

[1] Cette imbrication du préventif et du répressif donne parfois lieu à des décisions très ambiguës. *Cf.* par exemple, C.A.A. de Bordeaux, 30 nov. 1998, *Mme Léonardi*, n° 96BX00397 (inédit) à propos d'une mesure de fermeture provisoire d'un débit de boissons. La Cour, bien qu'ayant qualifié cette décision de mesure de police administrative, précise *in fine* que la « *sanction* » infligée à la requérante n'est pas trop sévère.

[2] *Cf.* par exemple, C.E., Ass., 4 juill. 1958, *Sieur Graff* et *Épx Reyes* (2 esp.), préc. ; – 16 nov. 1960, *Épx Gachet*, préc.

[3] C.E., Sect., 25 févr. 1994, *Min. délégué à la Santé c. Laboratoire d'Artois*, préc.

[4] Comme le souligne le commissaire du Gouvernement LE CHÂTELIER, « *l'opposition entre sanction et prévention est moins forte qu'il n'y paraît à première vue. En réalité, dans la mesure où les agissements d'une personne peuvent faire craindre à l'autorité investie d'un pouvoir de police administrative un trouble futur à l'ordre public, il lui est alors possible d'user des compétences qui lui sont dévolues par la loi ou par le règlement pour empêcher qu'une telle situation ne se produise* » (concl. sur C.E., Sect., 25 févr. 1994, *Min. délégué à la Santé c. Laboratoire d'Artois*, *op. cit.*, p. 395).

1958[1]. L'espèce concernait le retrait du visa délivré à un laboratoire pour la fabrication et la commercialisation d'un produit pharmaceutique que le ministre de la Santé jugeait susceptible de présenter des dangers pour la santé publique. Cette décision était par ailleurs motivée par l'attitude fautive du fabricant qui, pour la publicité du produit, avait établi des formules incomplètes en ne signalant pas la présence d'un composant et avait commis une erreur dans l'établissement du tableau de posologie qui ne correspondait pas à la composition réelle du médicament. L'un des principaux moyens invoqués par le laboratoire à l'appui de son recours pour excès de pouvoir formé contre le retrait du visa était fondé sur la violation des droits de la défense, aucun débat contradictoire n'ayant précédé cette décision. Comme l'indiquait et le préconisait le commissaire du Gouvernement HEUMANN, il fallait donc, pour reconnaître la légalité du retrait, considérer qu'il s'agissait d'une mesure de police « *laquelle, malgré le caractère répressif qu'elle peut revêtir, n'a pas à être assortie d'une procédure contradictoire non expressément prévue par les textes* »[2].

Cette logique sera suivie par le Conseil d'État qui, en dépit de ses aspects répressifs, qualifiera la décision de mesure de police administrative avant de conclure à sa légalité[3].

La protection de la santé publique conduit donc à l'application d'un régime très exigeant de puissance publique nettement encouragée par le juge administratif. Cette attitude favorable à l'intervention sanitaire de l'administration se remarque également dans la résolution des questions liées à une éventuelle indemnisation des préjudices subis par les particuliers du fait de cette intervention.

2) La protection de la santé publique, charge normale de la vie en société

141 En dépit du principe de gratuité de la protection de l'ordre public[4], les mesures de protection de la santé publique sont susceptibles de faire peser sur les particuliers des

---

[1] L. HEUMANN, concl. sur C.E., Sect., 25 avr. 1958, *Soc. « Laboratoires Geigey »*, *op. cit.*, notamment p. 243-244.

[2] *Ibid.*, p. 243.

[3] Cela peut d'ailleurs expliquer en grande partie le formalisme progressivement imposé par le législateur en matière de police administrative. De nos jours, une mesure de suspension ou de retrait de visa ou d'autorisation de mise sur le marché est subordonnée au respect de règles de forme et de procédure qui, hors les cas d'urgence, conditionne sa légalité : *cf.* par exemple C.E., 3 avril 2002, *Soc. Labo'life espana*, n° 232628 (*Rec.* p. 120 ; *D.* 2002, IR, 1883, *Nouv. Pharma.* 2003, n° 379, p. 210) ; – 30 déc. 2002, *Soc. française d'endoscopie digestive*, n° 241518, *Rec.* tables p. 928 ; *A.J.D.A.* 2003, p. 695 et – 29 juill. 2002, *Soc. Polytech Silimed Europe GmbH*, n° 232829, *Rec.* tables p. 928 ; *A.J.D.A.* 2002, p. 1395, note D. COSTA s'agissant des décisions de police adoptées par le directeur de l'A.F.S.S.A.P.S. au titre des art. L. 5312-1 et L. 5312-2 C.S.P.

[4] Principe encore confirmé par C.E., 25 oct. 2002, *Csl. nat. de l'Ordre des médecins*, préc., qui s'oppose notamment à ce que l'administration institue des redevances pour service rendu dans ce cadre (*cf.* les obs. de F. AUBERT, La gratuité de la protection de l'ordre public, *A.J.D.A.* 2002, p. 1153) et – 11 mars 1997, *Soc. Elf Antargaz*, n° 135974, *Rec.* p. 111 (illégalité d'un arrêté préfectoral mettant les dépenses d'analyses à la charge de l'exploitant d'un dépôt d'hydrocarbures). Cette règle ne vaut cependant que pour l'administration et n'empêche le législateur de décider que certaines dépenses afférentes à la protection de l'ordre public soient mises à la charge des particuliers. *Cf.* par

charges particulièrement lourdes et partant de poser le problème d'une éventuelle indemnisation financière[1]. Sur ce point, on ne peut que constater l'extrême rigueur de la jurisprudence qui fait de la protection de la santé publique une charge normale de la vie en société. Le principe veut en effet que, sauf texte contraire, aucun individu ne puisse prétendre à une indemnisation du préjudice subi par lui du fait d'une mesure nécessaire au maintien de l'ordre public sanitaire. C'est ainsi que les servitudes contenues par les règlements sanitaires sont traditionnellement définies comme des servitudes d'utilité publique[2] qui, de la sorte, n'ouvrent aucun droit à indemnité[3]. Dans le même sens, le Conseil d'État a jugé que les maladies infectieuses touchant les animaux sauvages et les mesures que les autorités compétentes sont, dans ce cas, amenées à prendre, et qui peuvent notamment consister en une interdiction de commercialiser le gibier abattu, constituent un aléa que doivent supporter les personnes titulaires du droit de chasse[4].

142 La même logique prévaut dans le contentieux de la responsabilité administrative. On est sans doute loin aujourd'hui du principe d'irresponsabilité des personnes publiques du fait de leurs activités de police, mais les régimes de responsabilité appliqués restent globalement favorables à leur intervention pour la protection de la santé publique.

143 En premier lieu, la jurisprudence privilégie une conception étroite de la faute d'action des autorités de police sanitaire. Le régime de responsabilité pour faute retenu en matière de police administrative n'est certes pas uniforme. En particulier, la nature de la faute exigée varie selon des éléments d'importance variable et notamment de la difficulté de l'activité concernée[5]. Toutefois, quel que soit le régime adopté, que la responsabilité de la personne publique puisse être engagée sur la base d'une faute lourde ou d'une faute simple, celle-ci est toujours définie restrictivement. Il ne peut déjà y avoir de faute que si

---

exemple les dispositions résultant de la L. n° 95-101 du 2 févr. 1995 (art. L. 514-8 C. env. et C.E., 11 mars 1997, *Soc. Elf Antargaz*, préc.).

[1] D'une manière générale, les moyens tirés des difficultés financières résultant de l'application d'une mesure de police sanitaire pour demander son annulation ou sa suspension sont inopérants. *Cf.* par exemple T.A. de Lyon, 19 mars 1996, *Cne de Vaulx-en-Velin*, *Dr. Env.* 1996, n° 37, p. 8 et C.E., ord., 15 mars 2006, *Min. de l'Agriculture et de la Pêche c. G.A.E.C. de Beauplat*, n° 286648, *Rec.* tables p. 721 ; *A.J.D.A.* 2006, p. 1063 ; *RD.rur.* 2006, p. 28 ; *Gaz. Pal.* des 27-28 sept. 2006, p. 14 (absence d'urgence à suspendre la mesure de police sanitaire).

[2] C.E., 1er juill. 1936, *Dame Schafer*, n° 38.944, *Rec.* p. 713 ; – Sect., 4 juin 1937, *Soc. Henri Perrot et Cie*, nos 38.083 et 38.084, *Rec.* p. 553.

[3] C.E., Sect., 16 janv. 1970, *De Fligue*, n° 59145, *G.A.D.U.*, p. 241 et références citées ; – 4 janv. 1985, *S.C.I. Résidence du Port*, n° 47.248, *Rec.* p. 5.

[4] C.E., 22 févr. 2002, *M. Michel*, n° 224809, *Rec.* p. 52 ; *R.F.D.A.* 2002, p. 438 ; *D.A.* juill. 2002, p. 27, note Y. CARIUS *Envir.* 2002, n° 87, p. 18, obs. TROUILLY ; *R.D. rur.* 2002, p. 442 ; *R.T.D. com.* 2002, p. 455, obs. ORSINI ; *D.A.* 2002, n° 97 et n° 131, obs. CARIUS. V. également C.A.A. de Nancy, 2 déc. 2004, *Mathieu*, *Gaz. Pal.* des 29-30 juill. 2005, p. 9 (à propos d'une épidémie de gale ovine ayant affecté un troupeau). Dans un autre contexte, mais toujours dans le même esprit, le Conseil d'État a, dans un arrêt du 8 novembre 1995, considéré que le moyen tiré de ce que les dispositions d'un règlement relatif à la qualification des médecins exerçant la chirurgie esthétique seraient susceptibles d'entraîner un alourdissement des charges financières de la Sécurité sociale est inopérant (*Synd. nat. des chirurgiens esthétiques – Soc. française de chirurgie esthétique*, n° 112264, inédit).

[5] *Cf. infra* n° 193.

l'action sanitaire de l'administration est entachée d'illégalité[1]. De plus, toute illégalité, même fautive[2], n'est pas de nature à engager la responsabilité de l'administration[3]. Notamment, une mesure illégale mais justifiée au fond n'engage pas la responsabilité de son auteur[4]. Ainsi, des irrégularités de procédure ne suffisent pas à ouvrir un droit à la réparation des préjudices qui en résultent[5]. Il en va de même si la mesure, bien que reposant sur un motif illégal, aurait pu légalement être adoptée sur d'autres fondements[6]. L'intervention de police sanitaire ne peut donc être constitutive d'une faute de nature à engager la responsabilité de l'administration que si cette intervention, illégale, a porté aux droits des administrés une atteinte non justifiée par les intérêts de la santé publique[7]. Là encore, on perçoit la volonté du juge d'encourager l'intervention sanitaire de l'administration, impression d'autant plus prégnante qu'à cette définition rigoureuse de la faute d'action s'oppose une conception extensive de la faute d'inaction[8].

144 En second lieu, le juge administratif est extrêmement réticent à l'application d'un régime de responsabilité sans faute pour la réparation des dommages découlant de la mise

---

[1] Sur les liens unissant faute et illégalité, *cf.* par exemple C.E., Sect., 1er févr. 1980, *Rigal*, préc. ; – 21 févr. 1996, *Vanderschelden*, n° 43265, inédit ; C.A.A. de Lyon, 26 sept. 1991, *M et Mme Bessière*, n° 90LY00366, inédit ; C.E., 14 janv. 1994, *Soc. Spechinor*, n° 125195, *R.J.E.* 1995, p. 166.

[2] Sur le débat relatif à « l'illégalité fautive », *cf.* B. DELAUNAY, *La faute de l'administration*, Paris, L.G.D.J., 2007, 474 p., Bibl. de droit public, t. 252, p. 146 s.

[3] *Ibid.*, p. 154.

[4] Ce qui se situe d'ailleurs dans une ligne jurisprudentielle ancienne et plus large : v. notamment M. DEGUERGUE, *Jurisprudence et doctrine dans l'élaboration du droit de la responsabilité administrative*, Th. Droit, Paris, L.G.D.J., 1994, t. 171, p. 191-195. Pour un exemple d'application *:* C.A.A. de Douai, 22 juill. 2003, *Min. de l'Emploi et de la Solidarité c. Soc. Cape Socap*, n° 01DA00834, *A.J.D.A.* 2003, p. 2336 (à propos d'un arrêté, annulé pour incompétence, par lequel les ministres du Travail et de l'Agriculture, imposait aux entreprises souhaitant réaliser des travaux de confinement et de retrait d'amiante l'obtention préalable d'un certificat. En dépit de l'illégalité de l'arrêté, la Cour estime qu'il n'y a pas eu de faute de l'État, considérant, notamment, « *qu'une telle mesure avait pour objet d'assurer une meilleure protection des travailleurs* »).

[5] *Cf.* T.A. de Lille, 7 août 1995, *Thellier*, préc. Déjà dans ce sens : C.E., 4 nov. 1921, *Monpillié et a.*, *Rec.* tables p. 1264 ; – 9 mars 1984, *Aucouturier*, n° 18174, *D.A.* 1984, n° 192 (l'exploitant sans autorisation d'une porcherie étant en situation irrégulière au regard de la législation sur les établissements classés, et l'annulation pour vice de forme de l'arrêté par lequel le préfet l'a mis en demeure de fermer son établissement n'ayant pas eu pour effet de régulariser sa situation, il ne saurait se prévaloir de la situation irrégulière dans laquelle il s'est lui-même placé pour demander à être indemnisé). Un exploitant est, en revanche, fondé à demander la réparation du préjudice résultant de la fermeture illégale de l'ensemble de ses installations : C.E., 14 janv. 1994, Soc. *Spechinor*, préc.

[6] *Cf.* par exemple C.E., 30 sept. 2002, *M. Dupuy*, n° 230154, *Rec.* tables p. 921 ; *A.J.D.A.* 2003, p. 445, note N. ALBERT. En ce sens également : C.J.C.E., 4 juill. 2000, *Labo. Pharmaceutique Bergaderm S.A. et Jean-Jacques Goupil*, aff. C-352/98 P, *curia.eu.int*, concl. M. FENNELY ; *Rec.* 2000 p. I-5291, point 42 ; T.P.I.C.E., 11 janv. 2002, *Biret International c. Csl*, aff. T-174/00 et *Biret c. Csl*, aff. T-210/00, *J.O.C.E.* du 29 juin 2002, n° C 156, p. 19, n° 35 et n° 36 ; *Envir.* 2000, n° 100, comm. F. MARIOTTE.

[7] Est, en particulier, tenue pour fautive, l'illégalité imputable à une erreur d'appréciation : C.E., 26 janv. 1973, *Driancourt*, n° 84768, *Rec.* p. 77 ; *A.J.D.A.* 1973, p. 245, chron. P. CABANE et D. LÉGER ; *Rev. adm.* 1974, p. 29, note F. MODERNE. Est également constitutive d'une faute de nature à engager la responsabilité de l'État, la décision d'un préfet mettant en demeure un propriétaire de cesser la location de locaux aux fins d'habitation qui est dépourvue de base légale : C.A.A. de Marseille, 6 mai 2003, *M. X. c. Min. de la Santé*, n° 00MA00611, *A.J.D.A.* 2003, p. 1676. Encore faut-il que le requérant justifie d'un préjudice (même arrêt dans lequel le juge considère que vu l'état des locaux et les loyers pratiqués, le requérant ne justifie d'uacun préjudice financier) et qu'il établisse un lien de causalité direct entre celui-ci et la faute reprochée à l'administration. Pour un exemple, à propos de l'indemnisation due à une société en raison de la consignation illégale de bétail : C.E., 12 déc. 2003, *S.C.E.A. Les Bernardents*, *S.N.C. Maurice Laforêt*, n° 236906, inédit.

[8] *Cf. infra* nos 189 et 546.

en œuvre des règles de protection de la santé publique. La plupart des hypothèses dans lesquelles la réparation de plein droit des préjudices subis du fait d'une mesure de protection de la santé publique a été consacrée résultent de la loi[1]. Les cas jurisprudentiels de responsabilité sans faute de l'État pour la réparation de dommages anormaux et spéciaux subis du fait d'une règle législative ou administrative nouvelle restent en revanche extrêmement rares.

Le juge administratif reconnaît certes que la responsabilité sans faute des autorités publiques puisse être engagée soit sur le fondement du risque[2], soit sur celui de la rupture de l'égalité devant les charges publiques[3]. Le champ d'application de cette jurisprudence est toutefois très limité. Déjà réticent à la mise en œuvre de ces régimes de responsabilité

---

[1] Sur cette question de la socialisation législative des risques collectifs, v. *infra* n° 676. On peut toutefois déjà citer l'exemple du régime législatif de la réparation de plein droit en matière d'accidents de vaccination obligatoire initié par la L. n° 64-643 du 1er juill. 1964 (*J.O.* du 2 juill., p. 5762), puis successivement étendu par les L. n° 75-401 du 26 mai 1975 (*J.O.* du 27 mai, p. 5267) et n° 85-10 du 3 janvier 1985 (*J.O.* du 4 janv., p. 94). La charge de cette indemnisation repose aujourd'hui sur la solidarité nationale, via l'O.N.I.A.M. (L. n° 2004-806 du 9 août 2004, préc.). Pour des exemples d'application de cette responsabilité de plein droit : C.E., 23 févr. 1972, *Min. de la Santé publique et de la Sécurité sociale c. Épx Boghossian*, n° 80.560, *Rec.* p. 166 ; – 3 mai 1974, *Épx Berrebi*, n° 87.908, *Rec.* p. 266 ; *R.D.S.S.* 1974, p. 650, note F. MODERNE ; – 1er juin 1988, *M. et Mme Mohammed Guebli*, n° 35.921, inédit. Pour un autre exemple, *cf.* l'art. L. 221-2 C. rur. s'agissant de l'indemnisation des propriétaires éleveurs dont les animaux sont abattus sur ordre de l'administration, qui a joué un rôle important dans la gestion de la crise de la « vache folle » (sur l'application de cette disposition : C.E., 25 oct. 2004, *E.A.R.L. Établissements Riquet*, n° 251660, *R.D. rur.* 2005, inf. 331).

[2] Sur le principe de la responsabilité sans faute de l'État-législateur pour la réparation des dommages anormaux et spéciaux subis du fait de l'entrée en vigueur de la loi dès lors que l'indemnisation n'a pas été expressément exclue par celle-ci : C.E., Ass., 14 janv. 1938, *Soc. des produits laitiers « La Fleurette »*, n° 51704, *Rec.* p. 25 ; *S.* 1938, 3, p. 25, concl. ROUJOU, note P. LAROQUE ; *R.D.P.* 1938, p. 87, note G. JÈZE ; *D.* 1938, 3, p. 41, note L. ROLLAND, précisé, et modifié, par C.E., 2 nov. 2005, *Soc. coopérative agricole Ax'ion*, n° 266564, *Rec.* p. 468 ; *R.D.P.* 2006, p. 534, chron. C. GUETTIER, p. 1441, concl. M. GUYOMAR et p. 1427, note C. BROYELLE ; *R.F.D.A.* 2006, p. 349, concl. et note C. GUETTIER ; *A.J.D.A.* 2006, p. 142, chron. C. LANDAIS et F. LENICA ; *Dr. env.* 2006, p. 94, note E. NAIM-GESBERT (« *le silence d'une loi sur les conséquences que peut comporter sa mise en œuvre ne saurait être interprété comme excluant, par principe, tout droit à réparation des préjudices que son application est susceptible de provoquer* »). V. C. BROYELLE, La responsabilité de l'État du fait des lois, Paris, L.G.D.J., 2003, 454 p., Bibl. de droit public t. 236, Préface de Y. GAUDEMET. Sur la responsabilité sans faute de l'administration-puissance publique : cf. C.E., 24 déc. 1926, *Sieur Walther*, n° 86.481, *Rec.* p. 1140 (condamnation de la ville de marseille à réparer le préjudice subi par M. Walther dont l'immeuble a été incendié par accident lors d'une opération de destruction par le feu d'un immeuble voisin contaminé, opération prescrite par le maire afin d'enrayer le développement d'une épidémie). V. également T.A. de Marseille, 22 avr. 1980, *Dame Bauchagour et a., Rec.* p. 532 : l'administration à titre prophylactique d'un médicament anticholérique ne constitue pas une vaccination obligatoire au sens du C.S.P., mais la responsabilité de l'État peut être engagée au titre du risque spécial créé pour les personnes dont l'état pathologique interdisent l'ingestion du produit, contre-indiqué. On notera ici que de tels accidents seraient aujourd'hui indemnisés par l'O.N.I.A.M. qui prend en charge la réparation des risques collectifs.

[3] C.E., Ass., 21 nov. 1947, *Soc. Boulenger*, n° 71.382, *Rec.* p. 436. Que celle-ci résulte d'une décision réglementaire (C.E., Sect., 22 févr. 1963, *Cne de Gavarnie c. Sieur Benne*, n° 50.438, *Rec.* p. 113 ; *A.J.D.A.* 1963, p. 208, chron. Y. GENTOT et J. FOURRÉ ; *R.D.P.* 1963, p. 1019, note M. WALINE ; – Sect., 20 juill. 1971, *Sieur Mehu et a.*, n° 75.613, *Rec.* p. 567 ; *A.J.D.A.* 1972, p. 251, note F. MODERNE) ou individuelle (C.E., 30 nov. 1923, *Sieur Basilio Couitéas*, nos 38.284 et 48.688, *Rec.* p. 789 ; *S.* 1923, 3, p. 57, note M. HAURIOU, concl. RIVET ; *D.* 1923, 3, p. 59, concl. ; *R.D.P.* 1924, p. 75 et p. 208, concl., note G. JÈZE : Le refus légal opposé par la police de prêter son appui pour l'exécution d'une décision de justice ouvre un droit à réparation pour rupture d'égalité devant les charges publiques) ; – 25 juill. 2007, *Leberger*, n° 278190, *J.C.P.* A 2007, act. 786, obs. M.-C. ROUAULT (un arrêté préfectoral ordonnant la fermeture d'un camping pris en l'application de l'art. L. 2212-2 5° C.G.C.T. peut engager la responsabilité sans faute de l'État lorsque son destinataire a subi un dommage grave et spécial excédant les aléas que comporte nécessairement son exploitation).

sans faute[1], le juge administratif l'est encore plus dès lors que les intérêts de la santé publique sont en jeu. Premièrement, le Conseil d'État a maintenu le principe d'irresponsabilité de l'État législateur lorsque la loi vise un intérêt général prééminent, notamment la protection de la santé publique, et/ou empêche la continuation d'une activité nuisible à la santé publique[2]. Deuxièmement, s'agissant des interventions sanitaires de l'administration, le juge n'applique la théorie du risque que de façon très exceptionnelle. En tout état de cause, il refuse d'étendre son application aux actes de prévention médicale[3] et aux mesures d'encadrement et de contrôle du secteur médico-pharmaceutique[4]. Les mêmes réserves s'observent, troisièmement, dans l'application de la responsabilité pour rupture d'égalité devant les charges publiques. Ce régime n'est sans doute pas étranger aux activités de police administrative, même réglementaires. Par l'arrêt *Commune de Gavarnie* du 22 février 1963, la Section du contentieux du Conseil d'État a en effet reconnu qu'un règlement de police, légalement édicté par un maire au titre de ses pouvoirs en matière de sécurité publique, engage la responsabilité sans faute de la

---

[1] *Cf.* par exemple, C.A.A. de Douai, 12 févr. 2004, *Coop. Agricole Ax'ion*, n° 02DA00575, *Envir.* 2004, n° 82, obs. GILLIG ; *R.D. immo.* 2004, p. 426, obs. JEGOUZO.

[2] Cette limite, qui, pour certains, a fait de la jurisprudence *La Fleurette « une vitrine vide »* (P. BON et D. DE BÉCHILLON, obs. sous C.E., 21 janv. 1998, *Min. de l'Environnement*, *D.* 2000, SC, p. 256), est présente dès cet arrêt de principe dans lequel le Conseil d'État précise que le produit dont la société a dû cesser la fabrication ne présentait pas de danger pour la santé publique. Pour la jurisprudence antérieure : *cf.* C.E., 29 avril 1921, *Soc. Édouard Premier et Charles Henry*, n° 70.754, *Rec.* p. 424, *S.* 1923, III, p. 41, note M. HAURIOU (interdiction de la fabrication de l'absinthe, boisson alcoolisée dangereuse pour la santé publique). Comp. C.E., 8 avr. 1994, *S.A. Ét. Charbonneaux-Brabant,* n° 122652, *Rec.* p. 187). *Cf.* également T.A de Paris, 13 mars 1963, *Delle Pliot*, *Rec.* p. 694 (non droit à indemnisation du fait de la loi du 4 avr. 1953 interdisant la vente par appartements d'un immeuble déclaré insalubre, cette décision étant motivée par l'absence de caractère spécial et exceptionnel du préjudice subi par la requérante) et C.E., Ass., 8 janv. 1965, *Soc. des établissements Aupinel*, nos 59.604 à 59.612, *Rec.* p 15 (la responsabilité du fait des lois est exclue dans l'hypothèses d'une loi ayant cherché à lutter contre des activités illicites, dangereuses ou nuisibles à la santé publique).

[3] V. notamment la jurisprudence du Conseil d'État en matière d'accidents de vaccination obligatoire qui, jusqu'à l'intervention du législateur, a maintenu un régime de responsabilité pour faute (C.E., Ass., 7 mars 1958, *Sec. d'État à la Santé c. Déjous*, n° 38.230, *Rec.* p. 153 ; *R.D.P.* 1958, p. 1087, concl. L. JOUVIN ; *S.* 1958, 2, p. 182, note F. GOLLÉTY ; – Ass., 13 juill. 1962, *Min. de la Santé publique et de la Population c. Sieur Lastrajoli*, n° 54.052, *Rec.* p. 506 ; *D.* 1962, J., p. 726, note J. LEMASURIER ; *R.D.P.* 1962, p. 975, concl. J. MÉRIC ; *A.J.D.A.* 1962, p. 553, chron. J.-M. GALABERT et Y. GENTOT ; *Gaz. Pal.* 1962, 2, p 242. ; – 28 janv. 1983, *Mlle Amblard*, n° 24.447, *Rec.* p. 32 ; – 14 déc. 1984, *Mlle Marie-José Gauchon et M. et Mme René Gauchon*, n° 37382, *Rec.* tables p. 735 ; *R.D.S.S.* 1985, p. 130, obs. J.-S. CAYLA) en dépit d'un avis de sa Section sociale du 30 sept. 1958 qui avait clairement pris position en faveur de l'application de la théorie du risque (C.E., Sect. Soc., avis n° 275.048 du 30 sept. 1958, *G.A.C.E.* n° 4, note G. FALALA). *Cf. infra* n° 382.

[4] Selon les juridictions judiciaires, par la formalité du visa, la loi n'a pas entendu substituer la responsabilité de l'État à celle du producteur, du distributeur ou du fournisseur du produit (déjà en ce sens : Trib. civ. de la Seine, 28 juin 1955, *D.* 1955, p. 640 confirmé par C.A. de Paris, 30 avr. 1957, *D.* 1957, p. 551 ; *J.C.P.* 1957, 10088, concl. LINDON). *Cf.* par exemple à propos de la responsabilité du fabricant du vaccin contre l'hépatite B ayant entraîné une sclérose en plaque : C.A. de Versailles, 2 mai 2001, *Smithkline Beecham*, *www.legifrance.fr* ; *D.* 2001, p. 1592 et Cass. civ. 1ère, 23 sept. 2003, *Soc. X… c. Mme Armelle Z. et a.*, n° 01-1306323, *Bull. civ.* I, n° 188 p. 146 ; *R.T.D. Civ.* 2004, n° 1, p. 101, note P. JOURDAIN ; *J.C.P.* 2007, I, 101, obs. G. VINEY, notamment confirmé par Cass. civ. 1ère, 27 févr. 2007, n° 06-10063, inédit. Le juge administratif exige quant à lui une faute manifeste et d'une particulière gravité pour engager la responsabilité de l'administration à l'occasion de l'examen de la valeur thérapeutique d'un produit pharmaceutique (C.E., 10 mai 1957, *Marbais*, n° 4.917, *Rec.* p. 307 ; *D.* 1958, p. 190, note F. GOLLÉTY. *Cf.* également, C.E., 28 juin 1968, *Soc. mutuelle assurances contre les accidents en pharmacie* et *Soc. des ét. Février-Decoisy-Champion d'assurances mutuelles de la Seine et Seine-et-Oise* (2 esp.), n° 67593 et nos 67677 et 67678, *Rec.* p. 411 et p. 412). Certaines espèces exceptent à ce principe (C.E., Sect., 4 mai 1979, *Min. de la Santé c. de Gail*, n° 06.014, *Rec.* p. 190, concl. M. FRANC), mais elles ne sont pas de nature à le remettre en cause.

commune s'il cause un préjudice anormal et spécial[1]. Mais cette jurisprudence est, à notre connaissance, restée lettre morte en matière sanitaire[2]. Par ailleurs, le juge administratif maintient pour partie sa position antérieure et écarte son application lorsque l'acte en cause fait légalement application d'une loi[3] ou d'une décision communautaire[4].

145 Le principe veut que l'intervention des autorités publiques pour la sauvegarde de la santé publique ne peut, sauf exception, ouvrir de droit à réparation que sur le fondement de la faute. Cette position, que le Conseil d'État avait autrefois défendu en matière d'accident de vaccinations obligatoires, a été très fermement rappelée dans son arrêt *Boudin* du 30 juillet 1997 à propos des mesures de mise en garde du public contre les risques graves présentés par certains produits alimentaires : « *De telles mesures, eu égard à l'objectif de protection de la santé publique qu'elles poursuivent, ne peuvent ouvrir droit à indemnisation que si elles sont constitutives d'une faute* »[5].

L'idée prévaut ainsi en jurisprudence que les particuliers doivent supporter, sans indemnisation, les sujétions et dommages inhérents à la mise en œuvre des règles nécessaires à la protection de la santé publique qui, sorte de tribut apporté à la sécurité collective, est une charge normale de la vie en société[6]. L'ordre public sanitaire, qui indique la prééminence des intérêts de la santé publique, justifie donc l'application d'un droit particulièrement contraignant pour les administrés. Il apparaît également comme un instrument de régulation des libertés publiques.

---

[1] C.E., Sect., 22 févr. 1963, *Cne de Gavarnie c. Sieur Benne*, préc. *Cf.* également B. JEANNEAU, Autour de l'arrêt *Commune de Gavarnie*. La responsabilité du fait des règlements légalement pris, in *Mélanges SAVATIER*, Paris, Dalloz, 1965, p. 375.

[2] Pour un exemple de rejet, fondé sur l'absence du caractère grave et spécial du préjudice invoqué, *cf.* T.A. de Melun, 23 févr. 2006, *Soc. Auroy et a.*, nos 05-778/2, 05-780/2, 05-781/2 et 05-782/2, *A.J.D.A.* 2006, p. 832, note S. DEWAILLY (à propos des mesures de prévention de la « maladie de la vache folle »).

[3] *Cf.* par exemple, C.E., 23 déc. 1988, *M. Martin et Soc. « Michel Martin »*, n° 75.201, *Rec.* p. 470 ; *D.* 1989, p. 267, note R. MOULIN ; *D.* 1989, S.C., p. 344, obs. F. MODERNE et P. BON ; — 24 mars 1989, *M. et Mme Albert Delcoigne*, n° 71264, *Rec.* tables p. 899. Sur la jurisprudence antérieure à l'arrêt *Cne de Gavarnie*, on peut voir C.E., 1er mars 1940, *Soc. Chardon et Cie*, n° 63.255, *Rec.* p. 82 (non droit à indemnité pour la réparation du préjudice subi par une société dans l'impossibilité de continuer la vente de l'une de ses spécialités en raison d'un décret du 30 mai 1937 prohibant la vente de certains produits glacés en application de la loi du 1er août 1905).

[4] C.E., 12 mai 2004, *Soc. Gillot*, n° 236834, *Rec.* p. 221 ; *C.J.E.G.* 2004, p. 346, concl. F. SENERS ; *J.C.P.* A 2004, n° 1422, note J. MOREAU ; *A.J.D.A.* 2004, p. 1487, note M. DEGUERGUE ; *Dr. Rur.* 2005, p. 46, note M. CARIUS ; *D.* 2005, J., p. 261, note C. WEISSE-MARCHAL ; T.A. de Melun, 23 févr. 2006, *Soc. Auroy et a.*, préc. V. également C.J.C.E., 8 janv. 2002, *H. Van der Boor*, aff. C-428/99, *J.O.C.E.* n° C 84 du 6 avr. 2002, p. 12.

[5] C.E., 30 juill. 1997, *M. Lucien Boudin*, préc. Dans le même sens et avec une formulation presque identique à propos d'un avis sanitaire de mise en garde émanant de la Commission de la sécurité des consommateurs : C.E., Sect., 31 mars 2003, *Min. de l'Économie, des Finances et de l'Industrie c. S.A. Laboratoires pharmaceutiques Bergaderm*, nos 188833 et 211756, *Rec.* p. 159 ; *R.F.D.A.* 2003, p. 1185, concl. D. CHAUVAUX ; *A.J.D.A.* 2003, p. 640, obs. M.-C. DE MONTECLER et p. 935, chron. F. DONNAT et D. CASAS ; *J.C.P.* E 2003, II, 10198, note M.-F. DELHOSTE ; *B.J.S.P.* 2003, n° 64, p. 20.

[6] *Cf.* encore sur ce point, les réflexions de M. BOURRACHOT, commissaire du Gouvernement, in La responsabilité de la police sanitaire, note sous C.A.A. de Lyon, 6 déc. 2001, *M.X., Me Gladel, Min. de l'Agriculture* et 19 juin 2003, *M. Y. c. Min. de l'Agriculture* et *M. Z. c. Min. de l'Agriculture* (3 esp.), *A.J.D.A.* 2003, p. 1837.

§2.- UN INSTRUMENT DE RÉGULATION DES LIBERTÉS PUBLIQUES

146 L'idée que la santé publique constitue une valeur liberticide a longtemps prévalu et prévaut encore parfois dès lors que sa protection conduit fréquemment à une limitation des libertés publiques. Mais ces restrictions se veulent aussi et surtout protectrices des libertés puisque destinées à en assurer « *un exercice ultérieur plus "complet" et sans entraves* »[1]. Pas plus que l'ordre public, l'ordre public sanitaire ne peut être considéré comme une valeur antinomique de la liberté[2]. En revanche, il peut légitimement être pensé comme un instrument de sa régulation dans la mesure où il s'impose à la fois comme une justification (A) et une limite (B) des restrictions qui peuvent lui être apportées au nom de la santé publique.

A.- LA LIMITATION DES LIBERTÉS PAR L'ORDRE PUBLIC SANITAIRE

147 La sauvegarde de la santé publique exige inévitablement que soient limités certains droits ou certaines libertés. L'État ne peut en effet se borner à encourager ou à promouvoir des attitudes conformes à la santé publique. Face à des situations anormales ou à des comportements déviants, l'usage de la contrainte s'avère toujours nécessaire[3]. La santé publique, susceptible de s'opposer à n'importe quel droit et à n'importe quelle liberté, s'analyse donc comme un impératif prévalant sur l'ensemble des libertés (1). Toutefois, ces restrictions étant exclusivement justifiées par la nécessité de sa sauvegarde, leur intensité et leurs modalités varient selon ses besoins. Le droit positif offre dès lors un catalogue varié de régimes de limitation des libertés pour la protection de la santé publique (2).

1) Un impératif prévalant sur l'ensemble des libertés

148 Il ne s'agit pas ici d'effectuer un recensement des libertés susceptibles d'être restreintes pour des motifs tirés de la santé publique, démarche qui n'aiderait guère à la compréhension de l'ordre public sanitaire. On ne peut en effet que constater le caractère obsolète de la présentation des pouvoirs de l'administration dans le maintien de l'ordre public sous l'angle des libertés. D'une part, le maintien de l'ordre en général et la sauvegarde de la santé publique en particulier n'exigent pas forcément la limitation d'une liberté et/ou l'usage de la prescription unilatérale[4]. D'autre part, si l'état ancien du droit a justifié certaines distinctions entre les libertés auxquelles les mesures de police portaient

---

[1] Conseil d'État, *Rapport public 1999*, *op. cit.*, p. 290

[2] *Cf. supra* n°s 90 s.

[3] V. en ce sens, J.-M. AUBY, La légitimité de l'intervention publique, *A.J.D.A.* 1995, dossier spéc. « L'intervention publique dans le domaine de la santé », *op. cit.*, p. 591 et J.-M. LEMOYNE DE FORGES, Le droit des politiques publiques de protection sanitaire, Rapport de synthèse du colloque de l'A.F.D.S. du 17 mars 2005 : « La Protection de la santé publique », *R.G.D.M.* 2005, n° spéc., p. 131.

[4] *Cf. infra* n°s 281 et 507.

atteinte, les évolutions du droit « *sont telles qu'actuellement*, comme le soulignait René CHAPUS, *les exigences jurisprudentielles ne sont que faiblement différenciées en fonction des libertés* »[1]. Ce qui ressort avant tout du droit contemporain, c'est qu'aucun droit ni aucune liberté, fût-elle fondamentale, ne sauraient être définis de manière absolue. Qu'une liberté soit ou non consacrée par le droit positif, et quel que soit alors son rang dans la hiérarchie des normes, il est toujours possible de la restreindre, notamment pour des motifs tirés de la santé publique, dès lors que son exercice incontrôlé risquerait de compromettre le bon ordre[2].

149 Il faut toutefois convenir que si l'ordre public sanitaire peut justifier la restriction de n'importe quelle liberté, chacune d'entre elles ne présente pas la même perméabilité à ses exigences. Avant même l'institution du référé-liberté[3], le Conseil d'État a progressivement été amené à élaborer une sorte « *d'échelle* »[4] ou de « *hiérarchie* »[5] des droits et des libertés, au sommet de laquelle se situent la liberté individuelle et les droits fondamentaux de la personne, tels que le droit au respect de la dignité de la personne humaine et le droit au respect de l'intégrité physique qui lui est intimement lié. Ces droits qui bénéficient d'un statut extrêmement protecteur[6], au point d'intégrer eux-mêmes l'ordre public[7], échappent en principe à l'emprise directe de l'administration qui ne peut normalement y porter atteinte sans y avoir été expressément autorisée par le législateur[8].

---

[1] R. CHAPUS, *Droit administratif général, op. cit.*, t. 1, n° 936, p. 717.

[2] Ce principe a été très clairement rappelé par le juge du référé-liberté du Conseil d'État le 25 avril 2002 à propos de la liberté d'entreprendre (*Soc. Saria Industries*, préc. : « *Si la liberté d'entreprendre est une liberté fondamentale au sens des dispositions de l'article L. 521-2 du C.J.A., cette liberté s'entend de celle d'exercer une activité économique dans le respect de la législation et de la réglementation en vigueur et conformément aux prescriptions qui lui sont légalement imposées, tout spécialement lorsqu'elles poursuivent une exigence aussi impérieuse que la protection de la santé publique* »). *Cf.* également sur les limites sanitaires à la libre disposition de ses biens par un propriétaire : C.E., ord., 1er juin 2001, *Ploquin*, n° 234321, *Rec.* tables, p. 831 ; *R.D.rur.* 2001, p. 320 et p. 563. Dans le même sens : C.J.C.E., 10 juill. 2003, *Booker Aquaculture Ltd* et *Hydro Seafood GSP Ltd/The Scottish Ministers*, aff. C-20/00 et C-64/00, *Rec.* 2003, p. I-7411 ; *Gaz. Pal.* des 11-12 juin 2004, p. 4 ; – 1er avr. 2004, *Bellio F.,* aff. C-286/02, *J.O.U.E.* du 30 avr., *Europe* 2004, inf. 237 et – 12 janv. 2006, *Agraproduktion Staebelow GmBh Landrat des Land Kreises Bad Doberan*, aff. C-504/04, *Europe* 2004, p. 14, note MEISSE (l'obligation communautaire d'abattre la cohorte de naissance à laquelle appartient un bovin infecté par l'E.S.B. est conforme au principe de proportionnalité). V. encore la jurisprudence de la C.E.D.H. citée *supra* n° 26 et l'étude de Mme MEYER-HEINE, La liberté de pensée, de conscience et de religion et la protection de la santé : deux aspects de la dignité de la personne protégés par le droit européen et parfois contradictoires, *op. cit.*, p. 301-315.

[3] L. n° 2000-597 du 30 juin 2000 relative au référé devant les juridictions administratives, préc.

[4] R. DRAGO, Les atteintes à l'ordre public, *L'ordre public*, *op. cit.*, p. 48.

[5] Y. MADIOT, *Droits de l'Homme*, 2e éd., Paris, Masson, 1991, coll. Droit Sciences Économiques, p. 165.

[6] Sur la valeur et le caractère de liberté fondamentale du droit à l'intégrité physique et au consentement aux soins : C.C. n° 94-343et n° 94-344 DC du 27 juill. 1994, préc. ; C.E., ord., 16 août 2002, *Mme Valérie Feuillatey*, préc. et – ord., 8 sept. 2005, *Garde des Sceaux – Min. de la Justice c. M. Brunet*, préc. *Cf. infra* n° 680.

[7] Outre l'art. 16-9 C. civ., *cf.* notamment C.E., Ass., 27 oct. 1995, *Cne de Morsang-sur-Orge* et *Ville d'Aix-en-Provence* (2 esp.), préc. qui fait du respect de la dignité de la personne humaine un élément de l'ordre public (pour d'autres exemples, *cf. supra* nos 21 à 24).

[8] *Cf.* également Cass. crim., 1er févr. 1956, *Mlle Flavien*, *D.* 1956, p. 365 qui rappelle le principe selon lequel « *le législateur peut seul, en France, porter atteinte à la liberté de l'individu* ».

La Haute juridiction administrative fait preuve à cet égard d'une vigilance remarquable qu'illustre en particulier sa jurisprudence en matière de vaccinations obligatoires[1]. Soucieux de ne pas permettre à l'administration d'instituer *proprio motu* un régime plus restrictif que celui prévu par la loi, le juge administratif sanctionne toute décision administrative ayant, *de jure* ou *de facto*, pour effet d'étendre les obligations personnelles édictées par la loi dans l'intérêt de la santé publique. Est donc entaché d'illégalité l'arrêté du président d'un Conseil général décidant, sans y avoir été habilité par un texte, que les enfants accueillis dans les crèches doivent recevoir les vaccinations contre la coqueluche et la rougeole qui ne sont pas rendues obligatoires par le législateur[2]. législateur[2]. La même solution est retenue s'agissant d'un arrêté ministériel soumettant les forestiers auxiliaires aux vaccinations antityphoïdique et anti-hépatique B[3].

150 Il ne s'agit pas pour autant d'affirmer le caractère absolu de ces droits. L'ordre public sanitaire, qui prime tout, peut justifier leur restriction. La création d'un dispositif coercitif attentatoire aux droits de la personne humaine s'avère parfois nécessaire à la protection de la collectivité[4]. Outre la vaccination obligatoire, les dispositifs relatifs à la prophylaxie de certaines maladies peuvent emporter de sérieuses atteintes aux droits de la personne[5]. On peut prendre l'exemple de la police des maladies vénériennes[6] qui, bien que non reprise par le nouveau Code de la santé publique, n'a pas été formellement abrogée. Son dispositif comprend des mécanismes particulièrement contraignants pour le malade ou le malade présumé : déclaration obligatoire de la maladie[7] et signalement de la

---

[1] Il convient ici de réserver un sort particulier à l'arrêt d'Assemblée du Conseil d'État, *A.L.I.S.*, en date du 3 mars 2004 par lequel la Haute juridiction administrative a considéré que le ministre de la Défense peut compétemment instituer des obligations vaccinales spécifiques aux militaires en marge de celles qui ont été expressément prévues par le législateur (n° 222918, *Rec.* p. 112 ; *D.* 2004, p. 1257, note RITLENG ; *R.F.D.A* 2004, p. 581, concl. G. LE CHÂTELIER ; *A.J.D.A.* 2004, p. 971, chron. F. DONNAT et D. CASAS ; *R.D.S.S.* 2004, p. 608, note M. DEGUERGUE). Bien qu'elle rompe avec la jurisprudence établie en ce domaine, cette décision n'a pas pour effet d'étendre les pouvoirs de l'administration dans le maintien de l'ordre public sanitaire. D'une part, il faut observer que le raisonnement du Conseil d'État exclut toute préoccupation relative à la santé publique. C'est, en l'espèce, les exigences spécifiques de la sûreté qui fondent la compétence réglementaire du ministre. D'autre part, la portée de cette décision doit être circonscrite en ce que, comme le relèvent M. DONNAT et M. CASAS, « *elle ne peut valoir que pour les personnels militaires et ne saurait aucunement constituer l'amorce d'une conception nouvelle du pouvoir réglementaire des ministres* » (Le pouvoir réglementaire « autonome » du ministre de la Défense, *A.J.D.A.* 2004, p. 973).

[2] C.E., 29 juill. 1994, *Courty*, n° 102334, *Rec.* p. 369 ; *R.D.S.S.* 1995, p. 283, note J.-S. CAYLA ; *J.C.P.* 1994, IV, 2335, obs. M.-C. ROUAULT.

[3] C.E., 15 nov. 1996, *A.L.I.S.*, n° 172806, *Rec.* p. 454 ; *R.D.S.S.* 1997, p. 247, comm. J.-S. CAYLA. *Cf.* également T.A. de Grenoble, 20 janv. 1965, *Dubois*, *Rec.* tables p. 888 ; *D.* 1965, Somm., p. 85 ; *J.C.P.* 1965, II, 14239, note M. RAVAT (annulation de la décision d'un inspecteur d'Académie excluant des enfants n'ayant pas subi la vaccination par B.C.G d'une école maternelle dès lors qu'un certificat de contre-indication générale a été présenté par les parents, cette exclusion revenant à alourdir les obligations faites par la loi).

[4] Ce qu'a notamment rappelé le Conseil d'État dans son arrêt *A.L.I.S.* du 26 nov. 2001, préc.

[5] Sur le dispositif actuel de lutte contre les « menaces sanitaires graves », v. *infra* n°s 273 et 636.

[6] Titre II du Livre IV relatif aux fléaux sociaux de l'ancien C.S.P. (non repris). Selon la définition proposée par l'ancien art. L. 254, « *on entend par maladie vénérienne […] : la syphilis, la gonococcie, la chancrelle et la maladie de Nicolas-Favre* ». Pour l'examen détaillé de ce dispositif, *cf.* J.-S. CAYLA, Les maladies transmissibles par contact sexuel, *R.D.S.S.* 1993, n° 29, p. 27-32.

[7] Art. L. 257 C.S.P. (non repris).

la personne[1] à l'autorité sanitaire, examens médicaux obligatoires[2] et obligations de soins[3] soins[3] pouvant conduire, en cas de refus, à une hospitalisation forcée[4]. L'autorité sanitaire sanitaire peut également ordonner l'arrêt de travail du malade qui, en cas de résistance, peut encore faire l'objet d'une hospitalisation d'office[5]. Celui-ci peut enfin être soumis à une surveillance médicale obligatoire après sa sortie de l'hôpital[6]. Ce régime très brutal, et peu appliqué en pratique, traite les malades comme de véritables délinquants sanitaires et porte d'importantes restrictions à nombre de leurs droits. De semblables prescriptions ne peuvent toutefois résulter que de la volonté du législateur qui est exclusivement compétent pour en établir la nécessité.

Il faut en outre noter le pragmatisme du juge qui n'a, à aucun moment, nié l'importance de la sauvegarde de la santé publique. Il a, par exemple, été jugé que les chefs d'établissements scolaires et les autorités académiques peuvent légalement étendre les obligations vaccinales subordonnant le droit de fréquentation scolaire des enfants pour accorder ou refuser l'inscription de ceux-ci à une classe de neige[7]. Par ailleurs, le juge n'hésite pas à faire une lecture extensive de la loi imposant une obligation vaccinale en admettant la légalité des innovations indispensables à son effectivité[8]. Par un arrêt d'Assemblée du 12 décembre 1953, le Conseil d'État a ainsi considéré que le décret pris pour l'application de la loi du 5 janvier 1950 imposant la vaccination antituberculeuse

---

[1] Les déclarations peuvent être nominales si le médecin estime que le malade, du fait de sa profession ou de sa conduite, fait courir un risque grave de contagion aux tiers (art. L. 259 al. 2 C.S.P. non repris). Soulignons que le tribunal correctionnel de la Seine, sans doute pour éviter la réserve des médecins, a décidé qu'un praticien ayant de bonne foi envoyé à l'autorité sanitaire départementale une fiche concernant une personne présumée atteinte d'une de ces maladies ne pouvait être poursuivi pour injures (Trib. corr. de la Seine, 12 janv. 1944, *D.A.* 1944, n° 55).

[2] Toute personne contre laquelle « *existent des présomptions précises, graves et concordantes* » d'avoir transmis l'une de ces maladies à un ou plusieurs tiers peut se voir enjoindre, par décision motivée de l'autorité sanitaire, de subir un ou plusieurs examens médicaux et, le cas échéant, y être contrainte par la force publique (art. L. 261 C.S.P. non repris). Une telle présomption peut résulter de la déclaration d'une personne contaminée à son médecin qui doit alors transmettre les renseignements à l'autorité sanitaire (art. L. 262 non repris), toute dénonciation calomnieuse étant néanmoins sanctionnée (art. L. 289 non repris). Une interprétation erronée par l'administration des renseignements fournis et l'absence de « présomptions graves et précises » justifiant son action engagent sa responsabilité sur la base de la faute simple : C.E., Sect., 5 juill. 1957, *Dép. de la Sarthe c. Delle Artus*, n° 33.519, *Rec.* p. 454 ; *D.* 1958, p. 188, note Ch. BLAËVOËT ; *A.J.D.A.* 1957, p. 395, note J. FOURNIER et G. BRAIBANT.

[3] Art. L. 255 et L. 273 C.S.P. non repris.

[4] Art. L. 275 C.S.P. non repris.

[5] Art. L. 277 C.S.P. non repris.

[6] Art. L. 281 C.S.P. non repris. Néanmoins, le fait de maintenir une femme en observation dans un service de vénérologie sans respecter la réglementation applicable aux maladies vénériennes est constitutif d'une séquestration arbitraire : Cass. crim., 12 mars 1959, *Bull. crim.* n° 175, p. 350.

[7] Dès lors que le non-départ d'un enfant en classe de neige organisée par une école ne met pas en cause l'accomplissement de l'obligation scolaire, le Conseil d'État estime en effet que la vaccination à laquelle est absolument subordonné ce départ n'étend pas l'obligation faite par la loi et respecte le principe du consentement à l'acte de soins. Est dès lors légal le refus opposé par un inspecteur d'Académie d'accepter le départ d'un élève qui, en raison d'une contre-indication médicale, n'a pas été vacciné contre le tétanos : C.E., Sect., 1er avr. 1977, *Épx Deleersnyder*, n° 00.941, *Rec.* p. 173 ; *A.J.D.A.* 1977, p. 506, concl. J.-M. GALABERT ; *Rev. adm.* 1977, n° 178, p. 377, note P. DARCY ; *D.* 1979, p. 466, note J.-Y. PLOUVIN ; *D.A.* 1977, n° 150 ; *Quot. Jur.*, 15 avr. 1978, note CASTAGNE.

[8] G. PEISER, obs. sous C.E., 16 juin 1967, *Ligue nationale pour la liberté des vaccinations*, *A.J.D.A.* 1968, p. 168.

pouvait légalement porter atteinte à la liberté individuelle et aux droits de la puissance paternelle en prévoyant que la séparation prophylactique des enfants, pourtant non prévue par la loi, pourrait être ordonnée par l'autorité sanitaire, une telle mesure apparaissant comme « indispensable » à la bonne exécution de la loi[1].

Le principe demeure donc que la santé publique prime sur tout droit et sur toute liberté. S'il subsiste certaines variations des pouvoirs de l'administration pour instituer un régime restrictif des libertés, ces variations restent sans effet réel sur ce principe. L'exercice d'un droit ou une liberté peut toujours être limité dès lors que la sauvegarde de la santé publique en impose la nécessité[2]. C'est par ailleurs au regard de ce principe de nécessité que sont définis les modalités de l'encadrement des libertés ainsi que le degré d'atteinte qui leur est portée.

2) La diversité des régimes de limitation des libertés

151 Si la constitution d'une situation dangereuse pour la santé publique justifie l'intervention de l'autorité publique, celle-ci peut prendre des formes différentes et imposer des degrés divers de contrainte. Les pouvoirs publics peuvent, tout d'abord, recourir à un régime répressif d'encadrement des libertés. Cet encadrement sera plus ou moins poussé selon les nécessités de l'ordre public et peut, dans certains cas, aller jusqu'à une interdiction pure et simple faite aux administrés de se livrer à tel ou tel comportement ou activité jugés dangereux pour la santé publique[3]. Les pouvoirs publics peuvent également faire appel à des procédés permissifs de déclaration ou d'autorisation préalables. Le droit de la santé publique accorde une place privilégiée à de tels régimes que l'on rencontre fréquemment[4].

152 Le choix opéré entre ces différents systèmes d'encadrement des libertés s'avère particulièrement important. D'une part, la nature des pouvoirs exercés par

---

[1] C.E., Ass., 12 déc. 1953, *Union nat. des assoc. familiales*, n° 16.479 (et décisions du même jour *Arsac, Bellanger, Robin, Perraud, Conf. nat. des assoc. catholiques des chefs de famille*), *Rec.* p. 545 ; *Dr. soc.* 1954, p. 241, concl. C. MOSSET ; *S.* 1954, p. 44, note G. TIXIER ; *D.* 1954, I, p. 511, note ROSSILLION ; *Le concours médical* 1954, p. 801 et p. 3829, comm. ROLIN. *Cf.* également, C.E., 16 juin 1967, *Ligue nat. pour la liberté des vaccinations*, n° 66.840, *Rec.* p. 259 ; *A.J.D.A.* 1968, p. 166, obs. G. PEISER ; *J.C.P.* 1967, II, 15303, concl. Y. GALMOT (légalité de la disposition réglementaire subordonnant l'entrée des enfants dans les écoles ou les crèches à leur vaccination antipoliomyélitique en dépit des atteintes portées par cette disposition à la liberté individuelle, à l'intégrité de la personne et à la liberté de l'enseignement. Si cette mesure n'a pas été prévue par la loi, il résulte des dispositions de celle-ci « *que le législateur a entendu donner au gouvernement les pouvoirs les plus larges pour prendre les mesures propres tant à assurer, dans les conditions techniques les meilleures, la vaccination antipoliomyélitique, qu'à faire respecter par les particuliers, dans l'intérêt de la santé publique, l'obligation de cette vaccination* ») ; — 6 oct. 2000, *A.L.I.S.*, n° 210124, inédit.

[2] C'est notamment ce qu'a rappelé le juge des référés-libertés du Conseil d'État dans son ordonnance du 8 sept. 2005, *Garde des Sceaux – Min. de la Justice c. M. X.*, préc.

[3] *Cf.* par exemple les art. L. 226-3 et L. 234-2 C. rur., L. 2212-2 C.G.C.T., L. 1324-3 et L. 1324-4 C.S.P., etc.

[4] *Cf. infra* n° 259.

l'administration varie radicalement selon le régime adopté[1]. D'autre part, ces régimes se situent à des niveaux différents et, notamment, ne portent pas le même degré d'atteinte à l'exercice des libertés. L'institution d'un régime répressif correspond au principe libéral selon lequel « *la liberté est la règle et la restriction de police l'exception* »[2]. La création d'un régime d'autorisation renverse cette logique en faisant de l'interdiction le principe et de la liberté l'exception : la liberté ne peut s'exercer sans qu'une intervention administrative ne l'autorise explicitement ou implicitement. Entre ces deux extrêmes, se situe le régime de la déclaration préalable qui, sans aller jusqu'à un système « d'interdiction sous réserve » comparable au procédé de l'autorisation, est susceptible de porter des atteintes graves à la liberté.

153 Le degré d'atteinte à la liberté diffère donc selon le régime choisi. Par conséquent, ce choix échappe normalement à la libre appréciation de l'administration qui ne peut de son propre chef supprimer *a priori* l'exercice d'une liberté. Les autorités de police générale ne peuvent donc pas recourir aux techniques de déclaration[3] ou d'autorisation[4], ni édicter d'interdiction générale et absolue[5]. La police sanitaire ne déroge pas à cette interdiction qui a donné lieu à une jurisprudence fournie[6]. Le principe rappelé à l'article

---

[1] *Cf.* C.E., 15 juill. 1959, *Ville de Lille*, n° 42.597, *Rec.* p. 446 (un texte accordant un pouvoir d'autorisation à un maire ne l'habilite pas d'un pouvoir de réglementation). *Cf.* également sur la distinction entre récépissé de déclaration et autorisation et ses conséquences : T.A. de Marseille, 10 juill. 1959, *Sieur Bourquin*, préc.

[2] L. CORNEILLE, concl. sur C.E., 10 août 1917, *Baldy*, *Rec.* p. 640.

[3] C.E., 13 mai 1927, *Carrier et a.*, *D.* 1928, 3, p. 9, note J.-J. CHEVALLIER.

[4] C.E., Ass., 22 juin 1951, *Sieur Daudignac*, préc. Pour une application plus récente, *cf.* C.E., 14 mars 2001, *Soc. Rouge Petrus le Media Taxi*, n° 196199 et n° 196203, inédit.

[5] À titre d'exemple : C.E., 6 août 1910, *Perchat-Hadot et a.*, n°s 30.007 et 31.681, *Rec.* p. 709 ; — Sect., 27 mars 1936, *Assoc. cultuelle israélite de Valenciennes*, préc. ; — 10 févr. 1937, *Soc. Valrose, Lecoublet, Delmas*, n° 43.371, *Rec.* p. 174 ; — 1er déc. 1937, *Sieur Benoit,* n° 58.312, *Rec.* p. 982 ; — 23 mars 1938, *Grands magasins économiques c. maire de Mur*, n° 52.753, *Rec.* p. 296 ; — 17 oct. 1952, *Synd. climatique de Briançon, sieur Dominique et a.*, préc. ; — 20 janv. 1965, *Min. de l'Intérieur c. dame Vve Vicini*, n° 62.214, *Rec.* p. 41 ; — 14 mars 1979, *Auclair*, n° 04.631, *Rec.* p. 112 ; *J.C.P.* 1980, II, 19452, note KERNINON ; — 2 déc. 1983, *Ville de Lille c. Ackermann et a.*, préc. V. également : Cass. crim., 2 févr. 1955, *Bouget*, *D.* 1955, p. 275 ou encore T.A. de Strasbourg, 21 avr. 1984, *Comm. de la République de la Moselle*, *Rec.* tables p. 690.

[6] Est donc entachée d'excès de pouvoir, toute mesure qui, bien que motivée par des considérations de santé publique, a pour objet ou pour effet d'assujettir l'exercice d'une liberté à une autorisation préalablement délivrée par l'administration. Cette illégalité de principe touche bien sûr les mesures réglementaires, d'autant plus que, dans ce cas, ce procédé est « *de nature à créer des risques de traitement inégal des intéressés* » (R. CHAPUS, *Droit administratif général*, *op. cit.*, t. 1, n° 930, p. 712). *Cf.*, entre autres, Cass. crim, 19 févr. 1876, *D.* 1877, I, p. 45 ; — 24 juin 1887, *Guillaume-Marie Bostcazo*, *Bull. crim.* . n° 240, p. 377 ; C.E., 13 mai 1898, *Sieur Gay*, préc. ; — 20 mai 1904, *Sieur Lamarthonie*, n° 8.441, *Rec.* p. 408 ; — 10 mars 1905, *Sieur Chavrier*, n° 12.390, *Rec.* p. 240 ; — 8 déc. 1905, *Sieur Raveau c. Maire du Havre*, n° 18.534, *Rec.* p. 912 ; — 11 mai 1928, *Maire de Saint-Nicolas du Port*, préc. ; — 10 mars 1937, *Dame Vve Piron*, préc. ; — 17 juin 1953, *Ville de Briançon*, préc. ; — Sect., 14 févr. 1958, *Sieur Abisset*, préc. ; T.A. de Clermont-Ferrand, 1er juill. 1960, *Dame Geneix*, *Rec.* p. 800 ; C.E., 26 juill. 1985, *Soc. Glace service*, n° 51.083, *Rec.* p. 236 ; *D.A.* 1985, n° 495. Elle concerne également les mesures individuelles bien que le cas soit plus rare : C.E., 2 avr. 1898, *Sieur de Chauvelin*, préc. (Les pouvoirs de police générale du maire « *ne lui permettent pas, pour prévenir les dangers d'une épidémie, d'interdire à un propriétaire de faire sortir de ses étables aucun animal de l'espèce bovine et d'expédier aucune bête sans une autorisation spéciale de la municipalité accordée à la suite d'un rapport du vétérinaire* »). Au demeurant, la chambre criminelle de la Cour de cassation considère que si un tel régime a été institué et qu'une activité soumise à autorisation s'est exercée sans l'avoir reçue, les tribunaux répressifs doivent refuser de prononcer la sanction pénale de cette infraction qui n'est pas juridiquement constituée (21 déc. 1961, *Dame Le Roux*, *J.C.P.* 1962, II, 12680, obs. J. LARMAQUE). Le juge nie par ailleurs tout caractère décisoire aux agréments sanitaires délivrés par l'administration sans habilitation préalable : *cf.* C.E., 26 oct. 1994, *Bruguier*, n° 127944,

34 de notre Constitution veut que seul le législateur soit habilité à définir un régime de déclaration ou d'autorisation préalables ou à édicter une interdiction générale supprimant l'exercice de la liberté.

154 Or il semble bien que le choix opéré par le législateur entre tel ou tel régime d'encadrement des libertés ne dépende pas directement de ses conséquences sur la ou les libertés concernées, mais de la gravité du trouble ou de la menace de trouble qu'il s'agit de prévenir, celle-ci étant elle-même appréciée au regard de la gravité des conséquences de sa réalisation. La question n'est donc pas tant de savoir quel est le degré d'atteinte que peut supporter une liberté, que de connaître le degré de surveillance et d'encadrement nécessaire pour que la santé publique soit efficacement protégée. L'édiction d'une interdiction générale et absolue touche ainsi toutes les activités jugées absolument néfastes pour la société. Les procédés de la déclaration ou de l'autorisation sont quant à eux employés pour les activités qui, bien que socialement utiles, exigent un contrôle étroit des autorités publiques. La déclaration simple est utilisée pour l'exercice d'activités que l'administration veut surveiller d'assez loin ; la déclaration suivie d'interdiction intéresse celles pour lesquelles s'impose une surveillance renforcée ; l'autorisation, enfin, est employée lorsqu'un contrôle strict de l'activité est nécessaire à la sécurité collective. C'est donc la gravité du risque présenté par une activité qui décide du régime d'encadrement des libertés : plus l'activité est dangereuse, plus elle est surveillée et plus grande est l'atteinte portée à la liberté.

Cette idée est parfois explicitement mise en avant par la loi. C'est le cas, par exemple, de la loi du 19 juillet 1976 relative aux installations classées pour la protection de l'environnement dont l'article 2, qui concerne la nomenclature fixée par décret en Conseil d'État, indique que le « *décret soumet les installations à autorisation ou à déclaration suivant la gravité des dangers ou des inconvénients que peut présenter leur exploitation* »[1]. Elle est en outre confirmée par les inflexions apportées par le juge au principe de l'habilitation législative. Il existe en effet deux hypothèses dans lesquelles la police générale peut légalement instituer un régime d'autorisation ou édicter une interdiction générale et absolue. La première, qui nous intéresse peu ici, concerne les cas où l'exercice de l'activité en cause suppose une occupation privative du domaine public. La seconde est, en revanche, beaucoup plus significative. Elle englobe tous les cas où l'ordre public risque d'être gravement compromis et pour lesquels le maintien des règles guidant normalement l'exercice de la police générale conduirait à paralyser

---

Rec. tables p. 1160 (un agrément sanitaire délivré sans base légale n'est pas une décision susceptible de recours puisqu'elle se borne à constater une situation de fait).

[1] L. n° 76-663 du 19 juill. 1976, préc. L'art. 3 poursuit en précisant que « *sont soumises à autorisation préfectorale les installations qui présentent de graves dangers ou inconvénients pour les intérêts visés à l'art. 1er* », la déclaration suffisant pour celles « *qui, ne présentant pas de tels dangers ou inconvénients, doivent néanmoins respecter les prescriptions générales édictées par le préfet en vue d'assurer dans le département la protection des intérêts visés à l'art. 1er* ». *Cf.* aujourd'hui les art. L. 512-1 et L. 512-8 C. envir.

l'administration face à une situation particulièrement dangereuse. La suppression d'une liberté est donc légale dès lors qu'elle est « *essentielle au maintien de la santé publique* »[1] ou lorsque « *les nécessités de l'ordre public* » l'exigent[2]. Une telle mesure est justifiée en cas de circonstances exceptionnelles[3], par exemple un cas d'épidémie grave exigeant une mesure d'urgence[4]. Certaines « circonstances particulières », qui correspondent généralement aux cas où la réalisation du trouble est quasi certaine si ne sont pas prises des mesures radicales, peuvent également conduire à la suppression d'une liberté soit par l'édiction d'une interdiction[5], soit par la définition d'un régime d'autorisation[6].

Par-delà la diversité des régimes de limitation des libertés, il faut donc rechercher l'unité du droit de l'ordre public sanitaire dans le principe de nécessité qui décide du régime adéquat d'encadrement des libertés. En ce sens, l'ordre public sanitaire est également protecteur des libertés.

B.- LA PROTECTION DES LIBERTÉS PAR L'ORDRE PUBLIC SANITAIRE

155 L'ordre public sanitaire concourt à la protection des libertés davantage qu'il ne s'y oppose. Objet d'une appréciation *in concreto* (1), il peut en effet s'analyser comme la synthèse d'exigences contradictoires parmi lesquelles sont pris en compte les besoins de la liberté (2).

1) L'ordre public sanitaire, objet d'une appréciation *in concreto*

156 Les éléments et le degré du contrôle de légalité des mesures administratives de sauvegarde de la santé publique varient en fonction de différents facteurs. Le juge de l'excès de pouvoir tient principalement compte de la nature du pouvoir exercé par l'autorité administrative et des termes de son habilitation à agir[7]. L'objet de la mesure peut également influencer la nature du contrôle, en particulier si elle restreint l'exercice d'une activité ou régule un comportement. Quoiqu'il en soit, le juge administratif opère toujours un contrôle *in concreto* de la légalité des prescriptions de santé publique.

---

[1] Formule retenue par C.E., 14 mars 1919, *Sieur Ghesquière*, préc.

[2] C.E., Sect., 27 mars 1936, *Assoc. cultuelle israélite de Valenciennes*, préc.

[3] C.E., 1er déc. 1937, *Sieur Benoit,* préc. *(a contrario)* ; — 22 déc. 1936, *Sieurs Turpin et a.*, préc. *(a contrario)* ; — 20 janv. 1965, *Min. de l'Intérieur c. dame Vve Vicini,* préc. *(a contrario).*

[4] C.E., 2 déc. 1983, *Ville de Lille c. Ackermann et a.*, préc.

[5] C.E., 6 août 1910, *Sieur Levavasseur*, préc. ; — Sect., 6 janv. 1933, *Sieur Mesnil-Guichard*, préc. ; — Sect., 28 nov. 1980, *Cne d'Ardres*, préc. (légalité d'une interdiction de baignade dans un lac, « *la pollution des eaux et l'état d'envasement du lac constituaient une menace telle pour la santé des baigneurs qu'ils justifiaient l'interdiction générale de la baignade* »)

[6] C.E., Sect., 14 févr. 1958, *Sieur Abisset*, préc. (*a contrario*). La légalité de ce type de mesures sera notamment reconnue lorsqu'elles sont le seul moyen de prévenir ou de faire cesser une situation dangereuse : C.E., 10 juill. 1957, *Feltin*, préc.

[7] On sait en effet que l'intensité du contrôle de légalité varie selon que l'administration exerce un pouvoir discrétionnaire ou une compétence liée.

157 Outre les éléments que l'on pourrait dire « stables » du contrôle de légalité, celui-ci comprend un examen au moins minimal de la bonne interprétation juridique des faits motivant l'intervention de l'administration. En réalité, la lecture de la jurisprudence montre que le degré normal du contrôle de ces mesures correspond, à l'heure actuelle, à un entier contrôle de la qualification juridique des faits. En deux hypothèses principales, le juge administratif limite toutefois son contrôle à l'erreur manifeste d'appréciation. La première concerne les cas où le texte d'habilitation ne laisse aucune marge d'appréciation à l'autorité de police[1]. La seconde hypothèse intéresse les décisions relevant de l'exercice du pouvoir discrétionnaire, la plupart du temps parce qu'elles portent sur des questions techniques ou scientifiques pour l'appréciation desquelles le juge ne s'estime pas compétent[2]. Il en est ainsi pour le contrôle des décisions intervenues en matière de produits pharmaceutiques qui, en raison de leur haute technicité, ne peuvent faire l'objet d'un entier contrôle de la qualification juridique des faits[3]. Le juge administratif exerce de de même un contrôle restreint sur l'appréciation que porte le préfet sur l'état d'insalubrité irrémédiable d'un immeuble pour ordonner sa démolition[4] ou la refuser[5]. Il reste que ce contrôle restreint, lié à la soumission volontaire du juge à un principe d'humilité, fait

---

[1] *Cf.* par exemple, l'art. L. 1331-28 C.S.P. qui lie le pouvoir du préfet pour le prononcé d'une interdiction d'habiter un immeuble à l'avis du Conseil départemental d'hygiène. *Cf.* C.E., 25 nov. 1959, *Dame Vve Frère*, n° 45.365, *Rec.* p. 622 ; – 30 mars 1960, *Schiell*, n° 44.340, *Rec.* tables p. 1001 ; – 27 oct. 1967, *Épx Gruwez*, n° 69188, *D.A.* 1967, n° 371 ; – 19 mars 1982, *Laborde*, n° 19.344, inédit ; T.A. de Nice, 25 sept. 1970, *Sieur Launay et a.*, *Rec.* p. 858 ; – de Paris, 12 janv. 1972, *Sieurs Nicolici et Baumgartner*, *Rec.* p. 844.

[2] V. par exemple C.E., 24 nov. 2003, *Labrousse, Assoc. « La Méridienne » et Assoc. contre l'heure* d'été, n°s 232590, 233333 et 234438, *Rec.* tables p. 994. On rappellera que le juge peut bien évidemment diligenter des expertises, mais que celles-ci ne peuvent porter que sur des questions de fait et non de droit, ce qui exclut leur qualification juridique par les experts. Par exemple : C.E., 7 févr. 1992, *Jean-Marie Schmitt*, n° 126345, *R.D.S.S.* 1992, p. 587, obs. J.-S. CAYLA (c'est à bon droit que le président d'un tribunal administratif rejette une demande d'expertise sur la situation de certains élevages au regard des prescriptions du règlement sanitaire départemental, les missions confiées aux experts devant porter sur des faits à l'exclusion de toute qualification) ; C.A.A. de Paris, 30 juin 2003, *Min. de l'Agriculture, de l'Alimentation, de la Pêche et des Affaires rurales, Min. de la Santé, de la Famille et des Personnes handicapées*, n°s 03PA00155 à 03PA00158 et 03PA01576, *A.J.D.A.* 2003, p. 2054 (la mission d'expertise diligentée par le tribunal administratif de Paris à propos du rôle de l'État dans sa mission de police sanitaire au regard des risques de contamination humaine par un agent pathogène d'origine animale impliquait que l'expert apprécie si les mesures prises « *étaient suffisantes au regard des risques encourus* » et si « *la circonstance que l'interdiction des abats à risques spécifiés dans l'alimentation humaine ne date que de 1996 démontre une carence grave des services de l'État* ». Pour la Cour, une telle mission, « *relative à la qualification juridique des faits et aux conséquences juridiques à tirer de constatation de fait […] n'est pas de celles qu'un juge peut confier à un expert* »).

[3] C.E., 22 févr. 1952, *Soc. des Laboratoires Conan*, préc. ; – 5 oct. 1962, *Soc. des Laboratoires Lambert*, préc. ; – Sect., 28 avr. 1967, *Féd. nat. des synd. pharmaceutiques de France et a.*, préc. ; – Sect., 25 avr. 2001, *Assoc. Choisir la vie – Assoc. pour l'objection de conscience à l'avortement*, n° 216521, *Rec.* p. 190 ; *R.F.D.A.* 2002, p. 541, concl. S. BOISSARD ; *A.J.D.A.* 2002, p. 158, note J.-J. MENURET. *Cf.* également C.E., 3 oct. 1973, *Féd. nat. des synd. dép. et des unions régionales de médecins électroradiologistes qualifiés et sieur Paschetta*, n° 89.249, *Rec.* p. 545 s'agissant de la légalité d'une réglementation de l'utilisation de radioéléments artificiels : « *il n'appartient pas à la juridiction administrative d'apprécier le bien-fondé, sur le plan technique, des motifs invoqués par le ministre à l'appui de la réglementation qu'il a établi* ». V. encore C.E., 21 avr. 1997, *Mme Barbier*, n° 180274, *D.* 1997, IR, p. 123, ainsi que la jurisprudence rendue en matière de « précaution » (*infra* n° 594).

[4] C.A.A. de Paris, 26 oct. 1993, *M. Dif*, n° 92PA00306, *Rec.* tables p. 921.

[5] C.E., 20 janv. 1984, *Cocheteux*, n° 35366, *Rec.* tables p. 747 ; *D.A.* 1984, n° 67.

figure d'exception au principe de l'entier contrôle de la qualification juridique des faits, en constante progression[1].

Le juge de l'excès de pouvoir peut également approfondir le contrôle de la qualification juridique des faits pour s'attacher à l'examen du contenu de la mesure et vérifier l'adéquation des moyens employés par l'administration. Ce contrôle approfondi sera appliqué toutes les fois où l'administration dispose d'un choix multiple dans les moyens qu'elle peut employer. Là encore, le degré du contrôle peut varier selon le contexte. Le juge peut le limiter à l'erreur manifeste d'appréciation[2] ou bien, comme en matière de police générale, l'étendre à une stricte exigence de proportionnalité. Dans cette hypothèse, l'administration doit s'astreindre à choisir la mesure qui est la moins contraignante pour les administrés[3]. Il faut par ailleurs noter que ce contrôle de l'adéquation de la mesure aux faits est nettement encouragé par le législateur qui, dans certains cas, a lui-même imposé une obligation de proportionnalité qui n'aurait peut-être pas été spontanément retenue par le juge[4].

158 La jurisprudence fait donc prévaloir une appréciation *in concreto* de l'ordre public sanitaire par une définition circonstanciée de la nécessité des mesures destinées à son maintien. Ce contrôle concret a été consacré par une jurisprudence ancienne, bien antérieure aux arrêts *Gomel*[5] et *Camino*[6]. On en trouve une application dès 1865 dans l'adoption du principe du libre choix des moyens par le Conseil d'État, principe qui fut précisément élaboré par la Cour de cassation pour opérer un contrôle circonstancié des mesures de salubrité édictées par les autorités de police municipale[7]. Ce travail prétorien de qualification juridique des faits est également perceptible dans un arrêt du 23 juillet 1886 par lequel le Conseil d'État a annulé un arrêté de police pris sur le fondement de la

---

[1] Parmi les avancées les plus récentes de ce contrôle, *cf.* C.E., 30 déc. 1996, *Levesque*, n° 168574, *Rec.* p. 525 ; *D.A.* 1997, n° 110, note C. M. (s'agissant des refus d'autorisation d'exercice de la pro-pharmacie désormais soumis au contrôle normal).

[2] *Cf.* par exemple C.E., 6 févr. 1998, *Épx. Georges*, préc. ; T.A. de Paris, 29 mai 2001, *Coïa*, n° 98-11705, *Rec.* p. 725 (eu égard aux dangers que comporte la consommation du cannabis, le Gouvernement a pu, sans erreur manifeste d'appréciation, estimer que son interdiction constituait le moyen le plus approprié pour protéger la santé publique).

[3] C.E., 19 mai 1933, *Benjamin*, n°s 17413 et 17520, *Rec.* p. 451 ; *G.A.J.A.* n° 47 ; *S.* 1934, III, p. 1, concl. J. MICHEL, note MESTRE ; *D.* 1933, 3, p. 354, concl. Pour une application, comp. C.E., 3 juill. 1992, *Min. de l'Intérieur c. Soc. Carmag*, n° 120448, *Rec.* p. 280 ; – 3 mars 1993, *S.A. Carmag*, n° 116550, *Rec.* p. 51 et – 21 janv. 1994, *Cne de Dammarie-les-Lys c. Soc. Carmag*, préc.

[4] *Cf.* par exemple C.E., 29 déc. 1999, *Synd. nat. du commerce extérieur des produits congelés et surgelés et a.*, n° 206945, *Rec.* p. 435 ; *R.F.D.A.* 2000, p. 287 ; *D.* 2000, IR, p. 26 ; *J.C.P.* 2000, IV, 1953 ; *Jurisprudence de la santé* 1999-2000, p. 56 (faisant application de l'art. L. 221-9 C. cons. exigeant que les mesures de police décidées en vertu des art. L. 221-2 à L. 221-8 soient « *proportionnées au danger présenté par les produits et services* ». Comp. C.E., 28 oct. 1991, *Soc. J.-M. Lorcy, S.A. Kerlaanu Locoal Mendon – S.A. Garcia – S.A. Pascual France*, n°s 88551, 88623 et 88666, *Rec.* tables p. 1084 ; *J.C.P.* E 1991, Pan. n° 1310 ; *Contrats conc. consom.* 1992, n° 58, obs. G. RAYMOND.

[5] C.E., 4 avr. 1914, *Gomel*, n° 55125, *Rec.* p. 488 ; *G.A.J.A.* n° 29 ; *S.* 1917, 3, p. 25, note M. HAURIOU.

[6] C.E., 14 janv. 1916, *Camino*, n°s 59619 et 59679, *Rec.* p. 15 ; *G.A.J.A.* n° 30 ; *R.D.P.* 1917, p. 463, concl. L. CORNEILLE, note G. JÈZE ; *S.* 1922, 3, p. 10, concl.

[7] C.E., 5 mai 1865, *De Montailleur* (2 esp.), préc. *Cf. supra* n°s 59, 81 et 127.

loi du 13 avril 1850 obligeant le propriétaire d'un immeuble à exécuter des travaux de réfection des murs pour éviter la prolifération de punaises[1]. Cette jurisprudence a très vite débouché sur la généralisation du contrôle *in concreto* des mesures de police sanitaire. L'arrêt *Demoiselle Noualhier* du 24 janvier 1902 impose explicitement au maire, autorité de police générale, de « *concilier le maintien de l'ordre public avec le respect dû aux droits des particuliers* »[2]. On retrouve cette exigence quelques années plus tard s'agissant de la police de l'habitat insalubre[3] puis des règlements sanitaires adoptés sur le fondement fondement de l'article 1er de la loi du 15 février 1902. Pour le Conseil d'État, cette disposition autorise l'autorité de police à fixer les mesures « *jugées nécessaires dans l'intérêt de la santé publique, sous réserve de concilier les intérêts primordiaux de la santé publique avec le respect dû au droit de propriété et à la liberté de l'industrie* »[4]. Cette obligation de conciliation justifie alors que le Conseil d'État examine la nécessité des mesures de protection de la santé publique au regard des circonstances de fait, de temps et de lieu propres à l'espèce considérée[5]. Dans le même ordre d'idée, le Conseil constitutionnel a très tôt affirmé l'opposabilité de ce principe au législateur, qui doit notamment s'attacher à concilier les intérêts de la santé publique avec les droits et les libertés de valeur constitutionnelle susceptibles de s'y opposer[6].

Il faut par ailleurs remarquer que cette appréciation circonstanciée des nécessités de l'ordre public sanitaire dépasse largement le seul contrôle des motifs de fait des décisions administratives dont est saisi le juge de l'excès de pouvoir. Ce dernier l'utilise également pour vérifier, et éventuellement censurer, l'existence ou l'absence d'un détournement de pouvoir ou de procédure. Ce contrôle *in concreto* est encore employé

---

[1] C.E., 23 juill. 1886, *De Boismonbrun*, préc.

[2] C.E., 24 janv. 1902, *Delle Noualhier*, préc. *Cf.* également C.E., 9 mai 1913, *Sieurs Roubeau et a.*, n° 47.115, *Rec.* p. 519 : le maire « *doit concilier l'intérêt de l'hygiène et de la salubrité publiques avec les autres intérêts d'ordre général* ».

[3] C.E., 5 juin 1908, *Marc et Chbre synd. des propriétés immobilières de la ville de Paris*, préc. et, du même jour, *Gavignot et Chbre synd. des propriétés immobilières de la ville de Paris*, n° 17.700, *Rec.* p. 627.

[4] C.E., 15 janv. 1909, *Vial, Guillotel et a.*, préc. *Cf.* également, avec une formulation identique, C.E., 24 févr. 1911, *Sieur Mathieur et Assoc. des propriétaires et locataires de la ville de Reims*, n° 28.264, *Rec.* p. 231 ; — 17 mars 1932, *Sieur Bedle*, nos 1.867 et 7.682, *Rec.* p. 326 ; — 9 nov. 1935, *Sieurs Botteloup et a.*, n° 44.052, *Rec.* p. 1033.

[5] Outre les arrêts précités, *cf.* encore C.E., 17 janv. 1908, *Dame Monvoisin*, nos 21.469 et 22.039, *Rec.* p. 61 (mesure « *absolument nécessaire pour assurer la salubrité de l'immeuble* ») ; – 6 mars 1925, *Sieurs Lapp et Bilger*, *Rec.* tables p. 1160 (s'agissant un arrêté municipal de police générale imposant la pasteurisation du lait consommé. Le juge administratif se livre ici à un examen extrêmement détaillé des éléments concrets de l'espèce qui lui est soumise). Pour un exemple récent : C.A.A. de Bordeaux, 17 oct. 2006, n° 03BX01503, *M. Philippe X. c. Cne de Toulouse*, préc.

[6] C.C., n° 80-117 DC, 22 juill. 1980 (*Loi relative à la protection et au contrôle des matières nucléaires*), *J.O.* du 24 juill., p. 1867 ; *Rec.* p. 42 ; *R.J.C.* p. I-81 ; *Pouvoirs* 1980-15, p. 172, note J. GICQUEL et P. AVRIL ; *R.D.P.* 1980, p. 1652, note L. FAVOREU ; *Dr. soc.* 1980, p. 441, note D. TURPIN ; *D.* 1981, 2, p. 65, note C. FRANCK.

dans le cadre du contentieux de la responsabilité pour la qualification de la faute, qui exige une étude concrète de l'espèce[1].

159 D'abord destinée à garantir une bonne conciliation entre les intérêts de la santé publique et les droits des particuliers, cette appréciation circonstanciée des exigences de l'ordre public sanitaire contribue indiscutablement à la protection des libertés. D'une part, en subordonnant la légalité des mesures à leur nécessité, le juge administratif évite toute restriction inutile de l'exercice des libertés. D'autre part, ce contrôle, qui insiste sur le caractère relatif et contingent de l'ordre public, empêche toute définition abstraite et arbitraire de celui-ci. Même réduit à ses démembrements matériels, l'ordre public ne peut être défini *a priori*, indépendamment d'une situation de fait particulière. Comme le note M. PICARD, « *même la santé publique* » n'est jamais, en elle-même et abstraitement, suffisante « *pour justifier n'importe quelle restriction à n'importe quelle liberté et donc pour relever effectivement de l'ordre public comme norme contraignante* »[2]. Il s'agit là d'une garantie importante qui assure la correspondance effective du fait et du droit et empêche de considérer l'ordre public comme un instrument livré à l'arbitraire des autorités publiques. L'ordre public n'est pas une doctrine mais une *nécessité de fait* qui rend compte de la conciliation d'exigences contradictoires.

2) L'ordre public sanitaire, synthèse d'exigences contradictoires

160 L'exigence jurisprudentielle d'une conciliation entre les intérêts de la santé publique et ceux qui lui sont éventuellement contraires pourrait sans doute conduire à conclure que l'ordre public sanitaire, à l'instar de l'ordre public, « *représente par excellence un principe contraire à la liberté* »[3]. La lecture attentive des solutions prétoriennes laisse toutefois percevoir une réalité bien différente[4].

161 En premier lieu, il convient de garder à l'esprit que la priorité donnée aux intérêts de la santé publique ne s'exerce pas forcément au détriment des droits et des libertés, dont la limitation est une conséquence particulière, mais non systématique, de l'ordre public sanitaire. Soutenir le contraire serait privilégier une approche déformée de la notion en la restreignant à l'un de ses effets les plus remarquables tout en ignorant ses raisons, qui doivent être recherchées dans sa fonction fondamentale. Or cette fonction ne se détermine pas par la limitation des libertés[5], mais par la protection des conditions sanitaires propices

---

[1] *Cf.* par exemple, C.A.A. de Nancy, 25 juin 1992, *Cne de Tombelaine*, n° 90NC00240, *Rec.* tables p. 1163.

[2] É. PICARD, L'influence du droit communautaire sur la notion d'ordre public, *op. cit.*, p. 64.

[3] P. WACHSMANN, note sous C.C., n° 85-187 DC du 25 janv. 1985, *op. cit.*, p. 363.

[4] En ce sens, *cf.* notamment M. ROUGEVIN-BAVILLE, concl. sur C.E., Ass., 24 janv. 1975, *Min. de l'Information c. Soc. Rome-Paris Films*, *R.D.P.* 1975, p. 286-299.

[5] Ce rôle de limitation des libertés ne lui est d'ailleurs pas spécifique. D'abord, le maintien de l'ordre public n'exige pas toujours leur restriction ; ensuite l'ordre public n'est pas la seule notion de droit public conduisant à limiter l'exercice d'un droit ou d'une liberté : *cf. supra* n° 95.

propices à la sécurité, elle-même essentielle au plein épanouissement des droits et des libertés[1].

Cette perspective libérale de l'ordre public a été explicitement adoptée par le Conseil constitutionnel dans la décision *Sécurité et Libertés* des 19 et 20 janvier 1981 : « *Il est nécessaire d'opérer une conciliation entre l'exercice des libertés constitutionnellement reconnues et les besoins […] de la prévention d'atteintes à l'ordre public […],* nécessaires l'un et l'autre, *à la sauvegarde des droits de valeur constitutionnelle* »[2]. La jurisprudence administrative traduit une position similaire du Conseil d'État qui, bien que de façon moins explicite, associe parfois très étroitement ordre public et libertés publiques. La formule retenue dans le considérant de principe de l'arrêt *Association cultuelle des Israélites nord-africains de Paris* en date du 2 mai 1973 est, à cet égard, tout à fait significative : « *Il appartient au Premier ministre, en vertu de ses pouvoirs propres, d'édicter des mesures de police applicables à l'ensemble du territoire et tendant à ce que l'abattage des animaux soit effectué dans des conditions conformes à* l'ordre public, à la salubrité et au respect des libertés publiques »[3].

Dans la mesure où aucun texte ni aucun principe général du droit n'imposent la police comme l'activité exclusive du maintien de l'ordre, il faut partir du postulat selon lequel les personnes publiques responsables de la sauvegarde de la santé publique doivent mettre en œuvre tous les moyens propres à l'assurer, que ces moyens soient ou non de nature disciplinaire et coercitive et qu'ils conduisent ou non à une limitation des libertés[4]. Si l'exercice de la contrainte s'impose quelquefois, il serait illogique et contraire aux principes du droit français d'exiger cette contrainte ou même d'exiger que soit utilisé l'instrument juridique le plus contraignant lorsque le maintien de l'ordre public ne l'impose pas nécessairement[5]. Partant, on doit admettre que le droit dérivant de l'ordre public sanitaire ne peut en aucune façon être résumé dans les mesures unilatérales de pure restriction des libertés. Il gagne, à bien y réfléchir, l'ensemble des activités ouvertes à

---

[1] En ce sens, *cf.* le *Rapport public 1999* du Conseil d'État : « *Tout motif d'ordre public est réputé, pour le juge, servir l'intérêt général, et peut* [et non doit] *justifier que des restrictions soient imposées à l'exercice de certaines libertés afin, il est vrai, d'en permettre un exercice ultérieur plus « complet », et sans entraves* » (*op. cit.*, p. 290).

[2] C.C., n° 80-127 DC des 19 et 20 janv. 1981 (*Loi renforçant la sécurité et protégeant la liberté des personnes*), *Rec.* p. 15 ; *J.O.* du 22 janv., p. 308 ; *R.J.C.* p. I-91 ; *G.D.C.C.* n° 30 ; *J.C.P.* 1981, II, 19701, note C. FRANCK ; *A.J.D.A.* 1981, p. 275, note C. DE GOURNAY et p. 278, note J. RIVERO ; *R.D.P.* 1981, p. 651, note L. PHILIP ; *Rev. adm.* 1981, p. 266, note M. DE VILLIERS ; *D.* 1982, J., p. 441, note A. DEKEUWER (Mots soulignés par nous).

[3] C.E., 2 mai 1973, *Assoc. cultuelle des Israélites nord-africains de Paris*, préc. (Mots soulignés par nous).

[4] En ce sens, *cf.* J.-M. AUBY, Droits de l'Homme et droit de la santé…, *op. cit.*, p. 674. C'est d'ailleurs ce que souligne aujourd'hui l'article L. 1110-1 C.S.P., *cf. infra* n° 504.

[5] *Cf.* par exemple C.E., 7 mai 1993, *Lavaud*, n° 110947, *Rec.* tables p. 1038 ; *D.* 1994, SC, p. 271, comm. P. BON ; *D.A.* 1993, n° 345 où le juge admet qu'un préfet puisse utiliser la procédure d'expropriation de droit commun en lieu et place de la procédure exceptionnelle prévue à l'art. L. 45 C.S.P., la première « *offr[ant] au demeurant des garanties plus étendues aux propriétaires intéressés* ». Il faut par ailleurs se rappeler que le principe d'adéquation de la mesure de police impose justement que l'administration s'astreigne, lors de son intervention, à choisir la procédure la moins contraignante.

l'administration dès lors qu'elle agit pour la protection de ces intérêts primordiaux de santé publique[1]. C'est ce qu'illustre notamment l'arrêt *Boudin* du 30 juillet 1997 accordant au ministre chargé de la Santé le droit de mettre en garde le public contre des dangers pour la santé publique, même en dehors de toute habilitation législative[2].

162 En second lieu, il convient de nuancer l'interprétation que donne une partie de la doctrine des raisons du contrôle de proportionnalité souvent appliqué en matière de police administrative. Pour nombre d'auteurs, en effet, celui-ci serait justifié par la spécificité de son contexte : celui des droits de l'Homme auxquels les mesures de police administrative porteraient atteinte. Sans qu'il s'agisse de nier le libéralisme du juge, cette interprétation paraît devoir être sensiblement atténuée dans la mesure où le contrôle de proportionnalité n'implique pas nécessairement la confrontation d'un intérêt général et d'une liberté. Il peut aussi intéresser la conciliation de deux intérêts généraux concurrents[3] ou un conflit de libertés[4], hypothèses dans lesquelles la mesure doit également faire en sorte que les intérêts opposés soient conjugués de façon équilibrée au regard des circonstances[5].

Le contrôle de proportionnalité ne consiste donc pas seulement en une évaluation des restrictions qui peuvent être apportées à une liberté au nom de l'ordre public. Il s'agit surtout pour le juge de confronter des intérêts divergents pour en opérer la synthèse à partir de laquelle il peut effectivement apprécier l'équilibre de la mesure. Or c'est précisément à cette synthèse que renvoie la notion d'ordre public puisque c'est elle qui, en définitive, fixe les limites légales de la mesure de police. Lorsque le juge administratif annule une mesure générale et absolue, par exemple, ce n'est pas parce que cette mesure fait excessivement primer l'ordre public sur une liberté, mais parce que l'administration a fait une interprétation erronée du cadre de l'ordre public qui n'est pas respecté. Pour se convaincre, il suffit de se reporter aux arrêts relatifs à l'annulation des mesures de police administrative jugées excessives car insuffisantes pour garantir l'intérêt général et,

---

[1] Pour quelques exemples, *cf. infra* n°s 277 et 504.

[2] *Op. cit.* Sur la participation de l'information de santé publique au maintien de l'ordre public sanitaire, *cf. infra* n° 509.

[3] *Cf.* C.E., 9 mai 1913, *Sieurs Roubeau et a.*, préc. ; — 30 déc. 1996, *Assoc. « Act-Up Paris »*, n° 151626, inédit (confrontation de l'intérêt général de la santé publique au maintien de l'ordre public).

[4] *Cf.* J.-M. DENQUIN, Sur les conflits de libertés en droit administratif français, *Service public et libertés. Mélanges CHARLIER*, *op. cit.*, p. 545-561. C'est d'ailleurs ce qu'illustre l'arrêt *A.L.I.S. et a.* du Conseil d'État du 26 novembre 2001, préc., en ce qui concerne la proportionnalité des obligations vaccinales qui, porte une « *atteinte limitée* » au principe d'intégrité physique et sont justifiées par l'objectif de protection de la santé affirmé par le Préambule de la Constitution de 1946 auquel renvoie celui de la Constitution de 1958. Il peut encore s'agir, dans le cadre du contentieux de la responsabilité, d'un conflit d'obligations juridiques de même valeur : C.E., Ass., 26 oct. 2001, *Mme Catherine Senanayake*, préc. sur la conciliation de l'obligation du médecin de respecter la volonté du patient et de son obligation de le soigner. Le contrôle de proportionnalité, a ainsi remarqué Mme DEGUERGUE sous cet arrêt, « *accède progressivement au statut de principe fondamental du droit public* » (*A.J.D.A.* 2002, p. 263). Cette idée, poursuit-elle, est d'ailleurs avancée depuis longtemps par la doctrine interne au Conseil d'État, ce dont témoignent les propos de M. LATOURNERIE : Sur un Lazare juridique. Bulletin de santé de la notion de service public. Agonie ? Convalescence ? ou Jouvence, *E.D.C.E.* 1960, p. 61-159.

[5] *Cf.* par exemple C.E., 13 janv. 1932, *Soc. La Grande Taverne*, n° 2.871, *Rec.* p. 36.

finalement, trop protectrices des libertés[1]. Dans tous les cas, l'excès de pouvoir qui est sanctionné par le juge consiste en la méconnaissance des exigences de l'ordre public dont les limites minimales ou maximales ne sont pas respectées.

163 L'ordre public n'apparaît donc pas dans ce contrôle comme l'élément qui est opposé puis concilié à la liberté. Il se présente au contraire comme le produit d'une juste mesure entre plusieurs intérêts qui sont, à un moment donné et dans une situation donnée, susceptibles de se heurter. Partant, l'ordre public sanitaire s'analyse lui-même comme le résultat d'une synthèse réalisée entre les intérêts de la santé publique d'une part, et les « *autres intérêts d'ordre général* » d'autre part[2]. Conçu comme un principe d'action, il doit donc être considéré comme un instrument de définition et d'organisation des libertés et jamais comme un principe qui leur serait contraire[3].

Instrument de régulation des libertés, l'ordre public sanitaire garantit aussi leur protection, ne serait-ce qu'en les ordonnant et en contribuant à la sécurité qui est nécessaire à leur plein épanouissement. C'est notamment ce qui explique l'application du régime particulièrement dense de puissance publique auquel il conduit. Mais l'importance de cette fonction en fait aussi une obligation pour l'administration, qui doit mettre en œuvre tous les moyens dont elle dispose pour l'assurer.

---

[1] *Cf.* par exemple C.E., 6 févr. 1981, *Dugenest*, n° 03539, Rec. tables p. 829 ; *D.* 1982, p. 308, note PRIEUR (illégalité d'une autorisation délivrée pour une porcherie) ; – 12 juin 1998, *Cne de Chessy et a.*, préc. (annulation d'un arrêté préfectoral relatif aux tirs de feux d'artifice dont les « *dispositions […] entraînaient des nuisances sonores portant une atteinte excessive à la protection de la santé publique dans le département* »). *Cf.* également, *a contrario*, C.E., Ass., 21 déc. 1990, *Conféd. nat. des assoc. familiales catholiques et a.*, préc. où le juge examine la suffisance des dispositions édictées par le ministre chargé de la Santé pour prévenir le développement d'un usage abusif de la Mifégyne ; – 24 janv. 1990, *M. Painot*, n° 71225, *Rec.* tables p. 895 sur le contrôle de la suffisance des mesures préfectorales destinées à assurer la protection des personnes et des lieux contre les tirs d'armes à feu et C.A.A. de Paris, 25 sept. 1997, *Forget*, *R.J.E.* 1998, p. 412 (la demande de suspension de l'activité d'une blanchisserie industrielle présentée par un tiers est rejetée alors que celui-ci n'établit pas que les prescriptions imposées sont insuffisantes pour pallier les nuisances sonores pour le voisinage).

[2] Formule retenue par l'arrêt C.E., 9 mai 1913, *Sieurs Roubeau et a.*, préc. Ce travail de synthèse apparaît parfois très clairement dans les motivations d'arrêts : *cf.* C.E., Sect., 27 avr. 1988, *Soc. Bernard Carant et Cie c. Min. d'État chargé de l'Économie, des Finances et de la Privatisation*, n° 63.772, *Rec.* p. 171 (« *en décidant de suspendre pour un an la fabrication, l'importation et la mise sur le marché des gommes à effacer rappelant les produits alimentaires et facilement ingérables et en prévoyant le retrait et la destruction de ces produits en tous lieux où ils se trouvaient, les auteurs de l'arrêté attaqué n'ont pas adopté une mesure excessive et disproportionnée au regard des risques pour la santé des jeunes enfants que présentaient les objets en cause* »).

[3] Dans une perspective similaire, le doyen VEDEL remarque que « *la société politique et son appareil administratif ne peuvent se passer du commandement et de la puissance publique. Bien plus, le commandement et la puissance publique sont au service de la liberté puisqu'ils permettent d'organiser le jeu des activités privées sans pour autant les supprimer comme le ferait la création d'un service public. Ainsi, dans la vie administrative, l'usage de la réglementation de police non seulement révèle l'inévitable présence de la puissance publique, mais participe à l'organisation de la liberté* » (Les bases constitutionnelles du droit administratif, *E.D.C.E.* 1954, n° 8, p. 26).

SECTION 2

L'AFFIRMATION D'UN RÉGIME OBLIGÉ DE PUISSANCE PUBLIQUE

164 Le principe a longtemps prévalu que, sauf disposition textuelle contraire, les autorités de police administrative bénéficient d'un pouvoir discrétionnaire dans la mise en œuvre de leurs prérogatives[1]. Il est toutefois impératif de revenir sur cette idée qui a fait long feu. L'importance de la fonction du maintien de l'ordre public, noyau dur des activités administratives, justifie en effet que l'administration soit enfermée par une compétence liée. Cette fonction régalienne est aussi une fonction obligatoire pour les autorités de puissance publique. Bien qu'interprétée différemment selon le type de contentieux, cette obligation a été affirmée avec force par la jurisprudence administrative, tant sur le terrain de l'excès de pouvoir que sur celui de la responsabilité. Le maintien de l'ordre public et spécialement de l'ordre public sanitaire relève d'une compétence liée de l'administration (§1), laquelle est aujourd'hui soumise à une obligation de moyens renforcée qui permet d'engager sa responsabilité toutes les fois où elle n'a pas agi au mieux des intérêts de la santé publique (§2).

§1.- L'EXERCICE D'UNE COMPÉTENCE LIÉE

165 Le maintien de l'ordre public sanitaire constitue une fonction obligée de l'administration qui, d'une part, empêche tout dessaisissement volontaire ou subi de ses prérogatives générales de police (A) et, d'autre part, l'astreint à intervenir toutes les fois où cela est nécessaire (B).

A.- LA PERMANENCE DE LA FONCTION ADMINISTRATIVE DU MAINTIEN DE L'ORDRE

166 Les pouvoirs de police sont inaliénables et imprescriptibles[2]. Il est donc interdit aux autorités qui en sont dépositaires de renoncer ou de porter atteinte à leurs compétences (1). De même, la police générale, entièrement fondée par la norme d'ordre public, peut et doit toujours être mise en œuvre dès lors que le maintien de l'ordre public l'exige (2).

---

[1] V. notamment G. TEISSIER, concl. sur C.E., 5 juin 1908, *Marc et syndicat des propriétés immobilières de Paris*, *Rec.* p. 611-623.

[2] Sur ce principe, acquis de longue date, *cf.* les concl. TARDIEU sur C.E., 6 déc. 1907, *Cie du Nord et a.*, *Rec.* p. 914.

1) L'interdiction faite aux autorités de police administrative de porter atteinte à l'intégrité de leurs compétences

167 Il n'est pas besoin de s'appesantir sur ce principe qui, valant pour toute la police administrative, s'impose évidemment aux autorités de police sanitaire. Soulignant l'impérieuse nécessité du maintien de l'ordre, l'interdiction faite aux autorités de police administrative de se décharger de leurs prérogatives les oblige à exercer elles-mêmes leurs compétences sans chercher à se soustraire aux obligations qui en découlent[1]. Elles ne peuvent donc y renoncer, ni totalement, ni partiellement, quelles que soient les modalités de cette renonciation[2]. De cette interdiction générale, découlent trois interdictions particulières : les pouvoirs de police ne peuvent être ni délégués, ni conditionnés, ni négociés.

168 Les pouvoirs de police ne peuvent être délégués. Ce principe répond à l'idée générale selon laquelle « *les personnes publiques sont titulaires mais non propriétaires de leurs compétences* »[3]. Hormis les cas prévus par la loi[4], les autorités de police ne peuvent donc se dessaisir de leurs compétences pour en confier l'exercice à une autre personne publique ou à une personne privée[5]. Réciproquement, les autorités autres que celles de police ne peuvent empiéter sur les pouvoirs qui leurs sont dévolus[6]. De la sorte,

---

[1] Constitue un détournement de pouvoir le fait pour une autorité de police de subordonner la délivrance d'une autorisation ou d'une permission à un engagement souscrit par le bénéficiaire aux termes duquel l'administration est déchargée de toute responsabilité.

[2] Renonciation pure et simple à exercer la police concernée, aliénation des pouvoirs au profit d'une autre personne, publique ou privée, ou assujettissement de ces pouvoirs à des conditions non prévues par la loi.

[3] J. MOREAU, Les matières contractuelles, *A.J.D.A.* 1998, n° 10, p. 747. « *En droit administratif*, soulignait HAURIOU, *il est d'ordre public que les autorités ne renoncent pas à leur pouvoir et ne laissent pas lier leur pouvoir* » (note sous C.E., 29 juin 1906, *Sieur Carteron*, *S.* 1907, III, p. 97). *Cf.* encore l'avis du Conseil d'État du 7 oct. 1986 (n° 340.609, *G.A.C.E.* n° 24) notamment confirmé par la loi n° 2001-1168 du 11 déc. 2001 portant mesures urgentes de réformes à caractère économique et financier (*J.O.* du 12 déc., p. 19703 ; *A.J.D.A.* 2002, p. 38, comm. J.-D. DREYFUS).

[4] C.E., 18 janv. 1991, *Soc. Multypromotion*, n° 104197, *Rec.* p. 16. V. notamment l'art. L. 5211-9-2 C.G.C.T. issu de la L. n° 2004-809 du 13 août 2004 relative aux libertés et responsabilités locales (*J.O.* du 17 août, p. 14545) qui a ouvert aux maires la possibilité de déléguer certaines de leurs compétences de police aux présidents d'établissements publics intercommunaux.

[5] Que cette délégation intervienne par voie unilatérale ou par contrat : C.E., Ass., 17 juin 1932, *Ville de Castelnaudary*, n° 12045, *Rec.* p. 595 ; *D.* 1932, 3, 26, concl. P.-L. JOSSE ; — 5 nov. 1943, *Sieur Leneveu*, préc. ; – Sect., 23 mai 1958, *Cts Amoudruz*, n° 35.737, *Rec.* p. 301 ; *A.J.D.A.* 1958, p. 309, chron. J. FOURNIER et M. COMBARNOUS ; — Sect., 20 janv. 1978, *Synd. nat. de l'enseignement technique agricole public*, n°s 99.613 et 99.615, *A.J.D.A.* 1979, p. 34, concl. R. DENOIX DE SAINT-MARC ; — 8 mars 1985, *Assoc. « Les amis de la terre »*, n° 24.557, *Rec.* p. 73 ; *R.F.D.A.* 1985, p. 363, concl. P.-A. JEANNENEY ; *A.J.D.A.* 1985, p. 382, note J. MOREAU ; — 1er avr. 1994, *Cne de Menton et a.*, n°s 144152 et 144241, *Rec.* p. 175 ; — 1er avr. 1994, *Soc. Scetauparc Exploitation*, n°s 144.152 et 144.241, *Rec.* p. 176 ; — 29 déc. 1997, *Cne d'Ostricourt*, n° 170606, *Rec.* tables p. 706 ; *D.A.* 1998, n° 44 ; *J.C.P.* 1998, II, 10139, note X. PRÉTOT ; — 11 mai 1999, *Csl rég. de l'Ordre des pharmaciens de Lille c. S.A.R.L. « Pharmacie Cauwell-Samaille »*, *Info. Pharma.* 1990, p. 720, obs. G. V. ; C.A.A. de Lyon, 7 mai 2003, *Cté de communes des Vallons du Lyonnais*, n° 01LY02009, *A.J.D.A.* 2003, p. 1999. Comme l'a récemment rappelé le Conseil d'État, le contrat dont le cahier des charges comprend des clauses de délégation de prérogatives de police est frappé de nullité. Celle-ci peut être partielle ou totale selon le caractère divisible ou non des stipulations incriminées : C.E., 19 déc. 2007, *Soc. Sogeparc-C.G.C.T.-Cie gle de stationnement*, n° 260327, *A.J.D.A.* 2008, p. 16, obs. E.R.

[6] C.E., 9 juin 1924, *Abbé de Boissieu*, n° 75.773, *Rec.* p. 655 ; — 20 févr. 1946, *Sieur Cauchoix*, n° 69.697, *Rec.* p. 53 ; — 6 mai 1949, *Sieur Hamon*, n° 91.345, *Rec.* p. 201 ; — Sect., 23 avr. 1969, *Froment*, n° 74.421, *Rec.* p. 222 ; — 14 janv. 1981, *Mme Josette Barthez*, n° 04.206, *Rec.* tables p. 914 ; *D.A.* 1981, n° 54 ; — 24 janv. 1994, *Cne de Vauxaillon*, n° 140.685, *Petites affiches* 1994,

un maire méconnaît sa compétence en appliquant une réglementation sanitaire établie par un conseil municipal qui ne dispose pas du pouvoir de police[1].

169 Les pouvoirs de police ne peuvent pas plus être conditionnés. Il faut entendre par-là que leur exercice ne peut être soumis à des conditions de forme ou de procédure supplémentaires à celles exigées par un texte législatif[2] ou réglementaire[3]. Dès lors, si rien n'interdit à une autorité de police administrative de procéder à des consultations non prévues par le législateur[4], celles-ci ne peuvent revêtir de caractère obligatoire et ne lient pas l'autorité de police administrative dans l'exercice de son pouvoir[5]. Par ailleurs, aucun engagement contractuel quel qu'il soit ne saurait empêcher l'exercice de la police administrative[6]. Cette règle constante s'impose avec d'autant plus d'évidence qu'admettre le contraire reviendrait à reconnaître à l'administration gestionnaire la possibilité de grever, et donc d'aliéner, les pouvoirs de police réservés à l'administration puissance publique[7].

170 Enfin, l'exercice de la police administrative ne peut être négocié. Les exigences de l'ordre public étant par nature réfractaires à toute forme de négociation, les pouvoirs de police ne peuvent en effet faire l'objet d'un contrat[8]. Les transactions amiables entre l'autorité de police et le destinataire d'une mesure, normalement prohibées[9], ne sont donc

---

n° 53, p. 8, note J. MORAND-DEVILLER ; T.A. de Nice, ord., 4 oct. 2001, *Préfet du Var c. Cne de Ceres*, n° 01.3523, inédit

[1] T.A. de Poitiers, 27 mars 1968, *Sieur Froment*, *Rec.* p. 712.

[2] *Cf.* par exemple C.E., 17 févr. 1992, *Synd. des marchands forains de Carcassonne et env.*, préc. et – 6 févr. 1998, *Épx Georges*, préc.

[3] *Cf.* par exemple C.A.A. de Nancy, 13 nov. 1993, *Min. de la Solidarité, de la Santé et de la Protection sociale*, n° 89NC00716, inédit.

[4] C.E., Sect., Sect., 19 mars 1969, *Sieur Aponte et a.*, préc. : En l'absence d'une réglementation particulière, le maire peut valablement organiser les conditions de la délivrance d'autorisation.

[5] Sur ce point, la position du Conseil d'État est très claire. Ainsi, « *si rien n'interdit au maire de consulter le Conseil municipal, une commission municipale ou un comité consultatif créé à l'initiative du Conseil municipal, […] cette consultation n'est jamais obligatoire sauf texte législatif contraire et ne lie pas le maire dans l'exercice de ses pouvoirs* » (Sect., 23 avr. 1969, *Sieur Froment*, préc.).

[6] *Cf.* par exemple, C.E., 5 nov. 1943, *Sieur Leneveu,* préc. : « *L'engagement contractuel pris par la commune de Pontmain de ne pas empêcher l'accès des voitures et le libre usage du trottoir devant l'hôtel du sieur Leneveu ne pouvait enlever au maire l'exercice de son pouvoir de police et notamment le droit de réglementer le stationnement sur la place publique dans l'intérêt général* ». Sur ce principe selon lequel « *la police doit ignorer les contrats passés par l'administration* », v. P.-H. TEITGEN, *op. cit.*, p. 177-178.

[7] Sur ce point, *cf.* J. MOREAU, De l'interdiction faite à l'autorité de police d'utiliser une technique d'ordre contractuel. Contribution à l'étude des rapports entre police administrative et contrat, *A.J.D.A.* 1965, n° 1, p. 3.

[8] Même si celui-ci comprend une clause qui réserve l'application de la législation en vigueur : C.E., 8 mars 1985, *Assoc. « Les amis de la terre »*, préc. Sur ce point, J. MOREAU, De l'interdiction faite à l'autorité de police d'utiliser une technique d'ordre contractuel…, préc., p. 3 et J. PETIT, Nouvelles d'une antinomie : contrat et police, in *Collectivités locales, Mélanges en l'honneur de Jacques MOREAU*, contributions rassemblées par J. PETIT, Paris, Economica, 2003, p. 345. V. également J. PETIT, Police et contrat, *A.C.C.P.* 2007, p. 20-44.

[9] Hormis les cas où la loi prévoit explicitement la recherche d'un accord avant la mise en œuvre par l'administration de ses prérogatives de puissance publique. C'est par exemple le cas de l'organisation des services de garde et d'urgence des officines pharmaceutiques. L'art. L. 5125-22 C.S.P. prévoit en effet que le préfet ne peut exercer ses pouvoirs de police qu'après la recherche d'un accord entre les représentants de la profession (T.A. de Lille, 3e ch., 29 juin 2000, *U.N.P.F. et Mme Virginie S.*, n° 97-170, inédit). Précisons toutefois que cet accord, s'il existe, lui est inopposable s'il ne garantit pas une protection satisfaisante de la santé publique. *Cf.* C.E., 22 avr. 1992, *Synd. des pharmaciens de*

pas juridiquement opposables[1]. Sont également nuls les contrats « sur décisions futures » par lesquels l'autorité de police administrative s'engage à utiliser ses pouvoirs dans tel ou tel sens[2].

L'impérieuse nécessité du maintien de l'ordre public fait donc de la police administrative une fonction obligée. Elle explique également la permanence de la police générale en dépit de la concurrence des polices spéciales.

2) L'impossible dessaisissement de la police générale

171 La protection de la santé publique est un domaine très marqué par la multiplication des polices spéciales. Leur inflation constante a réduit comme peau de chagrin le champ d'intervention de la police générale qui joue surtout aujourd'hui un rôle subsidiaire et complémentaire[3]. D'un point de vue qualitatif cependant, la police générale conserve toute son importance. Police du maintien de l'ordre par excellence[4], elle ne saurait être supprimée et reste, en dépit de la raréfaction de sa mise en œuvre, la clef de voûte du système administratif français du maintien de l'ordre public en général et de l'ordre public sanitaire en particulier.

172 Il est depuis longtemps admis que l'existence et l'exercice d'une police spéciale n'est pas de nature à supprimer la police générale[5]. Sous réserve de respecter les dispositions prises par les autorités supérieures, les dépositaires de la police générale conservent leur pouvoir d'intervention qu'ils peuvent exercer soit pour l'exécution d'une réglementation particulière[6], soit de façon concurrente à une police spéciale, soit en substitution de celle-ci lorsque les circonstances l'exigent[7]. Cette permanence vaut tant

---

Seine-et-Marne, n° 93020, *Rec.* tables p. 1314 ; *Gaz. Pal.* des 25-29 déc. 1992, p. 184 ; — 31 mars 1995, *M. Depailler*, n° 123.755, *Nouv. Pharma.* 1995, n° 348, p. 391 ; *R.D.S.S.* 1995, p. 734, obs. J.-M. AUBY ; Cass. crim., 10 avr. 1997, *Mme Pillods*, n° 95-86.134, *Bull. crim.* n° 139, p. 464 ; *Nouv. Pharma.* 1997, n° 357, p. 504.

[1] Cette solution a notamment été retenue par un arrêt ancien du Conseil de Préfecture de Lille s'agissant de la police des immeubles menaçant ruine (18 mai 1933, *Maire de Mouveaux*, *D.* 1933, J., p. 470) dans lequel il est affirmé qu'une transaction amiable négociée entre un maire et un propriétaire « *ne saurait comporter aucune conséquence juridique* ». Dans le même ordre d'idée, un propriétaire ne peut se prévaloir de travaux effectués par lui pour mettre fin à une déclaration d'insalubrité totale d'un immeuble : l'autorité de chose décidée qui s'attache à une telle mesure n'est pas susceptible d'être négociée : T.A. de Paris, 13 mars 1963, *Delle Pliot*, préc.

[2] C.E., 12 déc. 1924, *Ville de Dieppe c. Sieur Dufour*, n° 73.246, *Rec.* p. 1006.

[3] J. MOREAU, La police de la salubrité publique, *Encyclopédie des collectivités locales, op. cit.*, fasc. 2700-4, n° 12.

[4] *Cf.* F. BÉNOIT, La police municipale, *Encyclopédie des collectivités locales*, Dalloz, t. 3, fasc. 2205-2223.

[5] *Cf.* pour des exemples anciens : C.E., 5 janv. 1883, *Thélolan*, n° 56.337, *Rec.* p. 2, rapport SAINT-PAUL (s'agissant de la combinaison de la police générale municipale, de la police des cours d'eau non navigables ni flottables, de la police des marais et de la police de l'assainissement) ; — 28 févr. 1896, *Mandard, Chardin et a.*, n° 77.126, *Rec.* p. 188 (concernant la police générale du préfet et la police des établissements classés) ; — 7 déc. 1900, *Sieurs Dubois et Gros*, préc. (à propos de la police générale et de la police spéciale des logements insalubres).

[6] C'est notamment le cas pour l'application du règlement sanitaire qui peut exiger la mise en œuvre par le maire de ses pouvoirs de police générale : C.E., Sect., 29 juill. 1943, *Cie des sablières de la Seine*, préc. ; C.E., avis, 8 nov. 1988, préc.

[7] En ce sens, *cf.* notamment C.E., 19 mars 2007, *Mme Le Gac et a.*, préc.

pour l'exercice de la police générale locale que pour la police générale nationale[1]. Ce principe de permanence, affirmé avec force par la jurisprudence, est un principe absolu qui vaut quelle que soit l'intention du législateur lors de la création de la police spéciale. De même que la répartition fonctionnelle des pouvoirs opérée par le constituant ne peut affecter l'existence de la police générale, l'institution par le législateur d'une police spéciale ne saurait dessaisir les autorités de police générale des attributions qui leur sont dévolues pour le maintien du bon ordre. Il n'existe donc pas, selon nous, de police spéciale « exclusive » proprement dite. Sans doute l'existence d'une telle police conduit-elle à réduire le champ d'intervention de la police générale ; elle ne saurait pour autant la supprimer et empêcher sa mise en œuvre dès lors que les nécessités de l'ordre public l'imposent. Comme ont pu le souligner M. PICARD puis M. RICHER, « *le principe d'exclusivité des polices spéciales n'a pas de réalité propre, il ne se justifie que dans la mesure où il coïncide avec le principe de nécessité* »[2].

173 En premier lieu, la police générale peut, quelle que soit la nature de la police spéciale concernée, intervenir en complément de celle-ci. Cette intervention doit bien entendu être justifiée par une nécessité d'ordre public qui détermine l'habilitation à agir des autorités de police générale. Pour savoir si une mesure de police générale empiète ou non sur une police spéciale, le juge administratif procède dès lors à un examen complet et circonstancié de l'espèce en insistant spécialement sur les motifs de la mesure. Ni la police spéciale ni la police générale ne sauraient s'affranchir de leur habilitation à agir : l'autorité de police spéciale ne peut dépasser le cadre de ses compétences défini par la loi[3] ; réciproquement, l'exercice de la police générale s'inscrit obligatoirement dans les limites de l'ordre public[4]. La reconnaissance d'une situation de concours entre police générale et police spéciale dont dépend la légalité de l'intervention de la police générale repose dès lors sur un raisonnement en deux temps. Elle s'apprécie tout d'abord de manière positive, par référence aux éléments matériels de l'ordre public tels qu'ils apparaissent dans le domaine de la police générale. En matière sanitaire, les hypothèses possibles de concours entre police spéciale et police générale se réduisent donc aux cas

---

[1] C'est ce qu'il ressort notamment de l'arrêt C.E., 2 mai 1973, *Assoc. cultuelle des Israélites nord-africains de Paris*, préc., dont le considérant de principe est, à cet égard, sans ambiguïté : « *Si la police des abattoirs ressortit, d'une manière générale, à la compétence des maires des communes, il appartient au Premier ministre, en vertu de ses pouvoirs propres, d'édicter des mesures de police applicables à l'ensemble du territoire tendant à ce que l'abattage des animaux soit effectué dans des conditions conformes à l'ordre public, à la salubrité et au respect des libertés publiques* ». V. encore C.E., 19 mars 2007, *Mme Le Gac et a.*, préc.

[2] L. RICHER, obs. sous C.E., 15 janv. 1986, *Soc. Pec-Engineering*, *A.J.D.A.* 1986, p. 191. *Cf.* également É. PICARD, *La notion de police administrative*, *op. cit.*, t. 2, p. 712.

[3] C.E., 29 nov. 1999, *Féd. française des pompes funèbres*, préc. ; T.A. de Paris, 28 mai 2003, *Bernard Brousset*, n° 9915863, *A.J.D.A.* 2003, p. 2054 (sur l'exercice de la police des débits de boissons).

[4] Comme l'a notamment rappelé le Conseil d'État dans un arrêt du 9 oct. 1996 (*Cne d'Ivry-sur-Seine*, n° 121323, *Rec.* tables p. 749), la police municipale ne peut être exercée dans un but étranger à la sécurité, à la salubrité, à la tranquillité ou à la moralité publiques.

où la salubrité publique est concernée par ces deux polices[1]. Plus encore, il faut que la situation de fait fasse apparaître un risque ou une menace particulière pour la salubrité publique puisque, dans le cas contraire, la police générale n'est pas fondée à intervenir[2].

L'habilitation à agir de la police générale s'apprécie également de manière négative dans le creux des législations existantes. La jurisprudence a en effet défini une règle de priorité d'action qui joue en faveur des polices spéciales. De la sorte, si la concurrence des polices spéciales et de la police générale est toujours possible sur le terrain de l'ordre public, le champ d'intervention de cette dernière est plus ou moins large selon l'étendue de l'habilitation donnée par la loi à l'autorité de police spéciale[3]. La reconnaissance d'une situation de concours suppose donc, dans un second temps, l'examen de la loi de police spéciale qui, en déterminant l'étendue de l'habilitation de la police spéciale, délimite les contours de la sphère d'intervention de la police générale. Plus les pouvoirs dévolus aux autorités de police spéciale sont larges et étendus, plus est réduit le champ d'intervention de la police générale.

C'est ici ce qui fait la différence entre les polices spéciales « classiques » et les polices spéciales dites « exclusives ». Par exemple, le droit reconnu au maire de faire usage de ses pouvoirs de police générale pour ordonner la suppression des causes d'insalubrité d'un immeuble s'explique par l'impossibilité pour le préfet d'édicter une telle mesure de salubrité publique au titre de la police spéciale de l'habitat insalubre[4]. C'est donc la loi qui, en limitant les pouvoirs d'injonction de celui-ci, est à l'origine du partage des compétences sanitaires exercées sur les immeubles. En revanche, un maire ne peut déterminer les travaux à exécuter sur l'immeuble ni interdire son habitation[5]. De telles décisions, déjà contraires au principe du libre choix des moyens, relèvent selon la loi de la compétence du préfet[6]. Les mêmes principes gouvernent la combinaison de la

---

[1] *Cf.* C.E., 22 juill. 1910, *Sieurs Humbert et a.*, n° 36.444, *Rec.* p. 605 (une mesure d'embellissement et non de salubrité publique ne peut être prise en dehors d'une police spéciale) ; C.A.A. de Nancy, 24 oct. 2002, *Cne de Hegenheim*, *J.C.P.* A 2003, n° 1038, obs. J. MOREAU.

[2] *Cf.* C.E., 21 juill. 1970, *Sieur Loubat*, préc. ; — 2 déc. 1983, *Ville de Lille c. Ackermann et a.*, préc. ; T.A. de Nancy, 2 mars 2004, *Préfet des Vosges*, préc. ; C.A.A. de Bordeaux, 26 juin 2007, *Cne de Montgeard*, n° 05BX00570, inédit.

[3] *Cf.* C.E., 23 sept. 1991, *Cne de Narbonne c. Préfet de l'Aude*, n° 117118, *Rec.* p. 313 ; *A.J.D.A.* 1992, p. 154, note J. MOREAU et — 21 févr. 1997, *Min. de l'Environnement c. Synd. des agriculteurs irrigants du Val d'Allier Bourbonnais*, n° 139504, *Rec.* tables p. 971 ; *D.A.* 1997, n° 137, note D. P.

[4] *Cf.* C.E., Sect., 21 févr. 1947, *Sieur Varlet*, préc. ; — Sect., 21 févr. 1947, *Sieur Barsi*, préc. ; — Ass., 16 mai 1947, *Sieur Gourlet*, préc.

[5] Après que le préfet a déclaré l'interdiction d'habiter un hôtel, le maire est en revanche fondé à ordonner au propriétaire et au gérant de l'hôtel de procéder à la fermeture de toutes les chambres vides ou libérées par leurs occupants : C.A.A. de Paris, 24 oct. 2002, *Cne d'Aubervilliers*, *B.J.C.L.* 2003, p. 272, concl. HAÏM.

[6] Outre les espèces précitées, *cf.* Rép. Min. de la construction n° 14164, *J.O. Ass. nat.* du 11 sept. 1989, p. 4081. V. également s'agissant de la police de l'eau : C.E., 21 févr. 1997, *Min. de l'Environnement c. Synd. des agriculteurs irrigants du Val d'Allier Bourbonnais*, préc. et C.A.A. de Nancy, 2 août 2007, *G.A.E.C. des Varennes et a.*, n° 05NC01255, *A.J.D.A.* 2007, p. 1949. Il faut noter ici que le contrôle des moyens employés par la police générale est essentiel pour déterminer l'existence ou l'absence d'empiétement sur la police spéciale. Par exemple, l'autorité de police municipale, qui est compétente pour imposer aux habitants de la commune le respect de règles d'hygiène, y compris dans les établissements scolaires (C.E., 10 mars 1995, *Cne de Vesoul*, n° 135563, *Rec.*

police générale et de la police des installations classées, exemple type des « polices exclusives ». Ainsi, un maire ne peut, en l'absence d'un péril imminent, user de ses pouvoirs de police générale pour compléter ou aggraver les prescriptions arrêtées en la matière par le préfet[1] ou pour faire respecter ces règles par les propriétaires d'installations classées[2]. Il est, en revanche, habilité à enjoindre aux propriétaires de telles installations de se conformer aux dispositions du règlement sanitaire[3]. Si dans la première hypothèse, l'intervention de la police générale n'est pas admise, ce n'est pas parce qu'elle a été supprimée par la législation spéciale, mais parce qu'elle n'est pas nécessaire. La police générale n'a simplement pas la place pour agir en complément de la police spéciale qui suffit, sur ce point, à la protection de la salubrité publique[4].

174 En second lieu, il est admis que la police générale puisse empiéter sur une police spéciale lorsque son intervention s'impose pour le maintien de l'ordre public. Là encore, la nécessité d'ordre public fonde l'habilitation à agir de l'autorité de police générale, nonobstant la nature de la police spéciale concernée et l'intention réelle ou supposée du législateur d'exclure l'exercice de la police générale. Même en cas de « police exclusive », un maire ou un préfet peut donc intervenir par des mesures provisoires pour conjurer un trouble à l'ordre public[5]. La mise en œuvre de ce droit doit toutefois répondre

---

p. 126), empiète sur les pouvoirs spéciaux des Recteurs dès lors qu'elle édicte un règlement permanent s'appliquant spécialement aux écoles (C.E., 5 mai 1899, *Sieur Claudon*, préc. ; — 26 mars 1920, *Barré et a.*, préc. ; — 23 juin 1926, *Cté de défense de l'enseignement libre de Grenoble*, préc.).

[1] C.E., 15 janv. 1986, *Soc. Pec-Engineering*, n° 47836, *Rec.* tables p. 626 ; *A.J.D.A.* 1986, p. 191, note RICHER ; *D.A.* 1986, n° 117 ; — 18 nov. 1998, *Jaeger*, n° 161612, *Rec.* tables p. 1063 ; *D.A.* 1999, n° 9 ; *Dr. env.* 1999, n° 97, p. 6, note FONTBONNE ; *B.D.E.I.* 1999, p. 16, note COURTIN confirmant T.A. de Strasbourg, 16 juin 1997, *R.J.E* 1995, p. 507, obs. SCHNEIDER ; — 29 sept. 2003, *Houillères du bassin de Lorraine*, n° 218217, *A.J.D.A.* 2003, p. 1797, obs. Y. J. et p. 2164, concl. T. OLSON ; *J.C.P.* A 2003, n° 2109, note BRILLET ; *Coll. terr.* 2003, n° 233, obs. J. MOREAU ; *R.D. imm.* 2004, p. 82, obs. Y. J. ; *Dr. env.* 2004, n° 116, p. 35, obs. ROMI.

[2] C.E., 14 déc. 1981, *Cne de Montmorot*, n° 16.229, *Rec.* tables p. 639 ; *D.* 1982, IR, p. 375, obs. F. MODERNE et P. BON.

[3] C.E., 21 déc. 1938, *Soc. française des pétroles*, n° 58.187, *Rec.* p. 966 (« *il appartient au maire, en vertu (de ses pouvoirs de police générale) de mettre le propriétaire d'un établissement classé [...] en demeure d'observer les règlements sanitaires* ») ; — Sect., 22 janv. 1965, *Cts Alix*, n°s 56.871 à 56.873, *Rec.* p. 44 ; — 14 déc. 1981, *Cne de Montmorot*, préc. ; T.A. de Versailles, 14 juin 1985, *Soc. de nivellement du Val d'Oise*, *Rec.* tables p. 522 et p. 707 ; *C.J.E.G.* 1986, p. 138, note D. DELPIROU. *Cf.* également C.E., 28 févr. 1896, *Mandard*, *Chardin et a.*, préc. Ces principes ont été rappelés par le ministre de l'Intérieur en réponse au député Denis JACQUAT (*J.O. Ass. nat.* Q., 13 janv. 2003, p. 207 ; *A.J.D.A.* 2003, p. 160).

[4] Sur cette question et en ce sens, *cf.* notamment P.-H. TEITGEN, *La police municipale*, *op. cit.*, p. 225 et p. 227 ; D. DELPIROU, note sous T.A. de Versailles, 14 juin 1985, *Soc. de nivellement du Val d'Oise*, *C.J.E.G.* 1986, p. 138-142 et Ph. PAPIN, La responsabilité de la puissance publique dans le contentieux des installations classées, *C.J.E.G.* 1984, p. 374-375. Il en va de même en matière de police phytopharmaceutique (C.A.A. de Nantes, 24 mai 2005, *Cne de Mûrs-Erigné*, n° 04NT00628 ; *J.C.P.* A 2005, n° 1326, chron. R. VANDERMEEREN ; *A.J.D.A.* 2005, p. 1919) et pour la police des cultures transgéniques, confiée au ministre de l'Agriculture par les art. L. 533-3 s. C. envir. (T.A. de Toulouse, 18 janv. 2005, *Préfet de la Haute-Garonne c. Cne de Bax*, n°s 042388 et 042374, *D.A.* 2005, n° 72 ; *A.J.D.A.* 2005, p. 1188, concl. M. FABIEN ; *R.R.J.* 2005, p. 347, concl. FABIEN ; – de Rennes, 10 mars 2005, *Préfet d'Ille-et-Vilaine c. Cne d'Etrelle* et *c. Cne de Torcé* (2 esp.), n° 0500757 et n° 0500742, *Coll. terr.* 2005, n° 121, note ROUCHAUD ; C.A.A. de Lyon, 26 août 2005, *Cne de Ménat,* n° 03LY00696, *A.J.D.A.* 2006, p. 38, note KOLBERT ; *Envir.* 2005, n° 82 ; — de Versailles 18 mai 2006, *Cne de Dourdan*, n° 05VE00098 ; *B.J.C.L.* 2006, p. 566, concl. PELISSIER et obs. B. P. ; — de Bordeaux, 14 nov. 2006, *Cne d'Ardin c. Préfet des Deux-Sèvres*, n° 04BX00265, *J.C.P.* A 2007, n° 2016 (11), obs. L. GARRIDO. V. également T.A. de Toulouse, 19 sept. 2006, *Préfet de la Haute-Garonne c. Cne de Bax*, n° 0503972, *A.J.D.A.* 2006, p. 2406, concl. TRUILHÉ).

[5] C.E., 28 déc. 1900, *Sieur Couronnel*, préc. ; — Sect., 22 janv. 1965, *Cts Alix*, préc.

à une nécessité absolue d'ordre public. Elle est dès lors soumise à une double condition. Premièrement, l'action substitutive de la police générale n'est admise que s'il n'existe aucun autre moyen de prévenir ou de faire cesser le trouble à l'ordre public, soit que la police spéciale n'ait pas été mise en œuvre[1], soit qu'elle ne puisse être mise en œuvre[2], soit que son intervention ne permette pas de garantir une action suffisamment efficace[3]. Comme le relèvent MM. DUEZ et DEBEYRE, « *la police générale ne peut servir qu'à combler les insuffisances de la police spéciale* »[4]. Deuxièmement, il faut que les circonstances rendent cet empiétement absolument nécessaire, c'est-à-dire que la situation de trouble soit telle qu'il n'existe pas d'alternative à l'action de la police générale[5]. C'est cette idée qui est notamment contenue dans les notions de « *péril imminent* »[6] ou de « *circonstances exceptionnelles* »[7] auxquelles le juge se réfère la plupart du temps en la matière.

---

[1] C.E., Sect., 19 mars 1969, *Sieur Aponte et a.*, n° 65.025, *Rec.* p. 161 et – 13 juill. 2007, *Cne de Taverny*, n° 293210, *A.J.D.A.* 2007, p. 2266, note M.-F. DELHOSTE confirmant C.A.A. de de Versailles, 8 mars 2006, *Cne de Taverny*, n° 03VE04692 (*Envir.* 2006, n° 84, obs. D. GILLIG ; *Coll. terr.* 2006, n° 81, note PELISSIER. *Cf.* également T.A. de Dijon, 23 nov. 1988, *Soc. DS Environnement, R.J.E.* 1991, p. 99 et – de Marseille, 9 mars 2004, *Soc. Orange France*, n° 023527, *Envir.* 2004, n° 68, note L. BENOIT.

[2] *Cf.* C.A.A. de Bordeaux, 27 juin 2002, *Cne de Mauses*, n° 00BX02614, inédit, s'agissant d'une situation de paralysie du service public de ramassage et de traitement des ordures ménagères affectant une grande partie du département de l'Ariège et ayant pour conséquence le stockage de déchets ménagers sur des sites inadaptés et non autorisés entraînant, entre autres, des risques graves pour la salubrité publique. Aucune disposition de la loi relative aux installations classées ne prévoyait de mesure permettant au préfet de maintenir la salubrité publique dans un tel contexte. Il était donc habilité à intervenir au titre de la police générale.

[3] C.E., 15 déc. 1944, *Sieur Boucher*, n° 75.089, *Rec.* p. 322 ; T.A. de Marseille, 9 mars 2004, *Soc. Orange France*, préc. ; C.A.A. de Bordeaux, 17 oct. 2006, *M. Philippe X c. Cne de Toulouse*, n° 03BX01503, inédit. ; T.A. de Toulouse, 19 sept. 2006, *Préfet de la Haute-Garonne c. Cne de Bax*, préc. *Cf.* L. RICHER, obs. sous C.E., 15 janv. 1986, *Soc. Pec-Engineering*, *op. cit.*, p. 191.

[4] P. DUEZ et G. DEBEYRE, *Traité de droit administratif*, Paris, Dalloz, 1952, p. 533.

[5] C.E., 15 janv. 1986, *Soc. Pec-Engineering*, préc. *Cf.* également C.A.A. de Nancy, 5 août 2004, *Préfet de la Haute-Saône c. Cne de Saulnot*, n° 02NC00779, *A.J.D.A.* 2004, p. 2039, note J.-M. ADRIEN ; *R.F.D.A.* 2005, p. 173, note P. LAGRANGE. Sur cet arrêt, *cf.* également M. FABIEN, concl. sur T.A. de Toulouse, 18 janv. 2005, *Préfet de la Haute-Garonne*, *A.J.D.A.* 2005, p. 1189. Dès lors, si la police des installations classées donne au préfet le pouvoir de mettre en demeure un exploitant de faire cesser des inconvénients graves pour la sécurité ou la salubrité publiques, le maire est en revanche incompétent pour adresser une telle mise en demeure lorsque la situation ne présente pas de caractère de gravité suffisant : T.A. de Versailles, 14 juin 1985, *Soc. de nivellement du Val d'Oise*, préc. Dans de telles circonstances, il appartient au maire d'attirer l'attention du préfet sur la situation : C.E., 29 sept. 2003, *Houillères du bassin de Lorraine*, préc.

[6] C.E., 21 déc. 1938, *Soc. française des pétroles*, préc. (Rapp. C.E., 5 juill. 1933, *Sieur Bertholet*, n°s 19.874 et 20.406, *Rec.* p. 730) ; — 14 déc. 1981, *Cne de Montmorot*, préc. ; — 15 janv. 1986, *Soc. Pec-Engineering*, préc. ; C.A.A. de Nantes, 24 mai 2005, *Cne de Mûrs-Erigné*, préc. (en l'absence de péril imminent de nature à entraîner des conséquences irréversibles sur le plan sanitaire, le maire ne peut s'immiscer dans l'exercice de la police spéciale des produits phytosanitaires). Constitue un péril imminent autorisant l'intervention du maire dans la police des installations classées, l'abandon d'ammoniac d'installations frigorifiques industrielles (C.A.A. de Nantes, 12 avr. 2004, *Cne de Montreuil-Bellay*, n° 01NT00893, *Envir.* 2005, chron. n° 4, obs. D. DEHARBE et PODREZA ; *R.J.E.* 2006, p. 211, obs. A. SCHNEIDER) ou le stockage de farines animales dans des locaux, présentant un caractère vétuste et situés dans un secteur urbanisé à proximité immédiate d'un groupe scolaire et d'une maison de retraite (C.A.A. de Nantes, 30 juin 2000, *Soc. française maritime*, préc.). N'est pas qualifié comme tel en revanche la pollution atmosphérique causé par le fonctionnement d'une entreprise de stockage et de traitement de déchets d'origine animale qui ne menace pas gravement la salubrité et la santé des habitants de la commune : C.A.A. de Paris, 29 juin 2004, *Préfet de la Seine-Saint-Denis*, n° 03PA02867, *Envir.* 2004, n° 94, note D. GILLIG et 2005, chron. n° 6, obs. D. DEHARBE

[7] C.E., Sect. 5 nov. 1937, *Cie française de raffinage*, n°s 56.184 à 56.187, *Rec.* p. 905.

175 Cette présentation ne serait toutefois pas complète si l'on ne soulignait pas les variations du contrôle opéré par le juge selon que l'action substitutive s'accompagne ou non d'une substitution d'autorité. Ainsi, lorsque la police générale et la police spéciale concernées sont détenues par la même personne publique, la jurisprudence paraît moins exigeante dans l'appréciation du trouble à l'ordre public. Dans cette hypothèse, en effet, le juge se limite le plus souvent à considérer que l'autorité administrative « *peut utiliser la police générale si les pouvoirs de police spéciale dont [elle] dispose sont insuffisants pour la satisfaction de l'ordre public* »[1]. À l'inverse, lorsque la substitution d'action intéresse des autorités différentes, le juge insiste davantage sur la qualification du trouble par le recours systématique aux notions d'urgence ou de circonstances exceptionnelles, sans forcément s'attarder sur la condition de l'insuffisance de la police spéciale.

Loin de les remettre en cause, ces variations soulignent l'étroite dépendance des deux conditions de l'action substitutive de la police générale. On peut en effet considérer que dans le cas où il y a substitution d'autorité, la condition de l'insuffisance reste tout simplement sous-entendue parce qu'elle est contenue dans les notions même de péril imminent ou de circonstances exceptionnelles. En soulignant le caractère inhabituel et/ou imprévu de la situation, le juge rend également compte de l'inadéquation des dispositifs spéciaux qui sont le plus souvent créés pour répondre à des situations prédéterminées. Réciproquement, si, lorsque les deux polices sont détenues par la même autorité, le juge ne s'attarde pas sur la gravité de la menace justifiant l'intervention de la police générale, il insiste malgré tout sur le but et les motifs de la substitution qui, « *hors des cas d'urgence* », ne doit pas avoir « *pour objet ou pour effet de ne pas respecter la procédure prévue pour la police spéciale* »[2]. Il ressort de cette formule que la substitution constitue une illégalité toutes les fois où le trouble invoqué n'est pas d'une nature telle que la police spéciale ne pouvait être employée. Le juge se livre donc bien à un entier contrôle de la qualification juridique des faits, mais l'erreur de l'administration est, la plupart du temps, assimilée à une intention d'éviter les contraintes ou les limites de son pouvoir de police spéciale et sanctionnée par cette forme particulière du détournement de pouvoir qu'est le détournement de procédure.

Quoiqu'il en soit, s'il existe des nuances dans le contrôle opéré par le juge, on ne perçoit en revanche aucune différence dans les conditions d'intervention de la police générale selon que la police spéciale concernée est ou non une « police exclusive ». Dans un cas comme dans l'autre, l'autorité de police générale ne peut être dessaisie de ses fonctions. Son intervention est toujours possible et même exigée dès lors qu'elle répond à une nécessité d'ordre public.

---

[1] Formule notamment retenue par C.E., 15 déc. 1944, *Sieur Boucher*, préc.

[2] Formule retenue par C.E., 5 avr. 1996, *S.A.R.L. Le Club Olympic et Marcu*, n° 147903, *Rec.* tables p. 1054.

B.- L'OBLIGATION D'AGIR DES AUTORITÉS DE POLICE SANITAIRE

176 Les autorités de police administrative sont soumises à une obligation d'agir pour le maintien de l'ordre public sanitaire. Elles doivent d'une part, s'employer à respecter les règles établies pour la protection de la santé publique (1). Elles sont d'autre part, tenues de prendre toutes les mesures initiales qui s'imposent pour cette protection (2).

1) L'obligation de respecter les règles établies de protection de la santé publique

177 L'obligation de respecter les règles établies de protection de la santé publique se dédouble en deux obligations de faire et de ne pas faire. La première est celle qui impose aux autorités compétentes d'appliquer les règles de protection sanitaire existantes (a). La seconde leur interdit de méconnaître la portée de ces règles. La jurisprudence administrative développée en matière de dérogations est, sur ce point, tout à fait instructive (b).

a) L'obligation d'appliquer les règles de protection de la santé publique

178 L'obligation de l'administration d'appliquer les règles de protection de la santé publique résulte du principe général du droit administratif qui exige des autorités administratives qu'elles assurent l'exécution des règles édictées par elles ou par des autorités qui leurs sont supérieures. Cette obligation se traduit en particulier par l'illégalité des refus des autorités compétentes de prendre les mesures juridiques ou matérielles propres à en assurer l'effectivité. Elle peut également justifier que leur responsabilité soit engagée pour faute dans le cas où elles auraient manqué à leur obligation[1].

179 En premier lieu, l'autorité de police administrative doit assurer l'exécution de ses propres décisions et règlements. Cette obligation, dont on trouve les prémices dans la jurisprudence de la fin du XIXe siècle[2], a notamment été affirmée par le célèbre arrêt de Section du Conseil d'État du 14 décembre 1962, *Sieur Doublet*, s'agissant de la carence d'un préfet à faire assurer le respect de sa réglementation en matière de camping[3] et le non moins connu arrêt d'Assemblée *Marabout* du 20 octobre 1972 relatif à la négligence du Préfet de Police de Paris à faire respecter une interdiction de stationnement qu'il avait

---

[1] *Cf.* notamment C.E., Ass. 3 mars 2004, *Min. de l'Emploi et de la Solidarité* (4 esp.), préc.

[2] *Cf.* C.E., 10 janv. 1890, *Lorin c. Ville d'Angers*, n° 67734, *Rec.* p. 4, bien que l'espèce concerne le cas particulier de l'indemnisation d'un entrepreneur chargé, par contrat, du nettoiement de la voie publique du fait de l'inexécution des prescriptions contenues par les règlements de police auxquels sont astreints les habitants annexés au cahier des charges. *Cf.* également C.E., Sect., 17 mai 1957, *Sieur Boyer*, préc.

[3] C.E., Sect., 14 déc. 1962, *Doublet*, n° 50.114, *Rec.* p. 680 ; *A.J.D.A.* 1963, p. 85, chron. Y. GENTOT et J. FOURRÉ ; *D.* 1963, p. 117, concl. M. COMBARNOUS.

édictée[1]. Elle s'impose bien entendu aux autorités chargées de la police sanitaire. Par exemple, est entaché d'illégalité le refus d'un maire de prendre les mesures nécessaires pour assurer le respect d'un règlement municipal interdisant la sortie des boîtes à ordures pendant la nuit[2]. Est encore illégal l'arrêté du préfet du département de Finistère qui, nonobstant la lettre d'un précédent arrêté prévoyant que toute porcherie doit être implantée à plus de 100 mètres de tout immeuble habité par des tiers, autorise l'extension d'une telle exploitation située à 36 mètres d'une maison d'habitation[3]. De même, la carence des services de police à faire respecter les règlements municipaux relatifs au bruit et à la salubrité publique est-elle susceptible d'engager la responsabilité d'une commune[4].

180 En second lieu, l'autorité compétente est tenue de prendre les mesures nécessaires à l'application des règles édictées à un niveau plus élevé. Cette obligation intéresse tout d'abord l'exécution des mesures législatives (ou des normes de droit communautaire[5]) par l'autorité réglementaire[6]. Le Conseil d'État a depuis longtemps affirmé l'obligation des autorités compétentes de prendre les règlements nécessaires à l'application de la loi[7] et, comme l'illustrent bien ses arrêts d'Assemblée du 3 mars 2004 à propos de la contamination professionnelle par les poussières d'amiante[8], sanctionne toute carence à

---

[1] C.E., Ass., 20 oct. 1972, *Marabout*, n° 80068, *Rec.* p. 664 ; *A.J.D.A.* 1972, p. 581, chron. P. CABANES et D. LÉGER et p. 625, concl. G. GUILLAUME ; *Gaz. Pal.* 1973, 1, p. 265, note J. ROUGEAUX ; *J.C.P.* 1973, II, 17373, obs. B. ODENT ; *R.D.P.* 1973, p. 832, note M. WALINE.

[2] C.E., 3 avr. 1968, *Sieur Jardin*, n° 72.861, *Rec.* p. 233 ; *A.J.D.A.* 1968, p. 480.

[3] C.E., 20 janv. 1988, *M. André Le Saint*, n° 82157, *Rec.* tables p. 910.

[4] C.E., 4 oct. 1968, *Sieur et dame Pascal*, nos 68.871 et 68.872, *Rec.* tables p. 875 (responsabilité non engagée en l'espèce, dans la mesure où, bien qu'établie, la carence des services de police n'a pas eu le caractère d'une faute lourde). Pour un autre exemple : C.E., 2 oct. 1953, *Ville de Marseille c. Vinciléoni*, nos 8.867 et 10.747, *Rec.* p. 447 (la carence de la ville de Marseille à assurer le respect des prescriptions d'un arrêté municipal réglementant la tenue du marché au poisson constitue une faute de nature à engager sa responsabilité). V. encore T.A. de Strasbourg, 19 juin 1990, *Assoc. Lindenkuppel c. Préfet du Hait-Rhin*, *R.J.E.* 1991, p. 221.

[5] C.E., 12 mai 2004, *Soc. Gillot*, préc. Sur cette question, notamment réactualisée par l'arrêt d'Assemblée du Conseil d'État, *Soc. Arcelor Atlantique et Lorraine et a.*, du 8 févr. 2007 (n° 287110, *Rec.* p. 56, concl. M. GUYOMAR ; *G.A.J.A.* n° 118 ; *Petites affiches* 2007, n° 157, p. 11, note Ph. CHRESTIA ; *D.A.* 2007, n° 5, p. 9, note M. GAUTIER et F. MELLERAY ; *R.F.D.A.* 2007, p. 5, note X. AGNON, p. 348, note M. GUYOMAR et p. 564, étude A. LEVADE ; *R.D.P.* 2007, p. 1031, note J. ROUX ; *D.* 2007, p. 2273, note M. VERPEAUX et p. 2742, note P. DEUMIER), *cf.* G. ALBERTON, L'applicabilité des normes communautaires en droit interne. Les autorités administratives françaises : obligation de faire et de ne pas faire, *R.F.D.A.* 2002, p. 1-19 et S. LECLERC et X. MONDÉSERT, Vers une responsabilité des collectivités territoriales en cas de violation du droit communautaire, *A.J.D.A.* 2002, p. 201-209 et F. CHALTIEL, Le juge administratif, juge européen, *A.J.D.A.* 2008, n° 6, p. 283-290, spéc. p. 287-288.

[6] Sur ce chapitre classique du droit administratif, se reporter notamment à J.-M. AUBY, L'obligation gouvernementale d'assurer l'exécution des lois, *J.C.P.* 1953, I, 1080 ; M. GUIBAL, Le retard des textes d'application des lois, *R.D.P.* 1974, p. 1039 ; R. HANICOTTE, Le juge face au retard des textes d'application, *R.D.P.* 1986, p. 1667. *Cf.* également P. BON et D. DE BÉCHILLON, Responsabilité de la puissance publique, obs. sous C.E., 29 nov. 1999, *Polyclinique des Alpilles*, n° 177140, *D.* 2000, SC, p. 253.

[7] C.E., Sect., 13 juill. 1951, *Union des anciens militaires titulaires d'emplois réservés à la S.N.C.F. et aux chemins de fer algériens*, n° 95.629, *Rec.* p. 403 ; – Ass., 26 févr. 1962, *Sieur Kervers-Pascalis*, nos 45.891 et 45.892, *Rec.* p. 475 ; *D.* 1963, p. 606, note J.-M. AUBY ; — Ass., 27 nov. 1964, *Min. des Finances et des Affaires économiques c. Dame vve Renard*, n° 59.068, *Rec.* p. 590, concl. Y. GALMOT ; *R.D.P.* 1965, p. 716, concl. ; *A.J.D.A.* 1964, p. 678, chron. M. PUYBASSET et J.-P. PUISSOCHET ; *D.* 1965, J., p. 632, note J.-M. AUBY et – Ass., 28 juin 2002, *M. Villemain*, nos 220361 et 228325, *Rec.* p. 229 ; *D.A.* 2002 (10), n° 162, p. 21 ; note R.S. ; *A.J.D.A.* 2002, p. 586, chron. F. DONNAT et D. CASAS ; *R.F.D.A.* 2002, p. 723, concl. S. BOISSARD.

[8] C.E., Ass. 3 mars 2004, *Min. de l'Emploi et de la Solidarité* (4 esp.), préc. V. *infra* n° 476 et n° 555.

ce niveau. L'obligation d'exécution s'impose également aux autorités de police pour la mise en œuvre des réglementations édictées au niveau supérieur[1]. Commet ainsi une faute le maire qui, négligeant la lettre de l'article L. 33 (L. 1331-1) du Code de la santé publique et les dispositions du règlement sanitaire départemental, ne réalise pas la partie publique du branchement permettant de relier un immeuble privé au réseau public et d'assainissement et n'oblige pas les propriétaires d'immeubles à se raccorder au réseau d'évacuation des eaux usées[2]. L'abstention du maire à faire appliquer les dispositions du règlement sanitaire départemental relève de même d'une carence fautive de la police municipale[3].

Il convient toutefois de préciser que cette obligation générale d'application des règles préétablies n'est pas absolue. En particulier, il peut arriver que le refus ou la carence de l'autorité administrative soient justifiés par des obstacles juridiques ou circonstanciels à l'application de la loi ou du règlement[4]. C'est le cas notamment lorsque une telle application conduirait l'autorité administrative à commettre une illégalité[5]. C'est C'est également le cas lorsque l'obligation d'application de la loi se heurte à un principe juridique qui ne peut être sacrifié à l'espèce[6]. Le principe n'en demeure pas moins celui de l'obligation d'assurer l'application de la loi.

---

[1] *Cf.* par exemple, C.E., 10 juill. 1957, *Ville de Rueil-Malmaison c. Sieur Tournier*, n°s 31.634 et 31.635, *Rec.* p. 457 (en s'abstenant d'adresser une mise en demeure de respecter les réglementations de police supérieures relatives à la police municipale, le maire commet une faute de nature à engager la responsabilité de la commune) ; — Sect., 14 déc. 1962, *Doublet*, préc. ; — Sect., 20 déc. 1963, *Dame et Delle Morvan-Clavenna*, préc. ; T.A. de Caen, 3 nov. 1998, *Assoc. pour la protection de la Chapelle-sur-Vive*, *R.J.E.* 1999, p. 634 (est illégale l'autorisation d'exploitation d'une carrière alors que les seuils définis par arrêté ministériel pour les limites les bruits et assurer la protection des immeubles d'habitation voisins sont insusceptibles d'être respectés).

[2] C.A.A. de Bordeaux, 16 avr. 1992, *Mme D. Brunet*, préc.

[3] C.E., Sect., 29 juill. 1943, *Cie des sablières de la Seine*, préc. *Cf.* également C.E., 4 févr. 1981, *Gabas*, n° 9428, inédit : Le maire commet une faute lourde en s'abstenant de prendre les mesures nécessaires pour faire assurer l'interdiction faite par le règlement sanitaire départemental de rejeter des eaux usées non assainies dans les ouvrages destinés à l'écoulement des eaux pluviales et les cours d'eau.

[4] Il faut en outre préciser que l'obligation faite à l'autorité réglementaire d'édicter les mesures propres à assurer l'application de la loi n'existe que si l'absence de telles mesures rend impossible son exécution : C.E., Sect., 13 juill. 1951, *Union des anciens militaires titulaires d'emplois réservés à la S.N.C.F…*, préc. ; — 30 déc. 1998, *Portejoie et a.*, n°s 183827 à 183831 et 184105, *Rec.* p. 510 ; *D.A.* 1999, n° 31, obs. L. T.

[5] *Cf.* par exemple C.A.A. de Lyon, 13 mars 1990, *Cne de la Ciotat*, n° 89LY01084, *Rec.* p. 421 ; *J.C.P.* 1990, IV, 224 (le maire ne commet aucune faute en n'assurant pas l'exécution d'une réglementation illégale). L'administration est en effet tenue de s'abstenir d'appliquer une réglementation illégale : C.E., Sect., 14 nov. 1958, *Sieur Ponard*, n° 35.399, *Rec.* p. 554 ; — Sect., 8 janv. 1960, *Laiterie Saint-Cyprien*, n° 39.760, *Rec.* p. 10 ; – Sect., 8 nov. 1968, *Min. des Finances c. Sieur Merez,* n° 72.371, *Rec.* p. 557. La même solution est retenue s'agissant de l'application des lois : *cf.* C.E., 24 févr. 1999, *Assoc. des patients de la médecine d'orientation anthroposophique et a.*, n° 195354, *A.J.D.A.* 1999, p. 823, note R. RICCI (hypothèse où les dispositions législatives sont incompatibles avec une directive communautaire). En revanche, l'illégalité supposée de la mesure supérieure n'est pas de nature à habiliter l'autorité inférieure à agir : C.A.A. de Bordeaux, 26 juin 2007, *Cne de Montgeard*, préc.

[6] *Cf.* C.E., Ass., 7 mai 1971, *Min. de l'Économie et des Finances et Ville de Bordeaux c. Sastre*, n°s 74.669 et 74.977, *Rec.* p. 334, concl. GENTOT ; *R.D.P.* 1972, p. 443 et – Ass., 20 mars 1974, *Min. de l'Aménagement du territoire, de l'Équipement, du Logement et du Tourisme c. Navarra*, n° 90547, *Rec.* p. 200, concl. M. ROUGEVIN-BAVILLE (à propos de la négligence d'un préfet à faire assurer les règles relatives au permis de construire. Le Conseil d'État se place ici sur le terrain de la responsabilité sans faute, dès lors que, comme l'avait souligné le commissaire du Gouvernement, la qua-

À cette obligation d'assurer l'application des règles établies s'ajoute l'interdiction faite aux autorités administratives d'y apporter des dérogations excessives ou non prévues par le texte initial.

b) L'interdiction de méconnaître la portée des règles de protection de la santé publique : l'exemple des dérogations

181 Déjà illustrée par les règles guidant l'abrogation des décisions contraires aux intérêts de la santé publique[1], cette interdiction trouve sa pleine application dans le domaine des dérogations. La matière est en effet dominée par le principe, affirmé de longue date dans le cadre de la réglementation sanitaire[2], selon lequel est illégale toute dérogation à un texte qui n'aurait pas été expressément prévue par celui-ci[3]. Le juge de l'excès de pouvoir exerce de plus un contrôle extrêmement rigoureux sur les motifs et les effets des dérogations concédées par les autorités administratives. Il exige en particulier que la dérogation respecte le principe d'égalité[4]. La dérogation doit, par ailleurs, être motivée par un intérêt général « *suffisant pour justifier une atteinte aux autres intérêts généraux protégés par la règle* »[5]. Enfin et surtout, la dérogation doit être compatible avec les objectifs en vue desquels la règle de base a été édictée.

182 L'institution ou l'octroi d'une dérogation ne peut en effet conduire à nier ou à neutraliser la règle initialement établie. Le texte originel doit donc délimiter très précisément les conditions d'octroi de la dérogation[6] qui, même si elle répond à ces conditions, ne peut en tout état de cause contredire la mesure initiale dont il est fait

---

lification de cette négligence comme faute l'aurait conduit à faire échec au principe d'opportunité des poursuites).

[1] *Cf. supra* n°s 130 s. et 134 s.

[2] *Cf.* en particulier : C.E., 17 mars 1911, *Sieurs Roubeau et a.*, n° 39.054, *Rec.* p. 341 ; — 9 mai 1913, *Sieurs Roubeau et a.*, préc.

[3] Outre les arrêts cités ci-dessus, *cf.* pour ex. C.E., Sect., 28 oct. 1949, *Féd. nat. des coopératives laitières*, n° 92.812, *Rec.* p. 439 (illégalité d'un décret ayant dérogé à l'interdiction législative d'addition de matières colorantes dans la margarine, « *les lois du 29 juillet et du 29 août 1940 [n'ayant] eu ni pour objet ni pour effet d'autoriser des dérogations aux dispositions de la loi du 16 avril 1897, dont aucun texte législatif n'a d'ailleurs prononcé l'abrogation ou suspendu l'exécution* ») ; — 28 févr. 1997, *Préfet des Yvelines*, n° 145983, *Rec.* tables p. 976 (illégalité d'un arrêté préfectoral autorisant l'organisation d'un abattage rituel sur une propriété privée pour éviter les abattages clandestins. Cette décision méconnaît les dispositions de l'art. 10 du décr. n° 80-791 du 1er oct. 1980 interdisant de procéder à l'abattage rituel en dehors d'un abattoir) et — 10 oct. 2001, *Assoc. « œuvre d'assistance aux bêtes d'abattoirs »*, n° 219645, *Envir.* 2002, comm., n° 24, note P. TROUILY (illégalité d'une circulaire réglementaire du ministre de l'Agriculture et de la Pêche et du ministre de l'Intérieur instituant une exception, pour l'abattage rituel, aux règles édictées par le décr. du 1er oct. 1997 relatif à la protection des animaux). *Cf.* encore T.A. de Paris, 17 mai 1961, *Csl nat. de l'Ordre des pharmaciens*, *Rec.* p. 793.

[4] C.E., 13 janv. 1932, *Soc. La Grande Taverne*, préc.

[5] T.A. de Pau, 2 oct. 1975, *Puyo*, *Rec.* p. 760. Le principe même de la dérogation à la réglementation de police vise en effet à permettre la conciliation entre intérêts généraux contradictoires. *Cf.* en particulier C.E., 13 janv. 1932, *Soc. La Grande Taverne*, préc. : « *L'autorité de police doit conjuguer les intérêts généraux opposés d'une façon équilibrée pour que la mesure paraisse adéquate* ».

[6] C.E., 16 janv. 2002, *M. et Mme Wernert*, n° 210340, *Rec.* tables p. 903 ; *B.J.D.U.* 2002, n° 2, p. 261, concl. D. CHAUVAUX.

application[1]. Cette exigence ancienne[2] a notamment été rappelée par le Conseil d'État dans un arrêt du 26 juin 1996, *Commune de Méjannes-les-Alès*[3]. En l'espèce, a été annulée pour excès de pouvoir l'autorisation municipale prise en application du règlement sanitaire départemental autorisant l'octroi de dérogations spéciales à l'interdiction d'usage des armes à feu dans la mesure où la dérogation ainsi accordée portait atteinte à la tranquillité publique « *en méconnaissance de la réglementation départementale édictée à l'effet d'empêcher les bruits excessifs* »[4]. On trouve également l'application de ce principe dans un arrêt du 30 novembre 1998 par lequel la Section du contentieux du Conseil d'État a annulé, pour violation de la loi, le décret relatif aux dérogations temporaires pouvant être apportées aux interdictions de la vente de boissons alcoolisées par les groupements sportifs agréés[5]. Ce décret d'application de la loi « Évin » n'allait à l'encontre d'aucune disposition expresse de la loi, comme l'avait d'ailleurs précisé le commissaire du Gouvernement CHAUVAUX. Il méconnaissait cependant « *l'objectif poursuivi par le législateur qui entendait notamment assurer la protection de la santé publique* » en altérant « *la portée de l'interdiction de vente et de distribution de boissons alcoolisées dans les enceintes sportives* »[6].

183 Cette sévérité du juge de l'excès de pouvoir contraste avec la tolérance dont il fait preuve pour interpréter les pouvoirs dont disposent les autorités administratives, en particulier réglementaires, pour la protection de la santé publique. D'une manière générale, le juge administratif privilégie en effet une lecture souple des textes législatifs régissant la matière[7]. On peut, parmi d'autres, citer l'arrêt du Conseil d'État, *Société Pro-*

---

[1] Est donc entachée d'erreur manifeste d'appréciation la décision du préfet prise en application d'un règlement sanitaire départemental accordant une dérogation à la règle prohibant l'installation de locaux hébergeant des animaux à moins de 50 mètres de toute habitation occupée par des tiers, la réduction de 50 à 30 mètres ne pouvant être considérée comme une simple « *atténuation* » : C.A.A. de Lyon, 11 mai 1999, *Wernert*, n° 98LY01435, *R.J.E.* 1999, p. 624, note A. SCHNEIDER.

[2] *Cf.* C.E., 9 mai 1913, *Sieurs Roubeau et a.*, préc.

[3] C.E., 26 juin 1996, *Cne de Méjannes-les-Alès*, préc.

[4] Pour un autre exemple : C.E., 31 juill. 1996, *Cne de Saint-Mathurin-sur-Loire et Oudin*, n°s 126120 et 126684, *Rec.* p. 340 ; *D.A.* 1996, n° 592.

[5] C.E., Sect., 30 nov. 1998, *Féd. nat. de l'industrie hôtelière*, n° 182925, *Rec.* p. 449 ; *R.F.D.A.* 1999, p. 393, concl. D. CHAUVAUX.

[6] Cette solution correspond d'ailleurs à la directive d'interprétation donnée par le Conseil constitutionnel qui en acceptant l'importante marge d'action laissée au pouvoir réglementaire par le législateur de 1991 a précisé que celui-là ne devait pas méconnaître les objectifs définis par la loi (Cons. 36 à 39 de la décision n° 90-283 DC du 8 janv. 1991 (*loi relative à la lutte contre le tabagisme et l'alcoolisme)*, préc. Dans le même sens, C.E., 9 juill. 1993, *Assoc. « Collectif pour la défense du droit et des libertés* », n° 139445, *Rec.* tables p. 1039 ; *R.D.S.S.* 1994, p. 30, note J.-S. CAYLA (à propos du décr. du 20 mai 1991 relatif à l'interdiction de fumer dans les lieux affectés à un usage collectif. Le juge administratif fait ici référence aux « *objectifs poursuivis par la loi* ») ; Cass. crim, 22 janv. 1997, *Cté de lutte contre le tabagisme c. J.-P. et J.-C. Decaux. Régie publicitaire de mobilier urbain (R.P.M.U.)*, n° 95-82674, *Bull. crim.*, n° 29, 74 ; *R.D.S.S.* 1997, p. 541, note J.-S. CAYLA ; *Petites affiches* 1997, n° 21, p. 11, note F. GRAS (s'agissant de la publicité indirecte en faveur du tabac. La Cour, privilégiant une lecture stricte de la loi, cassa l'arrêt de la Cour d'appel qui en avait méconnu « *l'esprit* ») ; Trib. corr. de Quimper, 19 mai 1994, *C.N.C.T. c. Decaux et a.*, *Petites affiches* 1994, n° 135, note F. GESTERMANN (le tribunal observe une interprétation stricte de la loi tenant compte de son « *esprit* » et de l' « *intention du législateur* »).

[7] Outre les exemples cités en textes, *cf.* encore C.E., 16 févr. 1968, *Sieur Vilain*, n°s 69249, 69289 et 70718, *Rec.* p. 118 ; — 11 févr. 2002, *S.A. Gillot*, n° 231873, *Envir.* 2002, p. 20, n° 60, obs.

Pro-Nat, du 24 février 1999[1]. Dans cet arrêt en effet, la Haute juridiction administrative a adopté une lecture très extensive des pouvoirs dévolus à l'administration par l'article L. 221-5 du Code de la consommation en considérant que celle-ci peut interdire l'emploi de certains composants alimentaires sur la base de risques dont l'existence n'est pas scientifiquement prouvée[2].

La tolérance du juge est surtout illustrée en matière de vaccinations obligatoires par un ancien arrêt d'Assemblée du 12 décembre 1953, *Union nationale des associations familiales*[3]. Cet arrêt, dont la solution a pu être qualifiée de « *révolutionnaire* » par certains commentateurs[4], a été rendu à propos du décret n° 51-953 du 9 juillet 1951 portant application de la loi du 5 janvier 1950 relative à la vaccination antituberculeuse obligatoire par le vaccin du B.C.G. Plusieurs recours en excès de pouvoir avaient été formés contre diverses dispositions de ce décret dont un article 7 § 4 ouvrait la possibilité à l'autorité sanitaire, d'ailleurs non désignée, d'ordonner, avant et après la vaccination, la séparation prophylactique des milieux contagieux des personnes soumises à la vaccination. L'Union nationale des associations familiales faisait notamment valoir que cette disposition portait une atteinte illégale aux libertés individuelles et aux droits de la puissance paternelle reconnus par le Code civil, la loi du 5 janvier 1950 s'étant bornée à confier au gouvernement le soin de définir les modalités de la vaccination sans faire aucunement référence à de telles procédures de séparation prophylactique. Sans nier ce silence de la loi, ni l'atteinte ainsi portée aux libertés invoquées, le Conseil d'État a pourtant admis la légalité de cette disposition, qui renforçait très nettement les prérogatives accordées à l'autorité sanitaire, en considérant que la séparation prophylactique « *est une mesure indispensable pour garantir l'efficacité et l'innocuité de la vaccination* » et « *qu'elle doit donc être regardée comme faisant partie intégrante de la technique de vaccination, matière pour laquelle le législateur a prévu expressément […] que le gouvernement ferait usage de son pouvoir de réglementation* ».

Cette attitude générale du juge de l'excès de pouvoir n'est pas sans rappeler certains des principes jurisprudentiels qui gouvernent la combinaison des polices superposées[5]. Leurs rapports sont en effet régis par le principe de subordination de la police inférieure qui est soumise à une règle de non-contradiction des dispositions

---

P. TROUILLY ou — 29 déc. 1999, *Synd. nat. du commerce extérieur des produits congelés et surgelés et autres*, préc.

[1] C.E., 24 févr. 1999, *Soc. Pro-Nat*, préc. (v. *infra* n°s 582 s.)

[2] L'art. L. 221-5 (al. 1er) C. cons. prévoit qu'« *en cas de danger grave ou immédiat, le ministre chargé de la Consommation et le ou les ministres intéressés peuvent suspendre par arrêté conjoint, pour une durée n'excédant pas un an, la fabrication, l'importation l'exportation, la mise sur le marché à titre gratuit ou onéreux d'un produit et faire procéder à son retrait en tous lieux où il se trouve ou à sa destruction lorsque celle-ci constitue le seul moyen de faire cesser le danger* ».

[3] C.E., Ass., 12 déc. 1953, *Union nat. des assoc. familiales*, préc.

[4] *Cf.* P. ROSSILLION, note sous C.E., Ass., 12 déc. 1953, *Union nat. des assoc. familiales*, *D.* 1954, I, p. 514.

[5] *Cf. infra* n° 240.

supérieures. Néanmoins, celles-ci peuvent, et même doivent, toujours être complétées, précisées ou aggravées dès lors que le maintien de l'ordre public le justifie.

2) L'obligation de prendre les mesures initiales nécessaires au maintien de l'ordre public sanitaire

184 La nécessité du maintien de l'ordre public impose à l'autorité de police administrative qu'elle intervienne toutes les fois où une situation de fait est de nature à créer un trouble sérieux pour la sécurité, la tranquillité ou la salubrité publique. Elle est de la sorte assujettie à la stricte obligation de prendre les mesures qui s'imposent pour faire cesser les désordres sanitaires à l'ordre public. Ce principe, affirmé avec force par le Conseil d'État dans l'arrêt *Sieur Doublet* du 23 octobre 1959[1], est parfois exprimé en termes très catégoriques par le juge[2]. L'obligation d'agir ainsi imposée vaut tant pour l'exercice du pouvoir réglementaire[3] que pour l'édiction de mesures individuelles[4] ou l'accomplissement d'actes matériels[5]. Elle pèse sur les autorités de police administrative, y compris dans les cas où leur intervention implique une substitution de police[6]. L'autorité de police générale n'est jamais dispensée de son obligation d'agir quand bien même la situation l'amènerait à empiéter sur une police spéciale[7].

---

[1] C.E., 23 oct. 1959, *Sieur Doublet*, n° 40.922, *Rec.* p. 540 ; *R.D.P.* 1959, p. 1235, concl. A. BERNARD ; *A.J.D.A.* 1960, p. 46 ; *R.D.P.* 1960, p. 802, note M. WALINE ; *D.* 1960, p. 191, note D. G. LAVROFF ; *Départements et communes* 1960, p. 13, note HOURTICQ. Il lui préexiste cependant sur le terrain du contentieux de la responsabilité : *cf.* par exemple C.E., Sect., 24 avr. 1942, *Sieur Majchrzak*, n° 65693, *Rec.* p. 137 (*a contrario* puisqu'en l'espèce le Conseil d'État conclut que le maire ne s'est rendu coupable d'aucune négligence dans l'exercice de ses pouvoirs de police en matière de police).

[2] *Cf.* par exemple, *cf.* T.A. de Grenoble, 8 juin 1984, *Michallon, R.J.E.* 1984, p. 20 ; C.A.A. de Nancy, 25 juin 1992, *Cne de Tombelaine,* préc. ; — de Lyon, 21 juin 1994, *Terrolle, R.J.E.* 1995, p. 103 (n° spéc.) ; *B.D.E.I.* 1995, p. 28, note E. CARLIER ; *Dr. env.* 1995, n° 33, note RAZAFINDRATAR ; C.E., 30 juill. 1997, *Assoc. « Nos enfants et leur sécurité »,* n° 150740, inédit ; C.A.A. de Lyon, 15 oct. 1998, *M. Christian Duport, M. Jean-Pierre Sloan, M. Fernand Laborey, M. Jean-Louis Bourdin* et *Mlle Laurence Kasier* (5 esp.), n° 97LY02714, n° 97LY02718, n° 97LY02737, n° 97LY02740 et n° 97LY02742, inédit.

[3] *Cf.* par ex. C.E., 23 oct. 1959, *Sieur Doublet*, préc. ; — 4 janv. 1961, *Sieur Palmier*, préc. ; — 27 avr. 1979, *Leduc*, *D.A.* 1979, n° 222 ; *R.D.P.* 1980, p. 249, n° 27 ; — 8 juill. 1992, *Ville de Chevreuse*, préc. ; T.A. de Strasbourg, 29 avr. 2004, *M. et Mme Jean-Paul Durringer*, n° 0001034, *A.J.D.A.* 2004, p. 1666, concl. R. COLLIER.

[4] *Cf.* C.E., 29 nov. 1963, *Ecarot*, n° 58.556, *Rec.* p. 596 ; *A.J.D.A.* 1964, p. 189, obs. J. MOREAU ; — Sect., 19 avr. 1989, *M. Bernard Kerlo*, n° 61740, *R.D.P.* 1990, p. 911 ; *D.A.* 1989, n° 292.

[5] C.E., 1er juin 1973, *Delle Ambrigot*, n° 85.244, *Rec.* tables p. 915 ; — Sect., 13 mai 1983, *Mme Vve Lefebvre*, n° 30.538, *Rec.* p. 194 ; *A.J.D.A.* 1983, p. 476, concl. M. BOYON.

[6] Si la commune supporte les charges éventuelles des mesures de police administrative générale prises par le préfet dans l'exercice de son pouvoir de substitution, l'État peut être tenu pour responsable des dommages provoqués par l'abstention d'un préfet à faire usage de ce pouvoir : C.E., Sect., 14 déc. 1962, *Doublet*, préc. ; T.A. de Grenoble, 17 janv. 1962, *Finas*, *Rec.* p. 714.

[7] L'existence d'une police spéciale ne saurait en effet exonérer l'autorité de police générale de ses obligations dans le maintien de l'ordre public : C.E., 30 juill. 1997, *Soc. « Nos enfants et leur sécurité »*, préc. La Haute Juridiction administrative considère ainsi que l'intervention de la police générale en matière d'installations classées, archétype de la police spéciale exclusive, peut revêtir un caractère obligatoire en cas d'urgence ou de péril imminent : C.E., Sect., 22 janv. 1965, *Cts Alix*, préc. Partant, une carence dans l'usage de la police des installations classées peut engager la responsabilité partagée de l'État et de la commune : C.E., 13 juill. 2007, *Cne de Taverny*, préc. Ces conditions d'urgence ou de péril imminent sont des conditions substantielles qui décident des pouvoirs et des obligations de la police générale. Hors ces situations, il n'existe donc pas d'obligation d'agir à la charge de l'autorité de police générale : C.E., 14 déc. 1981, *Cne de Montmorot*, préc.

185 Le juge de l'excès de pouvoir paraît adopter une définition stricte de cette obligation. Selon le considérant de principe de l'arrêt *Sieur Doublet* du 23 octobre 1959, le refus opposé par une autorité de police administrative à une demande tendant à ce qu'il soit fait usage de ses pouvoirs « *n'est entaché d'illégalité que dans le cas où, à raison de la* gravité du péril *résultant d'une* situation particulièrement dangereuse *pour le bon ordre, la sécurité ou la salubrité publique, cette autorité, en n'ordonnant pas les* mesures indispensables *pour* faire cesser *ce péril grave, méconnaît ses obligations légales* »[1]. On constate néanmoins, avec René CHAPUS[2], qu'un certain nombre d'arrêts manifestent d'exigences moindres en se bornant, par exemple, à relever l'existence d'un trouble tel que l'autorité était tenue de faire usage de ses pouvoirs de police[3] ou qu'une situation créait un péril d'une gravité telle que l'autorité ne pouvait s'abstenir de faire usage de ses pouvoirs sans méconnaître ses obligations légales[4]. Doit-on attribuer ces nuances à des préoccupations d'ordre stylistique tenant à la forme pure des arrêts ou doit-on y percevoir un renforcement latent de l'obligation d'agir de l'autorité de police administrative ? L'absence d'arrêt décisif du juge de la légalité sur ce point ne permet pas d'apporter une réponse tranchée à cette question. Ce qui est certain en revanche, c'est que la jurisprudence se montre beaucoup moins exigeante sur le terrain du contentieux de la responsabilité que sur celui de l'excès de pouvoir[5]. C'est encore « *sans restrictionnisme particulier* »[6] que le juge de la légalité procède à l'annulation des mesures de police insuffisantes pour assurer le bon ordre. Il se borne alors la plupart du temps à souligner

---

[1] Mots soulignés par nous. *Cf.* également C.E., 1er oct. 1971, *Assoc. « Alba-Stella »*, n° 78.506, *Rec.* tables p. 1135 ; — Sect., 19 avr. 1989, *M. Bernard Kerlo*, préc. et — 8 juill. 1992, *Ville de Chevreuse*, préc.

[2] R. CHAPUS, *Droit administratif général*, *op. cit.*, t. 1, n° 940, p. 719.

[3] C.E., Sect., 29 juin 1983, *Maignan*, préc. ; — 12 mars 1986, *Préfet de Police de Paris c. MM. Metzler, Coll et Engel*, préc. ; — 8 juill. 1992, *Ville de Chevreuse*, préc.

[4] C.E., 21 juin 1968, *Dame Spiaggerri et Delle Courtois*, n° 68.458, *Rec.* p. 380 (situation « *ne créant pas un péril d'une gravité telle qu'en s'abstenant de faire usage des pouvoirs qui lui sont conférés par l'article 97 du Code de l'administration communale, le maire ait méconnu ses obligations légales* »). *Cf.* également, malgré la particularité de l'espèce qui intéresse la légalité d'un arrêté mettant fin à une réglementation de police antérieure : C.E., Sect., 17 mars 1989, *Cne de Villeneuve-au-Chemin*, préc. (illégalité d'un arrêté municipal mettant fin à une réglementation de police alors que la situation particulièrement dangereuse rendait nécessaire le maintien de la réglementation antérieure. Le maire « *a méconnu les nécessités de l'ordre public et pris, en conséquence, une décision entachée d'excès de pouvoir* »).

[5] Outre l'arrêt *Sieur Ecarot* précité, *cf.* C.E., 20 déc. 1957, *Cne de Beaumont*, n° 38.116, *Rec.* p. 704 (« *faute lourde de la police municipale qui a toléré la permanence d'agissements contraires à l'ordre public et à la salubrité publique, malgré les protestations [de certains administrés]* ») ; — 4 janv. 1961, *Sieur Palmier*, préc. (l'autorité de police a commis une faute en s'abstenant de prendre les mesures nécessaires pour parer à un danger grave pour la salubrité publique) ; C.A.A. de Lyon, 15 oct. 1998, *M. Christian Duport, M. Jean-Pierre Sloan, M. Fernand Laborey, M. Jean-Louis Bourdin et Mlle Laurence Kasier* (5 esp.), préc. (nuisances sonores « *port[ant] à la tranquillité publique une atteinte d'une gravité telle que le maire ne pouvait s'abstenir d'y porter remède sans méconnaître ses obligations en matière de police de la tranquillité publique* »). *Cf.* encore C.E., 3 nov. 1982, *Rossi*, n° 25.187, *Rec.* tables p. 695 ; *D.* 1984, IR, p. 25, obs. F. MODERNE et P. BON ; — Sect., 13 mai 1983, *Mme Vve Lefebvre*, préc. ; — 7 nov. 1984, *Cne de Corbere-les-Cabanes*, nos 35.045, 35.050, 34.830 et 35.111, *Rec.* tables p. 693 ; T.A. de Bastia, 3 mai 1985, *Marchietti*, *Rec.* tables p. 709.

[6] R. CHAPUS, *Droit administratif général*, *op. cit.*, t. 1, n° 940, p. 719.

que l'autorité de police administrative a méconnu ses obligations en édictant des mesures qui portent une « *atteinte excessive* » à l'ordre public[1].

186 Sans être remise en cause, la rigueur de la jurisprudence *Sieur Doublet* est donc susceptible de faire l'objet d'atténuations favorables à un renforcement des obligations imparties aux autorités publiques dans le cadre de leur fonction fondamentale du maintien de l'ordre. En tout cas, les juges comme le législateur veillent aujourd'hui à ce que l'administration remplisse effectivement et efficacement sa fonction. C'est ce que souligne la Cour administrative d'appel de Nancy lorsqu'elle affirme que « *toute personne est en droit de bénéficier d'un fonctionnement normal des services de police et notamment en cas de troubles à l'ordre public de demander l'intervention des mesures de police nécessaires pour faire cesser ce trouble* »[2].

Le droit évolue dans le sens d'un alourdissement des charges incombant aux autorités de police qui, en matière de santé publique notamment, sont aujourd'hui subordonnées à une ardente obligation de moyens.

§2.- LA CONSÉCRATION D'UNE OBLIGATION DE MOYENS RENFORCÉE

187 Le renforcement de l'obligation des moyens qui pèse sur les autorités administratives dans le maintien de l'ordre public en général et de l'ordre public sanitaire en particulier s'observe tant sur le terrain de la responsabilité administrative (A) que sur celui de la responsabilité pénale (B).

A.- LE DÉVELOPPEMENT DE LA RESPONSABILITÉ ADMINISTRATIVE POUR CARENCE FAUTIVE

188 Le développement de la responsabilité administrative pour carence fautive dans le maintien de l'ordre public sanitaire résulte d'une double évolution jurisprudentielle. D'une part, le juge administratif a développé une définition élargie de la faute d'inaction (1). D'autre part, la jurisprudence laisse percevoir un net recul de la faute lourde au profit de la faute simple ou, tout au moins, de la faute « non qualifiée » (2).

1) La définition large de la carence fautive

189 Le juge administratif a développé une définition large de la carence fautive en précisant au fil de sa jurisprudence les obligations imparties à la puissance publique dans le cadre du maintien de l'ordre en général et de la protection de la santé publique en particulier. La carence fautive englobe tout d'abord les situations de carence absolue.

---

[1] *Cf.* C.E., 24 janv. 1990, *M. Painot*, préc. ; — 30 juill. 1997, *Soc. « John Breheny Developments limites »*, n° 148108, inédit (*a contrario*, la mesure contestée n'étant pas jugée insuffisante) ; — 12 juin 1998, *Cne de Chessy et a.*, préc.

[2] C.A.A. de Nancy, 25 juin 1992, *Cne de Tombelaine*, préc.

Cette hypothèse, qui pose peu de difficultés, correspond à l'attitude passive de l'autorité de police qui, face à une situation de désordre, méconnaît son obligation d'agir. Il peut s'agir soit d'un refus d'intervention, acte décisoire constitutif d'une illégalité fautive[1], soit d'une abstention pure et simple que le juge sanctionne dans le cadre du contentieux de la responsabilité[2]. La notion de carence fautive a en outre été étendue à des situations de carence partielle correspondant à des hypothèses où l'autorité de police a bien agi, mais de façon non conforme à ce qui aurait dû être. Le contrôle et la sanction de telles situations ont permis au juge administratif de dépasser la seule affirmation de l'obligation d'agir des autorités administratives pour en préciser davantage les contours et lui donner un contenu.

190 Le juge a d'une part, dégagé l'existence d'une obligation de diligence pesant sur les autorités de police en sanctionnant toute intervention anormalement tardive. C'est ainsi le retard de l'administration à interdire l'utilisation de produits sanguins non chauffés pour la transfusion sanguine qui fut reproché à l'État par la Haute juridiction administrative dans ses arrêts d'Assemblée du 9 avril 1993[3]. Dans le même sens, l'Assemblée du Conseil d'État a, dans deux arrêts du 3 mars 2004, retenu comme fautif, et de nature à engager sa responsabilité, le retard pris par l'État pour renforcer la réglementation permettant la protection des salariés contre les risques liés aux poussières

---

[1] *Cf.* les exemples cités *supra* n° 185.

[2] Outre les espèces précitées, *cf.* C.E., 13 févr. 1948, *C.G.E. c. Cne de Caluire-et-Cuire*, n° 71.155, *Rec.* p. 80 (négligences des autorités communales en matière d'hygiène ayant favorisé l'émergence d'une épidémie de fièvre typhoïde) ; — 26 oct. 1962, *Ville de Toulouse*, n° 51.538, *Rec.* p. 573 (abstention fautive d'une commune qui n'a pas exécuté les travaux exigés pour la salubrité d'un fossé à l'usage d'égout) ; — Sect., 4 mai 1979, *Min. de la Santé c. de Gail*, préc. (carence de l'administration à modifier, au vu d'un nombre anormalement élevé de complications neurologiques, les instructions administratives concernant l'emploi d'un vaccin antirabique lyophilisé dont le ministre avait imposé l'usage) ; — 15 juin 1987, *Soc. navale des Chargeurs Delmas-Vieljeux et a.,* n°s 39250, 39291 et 39308, *Rec.* p. 216 ; *R.F.D.A.* 1988, p. 508, concl. O. SCHRAMECK (passivité des pouvoirs publics avertis de l'imminence du blocage d'un port sans qu'aucune raison ne puisse justifier cette abstention) ; T.A. de Rennes, 3 févr. 1983, *Gourronc*, cité sous l'art. L. 512-12 du *Code de l'Environnement* 2007 des éd. Dalloz, n° 5 (le fait qu'un chenil a fonctionné près de deux ans en dépit des plaintes de tiers avant que ne soient imposées les mesures qui convenaient est constitutif d'une faute de nature à engager la responsabilité de l'administration) ; — 6 nov. 1996, *M. Monnerais*, n° 924-940, *Petites affiches* 1996, n° 143, p. 4, concl. L. GROS (carence du maire à empêcher la divagation d'animaux dangereux). *Cf.* également C.A.A. de Bordeaux, 25 févr. 1993, *Secrétaire d'État chargé de l'Environnement et Cne de Saint-Pée-sur-Nivelle*, n° 90BX00281 et n° 90BX00349, *Rec.* tables p. 897 ; C.E., Ass., 9 avr. 1993, *M. G.*, *M. D.* et *M. et Mme B.* (3 esp.), n° 138652, n° 138653 et n° 138663, *Rec.* p. 110, concl. H. LEGAL ; *D.* 1993, p. 312, concl. ; *R.F.D.A.* 1993, p. 583, concl. ; *A.J.D.A.* 1993, p. 344, chron. Ch. MAUGÜÉ et L. TOUVET ; *D.* 1994, SC, p. 63, obs. P. BON et Ph. TERNEYRE ; *J.C.P.* 1993, II, 22110, note C. DEBOUY ; *Rev. adm.* 1993, p. 561, note P. FRAISSEX ; *Quot. jur.* du 15 juill. 1993, p. 6, note M. DEGUERGUE ; — Ass., 3 mars 2004, *Min. de l'Emploi et de la Solidarité…* (4 esp.), préc. ; — 5 juill. 2004, *Lescure*, n° 243801, *Rec.* tables p. 838 ; *A.J.D.A.* 2005, p. 66, obs. F.-G. TRÉBULLE ; *Envir.* 2004, n° 119, obs. D. GILLIG. Toutefois la faute de la victime peut partiellement exonérer l'administration de sa responsabilité : *cf.* C.A.A. de Versailles, 8 mars 2006, *Cne de Taverny*, préc.

[3] C.E., Ass., 9 avr. 1993, *M. G.*, *M. D.* et *M. et Mme B.* (3 esp.), préc. De même que le retard fautif de l'État à mettre en place des tests de dépistage du VIH sur les dons de sang engage sa responsabilité pour les contaminations provoquées par des transfusions réalisées entre le 2 mars 1985 et le 1er août 1985, soit entre la date à laquelle le test de F. Abott a été autorisé aux État-Unis et celle où il a été rendu obligatoire en France : T.A. de Paris, 21 juin 2000, *Beaumer et a.*, n° 9412460, *Rec.* tables p. 1224.

d'amiante[1]. En assimilant de tels retards à une faute d'abstention, le juge a soumis les autorités de police à une obligation de diligence : il ne suffit pas que l'administration informée d'une situation de désordres intervienne pour y remédier, il faut encore que son intervention soit assez rapide pour que le trouble soit immédiatement pris en charge[2].

Il reste à savoir quel est le point de départ de cette obligation d'action. Cette question délicate a fait l'objet d'évolutions importantes depuis les arrêts d'Assemblée du 9 avril 1993. Une certitude existe : l'obligation d'agir n'est pas seulement une obligation de réagir. La police administrative se caractérisant par sa fonction préventive, les autorités compétentes doivent, dans la mesure du possible, intervenir dès que le trouble est constitué et avant que le dommage ne se réalise[3]. La jurisprudence traditionnelle ne retient d'obligation pour l'autorité de police sanitaire qu'à une double condition : qu'elle soit pleinement avertie de la situation de trouble et que le danger soit établi[4]. Sans être remises en cause, ces deux conditions ont récemment fait l'objet d'importantes précisions. D'une part, il ne suffit pas que l'administration attende d'être avertie de risques éventuels pour la santé publique, il lui appartient encore, a précisé le Conseil d'État, de se « *tenir informée des dangers* » que peuvent courir les personnes[5]. D'autre part, il est aujourd'hui admis que l'obligation d'agir de l'administration est constituée dès lors qu'existe « *un risque sérieux* » pour la santé publique et la possibilité d'y parer. C'est ainsi que le Conseil d'État a, dans « l'affaire du sang contaminé », retenu que l'État avait l'obligation d'interdire l'utilisation thérapeutique de produits sanguins non chauffés dès le 22 novembre 1984, date à laquelle l'administration était informée de l'existence d'un risque établi par la communauté scientifique et des moyens permettant d'empêcher la contamination par voie transfusionnelle[6].

---

[1] C.E., Ass., 3 mars 2004, *Min. de l'Emploi et de la Solidarité c. Csts Bourdignon* et *Min. de l'Emploi et de la Solidarité c. Csts Thomas* (2 esp.), préc. Des développements plus importants seront consacrés à cette question, *infra* n°s 476 et 555.

[2] *Cf.* également C.A.A. de Bordeaux, 16 avr. 1992, *Mme D. Brunet*, préc. ; T.A. de Paris, 21 juin 2000, *Beaumer et a.*, préc. ou – de Lille, 20 avr. 2006, *Didier Marsal c. Mangin*, n° 0400118, *R.D. rur.* juin-juill. 2006, p. 37, note B. BERNABEU. Sur cette question, *cf.* notamment J.-Ph. PAPIN, *op. cit.*, p. 371-374 ; G. MARTIN, La responsabilité de la puissance publique pour retard, *Petites affiches* 1999, n° 174, p. 4-9 (1ère partie) et n° 175, p. 4-11 (2e partie) et Ph. MOREAU, La responsabilité de l'État du fait des mesures de police phytosanitaire, note sous C.A.A. de Marseille, 10 janv. 2005, *Min. de l'Agriculture et de la Pêche c. Soc. Durance Crau*, n° 00MA01810, *A.J.D.A.* 2005, p. 1249.

[3] *Cf.* C.E., 15 juin 1987, *Soc. navale des Chargeurs Delmas-Vieljeux et a.*, préc. et les conclusions de M. SCHRAMECK, *R.F.D.A.* 1988, p. 508 : Les autorités compétentes averties de l'imminence du mouvement syndical auraient dû intervenir avant le déclenchement de cette action.

[4] *Cf.* par exemple C.E., 16 oct. 1987, *Cts Piallat c. Cne d'Uzès*, n° 58465, inédit.

[5] C.E., Ass., 3 mars 2004, *Min. de l'Emploi et de la Solidarité* (4 esp.), préc. Ce point sera développé *infra* n°s 476 et 545.

[6] C.E., Ass., 9 avr. 1993, *M. G.*, *M. D.* et *M. et Mme B.* (3 esp.), préc. Il a, sur ce point, annulé l'arrêt de la C.A.A. de Paris qui n'avait retenu la faute d'inaction qu'à compter du 12 mars 1985 (Plén., 16 juin 1992, *M. X.*, *Min. des Affaires sociales et de l'Intégration c. M. Z.* et *M. M. Y.* (3 esp.), n° 92PA00050, n° 92PA00156 et n° 92PA00098, *Rec.* p. 541 ; *A.J.D.A.* 1992, p. 678, note L. RICHER). Comme l'a bien résumé le commissaire du Gouvernement LEGAL dans ses conclusions sur ces arrêts, l'obligation d'agir existe à partir du moment où est révélé « *un risque suffisamment manifeste pour interdire l'inaction* » (*op. cit.*, p. 596). La question est aujourd'hui de savoir si la responsabilité pour faute de l'administration pourrait être engagée pour « défaut de précaution », *cf. infra* n°s 604 s.

191 En plus de cette obligation de diligence, le juge a d'autre part, défini une obligation de suffisance de l'intervention des autorités publiques. Cette obligation, déjà révélée par l'arrêt du 9 avril 1993 qui indique incidemment la mesure qu'auraient dû adopter les autorités sanitaires[1], a été consacrée avec éclat par les arrêts d'Assemblée du 3 mars 2004 qui vont jusqu'à définir une obligation d'efficacité maximale des mesures de protection de la santé publique[2].

Quoique substantiellement renforcée par ces arrêts[3], l'obligation d'efficacité n'est toutefois pas nouvelle. Même s'il est parfois difficile de la repérer sur le terrain de la responsabilité où le juge distingue rarement l'action insuffisante de l'abstention[4], cette obligation, qui se situe dans la logique du droit du maintien de l'ordre public, a pris racine bien avant les affaires de santé publique qui ont émaillé l'actualité de ces dernières années. Outre l'arrêt *Marabout*[5], l'arrêt de Section *Commune de Merfy* du 28 octobre 1977 en fournit une bonne illustration[6]. En l'espèce, la responsabilité de la commune était était mise en cause à propos de deux incendies qui, ayant pris naissance dans un dépôt d'ordures non autorisé situé sur une propriété privée, avaient ravagé une partie des peupleraies situées aux alentours. Les habitants du voisinage et la Direction départementale des affaires sanitaires et sociales avaient auparavant attiré plusieurs fois l'attention du maire sur les dangers que faisait courir ce dépôt sauvage à la sécurité et à la salubrité publiques. Alerté, le service des ponts et chaussées avait mis en place une signalisation interdisant la décharge d'immondices. À sa demande, des procès-verbaux avaient par ailleurs été dressés à l'encontre de plusieurs récalcitrants. Pour le Conseil d'État, toutefois, ces mesures ne pouvaient suffisamment répondre à l'obligation incombant au maire de faire cesser ces causes d'insalubrité et d'insécurité. « *Devant [leur] inefficacité […],* précise l'arrêt, *il lui appartenait d'user des pouvoirs qu'il tenait*

---

[1] Il s'agissait en l'espère de l'interdiction d'emploi des produits non chauffés. *Cf. infra* n°s 559 s.

[2] C.E., Ass., 3 mars 2004, *Min. de l'Emploi et de la Solidarité c. Xueref* et *Min. de l'Emploi et de la Solidarité c. Botella* (2 esp.) préc.

[3] *Cf. infra* n°s 546 s.

[4] Les arrêts du 9 avr. 1993 fournissent un exemple remarquable de cette assimilation. On sait en effet qu'avant d'interdire l'usage de produits sanguins non chauffés, le ministre chargé de la Santé avait par un arrêté du 23 juill. 1985 supprimé le remboursement de ces produits à compter du 1er octobre suivant. En première instance, le tribunal administratif de Paris, suivant les conclusions de Mme STAHLBERGER, avait considéré que cette intervention suffisait pour satisfaire à l'obligation d'agir de l'administration (T.A. de Paris, 30 déc. 1991, *R.F.D.A.* 1992, p. 552, concl. STAHLBERGER). Ni la Cour administrative d'appel, ni le Conseil d'État ne se rangeront à cette opinion, ce dernier relevant que l'obligation d'agir consistait en l'occurrence en une obligation d'interdire. Le non-remboursement des produits sanguins non chauffés ne pouvait donc être considéré comme une mesure suffisante (C.E., Ass., 9 avr. 1993, *M. G.*, *M. D.* et *M. et Mme B.* (3 esp.), préc.).

[5] C.E., Ass., 20 oct. 1972, *Marabout*, préc.

[6] C.E., Sect., 28 oct. 1977, *Cne de Merfy*, n°s 95.537 et 01.493, *Rec.* p. 406. *Cf.* également, C.E., 27 nov. 1974, *Cne de Villenave-d'Ornon c. Sieur Bayens*, n° 89.872, *Rec.* p. 586 (où le juge examine précisément l'efficacité des mesures de police adoptées) ; – 24 janv. 1990, *M. Painot*, préc. ; C.A.A. de Nancy, 25 juin 1992, *Cne de Tombelaine*, préc. et – de Bordeaux, 19 mai 1993, *M. et Mme Hébert Néis*, n° 91BX00503, *Petites affiches* 1996, n° 92, p. 46, note J.-P. AMADÉI. Sur ce point, *cf.* la note de M. CABANES et M. LÉGER sous C.E., Ass., 20 oct. 1972, *Marabout*, A.*J.D.A.* 1972, p. 583 ; J.-Ph. PAPIN, *op. cit.*, p. 370-371 et M. PAILLET, *La faute du service public en droit administratif français*, L.G.D.J., 1980, Bibl. de droit public, p. 313 s.

des dispositions de l'article 101 du Code de l'administration communale pour faire exécuter sur les propriétés privées les travaux nécessaires pour mettre fin au danger. […] En s'abstenant d'agir et en se bornant à quelques démarches administratives, *le maire de Merfy [avait], par son inaction, commis une faute lourde de nature à engager la responsabilité de la commune* »[1].

On doit en déduire que si l'administration peut disposer d'une certaine marge de manœuvre dans le choix de ses moyens d'action, cette liberté est limitée par son obligation d'employer celui ou ceux qui sont réellement adaptés à la situation, sans négliger aucune possibilité. L'obligation qui pèse sur les autorités de police administrative est, selon les formules jurisprudentielles, une obligation de prendre les mesures « *nécessaires* » ou « *propres* » à prévenir ou faire cesser le trouble, ce qui suppose qu'elles soient suffisantes et efficaces.

192 Certains auteurs ont pu voir ici l'affirmation par le juge d'une obligation de résultat incombant à la puissance publique dans le maintien de l'ordre[2]. Effectivement, cette jurisprudence souligne la tendance du juge à prendre de plus en plus en compte l'efficacité de l'action administrative[3]. Cependant, si de telles solutions tendent évidemment à renforcer l'obligation d'agir qui pèse sur les autorités de police administrative, celle-ci ne peut être autrement définie que comme une obligation de moyens au sens où l'entend le droit civil.

Une intervention insuffisante n'est en effet constitutive d'une faute de nature à engager la responsabilité de l'administration qu'à une triple condition. Premièrement, il faut que les mesures édictées ou les actes réalisés soient manifestement insuffisants pour prévenir ou faire cesser le trouble. Autrement dit, l'action de l'autorité de police ne sera insuffisante que si le trouble lui subsiste[4]. Deuxièmement, l'action de police ne doit pas se heurter à des obstacles d'ordre juridique ou circonstanciel empêchant son action[5]. Troisièmement, et ce point est essentiel, il doit être établi que l'autorité dont on recherche la responsabilité disposait, au moment où elle est intervenue, de moyens légaux plus vigoureux que ceux qu'elle a employés pour remédier à la situation de désordre. Dans le cas contraire, l'inefficacité de ses mesures ne peut être assimilée à une carence fautive[6].

---

[1] Mots soulignés par nous.

[2] *Cf.*, entre autres, R. ROMI, La responsabilité pour carence des autorités de police administrative, *Petites affiches* 1986, n° 148, p. 28-36.

[3] *Cf. infra* n°s 546 s.

[4] C.E., 6 juin 1984, *Artaud*, n° 4385, *Rec.* tables p. 860 ; *D.* 1986, IR, 28, obs. MODERNE et BON.

[5] *Cf.* C.E., Ass., 7 mai 1971, *Min. de l'Economie et des Finances et Ville de Bordeaux c. Sastre*, préc. ; — Ass., 20 mars 1974, *Min. de l'Aménagement du Territoire… c. Navarra*, préc. et les concl. de M. ROUGEVIN-BAVILLE. Se reporter également aux arrêts d'Assemblée *M. G.*, *M. D.* et *M. et Mme B.* du 9 avril 1993, préc. Il est manifeste en effet que la carence fautive de l'État n'aurait pas été retenue s'il n'avait pas existé une possibilité de parer à la contamination des malades hémophiles.

[6] C.E., 19 févr. 1982, *Cté de défense du quartier Saint-Paul*, n° 09899, *Rec.* tables p. 539 ; *D.* 1983, IR, 318, obs. P. BON et F. MODERNE.

L'autorité de police ne peut être tenue pour responsable de la survenance d'un dommage dès lors qu'elle a mis en œuvre tous les moyens légaux dont elle dispose ; il s'agit bien d'une obligation de moyens.

C'est notamment ce qu'il ressort de l'arrêt du Conseil d'État, *Commune de Montmorot*, en date du 14 décembre 1981[1]. En l'espèce, était reprochée à la commune la pollution des sources d'un particulier par les eaux usées émanant de porcheries voisines. Pour éviter cette situation, le maire avait à plusieurs reprises enjoint aux propriétaires des fonds de se conformer aux dispositions du règlement sanitaire et avait averti les autorités compétentes pour que soient constatées les infractions commises par eux. Malgré l'inefficacité de cette action, le juge a refusé de considérer l'existence d'une faute dans la mesure où le maire ne disposait pas d'autre moyen d'intervention et qu'il ne pouvait légalement, en dehors d'un péril imminent, se substituer au préfet dans l'exercice de la police des établissements insalubres[2].

Il n'est donc pas question ici d'obliger les autorités de police administrative à parvenir à un résultat. Une telle obligation serait absurde et très certainement dangereuse : le risque zéro n'existe ni en matière d'ordre public ni en matière sanitaire. Ce que le juge recherche, c'est que l'administration mette réellement en œuvre tous les moyens dont elle dispose pour assurer la sécurité. Il ne s'agit donc pas de lui reprocher de ne pas être parvenu à maintenir l'ordre, mais bien de l'obliger à agir au mieux pour y parvenir[3]. C'est dans ce contexte qu'il faut alors resituer le recul constant de la faute lourde qui, notamment, permet au juge de préciser les contours et le contenu des obligations de sécurité imparties à l'administration.

2) Le recul de la faute lourde

193 La jurisprudence administrative sur la responsabilité pour carence ne revêt pas d'unité certaine quant au degré de la faute exigée. Certaines espèces relèvent l'exigence

---

[1] C.E., 14 déc. 1981, *Cne de Montmorot*, préc.

[2] Dans le même sens, C.E., 9 juin 1978, *Ville de Nice c. Liotard*, n° 99.605, *Rec.* p. 240 (annulation du jugement du tribunal administratif ayant condamné la ville jugée responsable des dommages causés par des émissions toxiques provenant de l'installation de chauffage d'un immeuble non conforme au règlement sanitaire, les services d'hygiène de la ville n'ayant pas commis de faute : d'une part, le maire avait mis en demeure le propriétaire à mettre cette installation en conformité avec les dispositions du règlement sanitaire, d'autre part, deux procès-verbaux de contravention avaient été successivement dressés à son encontre et transmis à l'autorité judiciaire). La jurisprudence récente a toutefois accentué les obligations pesant sur le maire en la matière en considérant que l'omission de celui-ci a avertir les services préfectoraux de manquements graves et répétés d'une société à ses obligations engage la responsabilité pour faute de la commune (C.E., 13 juill. 2007, *Cne de Taverny*, préc.). Il reste qu'en l'espèce le maire pouvait remédier à la situation au titre de ses pouvoirs de police générale et que son abstention à informer les services préfectoraux n'a pas été clairement définie comme faute distincte de sa carence à agir.

[3] Cette jurisprudence peut d'ailleurs être rapprochée de celle développée en matière de sécurité hospitalière, en particulier dans le domaine des infections nosocomiales, avant l'intervention du législateur du 4 mars 2002. *Cf. infra* n°s 385 s.

d'une faute lourde pour que la responsabilité des autorités concernées soit engagée[1]. D'autres, en revanche, se contentent de la faute simple ou, du moins, se bornent à évoquer l'existence d'une faute « de nature à » engager la responsabilité de l'administration[2].

Ces variations sont dues au travail « au cas par cas » auquel se livre le juge administratif en la matière. Car, si la distinction entre les activités matérielles et les activités juridiques de police, opérée notamment par l'arrêt *Consorts Amoudruz*[3], reste encore d'actualité pour déterminer le régime de faute applicable (à l'activité matérielle, un régime de faute lourde, les activités juridiques étant soumises à la faute simple), force est aussi de constater qu'elle ne permet pas de rendre compte exactement de la jurisprudence dont les nuances lui dénient tout caractère absolu[4]. En réalité, le choix du régime de la faute est un « *choix conjoncturel* »[5], déterminé à partir de l'examen d'un ensemble d'éléments, d'importance d'ailleurs variable selon les espèces.

194 En premier lieu, le juge prend en compte la difficulté de l'action de l'administration. Sans être unique, ce critère est déterminant et décide en grande partie du régime de faute appliqué. C'est en tout cas cet élément qui fonde les rapports activité matérielle – faute lourde / activité juridique – faute simple[6] et qui explique les atténuations apportées à ce système[7]. La difficulté dont il est question peut tout d'abord tenir aux circonstances particulières de l'espèce et aux conditions de l'intervention de police. Ainsi qu'a pu le noter M. ODENT, il y a notamment exigence d'une faute lourde dans les cas où l'obligation d'intervention dans la précipitation rend excusables certaines

---

[1] C.E., 20 déc. 1957, *Cne de Beaumont*, préc. ; — 11 mai 1960, *Cne du Teil c. Soc. des chaux et ciments de Lafarge et du Teil*, n° 42.680, *Rec.* p. 306 ; — 4 janv. 1961, *Sieur Palmier*, préc. ; — 14 déc. 1962, *Doublet*, préc. ; — 27 nov. 1974, *Cne de Villenave-d'Ornon c. Sieur Bayens*, préc. ; — Sect., 28 oct. 1977, *Cne de Merfy*, préc. V. également T.A. de Bastia, 3 mai 1985, *Marchietti*, préc. ; — de Lille, 20 avr. 2006, *Didier Marsal c. Mangin*, préc.

[2] C.E., 29 nov. 1963, *Sieur Ecarot*, préc. ; — 15 févr. 1974, *Min. du développement industriel et scientifique c. Sieur Arnaud*, n° 87.119, *Rec.* p. 114 ; — 26 janv. 1979, *Cts Bourgaux*, n° 99.511, *Rec.* p. 29 ; – Sect., 4 mai 1979, *Min. de la Santé c. de Gail*, préc. ; — 4 juill. 1980, *Chevrier*, n° 07.353, *Rec.* p. 309 ; C.A.A. de Bordeaux, 16 avr. 1992, *Mme D. Brunet*, préc. ; C.E., Ass., 9 avr. 1993, *M. G.*, *M. D.* et *M. et Mme B.* (3 esp.), préc. ; — 4 déc. 1995, *Delavallade*, n° 133880, *Rec.* tables p. 945 ; *Petites affiches* du 15 mai 1996, p. 4, note M. PAILLET ; *D.A.* 1996, n° 46, obs. D.P.; — 14 avr. 1999, *Soc. A.G.F.*, n° 194462, *Rec.* tables p. 921 ; *D.A.* 1999, n° 180, obs. L.T. ; C.E., Ass., 3 mars 2004, *Min. de l'Emploi et de la Solidarité* (4 esp.), préc. ; — 27 juill. 2005, *Ville de Noisy-le-Grand*, préc.

[3] C.E., Sect., 23 mai 1958, *Cts Amoudruz*, préc.

[4] Dans un certain nombre de cas, le juge administratif admet effectivement que la faute simple suffit pour engager la responsabilité de l'administration du fait de ses activités matérielles de police. À l'inverse, une faute lourde peut être nécessaire pour que la responsabilité de l'administration soit engagée du fait d'un acte juridique.

[5] M. PAILLET, *Juris-Classeur…* fasc. 280, n° 66.

[6] Sur ce point, v. entre autres, M. ROUGEVIN-BAVILLE, R. DENOIX DE SAINT MARC et D. LABETOULLE, *Leçons de droit administratif*, Paris, Hachette, 1989, coll. P.E.S., p. 303.

[7] Sur l'application de ce critère de la difficulté du service, *cf.* notamment les concl. de G. GUILLAUME sur C.E., Ass., 20 oct. 1972, *Marabout* (*A.J.D.A.* 1972, p. 625-626), la note de M. CABANES et M. LÉGER sous cet arrêt (*op. cit.*, p. 583) ainsi que les concl. de M. ROUGEVIN-BAVILLE sur C.E., Ass., 20 mars 1974, *Sieur Navarra* (*op. cit.*, p. 202-203). La difficulté dans la détermination de mesures nouvelles à prendre peut ainsi justifier un régime de faute lourde pour engager la responsabilité de l'État du fait de l'absence d'une substitution d'office du préfet : C.E., 25 juill. 2007, *Soc. France Télécom et Soc. Axa Corporate Solutions assurances S.A.*, n° 283000, *J.C.P.* A 2007, act. 803, obs. M.-C. ROUAULT (Sera mentionné aux tables du *Rec. Lebon*).

erreurs[1]. À l'inverse, le juge retient un régime de faute simple lorsque l'activité à l'origine des troubles est précisément organisée par la loi et les règlements qui traitent l'administration comme un véritable « *prestataire de service de sécurité* »[2]. C'est le cas, par exemple, de la police des installations classées[3] ou de la police des inhumations[4] qui sont traditionnellement soumises à la faute simple. La difficulté dont il s'agit peut également se rattacher à la nature de l'objet soumis à l'exercice de la police. La faute lourde sera ainsi systématiquement retenue dans les matières mettant en jeu des intérêts sensibles, telle la police sanitaire des frontières[5], ou bien présentant un aspect technique élevé, comme la police du médicament[6].

195 Le critère de la difficulté n'est toutefois pas seul pris en compte par le juge de la responsabilité qui examine également la nature et l'étendue des pouvoirs dont dispose l'administration. La jurisprudence tend en particulier à retenir une faute non qualifiée lorsque l'administration cumule les pouvoirs d'intervention. Sans qu'il soit besoin de multiplier les exemples[7], on peut ici renvoyer à l'arrêt *M. D.* du 9 avril 1993 où, pour retenir un tel régime, la Haute juridiction administrative fait une référence explicite à « *l'étendue des pouvoirs conférés à l'administration* » dans le domaine de la transfusion sanguine. Celle-ci cumulait en effet différents pouvoirs, d'ailleurs énumérés par le

---

[1] B. ODENT, note sous C.E., Sect., 11 avr. 1975, *Dép. de la Haute Savoie*, *Rec.* p. 230.

[2] *Cf.* F. BLANC, Le régime de la responsabilité pour faute en matière de police de l'ordre public, in *La police administrative existe-t-elle ?*, *op. cit.*, p. 85-119. Pour une illustration : C.A.A. de Lyon, 23 juin 1988, *S.I.V.O.M. Rhône-Gier*, n° 95LY01517, inédit (constitue une faute de nature à engager la responsabilité de l'État, le fait de délivrer une autorisation illégale entraînant des risques pour la salubrité publique).

[3] C.E., Sect. 31 janv. 1936, *Soc. Lustria, Chapal et Cie*, n° 33.914, *Rec.* p. 148 ; – 18 juill. 1947, *Soc. des ét. Rey Frères*, n° 74.613, *Rec.* p. 330 ; – Sect., 10 oct. 1969, *Min. de l'Industrie c. Sieur Arnaud*, n° 75.868, *Rec.* p. 430 ; – 15 févr. 1974, *Min. du Développement industriel et scientifique c. Sieur Arnaud,* préc. *Cf.* F.-P. BÉNOIT, La responsabilité de la puissance publique du fait de la police administrative, *op. cit.*, p. 28 et J.-Ph. PAPIN, *op. cit.*, p. 365-376. Si dans l'arrêt précité du 7 nov. 1984, *Cne de Corbere-les-Cabanes*, le Conseil d'État a retenu le régime de la faute lourde pour déterminer la responsabilité de l'État du fait de la carence du préfet pour n'avoir pas classé un dépôt d'ordures ménagères comme établissement dangereux, incommode ou insalubre, l'application de ce régime reste très exceptionnel. *Cf.* par exemple C.E., 5 juill. 2004, *Lescure*, préc. ; – 17 nov. 2004, *Soc. gén. d'Archives*, n° 252514, *Rec.* tables p. 777 ; *A.J.D.A.* 2005, p. 675, note F. BRAUD et A. MOUSTAROLIER ; *J.C.P.* A 2005, n° 1176, note Ph. BILLET.

[4] C.E., 9 févr. 1940, *Monier*, n° 58.877, *Rec.* p. 54 ; — 29 juill. 1943, *Épx Crescente*, n° 70.961, *Rec.* p. 218.

[5] C.A.A. de Paris, 17 oct. 1991, *S.A. Hellot*, n° 90PA00292, *Rec.* p. 569 ; *A.J.D.A.* 1992, p. 127, chron. J.-P. JOUGUELET et J.-F. GIPOULON.

[6] C.E., 10 mai 1957, *Marbais*, préc. (il est même exigé en l'espèce une faute manifeste et d'une particulière gravité). Il reste qu'en ce domaine également, le principe est, en fonction des circonstances, susceptible d'exception. *Cf.* par exemple : CE, Sect., 4 mai 1979, *Min. de la Santé c. de Gail*, préc. En l'espèce, le Gouvernement, confronté à une épidémie naissante de rage, avait organisé un service de traitement et de prophylaxie de la rage chez l'homme. Dans ce cadre, et pour assurer la prévention de nouveaux cas de rage, un nouveau vaccin avait été mis sur le marché et distribué aux services compétents. Or le traitement avait provoqué un nombre anormalement élevé d'accidents sans susciter de réaction de la part des autorités sanitaire. Le juge a ici considéré qu'en ne modifiant pas ses instructions concernant l'utilisation de ce nouveau vaccin dont elle avait de fait imposé l'emploi, l'administration avait commis une faute de nature à engager la responsabilité de l'État.

[7] On peut voir toutefois C.E., Ass., 31 mai 1957, *Sieur Balpêtré*, n°s 15.478 et 23.016, *Rec.* p. 362, concl. TRICOT (coexistence de pouvoirs de tutelle et de pouvoirs propres) ; — Sect., 28 avr. 1967, *Sieur Lafont*, n° 65.449, *Rec.* p. 182 (cumul des pouvoirs de police et des pouvoirs d'organisation du service public) ; — 7 févr. 2003, *Sec. d'État au Logement c. S.N.C. Empain Graham*, n° 223882, *Rec.* tables p. 984 ; *B.J.D.U.* 2003, p. 217, concl. T. OLSON.

Conseil d'État : organisation générale du service public de la transfusion sanguine, contrôle des établissements qui sont chargés de son exécution et édiction des règles propres à assurer la sécurité et la qualité du sang humain, de son plasma et de ses dérivés[1]. Le juge est également plus enclin à se contenter d'une faute dite « simple » lorsque le fonctionnement défectueux d'un service est mis en cause en plus de la police administrative[2].

196 Enfin, les buts en vue desquels ces pouvoirs ont été conférés à l'administration jouent un rôle décisif dans le choix du régime de la faute[3]. La gravité du dommage résultant de l'action ou de la carence de l'autorité de police administrative entre ainsi indiscutablement en ligne de compte[4]. Mais plus encore, c'est la valeur accordée à l'intérêt protégé qui est aujourd'hui déterminante. Le Conseil d'État a explicitement souligné l'importance de cet élément d'appréciation dans le considérant de principe de l'arrêt *M. D.* du 9 avril 1993 : « *Eu égard tant à l'étendue des pouvoirs [conférés] aux services de l'État […],* qu'aux buts en vue desquels ces pouvoirs leur ont été attribués, *la responsabilité de l'État peut être engagée par toute faute commise dans l'exercice desdites attributions* »[5].

C'est donc ici la valeur accordée à la santé publique, conçue comme un intérêt général prééminent, qui a, au moins partiellement, décidé le Conseil d'État à retenir un régime de faute simple : « *La protection de la santé publique*, commentent Mme MAUGÜE et M. TOUVET, *est un enjeu tel que l'État doit faire preuve d'une vigilance tout à fait particulière, qui ne peut laisser place à un système de faute lourde* »[6].

197 Comme l'a fait valoir M. STAHL dans ses conclusions sur l'arrêt *Theux*, le passage de la faute lourde à la faute non qualifiée ne supprime pas la prise en compte de la difficulté de l'action administrative[7]. Mais s'il ne change pas la nature du contrôle, il

---

[1] *Cf. infra* n° 397.

[2] *Cf.* C.E., Sect., 5 juill. 1957, *Dép. de la Sarthe c. Delle Artus*, préc. ; – 24 oct. 1976, *Dame vve Thiémard*, n° 95270, *Rec.* p. 179 ; *A.J.D.A.* 1976, p. 203, chron. M. BOYON et M. NAUWELAERS ; — Ass., 9 avr. 1993, *M. G., M. D.* et *M. et Mme B.* (3 esp.), préc. ; — 29 avr. 1998, *Cne de Hannappes*, n° 164012, *Rec.* p. 185 ; *D.A.* 1998, n° 219 ; *D.* 1998, p. 535, note G. LEBRETON ; *J.C.P.* 1998, II, 10109, note M. GENOVESE ; *R.D.P.* 1998, p. 1001, note X. PRÉTOT ; *Petites affiches* 1999, n° 49, p. 8, note M.-C. PIERACCINI ; *D.* 2000, SC, p. 248, obs. P. BON et D. DE BÉCHILLON.

[3] V. Gw. EVEILLARD, Existe-t-il encore une responsabilité administrative pour faute lourde en matière de police administrative ?, *R.F.D.A.* 2006, n° 4, p. 733-747.

[4] *Cf.* C.E., Sect., 5 juill. 1957, *Dép. de la Sarthe c. Delle Artus*, préc. ; — 29 nov. 1963, *Sieur Ecarot*, préc. ; — Sect., 28 avr. 1967, *Lafont*, préc. ; — 22 déc. 1971, *Cne de Mont-de-Lans*, n° 80.060, *Rec.* p. 789 ; *J.C.P.* 1973, II, 17289, note DE RABINOVITCH ; — Ass., 20 oct. 1972, *Marabout*, préc. ; — 27 nov. 1974, *Cne de Villenave-d'Ornon c. Sieur Bayens*, préc.

[5] Mots soulignés par nous. Ce principe a notamment été appliqué par la C.A.A. de Paris le 28 déc. 1993 (*M. X. et Mme Y.*, n° 93PA00380) qui revient par-là sur son arrêt du 8 avr. 1993, *M. X.* (n° 92PA00595) retenant un régime de faute lourde « *compte tenu des difficultés inhérentes à l'exercice de ces attributions* ».

[6] Ch. MAUGÜÉ et L. TOUVET, chron. sous C.E., Ass., 9 avr. 1993, *M. G, M. et Mme B.* et *M. D.* (3 esp.) et C.E., Ass., 9 avr. 1993, *M. Bianchi*, *A.J.D.A.* 1993, p. 346. *Cf.* également, le *Rapport public 1998* du Conseil d'État, *Réflexions sur le droit de la santé*, *op. cit.*, p. 248.

[7] J.-H. STAHL, concl. sur C.E., Sect., 20 juin 1997, *Theux*, *R.F.D.A.* 1998, p. 86-87 : cette évolution sémantique ne supprime pas la prise en compte de « *la difficulté intrinsèque de [l'activité] et les contraintes, notamment l'urgence, auxquelles le service (…] a été confronté* ». Ses conséquences se si-

traduit néanmoins un réel approfondissement de celui-ci[1]. Le glissement de la faute lourde à la « faute de nature à » permet en effet au juge administratif de resserrer son contrôle de l'administration, d'insister sur ses obligations et, le cas échéant, de les préciser et/ou de les étendre. Or, si on ne peut nier l'existence d'un certain nombre d'hypothèses où, à défaut de décisions contraires, le régime de la faute lourde prévaut encore, on observe aussi un recul très net de ce régime dans tous les domaines où la sécurité et la santé des personnes est directement concernée[2]. C'est le cas tout d'abord pour les actes médicaux en matière de responsabilité hospitalière depuis l'arrêt d'Assemblée, *Époux V.*, du 10 avril 1992[3] mais également pour les activités de secours depuis 1997-1998[4]. Le même constat vaut encore pour la police des aliénés[5], celle des édifices menaçant ruine[6] ainsi qu'en matière de lutte contre les nuisances sonores[7], bastions traditionnels de la faute lourde.

198 Cette évolution générale dépasse très largement le cadre de la police administrative. Combinée aux arrêts rendus dans le domaine de l'ordre public, elle met

---

tuent donc davantage au niveau des principes que de la pratique et il s'agit principalement pour le juge administratif d'insister sur l'obligation de sécurité qui incombe à l'administration. V. également A. TOUBLANC, De la prétendue disparition de la faute lourde en matière de responsabilité médicale, *A.J.D.A.* 2004, n° 22, p. 1173-1178.

[1] En ce sens, *cf.* notamment P. BON et D. DE BÉCHILLON, Responsabilité de la puissance publique, *D.* 2002, SC, p. 246 et C. DEFFIGIER, note sous C.A.A. de Bordeaux, 18 juin 2002, *S.A.R.L. Protex et Soc. de droit étranger Gl Accident*, *A.J.D.A.* 2002, p. 968-969 et L. MARCOVICI, La responsabilité de l'État du fait du décès d'un étranger en centre de rétention, note sous C.A.A. de Marseille, 10 déc. 2007, *Mme Dalila Slimani*, *A.J.D.A.* 2008, n° 1, pp 37-40, spéc. p. 38.

[2] V. sur ce point les remarques de M. GUYOMAR et P. COLLIN, chron. sous C.E., Ass., 30 nov. 2001, *Min. de l'Économie, des Finances et de l'Industrie c. M. et Mme Kechichian et a.*, *A.J.D.A.* 2002, p. 134. Pour une illustration récente, *cf.* C.A.A. de Marseille, 10 déc. 2007, *Mme Dalila Slimani*, n° 60MA00572, *A.J.D.A.* 2008, p. 37, note L. MARCOVICI : Entière responsabilité de l'État des conséquences dommageables du décès d'un étranger en centre de rétention si celui-ci, qui n'est pas doté d'une infrastructure médicale adaptée, s'abstient de requérir l'avis souhaitable d'un médecin.

[3] C.E., Ass., 10 avr. 1992, *M. et Mme V.*, n° 79027, *Rec.* p. 171, concl. H. LEGAL ; *G.A.J.A.* n° 98 ; *A.J.D.A.* 1992, p. 355, concl. ; *R.F.D.A.* 1992, p. 571, concl. ; *D.* 1993, SC, p. 146, obs. P. BON et Ph. TERNEYRE ; *J.C.P.* 1992, II, 21881, note J. MOREAU. Sur cette question, *cf.* notamment J. CLERCX, L'abandon par le Conseil d'État de la faute lourde en matière de responsabilité médicale : incertitudes et réticences, *R.R.J.* 2001, p. 1831 et A. TOUBLANC, De la prétendue disparition de la faute lourde en matière de responsabilité médicale, *op. cit.*, p. 1173-1178.

[4] C.E., Sect., 20 juin 1997, *Theux*, n° 139495, *Rec.* p. 253, concl. J.-H. STAHL ; *R.F.D.A.* 1998, p. 82, concl. ; *D.A.* 1997, n° 358, p. 24, obs. C. ESPER ; *D.* 1999, SC, p. 46, obs. P. BON et D. DE BÉCHILLON ; — Sect., 3 mars 1998, *Améon et a.*, n° 89370, *Rec.* p. 82 ; *A.J.D.A.* 1998, p. 418, chron. F. RAYNAUD et P. FOMBEUR ; *C.J.E.G.* 1998, p. 197, concl. L. TOUVET ; *D.* 1998, p. 535, obs. G. LEBRETON ; *D.* 2000, SC, p. 246, obs. P. BON et D. DE BÉCHILLON ; — 29 avr. 1998, *Cne de Hannapes*, préc. ; — 29 déc. 1999, *Cté urbaine de Lille*, n° 197502, *J.C.P.* 2000, IV, 1951 ; *D.* 2000, IR, p. 31.

[5] C.E., 14 avr. 1999, *Soc. A.G.F.*, préc. Il faut cependant tenir compte de l'évolution apportée par l'arrêt de Section du Conseil d'État du 1er avr. 2005 qui confie à la juridiction judiciaire le soin de statuer sur l'ensemble des conséquences dommageables d'une décision administrative d'hospitalisation d'office, y compris celles qui découlent de son irrégularité (*Mme L.*, n° 264627, *Rec.* p. 134 ; *A.J.D.A.* 2005, p. 1231, chron. C. LANDAIS et F. LENICA ; *R.D.S.S.* 2005, p. 450, note FOSSIER ; *Coll. terr.* 2005, n° 80, obs. ESTREIN ; *Petites affiches* 2005, n° 201, p. 12, chron. MELLERAY ; *B.J.S.P.* 2005, n° 83, Pan. p. 4).

[6] C.E., 27 sept. 2006, *Cne Baalon*, n° 284022, *J.C.P.* A 2006, act. 816, obs. M.-C. ROUAULT et n° 1305, note G. PELISSIER ; *Procédures* 2006, comm. 252, obs. S. DEYGAS.

[7] C.E., 28 nov. 2003, *Cne de Moissy-Cramayel*, n° 238349, *Rec.* p. 464 ; *B.J.C.L.* 2004, p. 60, concl. G. LE CHÂTELIER et obs. J.-C. BONICHOT ; *A.J.D.A.* 2004, p. 988, note C. DEFFIGIER ; *D.A.* 2004, comm. 36, obs. G.L.C. ; *J.C.P.* A 2004, n° 1053, obs. J. MOREAU ; C.A.A. de Bordeaux, 29 mars 2005, *X*, n° 00BX02120, *J.C.P.* A 2005, chron. 1338, n° 11, obs. P. PACTEAU ; C.E., 27 juill. 2005, *Ville de Noisy-le-Grand*, préc.

toutefois en avant la reconnaissance progressive d'un « droit à la sécurité »[1] qui peut laisser présager un abandon progressif de la faute lourde dans la plupart des cas où un manquement aux obligations de vigilance et de diligence sera reproché aux autorités sanitaires. C'est également dans ce sens qu'a évolué le droit pénal en consacrant une obligation de prudence pesant, en particulier, sur les agents publics.

B.- LA PÉNALISATION DES FAUTES D'INACTION

199 Depuis plusieurs années, la France s'est engagée dans un mouvement de « *criminalisation de l'action publique* »[2]. L'origine de cette évolution peut être située dans la réforme du Code pénal de 1992-1993 qui a notamment reconnu la responsabilité pénale des personnes morales, dont les personnes publiques autres que l'État. La possibilité d'engager la responsabilité pénale des personnes publiques est toutefois limitée par l'article 121-2 du Code pénal. Celui-ci ne sanctionne en effet que les « *infractions commises dans l'exercice d'activités susceptibles de faire l'objet de services publics* », ce qui exclut *a priori* la police administrative qui, bien que relevant elle-même d'une activité de service public[3], obéit à un régime particulier qui empêche notamment sa sa délégation[4]. En revanche, la responsabilité d'une collectivité peut être engagée pour toutes les fautes commises par ses services d'hygiène et de sécurité. Par ailleurs, la mise en danger de la sécurité ou de la vie d'autrui est une source d'infractions qui peut entraîner la condamnation des personnes physiques comme des personnes morales de droit privé ou de droit public. Enfin, la responsabilité pénale personnelle des agents publics, dont celle de l'élu local, peut être recherchée pour les fautes commises dans l'exercice de leurs fonctions et, notamment, en cas de négligence ou d'imprudence[5].

200 En premier lieu, de nombreux textes, notamment relatifs à la protection de l'environnement, ont institué de nouvelles infractions qui créent autant d'occasions de fautes pénales involontaires susceptibles d'être reprochées à des élus ou à des agents

---

[1] Sur ce point, *cf. infra* n°s 472, 525 et 651.

[2] *Cf.* notamment D. SALAS, Criminalisation de la responsabilité, in *De quoi sommes-nous responsables ?*, Huitième forum *Le Monde* Le Mans des 25, 26 et 27 oct. 1996, textes réunis et présentés par T. FERRENCZI, Paris, Le Monde éditions, p. 90-103.

[3] En ce sens, par exemple, G. LEBRETON, *Droit administratif* général, *op. cit.*, p. 189-190. Ce point sera étudié *infra* n° 283.

[4] *Cf.* en ce sens, C.A. d'Amiens (ch. d'acc.), 9 mai 2000, *Gaz. Pal.* 11 juill. 2000, p. 32, note S. PETIT.

[5] V. E. BREEN, Responsabilité pénale des agents publics : l'exemple de l'affaire du sang contaminé, *A.J.D.A.* 1995, p. 781-791 et J.-C. MAYMAT, *L'élu et le risque pénal*, Paris, Berger-Levrault, 1999, 273 p., coll. Administration locale, spéc. le Chapitre 4 : l'exercice des pouvoirs de police, p. 163 s.

publics. C'est le cas, par exemple, de la loi sur l'eau du 3 janvier 1992[1] ou de celle du 2 février 1995 sur le renforcement de la protection de l'environnement[2].

201 En second lieu, les agents publics peuvent tomber sous le coup d'infractions générales au premier rang desquelles figurent les délits d'homicide ou de blessures involontaires réprimés par les articles 221-6 et 221-19 du Code pénal[3] et les délits « *d'imprudence, de négligence ou de manquement à une obligation de prudence ou de sécurité prévue par la loi ou les règlements* » prévus par l'alinéa 3 de l'article 121-3 du Code pénal dans sa rédaction issue de la loi n° 96-393 modifiée du 13 mai 1996[4]. Cette responsabilité intéresse un certain nombre de fautes relatives, par exemple, à l'entretien d'ouvrages appartenant à une collectivité territoriale[5]. Elle concerne aussi les négligences négligences commises dans l'exercice des pouvoirs de police administrative. Commet donc un délit d'imprudence le maire qui s'est abstenu d'utiliser ses pouvoirs de police afin de prévenir une pollution provenant de rejets d'agriculteurs dans le réseau public d'assainissement[6], une pollution des eaux d'une station d'épuration[7] ou le rejet d'effluents d'effluents non traités de la station d'épuration[8]. C'est par ailleurs sur ce fondement que la Cour de Justice de la République a, le 9 mars 1999, retenu la culpabilité de M. HERVÉ dans la contamination de personnes hémophiles par le virus du sida. Pour la Cour, en ne prenant pas les mesures d'accompagnement des arrêtés du 23 juillet 1985, afin d'imposer le dépistage obligatoire ou la destruction des produits sanguins qui, prélevés avant le 1er août 1985, n'avaient pas été testés ou inactivés et en ne donnant pas les instructions nécessaires pour que soient recherchées et rappelées les personnes susceptibles d'avoir été antérieurement contaminées par voie de transfusion sanguine, l'ancien ministre « *a commis une faute d'imprudence ou de négligence et un manquement à une obligation de sécurité ou de prudence qui lui était imposée par le Code de la santé publique* »[9].

202 Pas plus qu'en droit administratif, l'obligation d'action qui découle de l'obligation pénale de sécurité et de prudence ne doit être considérée comme une obligation de

---

[1] L. n° 92-3 du 3 janv. 1992 sur l'eau, *J.O.* du 4 janv., p. 187 modifiée. V. les art. L. 1324-1 à L. 1324-5 C.S.P.

[2] L. n° 95-101 du 2 févr. 1995 relative au renforcement de la protection de l'environnement, *J.O.* du 3 févr., p. 1840.

[3] Cass. crim., 30 sept. 1998, *Cts Antunes c. Jean Jouannes et a.*, n° 97-80705, *Gaz. Pal* 1999, 2, somm. 735.

[4] L. n° 93-463 du 13 mai 1993 relative à la responsabilité pénale pour des faits d'imprudence ou de négligence, *J.O.* du 14 mai, p. 7211. *Cf.* également l'art. L. 2123-34 C.G.C.T.

[5] *Cf.* M. CEOARA, La responsabilité des élus à raison des délits liés au manque de précaution, *Petites affiches* 1995, n° 20, Dossier spéc. : « Responsabilité pénale des maires et des élus », p. 15. L'auteur donne plusieurs illustrations de ce type d'affaires.

[6] T.G.I. de Chaumont, 17 mai 1994, *Proc. Rép. Chaumont c. X.*, *D.* 1995, p. 191, note D. GUIHAL.

[7] T.G.I. de Rennes, 9 févr. 1994, n° 549/94, inédit.

[8] T.G.I. de Caen, 8 mars 1994, n° 698/94, inédit.

[9] C.J.R., 9 mars 1999, n° 99-001, *R.D.P.* 199, n° 2, p. 329. Sur ce point, v. notamment le dossier spéc. : sang contaminé, *R.D.P.* 1999, n° 2, p. 313-455 et O. BEAUD, *Le sang contaminé*, Paris, P.U.F., 1999, 171 p., coll. Béhémoth.

résultat[1]. Sous la pression des élus locaux notamment, la loi du 13 mai 1996 a en effet limité la possibilité de condamner un maire sur le fondement de l'article 121-3 du Code pénal aux cas où « *il est établi qu'il n'a pas accompli les diligences normales compte tenu de ses compétences, des pouvoirs et des moyens dont il disposait ainsi que des difficultés propres aux missions que la loi lui confie* »[2]. Par ailleurs, la loi n° 2000-647 du du 10 juillet 2000[3] a précisé la définition des délits non intentionnels en remplaçant l'alinéa 3 de l'article 121-3 par deux nouveaux alinéas dont le premier indique que le délit d'imprudence n'est constitué que si « *l'auteur des faits n'a pas accompli les diligences normales compte tenu, le cas échéant, de la nature de ses missions ou de ses fonctions, de ses compétences ainsi que des pouvoirs et moyens dont il disposait* »[4]. Il n'en demeure pas moins que le droit pénal a lui aussi reconnu l'existence d'une obligation générale de sécurité qui s'impose notamment aux autorités de police sanitaire dont la négligence peut être durement sanctionnée.

Le maintien de l'ordre public sanitaire n'est donc pas une faculté, mais bien une obligation qui enferme les autorités de police dans une compétence liée du premier et du second degré[5]. Celles-ci ne disposent en effet que d'une marge de manœuvre extrêmement réduite, tant dans le choix de leur intervention que dans celui du moment et du sens de leur action.

---

[1] Encore faut-il d'ailleurs que les textes imposent aux autorités concernées une obligation de sécurité, ce qui n'est pas le cas, par exemple, en matière de protection contre les effets de la pollution atmosphérique : Cass. crim., 25 juin 1996, *Mme Graignic*, n° 95-86.205, *Bull. crim* n° 274, p. 228.

[2] Art. L. 2123-34 C.G.C.T.

[3] L. n° 2000-647 du 10 juill. 2000 tendant à préciser la définition des délits non-intentionnels, *J.O.* du 11 juill., p. 10484 ; *J.C.P.* 2000, III, 20330, comm. F. LE GUNEHEC ; *A.J.D.A.* 2000, p. 924, comm. J.-H. ROBERT.

[4] Sur ce point, *cf.* C.A. d'Amiens, 9 mai 2000, préc. Sur les critères de définition et qualification de la faute de prudence et de diligence : Cass. crim., 9 avr. 2002, *Alain Z...*, n° 01-85510, inédit (à propos de la culpabilité d'un responsable technique de la mairie pour homicide involontaire. Pour la Haute juridiction, la Cour d'appel a suffisamment justifié sa décision en énonçant « *que, sans consulter aucune personne qualifiée, le prévenu s'est borné à confier à un subordonné peu compétent et peu diligent le soin de concevoir et de réaliser les modifications du portail, alors qu'il avait vu celui-ci démonté en atelier et avait ainsi pu mesurer le danger potentiel qu'il présentait en raison de son poids important* ». C'est à bon droit que les juges ont considéré que « *par son comportement, il a contribué à créer la situation qui a permis la réalisation du dommage, n'a pas pris les mesures permettant de l'éviter et a commis une faute caractérisée exposant autrui à un risque d'une particulière gravité qu'il ne pouvait ignorer* ».

[5] Sur cette distinction, *cf.* L. DI QUAL, *La compétence liée*, Th. Droit, Paris, L.G.D.J., 1964, 626 p., coll. Bibl. de droit public, t. LIX, Préface de R. DRAGO.

CONCLUSION DU CHAPITRE

203 Proposition de droit consubstantielle à la liberté, l'ordre public sanitaire répond, comme la norme générale d'ordre public, à un principe de nécessité qui l'impose comme une norme contraignante du droit public. Elle joue, déjà, comme une source directe ou indirecte d'habilitation à agir de l'administration qui peut, en son nom, recourir à l'ensemble de ses prérogatives de puissance publique, et plus spécialement limiter l'exercice des droits et libertés. Elle est, ensuite, une source d'obligations pour l'administration qui ne peut ignorer son devoir régalien de protection de la santé publique. Le maintien de l'ordre public sanitaire relève de la sorte d'une compétence liée des autorités de police, qui s'apprécie tant d'un point de vue fonctionnel que matériel.

Sauf à commettre une incompétence négative et à engager leur responsabilité pour faute, les autorités chargées du maintien de l'ordre public sanitaire ne peuvent déjà renoncer à leurs prérogatives et à en faire usage lorsque les circonstances de droit ou de fait l'exigent. L'ordre public sanitaire limite par ailleurs le choix des mesures qui peuvent être adoptées en son nom, celles-ci étant subordonnées à une double exigence de suffisance et de modération. Guidée par un principe de nécessité, l'intervention des autorités de police sanitaire doit respecter celui de la proportionnalité qui en dérive et qui, notamment, leur interdit de dépasser un certain degré dans la restriction des droits et des libertés. Cette exigence est protectrice des administrés, dès lors qu'elle permet de limiter les atteintes ponctuelles portées à la liberté à ce qui est effectivement *nécessaire* au bon ordre. Mais elle suppose également que la mesure adoptée soit suffisante pour atteindre l'objectif visé : l'ordre public sanitaire exige des autorités publiques qu'elles interviennent positivement pour protéger les individus, dont les droits sont autant menacés par la carence de la puissance publique que par ses excès.

De la sorte, si le maintien de l'ordre public sanitaire fait effectivement appel aux instruments disciplinaires de la puissance publique, il faut considérer que leur mise en œuvre relève avant tout pour celle-ci d'une obligation juridique, qui correspond elle-même au principe de nécessité. Elle repose en effet sur l'idée bien comprise que la protection de la santé publique est indispensable au bon ordre, sans lequel les droits et libertés de l'homme ne pourraient s'exercer durablement. La santé publique participe « par nature » ou « par essence » à la garantie des droits de l'Homme, indépendamment même de son affirmation comme tel par les pouvoirs publics.

CONCLUSION DU TITRE

204 La santé publique relève d'un impératif de l'ordre public en ce que par sa protection c'est le bon ordre, la paix et la prospérité sociale qui sont assurés. Elle participe de la sorte à cette fonction essentielle et fondamentale de protection de l'intérêt social qui la situe au cœur des devoirs régaliens.

La raison d'être de l'ordre public sanitaire et de l'obligation des autorités publiques d'assurer la protection collective de la santé publique ne doit donc pas être recherchée dans l'affirmation positive du droit des personnes à la protection de la santé. L'ordre public sanitaire, comme toute mission de prévention des risques collectifs, puise sa légitimité dans un principe plus général, et sans doute plus essentiel, de sécurité qui est au fondement même de la société[1].

Cela n'empêche pas l'ordre public sanitaire de servir l'exercice des libertés, ni même de participer à la protection des santés individuelles. D'une part, il est évident que par la santé publique et la prévention collective des risques sanitaires, c'est aussi la santé, l'intégrité physique, voire la vie des personnes qui sont protégées. D'autre part, l'ordre public sanitaire repose sur le même axiome que la norme générale d'ordre public. Dans un État de droit fondé sur le principe de la liberté individuelle, il a pour vocation première et immédiate de garantir cette liberté.

205 Plus que dans ses effets limitatifs ou privatifs de liberté, c'est dans ce rôle de protection des droits de l'Homme et des libertés publiques qu'il faut rechercher la substance et le sens premier de l'ordre public sanitaire. Cela oblige, en premier lieu, à penser l'ordre public sanitaire comme une notion qui, indépendamment des logiques humanistes contemporaines, a acquis ses lettres de noblesse bien avant l'avènement de l'État-providence. Ce serait plutôt ce dernier qui, malgré l'affirmation officielle du droit à la protection de la santé, en aurait dévié le sens et oublié les impératifs premiers. Revenir sur la fonction fondamentale de l'ordre public sanitaire permet, en second lieu, de dessiner les contours de son régime juridique, entièrement guidé par le principe de nécessité. Ce principe fait certes de l'ordre public sanitaire un impératif particulièrement contraignant pour les individus, ne serait-ce que parce que ces derniers doivent impérativement conformer leur comportement à ses exigences, avec toutes les conséquences et les aléas que cette obligation peut comporter. Il en fait aussi et avant tout

---

[1] J.-M. PONTIER, La puissance publique et la prévention des risques, *op. cit.*, p. 1753.

un devoir essentiel pour le pouvoir et astreint les autorités publiques à assurer effectivement la protection des populations contre les risques sanitaires.

206 Contrairement à ce qu'il a parfois été affirmé, le règlement contentieux de l'affaire du sang contaminé par le Conseil d'État n'a, sur ce point, pas opéré de rupture fondamentale. La jurisprudence antérieure portait déjà tous les éléments constitutifs de cette obligation d'action des autorités de police sanitaire[1]. Le changement provoqué par ce drame est d'abord social et politique et renvoie à la prise de conscience soudaine de l'importance de cette fonction régalienne de prévention des risques sanitaires. Car si la naissance de l'ordre public sanitaire est bien antérieure à cette affaire, force est aussi d'admettre que la protection collective de la santé a été longtemps négligée par les pouvoirs publics. D'une part, la santé publique, rejetée au rang des préoccupations secondaires, a été concurrencée et débordée par l'utopie de l'État-providence privilégiant un schéma médicalisé et consumériste de la santé « accessible à tous et à chacun ». D'autre part, on ne peut ignorer les difficultés inhérentes à la matière elle-même. La santé publique touche les personnes dans ce qu'elles ont de plus précieux, mais aussi de plus intime. Elle a dès lors été souvent perçue comme excessivement contraignante et intrusive. Par ailleurs, le risque sanitaire, par nature multiple et évanescent, se laisse difficilement enfermer dans des schémas stratégiques fixes et uniformes de prévention. Que l'on se situe avant ou après l'affaire du sang contaminé, le droit de l'ordre public sanitaire se caractérise de la sorte par sa complexité, que l'on doit tout autant aux choix politiques de l'État qu'à la spécificité de son objet.

[1] Il suffit, pour s'en convaincre, de reprendre l'exemple du contrôle de la proportionnalité des mesures de police sanitaire qui permet au juge de sanctionner les excès de zèle comme les insuffisances de l'action publique.

TITRE 2

LA COMPLEXITÉ DU DROIT DE L'ORDRE PUBLIC SANITAIRE

207 Bien qu'il soit enraciné au cœur de l'État, l'ordre public sanitaire a souvent été relégué au second plan de ses préoccupations et se caractérise d'abord par le manque de cohérence de son cadre juridique et organique. Deux raisons principales expliquent la complexité du droit de l'ordre public sanitaire.

208 La première tient à la spécificité même de son objet : la lutte contre les risques pour la santé humaine. L'ordre public sanitaire, qui touche l'être humain dans ce qu'il a de plus fondamental, sa vie et son intégrité physique, est souvent confronté à des préoccupations d'ordre philosophique et éthique. Il faut par ailleurs tenir compte de la nature particulière du risque sanitaire qui, à la fois technique, polymorphe et transversal, évolutif et contingent, ouvre à l'État un champ d'intervention particulièrement vaste, complexe et mouvant.

209 La seconde explication doit être recherchée dans le contexte de l'intervention de l'État en ce domaine. À l'exemple de M. LEMOYNE DE FORGES, « *force est de constater que l'interventionnisme sanitaire de l'État a été souvent purement empirique en ce sens qu'il a fallu réagir de façon immédiate et pragmatique pour faire face à des situations imprévues, sans qu'on ait le temps d'élaborer une véritable politique* »[1]. Cet empirisme résulte d'une part, de l'indifférence voire de l'hostilité longtemps manifestées par la société civile à l'égard des questions de santé publique. Jusqu'à une époque récente, en effet, les mesures de prévention sanitaire n'ont répondu ni à des sollicitations individuelles ni à un besoin collectif clairement exprimés[2]. D'autre part, il est manifeste que les impératifs de la protection de la santé publique, souvent négligés au profit d'actions plus spécifiquement tournées vers l'offre de soins, n'ont que très récemment été estimés à leur juste valeur par les pouvoirs publics. L'ordre public sanitaire a d'abord pâti des succès de la médecine curative qui, dès le début du XXe siècle, ont occulté les

---

[1] J.-M. LEMOYNE DE FORGES, L'intervention de l'État en matière sanitaire. Quelques repères historiques, in *Rapport public 1998 du Conseil d'État, op. cit.*, p. 496.

[2] Pour une critique « en règle » et ancienne, *cf.* par exemple A. DONNADIEU DE LAVIT, *Des abus commis au nom de l'hygiène publique contre les droits et les libertés des individus*, Th. Droit, Montpellier, 1909, 231 p. Aujourd'hui encore, les contestations portées à l'encontre des obligations vaccinales témoignent du rejet d'une partie de la population. Sans doute, doit-on en grande partie attribuer cette ignorance des besoins au manque d'information et de pédagogie des pouvoirs publics, qui ne se sont que tardivement engagés dans des actions propres à remédier à cette indifférence générale par une politique active et cohérente d'éducation sanitaire. Il n'en reste pas moins que, comme le soulignait M. LIGNEAU, la prévention sanitaire, « *partie mal aimée de la protection sanitaire* », a longtemps revêtu une image autoritaire et presque illégitime : Quelle santé ? Quelle prévention ?, *R.D.S.S.* 1983, n° spéc. : « La prévention sanitaire en France », sous la dir. de Ph. LIGNEAU, p. 454.

impératifs de la prévention ; il a ensuite été supplanté par les préoccupations relatives au financement du système de santé qui, à compter des années 1970, ont focalisé l'attention de l'administration centrale[1].

On peut schématiser l'histoire de l'intervention sanitaire de l'État en distinguant deux phases successives. L'action du pouvoir central a d'abord, et en grande partie, été celle de la substitution progressive de l'État aux collectivités locales. Cette intervention n'a cependant pas répondu à une politique de santé publique clairement établie. Comme l'a bien souligné M. LEMOYNE DE FORGES, les autorités publiques sont intervenues « *au coup par coup, pour régler des problèmes immédiats dont l'existence, la nature ou l'ampleur n'avait pas été prévue, souvent à la suite d'accidents ou d'épidémies* »[2]. L'affaire du sang contaminé, dont procèdent l'émergence et la diffusion du concept de sécurité sanitaire, a ouvert une nouvelle phase de l'intervention de l'État que marque notamment le retour de la police et, plus généralement, de la prévention sanitaire[3]. Il reste que cette dernière période se caractérise surtout par une véritable frénésie réformatrice des pouvoirs publics, qui a encore ajouté de la complexité à la matière.

Le droit de l'ordre public sanitaire s'est, de la sorte, principalement constitué par une succession de mesures ponctuelles, et souvent partielles, qu'il paraît difficile, voire hasardeux, de ramener à un principe général[4]. C'est surtout la diversité et la dispersion qui caractérisent les modalités du maintien de l'ordre public sanitaire (Chapitre 1) comme l'organisation de l'administration qui en est chargée (Chapitre 2).

---

[1] *Cf.* M.-T. JOIN-LAMBERT, A. BOLOT-GITTLER, Ch. DANIEL, D. LENOIR et D. MÉDA, *Politiques sociales*, Paris, Dalloz / Presses de Sciences Po, 2e éd., 1997, p. 508.

[2] J.-M. LEMOYNE DE FORGES, L'intervention de l'État en matière sanitaire…, *op. cit.*, p. 498-499.

[3] D. TABUTEAU, Sécurité sanitaire et droit de la santé, *op. cit.*, p. 824 s.

[4] Comme l'a noté M. TRUCHET, « *les mesures de prévention foisonnent mais leur prolifération laisse un sentiment d'incohérence* ». (Pour une approche juridique des mesures de prévention, *R.D.S.S.* 1983, n° spéc., *op. cit.*, p. 455). V. également du même auteur : La loi du 4 mars 2002 et la prévention : une double lecture, *Petites affiches* 2002, n° 122, p. 43.

CHAPITRE 1

LA DIVERSITÉ DES MODALITÉS DU MAINTIEN DE L'ORDRE PUBLIC SANITAIRE

210 Le maintien de l'ordre public sanitaire fait appel à un ensemble vaste et hétéroclite de mesures et de dispositifs, dont la diversité est telle que la matière peut paraître réfractaire à toute tentative de systématisation. C'est ce que relevait déjà M. BERTHÉLÉMY au début du XXe siècle en notant que l'étude des mesures d'hygiène publique ne permettait de dégager aucun principe général guidant l'action des pouvoirs publics[1]. « *La prévention était partout*, a ainsi pu écrire M. TRUCHET, *elle était donc nulle part* »[2].

211 Sans doute, l'inflation des textes relatifs à la santé publique a-t-elle justifié leur codification dès 1953[3]. Cependant, malgré les importantes retouches qui lui ont été apportées lors de la recodification de sa partie législative[4], puis réglementaire[5], le Code de la santé publique ne clarifie guère la matière. En tout état de cause, ce Code ne permet pas d'obtenir un aperçu satisfaisant de l'ordre public sanitaire, dont il opère déjà une délimitation à la fois trop large et trop étroite. Cette délimitation est trop large dans la mesure où certaines polices administratives insérées au Code, et couramment qualifiées de polices sanitaires, poursuivent en réalité des buts étrangers à l'ordre public sanitaire[6]. Plus gênant, certains volets essentiels de la protection sanitaire ont été exclus des limites tracées par le codificateur. Car si la plupart des législations et des réglementations nationales de santé publique ont été intégrées au Code, il existe aussi, en marge de celui-ci, un grand nombre de dispositifs particuliers qui, bien que ne visant pas tous un but exclusif de santé publique, comprennent malgré tout un certain nombre de règles se rattachant directement à sa protection. Outre le Code général des collectivités territoriales, on peut ainsi trouver d'importants dispositifs de police sanitaire dans le Code de

---

[1] H. BERTHÉLÉMY, *Traité élémentaire de droit administratif*, Paris, 1933, Éd. Arthur Rousseau, Librairie nouvelle de droit et de jurisprudence, p. 331.

[2] D. TRUCHET, La loi du 4 mars 2002 et la prévention : une double lecture, *op. cit.*, p. 43.

[3] Décr. n° 53-101 du 5 oct. 1953 portant codification des textes législatifs concernant la santé publique précité.

[4] Ord. n° 2000-548 du 15 juin 2000 relative à la partie législative du C.S.P. précitée.

[5] Décr. n° 2003-462 du 21 mai 2003 relatif aux dispositions réglementaires des parties I, II et III du C.S.P., *J.O.* du 27 mai, p. 9039 et décr. n° 2004-802 du 29 juill. 2004 relatif aux parties IV et V du C.S.P. et modifiant certaines dispositions de ce Code, *J.O.* du 8 août, p. 14150.

[6] *Cf. supra* n° 44.

l'environnement[1], dans le Code du travail[2], dans le Code rural[3] ou encore dans le Code de la consommation[4].

212 Il n'est dès lors guère surprenant que, de nos jours encore, ce soit surtout une impression de désordre qui s'impose lorsque l'on étudie les modalités du maintien de l'ordre public sanitaire[5]. Ce sentiment résulte tant du constat de la diversité matérielle des mesures contribuant à son maintien (Section 1) que de celui de la diversité des procédés juridiques employés à cette fin (Section 2).

SECTION 1
LA DIVERSITÉ MATÉRIELLE DES MESURES DE PROTECTION DE LA SANTÉ PUBLIQUE

213 La diversité matérielle des mesures de protection de la santé publique est d'abord liée à la spécificité même du risque sanitaire. En dépit de la définition négative que reçoit la santé dans le cadre de l'ordre public, le caractère à la fois multifactoriel et évolutif de ses déterminants ouvre un champ particulièrement vaste à l'action de santé publique, oblige à des actions différenciées selon le risque contre lequel on veut lutter et nécessite une adaptation constante des mesures de protection (§1). Cette diversité tient également au contexte de la prise en charge de l'ordre public sanitaire par les pouvoirs publics. Sur ce point, la multiplicité des dispositifs de protection de la santé publique indique par elle-même l'absence de tout système global de prévention sanitaire permettant de dégager des principes généraux guidant l'action sanitaire des autorités publiques (§2).

§1.- LA SPÉCIFICITÉ DU RISQUE SANITAIRE

214 Si la santé publique fait partie des fonctions régaliennes du maintien de l'ordre public au même titre que la tranquillité et la sécurité publiques, sa protection soulève certaines difficultés qui lui sont spécifiques tenant à la connaissance et à la détermination

---

[1] *Cf.* par exemple les dispositifs de lutte contre la pollution de l'eau et des milieux aquatiques (Titre II, Livre 2e), de surveillance de la qualité de l'air et de prévention de la pollution atmosphérique (Titre II du Livre 2), les mesures relatives à la préservation et à la surveillance biologique du territoire ('Titre I du Livre 4e) et, surtout, les dispositifs de prévention des pollutions, des risques et des nuisances (Livre 5e) qui englobent notamment la police des installations classées pour la protection de l'environnement, celle des produits chimiques et biocides, celle des organismes génétiquement modifiés, la police des déchets et la prévention des nuisance sonores.

[2] En ce qui concerne notamment la protection de la santé des salariés et l'hygiène et la sécurité au travail : *cf.* le Livre 2e du Code.

[3] V. notamment le Livre 2e : « Santé publique vétérinaire et protection des végétaux » qui traite, entre autres, de la lutte contre les épizooties, du contrôle sanitaire des animaux et des aliments et de la réglementation de la médecine vétérinaire.

[4] *Cf.* notamment le Livre II relatif à la conformité et à la sécurité des produits et services.

[5] Si la prévention est « *un peu moins nulle part qu'auparavant* », remarque M. TRUCHET, elle est en revanche « *plus que jamais partout dans et hors le Code* » (La loi du 4 mars 2002 et la prévention…, *op. cit.*, p. 43). V. également les critiques de M. TABUTEAU dans Sécurité sanitaire et droit de la santé, *op. cit.*, p. 840-841.

même du risque sanitaire et de ses facteurs ou vecteurs d'émergence et de diffusion. L'on s'aperçoit que la diversité matérielle des mesures de protection de la santé publique résulte en grande partie de cette spécificité du risque sanitaire à la fois polymorphe (A), évolutif et contingent (B).

A.- UN RISQUE POLYMORPHE

215 La diversité des mesures concourant au maintien de l'ordre public sanitaire est directement liée à la polymorphie du risque sanitaire, pluriel dans sa nature (1) mais aussi dans ses causes (2).

1) La diversité des types de risque sanitaire

216 De même que M. PÉQUIGNOT souligne qu' « *a survécu trop longtemps la notion de santé (au singulier), concept vide mais unique pour lequel on s'efforce de trouver alors une sorte de contenu* »[1], il serait plus juste d'utiliser un pluriel pour évoquer les risques sanitaires. La santé d'une population, comme celle d'un individu, est en effet fonction de nombreux facteurs de risques et de déterminants de maladies ou de mauvaise santé. Il existe ainsi une grande variété de risques pour la santé dont il serait absurde ici, à supposer même que cela soit possible, de dresser une liste. On peut toutefois donner quelques exemples de cette diversité.

Il convient tout d'abord d'opposer les risques vectoriels, c'est-à-dire les risques d'infection, d'intoxication ou de contamination extérieurs à l'homme, aux risques endogènes, qui couvrent peu ou prou l'ensemble des maladies transmissibles et les risques de maladies liés aux dépendances et aux comportements sanitaires individuels ou collectifs dits « à risque », tels que le tabagisme, l'alcoolisme, la toxicomanie, etc. Chacune de ces catégories forme un ensemble hétérogène. Il faut par exemple distinguer entre les pathologies aiguës et les maladies chroniques. En effet, si la lutte contre ces maladies peut emprunter les mêmes instruments – dépistages, déclaration obligatoire à l'autorité sanitaire, quarantaines, désinfection, etc. –, elle est également susceptible de faire appel à des mesures spécifiquement adaptées au type de maladie concerné, la vaccination, par exemple, n'étant pas envisageable pour les maladies chroniques.

217 En réalité, chaque risque sanitaire ou presque oblige à une stratégie d'action particulière. Il est toutefois possible de regrouper les mesures relevant de l'ordre public sanitaire en trois catégories définies à partir du type de risque concerné. La première comprend l'ensemble des mesures destinées à lutter contre les risques liés à la vie en société et les facteurs d'apparition et de propagation des maladies. Ces mesures recouvrent l'ensemble de l'hygiène publique. Il s'agit donc d'une action sur le milieu qui

---

[1] H. PÉQUIGNOT, La santé, *Encyclopaedia Universalis*, *verbo* « Santé ».

se traduit essentiellement par la définition d'obligations réelles. Ces mesures intéressent d'abord la protection du cadre de vie[1] et font peser des obligations particulières sur les propriétaires ou les collectivités territoriales. Il s'agit, par exemple, d'obliger les communes à assurer l'enlèvement des déchets et des ordures ménagères ou à construire des réseaux d'évacuation des eaux usées, de contraindre les propriétaires à se raccorder à ces réseaux ou à faire des travaux sur les habitations déclarées insalubres. L'hygiène publique exige également le contrôle des activités qui, par elles-mêmes ou par l'usage qui peut en être fait, présentent un danger pour la collectivité. On peut citer la réglementation relative aux installations nucléaires, aux installations classées pour la protection de l'environnement, à l'exploitation et à la distribution des eaux, à la publicité en faveur du tabac ou de l'alcool, à la protection contre les radiations ionisantes ou encore à la sécurité alimentaire qui, notamment, implique la limitation de la liberté d'entreprendre, du droit de propriété et de la libre disposition de ses biens. Cette première catégorie recouvre enfin une partie de la lutte contre la propagation des maladies : le contrôle sanitaire aux frontières, la désinfection, la décontamination d'objets infectés, etc.

218 La deuxième catégorie comprend les mesures destinées à combattre certaines maladies. Contrairement à l'hygiène publique, il n'est plus question ici d'agir sur les facteurs de risques sanitaires mais bien sur les maladies elles-mêmes. En ce sens, il est essentiellement fait appel à des obligations personnelles que le doyen Jean-Marie AUBY a regroupé sous le nom « *d'obligations à la santé* »[2]. Ces mesures concernent tout d'abord les maladies transmissibles. Bien que comprenant certains volets de la lutte contre les fléaux sociaux, tels que les dispositifs relatifs à la tuberculose ou aux maladies vénériennes, cet ensemble intéresse les risques que l'on peut qualifier de « naturels » par opposition aux risques liés à la vie en société. Terrain d'élection de la prévention médicale, ces mesures consistent en des obligations de faire (déclaration ou signalement obligatoires) ou de subir (examens de santé obligatoires, obligations de soins, obligations vaccinales, etc.). Ces obligations n'ont toutefois pas toutes la même portée selon le type de maladie qu'il s'agit de combattre : certaines d'entre elles sont générales et absolues[3], d'autres touchent une partie seulement de la population selon sa profession, son âge ou son lieu de résidence[4]. Les mesures de lutte contre les maladies concernent également les dépendances issues de comportements à risque comme le dopage, la toxicomanie, le tabagisme ou encore l'alcoolisme. Ces mesures font également appel à des obligations

---

[1] Ce que l'on nomme parfois l'« hygiène du milieu ».

[2] J.-M. AUBY, L'obligation à la santé, *op. cit*, p. 7-19. V. également A. LAJOIE, P. A. MOLINARI et J.-M. AUBY, *Traité de droit de la santé et des services sociaux*, Montréal, Les presses de l'Université de Montréal, 1981, p. 288 s.

[3] C'est le cas, par exemple, de l'obligation vaccinale contre la diphtérie, le tétanos et la poliomyélite (art. L. 3111-2 et L. 3111-3 C.S.P.).

[4] C'est l'exemple des obligations de vaccination contre l'hépatite B, la grippe ou la fièvre typhoïde (art. L. 3111-4 C.S.P.).

personnelles, mais celles-ci consistent la plupart du temps en une interdiction de se livrer à tel ou tel comportement nocif pour la santé publique.

219 Une troisième et dernière catégorie de mesures vise enfin à lutter contre les risques iatrogènes qui, liés aux activités de santé, peuvent être provoqués par des actes collectifs ou individuels de prévention, de diagnostic ou de soins. Cet aspect de la protection de la santé publique, récemment développé du fait de l'intérêt nouveau accordé à la sécurité sanitaire[1], repose en particulier sur le contrôle et la surveillance sanitaires des activités, des équipements, des professions, des produits et des matériels de santé qui, notamment, justifient la définition réglementaire de nombreuses normes techniques de fonctionnement visant à en garantir les bonnes conditions d'hygiène et de sécurité[2].

Ces différentes catégories de mesures sont susceptibles de se recouper. Par exemple, la lutte contre les risques iatrogènes suppose l'observation de règles d'hygiène publique. De même, la désinfection est-elle un élément indispensable de la lutte contre les maladies. Enfin, parmi les mesures destinées à combattre les maladies, certaines s'appliquent à des risques qui, comme les infections nosocomiales, sont liés aux activités de santé.

La diversité des types de risques sanitaires constitue donc une première explication de la diversité matérielle des mesures de protection de la santé publique. Mais l'efficacité de ces mesures exige également qu'il soit tenu compte de l'origine même des risques contre lesquels on veut lutter.

2) La diversité des causes de risque sanitaire

220 Multiple dans sa nature, le risque sanitaire l'est aussi dans ses causes. Il peut être créé par l'homme ou résulter d'une cause extérieure à lui ; il peut être lié au milieu de vie ou avoir pour origine une activité ou un comportement social. Dès lors, si toutes les mesures de protection de la santé publique visent évidemment à supprimer un risque sanitaire, certaines intéressent directement l'origine de ce risque alors que d'autres, comme la vaccination, cherchent à agir sur ses vecteurs de transmission. Par ailleurs, un même risque suppose très souvent de nombreuses mesures de prévention. À l'inverse, une même mesure est susceptible d'influer sur de nombreux risques[3]. En réalité, comme le

---

[1] *Cf. infra* n°s 411 s.

[2] La priorité accordée aujourd'hui à la sécurité sanitaire a toutefois conduit ces dernières années à l'approfondissement des objets de cette réglementation qui s'étend, par exemple, aux pratiques professionnelles et aux systèmes de contrôle qualité. *Cf. infra.* n°s 618 s.

[3] Sur cette question, *cf.* notamment M. SETBON, Le risque comme problème politique. Sur les obstacles de nature politique au développement de la santé publique, *R.F.A.S.* 1996, n° 2 : « Santé, responsabilité et décision : les enjeux du risque », p. 19-20.

souligne M. TRUCHET, les enchaînements causals sont tels qu'il est rarement possible d'assigner au risque une origine précise justifiant une mesure particulière[1].

221 Ce qui est certain en revanche, c'est que la nature et le régime juridiques de ces mesures varient selon la cause imputée à tel ou tel risque pour la santé publique. On peut, pour illustrer ce propos, prendre appui sur une classification qui, proposée par M. TRUCHET[2], cherche à distinguer les différentes mesures de prévention sanitaire selon leur destinataire. Cette classification retient trois catégories de mesures.

La première est constituée des mesures qui intéressent les conditions d'existence des hommes. Il s'agit ici principalement des mesures d'assainissement : raccordement aux réseaux de distribution d'eau potable, raccordement aux réseaux d'évacuation des eaux usées, suppression des mares et des étendues d'eau insalubres, etc. Le bénéficiaire de la mesure n'est donc ni l'auteur du risque ni le destinataire de cette mesure.

La deuxième catégorie comprend les mesures destinées à prévenir les risques naturels qui, bien que propres à l'homme, ne résultent pas de son comportement. Il s'agit essentiellement des mesures de prévention médicale visant à lutter contre les risques de maladies transmissibles, infectieuses ou virales. Cet ensemble comprend la plupart des obligations personnelles de faire ou de subir, telles que les examens de santé ou les vaccinations obligatoires. Ces prescriptions n'ont toutefois pas toutes la même portée. Il peut s'agir d'obligations relatives, dont la réalisation décide de l'accès à un droit ou à une prestation[3]. L'obligation peut aussi prendre un caractère général et être attachée à la personne de manière indissoluble[4]. Dans tous les cas, les destinataires de la mesure en sont aussi les bénéficiaires directs. Ils ne peuvent en revanche être considérés comme les auteurs du risque puisque celui-ci ne dépend pas de leur comportement.

La dernière catégorie est constituée des mesures visant à prévenir les risques créés par l'homme et résultant de son comportement conscient. Il y a, cette fois, une coïncidence entre l'auteur du risque et le destinataire de la mesure qui peut aussi, dans le cadre de la lutte contre les comportements à risque, en être le bénéficiaire immédiat. Une partie de ces mesures concerne l'hygiène publique. Il s'agit ici de combattre ou d'encadrer les activités ou les comportements susceptibles de nuire à la salubrité publique et de faire naître un risque pour autrui. À côté de ces mesures, se trouvent les dispositifs

---

[1] D. TRUCHET, Pour une approche juridique des mesures de prévention, *op. cit.*, p. 459.

[2] *Ibid.*, p. 459.

[3] C'est le cas par exemple des examens pré et postnataux (art. L. 2122-1 à L. 2122-5 C.S.P.), dont dépend l'attribution des prestations financières de la Caisse d'allocations familiales, ou encore des obligations vaccinales, auxquelles est subordonné l'accès aux professions exercées dans les établissements de santé et médico-sociaux (art. L. 3111-4 C.S.P.). Ce fut encore celui du contrôle médical prénuptial obligatoire jusqu'à sa suppression par la L. n° 2007-1787 du 20 déc. 2007 relative à la simplification du droit précitée.

[4] C'est notamment le cas des obligations générales de vaccination contre la diphtérie, le tétanos et la poliomyélite (art. L. 3111-2 et L. 3111-3 C.S.P.).

visant à réprimer certains comportements sanitaires dangereux, ce qui comprend la lutte contre le dopage, la toxicomanie, le tabagisme et l'alcoolisme[1].

222 On remarque alors que plus la participation réelle ou supposée de l'individu dans la constitution du risque est grande, plus rigoureux est le dispositif appliqué. Cette affirmation se vérifie notamment s'agissant des procédés d'exécution des décisions. Il semble ainsi que l'existence d'une telle procédure ne résulte pas tant de la liberté concernée par la mesure qu'il convient de faire appliquer que de la cause assignée au risque visé. Lorsque le destinataire de la mesure n'est pas l'auteur du risque, il n'existe pas de moyen d'exécution forcée. C'est le cas, par exemple, en matière de lutte contre les risques de maladies endogènes : l'exécution des mesures prescrites dans ce cadre est essentiellement garantie par l'existence de sanctions administratives ou pénales, voire, parfois, par le seul refus d'accès à un droit ou à une prestation. En revanche, lorsque le destinataire de la mesure est réputé être l'auteur du risque, l'administration bénéficie la plupart du temps de la possibilité de faire exécuter d'office ses décisions. Il en va ainsi dans le cadre du régime relatif aux immeubles insalubres. L'article L. 1331-28 du Code de la santé publique, par exemple, reconnaît aux autorités de l'État (le préfet du département ou le maire agissant au nom de l'État[2]) le droit de faire procéder d'office à l'exécution des mesures nécessaires pour empêcher l'utilisation de locaux frappés d'une interdiction définitive d'habiter en raison de l'insalubrité irrémédiable de l'immeuble[3]. L'article L. 1331-29 du Code de la santé publique permet également, en cas de résistance du propriétaire, l'exécution d'office des mesures destinées à écarter les dangers immédiats pour la santé et la sécurité des habitants et des voisins présentés par un immeuble frappé d'une déclaration d'insalubrité irrémédiable. Ces dispositions spéciales ne font d'ailleurs pas échec aux pouvoirs définis par l'ordonnance du 15 décembre 2005 relative à la lutte contre l'habitat insalubre ou dangereux qui a accordé au maire ou, à défaut, au préfet du département, la possibilité de faire procéder d'office aux mesures

---

[1] On peut aussi faire mention de l'ancien dispositif de lutte contre les maladies vénériennes bien qu'il ait été abandonné par le nouveau Code de la santé publique. Héritière du courant moral de l'hygiénisme, cette législation traitait en effet les malades comme de véritables délinquants sanitaires et les soumettait à un régime très coercitif dont la rigueur était justifiée par l'idée de la responsabilité consciente du malade dans la réalisation du risque et la propagation de la maladie. Sur ce dispositif, *cf.* notamment la L. du 31 déc. 1942 portant organisation de la prophylaxie et de la lutte contre les maladies vénériennes (*J.O.* du 3 mars 1943, p. 601), le décr. du 20 juill. 1943 relatif à la prophylaxie et à la lutte contre les maladies vénériennes (*J.O.* du 5 août, p. 2044), l'ord. n° 60-1246 du 25 nov. 1960 sur la lutte contre les maladies vénériennes (*J.O.* du 27 nov., p. 10606) ainsi que les anc. art. L. 245 à L. 311 C.S.P. V. J.-S. CAYLA, Les maladies transmissibles par contact sexuel, *op. cit.*, p. 27-32.

[2] Circ. DGS/SD7C n° 2002-286 du 2 mai 2002 relative à l'application des dispositions de la loi S.R.U., *B.O. Santé* n° 2002-24, p. 211.

[3] *Cf.* par exemple T.A. de Paris, 11 juill. 1968, *Soc. Gélin et Cie pour le synd. des copropriétaires de l'immeuble, 30, rue de Sambre et Meuse à Paris*, *Rec.* p. 599.

d'hygiène qui n'ont pas été exécutées par leur destinataire[1]. Il existe ainsi une corrélation étroite entre la nature des mesures susceptibles d'être adoptées par l'administration et la cause assignée au risque qu'il s'agit de prévenir ou de faire cesser.

La diversité matérielle des mesures de protection de la santé publique s'explique donc également par la diversité des causes du risque sanitaire. Le risque sanitaire n'est toutefois pas seulement divers dans sa nature et dans ses causes. Il se signale également par son caractère relatif et contingent, qui oblige l'administration à une adaptation constante des mesures qu'elle édite pour le prévenir ou le faire cesser.

B.- UN RISQUE ÉVOLUTIF ET CONTINGENT

223 Le risque ou plutôt les risques sanitaires sont évolutifs et contingents. Ils le sont d'abord par eux-mêmes ; ils le sont ensuite par l'appréciation que l'on en fait et dont résulte leur éventuelle inscription dans le cadre de l'ordre public sanitaire. Cette appréciation dépend en premier lieu de la connaissance du risque sanitaire. À ce titre, la science joue un rôle essentiel dans le maintien de l'ordre public sanitaire (1). Elle dépend en second lieu d'un travail d'interprétation et de qualification du risque comme trouble à l'ordre public qui est effectué en référence à la normalité (2).

1) La science, support de connaissance du risque sanitaire

224 La prise en charge d'un risque sanitaire par les pouvoirs publics dépend avant tout de la connaissance que l'on en a. Pour agir sur un risque, il faut en effet l'avoir identifié, en avoir reconnu l'existence et en avoir une connaissance suffisante pour une action efficace[2]. L'état de ces connaissances scientifiques influe donc directement sur l'ancienneté, la nature, le contenu et l'intensité des mesures destinées à prévenir ou à faire cesser un risque[3].

225 Les dispositifs de protection sanitaire évoluent également en fonction des rapports qu'entretiennent la science et le droit. Or l'assise scientifique du droit de la police sanitaire est finalement assez récente et, en tout cas, postérieure à son développement. La construction moderne du droit de la santé publique s'est en effet essentiellement opérée

---

[1] Al. 2 de l'art. L. 1311-4 C.S.P. inséré par l'ord. n° 2005-1566 du 15 déc. 2005 relative à la lutte contre l'habitat insalubre ou dangereux, *J.O.* du 16 déc., p. 19370. On relèvera par ailleurs que l'ancienne législation relative à la lutte contre les maladies vénériennes prévoyait également de telles procédures d'exécution d'office des mesures jugées nécessaires à la protection de la santé publique. L'ancien art. L. 275 C.S.P. permettait ainsi l'hospitalisation d'office du malade ne se soumettant pas aux soins qui lui avaient été imposés, la même mesure pouvant être ordonné lorsque la malade refusait de se soumettre à l'arrêt de travail ordonné par l'autorité sanitaire (ancien art. L. 277 C.S.P.).

[2] Ce qui explique notamment les obligations de surveillance, d'information et d'expertise sanitaires imposées à l'administration par le Conseil d'État dans ses arrêts d'Ass. du 3 mars 2004, *Min. de l'Emploi et de la Solidarité*, préc. *Cf. infra* n°s 477 s. et 534 s.

[3] *Cf.* M. SETBON, Le risque comme problème politique, *op. cit.*, p. 18-19. Sur l'influence croissante des données scientifiques sur le contenu des mesures sanitaires, *cf. infra* n°s 559 s.

par le truchement de doctrines métaphysiques jusqu'à la révolution biologique de la fin du XIXe siècle[1]. Ce sont les découvertes pastoriennes qui, en offrant de nouveaux outils à la prévention sanitaire, font basculer la protection de la santé publique dans un cadre à la fois plus volontariste et plus médicalisé. La découverte des phénomènes de transmission des maladies associée au positivisme qui, par une foi nouvelle en la science, entend se couper de la métaphysique révolutionnaire engendrent, au-delà même du domaine strictement sanitaire, un important bouleversement des représentations traditionnelles de la société et induisent de profondes mutations de la pensée juridique[2]. Malgré parfois certaines difficultés à concilier les discours juridique et médical[3], la révolution pastorienne offre par suite une nouvelle base à l'élaboration des mesures sanitaires puisqu'il s'agit dorénavant pour l'État « *de tirer des découvertes faites sur le terrain de l'hygiène des impératifs juridiques* »[4]. La nécessité des mesures adoptées doit donc pouvoir être justifiée scientifiquement. L'autorité de police administrative ne peut ainsi, au titre de l'ordre public sanitaire, imposer des mesures dont l'utilité pour la sécurité de la collectivité n'est pas prouvée[5]. Réciproquement, aucune limite dogmatique ne saurait être acceptée à l'encontre de mesures de prévention dont l'utilité est scientifiquement établie. Un motif d'ordre moral ne saurait donc être utilement opposé à une décision de police sanitaire qu'elle soit de nature réglementaire[6] ou individuelle[7]. De même, ne peut-il être excepté à une obligation vaccinale pour des raisons autres que médicales[8].

---

[1] L'essor de la santé publique au XIXe siècle a ainsi principalement résulté de la philosophie hygiéniste, doctrine morale avant d'être scientifique.

[2] *Cf.* notamment L. BOURGEOIS, *La Politique de la prévoyance sociale*, *op. cit.*, t. 1.

[3] Sur ce point, *cf.* G. CARVAIS, La maladie, la loi et les mœurs, in *PASTEUR et la révolution pastorienne…*, *op. cit.*, p. 283.

[4] J. RIVERO, Les transformations sociales et le développement de la protection légale de la santé, *op. cit.*, p. 76. Léon BOURGEOIS écrit ainsi, à la fin du XIXe siècle : les mesures de santé publique « *sont indiscutables du point de vue juridique dès lors qu'elles sont efficaces du point de vue de la science* » (cité par H. MONOD, *op. cit.*, p. 9). Il reste que les effets de l'hygiénisme moral se sont encore longtemps faits sentir, à supposer d'ailleurs qu'ils aient aujourd'hui disparus. Le 7 novembre 1924, le Conseil d'État a ainsi admis la légalité de l'interdiction des combats de boxe « *contraires à l'hygiène morale* » (*Club sportif indépendant du châlonnais*, précité). *Cf.* encore C.E., 29 avr. 1921, *Soc. Édouard Premier et Charles Henry*, précité (interdiction de la fabrication de l'absinthe, industrie d'empoisonnement public que la « *morale réprouve* »).

[5] C'est sur ce fondement notamment que sont distinguées les mesures de commodité ou de confort des mesures d'assainissement ; c'est encore sur ce principe que fut fondé le refus des autorités françaises de prendre certaines mesures proposées pour lutter contre l'épidémie de sida (*cf. infra* n° 402).

[6] C.E., Sect., 27 mars 1936, *Assoc. cultuelle israélite de Valenciennes*, préc. ; — 2 mai 1973, *Assoc. cultuelle des Israélites nord-africains de Paris*, préc.

[7] Ainsi, la liberté de pensée, de conscience et de religion notamment garantie par l'art. 9 de la Convention européenne de sauvegarde des droits de l'Homme et des Libertés fondamentales ne fait pas obstacle à ce qu'un préfet refuse, malgré les dernières volontés du défunt, d'autoriser la conservation de son corps par cryogénisation dans l'enceinte de la propriété familiale, ce procédé n'étant au demeurant pas conforme à l'objectif du maintien de la salubrité et de l'ordre publics visé par la législation et la réglementation funéraires : C.A.A. de Nantes, 27 juin 2003, *Cts Martinot*, n° 02NT01704 et les concl. de J.-F. MILLET, *A.J.D.A.* 2003, p. 1871-1876.

[8] Selon l'art. R. 3112-3 C.S.P., seul un certificat médical attestant que la vaccination projetée est contre-indiquée peut dispenser une personne de l'obligation vaccinale. *Cf.*, par ailleurs, C.E., 26 nov. 2001, *A.L.I.S. et a.*, précité, sur le caractère inopérant du moyen tiré de la violation du principe de la liberté de conscience.

La construction du droit de la santé publique fait ainsi appel à une fonction d'expertise scientifique[1] qui n'a cessé de se perfectionner au cours du XXe siècle[2] et qui explique, au moins pour partie, la multiplication et la diversification des organismes techniques consultatifs[3], la présence massive des scientifiques au sein des administrations chargées de la santé, comme, d'ailleurs, la technicité et l'instabilité des normes imposées[4].

226 Deux remarques s'imposent cependant. En premier lieu, s'il est vrai que l'assise scientifique de la police sanitaire n'a véritablement été acquise qu'au début du XXe siècle, il faut également convenir que les scientifiques, ou du moins les médecins, ont toujours exercé une influence certaine dans la définition des actions publiques de santé. De la sorte, l'empirisme de l'intervention sanitaire des autorités publiques retranscrit aussi en grande partie les errements et/ou les progrès de la science. C'est, par exemple, le refus de la médecine galienniste[5] de croire en la contagion qui conduit les cités de France à refuser la quarantaine lors de la Peste noire de 1347[6]. Ce sont également les théories aéristes issues du néo-hippocratisme qui prévalent sous l'Ancien Régime qui expliquent à la fois les premières mesures d'assainissement de l'époque moderne – notamment l'exclusion hors des villes des cimetières et des ateliers portant des odeurs insalubres[7] – et l'indifférence dans laquelle fut tenue la salubrité de l'eau jusqu'au milieu du XIXe siècle[8]. Si, au début du XIXe siècle, la police sanitaire est d'abord une police qui cloisonne et isole et qui s'essaie à contrôler les flux humains et commerciaux, c'est encore pour répondre aux directives données par les scientifiques, alors convaincus de la nécessité des quarantaines et des lazarets. L'hygiénisme, quant à lui, s'affirme dans les premiers temps comme l'héritage de la doctrine infectionniste qui, à compter du début du XIXe siècle, incite les autorités à une action sanitaire préventive.

---

[1] F. EWALD, Le retour du malin génie…, *op. cit.*, p. 121.

[2] Même si certains protestaient encore il y a peu contre l'insuffisance de l'implication des scientifiques dans la décision de santé publique. *Cf.* W. DAB, *La décision en santé publique. Surveillance épidémiologique, urgences et crises*, Rennes, Éd. E.N.S.P., 1993, 292 p.

[3] *Cf. infra*, n° 340.

[4] V. notamment K. FOUCHER, *Principe de précaution et risque sanitaire. Recherche sur l'encadrement juridique de l'incertitude scientifique*, Paris, L'Harmattan, 2002, 560 p., coll. Logiques juridiques, Préface de R. ROMI.

[5] Claude GALIEN, médecin grec (v. 131 – v. 201). Adaptant les théories d'HIPPOCRATE, sa doctrine attribuant l'origine des maladies à un déséquilibre des humeurs engendré par les passions de l'âme ou l'action des astres bénéficie d'un grand prestige jusqu'à la Renaissance. C'est sur elle que s'appuie notamment le célèbre PARACELSE, alchimiste et médecin suisse, père de la médecine hermétique (Théophrastus Bourbatus VON HOHENHEIM, dit PARACELSE, v. 1493 – 1541).

[6] Tandis que la population y voit un châtiment divin, la médecine officielle attribue en effet l'origine de ce fléau à une conjoncture malheureuse des astres engendrant une corruption meurtrière de l'air. *Cf.* notamment J. DELUMEAU, *La peur en Occident (XIVe-XVIIIe siècles)…*, *op. cit.*, p. 132-187.

[7] J. THIBAULT-PAYEN, L'exil des cimetières et des morts à la veille de 1789 : l'exemple de la primitive Église, in *Histoire du droit social. Mélanges en hommage à Jean IMBERT*, *op. cit.*, p. 509-517.

[8] J.-P. GOUBERT, *La conquête de l'eau. L'avènement de la santé à l'âge industriel*, Paris, Robert Laffont, 1986, 302 p., coll. Pluriel, Introduction de E. LE ROY LADURIE.

227 Il faut, en second lieu, se garder d'une vision trop optimiste des rapports entre la science et le droit, et veiller, en particulier, à ne pas considérer celle-ci comme l'unique support de l'ordre public sanitaire. D'une part, le principe de nécessité qui sous-tend le concept d'ordre public ne peut être épuisé dans la connaissance scientifique. La science détermine sans doute le contenu de l'ordre public sanitaire puisqu'elle permet de définir les mesures propres à préserver la santé publique, mais elle n'est ni l'explication ni la justification de la notion qui ne saurait, sans danger, être uniquement envisagée en termes d'efficacité scientifique. D'une part, la science peut elle-même être porteuse de troubles, soit par ses erreurs[1], soit par ses progrès qu'il peut être nécessaire d'encadrer juridiquement[2]. D'autre part, la traduction des données de la science en impératifs juridiques est à la fois influencée et limitée par la substance propre du concept d'ordre public, reflet des valeurs dominantes de la société. Enfin, la découverte d'un risque et/ou des moyens propres à y remédier ne suffisent pas en eux-mêmes à justifier une action des pouvoirs publics, notamment si cette action relève de la police. Il faut encore que la situation présente un degré d'anormalité suffisant pour être qualifiée de trouble à l'ordre public.

2) La normalité, référentiel de qualification du trouble sanitaire

228 Il ne suffit pas qu'un risque ait été identifié pour qu'il soit pris en charge par les pouvoirs publics. Leur intervention, dans son principe comme dans ses modalités, dépend aussi de l'existence d'une volonté politique. C'est le défaut de cette dernière qui explique, par exemple, que le saturnisme, dont on connaît les dangers et les facteurs d'apparition depuis longtemps, n'ait été que tardivement inclus parmi les troubles sanitaires à l'ordre public[3]. Un certain nombre de risques graves pour la santé publique peuvent donc échapper à l'ordre public sanitaire, même s'ils font par ailleurs l'objet de mesures de prévention. L'inscription d'un risque dans le champ de l'ordre public sanitaire, c'est-à-dire sa qualification comme trouble à l'ordre public, dépend avant tout de son appréhension par les pouvoirs publics[4]. En cela, la « normalité » s'impose comme un référentiel déterminant de l'action publique.

---

[1] Il suffit ici de se reporter au procès, actuellement en cours, des responsables de l'Association France Hypophise à propos des dommages provoqués par certaines hormones de croissance.

[2] On pense notamment ici aux questions relatives aux biotechnologies et à la manipulation génétique.

[3] Art. 123 modifié de la L. n° 98-657 du 29 juill. 1998 relative à la lutte contre les exclusions, préc. (*cf.* les art. L. 1334-1 à L. 1334-13 C.S.P.). Un autre exemple, tout à fait significatif, est celui de la lutte contre les intoxications par les poussières d'amiante qui, quoique connues depuis le début du XXe siècle, n'a fait l'objet d'une réglementation préventive qu'en 1977 : v. *infra* n° 477 (note).

[4] Sur la question, plus vaste, du processus de définition et d'objectivisation du risque par l'administration publique, *cf.* C. BACHMANN, R. BACHMANN et S. CATTACIN, L'analyse discursive de la gouvernance des risques, in *Risques majeurs : perception, globalisation et management*, Actes du 5e colloque transfrontalier CLUSE, Université de Genève, 21 et 22 sept. 2000, *http://rel.unige.ch*.

229 Derrière l'idée de nécessité d'ordre public se profile en réalité une double appréciation de la normalité. La première intéresse directement la qualification juridique du trouble ou de la menace de trouble à l'ordre public. Cette qualification résulte en effet de la constatation de l'anormalité d'un comportement ou d'une situation matériellement établis rapportée à une idée prédéfinie de ce qui est normal, c'est-à-dire conforme à l'ordre public. Le trouble à l'ordre public consiste ainsi, selon la formule de M. RIALS, en un « *comportement déviant* » ou en « *une situation ressentie comme peu convenable* »[1]. C'est, en outre, le degré d'anormalité de cette situation ou de ce comportement qui décide de la gravité du trouble à l'ordre public. La normalité intervient de la sorte comme un instrument de mesure et d'évaluation des faits nécessaire à la mise en œuvre de la norme d'ordre public. C'est dès lors par référence à cette idée de la normalité que sont déterminées les exigences concrètes de l'ordre public et, en dernière analyse, la ou les mesures destinées à son maintien.

230 Cette évaluation de la normalité, qui crée *in fine* les conditions de la nécessité d'ordre public, induit inévitablement une grande relativité dans l'appréciation de celle-ci. Elle laisse en effet aux pouvoirs publics comme aux juges « *une marge d'appréciation qui s'accorde de situations très diverses et consent des jugements nuancés* »[2], dès lors qu'elle oblige à une définition qui, par nature, se révèle être ambiguë et évolutive, relative et contingente.

231 En premier lieu, la définition de la normalité ne bénéficie d'aucune stabilité. Intervenant comme un instrument de mesure, son appréciation relève d'un exercice constant d'interprétation des faits dont les paramètres et les données varient selon le contexte. Par exemple, ce qui est considéré comme normal en temps de paix ne l'est plus nécessairement en temps de guerre et inversement[3]. De même, la définition de la normalité n'est pas forcément identique aux niveaux national et local. La notion jurisprudentielle de « circonstances locales particulières » exprime notamment cette spécificité locale de la normalité qui permet, le cas échéant, l'aggravation des prescriptions nationales[4].

232 En second lieu, la notion n'est pas univoque, mais peut prendre deux sens bien précis, descriptif ou dogmatique. Au sens descriptif, la normalité tend à rendre compte de « ce qui est » et traduit généralement un comportement ou une situation moyenne.

---

[1] S. RIALS, *Les standards du juge administratif…*, *op. cit.*, p. 106.

[2] J.-P. COSTA, Le principe de proportionnalité…, *op. cit.*, p. 436.

[3] Il existe des pouvoirs de police sanitaire spécifiques aux temps de guerre. *Cf.* par exemple l'art. L. 3111-8 C.S.P. relatif à la vaccination ou à la revaccination antivariolique et le décr. n° 2003-313 du 3 avr. 2003 déterminant les mesures propres à empêcher la propagation d'une épidémie de variole en France, *J.O.* du 5 avr., p. 6113 ; *B.J.S.P.* 2003, n° 63, p. 9, comm. P. CHICHÉ.

[4] D'où l'on a pu déduire la coexistence de deux ordres publics, l'un national, l'autre local. Sur cette idée, *cf.* J. MOREAU, La police administrative. Introduction générale, *Encyclopédie Dalloz*, Collectivités locales, t. 2, fasc. 2215, p. 10 et D. MAILLARD DEGRÉES DU LOÜ, *Police générale, polices spéciales*, *op. cit.*, t. 1, p. 59 s.

Dépasse alors les exigences de l'ordre public, toute mesure visant à imposer une obligation sans commune mesure avec la réalité sociale. L'alimentation d'un immeuble en eau équivaut ainsi en 1885 à « *une mesure de commodité et de bien-être pour les locataires* » davantage qu'à une mesure intéressant la salubrité publique[1]. La notion de circonstances exceptionnelles fait de même essentiellement appel à une définition descriptive de la normalité[2]. De la sorte, si le juge administratif admet la légalité d'une réglementation du Préfet de police de la Seine qui contrevient aux dispositions de l'article 16 de la loi du 21 juin 1898 relatif aux dangers de divagation de certains animaux, c'est parce qu'il existe une circonstance exceptionnelle révélée par une augmentation anormale des cas de rage constatés à Paris[3].

Dans un sens plus dogmatique, la normalité est « *doté[e] d'une certaine transcendance par rapport à ce qui se fait* »[4] et tend davantage à refléter un comportement ou une situation jugés souhaitables par les pouvoirs publics. L'interdiction de la publicité en faveur du tabac et de l'alcool, les restrictions à la vente de boissons alcoolisées ou l'interdiction de fumer dans les lieux publics fournissent trois exemples de normalité dogmatique faisant prévaloir ce qui devrait être bien davantage que ce qui est[5]. Il ne s'agit plus seulement d'agir sur une maladie mais sur ses facteurs d'apparition, ce qui suppose de modifier les choses telles qu'elles sont. Cette définition dogmatique de la normalité a souvent prévalu en matière de santé publique, très dépendante du

---

[1] Trib. de simple police de Paris, 7 févr. 1885, préc. Comp. C.E., 20 juin 1934, *Soc. lyonnaise des eaux*, préc. et – Sect., 28 avr. 1961, *Cne de Cormeilles-en-Parisis*, préc. (« *Le maire est, en droit, parce que cela intéresse l'ordre public, de prescrire le rétablissement du branchement de l'eau* » qu'un propriétaire avait coupé à la suite d'un différend survenu avec la locataire).

[2] Sur ce point, *cf.* L. NIZARD, *Les circonstances exceptionnelles dans la jurisprudence administrative*, Th. Droit, Paris, L.G.D.J., 1962, 282 p. et Fr. SAINT-BONNET, *L'État d'exception*, Paris, P.U.F., 2001, coll. « Léviathan », 393 p. V. également, Ph. TERNEYRE, Les adaptations aux circonstances du principe de constitutionnalité. Contribution du Conseil constitutionnel à un droit constitutionnel de la nécessité, *R.D.P.* 1987, n° 3, p. 1489-1515.

[3] C.E., 19 mars 1920, *Société protectrice des animaux,* n° 67.069, *Rec.* p. 290. Dans le même esprit, à propos du ministère de l'Agriculture prévoyant, pour six mois, un ensemble de mesures réglementant la circulation, le transport et l'exposition dans les lieux publics des carnivores domestiques dans les départements de la Dordogne, de la Gironde et de Lot-et-Garonne, alors qu'un chien atteint de la rage avait été introduit illégalement sur le territoire national : C.E., 6 janv. 2006, *Fédération canine d'Aquitaine et a.*, n° 272905, *Rec.* tables, p. 987 ; *A.J.D.A.* 2006, p. 623 ; *R.D. rur.* 2006, p. 35, concl. D. CHAUVAUX. *Cf.* encore C.E., 6 mars 1925, *Sieurs Lapp et Bilger*, préc. (légalité des dispositions d'un arrêté municipal rendant obligatoire la pasteurisation des laits consommés dans l'agglomération strasbourgeoise et provenant du dehors ou n'étant pas vendus directement par les producteurs à raison des garanties particulières présentée par cette méthode et en vue de conjurer les dangers constatés dans l'agglomération du fait des maladies infantiles).

[4] S. RIALS, *Les standards du juge administratif, op. cit.*, p. 130, n° 102.

[5] L'interdiction de fumer dans les lieux à usage du public cherche, selon le Tribunal de police de Périgueux, à compenser « *le manque de respect que tout être humain doit à ses semblables* » (26 oct. 1993, extraits cités in A. C. PASCHOUD, L'interdiction de fumer : une règle encore difficile à observer, *Petites affiches* 1994, n° 9). Cette règle juridique tend avant tout à suppléer aux règles de la courtoisie en incarnant « *juridiquement la convenance sociale qui présidait autrefois chez les fumeurs, et qui consistait à se retirer au fumoir pour sacrifier au rituel de Nicot* » (F. GRAS, Tabagisme actif et passif : la nécessaire conciliation des droits, note sous T.G.I. de Lyon, 21 janv. 1997, *Petites affiches* 1997, n° 18, p.13). *Cf.* également J.-S. CAYLA, L'interdiction de fumer dans les lieux à usage collectif : le décret du 23 mai 1992, *R.D.S.S.* 1992, n° 4, p. 597-600. Sur la généralisation de cette interdiction par le décr. n° 2006-1386 du 15 nov. 2006 (*J.O.* du 16 nov., p. 17249) : C.E., 19 mars 2007, *Mme Le Gac et a.*, précité.

volontarisme politique. On retrouve ici les aspects constructifs de l'ordre public sanitaire visant à créer les conditions de sécurité propres à garantir la santé publique[1].

La diversité matérielle des mesures de protection de la santé publique peut donc être considérée comme l'une des conséquences de la spécificité même du risque sanitaire. Mais elle résulte aussi, et principalement, de la difficulté à construire un système global de prévention sanitaire permettant de préciser et de hiérarchiser les priorités de l'action publique en ce domaine.

§2.- L'ABSENCE DE SYSTÈME GLOBAL DE PRÉVENTION SANITAIRE

233 Outre la spécificité du risque sanitaire, la diversité et la complexité du droit de la police sanitaire s'expliquent également par l'empirisme de l'engagement de l'État. Plus souvent subie que véritablement voulue par lui, son intervention a donné naissance à un droit extrêmement complexe et intriqué, qui se caractérise en particulier par l'imbrication des dispositifs de protection de la santé publique (A). À cela, s'ajoute aujourd'hui l'influence croissante du droit communautaire (B).

A.- L'EMPIRISME DE L'ENGAGEMENT SANITAIRE DE L'ÉTAT

234 Bien que la santé publique soit reconnue comme une priorité de l'action de l'État, son intervention a fréquemment été initiée sous la pression des évènements, en réponse à une situation de crise et sans stratégie politique clairement définie. Ces interventions ponctuelles, et souvent partielles, ont conduit à une parcellisation du droit de la protection de la santé publique (1). Cet état de fait n'est pas sans poser certains problèmes quant à la définition et à la combinaison des pouvoirs de police sanitaire dont disposent les autorités administratives. C'est alors principalement au juge administratif qu'il revient de clarifier et de mettre en cohérence le droit de la protection de la santé publique (2).

1) Une intervention souvent ponctuelle et toujours partielle

235 Il n'est pas exagéré de dire que l'engagement sanitaire des pouvoirs publics a le plus souvent été forcé par les évènements. Comme le relève M. LEMOYNE DE FORGES, l'État est intervenu « *au coup par coup, pour régler des problèmes immédiats dont l'existence, la nature ou l'ampleur n'avait pas été prévue, souvent à la suite d'accidents ou d'épidémies* »[2].

En réalité, ce phénomène n'est pas propre à l'époque contemporaine, mais se présente comme une caractéristique première de l'histoire de l'interventionnisme sanitaire. Ainsi que le remarque M. TABUTEAU, « *il est frappant de constater que ce n'est*

---

[1] *Cf. supra* nos 84 s.

[2] J.-M. LEMOYNE DE FORGES, L'intervention de l'État en matière sanitaire…, *loc. cit.*, p. 498-499.

que sous la pression d'une grande épidémie que chaque étape décisive [de la mise en place d'un véritable dispositif de protection sanitaire] est franchie »[1]. Car si la protection de la santé publique relève des fonctions régaliennes, la nécessité de l'intervention de l'État en ce domaine s'est fréquemment heurtée à l'incompréhension des citoyens comme du personnel politique et des juristes[2].

Les premières législations intéressant la réglementation des professions médicales et pharmaceutiques sont ainsi nées des pressions de la bourgeoisie désireuse, au moment où de terribles épidémies sévissent, de se débarrasser des charlatans qui, à la faveur du système des patentes institué par les révolutionnaires, peuplent alors le monde médical[3]. De même, la première grande loi de police sanitaire du 3 mars 1822 a-t-elle été votée pour répondre à l'épidémie de fièvre jaune qui sévissait à la frontière catalane depuis 1820[4]. Les interventions en matière d'habitat insalubre au milieu du XIXe siècle résultent, pareillement, des épidémies de choléra de 1832 et de 1848.

La législation récente révèle souvent le même empirisme. Les premières mesures de lutte contre le dopage[5] ou encore les dispositifs relatifs à la sécurité sanitaire sont ainsi nés sous la pression très circonstancielle des évènements. La loi du 1er juillet 1998 relative au renforcement de la veille sanitaire et du contrôle des produits destinés à l'homme[6] a notamment été votée en réaction à la faillite du système de santé publique lors de l'épidémie de sida et, plus particulièrement, au drame de la transfusion sanguine[7]. De même, la réorganisation de la sécurité alimentaire est essentiellement due à la multiplication des crises alimentaires : dioxine, hormone de croissance, problème dit de la « vache folle », etc.[8]. L'extension de la sécurité sanitaire environnementale au milieu du travail résulte, quant à elle, du drame de la contamination professionnelle par les poussières d'amiante[9].

---

[1] D. TABUTEAU, *La Sécurité sanitaire*, 1ère éd., 1994, *op. cit.*, p. 8. Dans la mesure où l'auteur a considérablement modifié le contenu de son ouvrage, la première et la seconde édition de celui-ci seront tour à tour évoquées.

[2] « *Il faut que le danger soit imminent*, poursuit M. TABUTEAU, *pour que la société se souvienne que son fondement premier est la recherche de sécurité [et] que l'homme accepte les contraintes d'une vie collective pour garantir sa sécurité* » (*ibid.*, p. 8. *cf.* également la 2e éd. de l'ouvrage, 2002, Paris, Berger-Levrault, p. 29).

[3] *Cf. infra* n° 374.

[4] L. du 3 mars 1822 relative à la police sanitaire, préc.

[5] L. modifiée n° 99-223 du 23 mars 1999 relative à la protection de la santé des sportifs et à la lutte contre le dopage, *J.O.* du 24 mars, p. 4399. Sur l'état du droit antérieur, *cf.* J.-C. LAPOUBLE, Les droits de l'homme et la lutte contre le dopage : le cas français, *Petites affiches* 1997, n° 28, p. 10.

[6] L. n° 98-535 du 1er juill. 1998 relative au renforcement de la veille sanitaire et du contrôle des produits destinés à l'homme précitée.

[7] *Cf. supra* n° 17 et *infra* nos 397 s.

[8] Même s'il est admis que les risques alimentaires sont bien moindres d'autrefois, ces « affaires », largement médiatisées, ont été ressenties comme de véritables « scandales » par l'opinion publique, entraînant par-là des situations de « crise » politique et sociale. *cf. infra* nos 419 s.

[9] Ord. n° 2005-1087 du 1er sept. 2005 relative aux établissements publics nationaux à caractère sanitaire et aux contentieux en matière de transfusion sanguine, *J.O.* du 2 sept., p. 14262.

Ce sont encore deux crises successives, celle de la surmortalité liée à la canicule de l'été 2003 et celle de l'épidémie de chikungunya sur l'île de la Réunion en 2005-2006, qui ont conduit au renforcement du dispositif de veille sanitaire[1]. La crainte du bioterrorisme et l'apparition régulière de nouveaux risques pandémiques – sida, S.R.A.S., grippe aviaire, dengue, chikungunya, etc. – ont enfin incité les pouvoirs publics à réorganiser le système national mais aussi international de défense sanitaire. Au niveau national, les bases de ce dispositif ont été jetées par le législateur du 9 août 2004, avant d'être complétées par la loi du 5 mars 2007 relative à la préparation du système de santé à des menaces sanitaires de grande ampleur[2]. Au niveau international, on ne peut omettre de signaler l'adoption, en 2005, du nouveau Règlement sanitaire international, qui est entré en vigueur le 15 juin 2007[3]. Il marque en effet un progrès majeur du droit international de la santé en créant la notion d'urgence de santé publique de portée internationale (U.S.P.P.I.) qui étend le champ et les possibilités d'action sanitaire internationale[4].

Les crises sanitaires jouent ainsi un rôle moteur dans la construction du droit de la protection de la santé publique. Il n'est dès lors pas surprenant que les interventions de la puissance publique soient le plus souvent une affaire de circonstances, sans répondre à une stratégie politique clairement définie. Il en découle alors un droit composite, formé de mesures législatives ou réglementaires ponctuelles et souvent partielles de prévention.

236 Cette parcellisation du droit de la protection de la santé publique, composé de polices toujours plus nombreuses et diversifiées, a logiquement conduit à une dispersion croissante de la matière dont il n'est pas exagéré de dire, avec M. TRUCHET, qu'elle est « *plus que jamais partout* » dans et hors le Code de la santé publique[5]. Celui-ci est certainement est un outil précieux d'étude des dispositifs de prévention sanitaire, mais il

---

[1] *Cf. infra* n°s 537 s.

[2] L. n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique préc. et L. n° 2007-294 du 5 mars 2007 relative à la préparation du système de santé à des menaces sanitaires de grande ampleur, *J.O.* du 6 mars, p. 4224 ; *Gaz. Pal.* des 6-7 juin 2007, p. 26, chron. A. ATLAN-BOUKHABZA. On relèvera que ce dispositif, plus particulièrement la nouvelle police de l'urgence sanitaire, dépasse le seul cadre du risque épidémique pour s'étendre à toute « *menace sanitaire grave appelant des mesures d'urgence* » quelles qu'en soient l'origine, la cause et la nature. *Cf. infra* n°s 274 et 637-638.

[3] Le R.S.I. (2005) a été adopté le 23 mai 2005 lors de la 58e Assemblée mondiale de la santé. *Cf.* notamment le *B.E.H.* n° 24 du 12 juin 2007, *www.invs.sante.fr.*

[4] D'une part, la procédure de notification, jusqu'alors réduite à une liste énumérative de maladies, couvre aujourd'hui tout évènement susceptible d'avoir une ampleur internationale pour la santé publique. Le R.S.I. (2005) créé en outre des points focaux nationaux, interlocuteurs permanents de l'O.M.S. (il s'agit de la D.G.S. en France). Il donne une définition nouvelle des capacités de base qu'un État doit élaborer aux niveaux local et national pour détecter, notifier et combattre les risques et les U.S.P.P.I., permet des échanges bilatéraux précoces entre un État membre et l'O.M.S. et renforce les pouvoirs de son Directeur. Devant un évènement pouvant constituer une U.S.P.P.I., celui-ci pourra désormais décider de recommandations temporaires ou permanentes qui, définies sur la base des recommandations d'un collège d'experts internationaux, s'appliqueront même en l'absence d'accord d'un État membre. Sur les apports du nouveau R.S.I., *cf.* D. THIERRY, Le nouveau règlement sanitaire international : vers plus d'efficacité pour combattre les épidémies, *R.D.S.S.* 2007, n° 3, p. 447-457.

[5] D. TRUCHET, La loi du 4 mars 2002 et la prévention…, *op. cit.*, p. 43.

souffre aujourd'hui comme naguère de nombreuses imperfections qu'il faut attribuer à « *l'absence d'un texte fondateur sur la santé publique qui définirait celle-ci et rendrait plus lisibles ses objectifs et son contenu* »[1].

237 Le Code de la santé publique résulte d'un travail mené selon la procédure de codification à droit constant obéissant à une double ambition : la réunion des textes, d'une part, et la simplification du droit, d'autre part[2]. Sur le premier objectif, force est d'admettre que l'effort de recensement des textes n'a pas été suffisant pour que l'on puisse obtenir un aperçu satisfaisant du contenu matériel de l'ordre public sanitaire, dont on a déjà dit qu'il opère une délimitation à la fois trop large et trop restrictive. Outre le fait que tous les dispositifs de police codifiés ne poursuivent pas un but de santé publique, il existe aussi en marge du Code de la santé publique un grand nombre de dispositifs particuliers se rattachant au moins partiellement à la protection de la santé publique. En plus des exemples déjà donnés[3], il suffit ici de citer la police relative aux établissements classés pour la protection de l'environnement qui, exclue du Code de la santé publique[4], est pourtant l'aboutissement de l'une des plus anciennes réglementations sanitaires de France[5] et vise expressément la protection de la salubrité et de la santé publiques dont elle se révèle être un chapitre important[6].

238 Sur le second objectif, celui de la simplification, on retiendra que, malgré les efforts du Gouvernement, la codification n'a pas pu empêcher l'enchevêtrement et parfois même la juxtaposition des diverses polices sanitaires. Exemple topique de cette complexité, la salubrité et l'hygiène publiques font ainsi appel à un ensemble

---

[1] L. DESSAINT et Ph. LIGNEAU, La spécificité du champ de la santé et de l'action sociale à l'épreuve de la codification, *Petites affiches* 1997, n° 152. Pour un constat similaire après la recodification de 2000, *cf.* D. TRUCHET, La loi du 4 mars 2002 et la prévention…, *op. cit.*, p. 43 et D. TABUTEAU, Sécurité sanitaire et droit de la santé, *op. cit.*, p. 840-841.

[2] Sur la définition de la codification législative à droit constant, *cf.* l'art. 3 de la L. n° 2000-321 du 12 avr. 2000 relative aux droits des citoyens dans leurs relations avec les administrations, préc. et C.C., n° 99-421 DC du 16 déc. 1999 (*Loi portant habilitation du Gouvernement à procéder, par ordonnances, à l'adoption de la partie législative de certains codes*), *J.O.* du 22 déc., p. 19041 ; *Rec.*, p. 136 ; *Les Cahiers du Conseil constitutionnel* 2000, p. 13 ; *Annuaire international de justice constitutionnelle* 1999, p. 589, note D. RIBES ; *D.* 2000, p. 361, chron. W. BARANÈS et M.-A. FRISON-ROCHE, SC., p. 425, obs. D. RIBES et act. VII, note B. MATHIEU ; *A.J.D.A.* 2000, p. 31, note J.-E. SCHOETTL ; *Petites affiches* 2000, n° 150, p. 15, comm. B. MATHIEU et M. VERPEAUX ; *R.T.D.Civ*, 2000, p. 186, note N. MOLFESSIS ; *R.F.D.C.* 2000, p. 120, note D. RIBES ; *Cahiers de la fonction publique* 2000, n° 187, p. 33. V. également H. MOYSAN, La codification à droit constant ne résiste pas à l'épreuve de la consolidation, *D.A.* 2002, n° 4, p. 6-14 et, du même auteur, La codification devant le Conseil constitutionnel, *A.J.D.A.* 2004, p. 1849-1856, ainsi que R. SCHWARTZ, Éloge de la codification, *D.A.* 2003, n° 10, p. 11. V. encore S. BOISSARD, concl. sur C.E., 26 nov. 2001, *A.L.I.S. et a.*, *R.F.D.A.* 2002, p. 68.

[3] *Cf. supra* n° 211.

[4] Cette police est intégrée dans le Code de l'environnement aux art. L. 511-1 à L. 517-2.

[5] On en trouve les traces dès le début du XVIe siècle dans la réglementation relative aux ateliers provoquant des exhalaisons nuisibles. *Cf. supra* n° 6.

[6] L'art. L. 511-1 C. envir. reprend sur ce point l'art. 1er de la loi n° 76-663 du 19 juill. 1976 relative aux installations classées pour la protection de l'environnement qui, après celle du 19 déc. 1917 relative aux établissements dangereux, insalubres ou incommodes, mentionne, parmi ses objectifs, la protection de la salubrité et de la santé publiques (textes précités). Ces objectifs sont régulièrement rappelés par le juge administratif : *cf.* C.E., 14 mars 1919, *Sieur Ghesquière*, préc. ; – 7 juin 1939, *Min. du Commerce c. Soc. Wabrand*, préc. ; – 7 juin 1985, *Soc. A.C.O.P.A. S.A.*, préc. ; C.A.A. de Nancy, 2 avr. 1991, *Min. de l'Environnement c. Soc. Elipol*, n° 90NC00359, *Rec.* p. 1080.

particulièrement vaste et intriqué de dispositifs dont l'hétérogénéité ne peut être entièrement attribuée à la diversité des risques en ce domaine. À côté de la réglementation sanitaire, noyau dur de l'ordre public sanitaire, il existe en effet une kyrielle de dispositifs plus particuliers d'hygiène publique, dont la multiplicité semble, par elle-même, nier l'existence d'un principe général guidant l'intervention des pouvoirs publics. Ainsi, le secteur de la salubrité des habitations, des agglomérations et des milieux de vie, soumis par l'article L. 1311-1 du Code de la santé publique à la réglementation sanitaire, fait-il l'objet de multiples régimes spécifiques. Certains sont intégrés au Code : il s'agit des régimes relatifs à la résorption des immeubles insalubres[1] et des locaux surpeuplés ou impropres à l'habitation[2], à la lutte contre le saturnisme[3], à l'assainissement des agglomérations et à l'évacuation des eaux usées[4], au contrôle sanitaire des piscines et baignades[5], etc. S'y ajoute un arsenal juridique particulièrement volumineux dont on ne citera d'ailleurs que quelques exemples : le régime des installations classées, celui relatif à la salubrité des installations d'élevage et aux eaux nuisibles à la santé, les dispositifs intéressant la lutte contre la pollution de l'air et de l'eau, l'élimination des déchets ou encore la réglementation de la construction et de l'urbanisme qui peut comprendre des normes relatives à la salubrité et à l'hygiène publiques[6], etc.

La quantité des dispositifs donne logiquement lieu à une réglementation abondante et diversifiée, dont la complexité est souvent source d'incertitudes dans la pratique administrative. La combinaison de ces textes se révèle en effet être une tâche bien délicate malgré sa nécessité.

2) Le rôle clef du juge administratif dans la mise en cohérence du droit de la santé publique

239 En raison même de la parcellisation du droit de la protection de la santé publique, le juge administratif assure un rôle déterminant dans sa mise en cohérence par le règlement des conflits de police sanitaire. Bien que nuancée, sa jurisprudence témoigne d'un souci manifeste du juge d'assurer au mieux les intérêts de la santé publique, même si subsistent encore quelques zones d'ombre.

240 Il est utile de distinguer ici deux hypothèses distinctes, selon que le concours de polices intéresse des polices superposées ou juxtaposées[7]. Il y a superposition de polices

---

[1] Art. L. 1331-26 à L. 1331-31.

[2] Art. L. 1331-22 à L. 1331-25.

[3] Art. L. 1334-1 à L. 1334-13.

[4] Art. L. 1331-1 à L. 1331-17.

[5] Art. L. 1332-1 à L. 1332-4.

[6] C.E., 4 déc. 1995, *Chbre d'agriculture de la Mayenne*, n° 128057, *Rec.* tables p. 1076 (*infra* n° 244).

[7] Sur cette distinction, *cf.* notamment G. LIET-VEAUX, À propos de santé publique : polices générales et polices spéciales, note sous C.E., 17 oct. 1952, *Synd. climatique de Briançon, sieur Dominique et a.*, *Rev. adm.* 1952, p. 597.

lorsque celles-ci sont exercées par des autorités différentes, dans des circonscriptions administratives différentes, mais sont liées entre elles par une identité de buts, de motifs et/ou de moyens selon un schéma pyramidal hiérarchisé. Cette situation concerne principalement les pouvoirs de police générale et les pouvoirs de réglementation sanitaire dont disposent le gouvernement, le préfet du département et le maire. Le concours des polices superposées conduit à leur hiérarchisation, ce qui suppose d'une part, que la police inférieure subsiste à l'exercice de la police supérieure, et d'autre part, qu'elle lui soit subordonnée. Ce double principe de permanence et de subordination a été dégagé par les arrêts *Commune de Néris-les-Bains*[1] et *Labonne*[2] pour le concours des pouvoirs de police générale. Il est notamment rappelé à l'article L. 1311-2 du Code de la santé publique relatif aux règlements sanitaires[3].

La mise en œuvre de la police inférieure est donc soumise à certaines conditions. En premier lieu, l'existence d'une mesure édictée par une autorité supérieure interdit aux autorités inférieures de se saisir de la question concernée en dehors de circonstances locales particulières. Les mesures supplémentaires qu'elles édictent ne peuvent donc reposer sur des motifs identiques à ceux de la disposition supérieure, mais doivent être commandées par l'existence d'un trouble ou d'un risque de trouble menaçant particulièrement les intérêts de la collectivité dont elles ont la charge[4].

En second lieu, la mesure édictée au niveau supérieur s'impose à l'autorité inférieure dans tous ses éléments. Les polices inférieures subsistent mais la police supérieure domine. Cette solution est à la fois évidente et nécessaire tant du point de vue de la légalité que des exigences concrètes de l'ordre public. Les impératifs de la légalité

---

[1] C.E., 18 avr. 1902, *Cne de Néris-les-Bains*, n° 04749, *Rec.* p. 275 ; *G.A.J.A.* n° 10 ; *S.* 1902, 3, p. 81, note M. HAURIOU ; *Rev. gén. d'adm.* 1902, p. 297, note LEGOUIX, à propos de l'exercice concurrent des compétences du maire et du préfet du département.

[2] C.E., 8 août 1919, *Labonne*, n° 56377, *Rec.* p. 737 ; *G.A.J.A.* n° 36 à propos de la combinaison de la police générale nationale et des pouvoirs de police générale relevant des autorités départementales et municipales : « *Si les autorités départementales et municipales sont chargées [de veiller au maintien de l'ordre public], il appartient au chef de l'État, en dehors de toute délégation législative et en vertu de ses pouvoirs propres, de déterminer celles des mesures de police qui doivent en tout état de cause être appliquées à l'ensemble du territoire, étant entendu que les autorités susmentionnées conservent, chacune en ce qui la concerne, compétence pleine et entière pour ajouter à la réglementation générale édictée par le chef de l'État toutes les prescriptions règlementaires supplémentaires que l'intérêt public peut commander dans la localité* ».

[3] *Cf.* également l'avis du Conseil d'État du 8 nov. 1988, préc. Sur la compétence du maire pour édicter un règlement sanitaire municipal plus sévère que le règlement départemental, *cf.* C.E., Sect., 11 oct. 1963, *Assoc. « Des amis du site de Clagny »*, n° 54.097, *Rec.* p. 480. Sur la compétence du préfet pour prendre un règlement sanitaire départemental renforçant le règlement sanitaire national : C.E., 12 juin 1998, *Cne de Chessy et a.*, préc. Dans ce cas, les autorités concernées doivent respecter les éléments de forme et de procédure prévus pour l'édiction de ces règlements (C.E., 14 mars 1952, *Sieurs Rodier et Olivier*, n° 3.337, *Rec.* p. 163), ce qui impose de bien distinguer entre les dispositions prises par l'autorité inférieure pour l'application du règlement sanitaire édicté au niveau supérieur et celles qui ajoutent à ce règlement et constituent donc un nouveau règlement sanitaire : C.E., 7 mars 1947, *Sieur Harang*, n° 74752, *Rec.* p. 102 ; – 28 avr. 1950, *Dame Vve Millou*, n° 92.214, *Rec.* p. 245.

[4] C.E., 18 avr. 1902, *Cne de Néris-les-Bains,* préc. ; – 8 août 1919, *Labonne,* préc. ; – Sect., 18 déc. 1959, *Soc. Les films Lutetia et Synd. français des producteurs et exportateurs de films*, n°s 36385 et 36428, *Rec.* p. 694 ; *G.A.J.A.* n° 79 ; *S.* 1960, p. 94, concl. H. MAYRAS ; *D.* 1960, p. 171, note P. WEIL ; *A.J.D.A.* 1960, p. 21, chron. M. COMBARNOUS et J.-M. GALABERT ; *Rev. adm.* 1960, p. 31, note JURET ; *J.C.P.* 1961, II, 11898, note MIMIN.

imposent en effet que les autorités administratives veillent au respect de la règle de droit, *a fortiori* si celle-ci intéresse l'ordre public. Les autorités de police doivent donc assurer l'application des mesures définies par une autorité qui leur est supérieure au même titre que leurs propres décisions ; la possibilité qui leur est offerte de compléter ces prescriptions ne saurait les exonérer de cette obligation[1]. Elles sont de la sorte soumises à un principe de non-contradiction des dispositions supérieures qu'elles peuvent compléter, préciser ou aggraver, mais en aucun cas alléger, sauf autorisation expresse[2].

Ces règles de combinaison des polices superposées permettent notamment d'adapter l'exigence d'une certaine égalité dans les règles de protection à l'inévitable spécialité du risque, particulièrement manifeste dans le domaine sanitaire. La domination de la police supérieure, en particulier nationale, autorise en effet la définition d'un fonds commun de protection par l'édiction de mesures qui, selon la formule de l'arrêt *Labonne*, « *doivent en tout état de cause être appliquées à l'ensemble du territoire* »[3]. Ce fonds commun est particulièrement important en matière de santé publique. Il est en effet évident que les processus de contamination et de contagion ignorent tout des frontières administratives. Il ne servirait à rien d'assurer la protection de la santé publique sur une partie du territoire si la population était menacée de l'extérieur en raison de la carence des autorités de la circonscription voisine. Dans le même temps, la permanence de la police locale empêche tout glissement vers une égalité aveugle, absolue et détachée des particularismes qui serait aussi dangereuse. La fluidité du risque sanitaire exige une adaptation permanente des règles de protection de la santé publique qui, en garantissant cette protection dans la circonscription locale, participe du même coup à la sécurité de l'ensemble de la population.

241 Ce même souci d'assurer au mieux la protection de la santé publique se retrouve dans les règles jurisprudentielles de combinaison des polices juxtaposées, bien que celles-ci se révèlent souvent plus complexes. Il arrive fréquemment, en particulier dans le domaine de l'hygiène publique, que des polices différentes et indépendantes portent sur des éléments sécants intéressant leur finalité et/ou leur objet.

242 Ce concours peut intéresser une police générale et une police spéciale. S'il n'est pas besoin de s'appesantir sur cette question qui a déjà fait l'objet de développements[4], il

---

[1] Sur ce principe, *cf. supra* n°s 178 s.

[2] C.E., Sect., 17 juill. 1953, *Sieur Constantin*, préc. ; – Sect., 11 oct. 1963, *Assoc. « Des amis du site de Clagny »*, préc. (la publication d'un règlement sanitaire départemental abroge toutes les dispositions des règlements sanitaires municipaux qui prévoient des normes moins rigoureuses que celles exigées par le règlement sanitaire départemental. En revanche, subsistent les dispositions qui contiennent des normes plus sévères que le règlement sanitaire départemental). Pour un exemple de dérogation prévue par un arrêté préfectoral relatif à la lutte contre les nuisances sonores dans le département : C.A.A. de Marseille, 4 avr. 2005, *Assoc. PLUCE*, n° 01MA02513, *B.J.C.L.* 2005, n° 6, p. 384, concl. J.-J. LOUIS.

[3] C.E., 8 août 1919, *Labonne,* précité.

[4] *Cf. supra* n°s 171 s.

importe néanmoins de rappeler que le juge administratif s'emploie, dans un tel cas, à faire respecter la sphère de compétence dévolue à chaque autorité tout en acceptant les empiètements de la police générale sur la police spéciale lorsque l'ordre public sanitaire l'impose.

243 La situation est plus délicate, en revanche, lorsqu'il s'agit de combiner des polices spéciales entre elles. Les conflits entre polices spéciales posent en effet des problèmes spécifiques dont la résolution dépend en grande partie des textes d'habilitation. La question ne saurait donc se prêter à l'élaboration de règles de principe pouvant s'appliquer à toute situation, mais il appartient au juge de trancher au coup par coup les cas d'espèce qui lui sont présentés. Ce pragmatisme nécessaire explique dans une large mesure la complexité de la matière et la diversité des solutions retenues, souvent particulières. La jurisprudence laisse toutefois percevoir un effort constant du juge pour garantir l'indépendance des polices et des autorités qui en sont dépositaires tout en favorisant une prise en charge efficace des intérêts qui leurs sont confiés[1].

Le souci du juge de préserver l'indépendance des législations spéciales s'observe en particulier dans son refus d'établir des liens entre les polices dès lors qu'ils n'ont pas été expressément prévus par la loi. Ce principe jurisprudentiel fut posé par le Conseil d'État dès les premières applications de la loi du 15 février 1902, à l'occasion d'un arrêt *Marc et syndicat des propriétés immobilières de Paris* du 5 juin 1908[2]. Il s'agissait en l'espèce de savoir si le règlement sanitaire édicté par les maires sur le fondement de l'article 1er de la loi du 15 février 1902 pouvait imposer une nature déterminée de travaux à effectuer sur les immeubles et prescrire l'emploi de moyens exclusivement obligatoires pour assurer leur salubrité. Les requérants considéraient que de telles mesures ne pouvaient être imposées qu'en suivant la procédure des articles 12 à 14 de la loi relatifs à la résorption de l'habitat insalubre. Le Conseil d'État rejeta cette argumentation pour considérer que le droit, pour l'autorité municipale, de préciser les conditions générales de salubrité des habitations devait être conçu indépendamment de la procédure spécifique aux immeubles insalubres. L'indépendance de ces deux polices fut également précisée dans un arrêt du 9 décembre 1910, par lequel le Conseil d'État décida que l'application de

---

[1] En ce sens, *cf.* G. LIET-VEAUX, À propos de santé publique..., *op. cit.*, p. 597. Pour une étude générale et approfondie de la question : M.-F. DELHOSTE, *Les polices administratives spéciales et le principe d'indépendance des législations*, Paris, L.G.D.J., 2001, 290 p., coll. Bibl. de droit public, t. 214.

[2] C.E., 5 juin 1908, *Marc et Synd. des propriétés immobilières de Paris*, préc. Il a, plus récemment, été rappelé par un arrêt *Nouque* du 7 janvier 2004 s'agissant de l'indépendance de la réglementation sanitaire et de la règlementation de l'urbanisme (n° 229101, *Rec.* tables p. 905 ; *A.J.D.A.* 2004, p. 1099, note N. CHAUVIN ; *B.J.D.U.* 2003, n° 6, p. 408, concl. E. GLASER). V. *infra* n° 244.

l'article 12 de la loi du 15 février 1902 ne pouvait être limitée aux cas où l'administration poursuit l'exécution du règlement sanitaire[1].

Du principe d'indépendance des polices spéciales résulte logiquement celui du respect de la sphère de compétences dévolue à chaque autorité[2]. L'intégrité des pouvoirs de police doit être préservée, ce qui empêche tout empiètement d'une police spéciale sur une autre[3]. Cependant, lorsqu'une même situation permet la mise en œuvre de plusieurs d'entre elles, peu importe que l'une ou l'autre soit exercée tant que la loi n'a pas prévu d'ordre d'intervention prioritaire. Un maire peut ainsi s'appuyer sur les dispositions de la loi n° 75-633 du 15 juillet 1975 relative à l'élimination des déchets et à la récupération des matériaux pour ordonner la suppression d'un dépôt d'ordures, alors que le préfet aurait lui même pu intervenir au titre de la législation sur les installations classées[4]. Le respect de la sphère de compétence dévolue à chaque autorité n'interdit pas non plus un exercice combiné de leurs pouvoirs. Ce principe a été clairement affirmé par l'arrêt d'Assemblée *Nungesser* du 7 octobre 1977, s'agissant de la combinaison de la police des animaux errants confiée aux maires et de la police relative à la lutte contre la rage exercée par le Premier ministre[5]. On le trouve également dans la jurisprudence antérieure qui a, par exemple, considéré que les pouvoirs du préfet sur les établissements dangereux, incommodes et insalubres ne pouvaient faire obstacle à l'exercice par le gouvernement de son pouvoir réglementaire relatif à la protection des travailleurs, qui s'impose également dans ces établissements[6]. Il en va de même de la combinaison de la police des

---

[1] C.E., 9 déc. 1910, *Min. de l'Intérieur*, n° 38.074, *Rec.* p. 889. Dans le même sens : C.E., 27 févr. 1925, *Soc. immo. des héritiers Boyart-Deprès*, *Rec.* tables p. 1161 ; – Sect., 21 févr. 1947, *Sieur Varlet*, préc. et – Sect., 16 févr. 1962, *Cts Bertholet*, n° 46.985, *Rec.* p. 109. *Cf.* également, s'agissant de la distinction entre les différentes polices relatives à l'habitat insalubre, C.E., Sect., 13 déc. 1968, *Min. des Aff sociales c. dame Milcent*, n° 73-893, *Rec.* p. 648 ; – 7 avr. 1973, *Épx Bourgeois*, n° 96.367, *Rec.* tables p. 1141 ; – 28 mars 1980, *Min. de la Santé c. Belloc*, n° 06.575, *Rec.* tables p. 822 et C.A.A. de Nancy, 22 avr. 1993, *Mlle Lefèvre et Mlle Massin*, préc.

[2] C.E., 30 nov. 2007, *Luneaut*, n° 294768, *J.C.P.* A 2007, act. 1077, obs. M.-C. ROUAULT (sera mentionné aux tables du *Rec. Lebon*).

[3] C.E., 23 déc. 1941, *Soc. « La Brasserie de Vézelise, Moreau et Cie »*, n° 64.649, *Rec.* p. 240. *Cf.* également sur l'indépendance de la police des installations classées à l'égard d'autres législations : C.E., 8 juin 1956, *Sieur Desaulty*, n° 32.678, *Rec.* p. 241 ; – 11 oct. 1963, *Min. de la Construction c. cts Le Moing*, n° 60.018, *Rec.* p. 481 ; – 15 mars 1968, *Cne de Cassis et sieur Bodin et a.*, n° 69312, n° 69315 et n°s 69326 à 69334, *Rec.* p. 189 ; – 6 juin 1973, *Sieurs Verne et Beaugier*, n°s 82.207 et 82.208, *Rec.* p. 402 ; – 26 mai 1995, *Union des industries chimiques et a.*, n° 146668, *Rec.* p. 212. V. encore C.E., 13 nov. 1968, *Sieur Brulet*, n° 71.409, *Rec.* tables p. 877 et – 12 juin 1989, *Latchague*, n° 78512, inédit, par lesquels le juge précise que, malgré leurs similitudes, la police de l'habitat insalubre et celle des immeubles menaçant ruine ne se confondent pas et ne sont donc pas interchangeables. L'erreur dans les visas est toutefois sans incidence sur la légalité de la décision. Le fait d'invoquer à tort la procédure des art. L. 26 à L. 31 C.S.P. [art. L. 1331-26 à L. 1331-31] n'est donc pas de nature à empêcher l'administration de mener à son terme la procédure légalement engagée sur le fondement de l'art. L. 42 C.S.P. [art. L. 1331-23] : C.E., 16 avr. 1975, *Sieur Boisson*, n° 95.072, *Rec.* p. 233.

[4] C.E., 18 nov. 1998, *Jaeger*, précité. Pour un autre exemple : C.A.A. de Bordeaux, 18 mars 1999, *Soc. Tonnellerie Ludonnaise*, n° 96BX01194 ; *R.J.E.* 1999, p. 622, note R. SCHNEIDER. On peut voir ici une garantie supplémentaire du maintien de l'ordre public sanitaire puisqu'une telle solution permet *a priori* de multiplier les possibilités d'action.

[5] C.E., Ass., 7 oct. 1977, *Nungesser*, n° 5.064, *Rec.* p. 378 ; *A.J.D.A.* 1977, p. 624, note M. NAUWELAERS et O. DUTHEILLET DE LAMOTHE.

[6] C.E., 13 juill. 1956, *Synd. nat. des pyrotechniciens de France*, n° 36.627, *Rec.* p. 332.

établissements classés avec celle relative au traitement des sous-produits de la pêche[1]. Cette solution est encore retenue s'agissant de l'articulation de la police de l'habitat insalubre et de la police des immeubles menaçant ruine. Si ces polices ne peuvent être confondues[2], le Conseil d'État admet, en revanche, leur usage cumulé. L'existence d'un arrêté du préfet portant interdiction d'habiter un immeuble pris en application de la police des immeubles insalubres n'empêche donc pas la mise en œuvre de la procédure relative aux immeubles menaçant ruine et vice-versa[3]. Par ailleurs, la vétusté d'un bâtiment et le mauvais état du gros œuvre et des toitures, qui relèvent normalement de la police des édifices menaçant ruine, peuvent être retenus dans les critères d'insalubrité motivant une interdiction d'habiter[4]. Tout en veillant au respect de l'indépendance des législations, la jurisprudence administrative tend ainsi à favoriser l'action des autorités de police, en vue, très certainement, de garantir au mieux la protection de la santé publique.

244 C'est dans le même esprit que sont aujourd'hui traités les conflits de règles édictées sur le fondement de législations distinctes. L'exemple type de ce genre de situation concerne le droit de la construction, qui intéresse non seulement les règles contenues dans les documents d'urbanisme, mais aussi certaines dispositions des règlements sanitaires[5]. Chargées de la salubrité des habitations et des agglomérations, les autorités titulaires du pouvoir de réglementation sanitaire peuvent en effet être amenées à adopter des mesures générales applicables aux immeubles à construire[6] ou déjà construits[7]. Ces prescriptions sont légales tant qu'elles n'empiètent pas sur d'autres réglementations, dont celle relative à l'octroi des permis de construire[8].

---

[1] C.E., 20 mars 1953, *Jodet*, n° 99.229, *Rec.* p. 140.

[2] C.E., 13 nov. 1968, *Sieur Brulet*, préc.

[3] C.E., Sect., 18 févr. 1955, *Villes de Nanterre*, n° 26.133, *Rec.* p. 95 ; — 12 juill. 1955, *Sieur Chudant*, n° 15.424, *Rec.* p. 409.

[4] C.E., 3 mars 1976, *Min. de la Santé c. Dame Bidegain*, n° 98.265, *Rec.* tables p. 1038 ; *D.A.* 1976, n° 122.

[5] *Cf.* l'art. L. 111-5 C. constr. et habitation (art. 74 de la L. n° 2000-1208 du 13 déc. 2000 relative à la solidarité et au renouvellement urbains, dite « S.R.U. », *J.O.* du 14 janv., p. 19777) : « *Conformément aux articles L. 1er et L. 2 (sic.) du code de la santé publique, dans chaque département un règlement sanitaire établi par le représentant de l'État dans le département détermine les prescriptions relatives à la salubrité des maisons et de leurs dépendances. Conformément aux articles L. 33 à L. 35-4 dudit code (*sic.*), les immeubles d'habitation doivent être obligatoirement raccordés aux égouts destinés à recevoir les eaux usées domestiques* ».

[6] C.E., 24 déc. 1915, *Serve (règlement sanitaire de la ville de Lyon)*, n° 39.998, *Rec.* p. 369 ; – 22 mai 1953, *Dame Vve Foucault*, n° 14.279, *Rec.* tables p. 786 ; – 5 janv. 1979, *Zaender*, n°s 06.785 et 06.797, *Rec.* p. 10 ; *D.A.* 1979, n° 76 ; – 19 oct. 1983, *M. Arthur Colin*, n° 22.961, inédit. À la différence des règles relatives aux installations classées : C.E., 18 mai 1984, *Min. de l'Urbanisme et du Logement c. M. Robert Gourrat et a.*, n° 50.090, *Dr. et Ville* 1984, n° 18, note F. BOUYSSOU. De la sorte, l'irrégularité d'un permis de construire est sans influence sur celle de l'autorisation accordée (C.E., 20 nov. 1963, *Nicolas*, n° 60.187, *Rec.* tables p. 903) et réciproquement (C.E., 6 juin 1973, *Sieurs Verne et Beaugier,* préc.)

[7] C.E., 23 avr. 1997, *S.C.I. Jade*, n° 155586, *Rec.* tables p. 1076 ; *D.* 1997, IR, p. 128. On doit noter que les pouvoirs de l'autorité réglementaire sont moins étendus pour les immeubles déjà construits : C.E., 15 janv. 1909, *Vial, Guillotel et a.*, préc. ; – 13 mars 1914, *Tenand, Le Courtois et Auvray*, préc.

[8] C.E., 30 mai 1986, *Assoc. de défense de l'environnement de la Cne de Courcoue et a.*, n° 62.647, *D.A.* 1986, n° 365. Les règlements sanitaires ne peuvent en effet comporter que des mesures de salubrité. Doit ainsi être annulée la disposition d'un tel règlement qui impose la création d'emplois

Lorsque les dispositions d'un règlement sanitaire ne sont pas compatibles avec les règles générales de la construction, la solution pose peu de difficultés : celles-ci sont, en application de l'article L. 111-3 du Code de la construction, substituées de plein droit aux dispositions contraires ou divergentes des règlements sanitaires[1]. L'hypothèse d'un conflit entre les dispositions d'un règlement sanitaire et les règles générales d'urbanisme a, en revanche, soulevé davantage de difficultés, le Code de l'urbanisme n'ayant pas repris ce principe. Dans un arrêt *Nouque* du 7 janvier 2004, le Conseil d'État a précisé que « *le règlement sanitaire départemental n'est pas au nombre des règles dont le respect s'impose aux auteurs d'un plan d'occupation des sols* »[2]. Ce dernier peut toutefois comprendre des règles et des servitudes identiques par leur objet à celles qui sont édictées en application de l'article L. 1311-1 du Code de la santé publique[3]. En cas de conflit, la priorité est donnée, semble-t-il, aux règles les plus restrictives. Cette solution a notamment été retenue par l'arrêt *Nouque* de 2004, qui indique qu'« *un permis de construire doit être conforme tant aux dispositions du plan d'occupation des sols de la commune qu'à celle du règlement sanitaire départemental qui portent sur les projets de construction* »[4]. À moins que le règlement ne prévoit expressément qu'il ne s'applique qu'à défaut des prescriptions du plan d'urbanisme[5], les permis de construire doivent donc être en conformité avec ses dispositions et peuvent être refusés sur ce fondement[6]. Partant de ce principe, un permis de construire délivré en application d'un plan d'occupation des sols qui rend possible une situation que le règlement sanitaire départemental cherche à empêcher est entaché d'une erreur manifeste d'appréciation[7]. Réciproquement, doit être annulé le permis de construire qui, bien que conforme au règlement sanitaire, est en

---

de concierge, cette mesure n'intéressant pas la salubrité publique : C.E., 22 mai 1912, *D'Andoque de Sérièges*, n° 37.565, *Rec.* p. 592. *Cf.* également C.E., 9 nov. 1935, *Sieurs Botteloup et a.*, préc.

[1] *Cf.* C.E., 7 nov. 1962, *Sieur Verrando*, n° 53.689, *Rec.* p. 593.

[2] C.E., 7 janv. 2004, *Nouque*, précité.

[3] *Cf.* par exemple C.E., 4 déc. 1995, *Chbre d'agriculture de la Mayenne*, précité.

[4] Dans le même sens, le Conseil d'État a considéré que la combinaison des dispositions d'un règlement sanitaire et des prescriptions de l'art. R. 111-8 C.urb. faisait qu'un dispositif d'assainissement conforme au premier s'accorde du même coup avec le second : C.E., 5 déc. 1990, *M. Rossi*, n° 78973, inédit.

[5] C.E., 13 nov. 1963, *Sieur Ducatez et Min. de la Construction c. Delhaye*, n°s 58.469 et 58.535, *Rec.* p. 554.

[6] Il s'agit même d'une compétence liée de l'administration qui ne saurait donc, ce faisant, engager la responsabilité de l'État : C.E., 11 juill. 1960, *Lafosse*, n° 37.491, *Rec.* tables p. 1127. Pour illustration, *cf.* C.E., Ass., 16 juin 1933, *Sieurs Daurade et Dussert*, n° 20.862, *Rec.* p. 638 ; – Sect., 11 oct. 1963, *Assoc. « Des amis du site de Clagny »*, préc. ; – 13 nov. 1970, *Sieur Parena et S.C.I. « Le Rabelais »*, n° 71773, *Rec.* p. 682 ; – 4 janv. 1985, *S.C.I. Résidence du Port*, préc. ; – 24 avr. 1992, *Min. de l'Équipement, du Logement, de l'Aménagement du territoire et des Transports c. M. Prost*, n° 90937, inédit ; – 15 juin 1992, *Cne de Montmorot et M. Bourdy*, n°s 94528 et 106860, *Rec.* tables p. 1311 (à propos des permis de régularisation accordés sur le fondement de l'art. L. 421-3 C. urb. Le Conseil d'État précise que les prescriptions des règlements sanitaires font partie des dispositions réglementaires auxquelles ce texte assujettit les permis de construire). Dans le même sens : C.E., 7 mars 1986, *M. Roland Raymond*, n° 41.629, inédit (sur le respect des règles sanitaires relatives au raccordement au réseau d'eau lors de la construction d'un refuge de montagne). Pour un exemple d'annulation d'un permis de construire non conforme aux prescriptions du règlement sanitaire : C.A.A. de Nantes, 2e ch., 23 avr. 2002, *M. Gonneau*, n° 00NT00717, inédit.

[7] C.E., 7 janv. 2004, *Nouque*, précité.

contradiction avec le projet d'aménagement, d'embellissement et d'extension d'une commune[1].

245 Si l'arrêt *Nouque* a considérablement clarifié la matière qui, jusqu'alors, faisait l'objet de nombreuses incertitudes[2], on constate néanmoins la persistance de certaines zones d'ombre. Complexe et parfois ambiguë, la jurisprudence du Conseil d'État ne paraît pas toujours favorable à la protection de la santé publique, contrairement à ce qui prévaut dans d'autres domaines. On relèvera d'une part, qu'en matière de construction, seules les dispositions du règlement sanitaire concernant l'édification du bâtiment sont *a priori* opposables, nonobstant l'activité accomplie dans l'immeuble. Il a ainsi été jugé que la violation des règles sur les nuisances sonores dans les ateliers n'a pas d'incidence sur la légalité du permis de construire[3]. De même, a-t-il été décidé que les prescriptions sur l'exploitation agricole ne pouvaient être appliquées à une maison d'habitation[4]. Le Conseil d'État s'est, d'autre part, engagé dans une lecture extrêmement rigoureuse des textes applicables. C'est ce qu'illustre notamment un arrêt de Section du 27 février 1980, *Ministre de l'Environnement et Rouxel contre M. Guesdes*[5]. Les requérants contestaient en l'espèce le jugement du tribunal administratif de Rennes qui avait annulé le permis de construire d'une maison d'habitation à proximité d'une porcherie. Conformément à leur jurisprudence antérieure, les juges s'étaient ici fondés sur les dispositions du règlement sanitaire du Finistère interdisant la construction de telles porcheries à moins de cinquante ou cent mètres, selon leur importance, de toute habitation occupée par des tiers. Le Conseil d'État annula le jugement du tribunal administratif en considérant qu'une telle disposition du règlement sanitaire, destinée aux exploitants agricoles, n'est pas applicable à la construction d'une maison d'habitation. Quoique logique sur le plan de l'exégèse, cette solution est contestable du point de vue de la protection de la santé publique, puisqu'elle revient à dire que l'interdiction d'activités insalubres à proximité des habitations n'empêche pas la construction d'habitations à proximité d'activités insalubres. Un tel principe, qui réduit notablement la portée du règlement sanitaire, semble en tout

---

[1] C.E., Sect., 16 janv. 1970, *De Fligue*, précité. Dans le même sens, *cf.* C.E., 3 janv. 1969, *Sieur Menassé et Soc. civ. immobilière « Résidence Bonaparte »*, n°s 70.253 et 70.376, *Rec.* p. 2.

[2] La jurisprudence antérieure avait parfois affirmé, sans considérer le fond des mesures, que les dispositions d'un règlement sanitaire antérieures au règlement national d'urbanisme et incompatibles avec celui-ci ne pouvaient subsister (C.E., 10 janv. 1968, *Sieur Daspre*, n° 69.030, *Rec.* p. 37). Dans un arrêt de Section du 16 déc. 1977, le Conseil d'État avait également fait prévaloir les règles d'urbanisme sur les dispositions des règlements sanitaires sans en examiner le contenu (*Min. de l'Équipement c. Cluzeau*, n°s 91.542 et 98.117, *A.J.D.A.* 1978, concl. M.-A. LATOURNERIE). Sur ces arrêts, *cf.* notamment H. CHARLES, comm. sous C.E., Sect., 16 janv. 1970, *De Fligue*, *G.A.D.U.* 1996, p. 241.

[3] C.E., 18 janv. 1991, *M. Sigaud et Mme Duret*, n° 100766, inédit ; – 4 mars 1991, *M. Dupin*, n° 96444, inédit.

[4] C.E., 23 juin 1993, *M. Louis Beaumier*, n° 85799, inédit.

[5] C.E., Sect., 27 févr. 1980, *Min. de l'Environnement et Rouxel c. M. Guesdes*, n°s 12.956 et 13.285, *Rec.* p. 115. Du même jour et dans le même sens, *cf.* également *Min. de l'Équipement et de l'Aménagement du territoire et Seropian c. Conan*, n°s 11.946 et 12.022, inédit (à propos des dispositions d'un règlement sanitaire relatives à l'épandage).

état de cause peu conforme à la jurisprudence généralement développée en matière d'hygiène publique. Elle n'a d'ailleurs pas été reprise par toutes les juridictions administratives. La Cour administrative d'appel de Lyon en particulier a, dans un arrêt du 28 juin 2002, confirmé la position du tribunal administratif de Rennes et conclu à l'irrégularité d'un permis de construire délivré pour la construction d'une maison d'habitation à moins de quarante mètres d'une porcherie[1]. Dans le même sens, la Cour administrative d'appel de Douai a, le 31 octobre suivant, annulé le permis de construire d'une maison d'habitation située à moins de cinquante mètres d'un bâtiment abritant quatre-vingt vaches laitières[2]. La question reste donc ouverte.

En dépit du travail de clarification du juge administratif, la jurisprudence fait donc encore preuve de solutions nuancées qui, à l'heure actuelle, n'ont pas permis de résoudre toutes les difficultés. Ces flous juridiques doivent être attribuées à l'absence d'une perspective d'ensemble de la matière qui, trop longtemps marquée par des interventions ponctuelles, a donné lieu à un droit complexe et intriqué. Cette situation, propice à l'erreur et/ou aux incertitudes, ne peut manquer de nuire à l'efficacité pratique des dispositifs de prévention sanitaire. De plus, les autorités compétentes doivent aujourd'hui composer avec le droit communautaire qui exerce une influence croissante sur les questions de santé publique.

B.- L'INFLUENCE ACTUELLE DU DROIT COMMUNAUTAIRE

246 Introduit par le traité de Maastricht[3], puis progressivement élargi, l'alinéa 1 de l'article 152 du traité instituant la Communauté Européenne (CE) reconnaît explicitement l'existence d'une compétence sanitaire de la Communauté européenne, dont l'action « *complète les politiques nationales, porte sur l'amélioration de la santé publique et la prévention des maladies et des affections humaines et des causes de danger pour la santé humaine* »[4]. Définie comme une compétence d'appoint[5], l'action de la Communauté reste en théorie modeste, les États ne lui ayant délégué aucune compétence sanitaire spécifique. Cette seule vision des compétences sanitaires de la Communauté serait toutefois réductrice. Les exigences en matière de santé sont en effet présentées par le même article comme une composante de toutes les politiques et actions de la Communauté qui, dans leur définition et leur mise en œuvre, doit assurer « *un niveau élevé de protection de la*

---

[1] C.A.A. de Lyon, 28 juin 2002, *Mlle Charbonnier*, n° 01LY00683, *A.J.D.A.* 2002, p. 1200.

[2] C.A.A. de Douai, 31 oct. 2002, *Cne de Tatighem c. M. Philippe Hermant*, n° 00DA01003, *A.J.D.A.* 2003, p. 199.

[3] V. J.-S. CAYLA, La protection de la santé publique dans l'Union européenne selon le Traité de Maastricht du 7 février 1992, *R.D.S.S.* 1992, n° 2 (28), p. 259-263.

[4] Nous utilisons ici la version consolidée du traité publiée au *J.O.U.E.* n° C 321 du 29 déc. 2006. On trouvera l'art. 152 CE, p. E/114.

[5] Selon l'al. 2 de l'art. 152 C.E., la Communauté se borne à « *encourager la coopération entre les État membres dans les domaines visés au présent article et, si nécessaire, elle appuie leur action* ».

santé humaine ». Cette reconnaissance a permis de valider différentes actions sanitaires menées dès les années 60. Car, si à l'aube de la construction des Communautés européennes, les États n'ont pas jugé bon de leur attribuer des compétences sanitaires, la santé publique intervient tout de même en différents articles du traité C.E.E. comme une clause de sauvegarde les autorisant à déroger aux principes de libre circulation[1]. Or c'est paradoxalement grâce à cette sauvegarde étatique (1) que la Communauté a trouvé les premières bases de son intervention dans le domaine sanitaire[2] (2).

1) Une intervention indirecte liée à une conception restrictive de la réserve de santé publique

247 La réserve d'ordre public, d'essence souverainiste, heurte de front la dynamique d'intégration libérale de la Communauté européenne, peu compatible avec la notion régalienne d'*imperium*. L'autonomie de l'ordre juridique communautaire a dès lors justifié que les autorités communautaires, principalement le Conseil et la Cour de Justice des Communautés européennes, s'attachent à en délimiter les contours[3].

248 Par une interprétation stricte des conditions posées à sa mise en œuvre, la Cour de Justice a été conduite à en donner une analyse destinée à s'imposer à tous les États. Selon la jurisprudence *Bouchereau* du 27 octobre 1977, le recours à la notion d'ordre public suppose ainsi « *l'existence, en dehors du trouble pour l'ordre public que constitue toute infraction à la loi, d'une menace réelle et suffisamment grave affectant un intérêt fondamental de la société* »[4]. À l'instar de M. DRUESNE, on peut observer que cette indication, sans être absolument déterminante puisque le sens donné à de tels intérêts fondamentaux peut varier selon les États et les époques[5], révèle, dans la mesure où la

---

[1] Cette référence à la santé publique en marge de la réserve d'ordre public a pu conduire certains auteurs à l'exclure de la notion « communautaire » d'ordre public : *cf.* S. POILLOT-PERUZZETTO, Ordre public et droit communautaire, *op. cit.*, p. 180. Il paraît néanmoins important de souligner que si la santé publique, comme d'ailleurs la sécurité publique, sont formellement extérieures à l'ordre public, le rôle d'exclusion de la norme communautaire joué par ces différentes notions est exactement identique, ce qui empêche de croire en leur autonomie. La spécificité ainsi accordée à la santé publique permet avant tout d'insister sur la volonté des gouvernements de faire prévaloir la protection sanitaire de leur population sur les impératifs de l'intégration économique européenne qui y porteraient atteinte. En ce sens, G. LYON-CAEN, La réserve d'ordre public en matière de liberté d'établissement et de libre circulation, *R.T.D.E.* 1966, n° 4, p. 693 et É. PICARD, L'influence du droit communautaire sur la notion d'ordre public, *op. cit.*, p. 55-75.

[2] *Cf.* Ph. BRUNET, *Recherches sur le droit communautaire positif de la santé*, Th. Droit, Bordeaux I, 1990, dactyl., 308 p. auquel ce paragraphe doit beaucoup. V. également, pour une analyse élargie à l'ensemble de l'ordre public, T. LARZUL, *Les mutations des sources du droit administratif*, Th. Droit, Paris, L'Hermès, 1944, Préface de D. TRUCHET, p. 186 s. et O. DUBOS, Police administrative et droit communautaire : kaléidoscope, *D.A.* 2007, n° 4, p. 21.

[3] Dès l'arrêt *Rutili* du 28 oct. 1975, la C.J.C.E. a expressément reconnu cette maîtrise communautaire de l'ordre public national dont la « *portée ne saurait être déterminée unilatéralement par chacun des États membres sans contrôle des institutions de la communauté* » (aff. 36/75, *Rec.* 1975, p. 1219 ; *Gaz. Pal.* 1976, 1, p. 134).

[4] C.J.C.E., 27 oct. 1977, *Bouchereau*, préc. ; – 29 avril 2004, *Orfanopoulos*, aff. C-482/01 et C- 493/01, *Rec.* 2004, p. I-5257 ; *Europe* juin 2004, n° 200, comm. D. SIMON.

[5] La C.J.C.E. considère ainsi que les « *circonstances d'ordre public peuvent varier d'un pays à l'autre et d'une époque à l'autre* » (4 déc. 1974, *Van Duyn c. Home Office*, préc.), de même que la notion « *varie en fonction des conditions sociales* » (26 févr. 1975, *Carmelo Angelo Bonsignore*, préc.).

conception générale du pouvoir politique de ces derniers est la même, une recherche d'uniformisation des conditions de mise en œuvre de l'ordre public, mais aussi de son contenu et des motifs de son invocation[1]. Dès lors, si l'ordre public conçu comme clause d'exception au traité est « *national d'inspiration, il est communautaire de source et d'application* »[2], et peut-être même de définition. De ce fait, les institutions communautaires ont également pu déterminer leur propre perspective de l'ordre public sanitaire.

249 Cette capacité de définition des exigences nationales de la protection de la santé publique par les organes communautaires a, en matière de libre circulation des personnes, été explicitement prévue par l'alinéa 2 de l'article 48 du traité de Rome qui a confié au Conseil le soin d'« *arrêter des directives pour la coordination des dispositions législatives, réglementaires et administratives* »[3]. Sur ce fondement, la directive n° 64/221/CEE du 25 février 1964 fixant les conditions et les modalités de mise en œuvre des réserves à la libre circulation des personnes[4] a défini une liste exhaustive de maladies justifiant la fermeture des frontières d'un État membre à un ressortissant communautaire. Outre cette précision matérielle de la réserve de santé publique, le Conseil a par ailleurs limité son application au seul cas où la maladie apparaît avant l'entrée de la personne atteinte sur le territoire. Il ne saurait donc être question pour l'État d'expulser ou de refuser le renouvellement d'un titre de séjour pour des raisons tenant à la santé publique[5].

250 Cette approche restrictive de la réserve de santé publique est également à l'œuvre dans le domaine de la libre circulation des marchandises par le jeu des articles 30 et 36 du traité. Dans le silence des dispositions conventionnelles, c'est cette fois la Cour de Justice des Communautés européennes qui a progressivement délimité les contours de la notion. Sa jurisprudence, marquée par la volonté de préserver l'effet utile du traité, a donc peu à

---

[1] G. DRUESNE, Puissance publique et libertés : les limites à la liberté de circulation des personnes dans la Communauté économique européenne, *op. cit.*, p. 722-723.

[2] *Cf.* S. POILLOT-PERUZZETTO, *op. cit.*, p. 25. Pour l'auteur, il serait même plus juste d'évoquer, dans l'ordre communautaire, la notion d'« *ordre public national communautarisé* ».

[3] V. aujourd'hui les art. 46 s. CE.

[4] Dir. n° 64/221/CEE du Conseil du 25 févr. 1964 pour la coordination des mesures spéciales aux étrangers en matière de déplacement et de séjour justifiées par des raisons d'ordre public, de sécurité publique et de santé publique, *J.O.C.E.* n° L 56 du 4 avr., p. 850. Cette directive a été abrogée et remplacée par la dir. n° 2004/38 du 29 avril 2004 relative au droit des citoyens de l'Union et des membres de leurs familles de circuler et de séjourner librement sur le territoire des États membres (*J.O.U.E.* n° L 158 du 30 avr., p. 77), dont le délai de transposition dans l'ordre juridique interne a expiré le 30 avr. 2006. Sur ce texte, v. Y. GAUTIER, La directive n° 2004/38/CE : simplification et élargissement des droits d'entrée et de séjour reconnus aux citoyens de l'Union européenne, *Europe* oct. 2004, chron. 5, p. 5.

[5] *Cf.* cependant la dir. n° 75/35/CEE du Conseil du 17 déc. 1974 étendant le champ d'application de la directive de la dir. n° 65-221 aux ressortissants des États membres qui exercent le droit de demeurer sur le territoire d'un autre État membre après y avoir exercé une activité non salariée, *J.O.C.E.* n° L. 14 du 20 janv., p. 14.

peu posé les principes guidant la légitimité de la restriction sanitaire au principe de la libre circulation des marchandises[1].

Tout en signalant que « *l'article 36 n'a [pas] pour objet de réserver certaines matières à la compétence exclusive des États membres* », la Cour de Justice a toutefois admis que « *les législations nationales fassent exception au principe de la libre circulation dans la mesure où cela est justifié pour atteindre les objectifs visés à cet article* »[2]. Parmi ceux-ci, figure notamment la protection de la santé et de la vie des personnes tour à tour reconnue comme un « *objectif légitime et digne de protection* » par la Commission[3] et une « *exigence impérative* » par la Cour de Justice[4]. Les juges ont, par ailleurs, admis que les États membres disposent d'une marge d'appréciation et d'action étendue pour fixer, sous leur propre responsabilité, le niveau de protection de la santé jugé nécessaire[5]. C'est ainsi que, dans le cadre de la lutte contre la maladie de la « vache folle », la Cour de Justice a accepté qu'un État puisse, à titre conservatoire de protection, interdire l'importation de têtes de bovins *« contenant des matériels présentant des risques au regard de l'encéphalopathie spongiforme bovine* », alors que l'entrée en vigueur de la décision communautaire interdisant de tels matériels avait été reportée[6].

L'exception au principe de libre échange doit néanmoins être justifiée par une nécessité réelle de santé publique qui ne saurait servir d'alibi aux États pour se soustraire à leurs obligations[7] en prenant des mesures d'effet équivalent à des restrictions

---

[1] L'art. 30 du traité de Rome interdisant aux États membres toutes restrictions quantitatives à l'importation ainsi que toutes mesures d'effet équivalent qui ne seraient pas justifiées notamment par la protection de la santé et de la vie de la population.

[2] C.J.C.E., 15 déc. 1976, *Simmenthal SpA c. Ministère des finances italien*, aff. 35/76, *Rec.* 1976, p. 1871.

[3] Dir. n° 70/50/CEE de la Commission du 22 déc. 1969 fondée sur les dispositions de l'art. 33 § 7, portant suppression des mesures d'effet équivalent à des restrictions quantitatives à l'importation non visées par d'autres dispositions prises en vertu du traité CEE, *J.O.C.E.* n° L. 13 du 19 janv. 1970, p. 29.

[4] C.J.C.E., 20 févr. 1979, *Rewezentral Ag* dit « *Cassis de Dijon* », aff. 120/78, *Rec.* 1979, p. 649.

[5] C.J.C.E., 14 juill. 1983, *Sandoz Bv*, aff. 174/82, *Rec.* 1983, p. 2445 (à propos de la soumission de l'utilisation d'additifs alimentaires à autorisation préalable) ; – 30 nov. 1983, *Leender Van Bennekom*, aff. 227/82, *Rec.* 1983, p. 3883 ; *R.D.S.S.* 1984, p. 195, note J.-M. AUBY (restrictions apportées à la libre circulation des médicaments).

[6] C.J.C.E., 5 déc. 2000, *Eurostock Meat Marketing ltd*, aff. C-477/98, *Rec.* 2000, p. I-10695. Il faut d'ailleurs s'en féliciter dès lors que c'est l'État, et non les institutions communautaires, qui font aujourd'hui l'objet de recours en responsabilité pour carence à protéger la population contre les dangers liés à l'E.S.B. : C.A.A. de Paris, 24 sept. 2007, *Cts Eboli*, n° 04PA03858, *A.J.D.A.* 2008, p. 63 (rejet en l'espèce, aucun élément ne permettant de croire que la contamination ait eu lieu à un moment où les risques étaient connus).

[7] La réserve de santé publique a fréquemment été utilisée pour des motifs plus protectionnistes que sanitaires. De nombreux contentieux sont, par exemple, nés dans le domaine de la sécurité alimentaire. Dans le cadre d'une politiqué prophylactique, il est en effet possible pour les États membres de refuser la commercialisation sur leur territoire d'un produit contenant certains additifs jugés nuisibles pour la santé. Cette possibilité est néanmoins interprétée restrictivement par la C.J.C.E. qui a souvent conclu à des manœuvres protectionnistes : *cf.* C.J.C.E., 5 févr. 1981, *Officier van justitie contre Koninklijke Kaasfabriek Eyssen*, aff. 53/80, *Rec.* 1981, p. 0409 (ajout de nisine dans du fromage) ; – 14 juill. 1983, *Sandoz*, préc. (vitamines ajoutées dans des barres de céréales et autres biscuits) ; – 10 déc. 1985, *Motte*, aff. C-344/90, *Rec.* p. I-04719 (colorants dans des conserves de poisson) ; – 6 mai 1986, *Müller-Kampfmeyer*, aff. 304/84, *Rec.* 1986, p. 1511 (émulsifiants pour pâtisseries). Sur l'ensemble de la question, se reporter notamment à Ph. BRUNET, *op. cit.* ; pour une synthèse de la jurisprudence, *cf.* M. A. DAUSES, L'interdiction des mesures d'effet équivalent, *R.T.D.E.*

quantitatives condamnées par l'article 30 CE[1]. C'est sur cette base notamment que la Cour de Justice a considéré que la France a manqué à ses obligations communautaire en maintenant l'interdiction des importations de viande bovine à partir du Royaume-Uni au-delà de la date fixée par la Commission européenne, le danger pour la santé publique n'étant, selon elle, plus suffisant pour justifier une telle mesure[2].

251 De plus, de telles restrictions à la liberté d'échange ne peuvent être utilement invoquées qu'à défaut d'une harmonisation communautaire suffisante des législations nationales[3]. Selon la jurisprudence constante de la Cour de Justice, en effet, « *lorsque des directives communautaires prévoient l'harmonisation des mesures nécessaires à assurer la protection de la santé des animaux et des personnes et aménagent des procédures communautaires de contrôle de leur observation, le recours à l'article 30 CE cesse d'être justifié et c'est dans le cadre tracé par la directive d'harmonisation que les contrôles appropriés doivent être effectués et les mesures de protection prises* »[4]. Cette règle revêt une importance majeure en droit communautaire de la santé. C'est en effet par ce biais que les autorités communautaires ont été à même de limiter les hypothèses d'application de la réserve de santé publique en s'engageant, dès le début des années 60, dans des

---

1992, n° 4 (28), p. 624-626. Pour un rappel de la prohibition de toute entrave à la circulation des produits pharmaceutiques, *cf.* également C.J.C.E., 11 déc. 2003, *DocMorris NV*, aff. C-322/01, *J.O.U.E.* n° C 47 du 21 févr. 2004, p. 5 ; *Europe* 2004, comm. 37, obs. M. PIETRI.

[1] Ces mesures ont été définies par la dir. n° 70/50/CEE du 22 déc. 1969 précitée et l'arrêt de la Cour de Justice, *Dassonville*, du 11 juillet 1974 (aff. 8/74, *Rec.* 1974, p. 837). Pour les juges communautaires, « *toute réglementation commerciale d'un État membre susceptible d'entraver, directement ou indirectement, actuellement ou potentiellement, le commerce intracommunautaire est à considérer comme une mesure d'effet équivalent à des mesures quantitatives* ».

[2] C.J.C.E., 13 déc. 2001, *Commission des communautés européennes c. République française,* aff. C-1/00 ; *Rec.* 2001, p. I-9989 ; *J.O.C.E.* n° C 44 du 16 févr. 2002, p. 2 ; *D.* 2002, IR, 254 ; *Dr. rur.* 2002, p. 9 ; *Gaz. Pal.* du 27 juin 2002, p. 13 ; *Envir.* 2002, p. 23, n° 31 ; *Europe* févr. 2002, p. 27, n° 67 ; *A.J.D.A.* 2002, p. 164, note T. HAMONIAUX ; *J.C.P.* 2002, II, 10127, note Ph. ICARD. Sur ce thème, v. M. Deguergue, Précaution et sécurité sanitaire à la lumière de quelques arrêts récents de la Cour de justice des Communautés européennes, *R.D.S.S.* 2004, n° 1, p. 80-91. Dans le même sens, le Conseil d'État a annulé l'arrêté qui, sans se fonder sur des éléments scientifiques nouveaux, a suspendu la mise sur le marché d'un engrais dont la libre circulation a été autorisée par le droit communautaire : C.E., 25 oct. 2004, *Soc. Francefert*, n° 251930, *Rec.* tables p. 611 ; *Contrats. Conc. Consom.* mars 2005, comm. 57, note G. RAYMOND ; *D.A.* 2005, n° 22, p. 675, note E. GLASER. Cela n'empêche donc pas un membre État de prendre des mesures conservatoires lorsque la gravité du risques d'atteintes à la santé humaine ou à l'environnement l'exige, à condition d'en informer immédiatement la Commission : C.E., ord., 19 mars 2008, *Assoc. gén. des producteurs de maïs et a.*, n° 313547, (sera mentionné aux tables du *Rec. Lebon*), *J.C.P.* A 2007, act. 285, obs. M.-C. ROUAULT ; *A.J.D.A.* 2008, p. 561, obs. M.-C. DE MONTECLER.

[3] C.J.C.E., 20 mai 1976, *De Peijper*, aff. 104/75, *Rec.* 1976, p. 613 ; – 15 déc. 1976, *Simmenthal SpA*, préc. ; – 10 déc. 1985, *Motte*, préc. ; – 6 mai 1986, *Müller-Kampfmeyer*, préc.

[4] C.J.C.E., 22 oct. 2002, *National Farmers' Union*, aff. C-241/01 (point 8), *J.O.C.E.* n° C 305 du 7 déc. 2002, p. 08 ; *D.* 2002, IR, 3059, *Europe* 2002, inf. 411 ; *J.C.P.* 2003, II, 10185, note Ph. ICARD ; *Envir.* 2003, inf. 9, note P. TROUILLY ; *R.D.rur.* 2004, obs. VIALE ; *A.J.D.A.* 2003, p. 378, chron. J.-M. BELORGEY, S. GARVASONI et C. LAMBERT (partant un État membre ne peut invoquer cet article pour s'opposer à la reprise des importations de viande bovine anglaise dès lors que celles-ci s'exercent conformément aux règles posées par la Commission pour la protection de la santé publique et qui n'ont pas fait l'objet de contestation dans le délai de recours). V. également C.E., 24 nov. 2003, *Soc. National Farmers' Union*, n° 221747, *Rec.* p. 46 ; *R.D.rur.* 2004, p. 306, obs. ROCHARD ; *Envir.* 2004, p. 28, note P. TROUILLY ; *Gaz. Pal.* des 11-12 août 2004 ; *D.A.* 2004, n° 53, note E.G (illégalité des décisions implicites de rejet du ministre de l'Agriculture de la demande d'abrogation des mesures françaises d'embargo contre certains produits bovins britanniques alors que la décision contraire de la commission n'a pas été contestée par l'État français dans le délai de recours et que les règles communautaires ont été prises pour protéger la santé publique, écartant ainsi toute possibilité pour la France d'invoquer la santé publique et le principe de précaution pour la reprise des exportations).

actions positives de santé couvrant des domaines bien plus importants que ceux initialement prévus par les traités[1].

2) Le développement de législations communautaires positives de santé publique

252 L'effort d'harmonisation des législations sanitaires s'est d'abord réalisé dans le cadre précis des politiques confiées à la Communauté. La politique agricole commune a ainsi permis à la Communauté européenne de développer une action très forte en faveur de la qualité sanitaire des produits par la multiplication des directives intéressant les normes d'hygiène[2] et les modalités d'inspection et de contrôle sanitaires[3]. Cet engagement européen a également été autorisé par l'existence de « zones grises » dans les traités, tel l'article 100 du traité de Rome, aujourd'hui article 95 CE, relatif au rapprochement des législations ayant une incidence sur le marché commun[4]. Par une interprétation large de cette disposition, la Cour de Justice, tout en se fondant sur des considérations économiques, a en effet pu introduire les problèmes de santé parmi les objets soumis à l'harmonisation communautaire en considérant, par exemple, que « *les dispositions que nécessitent les conditions de santé et d'environnement peuvent être de*

---

[1] *Cf.* par exemple, la dir. n° 64/432/CEE du Conseil du 24 juin 1964 relative à des problèmes de police sanitaire en matière d'échanges intracommunautaires d'animaux des espèces bovine et porcine, *J.O.C.E.* n° P 121 du 29 juill., p. 1977. Pour la C.J.C.E., les contrôles ainsi institués doivent être considérés « *comme des opérations destinées à favoriser la libre circulation des marchandises, notamment en neutralisant des obstacles pouvant résulter, pour cette libre circulation, des mesures de contrôles sanitaires prises en conformité avec l'article 36 […]. Sauf exceptions prévues [dans les textes communautaires], tout contrôle supplémentaire imposé unilatéralement par un État membre […] constituerait une mesure d'effet équivalent à une restriction quantitative* » (25 janv. 1977, *Bauhuis c. Pays-Bas*, aff. 46/76, *Rec.* 1977, p. 5). V. également C.J.C.E., 10 déc. 2002, *British American Tabacco et. a.* (aff. C-491/01, *Rec.* 2002, p. I-11453) portant sur la dir. 2001/37/CE relative au rapprochement des dispositions législatives, réglementaires et administratives des États membres en matière de fabrication, de présentation et de vente des produits du tabac (*J.O.C.E.* n° L 194, p. 26) et les remarques sous cet arrêt de M. BELORGEY, M. GERVASONI et M. LAMBERT, Actualité du droit communautaire, *A.J.D.A.* 2003, n° 8, p. 380-382.

[2] Sur l'origine de cette action positive, *cf.* la dir. CEE relative au rapprochement des réglementations des États membres concernant les matières colorantes pouvant être employées dans les denrées destinées à l'alimentation humaine (*J.O.C.E.* n° P. 115 du 11 nov. 1962, p. 2645), la dir. n° 67/427/CEE du Conseil du 27 juin 1967 relative à l'emploi de certains agents conservateurs pour le traitement en surface des agrumes ainsi qu'aux mesures de contrôle pour la recherche et le dosage des agents conservateurs dans et sur les agrumes (*J.O.C.E.* n° B. 148 du 11 juill., p. 1), la dir. n° 70/524/CEE du Conseil du 23 nov. 1970 concernant les additifs dans l'alimentation des animaux (*J.O.C.E.* n° L. 270 du 14 déc., p. 1), maintes fois modifiée et complétée depuis lors, ou, s'agissant des résidus de pesticides, les dir., également modifiées, n° 79/700/CEE de la Commission du 24 juill. 1979 pour les fruits et légumes (*J.O.C.E.* n° L. 207 du 15 août, p. 26), n° 86/362/CEE du Conseil du 24 juill. 1986 pour les céréales (*J.O.C.E.* n° L. 221 du 7 août, p. 37) et n° 86/363/CEE du Conseil du 24 juill. 1986 pour les denrées alimentaires d'origine animale (*ibid.*, p. 43).

[3] *Cf.*, par exemple, les dir. n° 64/433/CEE du Conseil du 26 juin 1964 relative à des problèmes sanitaires en matière d'échanges intracommunautaires de viandes fraîches (*J.O.C.E.* n° P. 121 du 29 juill., p. 2012) et n° 77/99/CEE du Conseil du 21 déc. 1976 relative à des problèmes sanitaires en matière d'échanges intracommunautaires des produits à base de viande (*J.O.C.E.* n° L. 26 du 3 janv. 1977, p. 85), notamment complétées par la dir. n° 89/662/CEE du Conseil du 11 déc. 1989 relative aux contrôles vétérinaires applicables dans les échanges intracommunautaires dans la perspective de la réalisation du marché intérieur (*J.O.C.E.* n° L. 395 du 30 déc., p. 13).

[4] *Cf.*, par exemple, la dir. n° 65/65/CEE du Conseil du 26 janv. 1965 concernant le rapprochement des dispositions législatives, réglementaires et administratives relatives aux spécialités pharmaceutiques (*J.O.C.E.* n° P. 22 du 9 févr., p. 369) qui constitue le texte fondateur de la politique communautaire du médicament.

nature à grever les entreprises auxquelles elles s'appliquent, et [que] faute de rapprochement des dispositions nationales en la matière, la concurrence pourrait être sensiblement faussée »[1]. Le processus d'harmonisation des législations nationales a donc été essentiellement initié pour lutter contre les atteintes étatiques aux principes de libre circulation justifiées par la protection de la santé publique[2]. Initialement rattachée à la réalisation du marché commun, cette œuvre normative d'abord hésitante, puis de plus en plus soutenue de la Communauté s'est développée indirectement par le truchement de l'harmonisation des législations nationales[3].

253 Au gré des révisions institutionnelles, l'action communautaire de santé publique s'est peu à peu émancipée de ces bases premières pour trouver de nouveaux fondements, plus positifs. L'Acte Unique de 1986, insérant la protection des consommateurs et la protection de l'environnement parmi les domaines soumis à la politique commune, a ainsi permis d'affirmer la santé publique comme un objectif général de l'action communautaire. Celle-ci a d'ailleurs été très nettement favorisée par la Cour de Justice qui a érigé la protection de la santé publique au rang d'une exigence d'intérêt général pouvant fonder l'intervention des institutions communautaires[4]. C'est ainsi qu'elle a décidé, en mai 1998, que, pour limiter le risque de transmission de la maladie de la « vache folle », la commission européenne pouvait prendre des mesures de protection d'urgence contre l'E.S.B., sans même avoir à attendre que la réalité et la gravité des risques pour la santé des personnes soient pleinement démontrées[5]. En faisant de la protection de la santé un objet explicite de l'action communautaire, le traité sur l'Union européenne a permis de consolider l'assise juridique de l'intervention sanitaire de la Communauté. Cette évolution a trouvé son aboutissement lors de la conclusion du traité d'Amsterdam de 1997 qui a donné au Conseil une compétence directe pour adopter des « *mesures fixant des normes élevées de qualité et de sécurité des organes et substances*

---

[1] C.J.C.E., 18 mars 1980, *Commission c. République Italienne* (aff. 92/79, *Rec.* 1980, p. 1099 et p. 1115) à propos de deux directives du Conseil fondées sur l'art. 100 du traité de Rome (dir. n° 73/404/CEE du 24 nov. 1973 concernant le rapprochement des législations des États membres relatives aux détergents, *J.O.C.E.* n° L. 347 du 17 déc., p. 51 et n° 75/716/CEE du 24 nov. 1975 pour le rapprochement des législations concernant la teneur en soufre de certains combustibles liquides, *J.O.C.E.* n° L. 307 du 27 nov., p. 22).

[2] Sur ce fondement, la C.J.C.E. s'est ainsi engagée dans une jurisprudence visant à étendre le droit des ressortissants de l'Union européenne à bénéficier de soins dispensés dans les État dans lesquels ils ne résident pas sans que leur soient opposés des obstacles non justifiés par les principes du droit communautaire. Sur ce point, *cf.* notamment A. LAUDE, B. MATHIEU et D. TABUTEAU, *Droit de la* santé, *op. cit.*, p. 148, n° 143.

[3] Sur ce point, v. notamment J.-M. BELORGEY, S. GARVASONI et C. LAMBERT, chron. sous C.J.C.E., 10 déc. 2002, *British American Tobacco*, *A.J.D.A.* 2003, n° 8, p. 380-382, spéc. p. 381. *Cf.* également E. BROSSET, Différenciations nationales et harmonisation communautaire. L'exemple des organismes génétiquement modifiés, *R.D.S.S.* 2006, n° 2, p. 215-228.

[4] La santé publique a, par exemple, été rattachée aux objectifs de la politique agricole commune dans deux arrêts *Royaume-Uni c. Conseil* du 23 févr. 1988 (aff. 68 et 131/86, *Rec.* p. 855 et p. 905).

[5] C.J.C.E., 5 mai 1998, *National Farmer's Union* et *Royaume-Uni c. Commission* (2 esp.) aff. C-157/96 et C-180/96, *Rec.* 1988, p. I-2211 et p. I-2265 ; *C.J.E.G.* 1998, p. 419, note J.-D. COMBREXELLE ; *Europe* 1998, n° 262, comm. D. RITLENG (validité de la décision 96/239/CE de la Commission du 27 mars 1996 relative à certaines mesures d'urgence en matière de protection contre l'encéphalopathie spongiforme bovine parue au *J.O.C.E.* n° L 78, p. 47).

d'origine humaine, du sang et des dérivés du sang », pour engager « *des actions d'encouragement visant à protéger et à améliorer la santé humaine* », et pour prendre, dans certains cas, des mesures « *dans les domaines vétérinaires et phytosanitaire ayant directement pour objectif la protection de la santé publique* »[1]. Sans rompre avec les logiques précédemment définies, l'Union européenne a donc pu prolonger son action en s'engageant dans une politique active de santé publique qui se déploie désormais dans toutes les branches de la police sanitaire[2].

254 Outre le développement de programmes d'action communautaire, on peut, à l'heure actuelle, distinguer trois principaux degrés d'intervention de l'Union européenne. L'harmonisation communautaire du droit des États membres amène, en premier lieu, à des modifications substantielles des dispositifs nationaux de police sanitaire, qui touchent aussi bien les procédures et les modalités de l'intervention publique que le fond des normes. L'apport de la législation communautaire se traduit, en deuxième lieu, par la définition de nouveaux axes d'intervention de la puissance publique. Ce fut le cas notamment de la lutte contre le saturnisme insérée dans la loi d'orientation relative à la lutte contre l'exclusion du 29 juillet 1998[3]. L'action de la Communauté européenne peut enfin, au plus haut niveau, conduire à une prise en charge directe de certains secteurs. L'exemple le plus remarquable de cette « communautarisation » de la santé publique est sans doute celui de l'harmonisation des législations relatives aux médicaments, qui a non seulement justifié de nombreux amendements de la législation nationale[4], mais aussi conduit à la mise en place d'un dispositif communautaire d'autorisation de mise sur le marché des médicaments à usage humain et vétérinaire[5]. Il n'existe certes pas encore de procédure uniforme d'évaluation et d'autorisation des médicaments valant pour l'ensemble des États membres. Mais la politique d'harmonisation entamée en 1993 a

---

[1] Art. 152 CE. On notera que de nombreuses dispositions du traité de Lisbonne confirment et accentuent ces compétences. V. notamment l'art. 2 C (2 k) qui prévoit un partage de compétence entre les États membres et l'Union pour la définition des enjeux communautaires et sécurité en matière de santé publique, l'art. 2 E (a) qui renforce la compétence de l'Union pour mener des actions destinées à appuyer, coordonner ou compléter l'action des États membres dans le domaine de la protection et de l'amélioration de la santé humaine et l'art. 152 complété, qui organise les relations entre les États et l'Union en ce domaine (L. n° 2008-125 du 13 févr. autorisant la ratification du traité de Lisbonne modifiant le traité sur l'Union européenne, le traité instituant la Communauté européenne et certains actes connexes, *J.O.* du 14 févr. , p. 2712 ; *A.J.D.A.* 2008, p. 12).

[2] A. LAUDE, B. MATHIEU et D. TABUTEAU, *Droit de la* santé, *op. cit.*, p. 145 s. À partir des années 1990, elle s'est d'ailleurs progressivement dotée de plusieurs structures et organismes d'expertise, d'observatoires et d'agences.

[3] L. d'orientation n° 98-657 du 29 juill. 1998 relative à la lutte contre l'exclusion, préc.

[4] La dernière réforme en date étant celle de la L. n° 2007-248 du 26 févr. 2007 (*J.O.* du 27 févr., p. 3503 ; *B.J.S.P.* 2007, n° 102, Pan. p. 5 ; *B.J.S.P.* 2008, n° 109, p. 10, comm. P. CHICHÉ), complétée par l'ord. n° 2007-613 du 26 avr. 2007 portant diverses adaptation au droit communautaire dans le domaine du médicament (*J.O.* du 27 avr., p. 7515 ; *B.J.S.P.* 2007, n° 104, Pan., p. 5). Le projet de loi ratifiant cette ord. est, à l'heure où nous écrivons ces lignes, toujours en discussion au Parlement.

[5] *Cf.* B. HAURAY, *L'Europe du médicament*, Paris, Les Presses de Sciences-Po, 2006, 378 p. Sur le dispositif relatif aux médicaments vétérinaires, v. les art. L. 5141-5 et L. 5141-16 C.S.P. et les décr. n° 2008-117 et n° 2008-118 du 7 févr. 2008 relatifs à la procédure de reconnaissance mutuelle et à la procédure décentralisée d'autorisation de mise sur le marché de médicaments vétérinaires et à la pharmacovigilance vétérinaire, *J.O.* du 9 févr., p. 2467 et p. 2469.

progressivement conduit à l'élaboration d'une procédure originale qui a sensiblement réduit la compétence des autorités nationales[1]. Ce dispositif communautaire se subdivise en deux procédures connexes. La première, dite « centralisée », est réservée aux médicaments innovants, notamment les médicaments issus des biotechnologies, dont l'évaluation est confiée à une Agence européenne du médicament[2]. Cette évaluation, et l'éventuelle autorisation de mise sur le marché qui, sur cette base, est délivrée par la Commission ou le Conseil, est valable pour l'ensemble des États membres, sans qu'aucune restriction ne puisse normalement être opposée à l'introduction du médicament sur le territoire national. La seconde procédure, « décentralisée », instaure une concurrence directe entre les différentes autorités nationales pour l'évaluation des spécialités. Elle repose sur un mécanisme de reconnaissance mutuelle d'une première autorisation de mise sur le marché octroyée par un État membre par les autres États de l'Union. Cette procédure laisse toutefois subsister l'exception de santé publique qui peut justifier, sous le contrôle de la Commission européenne, le refus d'un État de reconnaître l'autorisation délivrée par l'un des autres États membres. Il n'empêche que la maîtrise des autorités nationales sur l'évaluation des médicaments et la délivrance des autorisations de mise sur le marché se trouve extrêmement réduite[3].

255 Le droit communautaire s'impose de la sorte comme une source du droit de la santé publique qui, en constante progression, accentue l'instabilité de ses règles. Son intégration en droit national pose par ailleurs un certain nombre de difficultés qui ajoutent encore à la complexité de ce droit. La première d'entre elles tient à la perte progressive de maîtrise des États sur les questions de santé publique et de sécurité sanitaire[4]. La seconde concerne, sans grande originalité, la transposition des directives communautaires en droit interne. On sait que cette transposition, obligatoire, doit être effectuée de manière « correcte » par les autorités nationales, qui ne peuvent, sans manquer à leurs obligations, méconnaître le sens et la portée des directives. Certaines autorités de police municipale ont cru pouvoir tirer de ce principe une règle leur permettant d'intervenir dans des domaines qui, à l'exemple de la police des organismes génétiquement modifiés (O.G.M.), relèvent de l'exercice d'une police spéciale exercée au niveau national. C'est ce

---

[1] V. notamment la dir. n° 93/41/CEE du Conseil du 14 juin 1993 abrogeant la dir. 87/22/CEE portant rapprochement des mesures nationales relatives à la mise sur le marché des médicaments de haute technologie, notamment ceux issus de la biotechnologie, *J.O.C.E.* n° L 214 du 24 août, p. 40 ; le règl. (CEE) n° 2309/93 du Conseil du 22 juill. 1993 établissant des procédures communautaires pour l'autorisation et la surveillance des médicaments à usage humain et à usage vétérinaire et instituant une Agence européenne pour l'évaluation du médicament, *J.O.C.E.* n° L. 214 du 24 août, p. 1 et la dir. n° 2001/83/CE du Parlement européen et du Conseil du 6 nov. 2001 instituant un code communautaire relatif aux médicaments à usage humain, *J.O.U.E.* n° L. 311 du 28 nov., p. 67.

[2] Art. R. 5136-1 et R. 5136-2 C.S.P.

[3] *Cf.* l'art. L. 5121-8 C.S.P. dans sa rédaction issue de la L. n° 96-452 du 28 mai 1996 portant diverses mesures d'ordre social, *J.O.* du 29 mai, p. 7912.

[4] Sur ce point, *cf.* notamment M. DEGUERGUE, La responsabilité en matière de police sanitaire, note sous C.E., 12 mai 2004, *Soc. Gillot*, *A.J.D.A.* 2004, n° 27, p. 1487-1492.

qu'illustre un arrêt de la Cour administrative d'appel de Bordeaux en date du 26 juin 2007[1]. Était ici en cause un arrêté de police municipale interdisant l'usage d'O.G.M. sur le territoire de la commune. Pour fonder sa compétence, la commune avait notamment fait valoir que le ministre de l'Agriculture, désigné par la loi du 13 juillet 1992 comme l'autorité de police compétente en la matière, exerçait ses pouvoirs illégalement dès lors que les dispositions de la loi étaient incompatibles avec les objectifs de la directive communautaire 2001/18/CE du 12 mars 2001, non transposée en droit interne[2]. Le juge de l'excès de pouvoir a heureusement refusé de recevoir cette argumentation en considérant que, même à la supposer établie, la transposition défectueuse d'une directive communautaire ne saurait être invoquée par un maire pour fonder sa compétence à définir une réglementation particulière pour sa circonscription. Cet arrêt est toutefois symptomatique des difficultés pratiques que la diversité et la complexité matérielle des règles de protection de la santé publique posent aux autorités responsables de la prévention des risques sanitaires.

Il reste que le droit de l'ordre public sanitaire n'est pas seulement divers et complexe du point de vue de son contenu ; il l'est aussi du point de vue de ses instruments juridiques dont il faut, là encore, signaler la diversité.

SECTION 2
LA DIVERSITÉ DES INSTRUMENTS JURIDIQUES DU MAINTIEN DE L'ORDRE PUBLIC SANITAIRE

256 Le droit de l'ordre public sanitaire ne se caractérise pas seulement par la diversité matérielle des mesures de protection de la santé publique. Il fait également apparaître une grande diversité des instruments juridiques employés pour son maintien. On constate en effet qu'il est non seulement fait appel à de multiples régimes de police sanitaire (§1), mais que le maintien de l'ordre public sanitaire repose aussi sur l'emploi de procédés juridiques qui ne relèvent pas tous de la police administrative *stricto sensu* (§2).

§1.- LA MULTIPLICITÉ DES RÉGIMES DE POLICE SANITAIRE

257 Le domaine de la santé publique est fortement marqué par l'inflation des polices sanitaires qui, en raison de leur multiplicité, peuvent se prêter à toutes sortes de classifications[3]. En particulier, il est possible de distinguer les différents régimes de police sanitaire en fonction de leur objectif, selon que ces polices visent à empêcher la

---

[1] C.A.A. de Bordeaux, 26 juin 2007, *Cne de Montgeard*, préc. V. également T.A. de Toulouse, 18 janv. 2005, *Préfet de la Haute-Garonne c. Cne de Bax*, préc.

[2] La France a d'ailleurs été condamnée pour manquement : C.J.C.E., 15 juill. 2004, *Commission des Communautés européennes c. République française*, aff. C-419/03, *J.O.C.E.* n° C 228 du 11 sept. 2008, p. 15 ; *D.* 2004, IR, 2346.

[3] Sur ce point, *cf.* S. MATHON-PÉCHILLON, *op. cit.*, p. 231.

survenance d'un trouble – ce que l'on appellera la « prévention-anticipation » (A) – ou qu'elles cherchent à empêcher la réalisation, l'extension ou la continuation de risques constitués – ce que l'on désignera par l'expression de « prévention-réaction » (B).

A.- LA PRÉVENTION-ANTICIPATION

258 La prévention-anticipation correspond à l'idée qu'il est plus difficile d'arrêter la contagion que de créer des milieux qui lui soient réfractaires[1]. Il s'agit donc ici d'anticiper sur la survenance d'un risque pour la santé en prenant toutes les dispositions nécessaires pour qu'il n'apparaisse pas. Cet objectif s'appuie sur un certain nombre de régimes purement préventifs de police sanitaire (1). Il est en outre de plus en plus largement fait appel à des techniques de veille et de vigilance destinées à assurer une surveillance continue des risques sanitaires (2).

1) L'importance (et la diversité) des régimes préventifs de police sanitaire

Il y a sans doute un certain paradoxe à évoquer l'existence de régimes préventifs de police sanitaire. La police administrative étant par nature préventive, tous ces régimes ont en effet normalement vocation à la prévention. Cela permet néanmoins d'insister sur l'existence de dispositifs visant à anticiper les risques sanitaires par la définition de mesures propres à en empêcher la survenance. Cet objectif offensif d'élimination des risques sanitaires fait appel à différents procédés de police.

259 En premier lieu, la prévention des risques pour la santé publique s'appuie nécessairement sur la réglementation, dont principalement la réglementation sanitaire prévue par les articles L. 1311-1 et L. 1311-2 du Code de la santé publique. Créés par la loi du 15 février 1902, les règlements sanitaires constituent en effet la toile de fond de la protection de la santé publique. D'abord municipaux, puis départementaux, les règlements sanitaires sont, depuis l'entrée en vigueur de la loi n° 86-17 du 6 janvier 1986[2], édictés au niveau national par décret en Conseil d'État après avis des instances d'expertise scientifique compétentes[3]. Leur champ d'application est particulièrement vaste et diversifié puisque, selon l'article L. 1311-1 du Code de la santé publique, les règlements sanitaires comprennent, « *notamment* », des mesures relatives à la prévention des maladies transmissibles, à la salubrité des habitations, des agglomérations et de tous les milieux de vie de l'homme, à l'alimentation en eau destinée à la consommation

---

[1] *Cf.* M. HAURIOU, *Précis de droit administratif et de droit public général,* Paris, L. Larose, 4e éd., 1900-1901, p. 558, note 4.

[2] L. n° 86-17 du 6 janv. 1986 adaptant la législation sanitaire et sociale aux transferts de compétences en matière d'aide sociale et de santé, *J.O.* du 8 janv., p. 372. Sur les étapes, les motifs et les effets de cette centralisation, *cf. infra* nos 305 à 307.

[3] Il s'agissait autrefois du Conseil supérieur d'hygiène publique de France, auquel la L. n° 2004-806 du 9 août 2004 a substitué le Haut Conseil de santé publique. Le cas échéant, est aussi requis l'avis du Conseil supérieur de la prévention des risques professionnels.

humaine, à l'exercice d'activités non soumises à la législation sur les installations classées pour la protection de l'environnement, à l'évacuation, le traitement, l'élimination et l'utilisation des eaux usées et des déchets, à la lutte contre le bruit du voisinage, à la pollution atmosphérique d'origine domestique et enfin à la préparation, la distribution, le transport et la conservation des denrées alimentaires. Plusieurs dispositifs d'importance sont intervenus en application de l'article L. 1311-1. On peut, parmi eux, citer le décret n° 91-409 du 26 avril 1991 fixant les prescriptions en matière d'hygiène concernant certaines denrées, produits ou boissons destinés à la consommation humaine[1], le décret n° 95-408 du 18 avril 1995 qui abroge et remplace le décret n° 88-523 du 5 mai 1988 relatif à la lutte contre le bruit du voisinage et organise un régime assez complet de lutte contre les nuisances sonores[2], le décret n° 96-97 du 7 février 1996 relatif à la protection de la population contre les risques sanitaires liés à une exposition à l'amiante dans les immeubles bâtis[3] ou encore le décret n° 97-1048 du 6 novembre 1997 relatif à l'élimination des déchets d'activités de soins à risques infectieux et assimilés et des pièces anatomiques[4].

L'exécution des règlements sanitaires incombe normalement au maire qui dispose d'une compétence de principe pour prendre les mesures nécessaires à cette application[5]. De ce fait, c'est la commune, et non l'État, qui endosse la responsabilité pour les dommages subis du fait de l'application ou de la non-application des règles sanitaires[6]. Les règlements sanitaires nationaux peuvent, par ailleurs, être complétés ou renforcés par des règlements sanitaires départementaux ou municipaux[7]. Il faut enfin rappeler que les règlements prévus aux articles L. 1311-1 et L. 1311-2 du Code de la santé publique ne

---

[1] Décr. n° 91-409 du 26 avr. 1991 fixant les prescriptions en matière d'hygiène concernant les denrées, produits ou boissons destinés à l'alimentation humaine, à l'exclusion de ceux mentionnés aux articles 258, 259 et 262 du Code rural, des eaux destinées à la consommation humaine et des eaux minérales naturelles, *J.O.* du 4 mai, p. 5960, notamment modifié et complété par le décr. n° 99-35 du 15 janv. 1999 en ce qui concerne le transport de certaines denrées alimentaires, *J.O.* du 19 janv., p. 958.

[2] Décr. n° 95-408 du 18 avr. 1995 relatif à la lutte contre le bruit du voisinage, *J.O.* du 19 avr., p. 6106 (rectif au *J.O.* du 20 mai, p. 8458).

[3] Décr. n° 96-97 du 7 févr. 1996 relatif à la protection de la population contre les risques sanitaires liés à une exposition à l'amiante dans les immeubles bâtis, *J.O.* du 8 févr., p. 2049, notamment modifié par le décr. n° 97-855 du 12 sept. 1997 (*J.O.* du 19 sept., p. 13611), puis abrogé par le décr. n° 2003-462 du 21 mai 2003 relatif aux dispositions réglementaires des parties I, II et III du C.S.P., préc.

[4] Décr. n° 97-1048 du 6 nov. 1997 relatif à l'élimination des déchets d'activités de soins à risques infectieux et assimilés et des pièces anatomiques, *J.O.* du 18 nov., p. 16675. Ce texte, pris sur le fondement de l'art. L. 1311-1 C.S.P. et de la L. n° 75-633 du 15 juill. 1975 relative à l'élimination des déchets et à la récupération des matériaux (*J.O.* du 16 juill., p. 7279), a été transposé aux art. R. 1335-1 à R. 1335-14 C.S.P., notamment modifiés par le décr. n° 2006-676 du 8 juin 2006 relatif à l'A.F.S.S.E.T., *J.O.* du 10 juin, p. 8828.

[5] C.E., Sect., 29 juill. 1943, *Cie des sablières de la Seine*, préc. et – 18 mars 1996, *M. et Mme d'Haussen*, préc.

[6] C.E., 4 févr. 1981, *M. Gabas*, préc.

[7] Art. L. 1311-2 C.S.P. *Cf.* notamment sur la légalité des mesures préfectorales ou municipales de lutte contre le bruit : C.E., 7 juill. 1993, *Cazorla*, n° 139329, *Rec.* tables p. 920 ; – 21 janv. 1994, *Cne de Dammarie-les-Lys c. Soc. Carmag*, préc. ; – 12 juin 1998, *Cne de Chessy et a.*, préc. Sur les règles guidant la combinaison de ces compétences, *cf. supra* n°s 239 s.

sont pas les seuls à intervenir en matière sanitaire. D'abord, leur existence n'empêche pas les autorités de police générale d'user de leur pouvoir réglementaire en matière de salubrité publique[1]. Ensuite, de nombreuses réglementations sectorielles jouent un rôle important en matière de protection de la santé publique. C'est le cas notamment de la réglementation des professions et des activités de santé, médicales, paramédicales ou socio-médicales, de la réglementation de l'urbanisme, de la réglementation applicable aux produits de consommation, de la réglementation des piscines et baignades aménagées, etc.

260 La prévention des risques sanitaires conduit, en deuxième lieu, à la définition de mesures contraignantes à visée prophylactique. Outre l'ancien dispositif relatif à la lutte contre les maladies vénériennes, le régime des vaccinations obligatoires constitue la principale illustration de ce type de mesures. Il existe différentes catégories de prescriptions vaccinales. Certaines s'imposent de manière générale à l'ensemble de la population. C'est le cas de la vaccination contre la diphtérie, le tétanos et la poliomyélite[2]. D'autres, comme la vaccination contre la tuberculose[3], l'hépatite B et la grippe[4] ou la fièvre typhoïde[5], ne sont obligatoires que pour certaines catégories de personnes, dans certaines zones géographiques ou ne sont imposées que dans certaines circonstances. La vaccination contre la typhoïde ou l'exanthème peut, par exemple, être prescrite par le ministre chargé de la Santé pour certaines catégories d'âge résidant dans des zones de territoire menacées par une épidémie[6]. L'article L. 3111-8 du Code de la santé publique prévoit également que la vaccination ou la revaccination antivariolique peut être rendue obligatoire par décret ou arrêtés préfectoraux pour toute personne, quel que soit son âge, en cas de guerre, de calamité publique, d'épidémie ou de menace d'épidémie.

Mesures prophylactiques par nature, dont l'efficacité a notamment été démontrée dans la lutte contre la variole[7], les prescriptions vaccinales s'appliquent à l'ensemble des

---

[1] Sur ce point, se reporter à l'avis du Conseil d'État du 8 nov. 1988, préc. Pour un exemple : C.E., 2 juill. 1997, *Bricq*, préc.

[2] Art. L. 3111-2 et L. 3111-3 C.S.P.

[3] Art. L. 3112-1 C.S.P. On notera que l'obligation de vaccination des enfants et des adolescents accueillis en collectivité a été suspendue par le décr. n° 2007-1111 du 17 juill. 2007 relatif à l'obligation vaccinale par le vaccin antituberculeux, *J.O.* du 19 juill., p. 12177.

[4] Art. L. 3111-4 C.S.P.

[5] Art. L. 3111-4 et L. 3111-6 C.S.P.

[6] V. l'art. L. 3111-6 C.S.P. pour la vaccination antityphoparatyphoïdique, qui peut être imposée aux personnes de dix à trente ans et l'art. L. 3111-7 pour la vaccination contre le typhus exanthématique, qui concerne les sujets de dix à cinquante ans.

[7] C'est en effet la raréfaction des cas de variole, disparue du territoire français, qui a conduit le législateur à suspendre l'obligation vaccinale contre cette maladie : L. n° 84-404 du 30 mai 1984, *J.O.* du 30 mai, p. 1698. Les mêmes motifs ont été avancés par la ministre chargé de la Santé pour la suspension partielle de l'obligation de vaccination par le B.C.G. au cours de l'été 2007 (V. le programme national de lutte contre la tuberculose 2007-2009 (*www.sante.gouv.fr* ; *B.J.S.P.* 2007, n° 106, Pan., p. 2) et le décr. n° 2007-1111 du 17 juill. 2007 relatif à l'obligation vaccinale par le vaccin antituberculeux B.C.G., *J.O.* du 19 juill., p. 12177), quoique la question soit nettement plus controversée, alors qu'il existe encore de nombreux foyers de tuberculose en France (V. notamment le Rapport du Centre d'expertise collective de l'I.N.S.E.R.M., *Tuberculose. Place de la vaccination dans la maîtrise de la maladie*, 2004, *www.inserm.fr* ; les rapports n° 2327 et n° 3791 déposés au nom de

personnes présentes sur le territoire français, qu'elles soient ou non dotées de la nationalité française[1]. Il s'agit de mesures de police particulièrement contraignantes pour leurs destinataires, tant du point de vue de leur objet que dans leurs modalités de mise en œuvre[2]. Elles le sont d'abord, en ce qu'elles portent atteinte aux droits à l'intégrité physique et au libre consentement aux soins et restreignent la liberté de conscience[3]. Elles peuvent également limiter l'exercice de la liberté d'aller et venir dans le cas où est imposée une séparation prophylactique du milieu contagieux[4]. Il n'est pas possible de se soustraire à une obligation vaccinale sauf en cas de contre-indication médicale[5]. Le manquement aux obligations vaccinales peut conduire à des sanctions disciplinaires pour les professionnels qui y sont assujettis[6]. Il donne également lieu à des sanctions administratives et/ou pénales très lourdes, quoique peu souvent appliquées[7]. En particulier, l'accès à un établissement scolaire ou d'éducation public ou privé peut être refusé aux enfants n'ayant pas satisfait aux prescriptions vaccinales[8]. De ce fait, les autorités sanitaires peuvent fixer par voie réglementaire les conditions de vérification et de preuve de la réalisation de la vaccination[9]. Le défaut de vaccination non justifié par

---

l'O.P.E.S.C.T par J.-P. DOOR et M.-C. BLANDIN (Assemblée nationale, 11 mai 2005 et 28 févr. 2007) ainsi que la position de l'Académie nationale de médecine sur ce point.

[1] C.E., 26 nov. 2001, *A.L.I.S. et a.*, préc.

[2] Sur ce sujet, *cf.* notamment F. MODERNE, Le régime juridique des vaccinations obligatoires, *A.J.D.A.* 1965, p. 195-211 et B. BEVIÈRE, L'obligation vaccinale, *R.G.D.M.* 2005, n° spéc. : « La protection de la santé publique », p. 53-75.

[3] C.E., 26 nov. 2001, *A.L.I.S. et a.*, préc.

[4] Cette mesure étant jugée comme indispensable pour garantir l'efficacité et l'innocuité de la vaccination : *cf.* le décr. n° 51-953 du 9 juill. 1951 portant règlement d'administration publique pour l'application de la L. n° 50-7 du 5 janv. 1950 rendant obligatoire la vaccination antituberculeuse par le vaccin B.C.G. pour certaines catégories de la population (*J.O.* du 22 juill., p. 7933) et C.E., Ass., 12 déc. 1953, *Union nat. des assoc. familiales*, préc. Le décr. du 9 juill. a été modifié par le décr. n° 96-775 du 5 sept. 1996 relatif à la vaccination par le vaccin antituberculeux B.C.G. (*J.O.* du 7 sept., p. 13376), puis abrogé par le décr. n° 2007-1111 de 17 juill. 2007 précité.

[5] Le juge administratif rejette les recours fondés sur l'atteinte portée à la liberté de prescription des médecins ou sur la violation des libertés publiques que comporterait l'obligation vaccinale : C.E., Ass., 12 déc. 1953, *Union nat. des assoc. familiales*, préc. et – 16 juin 1967, *Ligue nat. pour la liberté des vaccinations*, préc. Dans le même esprit, la Chambre criminelle de la Cour de cassation n'admet pas le refus de vaccination motivé par son caractère nocif et dangereux pour la santé publique, sans présentation d'un certificat de contre-indication : Cass. crim., 14 janv. 1959, *Carteron*, *Bull. crim.* n° 41, p. 71.

[6] *Cf.* par exemple C.A.A. de Marseille, 16 févr. 1999, *M. Marcel Jean Perrier*, n° 96MA11956, inédit, sur l'exclusion temporaire de fonctions infligée à un membre du personnel du centre d'action sociale affecté dans les résidences foyers pour personnes âgées ne s'étant pas conformé à son boligation.

[7] V. sur ce point, P. BLANC, *Vaccins : convaincre et innover pour mieux protéger*, Rapport n° 476 (2006-2007) fait au nom de l'O.P.E.P.S., déposé les 26 et 27 sept. 2007, p. 15-16 (disponible en texte intégral sur les sites internet des assemblées parlementaires).

[8] Outre C.E., Ass., 4 juill. 1958, *Sieur Graff et Épx Reyes* (2 esp.), préc. et – 16 nov. 1960, *Épx Gachet*, préc., v. T.A. de Lyon, 14 juin 1957, *Épx Reyes*, *Rec.* p. 761 ; – de Strasbourg, 4 févr. 1959, *Graff*, *A.J.D.A.* 1959, p. 216. Les moyens tirés de la violation des libertés publiques et notamment du droit à l'instruction garanti par l'art. 2 du premier protocole additionnel à la Conv.E.D.H. sont inopérants : C.E., 10 janv. 1996, *M. Huret*, n° 153477, inédit. Seule est admise la production de certificats de contre-indication médicale pour justifier une telle abstention. Dans ce cas, l'administration ne peut refuser l'admission d'un enfant dans une école sans avoir préalablement fait procéder à un examen de contrôle. Doit donc être annulée la décision d'un inspecteur d'Académie excluant des enfants d'une école maternelle dès lors qu'un certificat de contre-indication générale a été présenté par les parents : T.A. de Grenoble, 20 janv. 1965, *Dubois*, préc.

[9] C.E., 16 juin 1967, *Ligue nat. pour la liberté des vaccinations*, préc. *Cf.* également C.E., 6 oct. 2000, *A.L.I.S.*, préc.

une contre-indication médicale peut également conduire à des sanctions pénales[1]. Par exemple, le refus de se soumettre ou de soumettre ceux sur lesquels on exerce l'autorité parentale ou dont on assure la tutelle aux obligations de vaccination antidiphtérique, antitétanique, antipoliomyélitique et antituberculeuse est puni de six mois d'emprisonnement et de 3 750 euros d'amende[2].

261 Sont, en troisième lieu, utilisées des procédures spéciales de protection contre les risques sanitaires. C'est le cas, par exemple, du dispositif de protection de l'eau destinée à la consommation humaine organisé par les articles L. 1321-1 à L. 1321-10 du Code de la santé publique. L'article L. 1321-1 définit une obligation générale de salubrité de l'eau. Ce texte impose déjà à toute personne qui, sous quelque forme que ce soit, offre au public de l'eau en vue de l'alimentation humaine à titre onéreux ou gratuit de s'assurer que cette eau est propre à la consommation[3]. Il interdit par ailleurs l'utilisation d'eau impropre à la consommation pour la préparation et la conservation de toutes denrées et marchandises destinées à l'alimentation humaine. Le contrôle sanitaire des eaux destinées à la consommation humaine relève de la compétence de l'État[4]. Cela ne fait toutefois pas obstacle à l'obligation faite à toute personne publique ou privée responsable d'une production ou d'une distribution d'eau destinée à la consommation humaine d'en surveiller la qualité[5], de prendre toute mesure corrective nécessaire en vue de l'assurer[6] et, plus généralement, de se soumettre aux sujétions qu'imposent la prévention des

---

[1] Cass. crim., 23 juin 1955, *Lemaire*, *Bull. crim.* n° 324, p. 582 ; – 23 juill. 1956, *Closse*, *Bull. crim.* n° 565, p. 1018 ; – 6 nov. 1958, *Deschacht*, *Bull. crim.* n° 671, p. 1201.

[2] Art. L. 3116-4 C.S.P. Cette sanction a longtemps été réservée aux cas de résistance à la vaccination contre la tuberculose avant d'être étendue aux autres vaccinations obligatoires par la L. n° 2007-293 du 5 mars 2007 relative à la protection de l'enfance, *J.O.* du 6 mars, p. 4215. Elle s'applique également aux entraves ou tentatives d'entraves à l'exécution de ces obligations, ce qui n'empêche pas toutefois la manifestation d'opinions hostiles et d'actes de propagande contre la vaccination : Cass. crim., 14 mai 1958, *Billiard*, *Bull. crim.* n° 390, p. 689 ; *Gaz. Pal.* 1958, 2, p. 51.

[3] Un abonné est en droit d'exiger que l'eau du service public soit non seulement potable, mais propre aux divers usages auxquels elle est habituellement employée (Cass. civ. 1ère, 26 oct. 1964, *Soc. lyonnaise des eaux*, préc.). Il s'agit là d'une obligation de résultat : Cass. civ. 1ère, 30 mai 2006, *Syndicat d'adduction d'eau du Trégor*, n° 03-16335, *Bull. civ.* I n° 279, p. 244 ; *D.* 2006, IR, 1705 (ne constitue pas un cas de force majeure la circonstance que la pollution aux nitrates et aux pesticides résulte d'une agriculture intensive). Dans une affaire similaire, l'État a toutefois été condamné à rembourser à l'entrepreneur le montant des indemnités versées aux usagers, en raison de sa carence fautive dans le contrôle des épandages agricoles à l' origine de la pollution des eaux : T.A. de Rennes, 2 mai 2001, *Soc. Suez-Lyonnaise des Eaux*, *J.C.P.* 2002, II, 10066, note F. NICOUD ; *A.J.D.A.* 2001, p. 593, concl. J.-F. COËNT ; *R.D.S.S.* 2001, p. 472, obs. J.-S. CAYLA.

[4] Art. L. 1321-5 C.S.P. Sur la condamnation de la France pour manquement à ses obligations communautaires relatives à la qualité des eaux : *cf.*, entre autres, C.J.C.E., 8 mars 2001, *Commission c. France*, aff. C-266/99, *J.O.C.E.* n° C 173 du 16 juin 2001, p. 16 ; *D.* 2001, IR, 1073 ; *R.D.S.S.* 2001, p. 470, obs. J.-S. CAYLA et – 31 janv. 2008, *Commission c. France*, aff. C-147/07 (dépêches *Lexis-nexis* du 1er févr. 2008).

[5] Les frais d'analyses du contrôle de la qualité des eaux sont, en principe, mis à la charge des exploitants : C.E., 30 nov. 1992, *C.G.E.*, n° 94260, *Rec.* p. 431 ; *J.C.P.* 1993, IV, 219 ; *Gaz. Pal.* 1993, 2, Pan. dr. adm., p. 95 ; *R.F.D.A.* 1993, p. 198. Il en va de même pour les frais relatifs à l'analyse des eaux minérales : En particulier, le Conseil d'État accepte que les frais d'analyse de l'eau soient mises à la charge de l'exploitant : C.E., 28 juill. 1993, *Dép. de l'Aisne c. C.G.E.*, n° 118826, *J.C.P.* 1993, IV, 219 ; *Gaz. Pal.* 1993, 2, Pan. Dr. Adm. 95 ; *R.F.D.A.* 1993, p. 198.

[6] La responsabilité civile d'une commune peut être engagée sur ce fondement (C.E., 4 nov. 1987, *Cie des travaux hydrauliques (S.A.D.E.)*, préc.). Sur la responsabilité des entrepreneurs privés ayant délivré une eau dont la teneur en nitrate est excessive : T.I. de Saint-Brieuc, 18 juill. 1994, *Usagers c. C.G.E.*, *R.D.S.S.* 1995, p. 35, obs. J.-S. CAYLA.

risques sanitaires[1]. La protection sanitaire des eaux est surtout garantie par la délimitation de deux ou trois périmètres de protection autour des points de prélèvement d'eau destinée à l'alimentation des collectivités humaines[2]. Ces périmètres de protection sont déterminés par l'acte portant déclaration d'utilité publique des travaux de prélèvement. Le périmètre de protection immédiate inclut tous les terrains qui sont à acquérir en pleine propriété par la collectivité. Le périmètre de protection rapprochée délimite une zone à l'intérieur de laquelle peuvent être réglementés ou interdits toutes sortes d'installations, travaux, activités, dépôts, ouvrages, aménagement ou occupation des sols de nature à nuire directement ou indirectement à la qualité des eaux[3]. Un troisième périmètre de protection éloignée peut également être délimité à l'intérieur duquel seront réglementés les mêmes installations, travaux, activités, dépôts, ouvrages, aménagement ou occupation des sols[4].

262 La prévention des risques sanitaires justifie enfin l'institution de régimes permissifs de police. Les procédés d'autorisation préalable, notamment, sont particulièrement nombreux en matière sanitaire. Ils concernent la quasi-totalité des activités et des professions de santé et sont largement employés pour le contrôle des activités qui, bien qu'utiles à la société, sont susceptibles de porter atteinte à la santé publique. Dans certaines hypothèses, ce régime est institué à des fins d'ordre exclusivement sanitaire. C'est le cas, par exemple, du régime d'autorisation appliqué pour la production, la distribution et le conditionnement d'eau en vue de l'alimentation humaine[5] ou pour l'exploitation le conditionnement et la distribution d'eau de source minérale naturelle[6]. Dans d'autres cas, la protection de la santé publique n'est qu'un objectif parmi d'autres. Ainsi le régime du permis de construire ou celui des installations classées pour la

---

[1] Art. L. 1321-4 et R. 1321-1 à R. 1321-97 C.S.P. Selon l'art. L. 1321-9, les données sur la qualité de l'eau destinée à l'alimentation humaine, dont les résultats des analyses réalisées dans le cadre du contrôle sanitaire et les analyses réalisées chez les particuliers, sont publiques et communicables aux tiers. Le préfet du département est ainsi tenu de communiquer régulièrement aux maires les données relatives à la qualité de l'eau distribuée, qui font l'objet d'un affichage en mairie.

[2] Art. L. 1321-2 C.S.P. Ce dispositif a été étendu par L. n° 2004-803 du 9 août 2004 préc., qui ne distingue plus entre les nouveaux points de prélèvements et les points de prélèvements existants. Sur l'application de ces dispositions : *cf.* notamment le décr. n° 2007-1581 du 7 nov. 2007 relatif aux servitudes d'utilité publique instituées en vue d'assurer la protection de la qualité des eaux destinées à la consommation humaine (art. R. 1321-13-1 à R. 1321-13-4 C.S.P.). V. Ph. BILLET, Double mort et résurrection du régime de publicité et de gestion des périmètres de captage d'eau potable, *J.C.P.* A 2007, act. 1, p. 3-5.

[3] Ne revêt pas ce caractère une clôture en grillage qui ne peut donc être interdite : C.E., 2 mai 1990, *S.C.I. La Fare*, n° 74596, *Rec.* tables p. 993. Sur l'obligation du préfet de prendre en compte l'existence d'un périmètre de protection des captages dans l'exercice de la police des installations classées : T.A. de Limoges, 15 janv. 1986, *Assoc. contre la pollution de la haute vallée de la Gartempe c. Min. de l'Environnement*, *R.J.E.* 1986, p. 289.

[4] Il faut noter que le juge administratif exerce un contrôle étroit sur la délimitation des périmètres de protection. Il s'emploie à en examiner le caractère non excessif (C.E., 31 oct. 1990, *Merger*, n° 73624, inédit et C.A.A. de Lyon, 8 juill. 2004, *Groupement forestier de Murat*, n° 01LY01676, *R.F.D.A.* 2004, p. 2014), mais suffisant pour assurer une protection efficace du captage : C.E., 4 janv. 1995, *Min. de l'Intérieur c. M. Rossi*, n° 94967 ; *C.J.E.G.* 1995, p. 232, note O. SACHS.

[5] Art. L. 1321-7-I C.S.P. *Cf.* Cass. crim., 9 févr. 1996, *Bull. crim.* n° 38, p. 78 ; C.E., 29 janv. 1988, *Assoc. synd. libre des propriétaires du lotissement privé de Piraillan-la-Forêt*, préc.

[6] Art. L. 1322-1 C.S.P. La dénomination « Eaux minérales » est d'ailleurs réservée aux eaux provenant d'une source dont l'exploitation est autorisée par l'autorité sanitaire : Cass. civ., 9 mars 1937, *Société générale des Eaux minérales de Vittel et a.*, *Gaz. Pal.* 1937, 1, 883.

protection de l'environnement, initialement créés pour la sauvegarde de la santé publique, participent aujourd'hui à la protection d'un ensemble d'intérêts très variés.

263 Le droit de la protection de la santé publique fait également appel à des régimes de déclaration. Sont en particulier utilisés des systèmes de « déclaration suivie d'interdiction » qui permettent à l'autorité administrative destinataire de la déclaration de s'opposer à l'activité projetée. On en trouve un exemple aux articles L. 1332-1 et suivants du Code de la santé publique relatifs au contrôle des piscines et des baignades aménagées. L'article L. 1332-1 prévoit la déclaration obligatoire à la mairie de l'installation d'une piscine, d'une baignade artificielle ou de l'aménagement d'une baignade publique ou privée. Cette déclaration doit intervenir avant l'ouverture de la baignade et être accompagnée d'un dossier justificatif, comportant l'engagement que l'installation satisfait aux normes d'hygiène et de sécurité[1]. L'utilisation de la piscine ou de la baignade peut être interdite sur le fondement de l'article L. 1332-4, notamment si les conditions matérielles d'aménagement ou de fonctionnement portent atteinte à la santé ou à la sécurité des utilisateurs ainsi qu'à l'hygiène ou à la salubrité publiques. De même, l'article L. 1321-7-II du Code de la santé publique soumet à la déclaration préalable l'extension ou la modification mineure d'installations collectives de distribution d'eau destinée à l'alimentation humaine, la distribution d'une telle eau par des réseaux particuliers alimentés par un réseau de distribution public qui peuvent présenter un risque pour la santé publique et l'utilisation d'eau à l'usage d'une famille. La fréquence du recours à de tels régimes permissifs en matière de santé publique s'explique principalement par la fluidité du risque sanitaire. En dépit des atteintes graves qu'ils portent à l'exercice des libertés publiques, ces régimes sont sans doute les plus adaptés à la matière car ils permettent de limiter au maximum le risque par un contrôle en amont des activités potentiellement dangereuses pour la santé publique, sans pour autant exclure la possibilité d'une réaction rapide des autorités sanitaires en cas de menace pour la santé publique[2].

La prévention des risques sanitaires conduit ainsi à l'élaboration de régimes de police assez divers. On peut d'ailleurs noter que cette préoccupation dépasse amplement le cadre de la police administrative. On en trouve par exemple la trace dans l'obligation d'étude d'impact imposée lors des enquêtes d'utilité publique qui comprend une

---

[1] La L. n° 2006-1772 du 30 déc. 2006 sur l'eau et les milieux aquatiques prévoit que ces normes sont fixées par les décrets prévus aux art. L. 1332-7 et L 1332-8 C.S.P. (*J.O.* du 31 déc., p. 20285 ; rectif. au *J.O.* du 20 janv. 2007, p. 1201).

[2] *Cf. supra* n°s 262 s. Se reporter à P. LIVET, *L'autorisation administrative préalable et les libertés publiques…, op. cit.*, p. 294-295.

évaluation des risques sanitaires présentés par le projet envisagé[1]. Il faut également souligner que ces différents dispositifs ne suffisent pas à rendre compte de l'ensemble de la prévention-anticipation : celle-ci passe aussi par un suivi permanent du risque sanitaire.

2) La nécessité d'un suivi permanent du risque sanitaire

264 Le suivi du risque sanitaire repose sur la veille sanitaire, qui peut être définie comme un système général et permanent de surveillance des risques dont la caractéristique principale consiste en l'alerte des pouvoirs publics[2].

La veille sanitaire ne se confond pas avec l'inspection sanitaire dont la fonction est de rechercher et de constater, pour les sanctionner, les infractions commises à la réglementation sanitaire. L'inspection sanitaire est certes indispensable au maintien de l'ordre public sanitaire, ce dont témoignent les prérogatives importantes dont disposent les agents publics en ce domaine[3]. Ses aspects répressifs la distinguent toutefois de la veille sanitaire qui sert à la surveillance préventive des risques pouvant, le cas échéant, survenir en dépit de l'observation des règles de santé publique. Ainsi que le note Mme LALANDE, la veille sanitaire se présente avant tout comme une mission d'observation et d'alerte préalable aux fonctions d'action de décision et d'intervention[4]. Elle leur est à la fois distincte en droit[5] et nécessaire en fait dans la mesure où elle permet de détecter précocement la survenance d'un risque sanitaire et, éventuellement, d'en identifier les causes et d'en analyser l'impact sur l'état général de santé.

La veille sanitaire se différencie également des missions d'observation de l'état de santé de la population et d'évaluation des actions de santé publique bien que leurs mécanismes se recoupent parfois[6]. Le droit de la santé publique prévoit en effet un certain nombre d'obligations de renseignement des autorités sanitaires qui, destinées à l'évaluation des actions de santé publique, ne relèvent pas de la veille sanitaire *stricto*

---

[1] Art. L. 122-3 C. envir. dans sa rédaction issue de la L. n° 96-1236 du 30 déc. 1996 sur l'air et l'utilisation rationnelle de l'énergie (*J.O.* du 1er janv. 1997, p. 11). *Cf.* également l'art. R. 122-3 C. envir. Dès avant 1996, toutefois, le juge administratif avait déjà exigé que soient pris en compte certains éléments relatifs à la salubrité et à la santé : C.E., 7 mars 1986, *Min. de l'Industrie c. Cogema et Flepna*, n° 49.644, *R.J.E.* 1986, p. 281, concl. P.-A. JEANNENEY et p. 284, note S. DOUMBÉBILLÉ ; – 29 juill. 1994, *Dumont*, n° 97327, *R.J.E.* 1995, p. 328.

[2] Art. L. 1413-2 3° C.S.P. Sur ce point, v. les discussions relatives aux missions et fonctions de l'InVs lors de la 2e séance de l'Assemblée nationale du 13 janv. 1998, *J.O. Ass. nat.*, p. 172 s.

[3] Sur ce thème, *cf.* « L'inspection et le contrôle en matière sanitaire et sociale », Journée d'étude de l'I.E.P. de Rennes du 21 oct. 2003, *Rev. fond. des questions hospitalières* 2004, n° 9, p. 9-141.

[4] F. LALANDE, Sécurité et veille sanitaire : concept, historique, évolution des structures et des doctrines, *R.F.A.S.* 1997, n° spéc. *La sécurité sanitaire : enjeux et questions*, *op. cit.*, p. 36.

[5] *Cf.* C.E., 30 juill. 1997, *M. Lucien Boudin*, préc. qui rappelle que l'art. L. 11 C.S.P. (L. 3113-3) a pour seul objet les conditions de déclaration de certaines maladies et ne concerne pas les mesures prises par les autorités sanitaires pour prévenir les risques en matière de santé publique.

[6] Sur cette distinction, *cf.* les obs. de M. KOUCHNER lors de la discussion parlementaire du 13 janv. 1998 sur la proposition de loi relative au renforcement de la veille sanitaire, *J.O. Ass. nat.*, p. 172 ainsi que le plan du Titre 1er du Livre IV de la Première partie du C.S.P. Sur l'évaluation, *cf. infra* nos 548 s.

sensu[1]. C'est ainsi que l'article L. 3113-1 du Code de la santé publique, dans sa rédaction issue de la loi du 1er juillet 1998[2], distingue deux catégories de maladies dont la déclaration est obligatoire : les maladies qui nécessitent une intervention urgente locale, nationale ou internationale et les maladies dont la surveillance est nécessaire à la conduite et à l'évaluation de la politique de santé publique. Il y a bien ici deux objectifs distincts : l'un, classique et défensif, est relatif à la lutte contre les risques sanitaires ; l'autre, plus nouveau et volontariste, vise à l'amélioration des politiques et des actions de santé[3].

265 L'expression « veille sanitaire », consacrée par la loi du 1er juillet 1998, est assez récente dans le langage juridique. Elle correspond cependant à un mécanisme ancien de surveillance et de détection des risques pour la santé publique dont on trouve les bases modernes dans la législation du XIXe siècle relative à la prophylaxie des maladies infectieuses transmissibles. C'est l'arrêté du 10 mai 1842 relatif au traitement des vénériens dans l'armée qui fut le premier texte à prévoir une obligation de déclaration des cas de maladie. La formule fut ensuite élargie à l'ensemble de la population par la loi du 30 novembre 1892 relative à l'exercice de la médecine dont l'article 15 fit obligation aux praticiens, par dérogation au secret médical, de signaler au préfet du département un certain nombre de maladies transmissibles[4]. Le système de la déclaration obligatoire fut ensuite repris et renforcé par la loi du 15 février 1902. Au cours du XXe siècle, le champ de la veille sanitaire a été progressivement élargi pour intégrer la surveillance des maladies vectorielles, c'est-à-dire des risques d'infection, d'intoxication ou de contamination extérieurs à l'homme. En outre, l'émergence de nouveaux risques pour la santé publique et la faillite du système de santé lors de l'épidémie de sida ont conduit ces dernières années à des modifications substantielles du système de veille sanitaire français. D'une part, la loi du 1er juillet 1998 a créé un Institut national de Veille sanitaire (InVs), établissement public placé sous la tutelle du ministre chargé de la Santé, qui remplace le Réseau national de santé publique institué en 1992 sous la forme d'un groupement d'intérêt public associant l'État, l'Inserm et l'E.N.S.P.[5]. Mis en place par un décret du 4 mars 1999[6], l'InVs est spécifiquement chargé de surveiller et d'observer l'état de santé de

---

[1] *Contra* F. LALANDE, Sécurité et veille sanitaire…, *op. cit.*, p. 36 qui inclut l'observation de l'état de santé de la population parmi les missions de veille sanitaire.

[2] L. n° 98-535 du 1er juill. 1998 relative au renforcement de la veille sanitaire et du contrôle des produits destinés à l'homme, préc.

[3] Cela se traduit par la coexistence de deux procédures distinctes définies aux art. R. 3113-1 s. C.S.P., la procédure de signalement, plus lourde et plus contraignante, étant réservée aux cas de maladies nécessitant une intervention urgente. Sur ces procédures, v. notamment J.-S. CAYLA, Veille sanitaire et transmission à l'autorité sanitaire des données individuelles de certains malades, *R.D.S.S.* 1999, p. 718-722 et, du même auteur, Déclaration aux autorités sanitaires des malades atteints de certaines maladies transmissibles, *R.D.S.S.* 2003, n° 3, p. 391-394.

[4] L. du 30 nov. 1892 sur l'exercice de la médecine, *J.O.* du 1er déc., p. 5749.

[5] Arr. du 17 juin 1992 portant approbation d'une convention constitutive d'un groupement d'intérêt public, *J.O.* du 18 juin, p. 7962.

[6] Décr. n° 99-143 du 4 mars 1999 relatif à l'Institut de veille sanitaire créé par l'art. L. 792-1 du C.S.P. [L. 1413-1] et modifiant ce Code, *J.O.* du 5 mars, p. 3291.

la population, de détecter toute menace pour la santé publique, d'en alerter les pouvoirs publics et, depuis le vote de la loi du 9 août 2004, de contribuer à la gestion des situations de crises sanitaires[1]. Son organisation répond à la volonté de centraliser l'information sanitaire pour améliorer l'efficacité du système de prévention. D'autre part, le dispositif de déclaration obligatoire a été élargi à l'ensemble des risques iatrogènes qui, à l'exemple des infections nosocomiales, étaient jusqu'alors exclus de son champ d'application[2].

266 L'ampleur du champ actuel de la veille sanitaire et la variété des risques qu'elle concerne suffisent à expliquer la diversité de ses mécanismes, adaptés aux différents cas de figure pouvant se présenter. D'une manière générale, on peut cependant considérer que ce système repose sur trois principes distincts : la détection du risque, la déclaration du risque, c'est-à-dire l'alerte des pouvoirs publics, et la réaction au risque, phase d'action qui, bien que se distinguant de la veille sanitaire *stricto sensu*, doit malgré tout y être rattachée puisqu'elle en est la raison d'être. Ces différentes étapes de constatation, de déclaration et de réaction se confondent parfois, notamment lorsqu'elles relèvent de la même autorité. C'est le cas du système appliqué dans le cadre des dons de sang : chaque don fait l'objet d'analyses biologiques et de tests de dépistage de maladies transmissibles, notamment du V.I.H., dont la détection empêche normalement l'utilisation du sang collecté et en entraîne le retrait et la destruction immédiate[3]. Par ailleurs, si la détection du risque suppose le plus souvent la mise en œuvre de mesures d'investigation (contrôles, examens et dépistages), certains dispositifs se bornent à des méthodes de surveillance plus passives par l'observation des risques. Les mécanismes de veille sanitaire se décomposent donc à l'heure actuelle en deux systèmes de surveillance des risques : l'une active, destinée à rechercher le risque par des contrôles, des examens et/ou des dépistages souvent obligatoires, l'autre plus passive qui, fondée sur la vigilance, consiste en la simple déclaration des incidents constatés ou soupçonnés à l'autorité sanitaire.

267 La surveillance active des risques sanitaires est certainement la plus ancienne et la plus connue des techniques de veille sanitaire. Elle concerne d'une part, les maladies infectieuses, et d'autre part, les maladies vectorielles. La surveillance des maladies infectieuses repose sur les mécanismes combinés des examens et des dépistages médicaux

---

[1] Art. L. 1413-2 à L. 1413-13 C.S.P. Pour plus de précisions sur ces missions, *cf. infra* n°s 537 s.

[2] Décr. n° 2001-671 du 26 juill. 2001 relatif à la lutte contre les infections nosocomiales dans les établissements de santé et modifiant le C.S.P., *J.O.* du 28 juill., p. 1242. V. M. CORMIER, L'obligation de signalement des infections nosocomiales, *L'Entreprise médicale* 2001, n° 217, p. 15. *Cf.* également l'art. L. 1413-14 C.S.P. introduit par la L. n° 2002-303 du 4 mars 2002 modifiée par la L. n° 2004-806 du 9 août 2004 qui impose à tout professionnel ou établissement de santé ayant constaté une infection nosocomiale ou tout autre événement indésirables grave liés à des soins d'en faire la déclaration à l'autorité administrative compétente et la circ. DHOS/E2/DGS/SD5C n° 2004-21 du 22 janv. 2004 relative au signalement des infections nosocomiales et à l'information des patients dans les établissements de santé, *B.O. Santé* n° 6 du 21 févr. 2004, p. 129). Sur l'expérimentation de la déclaration des évènements indésirables liés à des soins autres que les infections nosocomiales, *cf.* l'arr. du 25 avr. 2006, *J.O.* du 23 mai, p. 7538 ; *B.J.S.P.* 2006, n° 95, Pan. p. 4. Sur la question du renforcement de la veille sanitaire, v. *infra* n°s 535 s.

[3] Art. L. 1221-4 et D. 1221-6 à D. 1221-16 C.S.P.

obligatoires et du signalement obligatoire de certains cas de maladies défini aux articles L. 1331-1, R. 3113-1 et R. 3113-4 du Code de la santé publique, auxquels s'ajoute l'obligation de signalement des causes de décès généralisée par la loi n° 93-23 du 8 janvier 1993[1]. Ces textes font notamment obligation aux médecins et aux responsables des services et laboratoires d'analyse biomédicale publics ou privés de signaler à l'autorité sanitaire les cas avérés ou suspectés de maladies qui nécessitent une intervention urgente locale, nationale ou internationale[2]. Le signalement doit être fait « sans délai », dans le respect du secret médical[3], au médecin inspecteur de la santé publique de la direction départementale des affaires sanitaires et sociales ou à un médecin désigné par le préfet du département qui transmet l'information au directeur général de l'InVs. À la demande du médecin destinataire du signalement, le déclarant est en outre tenu de fournir toutes les informations nécessaires à la mise en œuvre de mesures d'investigation et d'intervention, y compris l'identité et l'adresse du patient concerné. Ces informations peuvent enfin être transmises à d'autres professionnels lorsque leur intervention est indispensable pour l'exécution des mesures de prévention individuelle ou collective[4].

Le diagnostic de ces maladies peut être établi à l'occasion d'un contrôle de santé spontané ou obligatoire. La procédure de transmission des données individuelles doit donc être mise en relation avec les multiples examens médicaux obligatoires qui jalonnent la vie des individus, qu'il s'agisse des examens préalables à l'entrée sur le territoire, des contrôles sanitaires scolaires ou universitaires, des examens de la médecine du travail ou encore des contrôles prénataux, postnataux et, autrefois, prénuptiaux[5]. Bien qu'*a priori* fondés sur l'intérêt des individus, ces examens obligatoires permettent en effet d'assurer le suivi sanitaire de chacun d'entre eux et de détacher le dispositif de prévention de leur seule initiative. Ils constituent donc une garantie de l'efficacité du système puisqu'ils permettent d'assurer le contrôle régulier de l'état de santé des personnes.

En aval de la déclaration de la maladie, un certain nombre de mesures de prévention individuelle ou collective sont mises en œuvre par les autorités sanitaires afin

---

[1] L. n° 93-23 du 8 janv. 1993 modifiant le titre VI du livre III du Code des communes et relative à la législation dans le domaine funéraire, *J.O.* du 9 janv., p. 499. Sur les évolutions importantes qu'a connu ce dispositif depuis l'épisode de la canicule de l'été 2003, *cf.* notamment le *B.E.H.* du 18 sept. 2007, n° 35-36 (*www.invs.sante.fr*).

[2] La liste de ces maladies, sans cesse allongée, est fixée à l'art. D. 3113-6 C.S.P.

[3] La déclaration obligatoire relativise certainement la portée du secret médical. Il n'en demeure pas moins que les autorités sanitaires auxquelles sont transmises les informations sont elles-mêmes tenues au secret professionnel. Cette obligation, très tôt affirmée par la Chambre criminelle de la Cour de cassation (13 mars 1897, *Bull. crim.* n° 95, p. 147 ; *S.* 1898, I, 425), est notamment rappelée à l'art. R. 3113-5 C.S.P. et sanctionnée par les peines prévues à l'art. 226-13 C.P.

[4] Sur la légalité de cette procédure : C.E., Ass., 30 juin 2000, *Ligue française pour la défense des droits de l'homme et du citoyen*, préc.

[5] Cette obligation ayant, rappelons-le, été supprimée par la L. n° 2007-1787 du 20 déc. 2007, préc.

d'éviter sa transmission ou, le cas échéant, de prévenir l'extension d'une épidémie. En particulier, chaque cas conduit à l'exécution de mesures de désinfection[1] qui peuvent, selon les situations, être accompagnées de précautions particulières[2].

La surveillance des maladies vectorielles concerne quant à elle tous les facteurs de risque sanitaire extérieurs à l'homme, c'est-à-dire la salubrité du milieu environnant et celle des produits de consommation. Elle fait appel à des techniques similaires à la surveillance des maladies infectieuses[3]. Au cœur du système se trouve l'obligation d'informer les autorités sanitaires d'une situation anormale, potentiellement dangereuse pour la santé publique[4]. Différents contrôles et dépistages permettant d'identifier les risques au plus tôt peuvent par ailleurs être imposés. C'est le cas par exemple du contrôle vétérinaire des animaux d'abattage destinés à la consommation humaine[5], des contrôles de la pollution de l'air dans les villes[6], de la surveillance sanitaire de l'eau destinée à la consommation humaine[7] ou encore de l'obligation faite à certains propriétaires de rechercher la présence d'amiante dans les immeubles bâtis[8].

268 À côté de ces méthodes de surveillance active des risques sanitaires, existent des systèmes de veille qui, fondés sur le principe de vigilance, peuvent être qualifiés de passifs dans la mesure où la détection des risques ne repose pas sur l'investigation, mais sur la seule observation. Ceci s'explique par le fait que la vigilance s'applique à des produits, à des matériels ou à des activités qui ont, dans leur grande majorité, fait l'objet

---

[1] *Cf.* notamment l'art. L. 3114-1 C.S.P.

[2] Pour un exemple, *cf.* la circ. DGS/SD5C n° 2005-303 du 4 juill. 2005 relative à la transmission obligatoire de données individuelles à l'autorité sanitaire en cas de rougeole et la mise en œuvre de mesures préventives autour d'un cas ou de cas groupés (*B.O. Santé* n° 2005-8 ; *B.J.S.P.* 2005, n° 88, Pan., p. 3) prise pour l'application du décr. n° 2005-162 du 17 févr. 2005 inscrivant la rougeole parmi les maladies soumises à signalement et notification (*J.O.* du 24 févr., p. 3140). V. encore l'arr. du 20 juill. 1998 relatif aux précautions à prendre autour des corps de personnes mortes de certaines maladies contagieuses, *J.O.* du 21 août, p. 12751.

[3] V. par exemple, les dispositions de l'art. L. 1334-1 C.S.P. qui obligent le médecin ayant dépisté un cas de saturnisme chez une personne mineure de le porter à la connaissance du médecin inspecteur de santé publique de la D.D.A.S.S., sous pli confidentiel et après information de la personne exerçant l'autorité parentale. Le médecin de la D.D.A.S.S. doit lui-même informer le médecin responsable du service de la P.M.I. Un arrêté du 5 févr. 2004 (*J.O.* du 5 mars, p. 4390) applique par ailleurs le dispositif de signalement des maladies infectieuses au cas de saturnisme chez les enfants mineurs. Cette déclaration fait l'objet d'une procédure spécifique définie aux art. R. 1334-1 et R. 1334-2 C.S.P., l'art. R. 1334-1 la soumettant toutefois aux dispositions des art. R. 3113-4 et R. 3113-5 C.S.P. régissant les conditions du signalement des maladies mentionnées au 1° de l'art. L. 3113-1.

[4] *Cf.* par exemple l'art. L. 223-5 C. rur. qui fait obligation à tout propriétaire et à toute personne ayant, à quelque titre que ce soit, la charge des soins ou la garde d'un animal atteint ou soupçonné d'être atteint de l'une des maladies contagieuses mentionnées aux art. L. 223-2 ou L. 223-3 d'en faire immédiatement la déclaration à un vétérinaire sanitaire ainsi qu'au maire de la commune où se trouve l'animal.

[5] Art. L. 231-1 à L. 231-6 C. rur.

[6] Art. L. 221-1 s. C. envir. et décr. n° 98-360 modifié du 6 mai 1998 relatif à la surveillance de la qualité de l'air et de ses effets sur la santé et sur l'environnement, aux objectifs de qualité de l'air, aux seuils d'alerte et aux valeurs limites, *J.O.* du 13 mai, p. 7196. On rappellera que les textes ne mettent pas d'obligation particulière de sécurité à la charge des autorités administratives, qui ne peuvent donc être pénalement sanctionnées pour avoir directement exposé les personnes à un risque immédiat de mort ou de blessures en ne prenant pas de mesures suffisamment efficaces pour pallier les effets de la pollution atmosphérique : Cass. crim., 25 juin 1996, *Mme Graignic*, préc.

[7] Art. L. 1321-4, L. 1321-9, L. 1321-10 et R. 1321-15 à R. 1321-36 C.S.P.

[8] Art. R. 1334-14 à R. 1334-29 C.S.P.

d'une autorisation administrative qui garantit normalement leur sécurité. Toutefois l'expérience a montré qu'en dépit des études sur les conditions de sécurité préalables à la délivrance de l'autorisation, certains risques qui n'étaient ni connus ni soupçonnés pouvaient apparaître au cours de l'activité ou lors de l'usage des produits et matériels concernés. Le législateur a donc mis en place des systèmes de vigilance qui permettent une surveillance continue de ces risques[1]. Les dispositifs sont ici aussi très nombreux[2]. Le principe reste toutefois le même : celui de l'alerte des autorités sanitaires en cas d'incident ou d'accident[3], alerte qui peut éventuellement déboucher sur une mesure de police administrative édictée en réaction au risque ainsi identifié.

B.- LA PRÉVENTION-RÉACTION

269 En dépit des multiples régimes de prévention-anticipation, l'hypothèse de l'émergence d'un risque n'est jamais exclue. L'administration dispose donc de pouvoirs de réaction lui permettant d'intervenir pour prévenir ou faire cesser un risque naissant ou constitué. Il est utile de distinguer deux cas de figure selon que la réaction est (2) ou non (1) urgente.

1) La gestion des risques émergents

270 On se trouve ici placé dans l'hypothèse où un risque sanitaire générateur de troubles à l'ordre public est constitué ou en voie de l'être sans que la situation soit pour autant constitutive d'une urgence telle que l'administration se trouve dans l'impossibilité d'agir par des voies régulières.

L'émergence d'un tel risque sanitaire oblige l'administration à prendre toutes les mesures propres à en éviter la diffusion et à le faire cesser[4]. Les autorités de police sanitaire peuvent, en premier lieu, agir par la voie d'actes juridiques de différentes natures : actes réglementaires édictés au titre d'une police spéciale[5] ou de la police

---

[1] *Cf.* par exemple l'art. R. 5146-41-2 C.S.P. introduit par le décr. n° 2003-760 du 1er août 2003 relatif à la pharmacovigilance vétérinaire (*J.O.* du 6 août, p. 13596) : « *La pharmacovigilance vétérinaire a pour objet la surveillance des effets des médicaments vétérinaires, principalement de leurs effets indésirables sur les animaux et les êtres humains, et l'évaluation scientifique des informations recueillies dans ce but* » (Sur la pharmacovigilance, on se reportera avec profit à l'annexe de l'arr. du 28 avr. 2005 relatif aux bonnes pratiques de pharmacovilance, *J.O.* du 26 mai, p. 9087). *Cf.* G. VIALA, La loi du 1er juillet 1998 sur la veille sanitaire : incidences sur la pharmacie, *R.D.S.S.* 1998, n° 4, p. 782-790 et B. BALDIN, R.M. CHICHMANIAN et A. SPREUX, Sécurité sanitaire et pharmacovigilance, *B.J.S.P.* 1998, n° 12, p. 8-16.

[2] On parle ainsi de matériovigilance, de pharmacovigilance et de pharmacovigilance vétérinaire, d'hémovigilance, de biovigilance, de toxicovigilance, etc. *Cf. infra* n° 543.

[3] V. par exemple les art. L. 5212-2 et L. 5222-3 C.S.P. et les articles réglementaires correspondants pour la déclaration des incidents dans le domaine de la matériovigilance.

[4] Sur l'obligation d'agir de l'administration, *cf. supra* nos 184 et s et *infra* nos 476 s. et nos 532 s.

[5] C'est le cas, par exemple, des arrêtés interministériels pris en application de l'art. 1er de la loi du 21 juill. 1983 et ordonnant la suspension de la fabrication et de la mise sur le marché de produits dangereux pour la santé publique qui, dès lors qu'ils ne concernent pas un seul produit ou une seule entreprise mais une catégorie d'objets de fabrication et d'origine différentes, ont une nature régle-

générale[1], mise en œuvre de procédures spécifiques qui, comme celle relative aux îlots insalubres, ont parfois la nature d'une opération complexe faisant intervenir des actes *sui generis* n'ayant ni le caractère de mesures réglementaires ni celui de mesures individuelles[2]. Celles-ci peuvent consister soit en la suspension d'autorisation, soit en la formulation d'injonctions, forme privilégiée de ce type d'intervention, dont l'objet varie selon la nature du risque concerné. L'autorité sanitaire peut, par exemple, ordonner la fermeture provisoire d'un établissement ou la suspension d'une activité[3], suspendre l'importation et/ou la commercialisation de produits destinés à la consommation humaine[4], obliger un propriétaire à exécuter des travaux d'assainissement sur son immeuble déclaré insalubre[5] ou enjoindre à une agence de gestion de foyers de rétablir l'alimentation en eau potable de l'un d'entre eux[6]. Les autorités sanitaires peuvent, en second lieu, intervenir par des activités matérielles visant soit à prévenir les troubles, soit à les faire disparaître, soit à apporter les secours nécessaires. Il s'agira, par exemple, de procéder à la désinfection de locaux, de véhicules ou d'objets[7], de réaliser certains travaux indispensables à l'assainissement[8], de détruire des produits dangereux pour la santé humaine[9] ou bien de distribuer certains produits ou équipements de protection[10].

---

mentaire : C.E., Sect., 27 avr. 1988, *Soc. Bernard Carant et Cie c. Min. d'État, chargé de l'Économie, des Finances et de la Privatisation*, préc.

[1] *Cf.* par exemple sur l'interdiction temporaire de certaines utilisations de l'eau en raison d'une situation de sécheresse édictée au titre de la police générale : C.E., 23 sept. 1991, *Cne de Narbonne c. Préfet de l'Aude*, préc. ; – 21 févr. 1997, *Min. de l'Environnement c. Synd. des agriculteurs irrigants du Val d'Allier Bourbonnais*, préc.

[2] Sur le caractère d'opération complexe de la procédure définie à l'art. L. 1331-26 C.S.P. : C.E., 6 nov. 1981, *Richefeu*, n° 25.939, *Rec.* p. 402 ; *D.* 1982, I.R., p. 347, obs. P. BON ; – 21 févr. 1986, *Vanderschelden et a.*, n° 37.533, *Rec.* tables p. 570 ; *D.* 1987, S.C., p. 404, obs. P. BON. *Cf.* également sur le caractère non réglementaire de la déclaration préfectorale d'insalubrité : Cass. crim., 10 mai 2000, *M. Messad*, *B.I.C.C.* nnnn) 519 du 1er août 2007, inf. 977.

[3] *Cf.* par exemple sur la fermeture provisoire des débits de boissons et restaurants : C.E., 28 févr. 1996, *Min. de l'Intérieur et de l'Aménagement du territoire c. Baudry*, préc. ou sur la suspension et le « retrait » d'urgence d'une autorisation de fonctionner délivrée à un établissement de santé (art. L. 6122-13 C.S.P.) : C.E., 26 juill. 2006, *Min de la Santé et de la Solidarité c. S.A. Clinique chirurgicale Saint-Bernard*, préc. (carences en personnel paramédical et dossiers médicaux non-conformes à la réglementation). *Cf.* également C.E., 7 juill. 1997, *Cne de Porcheville c. Mouni*, préc. (légalité d'un arrêté de police générale du maire ordonnant la fermeture d'un magasin d'alimentation jusqu'à ce que certaines prescriptions d'hygiène soient respectées). Dans le même sens, en matière de sécurité publique : C.E., Sect., 6 janv. 1997, *Soc. A.S. Conseil Formation*, n° 132456, *Rec.* p. 8.

[4] *Cf.* par exemple l'art. L. 221-5 C. cons. : C.E., 28 oct. 1991, *Soc. J.-M. Lorcy, S.A. Kerlaan Locoal Mendon, S.A. Garcia et S.A. Pascual France*, préc.

[5] C.E., Sect., 20 déc. 1963, *Dame et dlle Morvan-Clavenna*, préc.

[6] C.E., 23 juin 2000, *Agence foyers et résidences hôtelières privées*, préc.

[7] *Cf.* par exemple l'art. L. 3114-1 C.S.P.

[8] Tels la réalisation de la partie publique du branchement permanent du raccordement d'un immeuble au réseau d'assainissement (art. L. 1331-6 C.S.P. et C.A.A. de Bordeaux, 16 avr. 1992, *Mme D. Brunet*, préc.) ou l'exécution d'office des travaux d'assainissement sur un immeuble privé en cas de carence du propriétaire (art. L. 1331-29 C.S.P. et C.E., 30 mai 1962, *Sieur Poplin*, n° 50.018, *Rec.* p. 359 ; *D.A.* 1962, n° 245).

[9] V. C.E., 29 déc. 1999, *Synd. nat. du commerce extérieur des produits congelés et surgelés et a.*, préc.

[10] C'est là la vocation première de l'établissement de préparation et de réponse aux urgences sanitaires (E.P.R.U.S.), notamment chargé par la L. n° 2007-294 du 5 mars 2007 de gérer la politique d'acquisition, de fabrication, d'importation, de stockage et de distribution des produits, biens et services nécessaires à la protection de la population en cas de menace sanitaire grave (texte précité). V. également le dispositif de secours en situation d'urgence radiologique (art. L. 1333-8 et R. 1333-

271 Quoiqu'elles soient la plupart du temps prévues par un texte spécial, de telles mesures peuvent aussi être décidées sur la base des pouvoirs de police générale. Il faut enfin signaler que ces pouvoirs peuvent être exercés soit à destination des administrés, ce qui est le plus fréquent, soit à destination des collectivités. C'est le cas, par exemple, lorsque pendant trois années consécutives le nombre de décès dans une commune a dépassé le chiffre de la moyenne nationale. Le préfet du département est alors tenu par l'article L. 1331-17 du Code de la santé publique de charger la commission départementale compétente en matière d'environnement, de risques sanitaires et technologiques[1] de procéder à une enquête sur les conditions sanitaires de la commune et de mettre celle-ci en demeure de réaliser des travaux d'assainissement si l'enquête en montre la nécessité[2]. Il existe donc une grande variété de possibilités d'intervention en réaction au risque émergent.

272 D'une manière générale, le juge administratif se montre assez favorable à ces interventions[3] tout en exerçant un contrôle rigoureux des mesures édictées par l'autorité sanitaire. Cette rigueur s'observe tant au niveau du contrôle de la légalité externe que de celui de la légalité interne des actes dont il est saisi.

Du point de vue de la légalité externe, le juge administratif s'emploie, tout d'abord, à empêcher les autorités de police sanitaire de dépasser le cadre de leur habilitation à agir. Il opère donc un contrôle strict des compétences de l'administration[4]. Il veille par ailleurs à ce que les autorités compétentes respectent les éléments de forme et de procédure prévus par les textes[5]. Cette vigilance s'observe notamment dans le cadre du contentieux relatif à la police des immeubles insalubres organisée par les articles L. 1331-26 et suivants du Code de la santé publique. Le juge considère ainsi, par une jurisprudence constante, que la saisine du préfet par un rapport motivé du directeur départemental de la santé constitue une formalité substantielle dont la méconnaissance entache de nullité

---

79 à R. 1333-79 C.S.P.) qui fait notamment appel à des plans de stockage et de distribution de comprimés d'iode dans les départements dotés d'une centrale nucléaire ainsi que dans les départements limitrophes : *cf.* la circ. DGS/SD 7 D/SGCISN/DDSC n° 2001-549 du 14 nov. 2001 relative à la distribution préventive de comprimés d'iode stable et à la constitution de stocks de proximité, *B.O. Santé* n° 51 du 19 oct. 2001 (SP 4 436 3392).

[1] Il s'agissait, plus explicitement, du conseil départemental d'hygiène avant la modification introduite par l'art. 23-I de l'ord. n° 2004-637 du 1er juill. 2004 relative à la simplification de la composition et du fonctionnement des commissions administratives et à la réduction de leur nombre (*J.O.* du 2 juill., p. 12070).

[2] De même, selon l'ancien art. L. 1331-14 C.S.P., aujourd'hui abrogé, un décret en Conseil d'État pouvait contraindre les départements, les communes ainsi que les groupements de ces collectivités et les syndicats mixtes à admettre le raccordement des effluents privés qui ne satisfaisaient pas aux caractéristiques du cours récepteur des réseaux d'assainissement ou des installations d'épuration qu'ils construisaient ou exploitaient

[3] Outre la jurisprudence développée sur la distinction entre les mesures de police administrative et les sanctions administratives (*supra* nos 137 s.), c'est ce qu'illustre le contentieux du référé-suspension qui, bien souvent, écarte l'urgence à suspendre une mesure visant à protéger la santé publique. V. par exemple C.E., ord., 25 avr. 2002, *Soc. Saria Industries*, préc.

[4] *Cf. supra* nos 173 s. et 240 s.

[5] Sur l'obligation de motivation, *cf.* par exemple C.E., 7 mai 1993, *Min. de l'Agriculture c. S.A.R.L. Cevlot*, préc. *Cf. supra* n° 125.

l'interdiction d'habiter les lieux déclarés insalubres[1]. De même, la saisine pour avis de la commission départementale compétente par le préfet est une formalité substantielle dont l'omission entraîne la nullité de la décision préfectorale[2].

La même rigueur domine le contrôle des éléments de fond. Le juge veille ainsi à ce que les autorités sanitaires ne fassent pas un usage excessif ou abusif des pouvoirs de police qui leur sont confiés pour prévenir ou faire cesser les risques pour la santé publique. D'une part, bien que favorable à l'intervention sanitaire de l'administration, le juge observe une lecture stricte de la loi, ce qu'illustre notamment le contentieux relatif à la police des îlots insalubres et à celle des locaux insalubres et surpeuplés. Comme l'y invite l'article L. 1331-26 du Code de la santé publique, le juge accepte qu'un îlot déclaré insalubre comprenne des immeubles salubres dès lors que cette inclusion est nécessaire à l'exécution de l'opération projetée[3]. Il en va ainsi, par exemple, lorsque la majorité des immeubles concernés sont dans un état généralisé d'insalubrité[4]. Est toutefois illégal le périmètre d'insalubrité qui inclut des locaux et des installations exclusivement affectés à un usage commercial, cette procédure devant être réservée à la suppression de l'insalubrité des habitations[5]. De même, le juge administratif se livre à une interprétation large de la notion de combles mentionnée par l'article L. 1331-22 appliquée à tous les locaux compris sous la toiture qui ne sont pas convenablement aménagés pour l'habitation[6], sans que la circonstance qu'ils soient pourvus d'ouvertures sur l'extérieur puisse les faire échapper à cette définition[7]. Cependant, contrairement à ce qui prévaut aujourd'hui dans d'autres domaines[8], le juge refuse d'adopter une définition trop extensive de la notion de combles et de considérer comme tels les locaux organisés en véritables appartements[9].

---

[1] C.E., 6 oct. 1944, *Dame Vve Forcadel*, n° 74.032, *Rec.* p. 260 ; C.A.A. de Lyon, 23 févr. 1990, *Min. des Aff. sociales c. M. Soubeyrand*, n° 89LY00972, *Rec.* tables p. 994 ; *J.C.P.* 1990, IV, 224.

[2] C.E., 22 déc. 1936, *Sieur Challou*, n° 43.494, *Rec.* p. 1140 ; – Sect., 27 oct. 1944, *Sieur Robineau*, n°s 73.158 et 73.159, *Rec.* p. 274 ; – 11 déc. 1946, *Sieur Gire*, n° 72.719, *Rec.* p. 301.

[3] T.A. de Paris, 13 juill. 1976, *Brion c. préfet de Paris*, *Rec.* p. 667 et C.E., Sect., 26 juill. 1982, *Vigné* et *Min. de la Santé et de la Sécurité sociale c. Copin* (2 esp.), n° 18.297 et n° 33.348, *Rec.* p. 310 ; *A.J.D.A.* 1982, p. 729, concl. Y. ROBINEAU. Ce qui n'est pas le cas toutefois lorsque l'ensemble des bâtiments, bien que vétustes, ne peuvent être qualifiés d'insalubres au sens des dispositions du C.S.P. : C.A.A. de Bordeaux, 11 janv. 1996, *S.C.I. Résidence-Hôtel Palmeria*, n° 94BX01781, *A.J.D.A.* 1996, p. 198, note J. BRÉNIER.

[4] T.A. de Marseille, 21 mai 1991, *Giraud*, *Rec.* tables p. 1202.

[5] C.E., 9 oct. 1996, *Poupart et Mme Cosic*, n° 90748, *Rec.* p. 1056.

[6] Ce qui inclut notamment les locaux ne possédant pas une hauteur suffisante : C.E., 22 avr. 1983, *Min. de la Santé et de la Sécurité sociale c. Soc. des chantiers de l'Atlantique*, n° 30.633, *Rec.* p. 162 ; – 5 juin 1991, *Épx Montador,* n° 105048, *Rec.* tables p. 1202, *J.C.P.* 1991, IV, 434 ; – 6 avr. 1992, *M. Brault*, n°s 87482 et 96875, inédit.

[7] C.E., 22 avr. 1983*, Min. de la Santé et de la Sécurité sociale*, préc.

[8] C.E., 29 nov. 1996, *Mme Huas – Assoc. pour la sauvegarde de la pointe malouine et a.*, n° 116282, *D.A.* 1997, n° 36, note D.P. rendu à propos d'un plan d'occupation des sols qui qualifie de combles un appartement inclus sous la toiture.

[9] T.A. de Lyon, 10 juill. 1975, *Sieur Cote et a.*, *Rec.* p. 746 ; C.E., 22 oct. 1982, *Even*, n° 28.742, *Rec.* tables p. 751, *Gaz. Pal.* 1983, I, Somm. 1961.

D'autre part, dès lors qu'il en a les moyens, le juge administratif exige que les mesures de police sanitaire soient strictement adaptées au risque encouru. De la sorte, l'application de ces mesures, visant à prévenir ou faire cesser un trouble ponctuel, doit, sauf texte contraire, être limitée dans le temps et ne pas se prolonger après la disparition du trouble[1]. Par ailleurs, la mesure doit être proportionnée à la situation telle qu'elle apparaît en fait. Cette exigence caractéristique du contrôle des actes de police générale se retrouve notamment dans le cadre de la police de l'habitat insalubre. Selon l'article L. 1331-28 du Code de la santé publique, dans le cas où il est possible de remédier à l'état d'insalubrité d'un immeuble, le préfet prescrit les mesures adéquates et le délai imparti pour leur réalisation sur avis de la commission compétente ou, éventuellement, du Haut Conseil de la santé publique. Le préfet est, selon la jurisprudence, tenu par cet avis et ne peut refuser d'en tirer les conséquences pour définir les mesures appropriées[2]. Le juge administratif exige cependant que le préfet n'impose que les travaux nécessaires à la situation[3]. Il faut en outre que ces travaux soient réalisables, qu'ils ne se heurtent pas à une impossibilité d'exécution technique et qu'ils n'affectent pas le gros œuvre[4] ou l'économie de l'édifice[5]. Le juge vérifie enfin que les mesures d'assainissement prescrites ne provoquent pas de charges excessives, hors de proportion avec la valeur de l'immeuble ou les revenus qui peuvent être tirés de celui-ci[6].

La même sévérité s'observe dans la mise en œuvre par l'administration de ses pouvoirs d'exécution d'office de ses décisions, fréquemment prévus par les textes relatifs à la protection de la santé publique. Il s'agit là encore d'un pouvoir important accordé à l'administration qu'expliquent la nature et la gravité des dangers présentés par le risque

---

[1] C.E., 25 nov. 1994, *Min. de l'Intérieur et de l'aménagement du territoire et a. c. Grégoire*, n° 149962 et n° 149018, *Rec.* tables, p. 832 ; *Quot. Jur.* 28 mars 1995, p. 5, note D. MORENO ; *R.D.S.S.* 1995, p. 503, note J.-S. CAYLA et – 29 juill. 2002, *Laboratoires Arion,* n° 230584, *Rec.* tables p. 588, *A.J.D.A.* 2002, p. 1362. V. également les concl. de Mme LEGLISE, commissaire du Gouvernement, sur T.A. de Versailles, 30 déc. 2004, *E.A.R.L. de la Brosse*, *A.J.D.A.* 2005, n° 12, p. 681.

[2] C.E., 26 oct. 1963, *Sieur Bros*, n° 57.495, *Rec.* p. 538 ; – 22 mars 1985, *Synd. des copropriétaires du 16-18 rue Chevalier de la Barre*, n° 36.032, *Rec.* p. 90 ; – 23 oct. 1985, *Min. de la Santé c. Mme Guillot*, n° 45.796, *Rec.* p. 221 ; *R.D. imm.* 1986, p. 59. *Cf. infra* n° 343.

[3] T.A. de Caen, 23 déc. 1957, *Cts Prévost*, *Rec.* p. 807 ; C.E., 5 nov. 1975, *Montferran*, n° 92.028, *Rec.* tables p. 1274 ; *D.A.* 1975, n° 411.

[4] C.E., 5 juill. 1911, *Froelinger*, n° 30.680, *Rec.* p. 781 ; – 18 mars 1931, *Sieur Berton,* n° 99.844, *Rec.* p. 301 ; – 28 juill. 1943, *Ville de Paris c. Sieur Letourneur*, n° 72.550, *Rec.* p. 206.

[5] C.E., 28 juill. 1943, *Ville de Paris c. Sieur Letourneur*, préc. ; – Sect., 16 févr. 1962, *Cts Bertholet*, préc. ; – 25 mai 1966, *Sieur Brulet*, n° 59.341, *Rec.* p. 365 ; *D.A.* 1966, n° 222 ; – 15 janv. 1969, *Min. des Aff. sociales c. Sieur Bros*, n° 70829, *D.A.* 1969, n° 68.

[6] C.E., 6 oct. 1982, *Delle Seydoux*, n° 30.710, inédit (bien que cette espèce intéresse un cas d'application de l'art. L. 17 C.S.P. [L. 1311-4]) ; – 4 juill. 1986, *Min. des Aff. sociales et de la Solidarité nationale c. Mme Reichman*, n° 72.147, *D.A.* 1986, n° 467 ; – 25 nov. 1988*, Min. des Aff. sociales et de l'Emploi c. Mme Reichman*, n° 84.554, inédit. On notera que ces conditions ont été reprises par l'ord. n° 2005-1566 du 15 déc. 2005 qui précise, à l'art. L. 1331-26 C.S.P., que « *l'insalubrité d'un bâtiment doit être qualifiée d'irrémédiable lorsqu'il n'existe aucun moyen technique d'y mettre fin, ou lorsque les travaux nécessaires à sa résorption seraient plus coûteux que la reconstruction* ».

sanitaire pour l'ensemble de la collectivité. Le juge administratif exerce néanmoins un contrôle rigoureux des conditions de mise en œuvre de ces procédés[1].

Il convient toutefois de signaler qu'une part importante de ces limites imposées à l'intervention sanitaire de l'administration est susceptible de tomber dès lors que cette intervention s'effectue dans une situation d'urgence.

2) L'urgence sanitaire

La constitution d'une situation d'urgence renforce considérablement les pouvoirs de l'administration, et cela d'un triple point de vue.

273 Premièrement, l'urgence accentue les aspects dérogatoires du droit de l'intervention sanitaire de la puissance publique. Ces effets se manifestent tant dans l'organisation des secours que dans la prévention des troubles. Ainsi est-il admis qu'une autorisation de fonctionner puisse être accordée à un établissement privé de santé à titre dérogatoire en cas « *d'urgence et d'impérieuse nécessité en matière de santé publique* »[2]. De même, le représentant de l'État est autorisé à réquisitionner les agents en grève d'un établissement de santé dans le but d'assurer le maintien d'un effectif suffisant pour garantir la sécurité des patients et la continuité des soins[3]. On ne peut, par ailleurs, omettre de signaler ici la mise en place, par la loi n° 2004-806 du 9 août 2004, d'un dispositif dit de « plans blancs » destiné à organiser des secours d'urgence : le « plan blanc d'établissement » doit permettre à tout établissement de santé de mobiliser immédiatement les moyens de toute nature dont il dispose en cas d'afflux de patients ou de victimes ou pour faire face à une situation sanitaire exceptionnelle[4] ; le « plan blanc élargi » est mis en œuvre par le préfet du département qui, si l'afflux de patients ou de victimes ou la situation sanitaire le justifie, peut procéder aux réquisitions nécessaires de

---

[1] Sur la voie de fait constituée par l'exécution forcée d'une décision illégale portant atteinte au droit de propriété ou à une liberté individuelle : C.E., 15 mars 1957, *Dame Vve Soupeaux*, n° 15.290, *Rec.* p. 176. De même, un ancien arrêt de la Cour de cassation a qualifié de séquestration arbitraire le fait de maintenir une femme en observation dans un service de vénérologie sans respecter la réglementation applicable : Cass. crim., 12 mars 1959, *Bull. crim.* n° 175, p. 350.

[2] C.E., Sect., 16 déc. 1994, *S.A. Polyclinique des Minguettes*, n° 119420, *Rec.* p. 566 ; *A.J.D.A.* 1995, p. 166, chron. L. TOUVET et J.-H. STAHL ; *R.D.S.S.* 1995, p. 288, concl. C. VIGOUROUX (légalité de la décision du ministre de la Santé autorisant la création de douze lits alors même que les besoins étaient satisfaits à l'échelle de l'ensemble du secteur sanitaire en raison d'un déséquilibre exceptionnellement élevé existant pour les lits d'urgence entre les besoins de la population de trois communes et les installations disponibles pour les satisfaire sur le territoire de ces communes et par les risques particuliers auxquels la prolongation de cette situation pouvait exposer les habitants desdites communes). Rapp. C.E., 25 janv. 1995, *Min. des Aff. sociales et de la Solidarité c. Féd. hosp. de France*, n° 120945, *Rec.* p. 41 (urgence non constituée en l'espèce).

[3] Encore faut-il que cette mesure soit justifiée par l'urgence et proportionnée aux nécessités d'ordre public : C.E., 9 déc. 2003, *Mme Aiguillon et a.*, n° 262186, *R.F.D.A.* 2004, p. 190 et p. 306, concl. J.-H. STAHL et note P. CASSIA ; *A.J.D.A.* 2004, p. 1138, note O. LE BOT ; *J.C.P.* A 2004, n° 1054, obs. J. MOREAU et n° 1096, note D. MAILLARD DESGRÉES DU LOÛ ; *J.C.P.* 2004, II, 10076, note X. PRÉTOT. V. également C.A.A. de Bordeaux, 1er juin 2006, *Féd. de la santé et de l'action sociale*, n° 03BX00419, *A.J.D.A.* 2006, p. 1743 ; *B.J.S.P.* 2006, n° 98, Pan., p. 5.

[4] Art. L. 3131-7 C.S.P. V. également les art. R. 3110-4 et R. 3110-5.

tous biens et services[1]. Ce dispositif a encore été renforcé par la loi n° 2007-294 du 5 mars 2007, qui a notamment institué une réserve sanitaire destinée à intervenir dans des situations de catastrophe, d'urgence ou de menaces sanitaire graves sur le territoire[2].

En ce qui concerne la gestion des risques sanitaires, l'urgence se caractérise surtout par les dérogations aux règles de la légalité externe qu'elle autorise. Elle conduit notamment à un allègement des règles de forme et de procédure normalement applicables. L'urgence justifie, par exemple, que le préfet puisse prescrire toute mesure utile pour remédier à la situation causée par une activité dangereuse pour la santé publique exercée en dehors de toute installation soumise à autorisation ou à déclaration sans solliciter l'avis préalable du conseil départemental[3]. De même, l'urgence à prendre, dans l'intérêt de la santé publique, une mesure destinée à éviter la contamination des consommateurs permet au préfet de se substituer au maire pour ordonner la fermeture d'un magasin d'alimentation, sans mise en demeure d'agir adressée préalablement à celui-ci[4]. Ces dérogations sont la plupart du temps prévues par les textes[5] ; elles sont appliquées sans réserve particulière par le juge administratif[6].

274 Deuxièmement, l'urgence conduit à étendre l'habilitation à agir de l'administration et lui ouvre l'accès à certaines prérogatives de prévention des risques dont elle ne dispose pas en temps normal. D'une part, les textes organisent des pouvoirs spécifiques de l'urgence. Cette légalité d'exception est, en matière de prévention des risques sanitaires collectifs, aujourd'hui essentiellement régie par les articles L. 3131-2 à L. 3131-11 du Code de la santé publique réunis dans un chapitre relatif aux « Mesures d'urgence ». Ces dispositions, introduites par la loi du 9 août 2004 modifiée et complétée par la loi n° 2007-294 du 5 mars 2007, accordent aux autorités sanitaires, et principalement au ministre chargé de la Santé, des pouvoirs d'intervention d'une ampleur rarement égalée.

---

[1] Art. L. 3131-8 C.S.P. V. également les art. R. 3110-6 et R. 3110-7.

[2] L. n° 2007-294 du 5 mars 2007 préc. (art. L. 3132-1 à L. 3132-3 C.S.P.). V. également les art R. 3131-1 à R. 3135-13 issus du décr. n° 2007-1273 du 27 août 2007 (*J.O.* du 28 août, p. 14235 ; *B.J.S.P.* 2007, n° 107, Pan., p. 2) ainsi que le décr. n° 2007-1501 du 18 oct. 2007 relatif à la prise en charge par l'État du coût de l'accident du travail ou de la maladie professionnelle imputables au service dans la réserve sanitaire, *J.O.* du 20 oct., p. 17290 ; *B.J.S.P.* 2007, n° 109, Pan., p. 5.

[3] C.A.A. de Nancy, 2 avr. 1991, *Min. de l'Environnement c. Soc. Elipol*, préc.

[4] C.E., 25 nov. 1994, *Min. de l'Intérieur et de l'Aménagement du territoire c. Grégoire*, préc. Il est par ailleurs à noter que le juge de l'excès de pouvoir n'a pas hésité en l'espèce à opérer une substitution de base légale. Sur le caractère substantiel de la mise en demeure préalable du maire en l'absence d'urgence : C.E., 9 févr. 1955, *Épx Le Brigand*, nos 20.342, 20.343 et 20.386, *Rec.* p. 79 et – 27 nov. 1974, *Min. de l'Intérieur c. dame Bertranuc et a.*, n° 93.691, *Rec.* p. 584.

[5] Outre les exemples données *supra* (nos 125-126), *cf.* l'art. 1er 4° du décr. n° 2003-313 du 3 avr. 2003 déterminant les mesures propres à empêcher la propagation d'une épidémie de variole en France qui prévoit la substitution du préfet aux maires dans la mise en œuvre des pouvoirs de police définis par l'art. L. 2212-2 C.G.C.T. sans mise en demeure préalable des maires concernés (texte précité). À noter que le « *Plan de réponse à une menace de variole* » a fait l'objet d'une actualisation en 2006 (*www.sante.gouv.fr*).

[6] Outre les exemples précités, v. C.E., 26 avr. 1985, *Assoc. centres de loisirs Midi-Pyrénées de l'U.F.C.V.*, n° 42.097, inédit (légalité du recours par le préfet à la procédure de fermeture d'urgence des centres d'hébergement des mineurs à l'occasion des vacances scolaires, congés professionnels et des loisirs s'agissant d'un centre hébergeant des personnes handicapées dont la santé et la sécurité risquaient d'être immédiatement compromises).

En cas de menace sanitaire grave appelant des mesures d'urgence, celui-ci peut en effet prendre toute disposition collective ou individuelle nécessaire à la protection de la santé de la population, sans qu'aucune restriction tenant à la nature des mesures ne puisse être sérieusement envisagée[1]. Ce chapitre n'épuise pas cependant la totalité de la matière. On peut encore ici citer l'article L. 3111-8 du Code de la santé publique qui admet que la vaccination ou la revaccination antivariolique puisse être rendue obligatoire par décret ou arrêtés préfectoraux, notamment en cas d'épidémie ou de menace d'épidémie[2]. De même, l'article L. 1311-4 du Code de la santé publique autorise le préfet du département, en cas d'urgence constatée par un arrêté du maire, ou à défaut par lui, à ordonner l'exécution immédiate, tous droits réservés, des mesures prescrites par les règlements sanitaires nationaux, départementaux et/ou locaux[3].

D'autre part, la jurisprudence reconnaît qu'une situation d'urgence permet aux autorités administratives de dépasser le cadre normal de leur habilitation à agir. Elle autorise d'abord certains empiétements de la police générale sur la police spéciale[4]. S'il y a urgence, le maire est donc en droit, voire dans l'obligation, d'intervenir dans la police des installations classées, dans la police des rivières non navigables ni flottables ou encore dans la police des débits de boissons[5]. Comme l'a relevé M. BON, l'urgence permet ainsi « *au maire de retrouver, dans la plupart des hypothèses, un rôle prééminent en matière de police et souligne bien qu'il est conçu comme la soupape de sûreté du système administratif de protection de l'ordre public* »[6]. L'urgence justifie ensuite

---

[1] Sur ce dispositif, *cf.* J.-P. DUPRAT, Protection de la santé publique et liberté, *R.G.D.M.* 2005, n° spéc. : « La protection de la santé publique », p. 99-100 ; D. TRUCHET, L'urgence sanitaire, *R.D.S.S.* 2007, n° 3, p. 411-425 et S. RENARD, La préparation du système de santé aux menaces sanitaires de grande ampleur, *B.J.S.P.* 2007, n° 105, p. 10-12.

[2] V. en outre le décr. n° 2003-313 du 3 avr. 2003 déterminant les mesures propres à empêcher la propagation d'une épidémie de variole en France, préc.

[3] Sur l'application de cet article : C.E., 6 oct. 1982, *Dlle Seydoux*, préc. et – 23 juin 2000, *Agence foyers et résidences hôtelières privées*, préc. (en l'espèce, à la suite d'un conflit l'opposant aux résidents du foyer dont elle assure la gestion, l'association F. a suspendu l'alimentation en eau potable de ce foyer. Elle a maintenu cette suspension en dépit des mises en demeure qui lui ont été adressées par le maire de la commune agissant dans le cadre de ses pouvoirs de police générale. En estimant que la prolongation de cette situation, qui mettait en danger la sécurité sur le plan sanitaire des cent cinquante travailleurs migrants logés dans le foyer, justifiait qu'il soit enjoint à l'association de rétablir l'alimentation en eau potable du foyer, le préfet a fait une exacte application des pouvoirs qu'il tient de l'art. L. 17 C.S.P. [L. 1311-4]). Cette disposition fait application d'une solution jurisprudentielle ancienne reconnaissant la possibilité pour le préfet d'autoriser l'exécution immédiate d'un arrêté portant règlement permanent en cas d'urgence (C.E., 1er juin 1900, *Sieur Serpillon et a.*, nos 91.008 et 91.032, *Rec.* p. 376). Si l'urgence n'est pas constituée, cette compétence appartient au maire : C.E., 18 mars 1996, *M. et Mme d'Haussen*, préc. Pour d'autres exemples, *cf.* encore l'art. L. 221-8 C. cons. (le fait que les mesures prévues par ce Code ne s'appliquent pas aux produits et services soumis à des dispositions législatives particulières ayant pour objet la protection de la santé ou de la sécurité des consommateurs ne fait pas obstacle à l'adoption, pour ces produits, des mesures d'urgence prévues aux art. L. 221-5 et L. 221-6 dudit Code) et l'art. L. 214-16 C. rur. (pouvoir du maire en cas d'urgence de prescrire des mesures provisoires lorsque le vétérinaire sanitaire a jugé insalubres des locaux pour animaux domestiques ou animaux sauvages apprivoisés).

[4] *Cf. supra* n° 174 s.

[5] C.E., Sect., 25 oct. 1946, *Dame Vve Cherpin*, n° 77.073, *Rec.* p. 245.

[6] P. BON, *La police municipale*, Th. Droit Bordeaux I, 1975, dactyl., p. 115. V. également P.-L. FRIER, *L'Urgence*, Paris, L.G.D.J., 1987, coll. Bibl. de droit public, t. CL, Préface de G. DUPUIS, p. 221-222. Sur la permanence de la police générale, *cf. supra* n° 166 s.

l'édiction de mesures normalement interdites à l'autorité de police administrative. Les titulaires du pouvoir de police générale peuvent, par exemple, prévoir des interdictions générales et absolues[1]. Un maire peut également prescrire la visite de roulottes destinées à l'habitation des gens du voyage nonobstant l'atteinte à l'inviolabilité du domicile que comporte une telle mesure[2]. La survenance d'une épidémie sur le territoire peut encore justifier l'interdiction de tout trafic maritime ou aérien ordonnée par l'autorité de police générale[3].

275 Troisièmement, l'urgence renforce le caractère exorbitant du droit de l'intervention publique en autorisant notamment l'exercice de pouvoirs de réquisition de biens et/ou de services[4] comme l'exécution d'office de certaines décisions même en dehors d'une autorisation expresse de la loi[5]. L'exécution forcée d'une mesure de police urgente est donc licite lorsque les sanctions judiciaires seraient trop lentes pour garantir cette exécution[6].

276 Il existe ainsi des pouvoirs spécifiques de l'urgence dont les caractéristiques premières sont de renforcer l'inégalité du droit de la police administrative, de développer les possibilités d'action de l'administration et d'augmenter l'atteinte portée aux libertés. L'importance de ces conséquences explique que le juge administratif exerce un contrôle rigoureux des circonstances invoquées par l'administration pour déroger aux règles normalement applicables à son intervention[7]. Avant que le texte ne soit modifié par la loi du 9 août 2004, l'urgence sanitaire était définie par l'article L. 1311-4 du Code de la santé publique comme « *le cas d'épidémie ou d'un autre danger imminent pour la santé*

---

[1] C.E., 1er déc. 1937, *Sieur Benoit,* préc. (*a contrario*). ; – 20 janv. 1965, *Min. de l'Intérieur c. dame Vve Vicini*, préc. (*a contrario*).

[2] C.E., 2 déc. 1983, *Ville de Lille c. Ackermann et a.*, préc. (*a contrario*).

[3] C.E., Sect., 20 mai 1955, *Soc. Lucien, Joseph et Cie*, n° 2.399, *Rec.* p. 276 (*a contrario* ; en l'espèce, absence de péril imminent constituant une circonstance exceptionnelle qui aurait autorisé le Haut Commissaire à dépasser le cercle normal de ses attributions).

[4] Outre les pouvoirs de réquisition définis dans le cadre de la police de l'urgence sanitaire, *cf.* par exemple l'art. L. 2215-1 4° C.G.C.T. sur la base duquel le préfet peut requérir tout médecin dans le but d'assurer ou de rétablir la continuité des soins ambulatoires interrompus par des mouvements de refus concertés et répétés de médecins libéraux d'assurer des gardes de nuit et de fin de semaine (T.C., 26 juin 2006, *M. Rosset c. État*, n° 3524, *Rec.* p. 633 ; *A.J.D.A.* 2006, p. 1891, concl. J.-H. STAHL). *Cf.* également C.E., 9 déc. 2003, *Mme Aiguillon et a.*, préc. et Cass. civ. 1ère, 31 oct. 2007, *Préfet de la Drôme c. M. Boiron*, n° 06-17.499, *Bull. civ.* I, n° 340, p. 299 ; *A.J.D.A.* 2007, p. 2395. Sur ce thème, *cf.* notamment D. MAILLARD DESGRÉES DU LOÛ, L'encadrement législatif du pouvoir de réquisition des préfets et la police administrative, *J.C.P.* A 2003, n° 1475.

[5] J. ROMIEU, concl. sur T.C., 2 déc. 1902, *Soc. immo. de Saint-Just*, *S.* 1904, 3, p. 17. V. P.-L. FRIER, *L'Urgence, op. cit.*, p. 376 s.

[6] C.E., 6 août 1915, *Delmotte*, n° 59.536, *S.* 1916, 3, p. 9, note M. HAURIOU. Il n'y a toutefois aucune automaticité et la légalité de l'action d'office des autorités de police reste subordonnée à l'existence d'une situation d'urgence qui est appréciée au cas par cas par le juge : C.E., Sect., 7 juill. 1939, *Ét. Morillon, Corvol et Cie*, n° 59.663, *Rec.* p. 462 ; – 20 juin 1980, *Cne d'Ax-les-Thermes et S.A. « Cie Gle des Thermes d'Ax »*, nos 4.592, 4.872 et 15.025, *Rec.* p. 281 ; *A.J.D.A.* 1980, p. 551, chron. M.-A. FEFFER et M. PINAULT. *Cf.* également les concl. G. GUILLAUME sur C.E., 7 janv. 1970, *Sieur Lorjou et dame Mottet*, *D.* 1970, p. 209.

[7] *Cf.* par exemple C.E., 18 janv. 1924, *Soc. laitière Maggi*, *Rec.* tables p. 1212 ; — 15 janv. 1986, *Soc. Pec-Engineering*, préc. ; — 7 mai 1993, *Min. de l'Agriculture c. S.A.R.L. Cevlot*, préc. ; C.E., 9 déc. 2003, *Mme Aiguillon et a.*, préc. V. également C.A.A. de Bordeaux, 16 juill. 1998, *Préfet de l'Ariège*, n° 98BX00634, *D.A.* 1998, n° 369, note M.-Y. BENJAMIN.

publique ». Quoiqu'elle ne se soit jamais expressément référée à ce texte, la jurisprudence en retient les éléments de définition de l'urgence sanitaire. Celle-ci se caractérise donc par des éléments matériels et temporels. Pour qu'il y ait urgence, il faut déjà que les circonstances montrent l'existence d'un péril grave ou exceptionnel pour la santé publique, ce qui englobe notamment, mais non exclusivement, le cas d'épidémie[1]. De plus, les faits doivent montrer que, faute d'une intervention exceptionnelle et dérogatoire aux règles normales de la légalité, la situation va se détériorer dans un avenir proche[2]. Le Conseil d'État exige de la sorte que la proximité de la menace empêche l'autorité compétente d'agir suivant les voies habituelles du droit[3]. Par conséquent, le péril doit être imminent[4], immédiat[5] ou réalisé[6].

Il arrive cependant que le juge administratif ne retienne pas ces deux éléments pour qualifier l'urgence. Si l'existence d'un danger grave est toujours exigée, il semble que l'imminence de sa réalisation ne soit en revanche pas toujours recherchée. Dans un certain nombre de cas, en effet, le caractère exceptionnel des circonstances[7] ou bien la gravité du trouble à l'ordre public[8] suffisent à justifier la mise en œuvre des pouvoirs d'urgence. Néanmoins, ces espèces n'ont pas d'incidence réelle sur la définition de l'urgence sanitaire, car si le juge administratif ne se s'attarde pas sur l'élément temporel, c'est surtout parce que l'événement nuisible est déjà réalisé, l'action préventive visant alors à empêcher que la situation ne s'aggrave.

Le droit de la police sanitaire semble donc bien comprendre tous les instruments propres à anticiper, prévenir ou faire cesser les troubles sanitaires à l'ordre public. Il apparaît cependant que la police sanitaire ne suffit pas à rendre compte de l'ensemble des moyens offerts à l'administration pour la protection de la santé publique.

---

[1] Sur la notion d'urgence sanitaire, v. D. TRUCHET, L'urgence sanitaire, *op. cit.*, p. 411-413.

[2] Pour une illustration, C.A.A. de Bordeaux, 17 oct. 2006, *M. Philippe X. c. Cne de Toulouse*, n° 03BX01503, préc. : « *Considérant qu'il ressort des pièces du dossier que la situation sanitaire qui prévalait dans le logement occupé par le requérant et ses parents, pour préoccupante qu'elle soit, ne constituait pas un danger imminent pour la santé publique ; qu'ainsi, en estimant que ladite situation sanitaire justifiait qu'il soit enjoint aux occupants du logement de procéder dans un délai de 48 heures à des travaux de nettoyage et de désinsectisation et que, passé ce délai, il serait procédé à l'exécution d'office des mesures nécessaires par la commune, le préfet de la Haute-Garonne a fait une inexacte application des pouvoirs qu'il tient de l'article L.17 du code de la santé publique* »

[3] Sur ce point, *cf.* M. LETOURNEUR, concl. sur C.E., 16 avr. 1948, *Laugier, S.* 1948, 3, p. 36 ; C. MOSSET, concl. sur C.E., 16 janv. 1955, *Andreamissera*, *R.J.P.U.F.* 1955, p. 863 et B. GENEVOIS, concl. sur C.E., 25 févr. 1985, *Mourad Mersad*, *R.F.D.A.* 1985, p. 418. *Cf.* également P.-L. FRIER, *L'Urgence, op. cit.*, p. 81 s.

[4] C.E., 21 déc. 1938, *Soc. française des pétroles*, préc. ; – Sect., 22 janv. 1965, *Cts Alix*, préc. et la jurisprudence citée *supra* n° 174.

[5] C.E., 5 avr. 1996, *S.A.R.L. Le Club Olympique et Marcu*, préc.

[6] C.A.A. de Bordeaux, 16 avr. 1992, *Mme D. Brunet*, préc.

[7] C.E., Sect. 5 nov. 1937, *Cie française de raffinage*, préc. ; – 11 mai 1960, *Cne du Teil c. Soc. des chaux et ciments de Lafarge et du Teil*, préc.

[8] C.E., 2 déc. 1983, *Ville de Lille c. Ackermann et a.*, préc. (en l'espèce, le juge évoque le « *cas d'épidémie grave exigeant des mesures d'urgence* »).

§2.- L'INSUFFISANCE DE LA POLICE SANITAIRE POUR LA PROTECTION DE LA SANTÉ PUBLIQUE

277 La police sanitaire n'est pas le seul instrument employé pour la protection de la santé publique. Le droit positif recèle d'autres moyens d'action qui concourent directement au maintien de l'ordre public sanitaire. On doit en particulier noter la participation essentielle du service public. L'activité de service public peut, tout d'abord, intervenir en complément de l'action de police administrative afin, notamment, d'en assurer l'efficacité (A). Elle peut également s'imposer comme une modalité de prise en charge des intérêts de l'ordre public sanitaire alternative à l'activité de police administrative (B).

A.- LES ACTIVITÉS D'ACCOMPAGNEMENT DE LA PRESCRIPTION DE POLICE : L'EXEMPLE DES PRESTATIONS DE SERVICE PUBLIC

278 L'activité de service public peut s'imposer comme un complément utile voire nécessaire de la prescription de police. Cette coopération peut, en premier lieu, s'effectuer en amont de l'action de police. Il existe ainsi au niveau national de nombreux réseaux et organismes de veille, de vigilance et d'expertise sanitaires dont l'activité consiste, au moins pour partie, à détecter le plus tôt possible les risques sanitaires qui nécessitent une intervention rapide de la police. L'InVs et les agences françaises de sécurité sanitaire assurent ainsi des missions de surveillance et de contrôle essentielles pour la protection de la santé de la population et le maintien de l'ordre public sanitaire. La collaboration de tels services n'est d'ailleurs pas réservée aux autorités nationales. Les collectivités territoriales, notamment les communes, peuvent également être amenées à instituer des établissements publics de salubrité participant à la protection de la santé publique tels que des laboratoires d'analyse de denrées alimentaires[1], des services d'inspection sanitaire[2] ou encore des dispensaires communaux de salubrité[3].

La collaboration du service public au maintien de l'ordre public intervient, en second lieu, en aval de l'action de police sanitaire. Cette participation est particulièrement bien mise en relief par le dispositif relatif aux « menaces sanitaires graves » institué par les lois du 9 août 2004 et du 5 mars 2007[4]. On la retrouve par ailleurs dans le

---

[1] C.E., 19 juill. 1912, *Sieur Pancier*, n° 29.856, *Rec.* p. 836.

[2] C.E., 6 août 1912, *Cne de Courson-les-Carrières*, n° 46.128, *Rec.* p. 967.

[3] C.E., 28 nov. 1947, *Grill*, n° 73.838, *Rec.* tables p. 706.

[4] Textes précités. Outre le dispositif de plan blanc d'établissement, qui fait du service public hospitalier le premier appui logistique de la gestion d'une crise sanitaire provoquant un afflux massif de patients ou de victimes vers le système de soins (art. L. 3131-7 C.S.P.), et la constitution d'un corps de réserve sanitaire, ces textes ont mis en place un fonds de financement des « *actions nécessaires à la préservation de la santé de la population en cas de menace sanitaire grave ou d'alerte épidémique* » (art. L. 3131-5). Ce fonds, rendu effectif par l'art. 97 de la L. n° 2006-1640 du 21 déc. 2006 de financement de la Sécurité sociale pour 2007 (*J.O.* du 22 déc., p. 19315 ; *R.G.D.M.* 2007, n° 22, p. 321), est géré par un établissement public, l'E.P.R.U.S., auquel qu'il revient notamment d'acquérir, de

développement actuel des systèmes d'alerte et d'information du public permettant, par le biais de prestations immatérielles de service public, de soutenir et de compléter la ou les mesures de police adoptées pour prévenir ou faire cesser un risque particulier pour les consommateurs ou les usagers de certains produits ou services[1].

Cette collaboration du service public et de la police administrative n'est ni nouvelle ni exceptionnelle. Dans de nombreuses hypothèses, en effet, les moyens matériels du service public sont indispensables à la bonne exécution des mesures de police. Cette participation s'observe ainsi dans les domaines traditionnels de l'hygiène et de la salubrité publiques. Au niveau local, notamment, un certain nombre de services publics interviennent directement dans le maintien de l'ordre public sanitaire. La plupart sont des services obligatoires imposés par le législateur. C'est le cas des services communaux d'hygiène et de santé chargés, par l'article L. 1422-1 du Code de la santé publique, d'appliquer les dispositions relatives à la protection générale de la santé publique relevant des autorités municipales. Certains services facultatifs peuvent aussi être directement et spécialement organisés par le maire pour l'exécution d'une prescription de police[2].

279 Le droit de la santé publique prévoit par ailleurs un certain nombre de mesures qui, comme le relève M. MOREAU, peuvent entraîner une superposition des « *deux qualifications rivales* »[3]. C'est l'exemple des décisions enjoignant aux propriétaires d'immeubles accédant à la voie publique de se raccorder au réseau public d'assainissement, qui consistent en l'obligation de recevoir des prestations de service public[4]. La même symbiose entre police administrative et service public existe pour la

---

fabriquer, d'importer, de distribuer et d'exporter tous les produits et services nécessaires pour faire face à des situations de menaces sanitaires graves (art. L. 3135-1 et R. 3135-1 à R. 3135-13 C.S.P.).

[1] Sans ignorer l'arrêt du Conseil d'État du 30 juill. 1997, *Lucien Boudin*, préc., *cf.* les art. L. 1321-4, L. 1323-2, L. 1332-8, L. 1333-8, L. 1417-4, L 5312-3 et L. 5312-4 C.S.P. ou l'art. L. 221-5 C. cons. Des développements supplémentaires sont accordés à cette question, *infra* n°s 510-511.

[2] Le Conseil d'État a, par exemple, admis la légalité d'un contrat de concession organisant les vidanges de fosses particulières ordonnées par un règlement de police : C.E., 12 déc. 1924, *Ville de Dieppe c. Sieur Dufour*, préc. Dans le même sens déjà, *cf.* Cass. crim., 7 nov. 1885, *Bull.* n° 300, p. 482.

[3] J. MOREAU, Droit administratif fondamental et droit administratif appliqué : l'exemple du droit de la santé publique, in *Études de droit et d'économie de la santé*, sous la dir. de D. TRUCHET, *op. cit.*, p. 9. Cette superposition n'est pas propre au domaine sanitaire : les détenus, par exemple, sont à la fois destinataires de mesures de police et usagers du service public pénitentiaire ; les malades mentaux hospitalisés d'office bénéficient également de ce double statut. Certains examens médicaux, éventuellement effectués dans le cadre du service public, peuvent être imposés à certaines catégories de personnes telles les personnes soupçonnées d'avoir commis une infraction en état d'ébriété. Enfin, certains traitements, comme les désintoxications obligatoires, peuvent, tout en étant imposés par une prescription de police, être réalisés dans le cadre du service public.

[4] Art. L. 1331-1 s. C.S.P. L'exécution par la commune des travaux nécessaires au raccordement autorise celle-ci à se faire rembourser tout ou partie des frais engagés. Ce remboursement présente le caractère d'une contribution imposée dans l'intérêt de la salubrité publique et le contentieux auquel il peut donner lieu se rattache à l'exercice d'une prérogative de puissance publique : C.A.A. Bordeaux, 16 janv. 1996, *Galinier c. Soc. lyonnaise des eaux*, inédit. Avant l'entrée en vigueur de la loi « S.R.U. » du 13 déc. 2000, la commune pouvait en outre astreindre les propriétaires des immeubles édifiés après la mise en service de l'égout au paiement d'une participation. Celle-ci avait le caractère d'une redevance pour service rendu et non d'imposition ou de taxe : C.E., 27 juin 1973, *Ville de Marseille c. S.A. « Coop. Marseille-Madrague-ville »*, n° 85.510, *Rec.* p. 444 ; *Dr. fisc.* 1974, n° 267, concl. L. MEHL et – 24 juin 1985, *Cne de Marseillan et a.*, n°s 33.855, 33.889 et 33.890, *Rec.* tables p. 574 ; *R.J.F.* 1985, p. 634.

désinfection obligatoire, qui ne peut être assurée qu'au moyen de prestations de service[1]. Cette coopération du service public au maintien de l'ordre public s'observe surtout dans le domaine de la prévention médicale, qui fait appel à des « *prestations sanitaires forcées* »[2] imposant à certains ou à l'ensemble des individus, selon les cas, des actes médicaux effectués, selon le choix du destinataire, soit dans un établissement privé, soit dans le cadre du service public de santé. Examens, dépistages, vaccinations, traitements obligatoires et hospitalisations d'office sont ainsi fréquemment assurés par des services publics, parfois spécialement créés à cette fin[3], et qui sont eux-mêmes soumis à un certain nombre de sujétions résultant, au moins pour partie, de l'ordre public sanitaire[4]. Dans ce cas, l'acte de soins revêt une nature juridique hybride, à la fois prescription de police et prestation de service public.

280 Dans toutes ces hypothèses, il apparaît clairement que les procédés de la police et du service public sont très largement complémentaires : *la police prescrit la fin, le service public assure les moyens*. Outre la dualité statutaire du destinataire de la mesure, cette participation croisée de la prescription et de la prestation se traduit au niveau juridique par une dissociation stricte des régimes appliqués lors des différentes étapes de l'action administrative, dissociation que l'on observe notamment au niveau du contentieux de la responsabilité administrative. La plupart du temps, le juge administratif s'emploie en effet à bien différencier les dommages résultant des obligations juridiques nées de l'ordre public sanitaire de ceux qui sont causés par leur exécution[5]. Par exemple, les demandes d'indemnisation des préjudices subis du fait d'une décision ou, à l'inverse, de la carence ou du retard de l'autorité sanitaire sont généralement appréciées par le juge sur le terrain de la responsabilité de la police administrative. En revanche, les dommages résultant de l'exécution des prescriptions de police relèvent de la responsabilité du service public chargé d'assurer la mise en œuvre et l'exécution des décisions adoptées[6]. Cette distinction

---

[1] Art. L. 3114-1 C.S.P. et décr. n° 67-743 du 30 août 1967 modifié portant règlement d'administration publique relatif aux conditions que doivent remplir les procédés, produits et appareils destinés à la désinfection obligatoire, *J.O.* du 2 sept., p. 8906. *Cf.* C.E., 25 janv. 1939, *Sieur Trébuchet*, n° 58.201, *Rec.* p. 34.

[2] J.-M. AUBY, Droits de l'homme et droit de la santé…, *op. cit.*, p. 677.

[3] C'est par exemple le cas des services d'inspection sanitaire du travail ou celui des services de vaccinations dont la création relevait, jusqu'à une période récente, de la compétence des Conseils généraux (sur la centralisation de ces services : *cf.* la L. n° 2004-809 du 13 août 2004 relative aux libertés et responsabilités locales, précitée). V. également, à propos des services de lutte contre les maladies vénériennes, C.E., Sect., 5 juill. 1957, *Dép. de la Sarthe c. Delle Artus*, préc.

[4] C.E., 15 juin 1955, *Sieur Courtial*, n° 17.597, *Rec.* p. 327 ; – Sect., 18 avr. 1975, *Sieur Guihaumé*, n° 93.134, *Rec.* p. 244. V. également T.A. de Rennes, 1er déc. 1958, *Épx Gueguen*, *Rec.* p. 781 (le service de la médecine du travail chargé des dépistages systématiques a le devoir, « *en raison d'une obligation qui dépasse le seul plan administratif et réglementaire* », de prévenir les personnes des dangers qui menacent leur santé, à charge pour elles de prendre ensuite les mesures utiles)

[5] Bien que les deux soient parfois intimement mêlés : *cf.* C.E., 13 févr. 1948, *C.G.E. c. Cne de Caluire-et-Cuire*, préc. Dans cette affaire, le mauvais entretien d'un ouvrage public de distribution des eaux par le concessionnaire avait provoqué une grave épidémie de fièvre typhoïde dans la commune. Le Conseil d'État retint la responsabilité respective du concessionnaire et de la commune en qualité d'autorité concédante et d'autorité investie des pouvoirs de police sanitaire.

[6] C.E., Sect., 5 juill. 1957, *Dép. de la Sarthe c. demoiselle Artus*, préc.

a parfois suscité la critique de la doctrine, s'agissant notamment des accidents causés par les vaccinations obligatoires avant la création législative d'un régime de réparation pour risque[1]. Le Conseil d'État a en effet systématiquement retenu la responsabilité du service public en considérant ces accidents, non comme la conséquence de l'obligation vaccinale, mais comme le résultat de fautes commises dans les modalités d'exécution de celle-ci[2].

L'activité de service public, loin d'être exclue du maintien de l'ordre public, y collabore donc pleinement. Cette participation s'affirme parfois encore plus directement, le service public pouvant lui-même apparaître comme une modalité de prise en charge des intérêts de la santé publique alternative à la prescription de police.

B.- LE SERVICE PUBLIC, ACTIVITÉ ALTERNATIVE À L'ACTION DE POLICE ADMINISTRATIVE

281 Si la police est incontestablement la modalité principale du maintien de l'ordre public, celui-ci doit être considéré comme une notion « *plus compréhensive que celle de police administrative* »[3]. Il n'existe en effet aucune raison objective d'exclure le service public de cette mission essentielle de l'administration. Au contraire, « *l'osmose est constante, dans la réalité administrative, entre la police et les autres services publics* »[4]. Les services publics participent inévitablement, à titre principal ou secondaire, aux nécessités du maintien de l'ordre. Ils peuvent d'abord offrir les moyens d'un exercice efficace de la police administrative et ainsi constituer des supports indispensables de celle-ci. Ils peuvent en outre s'imposer comme des modalités de prise en charge des intérêts de l'ordre public alternatives à la pure réglementation de police. Ce rôle consacré par le droit positif (1) illustre parfaitement la complétude de ces deux activités de l'administration (2).

1) Un rôle consacré par le droit positif

282 Dire que la prestation de service public concourt au maintien de l'ordre public n'est pas dénué d'ambiguïté. En effet, si aucun texte n'affirme que toute police administrative poursuit obligatoirement et nécessairement l'ordre public, ni même que l'ordre public ne puisse être maintenu que par la prescription de police, la conception classique des

---

[1] *Cf.* notamment F. MODERNE, La responsabilité administrative en cas d'accidents de vaccination : mise au point sur une jurisprudence controversée, note sous C.E., 24 oct. 1973, *Ruelle* et 3 mai 1974, *Épx Berrebi*, *R.D.S.S.* 1974, p. 650-659.

[2] Ce qui, notamment, excluait tout espoir d'indemnisation, dès lors que la vaccination n'avait pas été pratiquée dans le cadre du service public : C.E., 29 avr. 1966, *Sieur Penel*, n° 63.373, *Rec.* p. 296 ; *R.D.P.* 1966, p. 1188 ; – 22 mars 1967, *Min. des Affaires sociales c. Mme Kermegoret*, *R.D.P.* 1967, p. 1048 ; – Sect., 10 nov. 1967, *Sieur Augusto*, préc. ; – 5 déc. 1969, *Épx Mouton*, n° 74.499, *Rec.* tables p. 964 ; *R.D.S.S.* 1970, p. 308, obs. L. DUBOUIS. V. également T.A. de Paris, 4 déc. 1962, *Épx Dehaut*, *Rec.* p. 800. Sur cette question, *cf. supra* n° 144 et *infra* n°s 383 s.

[3] P. BERNARD, *La notion d'ordre public en droit administratif*, *op. cit.*, p. 95.

[4] G. DUPUIS, M.-J. GUÉDON et P. CHRÉTIEN, *Droit administratif*, *op. cit.*, p. 463.

activités de l'administration fait essentiellement, sinon exclusivement, reposer le maintien de l'ordre public sur la police administrative. Pourtant, si la police est désignée comme l'activité administrative du maintien de l'ordre, il ne paraît pas excessif de penser que le service public, quoique n'étant pas *a priori* destiné à cette fonction, y participe inévitablement. En effet, bien que la police et le service public soient traditionnellement considérés comme des activités administratives spécifiques distinctes, leur opposition n'a, semble-t-il, aucune valeur absolue[1]. Bien au contraire, leur rapprochement paraît s'inscrire au cœur même de leur définition[2].

283 D'une part, la perspective fonctionnelle du service public, qui a progressivement supplanté sa définition institutionnelle, en fait une notion particulièrement large désignant « *toute activité d'une collectivité visant à satisfaire un besoin d'intérêt général* »[3]. L'ordre public s'analysant lui-même comme une catégorie de l'intérêt général, la police administrative, activité exercée par l'administration en vue de son maintien, se présente donc, par elle-même, comme un service public[4].

---

[1] D'un point de vue organique, tout d'abord, la police, désignant l'ensemble des personnels chargés du maintien de l'ordre, est incontestablement un service public comme le soutenait déjà le doyen DUGUIT.

[2] V. notamment C. DOURLENS et P.-A. VIDAL-NAQUET, *L'autorité comme prestation*, Paris, Plan urbain, 1993, 189 p. et R. VANDERMEEREN, Police administrative et service public : quand la police administrative et le service public se rencontrent dans les salles de casino et s'unissent sur les pistes de ski, *A.J.D.A.* 2004, n° 35, p. 1916-1922. En ce sens, déjà, *cf.* D. PAPANICOLAÏDIS, *Introduction générale à la théorie de la police administrative*, Th. Droit, Athènes, 1960, Paris, L.G.D.J., 102 p., Préface de Ch. EISENMANN, spéc. p. 19-20.

[3] A. DE LAUBADÈRE, J.-Cl. VÉNÉZIA et Y. GAUDEMET, *Traité de droit administratif*, Paris, L.G.D.J., 11e éd., 1990, t. 1, p. 35, n° 35. Cette définition, qui apparaissait déjà dans la première édition du *Traité élémentaire de droit administratif* d'André DE LAUBADÈRE (1953, p. 35), répond, en l'élargissant, à celle qui en avait été donnée par DUGUIT, fondateur de la notion qu'il percevait comme « *toute activité dont l'accomplissement doit être assuré, réglé et contrôlé par les gouvernants parce qu'elle est de telle nature qu'elle ne peut être réalisée complètement que par l'intervention de la force gouvernante* » (*Traité de droit constitutionnel*, 3e éd., 1928, t. 2, p. 61). Elle est encore privilégiée par la grande majorité des auteurs. *Cf.* sur ce point J.-L. DE CORAIL, L'approche fonctionnelle du service public : sa réalité et ses limites, *A.J.D.A.* 1997, n° spéc. « Le service public », p. 20.

[4] Cette approche de la police comme activité de service public a été explicitement consacrée en jurisprudence. La Cour de cassation a ainsi, dès le début du XXe siècle, expressément considéré le « *service public de la salubrité [comme] rentrant dans la police municipale* », associant ainsi les deux notions sans les distinguer : Cass. civ., 19 juill. 1922, *Ville de Bourges*, *Gaz. Pal.* 16 oct. 1922. Le Conseil d'État a, quant à lui, explicitement qualifié la police d'activité de service public à l'occasion de l'arrêt *Mimouni* du 12 avril 1957 rendu à propos des travaux exécutés d'office sur les immeubles privés sur le fondement de la police des immeubles menaçant ruine. En dépit des conclusions contraires du commissaire du gouvernement TRICOT, le Conseil d'État décida de reconnaître le caractère public des travaux en considérant que « *la commune remplit une mission de service public lorsque, afin d'assurer la sécurité publique, elle exécute d'office, dans un immeuble menaçant ruine, des travaux ordonnés par le maire* » (C.E., 12 avr. 1957, *Sieur Mimouni*, n° 23.754, *Rec.* p. 262 ; *S.* 1957, p. 254, concl. TRICOT ; *D.* 1957, p. 413, concl., note P.L.J. ; *A.J.D.A.* 1957, p. 272, chron. J. FOURNIER et G. BRAIBANT ; *Rev. adm.* 1957, p. 369, note BRICHET). Cette solution, confirmée par la suite (C.E., Sect., 21 déc. 1962, *Ville de Thiais*, n° 53.706, *Rec.* p. 701 ; *A.J.D.A.* 1963, p. 89, chron. Y. GENTOT et J. FOURRÉ), fut notamment étendue à la police des immeubles insalubres (C.E., 30 mai 1962, *Poplin*, préc.) puis, plus généralement, aux activités destinées à prévenir les menaces à l'ordre public (C.E., Ass., 13 févr. 1976, *Deberon*, n° 97.197, *Rec.* p. 100 où l'activité de l'autorité de police consistant à recueillir « *toutes les informations utiles sur les personnes dont l'état mental risque de menacer l'ordre public* » est définie par le Conseil d'État comme « *une mission de service public* »). Sur ce point et en ce sens, *cf.* notamment R. CHAPUS, *Droit administratif général, op. cit.*, t. 1, n° 897, p. 621 ; G. DUPUIS, M.-J. GUÉDON et P. CHRÉTIEN, *Droit administratif*, *op. cit.*, p. 463 et 481 ; A. DE LAUBADÈRE, J.-C. VÉNÉZIA et Y. GAUDEMET, *Traité de droit administratif*, *op. cit.*, t. 1, p. 663 ; M. LOMBARD et G. DUMONT, *Droit administratif*, Paris, Dalloz, 7e éd., 2007, p. 335 ; C. DOURLENS et P.-A. VIDAL-NAQUET, *L'autorité comme prestation*, *op. cit.*, 189 p.

284 D'autre part, le domaine sanitaire n'a pas échappé au mouvement général des XXe et XXIe siècles de transformation de certaines activités de police en activités de service public, mouvement annoncé dès la consécration de la notion fonctionnelle de service public comme pierre angulaire du droit administratif français. On sait en effet que les arrêts fondateurs de la notion de service public comme critère d'application du droit administratif ont été rendus dans des espèces concernant les intérêts traditionnels de la police, c'est-à-dire la sécurité et la salubrité publiques. Dans ses conclusions sur l'affaire *Terrier*, le commissaire du gouvernement ROMIEU vît ainsi un véritable service public dans la mission de destruction des vipères confiée aux particuliers par un département « *dans l'intérêt de la collectivité* »[1]. Surtout, dans l'arrêt *Thérond* du 4 mars 1910, la capture des chiens errants et l'enlèvement des bêtes mortes sont explicitement considérés par le Conseil d'État comme des activités de service public dont l'objet est l'exécution du service de l'hygiène et de la sécurité publiques[2].

De cette consécration, puis de l'élargissement conceptuel de la notion fonctionnelle de service public se sont logiquement ensuivies de profondes mutations des activités de l'administration. En particulier, les autorités administratives ont pu disposer d'une certaine marge de liberté dans le choix des modalités de leur action. Le service public et la police administrative, se rejoignant dans une finalité commune d'intérêt général, intéressent des domaines largement sécants. Pour cette raison, ces deux modes d'intervention publique peuvent, dans certaines circonstances, être substitués l'un à l'autre[3]. Ainsi, peu importe que, pour assurer la propreté des voies publiques ou ouvertes au public, une municipalité renforce l'interdiction de jeter des papiers et des détritus dans les rues[4], impose aux riverains le nettoyage des trottoirs et caniveaux[5] ou qu'elle multiplie les poubelles publiques et développe un service de balayage. La forme de son intervention est indifférente, pourvu que, par son action, elle pourvoie de manière convenable à ses obligations, en l'occurrence la salubrité publique.

Sauf disposition contraire de la loi, l'administration peut donc, pour assurer les intérêts dont elle a la charge, se borner à réglementer l'activité des particuliers ou bien

---

[1] C.E., 6 févr. 1903, *Terrier*, n° 7.476, *Rec.* p. 94, *G.A.J.A.* n° 12 ; concl. J. ROMIEU ; *D.* 1904, 3, p. 65, concl. ; *S.* 1903, 3, p. 25, concl. et note M. HAURIOU. Deux ans plus tard, l'arrêt, *Tomaso-Grecco*, du 10 févr. 1905, faisait par ailleurs de l'activité matérielle de police une activité de service public (*Rec.* p. 139, concl. J. ROMIEU ; *G.A.J.A.* n° 15 ; *S.* 1905, 3, 113, note M. HAURIOU ; *D.* 1906, p. 381, concl.).

[2] C.E., 4 mars 1910, *Thérond*, n° 29.373, *Rec.* p. 193, concl. G. PICHAT ; *D.* 1912, 3, p. 57, concl. ; *S.* 1911, 3, p. 17, concl. et note M. HAURIOU ; *R.D.P.* 1910, p. 249, note G. JÈZE.

[3] *Cf.* J. MOREAU, De l'interdiction faite à l'autorité de police d'utiliser une technique d'ordre contractuel…, *op. cit.*, p. 6 et Droit administratif fondamental…, *op. cit.*, p. 38. V. également J. PETIT, Nouvelles d'une antinomie : contrat et police, *op. cit.*, p. 345 et Police et contrat, *A.C.C.P.* 2007, p. 21.

[4] *Cf.* par exemple, C.E., 23 févr. 1938, *Épx Billy*, n° 56.263, *Rec.* p. 188 (réglementation du déversement des eaux ménagères dans les caniveaux).

[5] C.E., 15 oct. 1980, *Garnotel*, préc.

opter pour la création d'un service public qu'elle assurera en régie ou par délégation[1]. L'hygiène et la salubrité publiques, qui relèvent de la vocation normale de l'administration, sont d'ailleurs reconnues par le Conseil d'État comme des intérêts qui justifient en toutes circonstances l'institution de services publics par l'autorité municipale[2]. Leur création, souvent considérée comme une amélioration du service d'hygiène municipale, bénéficie d'une présomption de légalité dans la mesure où elle s'inscrit dans le cadre de la mission de service public de la santé publique qui leur incombe[3]. Elle échappe dès lors au respect du principe de la liberté du commerce et de l'industrie, même si l'accès au service est soumis à redevance et nonobstant le fait que des entreprises privées existent déjà[4]. Ce choix peut néanmoins être neutralisé par le législateur qui a, par exemple, imposé aux collectivités territoriales la création de certains services d'hygiène et de salubrité tels que les services publics de distribution d'eau et d'assainissement collectif ou d'enlèvement des déchets[5].

Un certain nombre de services publics, qu'il s'agisse de services publics administratifs ou même de services publics industriels et commerciaux[6], interviennent donc directement dans la protection des intérêts de l'ordre public sanitaire. Cette évolution des modes d'intervention de l'administration a dès lors considérablement réduit les hypothèses de mise en œuvre des pouvoirs de police. Au fur et à mesure que le service public s'est ajouté ou substitué aux activités privées, un bon nombre de réglementations relatives à la salubrité publique ont en effet été absorbées par la réglementation de service public. En passant d'une fonction d'encadrement à un rôle de gestion, l'administration a,

---

[1] Sur cette possibilité, reconnue dès la fin du XIXe siècle : C.E., 10 janv. 1890, *Lorin*, préc. Dans ce cas, l'administration gestionnaire du service public doit, bien entendu, respecter les « lois du service public » et, en particulier, veiller à ne pas opérer de discriminations qui, non justifiées par les services rendus, porteraient atteinte au principe d'égalité des citoyens devant le service public : C.E., 6 janv. 1967, *Ville d'Elboeuf*, préc.

[2] C.E., Sect., 22 juin 1917, *Cie générale des Eaux*, n° 45891, *A.J.D.A.* 1917, p. 452 ; – 7 nov. 1919, *Épx Méresse*, n° 62.482, *Rec.* p. 804 ; – 19 mai 1933, *Sieur Blanc*, n° 22.072, *Rec.* p. 540 ; *S.* 1933, p. 381, note R. ALIBERT ; *D.H.* 1933, p. 400 ; – Ass., 12 juill. 1939, *Chbre synd. des maîtres buandiers de Saint-Étienne*, n° 61.053, *Rec.* p. 478 ; *D.* 1940, III, p. 1, comm. P.-L. JOSSE (création d'un service de lavoirs mécaniques, considéré comme une amélioration du service public de l'hygiène) ; – Ass., 14 juin 1963, *Épx Hébert*, n° 51.776, *Rec.* p. 364 ; *A.J.D.A.* 1963, p. 63, concl. J. MÉRIC et – Sect., 23 juin 1972, *Soc. « La Plage de la Forêt »*, n° 81.486, *A.J.D.A.* 1972, p. 642, chron. D. LABETOULLE et P. CABANES (création d'une piscine municipale).

[3] *Cf.* sur ce point le second considérant de l'arrêt C.E., Sect., 23 juin 1972, *Soc. « La Plage la Forêt »*, préc. et la note de M. LABETOULLE et M. CABANES sous cet arrêt, *A.J.D.A.* 1972, p. 453.

[4] Ce qui n'est toutefois pas le cas de l'extension du service public industriel et commercial de l'assainissement non collectif : C.E., 23 mai 2003, *Cté de cnes Artois-Lys*, n° 249995, *Rec.* p. 234 ; *R.F.D.A.* 2004, p. 299, note B. FAURE ; *R.J.F.* 2003, n° 1068, p. 734 et n° 1069, p. 736 ; *B.J.C.L.* 2003, p. 753, concl. P. COLIN.

[5] Art. L. 2224-7-1 et L. 2224-8 C.G.C.T. pour l'assainissement collectif et art. L. 2224-13 et L. 2224-14 C.G.C.T. pour l'enlèvement des déchets. En application de l'art. L. 2224-15, les conditions minimales d'exécution des services d'enlèvement des déchets ménagers sont fixées par décret en Conseil d'État (*cf.* le décr. n° 96-1008 modifié du 18 nov. 1996 relatif aux plans d'élimination des déchets ménagers et assimilés, *J.O.* du 24 nov., p. 17138 ; rectif. au *J.O.* du 11 janv. 1997, p. 513 et la circ. du 28 avr. 1998 sur la mise en œuvre et l'évolution des plans départementaux d'élimination des déchets, *Mon. T.P.* 15 mai 1998, p. 346)

[6] L'art. L. 2224-11 C.G.C.T. précise ainsi que « *les services publics d'eau et d'assainissement sont financièrement gérés comme des services à caractère industriel et commercial* ».

en quelque sorte, transformé la nature juridique de son intervention[1]. Elle a aussi, et du même coup, modifié la situation des administrés qui ont, dans ce cadre, accédé au statut d'usagers du service public, ce qui leur confère un certain nombre de droits supplémentaires[2], et dont une partie des obligations a été reprise par le gestionnaire du service. Cette mutation s'observe, par exemple, dans le domaine de l'enlèvement des déchets ménagers. La question a très tôt fait l'objet de réglementations prescrivant aux propriétaires les conditions de stockage et de déversement des déchets. Or ces prescriptions, règles de police à l'époque du préfet POUBELLE[3], sont aujourd'hui intégrées parmi les règles d'organisation du service public[4] et peuvent même, lorsque le service est délégué, être édictées sous une forme contractuelle[5].

L'activité de service public semble donc bien s'imposer comme une modalité de prise en charge des intérêts de la santé publique alternative à la prescription de police. Cette participation du service public au maintien de l'ordre public sanitaire oblige de la sorte à considérer ces deux formes d'intervention sous l'angle de leur complémentarité plutôt qu'à les concevoir comme des procédés d'action administrative opposés.

---

[1] En ce sens, *cf.* l'art. L. 2224-17 C.G.C.T. qui souligne que « *l'obligation générale d'entretien à laquelle sont soumis les propriétaires et affectataires du domaine public comporte celle d'éliminer ou de faire éliminer les déchets qui s'y trouvent* ».

[2] Le service public, soumis aux règles d'égalité, de continuité et de mutabilité, doit également veiller à la qualité des prestations qu'il fournit.

[3] C.E., 2 févr. 1900, *Sieur Crépey*, préc. ; – 9 nov. 1917, *Bosc et Vernazobre*, n° 51.528, *Rec.* p. 702 ; – 21 févr. 1919, *Caille et a.*, n° 49.858, *Rec.* p. 179 ; – 22 juill. 1933, *Sieur Heimann*, n° 23.571, *Rec.* p. 843.

[4] Art. L. 2224-16 du C.G.C.T. Pour un exemple C.E., 13 mai 1964, *Tonnabel*, n° 55.514, *Rec.* tables p. 849 s'agissant de deux arrêtés municipaux, jugés légaux, relatifs aux services d'enlèvement des ordures ménagères concernant l'un, l'itinéraire de la benne de ramassage des ordures et l'autre, les conditions dans lesquelles les propriétaires doivent balayer les rues et porter les ordures ménagères aux agents chargés du ramassage.

[5] La gestion du service de collecte des ordures ménagères peut se faire en régie, par délégation ou par marché d'entreprise de travaux publics : C.E., 11 déc. 1963, *Ville de Colombes*, n° 55976, *Rec.* p. 612 ; *A.J.D.A.* 1964, p. 122, obs. P.L. Un contrat de concession peut donc comprendre certaines clauses réglementaires relatives à l'organisation de cette collecte : C.E., Ass., 10 juill. 1996, *M. Cayzeele*, n° 138536, *Rec.* p. 274 ; *A.J.D.A.* 1996, p. 372, chron. D. CHAUVAUX et T.-X. GIRARDOT ; *C.J.E.G.* 1996, p. 382, note Ph. TERNEYRE ; *R.F.D.A.* 1997, p. 89, note P. DELVOLVÉ. On peut également illustrer ce propos par l'exemple du fonctionnement des abattoirs et de l'équarrissage. Aujourd'hui défini par la loi comme un service public de l'État (art. L. 226-1 C. rur.), l'équarrissage a longtemps été exclu de la sphère publique pour être réservé aux particuliers. À la fin du XIXe siècle, la seule intervention administrative en ce domaine résultait donc des impératifs de la salubrité et de l'ordre publics. La loi. du 8 janv. 1905 précitée a toutefois nettement favorisé le remplacement des établissements d'abattage privés par des établissements publics en prévoyant notamment que la mise en activité de tout abattoir légalement établi dans une commune pour son compte ou pour le compte d'un syndicat de communes entraînerait de plein droit la suppression des triperies particulières situées dans un périmètre déterminé par le préfet du département (sur le caractère substantiel de cette formalité : C.E., 21 janv. 1925, *Dame Grassan*, *Rec.* tables p. 1160 ; sur la suppression de plein droit des tueries et triperies particulières situées dans ce périmètre : C.E., Ass., 11 août 1944, *Dames Linossier*, nos 69.046 et 69.047, *Rec.* p. 229). Cette disposition a progressivement conduit à faire de l'équarrissage un véritable service public. Les relations entre les utilisateurs privés et l'administration se sont dès lors transformées, la réglementation de police ayant progressivement cédé la place à des règles justifiées par la gestion du domaine public et l'organisation du service public : C.E., Sect., 2 nov. 1956, *Sieur Biberon*, préc.

2) Une illustration de la complétude des activités administratives

285 La prise en charge des objets de la police par le service public n'est pas à l'abri de toute critique. D'une part, comme l'a souligné le doyen VEDEL, la création d'un service public emporte la plupart du temps une atteinte plus importante à la liberté que l'utilisation de la police administrative, dans la mesure où elle réduit, voire supprime, le champ de l'initiative privée[1]. D'autre part, de tels services pouvant être délégués par voie de concession, il est arrivé que les règles relatives à l'hygiène et à la salubrité publiques soient édictées sous une forme contractuelle, ce qui a posé certains problèmes s'agissant du respect du principe de légalité. Le Conseil d'État a en effet reconnu la validité et l'opposabilité de ces dispositions formellement contractuelles mais matériellement réglementaires[2]. Néanmoins, jusqu'à l'arrêt d'Assemblée *M. Cayzeele* du 10 juillet 1996[3], le juge de l'excès de pouvoir a constamment refusé de recevoir les recours dirigés contre de telles clauses réglementaires contenues dans les contrats administratifs[4]. En dépit des atténuations apportées à cette jurisprudence grâce à la théorie des actes détachables[5], puis par le déféré préfectoral institué par la loi du 2 mars 1982[6], tout un ensemble de règles portant sur des objets de police et souvent similaires dans leur contenu à celles édictées par les autorités de police administrative échappait donc au contrôle de la légalité.

286 Du point de vue de la protection de la santé publique cependant, un tel système présente d'incontestables avantages qui soulignent l'étroite complémentarité des activités de police et de service public. Le choix du législateur ou de l'administration de créer un

---

[1] G. VEDEL, Les bases constitutionnelles du droit administratif, *op. cit.*, p. 26.

[2] *Cf.* notamment C.E., 21 déc. 1906, *Synd. des propriétaires et contribuables du quarter Croix-de-Serguey-Tivoli*, n° 19.167, *Rec.* p. 962, concl. J. ROMIEU ; *G.A.J.A.* n° 17 ; *D.* 1907, 3, p. 41, concl. ; *S.* 1907, 3, 33, note M. HAURIOU.

[3] C.E., Ass., 10 juill. 1996, *M. Cayzeele*, préc.

[4] *Cf.* C.E., 20 déc. 1933, *Sieur Chamfrault*, n° 19.030, *Rec.* p. 1202 ; – Sect., 20 janv. 1978, *Synd. nat. de l'enseignement technique agricole public*, préc. ; – Ass., 16 avr. 1986, *Cie Luxembourgeoise de télédiffusion et a.*, nos 75.040, 75.087, 75.110, 75.144, 75.525, 75.575 et 76.616, *Rec.* p. 97 ; *R.D.P.* 1986, p. 857, concl. O. DUTHEILLET DE LAMOTHE ; *A.J.D.A.* 1986, p. 284, chron. M. AZIBERT et M. FORNACCIARI ; *D.* 1987, p. 97, note F. LLORENS ; – 17 déc. 1986, *Synd. de l'Armagnac et des vins du Gers*, nos 76.115 et 77.265, *Rec.* tables p. 607 ; *R.F.D.A.* 1987, p. 19, concl. M. FORNACCIARI ; *A.J.D.A.* 1987, p. 80, chron. M. AZIBERT et M. DE BOISDEFFRE. Cette jurisprudence était conforme au principe d'irrecevabilité des recours pour excès de pouvoir formés contre un contrat administratif.

[5] C.E., 4 août 1905, *Sieur Martin*, n° 14.220, *Rec.* p. 749, concl. J. ROMIEU ; *G.A.J.A.* n° 16 ; *D.* 1907, 3, 49, concl. ; *R.D.P.* 1906, p. 249, note G. JÈZE ; *S.* 1906, 3, 49, note M. HAURIOU. V. également P. WACHSMANN, La recevabilité du recours pour excès de pouvoir à l'encontre des contrats. Pour le centenaire de l'arrêt *Martin*, *R.F.D.A.* 2006, n° 1 p. 24-32. Sur les conséquences de l'annulation d'un acte détachable sur la validité du contrat administratif : C.E., 1er oct. 1993, *Soc. « Le Yacht-Club International de Bormes-les-Mimosas »*, n° 54660, *Rec.* p. 875 ; *A.J.D.A.* 1993, p. 810, concl. M. POCHARD ; *R.F.D.A.* 1994, p. 248, note D. PACTEAU ; – Sect., 7 oct. 1994, *M. et Mme Lopez*, n° 124244, *Rec.* p. 340, concl. R. SCHWARTZ ; *R.F.D.A.* 1994, p. 1090, concl., note D. POUYAUD ; *A.J.D.A.* 1994, p. 914, chron. L. TOUVET et J.-H. STAHL ; – Sect., 26 mars 1999, *Soc. Hertz France*, nos 202256, 202258, 202259 et 202262, *Rec.* p. 96 ; *A.J.D.A.* 1999, p. 427, concl. J.-H. STAHL ; *R.F.D.A.* 1999, n° 5, note D. POUYAUD.

[6] L. n° 82-213 du 2 mars 1982 relative aux droits et libertés des communes, des départements et des régions, *J.O.* du 3 mars, p. 730. Le Conseil d'État, suivant les conclusions du commissaire du Gouvernement, a donné au déféré le caractère d'un recours pour excès de pouvoir, y compris lorsqu'il est dirigé contre des contrats : C.E., Sect., 26 juill. 1991, *Cne de Sainte-Marie de la Réunion*, n° 117717, *Rec.* p. 302 ; *R.F.D.A.* 1991, p. 966, concl. H. LEGAL.

service public plutôt que de recourir à la seule réglementation de police est en effet le plus souvent opéré pour des raisons d'efficacité. Sans doute, cette création dépasse-t-elle parfois le champ des activités naturelles et obligatoires de l'administration. En dépit de certaines hésitations[1], le Tribunal des conflits a ainsi eu l'occasion de préciser que le ramassage des ordures ménagères, bien que poursuivant l'intérêt de la salubrité publique, n'est pas une attribution exclusive de la puissance publique[2]. Ce qui est réservé à l'administration, c'est la réglementation de la collecte des ordures ménagères et non le service lui-même[3]. Celui-ci peut donc prendre la forme d'un service public industriel ou commercial dès lors qu'il est financé par la perception d'une redevance[4]. La création d'un tel service public apparaît toutefois comme une garantie supplémentaire du respect des règles d'hygiène et de salubrité publiques, puisqu'elle assure la bonne exécution de l'activité par une prise en charge globale de celle-ci. La collectivité est donc moins exposée aux risques qui pourraient survenir du fait de la négligence de certains particuliers[5].

287 Par ailleurs, les obligations de l'administration en termes de protection de la santé publique sont maintenues, voire même renforcées[6]. D'une part, celle-ci peut être tenue

---

[1] T.C., 27 nov. 1933, *Verbanck*, *Rec.* p. 1248 ; *S.* 1934, 3, 33, note R. ALIBERT ; *D.* 1934, 3, 9, concl. E. ROUCHON-MAZERAT, note M. WALINE.

[2] T.C., 11 juill. 1933, *Dame Mélinette*, *Rec.* p. 1237, concl. E. ROUCHON-MAZERAT ; *D.* 1933, 3, p. 65, concl., note Ch. BLAEVOET ; *R.D.P.* 1933, p. 426, concl., note G. JÈZE ; *S.* 1933, 3, 97, note R. ALIBERT qui a pu apparaître comme un arrêt « isolé » (v. le comm. n° 1 sous l'art. L. 2224-13 C.G.C.T., éd. Dalloz, 2008).

[3] *Cf.* les art. R. 2224-23 C.G.C.T. et la réponse du Min. chargé de la Santé n° 3581 du 11 déc. 2007, *J.O. Ass. nat.* Q., p. 7871 ; *J.C.P.* A 2007, act. 1124.

[4] *Cf.* C.E., avis de Sect., 10 avr. 1992, *S.A.R.L. Hofmiller*, n° 132539, *Rec.* p. 159 ; *A.J.D.A.* 1992, p. 688, note X. PRÉTOT ; *C.J.E.G.* 1992, p. 480, note J.-F. LACHAUME ; *Gaz. Pal.* 1992, 2, 74, note M.-F. PORTNOI ; *R.F.D.A.* 1994, p. 159, concl. J. ARRIGHI DE CASANOVA ; T.C., 7 oct. 1996, *Mme Breton c. Cne de Gennes*, n° 2976, *Rec.* p. 755 ; *Gaz. Pal.* 1997, 1, 164 ; – 23 juin 2003, *Soc. Clinique de la Pointe Rouge c. Cté urbaine de Marseille-Provence-Métropole*, n° C3367, *R.J.F.* 2003, n° 1330, p. 934 et Cass. civ. 1ère, 14 déc. 2004, *Cté de Cnes de l'île d'Oléron c. Épx Broussier*, n° 03-10.058 ; *Bull. civ.* I, n° 323, p. 268 ; *J.C.P.* A 2005, n° 1066, note O. RENARD-PAYEN *Cf.* également s'agissant des services publics d'assainissement et de distribution d'eau : T.C., 12 janv. 1987, *Cie des Eaux et de l'Ozone c. S.A. Ét. Vetillard*, n° 2432, *Rec.* p. 442 ; *R.F.D.A.* 1987, p. 284, concl. O. MASSOT ; *Petites affiches* 1987, n° 45, obs. J. MORAND-DEVILLER ; *Gaz. Pal.* 1987, 1, 365, note M.-F. PORTNOI ; *R.J.F.* 1988, p. 284, étude R. TEXIDOR ; – 19 déc. 1988, *Soc. de distribution d'eau intercommunale (S.D.E.I.)*, n° 2549, préc. et C.E., 17 déc. 1982, *Préfet de la Charente Maritime*, n° 23.293, *Rec.* p. 427 ; *R.J.F.* 1983, p. 262, note F. MODERNE ; – 20 janv. 1988, *S.C.I. la Colline c. Cne de La Benisson-Dieu*, n° 70.719, *Rec.* p. 21 ; *R.F.D.A.* 1988, p. 880, concl. Ch. DE LA VERPILLÈRE ; *A.J.D.A.* 1988, p. 407, note J.-B. AUBY ; *C.J.E.G.* 1988, p. 328, concl. et p. 330, note D. DELPIROU.

[5] On comprend dès lors que certains arrêts aient considéré de tels services comme des services publics administratifs en raison de leur objet : T.C., 27 nov. 1933, *Verbanck*, préc. ; C.E., Sect., 9 févr. 1934, *Sieur Mabille*, n° 26.843, *Rec.* p. 201 ; *S.* 1934, 3, 9, note M. WALINE ; *D.* 1934, p. 3, concl. D. LATOURNERIE ; T.C., 28 mai 1979, *Synd. d'aménagement de la ville nouvelle de Cergy-Pontoise c. Cie gle d'entreprise automobile*, n° 02120, *Rec.* tables p. 658 ; *D.* 1979, IR, p. 386, obs. P. DELVOLVÉ.

[6] En ce sens, *cf.* C.E., 10 janv. 1890, *Lorin*, préc. qui, nonobstant le principe alors en vigueur de l'irresponsabilité des personnes publiques du fait de leurs activités de police, affirme, par application du droit des contrats administratifs, le droit à indemnisation de l'entrepreneur chargé du nettoiement de la voie publique en cas d'inexécution totale ou partielle des règlementations de police qui, annexées au cahier des charges, « *font corps avec lui* ». Sur le contentieux de la responsabilité dans les matières où l'administration cumule les fonctions de police et de gestion du service public, *cf. supra* n° 195.

pour responsable des dommages sanitaires nés de ses activités de gestion[1]. D'autre part, la création de services publics ne peut avoir pour effet de supprimer la police administrative. L'existence de services publics chargés de l'hygiène et de la salubrité publiques n'emporte donc jamais la confiscation des pouvoirs de police qui sont inaliénables[2]. Quelles que soient l'origine du service public et les modalités de sa prise en charge, l'autorité de police est toujours compétente dans le maintien de l'ordre public[3]. Certes, s'il ne disparaît pas, le pouvoir de police ne trouvera plus guère à s'exercer que dans les hypothèses où les pouvoirs de gestion du service public ne suffisent plus à assurer la sécurité et la salubrité publiques. Le principe directeur en la matière reste finalement celui de l'adaptation de l'action administrative aux nécessités du maintien de l'ordre telles qu'elles apparaissent en fait. L'organisation d'un service public rend normalement inutile la prescription de police dans la mesure où les obligations de l'administration gestionnaire du service se substituent de plein droit aux obligations incombant aux particuliers et que la réglementation sanitaire est absorbée par la réglementation du service public. Toutefois, en cas d'impossibilité pour l'administration gestionnaire d'empêcher ou de faire cesser un risque, l'usage des pouvoirs de police s'impose à l'administration-puissance publique[4]. Toute négligence à l'un ou l'autre de ces stades peut engager la responsabilité de la collectivité publique[5].

Plus que des procédés d'action opposés, la police administrative et le service public doivent donc être considérés comme des activités très complémentaires, concourant l'une

---

[1] *Cf.* par exemple C.E., 13 févr. 1948, *C.G.E. c. Cne de Caluire-et-Cuire*, préc. En particulier, les collectivités publiques peuvent être tenues pour responsables des dommages résultant d'un défaut d'entretien de leurs ouvrages publics : C.E., 18 avr. 1969, *Soc. « Agence française de papeterie Cenpa » et Soc. « La Rochelle Cenpa »*, n° 70.502, *Rec.* tables p. 975 ; – 25 juin 1971, *Ville d'Angoulême*, n° 79.507, *Rec.* p. 481 ; – 10 avr. 1974, *Ville de Cannes c. Soc. Ricordel*, n° 87.745, *Rec.* p. 226 ; – 10 juill. 1977, *Cne de Tantonville*, n° 99.716, *Rec.* tables p. 995 ; – 11 févr. 1981, *Synd. intercommunal d'assainissement du Sud-Ouest de Lille*, n° 12.869, *Rec.* tables p. 953 ; – 11 mars 1983, *Ville de Saint-Étienne*, n°s 28.737 et 29.141, *Rec.* tables p. 805.

[2] Sur ce point, *cf. supra* n°s 166 s. Sur les conséquences de ce principe : Cass. civ. 2e, 3 juin 2004, *Communauté urbaine du Mans*, n° 02-14128, *Bull. civ.* II, n° 270, p. 227 ; *A.J.D.A.* 2004, p. 1213, obs. M.-C. DE MONTECLER.

[3] C'est le principe de l'arrêt du Conseil d'État, *Cts Amoudruz*, du 23 mai 1958, précité (le fait qu'une commune ait confié par convention l'exploitation du service des bains à un particulier et l'ait chargé d'assurer, en ses lieu et place, l'exécution de diverses mesures spécifiées dans la convention en vue de la protection des baigneurs, ne saurait, s'agissant d'une mission afférente à l'exercice de la police municipale, dégager la collectivité de la responsabilité qu'elle peut encourir directement envers la victime d'un accident du fait de l'existence d'une faute provenant de l'insuffisance des mesures prescrites pour la prévention des accidents et le sauvetage des victimes), notamment rappelé par C.E., 4 oct. 1961, *Dame Verneuil,* n° 48.862, *Rec.* p. 533 et – 21 juin 2000, *S.A.R.L. Plage Chez Joseph*, n°s 212100 et 212101, *Rec.* p. 282 ; *R.F.D.A.* 2000, p. 797, concl. C. BERGEAL ; *C.J.E.G.* 2000, p. 374 ; *B.J.C.P.* 2000, n° 12, p. 355 (« *Le concessionnaire chargé de l'équipement, de l'entretien et de l'exploitation de la plage, doit également veiller à la salubrité de la baignade et au respect des mesures destinées à assurer la sécurité des usagers dans les conditions prévues par le sous-traité, sous le contrôle de la commune et sans préjudice des pouvoirs qui appartiennent à l'autorité de police municipale* »).

[4] En ce sens, il a récemment été admis par la Cour administrative d'appel de Lyon qu'un préfet peut, au titre de ses pouvoirs de police administrative, et pour des motifs de salubrité publique, prendre des arrêtés de réquisition dès lors que les appels d'offres lancés en vue de l'attribution du service de l'équarrissage ont été déclarés infructueux : C.A.A. de Lyon, 10 mai 2007, *Soc. des établissements Verdannet*, n°s 02LY01154 et 02LY01650, *A.J.D.A.* 2007, p. 1986, concl. D. BESLE.

[5] C.E., 13 févr. 1948, *C.G.E. c. Cne de Caluire-et-Cuire*, préc.

et l'autre à la protection de la santé publique. Par conséquent, on ne peut exclure le service public des activités du maintien de l'ordre public sanitaire. Comme le relève M. MOREAU, « *le droit de la police et le service public mélangent leurs eaux [… car] c'est de leur confluence que le résultat recherché [le maintien et l'amélioration de la santé de tous] sera effectivement atteint* »[1].

[1] J. MOREAU, Droit fondamental…, *op. cit.*, p. 40-41.

CONCLUSION DU CHAPITRE

288 S'il existe bien un cadre juridique de l'ordre public sanitaire, son droit se caractérise donc avant tout par son extrême disparité. Celle-ci ne peut être attribuée à une cause unique, mais relève tout autant de l'ordre du fait que de celui du droit. La diversité du droit de l'ordre public sanitaire est d'abord liée à l'hétérogénéité même du risque sanitaire qui en constitue l'objet. Elle est aussi, et peut-être principalement, due aux raisons qui ont fondé l'intervention sanitaire de l'État et, d'une certaine manière, à son inspiration philosophique et politique. Quoiqu'ancienne, l'action sanitaire de l'État a aussi été progressive, variable et multiforme. Ce n'est qu'au début des années 2000 en effet que ses responsabilités en la matière ont été clairement identifiées et inscrites dans une politique plus construite de santé publique.

D'abord débordé par l'offre de soins, puis happé par les préoccupations de la sécurité, le droit de l'ordre public sanitaire s'est surtout constitué au coup par coup, souvent dans l'urgence, sans répondre à une véritable logique d'ensemble. Sans doute, l'affaire du sang contaminé a-t-elle ouvert une nouvelle ère, plus favorable à la santé publique. Mais « *le prurit législatif et réglementaire qui caractérise le droit de la santé depuis l'apparition de la notion de sécurité sanitaire* »[1] a encore ajouté à la dispersion et à la diversité du droit de la santé publique. Il faut d'ailleurs reconnaître que, aujourd'hui encore, l'intervention de l'État est souvent davantage subie que réellement voulue par lui, à ceci près qu'à la pression des évènements s'ajoutent aujourd'hui les contraintes du droit communautaire.

Divers pour ne pas dire confus, le droit de l'ordre public sanitaire s'est, de la sorte, constitué sans réelle homogénéité, par un flux de dispositions aux causes, aux modalités et aux objectifs variables dans lesquelles il reste difficile de discerner une véritable logique d'ensemble. Ces défauts majeurs, principalement dus aux choix politiques de l'État, se retrouvent logiquement dans l'organisation de l'administration chargée du maintien de l'ordre public sanitaire.

---

[1] D. TABUTEAU, *ibid.*, p. 841.

CHAPITRE 2
LA DISPERSION DE L'ADMINISTRATION CHARGÉE DU MAINTIEN DE L'ORDRE PUBLIC SANITAIRE

289 La dispersion de l'administration chargée du maintien de l'ordre public sanitaire témoigne des difficultés rencontrées par les pouvoirs publics à reconnaître et à concevoir la dimension régalienne de la santé publique et, partant, à élaborer un système d'administration adapté à ses exigences. La faiblesse institutionnelle de la santé publique a été maintes fois dénoncée par les juristes et par les responsables administratifs et politiques comme étant au moins partiellement à l'origine des graves problèmes de santé publique qui ont affecté la France depuis les années 1980[1]. Ont notamment été critiqués le caractère disparate, la complexité et le manque de cohérence de cette administration qui fait intervenir d'innombrables acteurs.

290 Cet état de fait a conduit le législateur du 4 mars 2002 à rechercher les moyens d'une coordination entre ces différents intervenants notamment par la mise en place d'une procédure d'élaboration de la politique de prévention[2] et la création d'un Comité technique national de prévention[3] auquel la loi n° 2004-806 du 9 août 2004 a substitué le Comité national de santé publique[4]. Celui-ci a notamment pour mission de contribuer à la politique du Gouvernement dans les domaines de la sécurité sanitaire et de la prévention, d'en examiner les conditions de financement et de coordonner l'action des différents départements ministériels. Il n'en demeure pas moins que, même réduite aux autorités spécifiquement chargées du maintien de l'ordre public sanitaire, l'administration française de la santé se caractérise par son extrême dispersion. On observe d'une part, un fort enchevêtrement des compétences locales et des compétences nationales, ce qui témoigne notamment de la difficulté à fixer le lieu géographique du maintien de l'ordre

---

[1] V. entre autres J.-M. LEMOYNE DE FORGES, L'intervention de l'État en matière sanitaire..., *op. cit.*, p. 496-498 ; A. MORELLE, *La défaite de la santé publique*, *op. cit.*, p. 211-212 ; J. PICQ, *L'État en France. Servir une nation ouverte sur le monde*, Rapport sur les responsabilités et l'organisation de l'État, Paris, 1995, La Documentation française, p. 90 et C. HURIET, *Renforcer la sécurité sanitaire en France*, Rapport d'information n° 196 (1996-1997) fait au nom de la commission des Affaires sociales du Sénat, Annexe au procès-verbal de la séance du 30 janv. 1997, p. 55.

[2] Procédure qui, substantiellement modifiée par la L. n° 2004-806 du 9 août 2004, n'a, au demeurant, jamais été appliquée.

[3] Art. 79 de la L. n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, préc. (anc. art. L. 1417-3 C.S.P.). Organisé par le décr. n° 2002-639 du 29 avr. 2002, ce Comité technique réunissait des représentants des ministères concernés, de l'assurance maladie, des collectivités territoriales, de l'A.F.S.S.A., de l'A.F.S.S.A.P.S., de l'A.F.S.S.E., de l'InVs, ainsi que des personnalités qualifiées (*J.O.* du 30 avr., p. 7795 ; *B.J.S.P.* 2002, n° 52, p. 8).

[4] L. n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique, préc. Le C.N.S.P. a été organisé par le décr. n° 2005-1202 du 22 sept. 2005 aux art. R. 1413-25 à R. 1413-32 C.S.P. (*J.O.* du 25 sept., p. 15399 ; *B.J.S.P.* 2005, n° 88, Pan., p. 2).

public sanitaire, à la fois fonction régalienne et affaire de proximité (Section 1). On constate d'autre part, une diversification constante des intervenants (Section 2).

SECTION 1
LA POLICE SANITAIRE, FONCTION RÉGALIENNE ET AFFAIRE DE PROXIMITÉ

291 L'un des principaux problèmes que rencontre l'organisation de l'administration de la santé tient à la détermination de l'échelon le plus adapté au maintien de l'ordre public sanitaire. Le système de santé publique est aujourd'hui très centralisé, l'État étant officiellement désigné par la loi comme le premier responsable des politiques publiques de protection sanitaire[1]. Néanmoins, en dépit de la centralisation progressive de la police sanitaire (§1), l'idée que la protection de la santé publique exige l'octroi de compétences aux autorités locales n'a jamais été démentie (§2).

§1.- LA CENTRALISATION PROGRESSIVE DE LA POLICE SANITAIRE

292 Le domaine de la police sanitaire n'a été que tardivement touché par le mouvement centralisateur initié au début du XIXe siècle. D'abord liée à la carence des autorités municipales (A), cette centralisation résulte principalement de l'application du principe de subsidiarité qui conduit l'État à intervenir dans tous les domaines où l'action des autorités locales est manifestement insuffisante (B).

A.- LA VOLONTÉ DE PALLIER LA CARENCE DES AUTORITÉS MUNICIPALES

293 Longtemps considéré comme une œuvre d'intérêt local, le maintien de l'ordre public sanitaire a d'abord été confié aux autorités municipales (1). Leur carence systématique a toutefois conduit au dessaisissement progressif de leurs compétences en ce domaine (2).

1) La commune, unité sanitaire de la France[2] (XIXe siècle)

294 Durant tout le XIXe siècle et au début du XXe, la police sanitaire relève essentiellement des autorités municipales. La police générale de la salubrité publique, d'abord confiée aux corps municipaux[3], est, dès la loi du 28 pluviôse an VIII (17 février 1800), transférée aux maires, dont la compétence de principe est notamment confirmée

---

[1] V. notamment l'art. L. 1411-1 C.S.P. issu de la L. n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique.

[2] Cette formule est empruntée à F. BEC, *Les pouvoirs du maire en matière d'hygiène publique de 1789 à 1902. Leur nature – leur étendue – leur sanction*, Th. Droit Aix-Marseille, Paris, Librairie nouvelle de droit et de jurisprudence Arthur Rousseau, 1907, p. 23.

[3] Art. 50 du décr. du 14 déc. 1789 et art. 3, titre XI, de la L. des 16-24 août 1790, préc.

par la loi du 5 avril 1884. Les autorités municipales sont également investies de la plupart des pouvoirs définis par des textes particuliers, bien que ceux-ci restent rares jusqu'à la loi du 15 février 1902, l'engagement de l'État étant lui-même limité. L'action sanitaire des autorités centrales se résume d'abord au rappel de quelques réglementations de l'ancien droit[1], puis en la réglementation de certaines questions qui, se posant partout en des termes identiques[2] et/ou mettant en jeu des intérêts nationaux ne pouvant être laissés à la discrétion des autorités locales[3], exigent une intervention particulière de l'État. Comme plus tard la loi du 15 février 1902, ces textes ont le plus souvent été adoptés en réaction aux carences des autorités locales[4]. Les autorités municipales conservent néanmoins l'essentiel des compétences en matière de salubrité publique.

Ce rôle prépondérant des autorités municipales dans le maintien de l'ordre public sanitaire s'explique par différentes raisons. La première est d'ordre historique : la police sanitaire est née en France à travers le droit des villes et des cités et l'idée persiste au XIXe siècle que si l'ordre public sanitaire relève des missions régaliennes, la mise en œuvre des pouvoirs de police sanitaire revient, par nature, aux autorités locales. Cette organisation répond ensuite à des raisons pratiques liées à la spécificité de la matière : l'évanescence du risque sanitaire est telle, en effet, que les médecins du XIXe siècle croient longtemps en la naissance spontanée des maladies qui oblige à une action de proximité[5]. Même lorsque le législateur ne confie pas au maire l'exercice des compétences sanitaires, la commune reste donc le lieu de la salubrité publique. Les prérogatives de police sanitaire confiées au gouvernement par la loi du 16 septembre 1807, dite de « dessèchement des marais », s'exercent ainsi sur le territoire communal[6]. De même, la loi du 13 avril 1850 relative à l'habitat insalubre conserve le schéma municipal en confiant l'exercice de la police de l'habitat insalubre au conseil municipal.

---

[1] Sur ce point, on peut notamment consulter F. BEC, *Les pouvoirs du maire en matière d'hygiène publique de 1789 à 1902…*, *op. cit.*, p. 45.

[2] C'est ainsi que le décr. du 23 prairial an XII (12 juin 1804) généralise la réglementation relative aux sépultures et inhumations (*Rec. des lois et ordonnances*, t. 10, p. 261, n° 287). *Cf.* également, la L. du 16 sept. 1807 dite de « dessèchement des marais » (*Rec. Duvergier*, t. 26, p. 171 ; *Rec. des lois et ordonnances*, t. 11, p. 198, n° 187) et le décr. du 15 oct. 1810 relatif aux manufactures et ateliers qui répandent une odeur insalubre ou incommode (*Rec. des lois et ordonnances*, t. 12, p. 112, n° 85).

[3] C'est le cas notamment de la protection sanitaire des frontières qui fait l'objet de la première grande loi de police du 3 mars 1822 (*Rec. des lois et ordonnances*, t. 15, p. 450, n° 555).

[4] Ainsi la L. du 19 ventôse an XI (10 mars 1803) relative à l'exercice de la médecine donne au seul gouvernement le droit de concéder, avec les diplômes de docteur ou d'officier de santé, la faculté de pratiquer l'art de guérir (*Rec. des lois et ordonnances*, t. 9, p. 488, n° 778). *Cf.* également le décr. du 15 oct. 1810 qui accorde au gouvernement et au préfet l'essentiel des compétences relatives aux établissements insalubres, le maire ne disposant plus que de la faculté de donner des avis et de former opposition à une autorisation. Il en va de même de la loi du 26 sept. 1807, puisqu'elle accorde au gouvernement le droit d'intervenir pour « *tous les travaux de salubrité qui intéressent les villes et les communes* » (art. 35 à 37). Enfin, la loi du 3 mars 1822 relative à la police sanitaire des frontières n'offre aucune prérogative aux autorités municipales, cette police ressortissant directement du chef de l'État et d'autorités locales spéciales nommées par lui (textes précités).

[5] C'est notamment ce que fait valoir M. BEC lorsqu'il écrit que la matière est « *peu susceptible d'une réglementation générale et définitive ; le pouvoir central, trop éloigné des masses, est mal placé pour en observer et pour en suivre les fluctuations ; son action manquerait souvent d'à propos et de mesure* » (*Les pouvoirs du maire en matière d'hygiène publique de 1789 à 1902…*, *op. cit.*, p. 22).

[6] L. du 26 sept. 1807 relative au dessèchement des marais, précitée.

Il n'y a guère alors que la police médico-pharmaceutique et la police sanitaire des frontières qui n'empruntent à l'administration municipale ni ses structures, ni ses agents. Enfin, des raisons de nature politique et juridique expliquent le caractère municipal de la police sanitaire et la faiblesse de l'engagement sanitaire de l'État. D'une part, l'instabilité politique et constitutionnelle de la France, ainsi que les guerres successives, relèguent le maintien de l'ordre public sanitaire au rang des préoccupations secondaires[1]. D'autre part, l'action sanitaire de l'État achoppe sur la résistance des libéraux, partisans des libertés locales, qui s'opposent à la confiscation des pouvoirs de police dévolus aux maires[2]. C'est donc le maire, parfois le conseil municipal, qui, jusqu'en 1935, a joué le rôle clef dans le maintien de l'ordre public sanitaire. Pour les contemporains, il ne s'agit pas alors de nier le caractère régalien de la police sanitaire[3], mais l'idée domine alors que la sauvegarde de la salubrité publique est une œuvre d'intérêt local.

295 À la fin du XIXe siècle, la salubrité publique n'est toutefois réellement assurée que dans quelques grandes villes industrialisées et l'état sanitaire général de la France montre les dysfonctionnements de ce système. L'essentiel de la législation de l'époque favorise surtout l'assainissement urbain et la protection des populations citadines. Si l'on excepte les dispositifs relatifs à l'assèchement des marais et à la mise en valeur des terrains incultes, qui répondent surtout à des préoccupations économiques, l'essentiel de l'intervention sanitaire se déploie dans le cadre de « l'urbanisme industrialisé » hérité de l'Ancien Régime[4]. De l'aveu même de son auteur, la loi du 13 avril 1850 relative à l'habitat insalubre s'adresse ainsi par priorité aux villes industrialisées rongées par l'insalubrité des logements ouvriers[5]. La protection sanitaire du XIXe siècle n'existe donc véritablement qu'à travers la santé urbaine, encouragée par le prolétariat, qui y perçoit une forme de la protection sociale à laquelle il aspire, mais aussi par la bourgeoisie, effrayée par la saleté des rues et des quartiers populaires. Dans les campagnes à l'inverse, la population, moins au fait de l'hygiène et des savoirs médicaux, ne songe guère à

---

[1] L'ordre public sanitaire est avant tout un ordre public de paix. C'est ce que souligne le sénateur LABBÉ lorsqu'il affirme, à l'occasion des débats préalables au vote de la loi du 15 févr. 1902, que la paix restaurée, c'est désormais « *l'ennemi de chaque jour, celui qui nous environne, nous enserre, nous menace à chaque instant qu'il faut combattre* » (*loc. cit.*, p. 952).

[2] Cette question fait d'ailleurs l'objet de vigoureux affrontements lors des discussions préalables à l'adoption des lois du 5 avril 1884 et du 15 février 1902. *Cf.* par exemple les interventions du sénateur TREILLE lors des débats préalables au vote de la loi du 15 févr. 1902 (séance du 11 déc. 1900, *J.O. Sénat* 1900, p. 952).

[3] Sur ce point, *cf.* F. BEC, *Les pouvoirs du maire en matière d'hygiène publique de 1789 à 1902…*, *op. cit.*, p. 21-23 : si, en France, « *l'unité sanitaire est la commune* » (p. 23), « *la réglementation de l'hygiène publique se rattache à la mission de l'État qui est d'assurer l'ordre et la sécurité du pays ; c'est une des formes de son droit de police du territoire* » (p. 21).

[4] *Cf.* M. FOUCAULT, *Naissance de la clinique*, Paris, 1963, rééd. P.U.F., 1997, coll. Quadrige, p. 215 et P. GOUBERT et D. ROCHE, *Les Français de l'Ancien Régime*, Paris, Armand Colin, 1995, t. 2 : culture et société, p. 175.

[5] Et ce malgré les protestations de Théophile ROUSSEL soulignant, au cours des débats préparatoires, que, « *dans beaucoup de nos provinces, l'habitation de l'homme des champs, du villageois, est au point de vue hygiénique aussi déplorable, plus déplorable même dans certains cas, que l'habitation des ouvriers* » (*Moniteur universel*, 1850, p. 789). *Cf.* F. BURDEAU, Le résistible essor…, *op. cit.*, p. 105.

solliciter une telle intervention dont elle ne perçoit pas l'utilité[1]. Il faut ainsi attendre la loi du 21 juin 1898 relative à la police rurale pour que la spécificité des campagnes soit réellement prise en compte par le législateur[2]. Jusqu'à cette date, les communes rurales sont laissées en dehors du champ d'application de la législation sanitaire, abandon que les autorités municipales, « *par ignorance ou souci de ne pas indisposer leurs concitoyens par des mesures coercitives* »[3], renoncent à pallier. Car, que l'on s'inscrive dans le cadre des législations sanitaires spéciales ou dans celui de la police générale, l'intervention publique en matière sanitaire demeure purement facultative.

Le principe de la loi facultative, vigoureusement combattue par la Chambre des députés en 1930, en ce qu'elle suppose que les autorités administratives soient pleinement acquises à la cause hygiéniste, ne pouvait manquer d'hypothéquer gravement l'efficacité des dispositifs de protection. La loi du 16 septembre 1807 accordant au gouvernement le droit d'intervenir pour imposer des travaux d'assainissement dans les villes et les communes ne fut ainsi appliquée que très exceptionnellement. De même, la loi du 13 avril 1850, archétype de la loi facultative, ne fut jamais mise en œuvre de façon satisfaisante. Les conseils municipaux disposaient en effet de l'entière liberté de créer ou non les commissions spéciales chargées de l'assainissement de l'habitat insalubre. Ils détenaient en outre le monopole du pouvoir de décision qu'ils exerçaient discrétionnairement[4]. Or les élus locaux ne perçurent dans ces prérogatives nouvelles que le risque de s'aliéner une partie de leur électorat, hostile à toute atteinte au droit de propriété. Malgré les encouragements maintes fois réitérés de l'autorité centrale, la plupart des municipalités préférèrent alors ignorer la loi[5].

296 Seuls les maires, disposant de la police générale, pouvaient donc parvenir à imposer les mesures d'assainissement et de salubrité nécessaires à la protection de la santé publique. Mais là encore, la méconnaissance de la matière et l'hostilité de la population, jointes au manque de moyens matériels et financiers des communes, ont favorisé leur inertie. Les conseils d'hygiène et de salubrité créés en 1848 pour aider

---

[1] Elle se montre même souvent hostile à cette intervention dans laquelle elle voit une atteinte injustifiée au droit de propriété et à la liberté individuelle.

[2] L. du 21 juin 1898 sur le Code rural, *J.O.* du 23 juin, p. 3861 abrogée par la L. n° 2007-1787 du 20 déc. 2007 relative à la simplification du droit, précitée.

[3] F. BURDEAU, Le résistible essor…, *op. cit.*, p. 104.

[4] Sur ce point encore, Théophile ROUSSEL avait mis en garde les députés contre la liberté qu'ils accordaient aux municipalités : « *Avec une telle loi, messieurs, que faites-vous ? Très certainement vous ne faites rien : si vous ne donnez pas à la loi un caractère impératif, soyez assurés que dans la plus grande partie des communes […] personne ne saisira le conseil municipal de cette question et qu'elle ne sera même pas discutée. Tout le monde sait quelle est l'apathie des municipalités, et, avec la faculté de faire ou de ne rien faire, il y a pleine certitude que rien ne sera fait* » (cité par L. MURARD et P. ZYLBERMAN, *L'Hygiène de la République…, op. cit.*, p. 6).

[5] En 1853, environ 529 communes possèdent une commission spéciale ; elles ne sont plus qu'une dizaine en 1873 et dans les années 1880, seules Paris, Lille, Le Havre, Roubaix et Nancy disposent encore d'une commission relativement active. Sur toutes ces questions, *cf.* L. MURARD et P. ZYLBERMAN, *L'hygiène de la République…, op. cit.*, p. 5 s. et F. BEC, *Les pouvoirs du maire en matière d'hygiène publique de 1789 à 1902…, op. cit.*, p. 74.

l'administration dans sa fonction sanitaire ne sont jamais parvenus à trouver les moyens d'un fonctionnement efficace[1]. Les comités cantonaux ne virent jamais le jour et les maires renâclèrent à suivre les procédures nécessaires à la saisine des conseils d'arrondissement ou de département qui ne pouvaient être consultés que par les préfets ou les sous-préfets. Par ailleurs, si la loi des 16-24 août 1790 a donné aux maires un pouvoir très général d'intervention en matière de salubrité publique, le texte ne fait aucune mention de leurs obligations, de leurs moyens d'action et des limites de leur intervention. Cette définition revient alors aux juridictions tant administratives que judiciaires. Or, comme le souligne M. BURDEAU, « *à supposer que [les autorités locales] soient sensibles aux vertus de l'hygiène, les tribunaux définissent si restrictivement la nature de leurs compétences qu'ils les condamnent à l'impuissance* »[2]. Ignorants et peureux, à la fois confrontés à l'hostilité des citoyens-électeurs[3] et à la censure des juges, les maires n'agissent pas[4].

À la fin du XIXe siècle, cette situation de carence généralisée conduit les hygiénistes à réclamer une intervention plus vigoureuse de l'État et le dessaisissement des autorités municipales, manifestement incapables d'assurer convenablement leur fonction de maintien de l'ordre public sanitaire.

2) Le dessaisissement progressif des autorités municipales

297 La réaction du pouvoir central à la carence des autorités municipales ne se traduit pas immédiatement par la confiscation de leurs prérogatives. Bien au contraire, dans la lignée de la loi du 5 avril 1884 qui confirme la compétence de principe des maires pour la préservation de l'ordre public, le législateur du 15 février 1902 maintient et même renforce leurs pouvoirs de police sanitaire, en leur donnant la tâche d'élaborer un règlement sanitaire permanent et détaillé pour leur commune et en leur transférant la police de l'habitat insalubre, jusqu'alors exercée par les conseils municipaux. La crainte de nouvelles négligences conduit toutefois le législateur à encadrer plus strictement l'exercice de leurs prérogatives[5].

---

[1] Arr. du 18 déc. 1848 sur l'organisation de conseils d'hygiène publique et de salubrité, *Rec. des lois et ordonnances* 1848, p. 478 (art. 967).

[2] F. BURDEAU, Le résistible essor…, *loc. cit.*, p. 156. Sur cette jurisprudence, *cf. supra* n° 59.

[3] Comme le souligne M. MURARD, « *le point pour un maire, c'est de rester maire. Contraindre l'électeur à déplacer son fumier ou combler un mare croupissante […] bref, blesser le droit de propriété, il lui faudrait une âme de héros* » : La santé publique, matière administrative extraordinaire, *R.F.A.S.* 2001, n° 4, p. 77.

[4] Sur l'ensemble de cette question, *cf.* les concl. G. TEISSIER sur C.E., 5 juin 1908, *Marc et synd. des propriétés immobilières de Paris*, *Rec.* p. 611.

[5] Comme le signale Charles BOURGUIGNON, « *la liberté contrôlée des pouvoirs locaux […] paraît être le régime le plus approprié à une bonne hygiène publique* » (*Des attributions de l'autorité municipale en matière d'hygiène*, *op. cit.*, p. 12). *Cf.* également Ch. CAMPANA, *Du rôle de l'autorité municipale dans la lutte contre les maladies transmissibles (Loi du 15 février 1902)*, Th. Droit, Paris, 1904, Imprimerie Henri Jouve, p. 17.

En premier lieu, le maire est désormais soumis à une obligation d'agir pour le maintien de l'ordre public en général et la protection de la salubrité publique en particulier. Cette obligation est notamment garantie par l'article 99 de la loi du 5 avril 1884 qui octroie un pouvoir de substitution du préfet aux maires récalcitrants, en lui accordant le droit de prendre « *toutes les mesures relatives au maintien de la salubrité* » en cas de négligence des maires du département[1]. Cette obligation d'agir des maires est également affirmée sans ambiguïté par l'article 1er de la loi du 15 février 1902, qui leur impose de déterminer « *les précautions à prendre, en exécution de l'article 97 de la loi du 5 avril 1884, pour prévenir ou faire cesser les maladies transmissibles* » et « *les prescriptions destinées à assurer la salubrité des maisons et de leurs dépendances, des voies privées, closes ou non à leurs extrémités, des logements loués en garni et des autres agglomérations quelle qu'en soit la nature* ». Cette obligation n'est pas assortie de sanction. Néanmoins, l'article 2 fixe aux maires un délai d'un an à compter de la promulgation de la loi pour adopter le règlement sanitaire municipal. Passé ce délai, il revient au préfet du département d'en imposer un d'office après consultation du conseil départemental d'hygiène. Par ailleurs, le texte maintient expressément le pouvoir de substitution du préfet aux maires défaillants prévu par l'article 99 de la loi du 5 avril 1884.

En deuxième lieu, l'ensemble des actes municipaux est soumis au contrôle et à la tutelle du préfet. Ce principe de la loi du 5 avril 1884 est notamment rappelé par l'article 2 de la loi du 15 février 1902 s'agissant des règlements sanitaires municipaux. Avant leur entrée en vigueur, ces règlements sont ainsi soumis à l'approbation du préfet après avis du conseil départemental d'hygiène. Cette procédure, dont les étapes et les formalités sont substantielles[2], est particulièrement importante car elle permet de garantir le contrôle administratif de la légalité des dispositions des règlements sanitaires municipaux et, par l'intervention du conseil départemental d'hygiène, d'assurer celui de la « pertinence sanitaire » de leurs prescriptions[3].

En troisième lieu, la loi du 15 février 1902 donne au préfet les prérogatives nécessaires pour faire face à des situations de danger qui pourraient surgir sur le territoire de la commune en dépit des précautions prises. D'une part, l'article 3 lui accorde le droit d'ordonner, par arrêté spécial s'appliquant à un, plusieurs ou tous les habitants de la commune, l'exécution immédiate des mesures prescrites par les règlements sanitaires en

---

[1] *Cf.* également l'art. 22 de la L. du 21 juin 1898 sur la police rurale relatif au pouvoir de substitution du préfet pour le comblement de mares communales insalubres. Pour un exemple d'application : C.E., 23 oct. 1942, *Cne de Dompierre-sur-Yon*, n° 68.340, *Rec.* p. 283. Cette disposition est aujourd'hui prévue à l'art. L. 2215-1 C.G.C.T.

[2] *Cf.* C.E., 30 juill. 1909, *Sieur Marat c. Maire de Lyon* et *Sieur Baillet* (2 esp.), n° 29.442 et n° 26.843, *Rec.* p. 784 (note) ; – 23 mai 1913, *Soc. fermière de la voirie de Paris*, n° 42.733, *Rec.* p. 558 ; – 10 mars 1916, *Boudenès-Garcin*, n° 54.224, *Rec.* p. 112.

[3] Pour un exemple d'annulation d'un règlement sanitaire municipal par le préfet : C.E., 23 févr. 1906, *Cne de Balesmes*, n° 18.249, *Rec.* p. 170.

cas d'urgence constatée par un arrêté du maire ou, à son défaut, par un arrêté du préfet[1]. D'autre part, l'article 9 institue une procédure spéciale qui, en cas d'insalubrité d'une commune révélée par un nombre excessif de décès, puis constatée par enquête, permet de la contraindre à exécuter les travaux et les modifications jugées nécessaires, quelles que soient les dépenses entraînées[2]. L'intention du législateur de 1902 est donc bien de confirmer la commune comme le lieu de la salubrité publique tout en assurant une protection effective de celle-ci[3].

298 La pratique a toutefois déçu ces espérances et la persistance des problèmes initiaux conduit dans les années 1930 à la départementalisation de la police de la salubrité publique. La première étape de la centralisation de la police de la salubrité publique est franchie par le décret-loi du 30 octobre 1935 qui, modifiant l'article 1er de la loi du 15 février 1902, charge le préfet d'élaborer un règlement sanitaire applicable à toutes les communes du département[4]. Les règlements sanitaires municipaux sont réputés caducs dès la publication du règlement sanitaire départemental[5]. Les maires conservent cependant d'importants pouvoirs en ce domaine. D'une part, l'existence d'un règlement sanitaire départemental n'empêche pas l'adoption de règlements sanitaires municipaux complétant ou aggravant ses dispositions[6]. D'autre part, les maires restent compétents pour assurer l'exécution des règlements sanitaires départementaux[7]. Enfin, ils peuvent toujours faire usage de leurs pouvoirs de police générale lorsque les circonstances le justifient[8]. Il n'y a donc pas de confiscation totale des prérogatives de police des maires[9].

---

[1] Mesure aujourd'hui prévue à l'art. L. 1311-4 C.S.P.

[2] Cette procédure, qui elle aussi existe toujours est aujourd'hui prévue à l'art. L. 1331-17 C.S.P.

[3] Comme le note M. CARVAIS, on espère que le maire, obligé par la loi, ne sera plus soumis aux attaques des propriétaires, ses électeurs, et veillera réellement à exercer ses prérogatives en la matière (La maladie, la loi et les mœurs, *op. cit.*, p. 287). La compétence des maires est d'ailleurs confirmée par la L. du 22 juill. 1912 relative à l'assainissement des voies privées (*J.O.* du 24 juill., p. 6657). La même idée ressort encore de la loi précftée du 1er août 1905 sur la répression des fraudes dans la vente des marchandises et de la falsification des denrées alimentaires et des produits agricoles dont l'art. 9 al. 3 charge les communes d'organiser la police alimentaire, tâche pour laquelle elles peuvent bénéficier de subventions.

[4] Décr.-L. du 30 oct. 1935 prévoyant l'institution d'un règlement sanitaire départemental, *J.O.* du 31 oct., p. 11622.

[5] C.E., Sect., 16 févr. 1962, *Cts Bertholet*, préc.

[6] C.E., Sect., 11 oct. 1963, *Assoc. « Des Amis du site de Clagny »*, préc. ; – 11 avr. 1972, *Ville de Caen*, n° 78.589, *Rec.* p. 302. Dans ce cas, la procédure antérieure est maintenue. En particulier, la consultation du conseil municipal (C.E., 7 mars 1947, *Sieur Harang* et 14 mars 1952, *Sieurs Rodier et Olivier*, précités) et l'avis du conseil départemental d'hygiène (C.E., 28 avr. 1950, *Dame Vve Millou*, précité) constituent toujours des formalités substantielles.

[7] Ce qui est toujours le cas aujourd'hui : C.E., 23 déc. 1941, *Soc. « La Brasserie de Vézelise, Moreau et Cie »*, préc. ; – Sect., 21 févr. 1947, *Sieur Barsi*, préc. ; – 7 mars 1947, *Sieur Harang*, préc. ; – 20 mai 1949, *Sieur Parmentier*, n° 94.587, *Rec.* p. 235 ; – 10 mars 1954, *Dame Vve Picard*, n° 4.853, *Rec.* p. 151 ; – 27 juill. 1990, *Cne d'Azillé c. M. Andorra*, préc.

[8] *Cf.* C.E., 19 mai 1954, *Sieur Legrand* et *Sieur Lagrèze* (2 esp.), préc. ; – 10 mars 1954, *Dame Vve Picard*, préc. ; – 27 juill. 1990, *Cne d'Azillé c. M. Andorra*, préc. ; – 27 févr. 1995, *Synd. nat. des pilotes professionnels d'U.L.M. et Épx Barbier*, n° 139710, *Rec.* p. 941 ; *J.C.P.* 1995, IV, 1516. Sur les règles gouvernant la combinaison de ces pouvoirs, *cf. supra* nos 240 s.

[9] Sur l'ensemble de cette question *cf.* notamment G. LIET-VEAUX, La technique des règlements sanitaires départementaux et communaux, *Rev. adm.* 1964, p. 145-147 et J.-S. CAYLA, La réglementation sanitaire, *R.D.S.S.* 1990, n° 1, p. 35-43.

Ceux-ci ne sont toutefois plus considérés comme les autorités de police sanitaire de droit commun et ne peuvent plus intervenir qu'à titre subsidiaire et complémentaire. La seconde étape de la centralisation de la police sanitaire résulte du décret-loi du 24 mai 1938 qui transfère au préfet la maîtrise de la police des immeubles insalubres[1], compétence qui n'a depuis pas été remise en cause en dépit des réformes successives[2]. La compétence des autorités municipales est ici réduite au maximum[3].

La centralisation de la police sanitaire s'est donc d'abord réalisée en réaction à la carence et à l'inertie des autorités municipales chargées du maintien de l'ordre public sanitaire. D'une manière plus générale, on observe que l'engagement sanitaire de l'État résulte de l'application du principe de subsidiarité qui le conduit à intervenir toutes les fois où l'action des autorités locales n'est pas suffisante ou pas adaptée à la protection de la santé publique.

B.- L'APPLICATION DU PRINCIPE DE SUBSIDIARITÉ

299 Comme le note M. LEMOYNE DE FORGES, le retard de l'engagement de l'État dans le domaine sanitaire s'explique par une philosophie ancrée dans la culture européenne : le principe de subsidiarité[4]. Dans la mesure où la santé publique est traditionnellement considérée comme une affaire de proximité, l'intervention de l'État n'est en effet ressentie comme légitime qu'en cas d'insuffisance de l'action des collectivités locales[5]. Ce principe, déjà présent dans les lois du 15 février 1902 et du 1er août 1905, a, en 2004, justifié la recentralisation de compétences antérieurement transférées aux départements[6].

---

[1] Décr.-L. du 24 mai 1938 relatif à la destruction des immeubles et îlots insalubres, à la construction d'habitations à bon marché et à l'amélioration du logement rural, *J.O.* du 25 mai, p. 5863.

[2] La dernière en date, du 15 déc. 2005, confirme une nouvelle fois la compétence de droit commun du représentant de l'État dans le département (ord. n° 2005-1566 relative à la lutte contre l'habitat insalubre ou dangereux, préc.). L'art. 74 de la L. n° 2004-809 du 13 août 2004 relative aux libertés et responsabilités locales précitée a toutefois permis, à titre expérimental, la participation expérimentales des communes le souhaitant à la politique résorption de l'habitat insalubre.

[3] Le maire ne dispose plus en effet que du droit de faire exécuter d'office les travaux d'assainissement prescrits par le préfet après autorisation du Tribunal de simple police (art. 14). Le conseil municipal est, quant à lui, seulement admis à dénoncer l'insalubrité d'un immeuble, d'un groupe d'immeubles, d'un îlot ou d'un groupe d'îlots rendant nécessaire leur expropriation en vue de l'assainissement ou de l'aménagement de la commune (art. 18) et à délibérer sur les résultats de l'enquête éventuellement menée par le conseil départemental d'hygiène sur ordre du préfet (art. 18 bis). Sur le dispositif aujourd'hui en vigueur, *cf. infra* nos 317, 319 et 343.

[4] J.-M. LEMOYNE DE FORGES, L'intervention de l'État en matière sanitaire..., *op. cit.*, p. 490 et Collectivités locales et protection de la santé publique, in *Les collectivités locales. Mélanges en l'honneur de Jacques MOREAU*, contributions rassemblées par J. PETIT, Paris, Economica, 2003, p. 253-261, spéc. p. 253.

[5] Ce principe était d'ailleurs très clairement exposé par l'ancien art. L. 3114-4 C.S.P., abrogé par la L. n° 2004-806 du 9 août 2004, relatif aux mesures exceptionnelles pouvant être ordonnées par décret en cas d'épidémie. Le texte subordonnait en effet l'intervention du gouvernement à deux conditions cumulatives : l'existence d'une épidémie menaçant tout ou partie du territoire ou s'y développant et la constatation de l'insuffisance des moyens de défense locaux. Pour un exemple d'application, *cf.* les décr. n° 92-76 du 21 janv. 1992 et n° 94-343 du 26 avr. 1994 relatifs aux mesures propres à empêcher la propagation du choléra en Guyane, *J.O.* du 22 janv. 1992 et du 3 mai 1994, p. 1068 et p. 6398.

[6] L. n° 2004-809 du 13 août 2004 relative aux libertés et responsabilités locales (« Acte II de la décentralisation »), précitée. Sont concernés les dispositifs de vaccinations et de lutte contre la lèpre, la tuberculose, le cancer et les maladies sexuellement transmissibles. V. *infra* n° 316.

Outre la carence des autorités municipales à assurer convenablement leurs fonctions d'assainissement et de préservation de la salubrité publique, deux phénomènes expliquent alors la centralisation progressive de la police sanitaire en France. D'une part, le développement des exigences de la protection de la santé publique a favorisé l'intervention des pouvoirs publics dans des domaines nouveaux et par des moyens inédits qui, par leur nature même, dépassent le cadre naturel des attributions municipales (1). D'autre part, la recherche d'une harmonisation territoriale des règles de santé publique, nécessaire à une protection efficace de celle-ci, a conduit l'État à se charger de leur élaboration voire de leur application (2).

1) L'approfondissement des exigences de la protection de la santé publique

300 Le développement de la protection de la santé publique explique en grande partie sa centralisation progressive. Dès le début du XXe siècle, l'État s'est en effet engagé dans la mise en œuvre de politiques plus volontaristes et dynamiques de santé publique dont les enjeux et les moyens dépassent de loin les exigences traditionnelles de salubrité publique[1]. Ce développement de la santé publique conduit à la multiplication des polices sanitaires spéciales, moyen privilégié de l'affirmation de la puissance publique dans le cadre du maintien de l'ordre[2].

301 Ces polices spéciales sont instituées à des fins diverses, soit pour confier l'exercice du pouvoir de police à une autorité particulière, soit pour définir des procédures spécifiques, soit, ce qui est le plus fréquent, pour dépasser les limites imparties à la police générale tant au niveau de l'objet de l'intervention que de ses modalités. Elles présentent toutefois des caractéristiques communes. En premier lieu, toutes correspondent à une affirmation de la puissance publique dans un domaine particulier. Alors que la police sanitaire, réduite pour l'essentiel à la police de la salubrité publique, visait jusqu'alors à assurer le bon ordre dans la société, ces polices spéciales ont un objet plus précis en ce qu'elles tendent à satisfaire des besoins particuliers de la collectivité et s'appliquent, pour la plupart d'entre elles, à des activités déterminées des administrés[3]. En second lieu, chacune de ces polices contribue, à un titre ou à un autre, à insuffler une dynamique constructive à la protection de la santé publique et, de la sorte, à développer et/ou à renforcer les pouvoirs d'intervention de l'administration en la matière[4]. En dernier lieu, ces polices, reflet de l'engagement sanitaire de l'État, ne sont plus confiées aux autorités municipales et ne s'exercent même plus sur le territoire de la commune qui n'apparaît donc plus comme le lieu « naturel » de la santé publique.

---

[1] Sur la définition de la salubrité publique, *cf. supra* n°s 71 s.

[2] D. MAILLARD DEGRÉES DU LOÜ, *Police générale, polices spéciales*, *op. cit.*, p. 209 s.

[3] Sur ce point, *cf.* G. LIET-VEAUX, À propos de santé publique…, *op. cit.*, p. 592.

[4] Sur le caractère constructif de l'ordre public sanitaire, *cf. supra* n°s 84 s.

Sur ce point, les conclusions du commissaire du Gouvernement CHARDEAU sur deux arrêts du Conseil d'État, *Syndicat climatique de Briançon*, en date du 17 octobre 1952, sont tout à fait instructives[1]. L'affaire concernait l'exercice des pouvoirs dévolus au maire en matière de police sanitaire, et plus spécialement de protection anti-tuberculeuse. Visant la loi du 5 avril 1884, le maire de la ville de Briançon, considérant « *qu'il y a lieu de prendre toutes mesures pour le maintien de l'hygiène et de la salubrité publique, tant pour la population locale que pour les nombreux enfants et les nombreux touristes fréquentant [la] ville* », avait, par arrêté du 24 juin 1949, interdit la création de sanatoriums ou d'établissements de cure pour anti-tuberculeux en dehors d'une zone climatique prédéterminée, interdit le séjour de tout malade tuberculeux dans tous les hôtels, pensions de famille et meublés situés dans la zone climatique et non agréés, et soumis à une autorisation de séjour toute personne résidant plus de quinze jours dans les hôtels ou établissements, cette autorisation, renouvelable par trimestre, étant délivrée sans frais par un médecin désigné par la municipalité.

Cet arrêté, qui portait de graves atteintes à la liberté individuelle et à la liberté du commerce, excédait manifestement les pouvoirs de police générale définis par la loi du 5 avril 1884. « *Dans le cadre de l'article 97 de la loi municipale, tel qu'il est compris par [la] jurisprudence,* remarque le commissaire du Gouvernement, *le maire ne peut envisager pour protéger sa population contre la présence de malades tuberculeux que des mesures assez anodines […] : prescriptions relatives à l'hygiène des lieux publics, notamment des jardins publics réservés aux enfants, interdiction des réunions ouvertes au public dans les lieux où sont traités les malades* »[2]. Il ne peut, en revanche, interdire à un particulier de recevoir des personnes atteintes de tuberculose ou de toute autre maladie contagieuse[3] ou de créer un asile sur sa propriété[4]. Constatant l'ancienneté de la jurisprudence applicable à l'espèce et « *l'évolution profonde qui s'est manifesté depuis cinquante ans en matière de police sanitaire et de lutte contre les maladies contagieuses, tant dans les faits que dans la législation* », M. CHARDEAU s'est néanmoins interrogé sur l'opportunité d'envisager l'élargissement des pouvoirs de police reconnus au maire pour lui permettre d'agir plus efficacement. Sa réponse fut immédiatement négative : « *la lutte contre les fléaux sociaux, tels que la tuberculose,* souligne-t-il, *déborde le plan de la police municipale* », d'abord parce que ne pouvant être menée à bien sans une atteinte sérieuse aux libertés publiques, il s'agit d'une question qui ne peut être tranchée que par

---

[1] J. CHARDEAU, concl. sur C.E., 17 oct. 1952, *Synd. climatique de Briançon, sieur Dominique et a.* et *Dame Simon et Synd. climatique de Briançon* (2 esp.), *Rec.* p. 445-453.

[2] *Ibid.*, p. 448. M. CHARDEAU se réfère ici à l'arrêt du Conseil d'État, *Cne de Levroux*, du 7 juin 1912 qui reconnaît la possibilité pour le maire d'exercer ses pouvoirs de police générale pour interdire dans les établissements hospitaliers et dans l'intérêt de la santé publique, les réunions et concerts auxquels le public serait admis.

[3] C.E., 18 mars 1898, *Delle Noualhier*, n° 93.756, *Rec.* p. 235 (note) ; – 15 févr. 1901, *Delle Noualhier*, n°s 1.147 et 1.148, *Rec.* p. 177 ; – 24 janv. 1902, *Delle Noualhier*, préc.

[4] C.E., 19 déc. 1902, *Sieur Sauton*, n° 206, *Rec.* p. 764 ; – 16 févr. 1912, *De Montlivault*, préc.

le législateur, ensuite parce que cette lutte nécessite une coordination des mesures sur le plan national ou au moins régional. L'échelon communal n'apparaît donc plus comme étant le mieux adapté à ces actions de santé publique.

302 Comme cela a déjà été indiqué, cette conception « *supra* communale » de la police sanitaire, très largement dominante au XXe siècle, n'est en réalité pas totalement nouvelle. Ce phénomène de spécialisation et de centralisation de la police sanitaire s'est toutefois considérablement amplifié au XXe siècle, en même temps que se sont développés les besoins de santé publique, que la matière est devenue plus technique et que les actions mises en œuvre ont requis d'importants moyens matériels et financiers dont ne disposent pas les communes[1]. D'une part, le progrès des savoirs médicaux a considérablement enrichi le champ de la prévention médicale dont l'élaboration a toujours relevé des autorités de l'État. D'autre part, les pouvoirs publics se sont engagés dans la définition de politiques nationales plus offensives qui, telles l'hygiène et la sécurité du travail ou la protection maternelle et infantile, sont naturellement placées sous la responsabilité de l'État. Enfin, dans le sillage de l'hygiénisme, le développement de la lutte contre les fléaux sociaux s'est, au moins jusqu'à l'élévation du cancer à ce rang[2], caractérisé par la création de nouveaux pouvoirs de police qui, élaborés et mis en œuvre sous l'égide de l'État, débordent largement le plan communal[3]. Cet engagement sanitaire croissant de l'État, caractérisé par la centralisation constante des polices de la santé publique, a été conforté par l'alinéa 11 du Préambule à la Constitution de 1946 qui situe la protection de la santé dans une perspective plus positive relevant de l'État-providence. Parallèlement, les pouvoirs publics se sont engagés dans la recherche nouvelle d'une harmonisation territoriale des règles de protection de la santé publique qui a encore accentué la centralisation de la police sanitaire.

2) La recherche d'une harmonisation territoriale des règles de protection de la santé publique

303 Outre le développement des exigences de santé publique, la centralisation progressives de la protection sanitaire correspondent également à la volonté du pouvoir central de parvenir à une harmonisation territoriale des règles de santé publique, ambition qu'expriment bien aujourd'hui les articles L. 1411-1 et suivants du Code de la santé publique relatifs à l'élaboration et à la mise en œuvre de la politique nationale de santé publique.

---

[1] *Cf.* J. RIVERO, Les transformations…, *op. cit.*, p. 84.

[2] Ord. n° 45-2221 du 1er oct. 1945 organisant les centres de lutte contre le cancer, *J.O.* du 3 oct., p. 6192.

[3] *Cf.* J.-M. LEMOYNE DE FORGES, L'intervention de l'État…, *op. cit.*, p. 495.

304 La volonté d'une harmonisation territoriale de la santé publique obéit tout d'abord à des considérations politiques et juridiques. Il résulte en effet du principe d'égalité des citoyens devant la loi consacré par l'article 6 de la Déclaration des Droits de l'Homme et du Citoyen du 26 août 1789 que le degré de protection de la santé comme le degré de contrainte imposée pour y parvenir, doivent, autant que faire se peut, être égaux pour l'ensemble de la population[1]. Bien que tempérée par l'adjonction de mentions particulières, cet impératif d'égalité est particulièrement bien mis en avant par l'alinéa 11 du Préambule de la Constitution du 27 octobre 1946 qui garantit « *à tous* » la protection de la santé. On le retrouve par ailleurs en divers endroits du Code de la santé publique, notamment aux articles L. 1110-1 et L. 1110-3 qui, en plus d'affirmer l'égalité des droits de chacun en matière de santé, interdisent toute discrimination dans l'accès à la prévention ou aux soins[2].

305 La volonté d'assurer une protection égale sur l'ensemble du territoire résulte ensuite de considérations pratiques. L'expérience a montré, s'il fallait le prouver, que la contagion ignore tout des frontières administratives et qu'il est vain d'assurer un haut degré de protection sanitaire sur une partie du territoire si subsistent des menaces extérieures[3]. Cette idée, déjà présente dans la départementalisation des règlements sanitaires, préside largement à la centralisation constante de la police sanitaire à compter du début du siècle dernier. En matière d'hygiène publique, cette recherche d'harmonisation n'a toutefois que tardivement abouti lors de la nouvelle répartition des compétences entre les communes, les départements, les régions et l'État définie par l'« acte I » de la décentralisation. Il faut en effet attendre la loi du 22 juillet 1983 pour que l'État soit expressément désigné comme l'autorité responsable du contrôle administratif et technique des règles d'hygiène[4]. Ce texte sera ensuite précisé et complété par la loi n° 86-17 du 6 janvier 1986[5] qui, sous réserve des compétences dévolues aux autorités municipales, confirme la responsabilité de l'État pour l'organisation et le financement de l'exécution des règles d'hygiène et transfère le pouvoir de réglementation sanitaire au Premier ministre, statuant par décret en Conseil d'État après avis du Conseil

---

[1] On rappellera ici que le Conseil constitutionnel a expressément consacré la valeur constitutionnelle du principe d'égalité dès le 27 déc. 1973 dans sa décision n° 73-51 DC dite « *Taxation d'office* » (*Rec.* p. 25, *R.J.C.* p. I-28 ; *G.D.C.C.* n° 21).

[2] Dispositions insérées au Code par la L. n° 2002-303 du 4 mars 2002 précitée. Sur l'interprétation actuelle du principe d'égalité, *cf. infra* n°s 642 s.

[3] Cette prise de conscience, qui invalide l'idée dominant au début du XXe siècle que « *l'hygiène publique étant (…) assurée dans chaque commune, le sera, par suite, dans toute la France* » (Ch. CAMPANA, *op. cit.*, p. 14), est d'ailleurs à l'origine des efforts de coordination internationale en matière de santé publique développés dès la fin du XIXe siècle. Elle est encore largement validée aujourd'hui si l'on en croit les dispositions du nouveau règlement sanitaire international (2005) : v. *supra* n° 235.

[4] Art. 49 de la L. n° 83-663 du 22 juill. 1983 complétant la L. n° 83-8 du 7 janv. 1983 relative à la répartition de compétences entre les communes, les départements, les régions et l'État, *J.O.* du 23 juill., p. 2286.

[5] L. n° 86-17 du 6 janv. 1986 adaptant la législation sanitaire et sociale aux transferts de compétences en matière d'aide sociale et de santé, préc. (art. 67 à 70).

supérieur d'hygiène publique de France[1]. Quarante ans après la rédaction du Préambule de 1946, la compétence de principe de l'État dans le domaine de la protection de la santé est ainsi clairement consacrée.

Cette nouvelle centralisation de la police sanitaire répond à un double motif[2]. Elle traduit, d'une part, la volonté des pouvoirs publics de clarifier le système de protection de la santé publique, de renforcer la valeur juridique des règlements sanitaires et de les inscrire dans le cadre de la politique générale de la santé publique. La nationalisation de la réglementation sanitaire vise, d'autre part, à permettre la définition de règles applicables à l'ensemble du territoire et, partant, à garantir un minimum de protection commun pour l'ensemble de la population en évitant les disparités départementales comme les règlements sanitaires départementaux évitaient les disparités entre communes[3]. De ce fait, l'existence de règlements sanitaires nationaux n'empêche pas l'adoption complémentaire de règlements sanitaires locaux. La loi préserve donc les compétences des préfets et des maires qui peuvent toujours prendre des arrêtés complétant et/ou renforçant, pour leur circonscription, les dispositions contenues par les règlements nationaux. Le Conseil d'État, dans un avis du 8 novembre 1988, a en outre confirmé la compétence de l'autorité municipale pour assurer le contrôle des règles édictées par le maire et la possibilité pour ce dernier de faire usage de son pouvoir de police générale lorsque la situation l'exige[4].

306 Pour autant, si l'on pouvait effectivement espérer une revalorisation et une harmonisation des règles d'hygiène publique de cette affirmation de la responsabilité sanitaire de l'État[5], force est de constater que l'impact de la réforme n'a pas été à la hauteur des effets escomptés. Il faut, en premier lieu, rappeler que la pratique antérieure des règlements sanitaires types avait déjà permis une certaine harmonisation des règles d'hygiène publique et leur mise en cohérence avec les autres volets de la politique de

---

[1] Sur ce point, *cf.* S. DROPSY, Requiem pour les règlements sanitaires départementaux, *Administrer* 1988, n° 196, p. 45-46 et J.-S. CAYLA, La réglementation sanitaire, *op. cit.* On rappellera ici que la L. n° 2004-806 du 9 août 2004 a substitué l'avis du Haut Conseil de la santé publique et, le cas échéant, celui du Conseil supérieur de la prévention des risques professionnels à celui de feu le C.S.H.P.F. (art. L. 1311-1 C.S.P.).

[2] Circ. du 14 juin 1989 relative aux règles d'hygiène…, préc.

[3] C'est dans la même logique que la loi du 13 août 2004 portant acte II de la décentralisation a transféré à l'État les compétences antérieurement dévolues aux départements en matière de vaccinations et de lutte contre la lèpre, la tuberculose, le cancer et les maladies sexuellement transmissibles. V. la circ. DGS/SD5A/SD6A n° 2005-220 du 6 mai 2005 relative à la mise en œuvre du transfert à l'État des compétences en matière de vaccination et de lutte contre le cancer, la tuberculose, la lèpre et les infections sexuellement transmissibles, *B.O. Santé* n° 6 du 15 juill. 2005, annonce n° 30.

[4] C.E., avis, 8 nov. 1988, précité.

[5] En ce sens, *cf.* d'ailleurs la réponse du ministre des Affaires sociales à une question parlementaire posée le 14 janv. 1991 (*J.O. Ass. Nat.* du 19 août 1991, p. 3401).

santé publique[1]. Certes, édictés par circulaires du ministre chargé de la Santé, ces règlements types étaient dépourvus de tout caractère décisoire, le ministre n'ayant jamais reçu d'habilitation pour intervenir en ce domaine[2]. Cependant, en pratique, nombre de préfets avaient repris les indications contenues dans ces guides pour élaborer le règlement sanitaire départemental. L'intérêt essentiel de la nationalisation de la réglementation sanitaire, qui, sur ce point, n'a fait qu'avaliser et organiser juridiquement ce qui existait déjà en pratique, réside donc dans la revalorisation des règlements sanitaires dans la hiérarchie des normes et dans l'intervention obligatoire d'instances d'expertise scientifique pour leur définition. En second lieu, environ vingt ans après la nationalisation de la réglementation sanitaire, il faut bien admettre que cette réforme a davantage compliqué que simplifié la matière. À notre connaissance, une quinzaine de règlements sanitaires nationaux ont été adoptés depuis l'entrée en vigueur de la loi du 6 janvier 1986. Ces règlements portent sur cinq thèmes différents – sécurité alimentaire[3], pollution de l'environnement[4], protection contre l'amiante[5], lutte contre le bruit[6] et élimination des

---

[1] *Cf.* les circ. du 26 avr. 1937 (*J.O.* du 26 avr., p. 4614), du 9 août 1978 (*J.O.* du 13 sept., p. 7188), du 26 avr. 1982 sur les locaux d'habitation (*J.O.* du 13 avr. 1983, p. 5583), du 20 janv. 1983 sur l'épandage des effluents (*J.O.* du 8 mai, p. 4401), du 10 août 1984 sur l'élevage et les autres activités autonomes (*J.O.* du 2 sept., p. 8034), du 20 août 1984 sur l'assainissement autonome des bâtiments d'habitation (*J.O.* du 21 sept., p. 8597) et du 2 juill. 1985 sur le traitement thermique des eaux (*J.O.* du 15 août, p. 9401).

[2] À ce sujet, le Conseil d'État a plusieurs fois confirmé l'incompétence des ministres, dont les circulaires sont dépourvues de tout caractère décisoire, et l'entière liberté des préfets dans l'élaboration des règlements sanitaires départementaux : C.E., 9 mars 1938, *Union de la propriété bâtie de France et Sieur Lescuyer de Savignies*, n° 59.523, *Rec.* p. 253 ; – 6 juin 1980, *M. Alain Darvennes*, n° 14.940, *D.A.* 1980, p. 266 ; – 1er oct. 1986, *Assemblée perm. des chbres d'agriculture*, n° 53.047, *Rec.* tables p. 723 ; *D.A.* 1986, n° 593 ; – 8 nov. 1989, *M. Sourine*, n° 89540, *R.D.S.S.* 1989, p. 43 ; – 28 févr. 1994, *M. et Mme Gérard Desboits*, n° 121872, inédit.

[3] Décr. n° 89-3 du 3 janv. 1989 modifié puis abrogé relatif aux eaux destinées à la consommation humaine à l'exclusion des eaux minérales, *J.O.* du 4 janv., p. 125 ; décr. n° 91-409 du 26 avr. 1991 fixant les prescriptions en matière d'hygiène concernant les denrées, produits ou boissons destinés à l'alimentation humaine, à l'exclusion de ceux mentionnés aux articles 258, 259 et 262 du Code rural, des eaux destinées à la consommation humaine et des eaux minérales naturelles, précité ; décr. n° 99-35 du 15 janv. 1991 modifiant et complétant le décr. n° 91-409 du 26 avr. 1991 en ce qui concerne le transport de certaines denrées alimentaires, précité.

[4] Décr. n° 94-469 du 3 juin 1994 relatif à la collecte et au traitement des eaux usées mentionnées aux articles L. 372-1 et L. 372-3 du Code des communes (art. L. 2224-8 et L. 2224-10 du C.G.C.T.), *J.O.* du 8 juin, p. 8275 ; décr. n° 97-1133 du 8 déc. 1997 relatif à l'épandage des boues issues du traitement des eaux usées, *J.O.* du 10 déc., p. 17822 ; décr. n° 2001-34 du 10 janv. 2001 relatif aux programmes d'action à mettre en œuvre en vue de la protection des eaux contre la pollution par les nitrates d'origine agricole, *J.O.* du 13 janv., p. 655 ; décr. n° 2001-449 du 25 mai 2001 relatif aux plans de protection de l'atmosphère et aux mesures pouvant être mises en œuvre pour réduire les émissions des sources de pollution atmosphérique, *J.O.* du 27 mai, p. 8501.

[5] *Cf.* le décr. n° 96-97 du 7 févr. 1996 relatif à la protection de la population contre les risques sanitaires liés à une exposition à l'amiante dans les immeubles bâtis, *J.O.* du 8 févr., p. 2049 notamment modifié par le décr. n° 97-855 du 12 sept. 1997, préc. ; le décr. n° 98-332 du 29 avr. 1998 relatif à la prévention des risques dus à l'amiante à bord des navires (*J.O.* du 6 mai, p. 6876) et le décr. n° 2002-839 du 3 mai 2002 (*J.O.* du 5 mai, p. 8831).

[6] Décr. n° 88-523 du 5 mai 1988 relatif à la lutte contre le bruit du voisinage, *J.O.* du 6 mai, p. 6307 ; décr. n° 95-408 du 18 avr. 1995 relatif à la lutte contre les bruits du voisinage et modifiant le C.S.P., précité ; décr. n° 98-1143 du 15 déc. 1998 relatif aux prescriptions applicables aux établissements ou locaux recevant du public et diffusant à titre habituel de la musique amplifiée, à l'exclusion des salles dont l'activité est réservée à l'enseignement de la musique et de la danse, *J.O.* du 16 déc., p. 18955

déchets[1] – thèmes qui, pour la plupart, ont exigé une intervention rapide des pouvoirs publics, soit en raison de l'émergence de nouveaux problèmes sanitaires, soit en application du droit communautaire, avant de faire l'objet de législations spéciales[2].

307 Ce constat conduit à formuler deux observations, ou plutôt à exprimer deux regrets. Le premier tient à la question très générale de l'accessibilité du droit et, partant, de sa lisibilité et de son efficacité. L'unification territoriale des règles d'hygiène publique a en effet abouti à une parcellisation formelle et matérielle de celles-ci. La réglementation sanitaire n'apparaît plus guère aujourd'hui comme un ensemble global et homogène de règles réunies dans un document unique et cohérent, mais elle est au contraire dispersée dans différents textes successifs. Ceux-ci n'ayant pas tous été insérés au Code de la santé publique, il appartient alors à l'administré de les rechercher, de les compiler puis de les associer aux autres textes applicables, notamment aux règlements sanitaires départementaux et communaux, pour espérer obtenir un aperçu global et complet du droit applicable. La seconde observation, ou le second regret, porte sur le contenu même des règlements sanitaires nationaux qui ont été adoptés. Intéressant des questions très précises, pointues, souvent complexes et couvrant un champ matériel assez étroit comparé à la généralité de l'énumération de l'article L. 1311-1 du Code de la santé publique, ces règlements contiennent fréquemment des dispositions très techniques et détaillées, à l'opposé de la généralité qui, semble-t-il, devrait caractériser cette réglementation nationale. Finalement, la plupart des règles générales d'hygiène figurent encore dans les règlements sanitaires départementaux dont les dispositions restent applicables jusqu'à l'intervention d'un décret en Conseil d'État pouvant s'y substituer[3].

Il résulte de ceci que la situation actuelle est, en définitive, bien éloignée des objectifs affichés lors de la réforme de 1986. Tout d'abord, l'harmonie des règles d'hygiène applicables sur le territoire français et la cohérence de ces règles avec les priorités de la politique nationale de santé publique ressortissent toujours à la compétence des préfets, à ceci près que ces derniers ne disposent plus des orientations des règlements sanitaires types dont la pratique a été abandonnée. Ensuite, la valeur juridique de la plupart de ces règles, qu'il s'agissait de renforcer, demeure inchangée. Enfin, à l'inverse du système prévu aux articles L. 1331-1 et L. 1311-2 du Code de la santé publique, c'est,

---

[1] Décr. n° 93-1410 du 29 déc. 1993 relatif à l'élimination des déchets, *J.O.* du 31 déc. 1993, p. 18703 et décr. n° 97-1048 du 6 nov. 1997 relatif à l'élimination des déchets d'activités de soins à risque infectieux et assimilés et des pièces anatomiques et modifiant le C.S.P., préc.

[2] V. les comm. 1) et 2) sous l'art. L. 1311-1 du Code de la santé publique des éd. Litec (2007).

[3] La publication d'un règlement sanitaire national entraîne normalement la caducité des dispositions des règlements sanitaires départementaux intéressant le même objet sans qu'il soit besoin de les abroger. S'applique sur ce point, la règle de caducité adoptée après la départementalisation des règlements (*cf.* C.E., Sect., 16 févr. 1962, *Cts Bertholet*, préc.). En l'absence de texte national, c'est donc le règlement départemental qui s'applique, que celui-ci ait été édicté antérieurement ou postérieurement à l'entrée en vigueur de la loi du 6 janv. 1986 : Cass. crim., 15 nov. 1990, *Jaqueline Plancke*, n° 90-80147, *Bull. crim.* n° 369, p. 982 ; *J.C.P.* 1991, IV, p. 71 ; C.E., 8 avr. 1994, *Mme Benferhat*, n° 109434, *Rec.* p. 188 ; C.A. de Paris, 17 déc. 2001, *R.D.S.S.* 2002, p. 467, obs. J.-S. CAYLA ; Cass. crim. 22 févr. 2005, *M. Philippe C.*, n° 03-87.877, inédit.

semble-t-il, la réglementation sanitaire nationale, limitée dans ses objets et détaillée dans son contenu, qui, pour l'instant, vient compléter les règles générales contenues dans les règlements sanitaires départementaux.

Ces dysfonctionnements soulignent les difficultés d'une prise en charge directe de l'ordre public sanitaire par les autorités centrales et le caractère inadapté d'un système administratif basé sur la concentration des pouvoirs de police aux mains de l'autorité centrale. La protection de la santé publique est certes une mission régalienne, mais elle est aussi une affaire de proximité qui nécessite souvent une action locale.

§2.- LA NÉCESSITÉ D'UNE GESTION DE PROXIMITÉ

308 En dépit de la centralisation croissante de la police sanitaire, les pouvoirs publics ont toujours eu conscience de la nécessité d'une intervention de proximité en la matière. La nationalisation de la réglementation sanitaire en 1986 fait dès lors figure d'une étrange exception dans une politique qui a constamment favorisé la déconcentration des pouvoirs de police sanitaire, notamment dans les domaines de l'hygiène et de la salubrité publiques (A). Il faut par ailleurs signaler la participation des collectivités territoriales décentralisées dans le maintien de l'ordre public sanitaire (B).

A.- LA PRIORITÉ DONNÉE À LA DÉCONCENTRATION TERRITORIALE

309 La déconcentration des compétences de police sanitaire vise un double objectif : maintenir le contrôle de l'État sur la définition et la mise en œuvre des règles de protection de la santé publique tout en assurant un contrôle de proximité du risque sanitaire. La pertinence des réflexions des juristes et des hygiénistes de la fin du XIXe siècle n'a en effet jamais été remise en cause : le maintien de l'ordre public sanitaire exige des compétences de terrain[1]. Les conditions même d'émergence du risque sanitaire rendent impropre une gestion éloignée de la matière qui nécessite l'existence de relais en différents points du territoire. Tout d'abord, le risque sanitaire, qui dépend beaucoup du climat, de la densité de la population, du niveau économique et social et des activités exercées, varie selon les régions. Ensuite, le maintien de l'ordre public sanitaire nécessite souvent une réaction rapide à un risque émergent sur un point particulier du territoire, ce qui ne peut être que le fait d'autorités territoriales infra-étatiques. Dans le même temps, l'idée que le maintien de l'ordre public sanitaire relève au plus haut niveau des compétences régaliennes empêche d'opter pour un système décentralisé dont l'expérience de la « municipalisation » de la police sanitaire a montré les limites. La déconcentration des compétences sanitaires s'est de la sorte réalisée dans le mouvement de la

[1] On en veut pour preuve l'organisation déconcentrée du système de veille sanitaire, *cf. infra* n° 538. C'est d'ailleurs cette idée qu'a repris le R.S.I. (2005) en créant des points focaux de surveillance sanitaire.

centralisation de la santé publique. Bien qu'accentuée par la loi du 6 février 1992 relative à l'administration territoriale de la République[1], la déconcentration de l'administration sanitaire est donc aussi ancienne que celle-ci.

310 Jusqu'à l'ordonnance n° 96-346 du 26 avril 1996 créant les Agences Régionales de l'Hospitalisation (A.R.H.)[2], la déconcentration de l'administration sanitaire s'est déroulée sans grande originalité par la création de services extérieurs de l'État et par un accroissement constant des pouvoirs du représentant de l'État dans le département. Force est toutefois de constater que l'organisation de l'administration déconcentrée à compétence sanitaire présente, cela paraît logique, le même visage de complexité et de diversité que l'administration centrale[3].

D'une part, l'imbrication du sanitaire et du social est telle que ce ne sont pas toujours les services extérieurs du ministère chargé de la Santé qui jouent le rôle principal dans le domaine sanitaire. C'est en particulier le cas au niveau régional. Les Directions Régionales des Affaires Sanitaires et Sociales (D.R.A.S.S.) sont en effet surtout investies de compétences relatives à la protection sociale et, depuis la création des A.R.H., sont presque exclusivement chargées d'assurer le contrôle des caisses de Sécurité sociale ainsi que de la coordination des actions mises en œuvre par les services sanitaires et sociaux de l'État[4]. Elles ne disposent donc d'aucune compétence réelle pour le maintien de l'ordre public sanitaire *stricto sensu* à l'inverse, par exemple, des directions générales de l'environnement qui, notamment chargées de l'application des législations relatives à l'eau, assurent des missions d'inspection et de police relatives à la protection des milieux[5].

D'autre part, comme le montre cet exemple, certains services déconcentrés ne dépendant pas du ministère chargé de la Santé sont amenés à intervenir en matière de santé publique. On peut, par exemple, mentionner les directions départementales de

---

[1] L. n° 92-125 du 6 févr. 1992 relative à l'administration territoriale de la République, *J.O.* du 8 févr., p. 2064 (rectif. *J.O.* du 12 mai).

[2] Ord. n° 96-346 du 24 avr. 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée, *J.O.* du 25 avr., p. 6324 notamment modifiée par l'ord. n° 2003-850 du 4 sept. 2003 portant simplification de l'organisation et du fonctionnement du système de santé ainsi que des procédures de création d'établissements ou de services médico-sociaux soumis à autorisation, *J.O.* du 6 sept., p. 15391. On relèvera immédiatement que ces agences ont, à court terme, vocation à être intégrées dans des agences régionales de santé aux compétences élargies.

[3] *Cf. infra* n°s 324 s. Il faut toutefois relever ici l'ambition affichée par l'actuelle ministre chargée de la Santé de rationaliser et de clarifier l'administration déconcentrée (Discours du 28 juin 2007 en ouverture de la Conférence des D.R.A.S.S. : *www.sante.gouv.fr*).

[4] Art. R. 1421-5 C.S.P.

[5] Décr. n° 91-1139 du 4 nov. 1991 relatif à l'organisation et aux missions des directions régionales de l'environnement, *J.O.* du 5 nov., p. 14450 modifié par le décr. 2004-1430 du 23 déc. 2004, *J.O.* du 29 déc., p. 22234. *Cf.* également la circ. DGS/SD 7/DAGPB n° 2004-162 du 29 mars 2004 relative aux missions des directions des affaires sanitaires et sociales, *B.O. Santé* n° 24 du 26 juin 2004, p. 173.

l'agriculture et de la forêt[1], investies d'importantes missions pour le développement de filières alimentaires de qualité et la gestion des ressources naturelles, ce qui comprend la mise en œuvre des mesures de protection et de gestion des eaux superficielles, l'exercice de la police de l'eau et de la pêche ainsi que la prévention et la réduction des pollutions et des nuisances[2], ou les directions départementales des services vétérinaires du ministère de l'Agriculture, chargées, sous l'autorité du préfet, de « *mettre en œuvre les mesures de sécurité sanitaire et de santé publique vétérinaire de la compétence du ministre chargé de l'Agriculture* »[3]. Cet éparpillement des responsabilités sanitaires souligne l'importance du rôle des préfets qui, en leur qualité de délégués du gouvernement et de représentants directs du Premier ministre et de chacun des ministres[4], sont naturellement chargés de la coordination des actions menées par les différents services déconcentrés dont ils assurent le contrôle. Enfin, il faut signaler que depuis la mise en place des A.R.H., l'organisation de l'administration sanitaire déconcentrée est radicalement différente selon que l'on se situe dans le cadre du département ou de la région[5].

311 Au niveau départemental, les missions de santé publique sont principalement confiées aux Directions Départementales des Affaires Sanitaires et Sociales (D.D.A.S.S.) qui résultent du regroupement de plusieurs services spécialisés opéré en 1964[6] puis en 1977[7]. La nouvelle politique de déconcentration instaurée par la loi du 6 février 1992 a conduit à une nouvelle formulation de leurs attributions[8]. Celles-ci sont énumérées par l'article R. 1421-6 du Code de la santé publique qui, notamment, charge le directeur de la D.D.A.S.S. des actions de promotion et de prévention en matière de santé publique, de la lutte contre les épidémies et les endémies, de la protection de l'environnement et du contrôle des règles d'hygiène ainsi que de la tutelle et du contrôle des établissements

---

[1] Décr. n° 2003-1082 du 14 nov. 2003 relatif aux attributions et à l'organisation des directions départementales de l'agriculture et de la forêt, *J.O.* du 18 nov., p. 19531, qui abroge et remplace le décr. n° 84-1193 du 28 déc. 1984, *J.O.* du 29 déc., p. 4021.

[2] Dans ce cadre, elle participe, entre autres, à l'élaboration et à la mise en œuvre de la politique de gestion des déchets et, en tant que de besoin et dans les conditions fixées à l'art. 33 al. 6 du décr. du 21 sept. 1977, à l'inspection des installations classées pour la protection de l'environnement (art. 2 c) du décr. n° 2003-1082 du 14 nov. 2003 précité).

[3] Art. 1er du décr. n° 2002-235 du 20 févr. 2002 relatif à l'organisation et aux attributions des directions départementales de services vétérinaires, *J.O.* du 22 févr., p. 3424. (Ces services ont été créés par le décr. n° 2002-234 du 20 févr. 2002, *J.O.* du 22 févr., p. 3424).

[4] *Cf.* l'art. 1er de la L. n° 82-389 du 10 mai 1982 relative aux pouvoirs des commissaires de la République et à l'action des services et organismes publics de l'État dans le département, *J.O.* du 11 mai, p. 1335.

[5] V. notamment Ph. LIGNEAU, Les régions, nouveaux acteurs dans le secteur social et la santé, *R.D.S.S.* 1996, n° 3, p. 485-501 ; F. CHAUVIN, Les incidences de la création des agences régionales de l'hospitalisation sur les services déconcentrés des affaires sanitaires et sociales, in *De l'hôpital à l'établissement public de santé*, sous la dir. de M.-L. MOQUET-ANGER, Paris, L'Harmattan, 1998, coll. Logiques juridiques, p. 123-138 et M.-L. MOQUET-ANGER, La régionalisation du système de santé, in *Les collectivités locales. Mélanges en l'honneur de Jacques MOREAU, op. cit.*, p. 313-323.

[6] V. notamment le décr. n° 64-783 du 30 juill. 1964 portant réorganisation et attributions des services extérieurs de l'État chargés de l'action sanitaire et sociale, *J.O.* du 1er août 1964, p. 6934.

[7] Décr. n° 77-429 du 22 avr. 1977 portant organisation des directions régionales et départementales des affaires sanitaires et sociales, *J.O.* du 24 avr., p. 2393.

[8] Décr. n° 94-1046 du 6 déc. 1994 relatif aux missions et aux attributions des directions régionales et départementales des affaires sanitaires et sociales, *J.O.* du 7 déc., p. 17303.

sanitaires, médico-sociaux et sociaux. Cette dernière compétence a toutefois été transférée aux A.R.H. en ce qui concerne les établissements de santé. S'ils ne sont pas les seuls compétents en matière sanitaire, ces services, qui constituent les principaux relais de l'administration centrale de la santé dans le cadre du département, interviennent directement dans la mise en œuvre d'un certain nombre de polices sanitaires.

Ce sont, par exemple, les agents de la D.D.A.S.S. qui, sous l'autorité du préfet, assurent la mise en œuvre des règles relatives au contrôle sanitaire aux frontières. Autre exemple, le directeur départemental des affaires sanitaires et sociales assure la surveillance des maisons d'enfants à caractère sanitaire[1]. Il assure la mise en œuvre des mesures de lutte contre les maladies humaines transmises par insectes prises en application de l'article L. 3114-5 du Code de la santé publique[2]. Il intervient également dans le cadre de la police de l'habitat insalubre, l'article L. 1331-26 du Code de la santé publique imposant la saisine du préfet par son rapport motivé[3].

312 Les D.D.A.S.S. sont placées sous l'autorité du préfet du département. Autorité sanitaire de droit commun, celui-ci dispose en outre de nombreuses attributions dans le domaine de la santé publique[4]. D'une part, investi d'un rôle d'animation de la politique de la santé dans le département, le préfet préside la plupart des organes consultatifs départementaux à compétence sanitaire et, en particulier, le conseil départemental de l'environnement et des risques sanitaires et technologiques. D'autre part, le préfet, chargé du contrôle administratif dans le département, assure notamment celui des services sanitaires des collectivités locales. Il dispose enfin d'importants pouvoirs de police sanitaire qu'il exerce au nom de l'État.

En qualité d'autorité de police générale du département, il est, en premier lieu, seul compétent pour prendre les mesures réglementaires ou individuelles « *relatives à l'ordre, à la sûreté, à la sécurité et à la salubrité publique, dont le champ d'application excède le*

---

[1] Art. L. 2321-5 C.S.P. L'art. L. 2321-6 confie, en revanche, au directeur de l'A.R.H. le pouvoir d'ordonner la fermeture d'un tel établissement notamment s'il est établi que la santé, la sécurité ou la moralité des enfants se trouvent compromises. Cette compétence du directeur de l'A.R.H. résulte de l'ord. n° 2003-850 du 4 sept. 2003 qui, en faisant des maisons d'enfants à caractère sanitaire des établissements de santé, lui a transféré ces pouvoirs, anciennement réservés au préfet du département. Pour un exemple d'application sous l'empire des textes antérieurs à ce transfert : C.E., 29 avr. 1983, *Assoc. « Œuvre hosp. Christianne Garnier »*, n° 28.979, *Rec.* p. 172. On notera que les établissements d'accueil des enfants de moins de six ans sans vocation sanitaire sont placées sous la surveillance des services décentralisés de la P.M.I. (art. L. 2324-1 à L. 2324-4 C.S.P.), ce qui n'empêche pas que les pouvoirs de police sanitaire soient exercés concurremment par le président du Conseil général et le représentant de l'État dans le département (art. L. 2334-3 C.S.P.).

[2] Décr. n° 88-49 du 12 janv. 1988 relatif à la lutte contre les maladies humaines transmises par insectes, *J.O.* du 17 janv., p. 853.

[3] Ou celui du directeur des services communaux d'hygiène et de santé (art. L. 1422-1 C.S.P.). Cette saisine constitue une formalité substantielle : C.A.A. de Lyon, 23 févr. 1990, *Min. des Aff. sociales et de l'Emploi c. Soubeyrand*, préc. (*supra* n° 272).

[4] Sur les compétences sanitaires du préfet du département : Min. de l'Intérieur et de l'Aménagement du Territoire – Direction générale de l'Administration, *Les compétences juridiques du préfet. Recensement des attributions exercées par le représentant de l'État dans la région et le département*, t. IV (Action sanitaire et sociale), Paris, 1994, Direction des Journaux officiels, n° 1639-IV, 288 p.

territoire d'une commune »[1]. Il appartient également au préfet d'arrêter les mesures nécessaires au maintien de l'ordre public dans les cas où il n'y a pas été pourvu par les autorités municipales[2]. Cette intervention, dès lors qu'elle est nécessaire au maintien de l'ordre public dans le département, peut concerner l'ensemble des communes de la circonscription[3], même si le bon ordre de certaines d'entre elles n'est pas sérieusement compromis[4]. Il est encore habilité à se substituer aux maires lorsque le maintien de l'ordre est menacé dans deux ou plusieurs communes limitrophes[5]. Cette compétence relève d'un pouvoir propre du préfet, auquel les maires concernés ne peuvent faire obstacle par un exercice en commun de la police municipale, à moins d'y avoir été expressément autorisés par le préfet dans les limites et les conditions prévues par l'article L. 2212-9 du Code général des collectivités territoriales[6]. En cas d'urgence, lorsque l'atteinte constatée ou prévisible au bon ordre l'exige et que les moyens dont dispose le préfet ne sont plus suffisants, il dispose enfin d'un pouvoir de réquisition de tout bien ou service s'exerçant sur une, plusieurs ou toutes les communes du département[7].

En second lieu, la loi a confié au préfet du département la plupart des polices sanitaires spéciales exercées au plan local. Le représentant de l'État est notamment chargé d'élaborer le règlement sanitaire départemental[8], d'assurer la police des activités dangereuses pour la santé publique[9] et celle des installations classées pour la protection de l'environnement[10] et de mettre en œuvre la plupart des polices relatives à la salubrité des immeubles et des agglomérations[11]. Il dispose également de prérogatives importantes

---

[1] Art. L. 2215-1 3° C.G.C.T. (art. 3 de la L. n° 2003-239 du 18 mars 2003 précitée). *Cf.* C.E., 24 janv. 1990, *M. Painot*, préc. ; – 23 sept. 1991, *Cne de Narbonne c. Préfet de l'Aude*, préc.

[2] Art. L. 2215-1 1° C.G.C.T. Ce droit peut être exercé par le représentant de l'État dans le département à l'égard d'une seule commune après une mise en demeure au maire restée sans résultat. Sur le rattachement traditionnel de ce pouvoir de substitution à la négligence des maires : C.E., 23 oct. 1942, *Ville d'Étampes*, n° 66.881, *Rec.* p. 281 ; – 23 janv. 1946, *Dame Vve Bugeat*, préc. ; – 26 juill. 1947, *Dame Vve Jouvion*, préc. ; – 20 janv. 1965, *Min. de l'Intérieur c. Dame Vve Vicini*, préc. ; – 26 juill. 1985, *Soc. Glace service*, préc. ; – 3 juill. 1992, *Min. de l'Intérieur c. soc. Carmag*, préc. et – 3 mars 1993, *S.A. Carmag*, préc.

[3] Pour un exemple : T.A. de Limoges, 5 nov. 1970, *Sieur Rousseau*, *Rec.* p. 864 ; C.E., 9 févr. 1973, *Sieur Rousseau*, préc. (arrêté préfectoral réglementant les conditions de la vente ambulante des produits de la mer et d'eau douce pour toutes les communes du département).

[4] C.E., 23 sept. 1991, *Cne de Narbonne c. Préfet de l'Aude*, préc. et – 21 févr. 1997, *Min. de l'Environnement c. Synd. des agriculteurs irrigants du Val d'Allier Bourbonnais*, préc.

[5] Art. L. 2215-1 2° C.G.C.T.

[6] L'art. L. 2212-9 C.G.C.T. issu de l'art. 5 de la L. n° 99-291 du 15 avr. 1999 relative aux polices municipales (*J.O.* du 16 avr., p. 5067) offre la faculté aux communes limitrophes, après autorisation du préfet, de mettre en commun les moyens et les effectifs de leurs services de police municipale et leur utilisation sur le territoire d'une ou plusieurs communes pour un délai déterminé lors d'un afflux important de population ou en cas de catastrophe naturelle.

[7] Art. L. 2215-1 4° C.G.C.T. V. D. MAILLARD DESGRÉES DU LOÛ, L'encadrement législatif du pouvoir de réquisition des préfets et la police administrative, *J.C.P.* A 2003, n° 1475.

[8] Art. L. 1311-2 C.S.P.

[9] CA.A. de Nancy, 2 avr. 1991, *Min. de l'Environnement c. Soc. Elipol*, préc.

[10] Art. L. 512-1 s. C. envir.

[11] Art. L. 1331-1 s. C.S.P.

dans le cadre de la police des eaux potables[1], de la pollution de l'air[2], de l'hygiène publique et de la prévention des maladies[3], des transports sanitaires[4], de la santé scolaire et universitaire[5], etc.

313 Au niveau régional, l'essentiel des compétences sanitaires est aujourd'hui exercé par les A.R.H., créées par l'ordonnance n° 96-346 du 24 avril 1996[6]. Ces agences, constituées sous la forme de groupement d'intérêt public réunissant l'État et des organismes d'assurance maladie[7], sont directement placées sous l'autorité des ministres chargés de la Santé et de la Sécurité sociale. Leur création répond à un double objectif. Il s'est, tout d'abord, agi pour les pouvoirs publics de mettre fin à la dispersion des compétences relatives au secteur hospitalier entre les services de l'État et les organismes de Sécurité sociale et « *d'assurer une unité de décision vis-à-vis des établissements publics et privés* »[8]. L'institution des A.R.H. répond ensuite à la volonté des pouvoirs publics de faire de la région le socle des politiques de santé en matière d'offre de soins[9]. Du point de vue juridique, l'organisation atypique des A.R.H. illustre un mode d'administration original, sorte d'intermédiaire entre la décentralisation et la déconcentration[10]. Leur schéma se rattache en effet à la décentralisation par services qui consiste à transférer des pouvoirs de l'État vers des personnes morales spécialisées et autonomes. Cependant, ce transfert s'est effectué à partir de services de l'État et les prérogatives de puissance publique que les A.R.H. ont héritées des préfets, puis du ministre chargé de la Santé sont toujours exercées au nom de l'État[11]. Il ne paraît donc

---

[1] *Cf.* par exemple l'art. L. 1321-4-II C.S.P.

[2] Art. L. 222-4 s. C. envir. et décr. n° 2001-449 du 25 mai 2001 relatif aux plans de protection de l'atmosphère et aux mesures pouvant être mises en œuvre pour réduire les émissions des sources de pollution atmosphérique, préc.

[3] Art. L. 1311-4, L. 3111-8, L. 3114-1 et R. 3114-9 C.S.P.

[4] Art. L. 6312-2 et L. 6312-4 et R. 6312-1 C.S.P. V. C.E., 22 févr. 1989, *Féd. Française des entreprises de transports sanitaires agréées*, n° 58501, inédit et – 9 oct. 1992, *Min. des Affaires sociales et de l'Emploi c. Lafarge*, n° 90299, *Rec.* p. 357.

[5] C.E., 6 nov. 1953, *Dame Klicher-Mancourt*, n°s 10.296 et 11.341, *Rec.* p. 477 et – 25 mars 1960, *Sieur Huertas*, n° 38.999, *Rec.* p. 226.

[6] Ord. n° 96-346 du 24 avr. 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée, notamment modifiée par l'ord. n° 2003-850 du 4 sept. 2003 qui a largement renforcé les pouvoirs des A.R.H. (textes précités).

[7] Dont font au moins partie la C.R.A.M. et l'U.R.C.A.M. (art. L. 6115-2 C.S.P.).

[8] Rapport au Président de la République sur l'ord. n° 96-346 du 24 avr. 1996 relative à la réforme de l'hospitalisation publique et privée, *J.O.* du 25 avr., p. 6322. *Cf.* également p. 6321.

[9] Cette ambition a trouvé de nombreux prolongements, notamment dans la L. n° 2002-803 du 4 mars 2002, l'ord. n° 2003-850 du 4 sept. 2003, la L. n° 2004-806 du 9 août 2004, puis la L. n° 2004-809 du 13 août 2004 préc. A l'heure actuelle, la régionalisation de la santé reste sans doute en deçà des ambitions émises par certains représentants nationaux qui, à l'instar de MM. PRÉEL et DUBERNARD, auraient souhaité la création de véritables agences régionales de santé (A.R.S.) notamment chargées du contrôle des A.R.H. (*cf.* le rapport n° 3263 de la commission des affaires culturelles, familiales et sociales de l'Assemblée nationale du 26 sept. 2001, XIe législature, p. 23 et 24). L'art. 68 de la loi L. n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie a cependant permis l'expérimentation de ce modèle d'administration, qui devrait être généralisé dans un proche avenir.

[10] M. GHEBALDI-BAILLY, Les agences régionales de l'hospitalisation ou l'État éclaté, *R.D.S.S.* 1997, n° 3, p. 571-588.

[11] Art. L. 6115-3 C.S.P.

pas absurde de considérer que les organes des A.R.H. – tant le directeur, qui dispose de l'essentiel des pouvoirs de police administrative, que la commission exécutive, compétente en matière d'autorisation des établissements de santé[1] – agissent en qualité d'autorités administratives déconcentrées lorsqu'ils mettent en œuvre leurs pouvoirs de police sanitaire[2].

En tout état de cause, leur création a considérablement amoindri les prérogatives des D.R.A.S.S. et des préfets de région. Une part importante de leurs responsabilités leur a en effet été transférée, concernant notamment la planification sanitaire, l'autorisation et le contrôle des établissements de santé[3]. Les A.R.H. ont ainsi hérité du préfet de région le pouvoir d'autoriser la création, l'extension, la transformation et le regroupement des établissements de santé, des installations et des activités de soins, celui de suspendre ou de supprimer ces autorisations ainsi que de créer des établissements publics de santé autres que nationaux.

Il revient en particulier au directeur de l'A.R.H. d'enjoindre à la personne titulaire d'une autorisation d'exercice de soins de prendre toutes dispositions nécessaires pour faire cesser les manquements constatés aux lois et règlements pris pour la protection de la santé publique et, le cas échéant, notamment en cas d'urgence tenant à la sécurité des patients ou du personnel, de prononcer la suspension immédiate, totale ou partielle, de l'autorisation d'activité de soins concernée ou l'interruption immédiate du fonctionnement des moyens techniques nécessaires à la dispensation de soins[4]. La décision, qui doit être motivée[5], est transmise sans délai à l'établissement concerné, assortie d'une mise en demeure de remédier à la situation[6]. Si au terme de ce délai, il est constaté qu'il n'a pas été satisfait à la demande, le directeur de l'A.R.H. peut prolonger la mesure, décider de la modification de l'autorisation ou l'abroger, après avis du comité régional de l'organisation sanitaire[7]. Autre exemple, c'est au directeur de l'A.R.H. que

---

[1] Art. L. 6115-4 C.S.P.

[2] V. J. BORDELOUP, Les agences régionales de l'hospitalisation : clarification ou nouvelles ambiguïtés ?, *Dr. soc.* 1996, n°s 9-10, p. 883-884 ; M. GHEBALDI-BAILLY, Les agences régionales de l'hospitalisation ou l'État éclaté, *op. cit.*, p. 571 et M.-L. MOQUET-ANGER, La régionalisation du système de santé, *op. cit.*, p. 315.

[3] *Cf.* notamment les art. L. 6115-3 à L. 6115-8, L. 6116-1 et L. 6116-2 C.S.P.

[4] Art. L. 6122-13 C.S.P. Sous l'empire du régime du sursis à exécution, l'insécurité des malades pouvait justifier le rejet d'une demande de sursis dans le cas d'un moyen sérieux et d'un préjudice difficilement réparable : T.A. de Caen, 22 janv. 1980, *S.A. Clinique chirurgicale de l'Aigle*, *Rec.* tables p. 837. Pour un exemple de pratiques incompatibles avec la sécurité des malades motivant la fermeture d'un établissement : C.E., 26 juill. 2006, *A.R.H. d'Ilede-France c. S.A. Clinique chirurgicale Saint-Bernard*, précité.

[5] C.A.A. de Marseille, 13 juin 2000, *Clinique La Candolle*, *R.D.S.S.* 2001, p. 749, obs. M. CORMIER et – de Bordeaux, 7 avr. 2005, *S.A.R.L. Maison de convalescence de Rouffiac Tolosan*, préc.

[6] Sur la recevabilité du recours pour excès de pouvoir contre une telle mise en demeure : C.A.A. de Marseille, 11 mars 2004, *S.A.R.L. Clinique de la Licorne*, n° 99MA01998, inédit.

[7] Cette décision revenait au préfet de région avant l'entrée en vigueur de l'ord. n° 2003-806 du 4 sept. 2003, qui a également supprimé l'obligation de recours hiérarchique préalable au recours contentieux (C.E., 21 mars 1994, *S.A.R.L. clinique Salles*, n° 114854, *Rec.* tables p. 1098 ; *R.D.S.S.* 1995, p. 96, obs. J.-M. LEMOYNE DE FORGES). Le directeur de l'A.R.H. dispose, en plus, d'importants pouvoirs de contrainte des établissements publics de santé. D'une part, en vue d'adapter le système

revient, en cas de danger pour la sécurité des patients, le devoir de suspendre temporairement un professionnel de santé exerçant dans l'établissement[1]. L'A.R.H. assure encore des missions auparavant exercées par le préfet du département, telles que la tutelle sur les délibérations des établissements publics de santé et des établissements privés participant au service public hospitalier, l'autorisation des « cliniques ouvertes » dans les centres hospitaliers ou le contrôle des établissements de santé.

314 Le dessaisissement des préfets n'est toutefois pas total. Ceux-ci exercent encore certaines attributions hospitalières. Le préfet de région est, en particulier, toujours compétent pour arrêter le plan régional de santé publique, dont doit tenir compte le schéma d'organisation sanitaire[2]. Le préfet du département conserve, pour sa part, d'importants pouvoirs de contrôle de la sécurité sanitaire qu'il peut, le cas échéant, exercer dans les établissements de santé[3].

L'ordre public sanitaire fait donc appel à un ensemble divers et complexe d'autorités déconcentrées chargées de l'assurer sur le plan local. Son maintien fait par ailleurs intervenir les collectivités territoriales décentralisées qui, pour certaines d'entre elles, sont amenées à jouer un rôle important en la matière.

B) LA PARTICIPATION DES COLLECTIVITÉS TERRITORIALES AU MAINTIEN DE L'ORDRE PUBLIC SANITAIRE

315 Si l'administration de la santé publique est fortement centralisée, les collectivités territoriales[4] sont malgré tout amenées à intervenir dans le maintien de l'ordre public sanitaire. D'une part, les autorités municipales ont conservé une partie de leurs

---

hospitalier aux besoins de la population et de préserver leur qualité dans l'intérêt des malades au meilleur coût par le redéploiement de services, d'activités ou d'équipements hospitaliers, le directeur de l'A.R.H. peut demander à deux ou plusieurs établissements publics de santé de conclure une convention de coopération, de créer un groupement de coopération sanitaire, un syndicat interhospitalier ou un groupement d'intérêt public ou encore de prendre une délibération tenant à la création d'un nouvel établissement public de santé par fusion des établissements concernés. Si à l'expiration d'un délai de trois mois, sa demande est restée sans effet, il peut prononcer d'office les mesures appropriées après avis du comité régional d'organisation sanitaire (art. L. 6122-15 C.S.P.). D'autre part, dans le cadre d'une opération de restructuration ou de coopération, le directeur de l'A.R.H. peut demander la suppression d'emplois médicaux et la révision du contrat d'objectifs et de moyens et réduire en conséquence les crédits afférents (art. L. 6122-16 C.S.P.).

[1] Art. L. 4113-14 C.S.P.

[2] Art. L. 1411-10 à L. 1411-13 C.S.P. Le P.R.S.P. est mis en œuvre par le groupe régional ou territorial de santé associant l'État et ses établissements de santé publique, l'A.R.H., les organismes de sécurité sociale et les collectivités territoriales qui le souhaitent (art. L. 1411-14 à L. 1411-18 C.S.P.).

[3] Partagée entre le directeur de l'A.R.H. et le préfet du département, la compétence de contrôle des établissements est réservée à celui-ci pour les établissements sociaux et médico-sociaux. *Cf.* l'art. L. 6116-2 C.S.P. et la circ. DGS/DH/QS/AF n° 97-36 du 21 janv. 1997 relative à l'organisation du contrôle de la sécurité sanitaire dans les établissements de santé et à la coordination entre les représentants de l'État dans la région et le département et les directeurs des A.R.H., *B.O. Santé* n° 7 du 23 mars 1997, p. 12.

[4] Ne seront ici envisagées que les collectivités territoriales *stricto sensu* (communes, départements et régions), bien que la L. du 13 août 2004 relative aux libertés et responsabilités locales précitée ait ouvert aux présidents d'établissements publics intercommunaux la possibilité d'exercer des pouvoirs de police dans certains domaines et sur délégation des maires concernés : art. L. 5211-9-2 C.G.C.T. V. J.-F. JOYE, Le nouveau pouvoir de police du président d'un établissement public de coopération intercommunale, *A.J.D.A.* 2005, n° 1, p. 21-29.

attributions en matière d'hygiène et de salubrité publiques[1]. Il faut, d'autre part, tenir compte de la politique de décentralisation territoriale de l'État entamée en 1982. Il apparaît toutefois que le mouvement va davantage vers la centralisation croissante des compétences sanitaires que l'inverse. En ce domaine, les collectivités territoriales font surtout figure d'auxiliaires de l'État et n'exercent que des compétences subsidiaires (1) et/ou complémentaires (2) pour la protection de la santé publique[2].

1) Des compétences subsidiaires pour la protection de la santé publique

Les bases de la participation des collectivités territoriales à la protection de la santé publique ont été posées par la loi n° 83-663 du 22 juillet 1983[3], modifiée en dernier lieu par la loi n° 2004-809 du 13 août 2004[4]. Deux traits caractéristiques ressortent de ces textes.

316 Le premier est celui d'une organisation fonctionnelle des compétences, même si, entre 1983 et 2004, les critères tant matériels que géographiques de répartition ont évolué. L'acte I de la décentralisation avait retenu une répartition duale des compétences de santé publique, essentiellement partagées entre la commune, responsable de l'hygiène et de la salubrité publiques[5], et le département, investi d'une compétence de droit commun en matière d'action sanitaire et sociale. Outre les actions relatives à la protection sanitaire de la famille et de l'enfance, le département était notamment chargé de l'organisation de la lutte contre les fléaux sociaux (tuberculose, cancer, maladies vénériennes et lèpre) et de l'organisation des services de vaccination de la population civile[6]. La région, en revanche, ne disposait d'aucune compétence de droit commun, mais seulement de la possibilité d'agir en complément de l'État, des autres collectivités territoriales et des établissements publics situés dans les régions[7]. Cette répartition a été très largement révisée par les lois du 9 août et du 13 août 2004[8]. D'une part, la législation a fait émerger la région dans la conduite et l'exécution des politiques de santé publique. Certes, l'entrée de la région dans

---

[1] À cet égard, les intentions du législateur de 1983 sont exemptes d'ambiguïtés puisqu'il n'a affirmé la responsabilité de l'État dans le contrôle des règles d'hygiène que sous réserve des compétences exercées par les autorités municipales.

[2] V. J.-M. LEMOYNE DE FORGES, Collectivités locales et protection de la santé publique, in *Les collectivités locales. Mélanges en l'honneur de Jacques MOREAU*, *op. cit.*, p. 253-261.

[3] L. n° 83-663 du 22 juill. 1983 complétant la L. n° 83-8 du 7 janv. 1983 relative à la répartition de compétences entre les communes, les départements, les régions et l'État, précitée.

[4] L. n° 2004-809 relative aux libertés et responsabilités locales, précitée. Pour un récapitulatif des étapes « intermédiaires », lire M. CORMIER, La décentralisation en matière sanitaire, sociale et médico-sociale : une étape transitoire ?, *J.C.P.* A 2005, n° 1008.

[5] V. notamment l'art. L. 1422-1 C.S.P.

[6] Art. L. 3111-11 C.S.P.

[7] Particulièrement modeste, le rôle de la région a longtemps été limité à la possibilité de financer certains équipements sanitaires d'intérêt régional ou à celle de s'associer aux communes et éventuellement aux départements pour l'élaboration et la mise en œuvre de la politique d'élimination des déchets ménagers (V. les anciens art. L. 4221-1 C.G.C.T. et L. 1424-1 C.S.P.).

[8] L. n° 2004-806 du 9 août 2004 et n° 2004-809 du 13 août 2004, précitées.

le secteur de la santé publique est encore discrète, mais suffisamment importante pour être soulignée[1]. D'autre part, les attributions du département ont été largement réduites par la recentralisation de l'ensemble de la lutte contre les fléaux sociaux, qui limite sa compétence de droit commun à la protection sanitaire de la famille et de l'enfance[2].

317 C'est ici le second trait caractéristique de la répartition des compétences sanitaires de l'État et des collectivités territoriales qui, à l'inverse d'autres matières[3], va davantage dans le sens d'une recentralisation que dans celui de la décentralisation des compétences. Cette évolution ne concerne pas seulement la lutte contre les fléaux sociaux et les compétences des départements. En matière d'hygiène et de salubrité publiques, la loi « S.R.U. » du 13 décembre 2000, confortée par l'ordonnance du 15 décembre 2005 relative à la lutte contre l'habitat insalubre ou dangereux[4], a, dans le même esprit, privé les communes d'une partie importante de leurs compétences en matière de résorption de l'habitat insalubre[5]. Cette politique de centralisation de la santé publique s'inscrit dans la logique de la loi n° 2004-806 du 9 août 2004 qui, par l'insertion de l'article L. 1411-1 du Code de la santé publique, a clairement fait de l'État le premier responsable de définition et de la mise en œuvre de la politique de santé publique[6].

318 Partant, les collectivités territoriales ont, en ce domaine, un rôle auxiliaire et subsidiaire à celui des autorités de l'État. Cela ne signifie pas qu'elles soient totalement exclues des politiques et des actions de santé publique. D'une part, les régions, les départements et les communes peuvent, si elles le souhaitent, collaborer à l'élaboration

---

[1] D'une part, l'art. L. 1424-1 C.S.P. permet au Conseil régional de définir des objectifs particuliers à la région en matière de santé. À cette fin, « *il élabore et met en œuvre les actions régionales correspondantes. Il informe le représentant de l'État dans la région sur le contenu de ces actions et les moyens qu'il y consacre* ». D'autre part, la région participe, au même titre que le département ou la commune, à la conférence régionale de santé. Elle est, encore, chargée par la loi d'assurer le financement des dépenses de fonctionnement et d'équipement de ces écoles et instituts de formation paramédicale ainsi que des centres de formation des préparateurs en pharmacie hospitalière (art. L. 4383-5, L. 4151-9 et L. 4244-1 C.S.P.). Enfin, l'art. 70 de la loi du 13 août 2004 donne, à titre expérimentale, la possibilité aux régions qui en font la demande de participer au financement et à la réalisation d'équipements sanitaires. Sur tous ces points, v. M. CORMIER, La décentralisation en matière sanitaire, sociale et médico-sociale : une étape transitoire ?, *op. cit.*

[2] Art. L. 1423-1 C.S.P. L'art. L. 1423-2 souligne toutefois que le département peut participer à la mise en œuvre des programmes de santé, notamment des programmes de dépistage des cancers dans le cadre de conventions conclues avec l'État.

[3] Rappelons que la loi constitutionnelle n° 2003-276 du 28 mars 2003 (*J.O.* du 29 mars, p. 5568) a fait de la France une République décentralisée (art. 1er de la Constitution).

[4] Ord. n° 2005-1566 du 15 déc. 2005, *J.O.* du 16 déc., p. 19370.

[5] La loi « S.R.U. » précitée a notamment abrogé les anciens art. L. 1331-17 à L. 1331-22 C.S.P. relatifs à la provocation par les communes de la déclaration d'insalubrité d'un immeuble, d'un groupe d'immeuble, d'un îlot ou d'un groupe d'îlots. Les autorités municipales ne sont toutefois pas totalement exclues du dispositif. D'une part, l'art. L. 1331-25 prévoit que lors de la saisine pour avis de la commission départementale par le préfet, le maire ou, le cas échéant, le président de l'établissement public de coopération intercommunale est invité à présenter ses observations, après délibération de l'organe délibérant. D'autre part, ces autorités peuvent initier la procédure en saisissant le directeur départemental des affaires sanitaires et sociales (art. L. 1331-26) et sont associées au déroulement des opérations. Il importe enfin de relever que l'art. 74 de la L. n° 2004-809 du 13 août 2004 organise une expérimentation quadriennale afin de permettre aux communes qui en font la demande d'exercer la responsabilité de cette politique.

[6] « *La Nation définit sa politique de santé selon des objectifs pluriannuels. La détermination de ces objectifs, la conception des plans, des actions et des programmes de santé mis en oeuvre pour les atteindre ainsi que l'évaluation de cette politique relèvent de la responsabilité de l'État* ».

des politiques locales de santé en participant aux travaux des organes délibérants, en particulier ceux de la Conférence régionale de santé[1]. D'autre part, les textes leur confie un certain nombre de responsabilités dans l'exécution des politiques et/ou des actions de santé publique décidées par les autorités centrales ou déconcentrées. Le législateur a déjà chargé les collectivités locales de la mise en œuvre d'activités matérielles indispensables à la réalisation des objectifs fixés par les autorités de l'État : réalisation d'ouvrages ou de travaux[2], organisation et financement de services publics[3], etc.[4]. La plupart du temps obligatoire, la prise en charge de ces activités peut aussi reposer sur le volontariat, soit sur la base d'une autorisation expresse de l'État[5], soit par la conclusion d'une convention[6]. Les textes ont en outre maintenu des compétences juridiques d'exécution des mesures décidées par les autorités étatiques. Les maires conservent ainsi le pouvoir, qui n'est pas négligeable, d'exécuter les mesures des règlements sanitaires, de mettre en œuvre les mesures de désinfection dans les villes d'au moins 20 000 habitants disposant d'un service communal de désinfection[7] ou encore d'ordonner l'exécution d'office des travaux de salubrité imposés par le préfet dans le cadre de la police de l'habitat insalubre[8].

Il reste que l'économie générale des textes signale bien la volonté du législateur de renforcer le contrôle de la politique et des actions de santé publique par l'État. Les autorités décentralisées sont surtout investies d'un rôle de collaboration, parfois obligatoire, qui ne leur donne pas de réelles capacités de décision[9]. Si l'on excepte les responsabilités confiées aux départements en matière de protection maternelle et infantile, seules les communes, lieu traditionnel de la salubrité publique, bénéficient de prérogatives importantes, notamment en ce qui concerne l'assainissement des agglomérations[10]. Au demeurant, seul le maire, autorité traditionnelle de police administrative, bénéficie de compétences générales de police sanitaire. Héritage des

---

[1] Art. L. 1411-10 s. C.S.P.

[2] *Cf.* par exemple l'art. L. 1331-17 C.S.P. (sur la participation du département aux travaux d'assainissement d'une agglomération) ou l'art. L. 3114-1 relatif aux procédures de désinfection.

[3] *Cf.* par exemple l'art. L. 1422-1 sur les services municipaux d'hygiène et de santé. Dans ce cas, le législateur opère le plus souvent un partage de compétence entre la collectivité territoriale et l'État auquel il peut réserver le soin de fixer les normes minimales d'activité de ces services, celles relatives à leur encadrement et les exigences de qualification des personnes qu'ils emploient. V. par exemple, sur la légalité du décr. n° 92-785 du 6 août 1992 relatif à la protection maternelle et infantile, C.E., 1er avr. 1996, *Dép. de la Loire*, n° 141958, *Rec.* p. 109.

[4] *Cf. supra* nos 278 s.

[5] *Cf.* par exemple l'art. L. 3114-1 al. 3 C.S.P. qui donne au ministre de la Santé la possibilité d'autoriser exceptionnellement les communes de moins de 20 000 habitants ayant facultativement créé un service communal d'hygiène à avoir un service autonome de désinfection. V. également l'art. 74 de la L. n° 2004-809 du 13 août 2004 relatif à la participation expérimentales des communes le souhaitant à la politique résorption de l'habitat insalubre.

[6] *Cf.* l'art. L. 1423-2 C.S.P.

[7] Art. L. 3114-1 C.S.P.

[8] Art. L. 1331-29 C.S.P.

[9] *Cf.* C.E., 18 oct. 2006, *Région des pays de la Loire*, n° 284563, *Rec.* tables p. 700 (à propos du décret d'application des art. L. 4383-5, L. 4151-9 et L. 4244-1 C.S.P.).

[10] V. par exemple les art. L. 1331-1 s. C.S.P. sur le raccordement des immeubles au réseau public de collecte des eaux usées ou pluviales.

temps anciens, ces prérogatives sont certes aujourd'hui réduites à la portion congrue. Elles lui offrent néanmoins la possibilité d'agir en complément des autorités de l'État.

2) Un rôle complémentaire laissé à l'autorité de police municipale

319 Outre ses pouvoirs de police générale, le maire dispose de diverses compétences de police sanitaire spéciale qu'il exerce au nom de sa collectivité. L'article L. 1311-2 du Code de la santé publique le charge ainsi de l'élaboration des règlements sanitaires municipaux visant à compléter et/ou à renforcer les règlements sanitaires nationaux et départementaux[1]. Il assure également la police des funérailles et des cimetières[2] ainsi que la police des baignades[3]. Le maire est encore chargé par les articles L. 2213-29 à L. 2213-31 du Code général des collectivités territoriales d'assurer la surveillance, du point de vue de la salubrité, de l'état des ruisseaux, rivières, étangs, mares et amas d'eau, ce qui implique sa compétence pour ordonner les mesures nécessaires à l'assainissement, y compris pour enjoindre aux propriétaires de mares ou de fossés à eau stagnante de prendre les mesures nécessaires pour faire cesser toutes causes d'insalubrité[4]. Enfin, le Code rural confie au maire un certain nombre de prérogatives concernant la salubrité des champs de foire et des emplacements à exposition de vente des bestiaux[5] ainsi que la lutte contre les épizooties[6].

Le maintien de ces compétences municipales en dépit de la centralisation croissante des pouvoirs de police sanitaire s'explique par la spécificité du risque sanitaire. Il semble en effet que ces pouvoirs aient été maintenus dans tous les cas où la protection de la santé publique exige une connaissance particulière de la situation locale. Les textes laissent toutefois percevoir la persistance d'une certaine méfiance du pouvoir central et de la représentation nationale vis-à-vis des élus locaux. Sont en effet prises en compte l'insuffisance éventuelle des moyens locaux, mais aussi la carence potentielle des maires dans l'exercice de leurs fonctions.

320 La possibilité d'une insuffisance des moyens locaux d'intervention est explicitement prévue au Code général des collectivités territoriales qui impose aux maires d'informer le préfet du département des cas de dangers graves ou imminents[7] et, s'il y a

---

[1] *Cf. supra* n°s 240, 259 et 305.

[2] Art. L. 2213-8 s. C.G.C.T.

[3] Art. L. 2213-23 C.G.C.T. et L. 1332-1 s. C.S.P.

[4] Dans ce cadre, l'art. L. 2213-30 le charge d'ordonner les mesures nécessaires à leur assainissement et, après avis du Conseil municipal, de prescrire la suppression des mares communales toutes les fois où elles compromettent la salubrité publique.

[5] *Cf.* les art. L. 214-14 s. C. rur.

[6] *Cf.* les art. L. 223-1 et L. 223-6 C. rur.

[7] Art. L. 2212-4 C.S.P. Sur la faute commise par le maire qui omet d'avertir les services préfectoraux, compétents dans le cadre de la police des installations classées, de manquements graves et répétés d'une société à ses obligations, *cf.* C.A.A. de Versailles, 8 mars 2006, *Cne de Taverny*, n° 03VE04692, *A.J.D.A.* 2007, p. 2266, note M.-F. DELHOSTE ; *Envir.* 2006, n° 84, obs. D. GILLIG ; *Coll. terr.* 2006, n° 81, note G. PELISSIER et C.E., 13 juill. 2007, *Cne de Taverny*, préc.

lieu, de provoquer l'intervention de l'autorité supérieure[1]. Dans le même sens, l'article L. 223-1 du Code rural fait obligation aux maires d'aviser d'urgence les préfets de tous les cas d'épizooties qui leur seraient signalés dans le territoire de la commune.

321 Le législateur a également tiré les enseignements de l'histoire en tenant compte de l'éventualité d'une carence de l'autorité municipale. Les textes organisent dans de nombreuses hypothèses un pouvoir de substitution du préfet à l'autorité municipale défaillante. Ce pouvoir de substitution est notamment prévu en matière de police générale[2]. Il existe également dans le cadre des polices spéciales dès lors que le maire est, d'une façon ou d'une autre, appelé à intervenir. L'article L. 1311-4 du Code de la santé publique donne ainsi, en cas d'urgence, au préfet du département le droit d'ordonner l'exécution immédiate des mesures prescrites par les règlements sanitaire. L'article L. 2213-7 du Code général des collectivités territoriales précise également qu'à défaut du maire, il appartient au préfet de pourvoir d'urgence à ce que toute personne décédée soit ensevelie et inhumée décemment. L'article L. 2213-30 de ce Code retient les mêmes mécanismes en matière d'assainissement de la commune : faute pour le maire d'ordonner les mesures nécessaires à l'assainissement ou à la suppression des mares communales compromettant la salubrité publique, il revient au préfet, après avis du conseil départemental d'hygiène et enquête *de commodo* et *in commodo*, de décider de leur suppression ou de prescrire les travaux nécessaires à leur assainissement[3]. Il est à noter que cette substitution n'entraîne pas le déplacement de la charge financière ni de la responsabilité encourue qui pèsent toujours sur la commune dont les mesures relèvent normalement[4]. Enfin, le représentant de l'État dans le département peut, dans certains cas, être amené à exercer une sorte de tutelle sanitaire sur les communes. Tout d'abord, certains mécanismes d'approbation préfectorale organisés par la loi du 15 février 1902 sont toujours en vigueur. C'est le cas notamment en matière de désinfection puisque dans les communes de plus de 20 000 habitants, les mesures adoptées par les autorités municipales sont soumises à l'approbation du préfet, préalable nécessaire à leur exécution. Ensuite, les communes peuvent être les destinataires de mesures sanitaires

---

[1] Art. L. 2212-2 5° C.S.P. Commet donc une faute, le maire qui n'a pas sollicité du préfet un arrêté de stationnement de caravanes hors des terrains aménagés à cet effet à l'origine de troubles à la tranquillité et à la salubrité publiques : C.A.A. de Nancy, 25 juin 1992, *Cne de Tombelaine*, préc. V. également C.E., 13 juill. 2007, *Cne de Taverny*, préc.

[2] Art. L. 2215-1 C.G.C.T. *Cf. supra* n° 126 et n° 297.

[3] Dernier exemple, quoique les pouvoirs du maire soient ici exercés au nom de l'État, l'art. L. 1331-29 C.S.P. donne compétence au préfet du département pour pallier sa défaillance dans la mise en œuvre de la procédure d'exécution d'office de travaux de salubrité sur les immeubles.

[4] *Cf.*, par exemple, l'art. L. 2213-30 C.G.C.T. qui précise que les travaux ordonnés par le préfet pour assurer l'assainissement des agglomérations sont prescrits aux frais de la commune ou l'art. L. 214-17 sur le financement des mesures prescrites par le préfet pour faire cesser les causes d'insalubrité des champs de foire. V. également, C.E., 16 févr. 1979, *Malisson*, n° 00.139, *Rec.* tables p. 652. Cette règle ne s'applique toutefois que sous réserve de la régularité de l'intervention du préfet : C.E., 10 déc. 1962, *Sieur Bouali-Salah*, n° 54.771, *Rec.* p. 674. En revanche, lorsque le maire agit au nom de l'État, la commune n'assure que l'avance des frais et les créances qu'elle n'a pu recouvré sont mises à la charge de l'État : v. l'art. L. 1331-29 C.S.P.

ordonnées par le préfet ou le ministre. On fait ici référence à la procédure définie par l'article L. 1331-17 du Code de la santé publique en cas de mortalité excessive dans une commune, également issue de la loi du 15 février 1902.

322 À la fois mission régalienne et affaire de proximité, le maintien de l'ordre public sanitaire fait donc appel à un nombre important d'administrations aux statuts variés. L'histoire de l'organisation administrative de la santé publique fait sans doute apparaître deux constantes : celle de la centralisation progressive de la police sanitaire et celle de sa déconcentration. L'une comme l'autre souffrent cependant d'exceptions notables. D'une part, la centralisation de la police sanitaire n'a pas conduit à une confiscation pleine et entière des responsabilités sanitaires de l'administration territoriale, non seulement parce qu'elle n'a jamais été menée jusqu'à son terme, mais aussi parce qu'elle a dû être adaptée aux exigences de la politique de décentralisation menée au début des années 1980. D'autre part, la déconcentration des pouvoirs de police sanitaire a considérablement été mise à mal par la nationalisation des règlements sanitaires en 1986.

Ces tendances contradictoires indiquent par elles-mêmes les difficultés que rencontre l'administration de la santé publique pour trouver sa géométrie définitive, ce que confirme la diversification constante des organes compétents en ce domaine.

SECTION 2
LA DIVERSIFICATION CONSTANTE DES INTERVENANTS

323 Cette diversification des intervenants est liée à deux facteurs principaux. D'une part, le caractère transversal du risque sanitaire, qui intéresse une pluralité d'objets et d'activités, a conduit à une dispersion des responsabilités sanitaires au sein du gouvernement (§1). D'autre part, la prise en compte de la technicité du risque sanitaire a, surtout depuis le développement de la sécurité sanitaire, favorisé la création de nombreux organismes disposant des compétences techniques et scientifiques nécessaires au maintien de l'ordre public sanitaire (§2).

§1.- LES DIFFICULTÉS LIÉES AU CARACTÈRE TRANSVERSAL DU RISQUE SANITAIRE

324 En dépit de l'approche téléologique de la santé publique aujourd'hui défendue par l'article L. 1411-1 du Code de la santé publique[1], sa protection est, en France, essentiellement conçue par référence aux objets, aux activités et aux secteurs qu'elle est susceptible de concerner. Cette appréhension matérielle de la protection de la santé publique a conduit à une dispersion des responsabilités entre les différents ministères

[1] *Cf. supra* n° 29 et *infra* nos 504 s.

intéressés (B). Elle a abouti à une situation assez paradoxale qui fait que le ministère de la Santé ne joue en réalité qu'un rôle limité dans le maintien de l'ordre public sanitaire (A).

A.- LE RÔLE LIMITÉ DU MINISTÈRE DE LA SANTÉ DANS LE MAINTIEN DE L'ORDRE PUBLIC SANITAIRE

325 Le ministère de la Santé a souvent été considéré comme le parent pauvre du gouvernement[1]. Tardivement créé (1), il n'a jamais trouvé sa place définitive au sein de l'organisation gouvernementale et souffre, encore aujourd'hui, de nombreux dysfonctionnements (2).

1) La création tardive du ministère de la Santé

Marquée par de longues tergiversations auxquelles l'épidémie de grippe espagnole de 1918 a, de façon malheureuse, mis un terme, l'histoire de la création du ministère de la Santé est un autre exemple de l'empirisme de l'engagement de l'État dans le domaine sanitaire[2].

326 Il n'existe pas, au XIXe siècle, d'administration centrale spécifiquement chargée de la santé, mais seulement quelques services sanitaires encore très embryonnaires. Conformément à l'idée selon laquelle la police sanitaire consiste d'abord à arrêter la contagion par un isolement des biens et des personnes aux frontières, ces services sont initialement créés au sein du ministère du Commerce et de l'Industrie. En 1889, le développement de l'hygiénisme et les liens établis entre la protection de la santé publique et la sécurité intérieure conduisent néanmoins le gouvernement à détacher le Bureau de l'hygiène publique du Commerce et de l'Industrie pour le transférer au ministère de l'Intérieur en la forme d'une direction de l'assistance et de l'hygiène publique confiée à Henri MONOD[3]. Acteur principal en la matière, le ministère de l'Intérieur n'est toutefois pas seul compétent dans le domaine sanitaire. D'une part, le ministère du Commerce et de l'Industrie conserve les services relatifs à la protection des travailleurs – secteur qui sera transféré au ministère du Travail en 1906 – et aux établissements dangereux, incommodes et insalubres. D'autre part, le ministère de l'Agriculture assure le contrôle des services des épizooties et de l'Inspection générale des services vétérinaires.

Dès le début du XXe siècle, l'éparpillement des responsabilités sanitaires et la faiblesse des moyens accordés à la protection de la santé publique provoquent la multiplication des demandes de création d'un ministère spécifiquement chargé de la

---

[1] *Cf.* A. MORELLE, *La défaite de la santé publique*, *op. cit.*, p. 211.

[2] V. notamment D. RENARD, Logiques politiques et logiques de programme d'action : la création des admnistrations sociales sous la IIIe République, *R.F.A.S.* 2001, n° 4, p. 33-39, spéc. p. 36-37.

[3] Décr. du 5 janv. 1889 et du 3 févr. 1896 précités. V. M. HAURIOU, *Précis de droit administratif et de droit public général*, 4e éd., 1900-1901, *op. cit.*, p. 558.

santé. Cependant, à l'instar de la proposition de M. BRETON qui, présentée à la chambre des députés le 15 mai 1916, ne donne même pas lieu à débat, aucune de ces initiatives n'est suivie d'effet. Il faut attendre l'épidémie de grippe espagnole de 1918, contre laquelle le gouvernement n'a pu réellement combattre, pour que l'organisation des pouvoirs publics en matière de santé soit réellement mise en cause. Ce mouvement favorable à la création d'une administration centrale *ad hoc* aboutit, quoique seulement deux ans plus tard, à la création d'un ministère de l'Hygiène, de l'Assistance et de la Prévoyance sociale qui est à l'origine des structures ministérielles actuelles[1]. Ce ministère est constitué à partir des services relevant jusqu'alors du ministère de l'Intérieur et des services appartenant depuis 1906 au ministère du Travail et de la Prévoyance sociale.

327 Son organisation appelle deux remarques. On observera tout d'abord que, dès l'origine, les missions sanitaires et sociales de l'administration centrale ont été étroitement mêlées. La plupart du temps liée aux services chargés de l'Assistance sociale, du Travail ou, depuis la IVe République, des Affaires sociales et de la Famille, l'administration sanitaire n'a jamais été véritablement autonome[2]. On relèvera ensuite que le transfert des attributions sanitaires au ministère de l'Hygiène n'a pas été total, le ministère du Commerce et de l'Industrie comme le ministère de l'Agriculture ayant tous deux conservé leurs compétences initiales. Il s'agit là d'une autre caractéristique propre à l'administration centrale de la santé qui, il faut bien l'admettre, a toujours eu une maîtrise imparfaite et partielle du secteur de la santé publique.

2) Les vicissitudes contemporaines du ministère de la Santé

328 L'administration centrale de la santé, qui relève actuellement d'un ministère de la Santé, de la Jeunesse et des Sports[3], a fait l'objet au printemps 2007 d'une vaste refonte d'ensemble qui prolonge celle déjà menée en juillet 2000[4]. Le secteur de la santé comprend deux directions principales, la Direction des Hôpitaux et de l'Organisation des Soins (D.H.O.S.), qui a succédé en 2000 à l'ancienne Direction des hôpitaux, et la Direction Générale de la Santé (D.G.S.), auxquelles il faut adjoindre le Haut

---

[1] Décr. du 27 janvier 1920 fixant les attributions du ministre de l'Hygiène, de l'Assistance et de la Prévoyance sociales, *J.O.* du 28 janv., p. 1496.

[2] Sur ce point, *cf.* J.-M. LEMOYNE DE FORGES, *Le droit de la santé*, *op. cit.*, p. 61.

[3] Décr. n° 2007-1002 du 31 mai 2007 relatif aux attributions du ministre de la Santé, de la Jeunesse et des Sports, *J.O.* du 1er juin, p. 9967 ; *B.J.S.P.* 2007, n° 105, Pan., p. 3.

[4] V. les art. R. 1421-1 et R. 1421-2 C.S.P. issus du décr. n° 2007-840 du 11 mai 2007 relatif à l'organisation de l'administration centrale du ministère chargé de la Santé (*J.O.* du 13 mai, texte n° 24) qui modifie le décr. n° 2000-685 du 21 juill. 2000 relatif à l'organisation de l'administration centrale du ministère de l'Emploi et de la Solidarité et aux attributions de certains de ses services (*J.O.* du 23 juill., p. 11374). Sur ces réformes : Rapport du Min. de l'Emploi et de la Solidarité, Secteur Santé–Solidarité, *La réforme de l'administration centrale 2000*, et le document d'information du ministère de la Santé sur l'organigramme 2007 : *La nouvelle organisation de la D.G.S.* (*www.sante.gouv.fr*).

fonctionnaire de défense et de sécurité placé, depuis 2007, auprès des ministères chargés des Affaires sociales[1].

329 « *Pivot de l'action de santé publique* »[2], c'est la D.G.S. qui assure les missions principales en matière de protection sanitaire[3]. Sa nouvelle organisation met en place une direction en binôme avec la création d'un directeur général adjoint auprès du Directeur général de la santé chargé de définir les orientations politiques de la santé, de défendre la position française au sein des instances européennes et internationales sur les questions de santé publique, de veiller au développement d'une approche prospective des enjeux de santé publique et d'assurer la communication du ministère. Le Directeur général de la santé remplit en outre les fonctions de Délégué interministériel à la lutte contre la grippe aviaire[4].

La D.G.S. est divisée en cinq structures opérationnelles[5] : la sous-direction de la politique des pratiques et des produits de santé, la sous-direction de la promotion de la santé et de la prévention des maladies chroniques, la sous-direction de la prévention des risques infectieux, la sous-direction de la prévention des risques liés à l'environnement et à l'alimentation et le département des urgences sanitaires, qui assure le recueil des alertes sanitaires ou sociales, gère les alertes sanitaires et prépare la réponse aux menaces sanitaires de grande ampleur. Quatre structures d'appui stratégiques lui sont par ailleurs rattachées : la mission de l'analyse stratégique, de la prospective, de la recherche et de l'appui scientifique – qui doit développer une fonction d'analyse stratégique en se fondant sur une approche prospective des enjeux de santé publique et des risques sanitaires –, la mission de la qualité et du management – chargée d'assister la direction générale dans le pilotage de son plan stratégique, de proposer et conduire les politiques de progrès de la D.G.S., d'assurer la maintenance de l'organisation, d'améliorer et de

---

[1] Arr. du 11 mai 2007 relatif à l'organisation aux attributions et aux moyens du service du Haut fonctionnaire de défense et de sécurité auprès des ministères chargés des affaires sociales, *J.O.* du 13 mai, texte n° 36 ; *B.J.S.P.* 2007, n° 105, Pan., p. 3. Ce haut fonctionnaire, créé par le décr. n° 2007-207 du 19 févr. 2007 (*J.O.* du 20 févr., texte n° 1), relève directement du Premier ministre. Il doit assister certains ministres, dont les ministres chargés des affaires sociales, pour toutes les questions relatives à la défense et aux situations d'urgence affectant la défense, la sécurité et la vie de la nation. Le haut fonctionnaire de défense et de sécurité placé auprès des ministres des affaires sociales dispose d'un service particulier au sein de l'administration centrale de la santé. Ce service comprend deux pôles : l'un de défense et de sécurité sanitaires, l'autre de protection et de sécurité de défense. Le pôle de défense et de sécurité sanitaires est placé sous la responsabilité du chef du département des urgences sanitaires de la D.G.S. qui exerce la fonction de haut fonctionnaire de défense et de sécurité adjoint. Il a pour mission l'animation et la coordination de l'action du ou des ministère chargés des affaires sociales pour la protection des populations face aux risques et menaces sanitaires et la lutte contre le terrorisme nucléaire, radiologique, biologique et chimique.

[2] Min. de l'Emploi et de la Solidarité, *La réforme de l'administration centrale*, *op. cit.*, p. 27.

[3] *Cf.* l'art. R. 1421-1 C.S.P.

[4] Décr. n° 2005-1057 du 30 août 2005 instituant un délégué interministériel à la lutte contre la grippe aviaire, *J.O.* du 31 août, p. 14081 et décr. du 1er sept. 2005 portant nomination du délégué interministériel à la lutte contre la grippe aviaire, *J.O.* du 2 sept., texte n° 51 ; *B.J.S.P.* 2005, n° 87, Pan., p. 4.

[5] Arr. du 11 mai 2007 portant organisation de la D.G.S. en services et sous-directions et en bureaux (ens. 2 textes), *J.O.* du 13 mai, textes n° 37 et n° 38.

développer une culture managériale, de mettre en place et développer une démarche qualité –, la mission des affaires européennes et internationales et la mission de l'information et de la communication, qui assure la communication interne et externe de la direction, dont la communication de santé publique destinée aux professionnels de santé et/ou à la gestion des situations d'urgences ou de crises sanitaires.

330 Depuis l'affaire du sang contaminé, le rôle de la D.G.S. a évolué dans le sens d'un élargissement constant de ses missions, aujourd'hui particulièrement vastes. L'article R. 1421-1 du Code de la santé publique lui confie le soin de préparer la politique de santé publique et de contribuer à sa mise en œuvre, en liaison avec les autres directions et services du ministère chargé de la Santé et des autres départements ministériels compétents ainsi qu'avec l'appui des établissements ou organismes qui en dépendent. Ses tâches sont encore compliquées par la multiplication des réformes et des projets de réformes qui, en matière de santé publique, se succèdent à rythme croissant, dans un contexte pesant de pression médiatique et judiciaire. La D.G.S. a souffert, et souffre encore parfois, d'une véritable crise interne qui s'est notamment manifestée en décembre 2000 par un vaste mouvement de grève au sein de ses services et la rédaction d'une pétition de protestation signée par près de 75 % du personnel de direction. Cette crise a conduit M. ACCOYER à demander à l'Assemblée nationale la constitution d'une commission d'enquête sur l'aptitude matérielle et humaine de la D.G.S. à assurer ses missions de santé publique et de sécurité sanitaire[1]. Quoique rejetée par la commission des affaires culturelles, familiales et sociales, la création d'une commission d'enquête n'étant pas apparue comme la solution la plus adaptée pour remédier aux difficultés rencontrées par la D.G.S., cette proposition a eu le mérite d'attirer l'attention de la représentation nationale sur le « *malaise de l'administration de la santé* » et le manque de moyens de cette administration. A notamment été mise en avant l'insuffisance notoire des effectifs, des locaux et du budget accordés à la D.G.S. en dépit de l'accroissement de ses tâches et de ses responsabilités.

Les pouvoirs publics ont cherché à répondre à ces difficultés en précisant et en restructurant certaines des compétences de la D.G.S. et en développant ses moyens humains et financiers[2]. Il reste que si la situation de la D.G.S. s'est incontestablement améliorée, l'extension continue de ses missions, la complexité de ses tâches comme la succession rapide des réformes touchant le secteur de la santé publique grèvent encore largement l'efficacité de son travail, ce qui, au demeurant, explique sa récente

---

[1] Proposition de résolution n° 2841 du 12 janv. 2001 examinée le 28 mars 2001 par la commission des affaires culturelles, familiales et sociales de l'Assemblée nationale, *Bull. des commissions* 2001, n° 6, p. 809.

[2] Sur ce point, *cf.* notamment les remarques formulées par la Cour des comptes dans son *Rapport public annuel 2004*, Paris, 2004, La documentation française. Ce chapitre relatif à « L'évolution du rôle de la Direction générale de la Santé » est directement accessible par Internet : *www.ccomptes.fr/CC/documents/RPA/DgSante.pdf.*

restructuration. Il suffit, pour s'en convaincre, d'examiner le retard pris dans l'élaboration des textes d'application des lois[1].

331 Ces difficultés matérielles de l'administration centrale de la santé doivent être mises en relation avec le problème même de la place des questions de santé publique dans l'administration centrale. Créé tardivement sous la pression des évènements, le ministère de la Santé ne semble pas en effet avoir trouvé sa géométrie définitive. Rarement autonome, ce ministère a le plus souvent été inclus dans une organisation administrative plus vaste, rassemblant la Famille, l'Aide sociale, la Solidarité nationale, la Sécurité sociale et parfois le Travail, les Sports et les Loisirs.

Entre 1986 et 2002, la santé a ainsi constamment été confiée à un ministère délégué ou à un secrétariat d'État auprès du ministère des Affaires sociales. Ce rattachement est symptomatique de la conception qui a longtemps dominé en la matière. Comme le note Mme JOIN-LAMBERT, la politique de santé publique, reléguée au second rang, « *est restée en France largement sous-estimée [en particulier] parce que l'impératif économique de maîtrise des dépenses de santé est progressivement devenu la priorité essentielle des pouvoirs publics* »[2]. Ce n'est que très récemment que la santé publique s'est affirmée comme un axe politique véritablement autonome et prioritaire[3], même si les pressions économiques sont encore pesantes[4].

D'ailleurs, si le ministère chargé de la Santé assume l'essentiel des responsabilités de santé publique, il n'a jamais été le seul chargé d'intervenir dans la direction générale de la politique de la santé qui intéresse de nombreuses autres autorités ministérielles. Or, cette maîtrise incomplète du secteur sanitaire s'est fait d'autant plus cruellement sentir qu'un grand nombre de problèmes contemporains de santé publique résultent de problèmes sectoriels pour la résolution desquels le ministère de la Santé a longtemps été totalement démuni, ces questions étant réservées à d'autres départements ministériels.

---

[1] Sur ce point, *cf.* notamment le troisième bilan de la mise en application de la loi du 9 août 2004 exceptionnellement dressé par la commission des Affaires culturelles, familiales et sociales de l'Assemblée nationale le 24 janv. 2007 (Rapport n° 3614 présenté par M. Jean-Michel DUBERNARD, *www.assemblee-nationale.fr/12/rap-info/i3614.asp* ; *B.J.S.P.* 2007, n° 101, Pan., p. 2). Pour un exemple parmi d'autres, on peut se référer à la procédure de suspension en cas d'urgence des praticiens dont l'exercice peut être dangereux pour les patients. Introduit par la L. n° 2002-303 du 4 mars 2002, cette disposition n'a fait l'objet d'un décret d'application que le 23 déc. 2004 (décr. n° 2004-1445, *J.O.* du 3 janv., texte n° 27 ; *B.J.S.P.* 2005, n° 80, Pan., p. 3), ce qui a notamment conduit à l'invalidation, par le juge, de mesures pourtant nécessaires à la sécurité des malades : T.A. de Nice, ord., 4 déc. 2002, *M. Jacques J.*, n° 02-5077 et jugement du 28 janv. 2003, *M. J. c. Préfet des Alpes Maritime*, n° 02-5086, *A.J.D.A.* 2003, p. 359, obs. M.-C. DE MONTECLER.

[2] M.-T. JOIN-LAMBERT, A. BOLOT-GITTLER, Ch. DANIEL, D. LENOIR et D. MÉDA, *Politiques sociales*, *op. cit.*, p. 508.

[3] Il faut en effet rappeler que l'art. L. 1411-1 qui définit le cadre d'élaboration et l'objet de la politique de santé publique n'a été introduit au Code que par la L. n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique.

[4] Comme en atteste la suppression récente et contestable de l'obligation d'examen médical prénuptial par L. n° 2007-1787 du 20 déc. 2007 relative à la simplification du droit précitée ou encore la suspension de l'obligation vaccinale contre le B.C.G. *Cf. supra* n° 290 (note).

B.- LA DISPERSION DES RESPONSABILITÉS MINISTÉRIELLES

332 Liée à l'approche matérielle de la protection de la santé publique (1), la dispersion des responsabilités ministérielles conduit à d'importantes difficultés dans les actions de santé publique. Elle pose, en particulier, d'inévitables problèmes de coordination (2).

1) Les contraintes liées à l'approche matérielle de la protection de la santé publique

333 Répartie entre différents ministères, la politique de santé publique a, jusqu'au début du XXIe siècle, été davantage conçue sous un angle matériel, à travers les objets qu'elle est susceptible de concerner, que dans une perspective fonctionnelle, par référence à ses objectifs. Ce n'est guère en effet qu'à compter de 2002 que le législateur a adopté une conception plus finalisée de la politique de prévention sanitaire, élargie par la loi du 9 août 2004 à l'ensemble de la santé publique[1].

334 Un certain nombre de matières, dont certaines relatives à l'hygiène et à la salubrité publiques, ont ainsi longtemps échappé à la compétence du ministère chargé de la Santé[2]. À l'heure actuelle encore, de nombreux départements ministériels autres que celui de la Santé interviennent dans le domaine de la protection de la santé publique. Outre le ministère du Travail et le ministère de l'Éducation nationale, de la Recherche et de la Technologie, respectivement chargés de la médecine du travail et de la santé scolaire et universitaire, les ministères chargés de l'Environnement, de l'Agriculture, du Commerce et de l'Industrie doivent être cités en raison de l'importance de leurs responsabilités en ce domaine.

Le ministère chargé de l'Environnement est ainsi investi de missions essentielles de prévention des pollutions et des risques liés au milieu environnant, de la surveillance, de l'eau et l'air et autres nuisances. Parfois en liaison avec le ministère de la Santé, il est donc responsable de l'hygiène du milieu et intervient notamment dans le cadre de la police des installations classées pour la protection de l'environnement. Les ministères de l'Agriculture et le ministère de l'Économie, des Finances et de l'Industrie assurent également des fonctions majeures en matière sanitaire puisqu'ils sont compétents pour les questions relatives à la sécurité sanitaire des aliments et des produits destinés à la consommation humaine. Le ministère de l'Agriculture dispose du contrôle sanitaire des aliments d'origine animale et intervient dans la réglementation relative aux organismes génétiquement modifiés. La Direction Générale de la Concurrence, de la Consommation et de la Répression des Fraudes (D.G.C.C.R.F.) du ministère chargé du Commerce et de

---

[1] Art. L. 1411-1 C.S.P. *Cf. supra* n° 29 (note) et *infra* n°s 504 s.

[2] On citera, entre autres, l'exemple de la police des établissements dangereux, incommodes et insalubres (devenue celle des installations classées pour la protection de l'environnement), la police des épizooties ou certaines polices concernant la protection de l'hygiène du milieu.

l'Industrie assure, quant à elle, l'ensemble des compétences relatives à la protection des consommateurs. Elle est notamment responsable du contrôle de la qualité des denrées alimentaires et de la sécurité de l'ensemble des produits de consommation distribués sur le territoire national. Le ministère de l'Économie est, par ailleurs, compétent pour réglementer la distribution des cigarettes, y compris dans un but de protection de la santé publique. Il faut enfin mentionner le ministère de la Défense qui, par l'intermédiaire du service de santé des armées et des services de protection contre les attentats bactériologiques ou chimiques, est également susceptible d'intervenir dans les questions de santé publique ou encore le ministère de l'Intérieur qui intervient dans le cadre des politiques de lutte contre les dépendances et dispose de la police des débits de boissons.

335 Cet émiettement des responsabilités n'est pas sans poser de sérieux problèmes quant au maintien de l'ordre public sanitaire. Le premier, que l'on espère d'ordre historique, est d'avoir conduit à un « oubli » progressif des enjeux pour la santé humaine de certaines polices qui, exercées par des autorités autres que sanitaires, ont parfois été mises en œuvre sans réel souci de la santé publique[1]. Un autre problème concerne la question de la délimitation des compétences dévolues à chaque autorité[2].

336 S'agissant du maintien de l'ordre public sanitaire, ces difficultés sont néanmoins largement atténuées du fait que l'exercice des pouvoirs de police les plus importants revient à l'ensemble du gouvernement, représenté par le Premier ministre, qui agit soit par décret en Conseil d'État, soit par décret simple. Outre ses compétences de police générale qu'il peut exercer pour la sauvegarde de la santé publique[3], le gouvernement est ainsi investi de nombreuses polices sanitaires spéciales[4]. Par ailleurs, il n'est pas rare que

---

[1] Cette situation peut être illustrée par les polices de lutte contre les épizooties. S'appliquant à différentes, dont une partie seulement est susceptible d'affecter la santé humaine, ces polices ont, en dépit de leur qualification comme « polices sanitaires », longtemps obéit à des enjeux plus économiques que sanitaires.

[2] Pour un exemple des confusions susceptibles d'être commises, *cf.* C.E., Sect., 31 mars 2003, S.*A. Laboratoires pharmaceutiques Bergaderm*, préc., qui annule l'arrêt la Cour administrative d'appel de Paris ayant retenu la responsabilité pour faute de l'État en raison de la publication au *Journal officiel* d'un avis négatif la commission de sécurité des consommateurs sur des produits cosmétiques de protection solaire comportant des psoralènes (C.A.A. de Paris, 13 mai 1997, *S.A. Laboratoires pharmaceutiques Bergaderm*, n° 94PA01436, *Rec.* tables p. 977 ; *D.A.* 1997, n° 331, p. 25) : « *En se fondant, pour juger que la responsabilité de l'État était engagée, sur ce que la commission n'aurait pas été compétente pour rendre un avis et pour formuler des propositions sur les produits cosmétiques, dès lors que ces produits faisaient, au sens de l'article 8 de la loi, l'objet de dispositions législatives particulières, la cour administrative d'appel a commis une erreur de droit* ».

[3] C.E., Ass., 13 mai 1960, *S.A.R.L. « Restaurant Nicolas »*, n° 41.084, *Rec.* p. 324 ; *Gaz. Pal.* 1960, 2, 171 ; – 10 déc. 1962, *Synd. nat. des vétérinaires et Sieur Quentin*, préc. ; – 2 mai 1973, *Assoc. cultuelle des Israélites nord-africains de Paris*, préc. ; – 19 mars 2007, *Mme Le Gac et a.*, préc.

[4] Il est ainsi compétent pour l'adoption des règlements sanitaires nationaux édictés par décret en Conseil d'État (art. L. 1311-1 C.S.P.). Il intervient également en matière de vaccination obligatoire, soit pour les suspendre (art. L. 3111-1), soit pour en déterminer les conditions d'exécution (art. L. 3111-2, L. 3111-3, L. 3111-5 et L. 3111-6), soit pour les ordonner (art. L. 3111-8). Il lui appartient de définir la liste et de déterminer les modalités du signalement obligatoire de certaines maladies (art. L. 3113-1. V. C.E., Ass., 30 juin 2000, *Ligue française pour la défense des droits de l'Homme et du Citoyen*, précité, qui sanctionne l'incompétence négative du Gouvernement en annulant les dispositions du décr. du 6 mai 1999 renvoyant à un arrêté du ministre chargé de la Santé le soin de déterminer la liste des éléments soumis à notification). C'est encore un décret, pris après avis du H.C.S.P., qui détermine la nature des mesures susceptibles de faire obstacle aux risques de maladies transmises par insectes (art. L. 3114-5). Le gouvernement est aussi chargé de fixer les conditions

les textes législatifs ou réglementaires prévoient un partage des compétences de police sanitaire entre les différentes autorités intéressées. De même qu'un certain nombre d'organismes à compétence sanitaire sont soumis à la tutelle conjointe de plusieurs ministres, certaines mesures de police sanitaire ne peuvent être adoptées que par arrêtés interministériels. C'est le cas, par exemple, pour la définition du modèle et du mode d'utilisation du carnet de grossesse[1] et du carnet de santé[2] et l'établisement du contenu des certificats de santé[3]. De même, l'article L. 3111-4 du Code de la santé publique exige un arrêté conjoint des ministres du Travail et de la Santé adopté après avis du Haut Conseil de la santé publique pour déterminer les catégories d'établissements et organismes concernés par l'obligation de vaccination contre l'hépatite B, la diphtérie, le tétanos, la poliomyélite et la grippe. L'article L. 221-5 du Code de la consommation organise encore un exercice partagé entre le ministre chargé de la Consommation et le ou les ministres intéressés du pouvoir de suspendre la fabrication, l'importation, la mise sur le marché et l'utilisation d'un produit en cas de danger grave pour la santé publique, de faire procéder à son retrait en tous lieux où il se trouve et, éventuellement, d'en ordonner la destruction. Il n'en demeure pas moins que la jurisprudence sanctionnant l'incompétence de l'auteur d'une mesure de police sanitaire édictée au niveau national reste assez fournie[4].

Le dernier problème, et sans doute le plus important du point de vue de ses conséquences, tient à la coordination des actions de santé publique menées par les différents ministères compétents qui, le plus souvent, relève du bon vouloir des autorités concernées.

---

d'organisation et de fonctionnement du service de désinfection (art. L. 3114-7 1°) ; il intervient encore dans le cadre de la procédure relative à la mortalité excessive dans une commune (art. L. 1331-17), dans la police des rayonnements ionisantes (art. L. 1333-20), en matière de transports sanitaires (art. L. 6312-5) ou pour le contrôle sanitaire aux frontières (art. L. 3115-1). Dernier exemple, c'est un décret en Conseil d'État qui définit le nombre et la nature des examens pré et postnataux obligatoires ainsi que les périodes au cours desquelles ils doivent intervenir (art. L. 2122-1 et L. 2122-5).

[1] Art. L. 2122-2 C.S.P.

[2] Art. L. 2132-1 C.S.P.

[3] Art. L. 2132-2 C.S.P. *Cf.* C.E., 2 févr. 1996, *Synd. des médecins d'Aix et région*, n° 169426, *R.D.S.S.* 1996, p. 510, obs. J.-S. CAYLA ; *Info. Pharma.* 1996, n° 352, p. 351.

[4] *Cf.* par exemple C.E., 3 oct. 1980, *Synd. de défense et de protection des moyens naturels de culture et de précommercialisation des produits de la mer du Cotentin-Ouest et a.*, n°s 14.289 à 14.294, *Rec.* p. 350 ; – Sect., 25 janv. 1991, *Conféd. nat. des associations familiales catholiques et a.*, n°s 103143, 107100 et 107101, *Rec.* p. 30 ; *A.J.D.A.* 1991, chron. R. SCHWARTZ et C. MAUGÜÉ ; *R.D.P.* 1991, p. 525, note J.-M. AUBY ; *R.D.S.S.* 1991, p. 228, chron. J.-M. AUBY ; – 28 déc. 1992, *Féd. nat. des exploitants d'abattoirs prestataires de service et a.*, n°s 129900, 130779, 130785, 130788, 130789, 131579, 131681 à 131683 et 131739, *Rec.* p. 459 ; – 12 juin 1995, *Féd. des industries mécaniques et a.*, n°s 150584, 150585, 155006 et 155007, *Rec.* p. 240 ; – 3 oct. 1997, *Soc. A.T.M.F. et a.*, n° 188369, *Rec.* p. 369 ; – 23 févr. 1998, *Laboratoire Vetinject*, n° 190366, *D.A.* 1998, p. 29, n° 140, note C.M. ; – 29 nov. 1999, *Féd. française des pompes funèbres*, préc. ; – 10 oct. 2001, *Assoc. « œuvre d'assistance aux bêtes d'abattoirs »*, préc. ; – Ass., 3 mars 2004, *A.L.I.S.*, préc. ; – 21 mai 2007, *Assoc. nat. des industries alimentaires*, n° 286764, *J.C.P.* A 2007, act. 746, obs. M.-C. ROUAULT (sera mentionné aux tables du *Rec. Lebon*).

2) Des problèmes de coordination inévitables

337 L'approche matérielle de la protection de la santé publique a conduit à un émiettement des responsabilités très préjudiciable à la cohérence et à la coordination des politiques et des actions qui, pour la plupart, nécessitent l'intervention de plusieurs administrations centrales. Cette dispersion des compétences décisionnelles se remarque notamment s'agissant de l'hygiène du milieu et, en particulier, de la protection sanitaire de l'eau qui, outre le ministère de la Santé, chargé des eaux thermales et des eaux de consommation, fait également intervenir ceux de l'Environnement, de l'Agriculture et de l'Industrie[1]. Cette situation explique le nombre important de missions, de comités ou de délégués interministériels créés dans le domaine de la santé publique et de la protection de l'environnement. Elle n'en pose pas moins d'importantes difficultés en ce qu'elle obère inévitablement l'efficacité des actions de santé publique. En premier lieu, l'émiettement des compétences sanitaires n'a pas manqué de nuire à la coordination et, partant, à la cohérence des politiques et des actions de santé publique[2]. En second lieu, toute action réellement coordonnée induit l'observation de procédures dont la longueur et la complexité sont d'autant plus problématiques que, comme le note M. MORELLE, dans le domaine particulier de la santé publique, le « *cadre temporel est souvent celui de l'urgence* »[3]. On ne peut donc que souligner « *le décalage existant entre des circuits administratifs par nature lents, car complexes et faisant intervenir de nombreuses entités aux intérêts souvent divergents, et la nécessité d'une décision et d'une action rapides* »[4].

Il paraît peu probable qu'il sera remédié à ces difficultés par une réforme de l'administration centrale confiant l'ensemble des compétences sanitaires au ministère chargé de la Santé. D'une part, nombre de risques pour la santé publique résultent aujourd'hui de problèmes sectoriels. Leur résolution exige donc une connaissance particulière du secteur concerné dont ne dispose pas l'administration de la santé. D'autre part, une telle réforme reviendrait à confier des responsabilités supplémentaires à une administration déjà surchargée. Même si l'on ne peut qu'espérer une revalorisation des moyens qui lui sont alloués, il paraît difficile d'envisager une augmentation de ces moyens en proportion avec les tâches qui lui seraient alors dévolues. Enfin, il apparaît

---

[1] Audition de M. GAYMARD, Secrétaire d'État à la Santé et à la Sécurité sociale in C. HURIET, *Renforcer la sécurité sanitaire en France*, *op. cit.*, Annexe au procès-verbal de la séance du 30 janv. 1997, p. 324.

[2] Ce problème a notamment été souligné par le sénateur HURIET s'agissant de la veille sanitaire avant la réforme de 1998, mais reste d'actualité pour de nombreux secteurs de la santé publique qui sont toujours « *rattachés à des ministères différents, [menant] chacun une politique autonome, sans coordination particulière autre que celle qui résulte du bon vouloir de directeurs d'administration centrale* » (*Renforcer la sécurité sanitaire en France*, *op. cit.*, p. 55).

[3] A. MORELLE, *La défaite de la santé publique*, *op. cit.*, p. 212.

[4] *Ibid.*, p. 212.

que toute idée de transfert de compétences se heurte aujourd'hui à de nombreuses oppositions tant politiques que syndicales[1].

338 Une réforme globale n'étant guère envisageable, il est donc nécessaire de trouver des solutions palliatives. C'est en partie ce qui explique la multiplication des établissements publics de l'État auxquels sont déléguées des missions de santé publique. La mise en place de l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (A.F.S.S.A.P.S.), de l'Agence française de sécurité sanitaire (A.F.S.S.A.) et de l'Agence française de sécurité sanitaire de l'environnement et du travail (A.F.S.S.E.T.), pour ne citer qu'elles, a notamment répondu à la volonté d'éviter que la dispersion des responsabilités sanitaires ne conduise à sacrifier la protection de la santé publique à d'autres intérêts et à la nécessité de créer des organismes sanitaires spécialisés reconnus comme des interlocuteurs principaux, à défaut d'être uniques, dans des domaines intéressant de nombreux acteurs ministériels.

Par ailleurs, la loi du 4 mars 2002, prolongée par celle du 9 août 2004, a amorcé une politique volontariste nouvelle visant à améliorer la coordination des actions de santé publique qui, jusqu'alors, n'était que ponctuellement prévue par les textes[2]. Tout d'abord, le législateur a doté l'État des moyens propres à l'élaboration et à la mise en œuvre d'une politique cohérente et coordonnée de santé publique, en chargeant l'ensemble du Gouvernement de définir les objectifs de sa politique et les principaux plans d'action qu'il entend mettre en œuvre dans le rapport annexé au projet de loi d'orientation quinquennale de la politique de santé publique[3]. Ce rapport s'appuie sur un rapport d'analyse établi par le Haut Conseil de la santé publique[4] et est élaboré en liaison avec la Conférence nationale de santé, dont la composition assure la représentation de l'ensemble des acteurs intéressés[5]. L'article L. 1411-6 du Code de la santé publique prévoit en outre la participation de l'ensemble des ministres intéressés à l'élaboration des programmes de santé destinés à éviter l'apparition, le développement ou l'aggravation de maladies ou d'incapacités. Enfin, a été institué un Comité de santé publique chargé de coordonner l'action des différents départements ministériels en matière de sécurité sanitaire et de

---

[1] C'est notamment en raison de ces oppositions que le projet, envisagé par le gouvernement de M. JOSPIN, de restaurer la compétence du ministère de la Santé sur la santé scolaire n'a pu aboutir (V. les remarques de M. KOUCHNER formulées lors des auditions du 11 sept. 2001 de la Commission des affaires culturelles, familiales et sociales, Rapport n° 3263 du 26 sept. 2001, XIe législature, p. 29). La santé scolaire, confiée à l'administration de la santé dans les années 1960 (*cf.* le décr. n° 64-782 du 30 juill. 1964 relatif aux attributions du ministre de la Santé publique et de la Population, *J.O.* du 1er août, p. 6933) ne relève du ministère de l'Éducation que depuis le milieu des années 80 (décr. n° 84-1194 du 21 déc. 1984 relatif aux attributions du ministre de l'Éducation nationale en matière de santé scolaire, *J.O.* du 29 déc., p. 4023, notamment modifié par le décr. n° 91-1048 du 10 oct. 1991, *J.O.* du 13 oct., p. 13445). Sur ce transfert, v. J.-S. CAYLA, La santé scolaire, *R.D.S.S.* 1985, p. 134-137.

[2] Lois précitées. *Cf.* par exemple l'art. 3 du décr. n° 84-1194 précité qui opère le transfert de la santé scolaire au ministère chargé de l'Éducation nationale.

[3] Art. L. 1411-2 C.S.P.

[4] Sur le H.C.S.P., *cf. infra* nos 341 et 343.

[5] Art. L. 1411-3 C.S.P.

prévention, d'analyser les évènements susceptibles d'affecter la santé de la population et de contribuer à la politique du Gouvernement dans les domaines de la sécurité sanitaire et de la prévention ainsi que d'en examiner les conditions de financement[1]. Le décret qui l'organise prévoit que le Comité sera, au minimum, réuni deux fois par an pour définir, à court et à moyen terme, des priorités de santé publique en matière de prévention et de sécurité sanitaire, compte tenu des objectifs pluriannuels inscrits dans le rapport annexé à la loi quinquennale de santé publique[2].

Si ces innovations ne résolvent pas toutes les difficultés, il y a tout lieu d'espérer qu'elles permettront d'assurer un minimum de cohérence dans la conduite des actions de protection de la santé publique. On doit cependant remarquer que ces efforts pour organiser une action sanitaire coordonnée ont encore contribué à multiplier les intervenants en ce domaine. Le caractère transversal du risque sanitaire, en ce qu'il conduit à la fois à la multiplication des autorités compétentes et à la création d'instances de coordination, est donc un puissant facteur de dispersion de l'administration. Mais celle-ci résulte aussi de la prise en compte de la technicité du risque sanitaire qui, bien souvent, nécessite l'intervention d'organes très spécialisés.

§2.- LA PRISE EN COMPTE DE LA TECHNICITÉ DU RISQUE SANITAIRE

339 En raison de la nature même du risque sanitaire, la protection de la santé publique fait appel à des compétences techniques et scientifiques particulières que ne détient pas l'administration générale. Elle oblige donc les pouvoirs publics à créer les organes disposant de ces compétences nécessaires au maintien de l'ordre public sanitaire. D'une part, ont été instituées de nombreuses instances consultatives qui, dotées d'une capacité d'expertise, sont chargées de fournir un appui scientifique aux autorités sanitaires (A). D'autre part, un certain nombre d'organes spécialisés, bénéficiant de compétences déléguées de l'État, ont été mis en place pour assurer certaines missions relevant de l'ordre public sanitaire (B).

A.- L'IMPORTANCE DES INSTANCES CONSULTATIVES : LE RECOURS NÉCESSAIRE À L'EXPERTISE SCIENTIFIQUE

340 Le secteur sanitaire fait intervenir un tel nombre d'organismes d'expertise spécialisés, à compétence partiellement ou exclusivement consultative, que l'on se bornera ici à citer le nom des plus importants d'entre eux dans une énumération non exhaustive. Interviennent notamment au niveau national, le Haut Conseil de la santé publique[3], le Comité technique de lutte contre les infections nosocomiales et le Comité

---

[1] Art. L. 1413-1 et R. 1413-25 à R. 1413-32 C.S.P.

[2] Décr. n° 2005-1202 du 22 sept. 2005 relatif au Comité national de santé publique, préc.

[3] *Cf. infra* n° 340.

technique des vaccinations qui lui sont aujourd'hui rattachés[1], la Conférence nationale de santé[2], le Comité national de santé publique[3], la Haute autorité de santé (H.A.S.)[4], le Comité national d'éthique pour les sciences de la vie et de la santé (C.C.N.E.)[5], le Conseil supérieur de la prévention des risques professionnels[6], l'Agence de l'Environnement et de la maîtrise de l'Énergie[7], l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (I.N.P.E.S.)[8], l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (I.N.S.E.R.M.)[9], l'InVs, le Conseil national du bruit[10], le Conseil national des déchets[11], le Conseil national de l'air[12], l'Institut national de l'environnement industriel et des risques[13], l'Institut national de radioprotection et de sûreté nucléaire (I.R.S.N.)[14], la Commission de la sécurité des consommateurs[15], l'Académie nationale de médecine, l'Académie nationale de pharmacie, etc. L'Établissement français du sang, l'A.F.S.S.A.P.S., l'A.F.S.S.A., l'A.F.S.S.E.T., l'Agence de la biomédecine et l'Autorité de sûreté nucléaire[16] jouent également un rôle important d'expertise et d'avis auprès des autorités ministérielles intéressées. Au niveau local, on peut encore mentionner le conseil départemental de

---

[1] Le Comité technique des vaccinations et le C.T.I.N. relèvent des comités techniques rattachés au H.C.S.P. en application du décr. n° 2006-1676 du 22 déc. 2006 (*J.O.* du 27 déc., p. 19697 ; *B.J.S.P.* 2007, n° 100, Pan., p. 2) : art. R. 1411-46, R. 1411-51 et R. 1411-55 C.S.P.). *Cf.* l'arr. du 18 sept. 2007 relatif au comité technique des vaccinations (*J.O.* du 27 sept., p. 15811 ; *B.J.S.P.* 2007, n° 108, Pan., p. 2) et l'arr. du 1er oct. 2007 relatif au comité technique des infections nosocomiales et des infections liées aux soins (*J.O.* du 20 oct., p. 17292, *B.J.S.P.* 2007, n° 109, Pan., p. 4) qui abroge l'arr. du 3 août 1992 modifié relatif à l'organisation de la lutte contre les infections nosocomiales (*J.O.* du 18 août, p. 11222).

[2] Art. L. 1411-3 C.S.P.

[3] *Cf. supra* n° 290.

[4] La H.A.S., instituée par la L. n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie, reprend les missions de la commission d'évaluation des produits et prestations de santé et de feu l'Agence nationale pour l'accréditation et l'évaluation en santé (A.N.A.E.S.) qui, créée par l'ord. n° 96-346 du 24 avr. 1996, avait elle-même succédé à l'Agence nationale pour le développement de l'évaluation médicale (A.N.D.E.M.). Ses règles constitutives sont inscrites aux art. L. 161-37 à L. 161-46 C.S.S.

[5] Art. L. 1412-1 à L. 1412-6 C.S.P.

[6] Art. L. 231-3 et R. 231-14 à R. 231-24 C.T.

[7] Art. L. 131-3 0 l. 131-7 et R. 131-1 et R. 131-26 C. envir.

[8] Art. L. 1417-4 C.S.P. L'I.N.P.E.S. est un établissement public de l'État créé par la L. n° 2002-303 du 4 mars 2002 pour succéder au Comité français d'éducation pour la santé. Ses missions ont été très nettement élargies par la L. n° 2004-806 du 9 août 2004 (textes précités).

[9] Créé en 1964 pour remplacer l'Institut national d'hygiène, l'I.N.S.E.R.M. est un établissement public national à caractère scientifique et technologique régi par le décr. n° 83-975 du 10 nov. 1983 modifié (*J.O.* du 11 nov., p. 3302).

[10] Décr. n° 2000-662 du 6 juill. 2000 relatif au Conseil national du bruit, *J.O.* du 14 juill., p. 1864.

[11] Décr. n° 2001-594 du 5 juill. 2001 relatif au Conseil national des déchets, *J.O.* du 7 juill., p. 10857.

[12] Décr. n° 97-432 du 29 avr. 1997, *J.O.* du 2 mai, p. 6618, modifié par le décr. n° 98-184 du 18 mars 1998, *J.O.* du 2 mars, p. 4201.

[13] Art. R. 131-35 à R. 131-48 C. envir.

[14] Art. R. 131-53 C. envir.

[15] La C.S.C. est une autorité administrative indépendante créée par la L. n° 83-660 du 21 juillet 1983 relative à la sécurité des consommateurs, *J.O.* du 22 juill., p. 2262. (V. les art. L 224-1 à L 224-6 et R 224-1 à R 224-12 C. cons.).

[16] L'A.S.N. est une autorité administrative indépendante créée par la L. n° 2006-686 du 13 juin 2006 relative à la transparence et à la sécurité en matière nucléaire, dite loi « T.S.N. », *J.O.* du 14 juin, p. 8946. Elle assure, au nom de l'État, le contrôle de la sûreté nucléaire civile et de la radioprotection en France pour protéger les travailleurs, les patients, le public et l'environnement des risques liés aux activités nucléaires.

l'environnement et des risques sanitaires et technologiques[1], les conférences régionales ou territoriales de santé[2], ou encore le comité départemental de l'aide médicale urgente, de la permanence de soins et des transports sanitaires[3].

Si l'on excepte les compétences consultatives des différentes Agences dont les attributions feront l'objet de développements particuliers, il est incontestable que, dans le cadre du maintien de l'ordre public sanitaire, c'est actuellement le Haut Conseil de la santé publique (H.C.S.P.), héritier du Conseil supérieur d'hygiène publique de France, et le conseil départemental de l'environnement et des risques sanitaires et technologiques, successeur du comité départemental d'hygiène, qui assurent les fonctions d'expertise et de conseil les plus importantes.

341 Officiellement installé le 14 mars 2007[4], le H.C.S.P. a été institué par la loi n° 2004-806 du 9 août 2004 et organisé par plusieurs décrets du 22 décembre 2006[5]. Il reprend, dans une large mesure, les missions du Conseil supérieur d'hygiène publique de France créé par la loi du 15 février 1902[6]. L'article L. 1411-4 du Code de la santé publique lui confie trois missions essentielles. Il doit, d'une part, contribuer à la définition des objectifs pluriannuels de santé publique, notamment en établissant le rapport annexé au projet de loi d'orientation quinquennale de la politique de santé publique, évaluer la réalisation des objectifs nationaux de santé publique et participer au suivi annuel de la mise en œuvre de la loi. Il est, d'autre part, chargé, en liaison avec les agences sanitaires, d'apporter aux pouvoirs publics l'expertise nécessaire à la gestion des risques sanitaires ainsi qu'à la conception et à l'évaluation des politiques et stratégies de prévention et de sécurité sanitaire. Il doit, enfin, fournir des réflexions prospectives et des conseils sur les questions de santé publique[7]. Le H.C.S.P. peut, de plus, être consulté par les ministres intéressés, par les présidents des commissions compétentes du Parlement et par le président de l'Office parlementaire d'évaluation des politiques de santé sur toute question relative à la prévention, à la sécurité sanitaire ou à la performance du système de santé.

L'organisation, le fonctionnement et les missions du H.C.S.P. ont été fixés par le décret n° 2006-1676 du 22 décembre 2006, complété par un arrêté du même jour[8]. Il est

---

[1] *Cf. infra* n° 342.

[2] Art. L. 1411-3 et R. 1411-1 s. C.S.P.

[3] Art. R. 6313-1 s. C.S.P.

[4] Le H.C.S.P. a été officiellement inauguré par la ministre chargée de la Santé le 7 janv. 2008 (*cf. B.J.S.P.* 2008, n° 111, Pan., p. 5).

[5] Décr. n° 2006-1675, n° 2006-1676 et n° 2006-1677 du 22 déc. 2006 relatifs au H.C.S.P et à la répartition des missions d'expertise du C.S.H.P.F. entre le H.C.S.P. et les agences de sécurité sanitaire (ens. 3 textes), *J.O.* du 27 déc., p. 19696-19700 ; *B.J.S.P.* 2007, n° 100, Pan., p. 2.

[6] Le C.S.H.P.F. n'a toutefois pas encore disparu : *cf.* les art. R. 1416-1 s. C.S.P.

[7] Il reprend sur ce point les attributions antérieurement dévolues au Haut Comité de la santé publique, également supprimé.

[8] Décr. n° 2006-1676 relatif au H.C.S.P. précité et arr. du 22 déc. 2006 portant création des commissions spécialisées composant le H.C.S.P., *J.O.* du 27 déc., p. 19700.

composé d'un collège et de quatre commissions spécialisées (sécurité sanitaire, maladies chroniques et incapacités, prévention et déterminants de la santé, évaluation, stratégie et prospective, les trois premières étant elles-mêmes divisées en sections spécialisées), auxquelles le ministre chargé de la Santé peut rattacher des comités techniques permanents. Le collège est composé des présidents des commissions spécialisées, de dix personnalités qualifiées et des membres de droit que sont le directeur général de la santé, le directeur de l'hospitalisation et de l'organisation des soins, le directeur général de l'action sociale, le directeur de l'Union nationale des Caisses d'assurance maladie, ceux de la sûreté nucléaire et de la radioprotection, de la Sécurité sociale, de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques et le président du collège de la H.A.S. Dans les commissions spécialisées siègent, en outre, les directeurs des autres institutions nationales d'expertise. Sont, en particulier, membres de droit de la commission « Sécurité sanitaire », les directeurs de l'InVs, de l'I.N.P.E.S., de l'A.F.S.S.A., de l'A.F.S.S.E.T., de l'A.F.S.S.A.P.S., de l'Agence de la Biomédecine et de l'I.R.S.N. Le fonctionnement du H.C.S.P. est régi par les articles R. 1411-52 à R. 1411-58 du Code de la santé publique.

342 La composition et le fonctionnement du conseil départemental de l'environnement et des risques sanitaires et technologiques ont été définis par le décret n° 2006-665 du 7 juin 2006 dont les dispositions sont codifiées aux articles R. 1416-18 à R. 1416-21 du Code de la santé publique[1]. Présidé par le préfet du département (le préfet de Police à Paris), il comprend des représentants de l'État, des collectivités territoriales, des représentants d'associations agréées de consommateurs, de pêche et de protection de l'environnement, des membres de professions ayant leur activité dans les domaines de compétence de la commission, d'experts qualifiés dans ces mêmes domaines et d'autres personnalités qualifiées, dont au moins un médecin[2]. Selon l'article L. 1416-1 du Code de la santé publique, le conseil départemental est consulté sur un grand nombre de questions intéressant les risques sanitaires, l'environnement et les risques technologiques au niveau départemental. L'article R. 1416-16 précise qu'il concourt à l'élaboration, à la mise en œuvre et au suivi dans le département des politiques publiques dans les domaines de la protection de l'environnement, de la gestion durable des ressources naturelles et de la prévention des risques sanitaires et technologiques. Il est habilité à examiner toute question intéressant la santé publique liée à l'environnement et peut être associé à tout plan ou programme d'action dans ses domaines de compétences. Outre ses attributions

---

[1] Décr. n° 2006-665 du 7 juin 2006 relatif à la réduction du nombre et à la simplification de la composition de diverses commissions administratives, *J.O.* du 8 juin, p. 8636. La création de ce comité résulte, rappelons-le, de l'ord. de simplification n° 2004-637 du 1er juill. 2004 préc.

[2] Art. R. 1416-17 C.S.P. À Paris, les membres autres que les représentants des services de l'État sont nommés par arrêté conjoint du préfet et du Préfet de police. L'art. R. 1416-19 prévoit la possibilité d'une réunion en formation restreinte sur proposition du Président et avec l'accord des deux tiers de ses membres. L'art. R. 1416-20 précise par ailleurs que le conseil peut se réunir en formation spécialisée lorsqu'il est consulté sur des déclarations d'insalubrité. Dans ce cas, la formation est très proche de la composition de feu le conseil départemental d'hygiène fixée par le décret n° 88-573 du 5 mai 1988 (*J.O.* du 7 mai, p. 6455).

consultatives minimales énumérées à l'article L. 1416-1, il est encore chargé d'émettre certains avis[1] sur les projets d'actes réglementaires ou individuels en matière d'installations classées, de déchets, de protection de la qualité de l'air et de l'atmosphère, de police de l'eau et des milieux aquatiques, de polices administratives spéciales liées à l'eau, d'eaux destinées à la consommation humaine et d'eaux minérales naturelles, de piscines et de baignades, de risques sanitaires liés à l'habitat et de lutte contre les moustiques.

343 Ces deux organismes, dont l'avis peut ainsi être requis par les autorités sanitaires pour la quasi-totalité des questions relatives à la santé publique[2], assurent un rôle d'expertise et de conseil déterminant pour le maintien de l'ordre public sanitaire. De nombreux textes organisant l'exercice des pouvoirs de police sanitaire imposent ainsi leur intervention. Ils peuvent, d'une part, être chargés de diligenter des enquêtes sanitaires. C'est le cas notamment dans le cadre de la procédure prévue pour l'assainissement des communes dont la mortalité est excessive. L'article L. 1331-17 du Code de la santé publique prévoit en effet que le préfet est alors tenu de charger le conseil départemental de procéder à une enquête sur les conditions sanitaires de la commune. Si cette enquête établit que l'état sanitaire de la commune nécessite des travaux d'assainissement, le représentant de l'État, après une mise en demeure non suivie d'effet de la commune, invite le conseil à délibérer sur l'utilité et la nature des travaux jugés nécessaires. En cas d'avis contraire à l'exécution de travaux, ou en cas de réclamation de la part de la commune, la délibération est transmise par le préfet au ministre chargé de la Santé qui, s'il le juge à propos, soumet la question au Haut Conseil de la santé publique. Il revient alors à ce dernier de procéder à une nouvelle enquête dont les résultats sont affichés dans la commune.

D'autre part, la consultation du Haut Conseil de la santé publique ou du conseil départemental de l'environnement et des risques sanitaires et technologiques est souvent un préalable nécessaire à la mise en œuvre des pouvoirs de police sanitaire. L'avis du H.C.S.P. est notamment requis pour définir les conditions et les modalités de l'obligation vaccinale contre la poliomyélite[3] et la tuberculose[4], pour déterminer les catégories d'établissements et d'organismes concernés par la vaccination contre l'hépatite B, la diphtérie, le tétanos, la poliomyélite, la grippe et la fièvre typhoïde ainsi que pour préciser les conditions de l'immunisation[5], pour définir les conditions d'efficacité auxquelles

---

[1] « *Dans les cas et selon les modalités prévus par les dispositions législatives et réglementaires en vigueur* », précise l'article R. 1416-16 C.S.P.

[2] En ce sens, bien que concernant le C.S.H.P.F., *cf.* C.E., Sect. 11 févr. 1938, *Sieur Alliquant*, n° 51.731, *Rec.* p. 146.

[3] Art. L. 3111-3 C.S.P.

[4] Art. L. 3112-1 et R. 3112-3 C.S.P.

[5] Art. L. 3111-4 C.S.P.

doivent répondre les appareils de désinfection et fixer la liste des gaz toxiques interdits dans la destruction des insectes et des rats ou dans la désinfection des locaux à usage d'habitation[1]… Le conseil départemental est, pour sa part, obligatoirement consulté par le préfet dans le cadre de l'exercice de ses pouvoirs de police des activités dangereuses pour la santé publique, des installations classées pour la protection de l'environnement, de l'habitat insalubre, etc.

Dans la plupart des hypothèses, l'exigence de l'avis constitue une formalité substantielle, dont dépend la légalité externe de la décision adoptée, mais qui n'interfère pas nécessairement sur son contenu. L'omission d'un avis imposé par les textes entache donc la légalité de la décision de police sanitaire et entraîne la nullité de la procédure[2]. Seule l'urgence de l'intervention autorise l'autorité sanitaire à ne pas procéder à cette consultation[3]. Le Conseil d'État reste toutefois attentif à ce que l'autorité de décision conserve son pouvoir d'appréciation, sans s'estimer liée, par un avis non conforme[4].

Dans certains cas, cependant, c'est un avis conforme qui est exigé par la loi. La consultation de l'organisme est donc déterminante tant du point de vue de la légalité externe que du point de vue de la légalité interne de la mesure, dont les dispositions reflètent les propositions émises par l'organe consultatif. La police des immeubles insalubres constitue l'exemple type de ces polices sanitaires organisant une telle procédure d'avis conforme. L'article L. 1331-26 du Code de la santé publique prévoit que lorsqu'un immeuble, bâti ou non, vacant ou non, attenant ou non à la voie publique, un groupe d'immeubles, un îlot ou un groupe d'îlots constitue, soit par lui-même, soit par les conditions dans lesquelles il est occupé ou exploité, un danger pour la santé des occupants ou des voisins, le préfet, saisi d'un rapport motivé des autorités compétentes, invite le conseil départemental à donner son avis dans un délai de deux mois sur la réalité et les causes de l'insalubrité et, le cas échéant, sur les mesures propres à y remédier. À

---

[1] Art. L. 3114-3 C.S.P. On notera en outre que si la L. n° 2004-806 du 9 août 2004 a supprimé la procédure d'avis obligatoire préalable à la mise œuvre des pouvoirs d'urgence sanitaire (anc. L. 3114-4 C.S.P.), l'art. L. 3131-2 C.S.P. prévoit malgré tout que le bien-fondé des mesures prises par en application des pouvoirs exceptionnels définis à l'article L. 3131-1 fait l'objet *a posteriori* d'un examen périodique par le H.C.S.P.

[2] C.E., 27 oct. 1944, *Sieur Robineau*, préc.

[3] *Cf.* C.A.A. de Nancy, 2 avr. 1991, *Min. de l'Environnement c. Soc. Elipol*, préc.

[4] V. par exemple C.E. 17 mai 1972, *Csl nat. de l'Ordre des médecins*, n° 81.590, *Rec.* p. 369 s'agissant de l'avis rendu par l'Académie nationale de médecine sur la liste des médicaments que les chirurgiens-dentistes sont autorisés à prescrire. *Cf.* également C.E., 5 juill. 1999, *S.A. 3M France*, n° 188925, inédit, à propos du refus opposé par l'administration, « *affirmant avoir pour politique de toujours suivre l'avis du Conseil supérieur d'hygiène publique de France* », à la demande l'inscription du pyrithione de zinc sur la liste des constituants autorisés pour l'élaboration des produits de nettoyage des matériaux et des objets destinés à être mis au contact de denrées alimentaires des produits de nettoyage élaborés : « *Considérant que si l'administration, saisie de l'avis du Conseil supérieur d'hygiène publique de France, pouvait légalement estimer que l'hypothèse émise par le Conseil supérieur devait être tenue pour valide, il lui appartenait cependant de se prononcer au vu de l'ensemble des éléments d'appréciation dont elle pouvait disposer ; qu'en s'estimant liée, par principe, par l'avis défavorable émis par le Conseil supérieur d'hygiène publique de France sans procéder à une appréciation complète des circonstances de l'affaire, l'administration a entaché sa décision d'une erreur de droit* »

cette fin, le conseil peut prendre toutes les mesures d'instruction qu'il juge utile. Au cas où il émettrait un avis contraire aux conclusions du rapport motivé de saisine du préfet, celui-ci peut transmettre le dossier au ministre chargé de la Santé. Ce dernier saisit le Haut Conseil de la santé publique dont l'avis, émis dans les deux mois de la saisine, se substitue à celui du conseil départemental[1]. Si le conseil départemental d'hygiène, ou le H.C.S.P., conclut à l'impossibilité de remédier à l'insalubrité[2], le préfet doit déclarer l'immeuble insalubre à titre irrémédiable, prononcer l'interdiction définitive d'habiter et, le cas échéant, empêcher l'utilisation des lieux, en précisant, sur l'avis de l'instance consultative, la date d'effet de l'interdiction qui ne peut être fixée au-delà d'un an[3]. Lorsqu'il est conclu à la possibilité de remédier à l'insalubrité, le préfet prescrit les mesures adéquates ainsi que le délai de leur exécution, tels qu'indiqués par l'avis du conseil départemental ou, éventuellement, du H.C.S.P.[4]

Il s'agit là de deux compétences liées du préfet, qui d'une part, ne peut omettre de solliciter l'avis du conseil départemental d'hygiène[5], et qui est d'autre part, tenu par les conclusions du conseil départemental ou du Haut conseil[6]. Il ne peut donc ni renoncer à interdire l'habitation ou l'utilisation définitives de lieux dont l'insalubrité irrémédiable a été constatée par ces instances[7], ni modifier les mesures que celles-ci ont indiqué pour l'assainissement si l'insalubrité n'a pas été jugée irrémédiable[8]. De ce fait, les moyens tirés d'une irrégularité formelle sont inopérants à l'appui des recours formés contre les arrêtés préfectoraux interdisant l'utilisation de lieux irrémédiablement insalubres ou prescrivant les travaux d'assainissement nécessaires pour remédier à une insalubrité

---

[1] Art. L. 1331-27 al. 4 C.S.P.

[2] L'ord. n° 2005-1566 du 15 déc. 2005 a précisé à l'art. L. 1331-26 C.S.P. que « *l'insalubrité d'un bâtiment doit être qualifiée d'irrémédiable lorsqu'il n'existe aucun moyen technique d'y mettre fin, ou lorsque les travaux nécessaires à sa résorption serait plus coûteux que la reconstruction* ».

[3] Art. L. 1331-28-I C.S.P.

[4] Il prononce également, s'il y a lieu, l'interdiction temporaire d'habiter et, le cas échéant, d'utiliser les lieux (art. L. 1331-28-II C.S.P.).

[5] C.E., 22 déc. 1936, *Sieur Challou*, préc. ; – 27 oct. 1944, *Sieur Robineau*, préc. ; – 11 déc. 1946, *Sieur Gire*, préc.

[6] T.A. de Paris, 12 janv. 1972, *Sieurs Nicolici et Baumgartner*, préc.

[7] Entre autres : C.E., Ass., 16 mai 1947, *Sieur Brocard*, n° 79.883, *Rec.* p. 208 ; *S.* 1948, 3, 30 ; – 29 juill. 1950, *Seimandi*, n° 97.367, *Rec.* p. 499 ; – 4 déc. 1963, *Soc. civ. immobilière Timboltaire*, n° 58.329, *Rec.* tables, p. 966 ; *D.A.* 1963, n° 402 ; – 31 janv. 1973, *Sieur Touche*, n° 87.557, *Rec.* p. 89 ; – 27 sept. 1985, *Min. des Affaires sociales et de la Solidarité nationale c. Mme Alberge et a.*, n° 55220, *Rec.* tables p. 777 ; *Gaz. Pal.* 1986, 1, Somm. 175.

[8] C.E., 26 oct. 1963, *Sieur Bros*, préc. ; – 22 mars 1985, *Synd. des copropriétaires du 16-18 rue Chevalier de la Barre*, préc. ; – 23 oct. 1985, *Min. de la Santé c. Mme Guillot*, préc. En revanche, il reste libre de prononcer l'interdiction d'habiter ou d'utiliser les lieux pendant l'exécution des travaux : C.E., 28 janv. 1959, *Jomeau*, n° 25.693, *Rec.* tables p. 1108 ; *R.P.D.A.* 1959, n° 69 ; T.A. de Strasbourg, 7 sept. 1982, *Épx Weigel*, *Gaz. Pal.* 1983, 2, Somm. 308 ; T.A. de Paris, 21 juin 2002, *Soc. Kerry*, n°s 0100491-7 et 0107043-7, *A.J.D.A.* 2002, p. 1174 (annulation des actes préfectoraux d'expropriation d'un immeuble dont l'insalubrité a été jugée remédiable par la commission des logements insalubres).

temporaire[1]. En revanche, l'avis du conseil départemental ou du Haut conseil, qui doit comporter toutes les précisions requises par les textes, peut être contesté à l'occasion du recours contre l'arrêté préfectoral[2]. De la sorte, un avis qui se borne à proposer l'interdiction d'habiter d'un immeuble au départ de ses occupants, sans expressément se prononcer sur la réalité et le caractère irrémédiable de son insalubrité, est irrégulier et affecte d'un vice de procédure l'arrêté préfectoral portant interdiction d'habiter les locaux[3]. Par ailleurs, le juge administratif exerce un contrôle approfondi de l'utilité et de la nécessité des travaux imposés[4] et peut, à cette fin, ordonner une vérification contradictoire des conclusions du conseil saisi[5].

Les organismes consultatifs sont donc amenés à jouer un rôle fondamental dans le maintien de l'ordre public sanitaire. Par ailleurs, la technicité du risque sanitaire a justifié la création d'institutions spécialisées auxquelles certaines compétences sanitaires de l'État ont été transférées.

B) LE DÉVELOPPEMENT DES ORGANISMES DÉLÉGUÉS

344 Il existe à ce jour deux principaux modèles d'organismes délégués de l'État intervenant pour le maintien de l'ordre public sanitaire. Le premier, relativement ancien,

---

[1] C.E., 22 mars 1985, *Synd. des copropriétaires du 16-18 rue Chevalier de la Barre*, préc. ; – 27 sept. 1985, *Min. des Affaires sociales et de la Solidarité nationale c. Mme Alberge et a.*, préc. ; – 23 oct. 1985, *Min. de la Santé c. Mme Guillot*, préc. Il faut préciser ici que les recours dont dispose l'occupant-locataire d'un immeuble contre ces décisions administratives sont des recours de pleine juridiction : C.E., 22 nov. 1939, *Dame Massiot*, n° 66.473, *Rec.* p. 570 ; – 18 juin 1965, *Synd. des copropriétaires de l'immeuble sis à Paris, 9 rue de Crozatier*, n° 63.652, *Rec.* p. 377 ; – Sect., 13 mai 1966, *Sieur Vandaele*, n° 64.379, *Rec.* p. 321 ; – 26 mai 1976, *Roustan*, n° 93.295, *Rec.* tables p. 1141 ; – 11 mars 1983, *M. Michel Vanderschelden*, n° 23.505, *Rec.* tables p. 818 ; – 30 juill. 1997, *Min. de la Santé c. Maulard*, n° 162068, *Rec.* tables p. 1071. V. également C.A.A. de Paris, 14 févr. 1989, *Min. des Affaires sociales et de l'Emploi c. Ténot*, n° 89PA00013, *Rec.* tables p. 819 ; *Petites affiches* 1989, n° 73, p. 4. À l'inverse, les recours formés par les propriétaires contre les arrêtés préfectoraux relèvent du contentieux de l'excès de pouvoir et ne sont pas dispensés du ministère d'avocat : C.E., 29 juill. 1953, *Sieur Thellier, dit Passy-Thellier*, n° 98.852, *Rec.* p. 430.

[2] C.E., 18 janv. 1980, *Wurtz*, n° 13.339, inédit. *Cf.* également T.A. de Paris, 12 janv. 1972, *Sieurs Nicolici et Baumgrtner*, préc. et – 4 juill. 1967, *Dame Milcent*, *Rec.* p. 595 (jugement relatif à la procédure de l'art. L. 42 C.S.P. [L. 1331-23]). Bien qu'un avis ne soit pas considéré comme une décision administrative susceptible d'être déférée au juge de l'excès de pouvoir : C.E., 20 nov. 1953, *Soc. Etrefa*, n°s 98.470 et 99.013, *Rec.* tables p. 786 ; – 27 mai 1987, *S.A. « Laboratoires Goupil »*, n° 83292, *Rec.* p. 181 ; – Sect., 31 mars 2003, *Min. de l'Économie, des Finances et de l'Industrie c. S.A. Laboratoires pharmaceutiques Bergaderm*, précité.

[3] C.A.A. de Paris, 27 mai 1997, *Min. du Travail et des Affaires sociales c. M. Périnet*, n° 96PA01997, *Rec.* tables p. 975. Dans le même ordre d'idée, le moyen tiré d'un détournement de pouvoir ou de procédure est inopérant, sauf à soutenir que c'est l'avis du conseil départemental qui est lui-même entaché d'un détournement de pouvoir : C.E., 25 nov. 1959, *Dame Vve Frère*, préc. et – 31 janv. 1973, *Sieur Touche,* préc. V. également C.A.A. de Paris, 26 oct. 1993, *M. Dif*, préc.

[4] Le contrôle de l'adéquation exercé par le juge résulte d'une jurisprudence ancienne et traditionnelle en la matière : C.E., 28 janv. 1920, *Munier*, n° 43.348, *Rec.* p. 94 ; – 2 juin 1920, *Elluin*, n° 52.318, *Rec.* p. 546. Sur les éléments de ce contrôle, *cf.* C.E., 28 juill. 1943, *Ville de Paris c. Sieur Letourneur*, préc. ; – 28 juill. 1943, *Ville de Paris c. Dame Vve Lafille*, n° 72.525, *Rec.* tables p. 344 et la jurisprudence citée *supra* n° 272.

[5] Il ne peut en revanche substituer d'autres travaux à ceux prescrits par le préfet : C.E., Sect., 22 mai 1936, *Sieur Germa*, n° 41.497, *Rec.* p. 586 ; – 28 oct. 1936, *Sieur Urbano*, n°s 39.981 et 39.982, *Rec.* p. 922 ; – 20 janv. 1984, *Cocheteux*, préc.

est celui des Ordres professionnels (1). Le second, dont le développement est plus récent, est constitué par les agences de police sanitaire (2).

1) Le modèle ancien des structures corporatives

345 S'ils ne disposent pas de pouvoirs normatifs en dehors des cas prévus par la loi, les ordres professionnels sont amenés à jouer un rôle certain dans le maintien de l'ordre public sanitaire dans la mesure où ils participent à l'élaboration et au contrôle de la bonne observation des règles d'exercice des professions.

Dans le domaine de la surveillance des professionnels de santé, l'ordre public sanitaire repose avant tout sur des règles statutaires particulières définissant les conditions d'accès à la profession et celles de son exercice[1]. Mais, comme le note M. LEMOYNE DE FORGES, il se traduit aussi par une organisation professionnelle originale tenant compte de la spécificité de ces professions[2]. Toutes les professions de santé ne sont certes pas organisées en ordres. Il n'en demeure pas moins que l'importance des missions assurées par les ordres professionnels, dont le modèle connaît toujours un réel succès[3], mérite que l'on s'y attarde un peu.

346 Née au XIXe siècle, l'idée de créer des ordres professionnels s'est concrétisée sous le gouvernement de Vichy par la loi du 7 octobre 1940 confirmée par le décret du 18 octobre 1943 et l'ordonnance du 24 septembre 1943. Cette organisation concerne aujourd'hui les médecins, les chirurgiens-dentistes et les sages-femmes[4], les pharmaciens[5], les médecins-vétérinaires[6] ainsi que les masseurs-kinésithérapeutes[7], les pédicures-podologues[8] et, plus récemment encore, les infirmières[9]. L'organisation des

---

[1] *Cf. infra* n°s 374 s.

[2] J.-M. LEMOYNE DE FORGES, *Le droit de la santé, op. cit.*, p. 108.

[3] Comme l'atteste la création récente de l'Ordre national des infirmiers : L. n° 2006-1668 du 21 déc. 2006, *J.O.* du 27 déc., p. 19689 ; *B.J.S.P.* 2007, n° 99, Pan., p. 5 et n° 100, Pan. p. 6 et décr. n° 2007-552 et n° 2007-554 du 13 avr. 2007 relatifs à la composition, aux modalités d'élection et au fonctionnement des conseils de l'ordre des infirmiers et à la procédure disciplinaire applicable et aux modalités d'élection par voie électronique des conseils de l'ordre des infirmiers, *J.O.* du 14 avr., p. 6855 et p. 6860 ; *B.J.S.P.* 2007, n° 104, Pan. p. 5.

[4] Art. L. 4121-1 s. C.S.P.

[5] Art. L. 4231-1 s. C.S.P.

[6] Art. L. 242-1 s. C. rur.

[7] Art. L. 4321-13 s. C.S.P.

[8] Art. L. 4322-6 s. C.S.P. L'organisation ordinale des professions de masseur-kinésithérapeute et de pédicure-podologue a été prévue par la L. n° 95-116 du 4 févr. 1995 portant diverses dispositions d'ordre social (*J.O.* du 5 févr., p. 1992). Ces ordres, qui ne virent jamais le jour, furent supprimés par la L. n° 2002-303 du 4 mars 2002 avant d'être restaurés par celle du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique et l'ord. n° 2005-1040 du 26 août 2005 relative à l'organisation de certaines professions et à la répression de l'usurpation de titres et de l'exercice illégal de ces professions (*J.O.* du 27 août, p. 13923 ; *Gaz. Pal.* des 6-7 déc. 2006, p. 38, comm. J. MORET-BAILLY) ratifiée par la L. n° 2007-127 du 30 janvier 2007 (*J.O.* du 1er févr., p. 1937). *Cf.* également C.C. n° 2007-546 DC du 25 janv. 2007, *J.O.* du 26 janv., p. 1946 ; *R.F.D.C.* 2007 (71), p. 580, note O. LE BOT ; *Petites affiches* 2007, n° 59, p. 4, note J.-E. SCHOETTL ; *B.J.S.P.* 2007, n° 101, Pan. p. 5.

[9] La création de cet ordre, fruit d'une lente maturation, a définitivement sonné le glas du Conseil interprofessionnels des professions paramédicales prévu par la loi du 4 mars 2002 (anc. art. L. 4391-1 à L. 4398-5 C.S.P. abrogés par la L. n° 2006-1668 du 21 déc. 2006 précitée).

Ordres professionnels varie selon les professions. Ceux-ci présentent néanmoins des caractéristiques communes tenant d'une part, à leur statut juridique, et d'autre part, aux missions qui leur sont confiées par l'État. Le statut juridique des Ordres a été très largement controversé. Il ressort toutefois de la jurisprudence qu'ils ne disposent pas de la personnalité morale, réservée aux conseils qui les composent, et ne constituent donc pas des établissements publics, bien qu'ils assurent une mission de service public et agissent sur délégation de l'État[1].

347 Les Ordres professionnels exercent trois missions principales. En premier lieu, ils assurent la représentation de l'ensemble de la profession auprès des pouvoirs publics. À cette fin, ils sont régulièrement consultés sur les questions intéressant la profession, sont représentés dans divers organes de l'administration et ont la capacité d'ester en justice pour défendre les intérêts de la profession, notamment en déclenchant des poursuites pour exercice illégal de celle-ci. Cette fonction de représentation leur confère par ailleurs un monopole et conduit à l'obligation pour tout membre de la profession d'adhérer à l'Ordre, de se soumettre à son autorité et de contribuer à son fonctionnement[2]. En deuxième lieu, les Ordres professionnels participent à l'élaboration des règles générales d'exercice de la profession. Ils disposent à cette fin d'un pouvoir réglementaire spécial qu'ils exercent pour la matière et dans les limites définies par la loi. Bien que subordonné à l'intervention du législateur, ce pouvoir réglementaire, qui concerne principalement l'organisation et le fonctionnement interne des Ordres, la rédaction des clauses essentielles des contrats-types de la profession et la fixation des titres professionnels reconnus, ne doit pas être négligé car il peut permettre aux instances ordinales d'édicter un certain nombre de règles s'imposant aux professionnels et limitant leur liberté. Le Conseil national de l'Ordre des médecins peut, par exemple, limiter le nombre d'ordonnances mises à la disposition des praticiens dans le « carnet à souches » permettant la prescription de médicaments classés

---

[1] C.E., Ass., 2 avr. 1943, *Bouguen*, n° 72210, *Rec.* p. 46 ; *G.A.J.A.* n° 55 ; *S.* 1944, 4, 1, concl. P. LAGRANGE, note J. DONNEDIEU DE VABRES ; *J.C.P.* 1944, II, 2565, note CÉLIER.

[2] Cette affiliation obligatoire, qui suppose notamment une cotisation servant à couvrir les dépenses incombant à l'Ordre, n'est pas contraire à la Convention européenne de sauvegarde des droits de l'Homme et des Libertés fondamentales : C.E.D.H., 27 mai 1987, *Le Compte Van Leven et De Myer*, *R.D.S.S.* 1982, p. 57, note L. DUBOUIS ; Cass. civ. 1ère, 26 avr. 1983, *Csl. départemental de l'Ordre des médecins de la ville de Paris*, n° 82-11541, *Bull. civ.* I, n° 133 ; *D.* 1983, n° 18 ; *R.D.S.S.* 1984, p. 49, note L. DUBOUIS ; *Gaz. Pal.* 1984, 2, 600, note A. DORSNER-DOLIVET et SCEMANA. *Cf.* également C.E., 12 oct. 2006, *M. Pic*, n° 278899, *Rec.* tables p. 868 ; *A.J.D.A.* 2006, p. 2359 ; *B.J.S.P.* 2007, n° 100, Pan. p. 6 ; *Gaz. Pal.* des 6-7 juin 2007, p. 42, chon. J. MORET-BAILLY : L'obligation « *faite par la loi à tous les médecins d'adhérer à l'ordre ne porte pas atteinte à la liberté de conscience et de pensée protégée par l'article 9 de la convention européenne de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales ; […] cette obligation d'adhérer à un organisme chargé d'une mission de service public n'est pas contraire à l'article 11 de la même convention relatif à la liberté d'association, chaque médecin conservant, par ailleurs, la possibilité de créer des associations professionnelles ou d'y adhérer ; […] les règles législatives fixant les missions de l'ordre ne sont pas davantage contraires à l'article 8 de la convention relatif au respect de la vie privée, ni à son article 10 sur la liberté d'expression* ». Sont seuls exonérés de la cotisation obligatoire, quelques-uns des membres de la professions ayant un statut spécifique, comme les médecins appartenant au cadre actif des services de santé des armées : Cass. civ. 1ère, 1er déc. 1987, *Csl. départemental des médecins du Rhône c. Mme Colin*, n° 86-11.156, *Bull. civ.* I, n° 317, p. 228 et – 23 juin 1992, *Csl. départemental de l'Ordre des médecins de la Loire c. Mme Jacquemond*, n° 91-12.122, *Bull. civ.* I, n° 199 ; *D.* 1993, Somm., p. 23, obs. J. PENNEAU. Il existe toutefois certaines nuances selon les professions.

comme stupéfiants bien qu'une telle mesure restreigne la liberté de prescription des médecins[1]. De même, si le Conseil d'État s'emploie, par une jurisprudence constante, à rappeler qu'un Ordre professionnel ne peut exercer de pouvoir réglementaire en dehors d'une habilitation expresse[2], il a toutefois admis qu'une disposition réglementaire puisse limiter la prescription de certains médicaments dans l'intérêt de la santé publique et, sur ce fondement, doter l'Ordre d'un pouvoir de restriction[3]. Par ailleurs, l'Ordre prépare le code de déontologie de la profession. S'il ne dispose pas du pouvoir de l'édicter, il s'agit là encore d'un pouvoir non négligeable dans la mesure où, en pratique, le contenu de ce code ne fait guère l'objet de modifications entre sa préparation et son adoption[4]. En troisième et dernier lieu, les Ordres professionnels sont chargés d'assurer l'observation des règles régissant l'exercice de la profession par tout membre de celle-ci. Pour ce faire, ils sont d'abord appelés à prendre un certain nombre de décisions administratives individuelles concernant notamment l'inscription au tableau, obligatoire pour exercer la profession[5]. Ils disposent ensuite d'un pouvoir disciplinaire qui leur permet de sanctionner la violation des obligations professionnelles, en particulier déontologiques.

---

[1] C.E., 25 juin 1997, *Mme Gleize*, n° 161508, *Rec.* p. 262 ; *D.A.* 1997, n° 393, note R.S.

[2] *Cf.* C.E., Sect., 31 janv. 1969, *Union nat. des grandes pharmacies de France*, n° 63.074, *Rec.* p. 54 ; *D.* 1969, p. 361, note M. GUIBAL ; *R.D.S.S.* 1969, p. 187, concl. V. BAUDOUIN ; *A.J.D.A.* 1969, p. 161, note J.-L. DEWOST et R. DENOIX DE SAINT-MARC ; *Dr. soc.* 1970, p. 137, note M. BAZEX et – 14 févr. 1969, *Assoc. synd. nat. des médecins exerçant en groupe ou en équipe*, n° 71.978, *Rec.* p. 369 ; *Dr. soc.* 1969, p. 273, concl. V. BAUDOIN par lesquelles le Conseil d'État rejette l'existence d'un pouvoir réglementaire autonome des Ordres. *Cf.* également : C.E., 25 oct. 1996, *M. Martin*, n° 110511, *D.A.* 1997, n° 1. Pour une critique de ce système : A. RASSON-ROLAND, Le pouvoir réglementaire des Ordres professionnels en matière d'art de guérir. Présence du droit public et des droits de l'Homme, in *Mélanges offerts à J. VELU*, t. 3, Bruxelles, 1992, Bruylant, coll. de la Faculté de droit de l'Université libre de Bruxelles, p. 1857 et 1858.

[3] C.E., 16 févr. 1996, *Synd. des médecins d'Aix et région et a.*, n°s 164712, 165237, 165239, 165240 et 165253, *Rec.* tables p. 1139. Dernier exemple, la Haute juridiction administrative a, avant que le décr. n° 2005-328 du 7 avr. 2005 ne supprime l'obligation de participation des médecins libéraux à la permanence des soins l'obligation (art. R. 6315-4 C.S.P.), reconnu la légalité d'une mesure organisant un service de garde prise par un Conseil départemental de l'Ordre des chirurgiens-dentistes en considérant que les autorités ordinales, qui tiennent de la loi le pouvoir de définir les règles applicables à la profession et de veiller à leur observation par tous ses membres, peuvent sur ce fondement « *édicter toute mesure nécessaire pour assurer la permanence des soins aux malades même en l'absence de textes réglementaires organisant des tours de garde* » : C.E., 8 nov. 1993, *M. Renard*, n° 126599, *Rec.* tables p. 1038. Le décr. n° 2005-328 est paru au *J.O.* du 8 avr., p. 6345. V. *B.J.S.P.* 2005, n° 84, Pan., p. 3 et C.E., 18 oct. 2006, *Féd. française des généralistes*, n° 281277, inédit, qui en reconnaît la légalité. La participation des médecins à la permanence des soins demeure néanmoins un devoir déontologique : art. R. 4127-77 C.S.P.

[4] Sur ce point, *cf.* en particulier le Rapport du Conseil national de l'Ordre des médecins, présenté par le Dr J. LUCAS le 19 juin 2004 : *La déontologie médicale et son environnement juridique* (en texte intégral sur *www.ordre-national.medecins.fr*)

[5] Adoptées par des personnes morales de droit privé chargées d'une mission de service public, les décisions prises en matière d'inscription au tableau de l'ordre sont des actes administratifs faisant grief dont la légalité peut être contestée : C.E., Ass., 12 déc. 1953, *Sieur de Bayo*, n° 9.405, *Rec.* p. 544 ; *R.P.D.A.* 1954, p. 3, concl. J. CHARDEAU ; *A.J.D.A.* 1954, p. 2 et p. 138, chron. F. GAZIER et M. LONG, obs. J. DE SOTO ; *D.* 1954, p. 294, concl. ; *Gaz. Pal.* 1954, I, 199 ; *S.* 1954, 3, p. 15. Les recours directs en excès de pouvoir contre de telles décisions ne sont toutefois pas recevables : C.E., 28 sept. 2005, *Louis*, n° 266208 et n° 266210, *Rec.* p. 343 ; *B.J.C.L.* 2006, p. 60, concl. A.-F. ROUL et obs. J.-C. B. ; *A.J.D.A.* 2006, p. 103, note A.-M. MAZETIER). Par ailleurs, le juge administratif, sans doute sensible à la difficulté pour lui d'apprécier les aptitudes d'un médecin en lieu et place des instances compétentes de la profession, limite le contrôle des décisions ordinales relatives aux qualifications professionnelles (*cf.* entre autres C.E., Sect., 24 mai 1974, *Sieur Diot*, n° 86.282, *Rec.* p. 307 ; *R.D.S.S.* 1975, p. 190, concl. G. VUGHT). Il s'appuie néanmoins sur des critères progressivement élaborés par la jurisprudence : C.E., 22 févr. 1999, *M. Zaaf*, n° 188872, *D.A.* 1999, n° 178, note R.S.).

Ces mesures, qui sont limitativement énumérées par la loi, ont un caractère juridictionnel[1]. Elles sont infligées par les instances disciplinaires compétentes, dans le respect d'une procédure contradictoire, dont les modalités sont précisées aux articles R. 4126-1 et suivants du Code de la santé publique[2], et sont susceptibles de faire l'objet d'un pourvoi en cassation devant le Conseil d'État[3].

Sur le plan juridique, les Ordres professionnels détiennent donc des pouvoirs assez limités s'agissant en particulier de la définition des règles professionnelles. Il faut par ailleurs préciser qu'ils ne sont pas les seules autorités susceptibles d'intervenir dans le cadre de la surveillance des professionnels par le biais de mesures administratives individuelles. En particulier, le préfet du département et le directeur de l'A.R.H. disposent, en cas d'urgence, du pouvoir de suspendre temporairement le droit d'exercice d'un professionnel de santé dont l'activité expose les patients à un danger grave[4]. Sur le plan pratique, cependant, les pouvoirs de l'Ordre, dont les avis sont souvent respectés par les autorités sanitaires, revêtent beaucoup d'importance.

Ce système original, qui concilie les droits de l'État avec l'autonomie des professions concernées, permet en tout cas la prise en compte de la spécificité de ces activités dont le contrôle exige un minimum de compétences techniques et scientifiques, ne serait-ce que pour apprécier la qualification du professionnel. Tour à tour critiquée ou louée, leur existence, qui a pu un moment être remise en cause[5], est aujourd'hui

---

[1] C.E., Ass., 7 févr. 1947, *Sieur D'Aillières*, n° 79.128, *Rec.* p. 50 ; *G.A.J.A.* n° 60 ; *R.D.P.* 1947, p. 68, concl. R. ODENT, note M. WALINE ; *J.C.P.* 1947, II, 3508, note G. MORANGE.

[2] Les modalités de la procédure disciplinaire, révisée par la L. n° 2002-303 du 4 mars 2002, ont été redéfinies par le décr. n° 2007-434 du 25 mars 2007 relatif au fonctionnement et à la procédure disciplinaire des conseils de l'Ordre des médecins, des chirurgiens-dentistes, des sages-femmes, des pharmaciens, des masseurs-kinésithérapeutes et des pédicures-podologues, *J.O.* du 27 mars, p. 5654 ; *B.J.S.P.* 2007, n° 103, Pan. p. 6. *Cf.* J.-P. MARKUS, La refonte de la procédure disciplinaire devant les ordres des professions de santé, *R.D.S.S.* 2007, p. 651.

[3] Rappelons ici, avec le Conseil d'État, que la section disciplinaire du Conseil national ne peut connaître des contestations concernant ses propres décisions qui, non susceptibles d'appel, peuvent seulement faire l'objet d'un pourvoi en cassation devant la Haute juridiction administrative (C.E., 22 févr. 2007, *Mbarga*, n° 289562, *J.C.P.* A 2007, act. 292, obs. M.-C. ROUAULT ; sera mentionné au tables du *Rec. Lebon*). Le juge exerce un contrôle entier de la qualification juridique des faits justifiant une sanction disciplinaire, mais, par exception à la jurisprudence *Lebon* (C.E., Sect., 6 juin 1978, n° 05911, *Rec.* p. 573, concl. B. GENEVOIS, note S.S. ; *D.* 1978, IR, p. 361, obs. P. DELVOLVÉ et 1979, p. 30, note B. PACTEAU ; *J.C.P.* 1979, II, 19159, note S. RIALS, *Rev. adm.* 1978, p. 634, note F. MODERNE ; *R.D.P.* 1979, p. 227, note J.-M. AUBY), ne vérifie pas la proportionnalité de celle-ci : v. notamment C.E., Ass., 2 juill. 1993, *M. Milhaud*, préc.

[4] Art. L. 4113-14 et R. 4113-104 s. C.S.P. Le directeur de l'A.R.H. est compétent lorsque le praticien concerné exerce en établissement de santé. Dans tous les autres cas, c'est le préfet du département qui dispose du pouvoir de suspension. D'application immédiate, la suspension du droit d'exercer ne peut excéder cinq mois ; l'intéressé doit être entendu au plus tard dans les trois jours suivant la décision et peut présenter une demande de référé-suspension au tribunal administratif compétent. Les instances ordinales, notamment, doivent être saisies de cette décision dans les conditions fixées par l'ord. n° 2005-1040 du 26 août 2005 à l'al. 2 de l'art. L. 4113-14. On notera enfin que ces dispositions ne font pas obstacle au droit d'un directeur d'établissement, qui assure la police générale de son établissement de prononcer la suspension d'urgence d'un professionnel exerçant au sein de l'établissement.

[5] *Cf.* notamment E. ALFANDARI, Faut-il, au nom des droits de l'homme, supprimer l'Ordre des médecins ?, *R.D.S.S.* 1977, p. 1-9 et L. DUBOUIS, L'Ordre des médecins à nouveau en question, in *Les orientations sociales du droit contemporain. Écrits en l'honneur du Professeur Jean SAVATIER*, Paris, P.U.F.,1992, p. 191-199.

largement confortée par la création de nouvelles structures ordinales, assurant la représentation et le contrôle de professions d'auxiliaires médicaux[1]. L'organisation ordinale est jugée comme étant bien adaptée à la lutte contre le charlatanisme et à la protection de la sécurité des patients qui, notamment en raison des progrès scientifiques et de la technicité croissante de l'art médical, fait de plus en plus appel à des compétences spécifiques et à une connaissance particulière de la profession et de sa pratique.

La technicité des questions relatives à la protection de la santé publique a par ailleurs récemment conduit le législateur à créer d'une nouvelle forme d'administration : l'agence de police sanitaire.

2) Le phénomène contemporain des agences sanitaires

348 La politique de modernisation de l'administration a favorisé en France la multiplication de nouvelles structures administratives spécialisées réunies sous le nom commun d'« agence » malgré la disparité de leur statut juridique et de leurs compétences. Le domaine sanitaire n'a pas échappé à ce phénomène, amorcé dans ce secteur en réponse à l'épidémie de sida avec la création, en 1988, de l'Agence nationale de recherche sur le sida et de l'Agence française de lutte contre le sida. Ce mouvement, poursuivi dans les années 1990[2], a connu un large succès avec l'institution des A.R.H. au niveau local et, au niveau national, celle de l'A.F.S.S.A., qui absorbe notamment l'Agence des médicaments vétérinaires[3], de l'A.F.S.S.A.P.S., qui hérite des compétences de l'Agence française du sang[4] et de l'Agence du médicament, de l'A.F.S.S.E.T.[5] et, plus récemment, de l'Agence de la Biomédecine[6]. La création de ces agences répond à la volonté des pouvoirs publics de clarifier le système administratif dans le domaine de la santé publique en confiant l'exercice des missions intéressant des domaines particuliers à une administration principale, dont les fonctions sanitaires sont clairement identifiables. Il existe en réalité

---

[1] Sur ce point, *cf.* notamment J. MORET-BAILLY, Les ordres professionnels des professions d'auxiliaires médicaux, *R.D.S.S.* 2007, p. 472-483.

[2] *Cf.* notamment la création de l'Agence du médicament et de l'Agence française du sang par la L. n° 93-5 du 4 janv. 1993 relative à la sécurité en matière de transfusion sanguine et de médicament, préc. ; l'institution de l'A.N.D.E.M. par la L. n° 91-748 portant réforme hospitalière (*J.O.* du 2 août, p. 10255 ; ; *A.J.D.A.* 1992, comm. D. TRUCHET), à laquelle l'ord. n° 96-346 du 24 avr. 1996 précitée a substitué l'A.N.A.E.S. et dont les missions, élargies, sont aujourd'hui exercées par la H.A.S. créée par la L. n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie, préc.

[3] L. n° 98-535 du 1er juill. 1998 relative au renforcement de la veille sanitaire et du contrôle des produits destinés à l'homme, préc.

[4] *Ibid.*

[5] L. n° 2001-398 du 9 mai 2001 relative au renforcement de la sécurité sanitaire environnementale (*J.O.* du 10 mai, p. 7325) et ord. n° 2005-1087 du 1er sept. 2005 relative aux établissements publics nationaux à caractère sanitaire et aux contentieux en matière de transfusion sanguine, précitées. *Cf. infra* nos 422 s.

[6] Créée par la L. n° 2004-800 du 6 août 2004 préc., l'Agence de la Biomédecine a été substituée à l'Établissement français des greffes (E.F.G.) et à la Commission nationale de médecine et de biologie de la reproduction et du diagnostic prénatal. Ses modalités de fonctionnement et d'organisation ont été précisées par le décr. n° 2005-420 du 4 mai 2005 (*J.O.* du 5 mai, p. 7842 ; *B.J.S.P.* 2005, n° 85, Pan., p. 2).

plusieurs sortes d'agences sanitaires qui se distinguent tant du point de vue de leurs structures que de celui de leurs prérogatives[1].

349 En premier lieu, les agences sanitaires empruntent des statuts variables, allant du statut de groupe d'intérêt public à celui d'établissement public de l'État. En particulier, l'A.F.S.S.A.P.S., l'A.F.S.S.A., l'A.F.S.S.E.T. et l'Agence de la Biomédecine ont été constituées sous la forme d'établissements publics à caractère administratif placés sous la tutelle du ou des ministres intéressés. Les A.R.H., en revanche, sont organisées sous la forme de groupements d'intérêt public associant l'État et des organismes d'assurance maladie[2]. Leur procédure de création n'est donc pas institutionnelle mais contractuelle. Leur convention constitutive, qui est soumise au contrôle du juge de l'excès de pouvoir[3], doit cependant être conforme à une convention type arrêtée par voie réglementaire et élaborée en concertation avec les organismes nationaux d'assurance maladie[4].

350 En second lieu, les agences sanitaires présentent également d'importantes disparités dans leurs attributions. En effet, si toutes participent à la protection de la santé publique et au maintien de l'ordre public sanitaire, ne serait-ce qu'en raison de leurs missions d'expertise, de conseil, d'évaluation et d'inspection, seules l'A.F.S.S.A.P.S., l'Agence de la Biomédecine, les A.R.H. et dans une moindre mesure l'A.F.S.S.A. disposent de compétences décisionnelles qui leur confèrent le caractère d'autorités de police administrative. On réservera toutefois le qualificatif d'agence de police sanitaire aux A.R.H., à l'A.F.S.S.A.P.S. et à l'Agence de la Biomédecine dans la mesure où l'A.F.S.S.A. n'exerce que des compétences mineures de police sanitaire qui se résument à la définition des bonnes pratiques de laboratoire applicables aux essais non cliniques destinés à évaluer les propriétés et l'innocuité des médicaments à usage vétérinaire, à l'autorisation de mise sur le marché de ces médicaments qui n'ont pas déjà été autorisés au niveau communautaire[5] et à la possibilité d'autoriser l'utilisation « anormale » et temporaire de certains médicaments lorsque la situation sanitaire l'exige et, en particulier, en cas d'épizootie[6].

---

[1] Pour une étude approfondie de cette question : Ph. MAESTRE, *Les Agences sanitaires nationales*, Aix-en-Provence, P.U.A.M., 2006, coll. de droit de la Santé, 2 t., 712 p. Préface de L. DUBOUIS.

[2] Art. L. 6115-2 C.S.P. *Cf. supra* n° 313.

[3] C.E., 1er déc. 1997, *Synd. nat. des inspecteurs des affaires sociales* et *synd. nat. des personnels des affaires sanitaires et sociales-FO*, n° 18500 et n° 185287, *Rec.* p. 36 ; *R.F.D.A.* 1998, p. 212 ; *R.D.S.S.* 1998, p. 799, obs. J.-M. LEMOYNE DE FORGES et – 14 janv. 1998, *Synd. nat. des personnels des affaires sanitaire et sociale – F.O.* et *Synd. interdépartemental Interco 35 C.F.D.T.*, n° 189350 et n° 186125 ; *Petites affiches* 1998, n° 151, p. 20, concl. J.-C. BONICHOT ; *D.A.* 1998, n° 221, obs. J.-C. B. ; *A.J.D.A.* 1999, p. 164, note J. PETIT, qui concluent à la recevabilité des recours en excès de pouvoir formés contre ces conventions relatives à l'organisation et au fonctionnement d'un organe public autre que l'État. Pour un exemple d'annulation et ses conséquences : T.A. de Lille, 31 déc. 2001, *Synd. nat. des I.A.S.S. c. Min. de l'Emploi et de la Solidarité*, n° 98-0259, inédit.

[4] *Cf.* l'art. R. 6115-1 C.S.P. (En cas d'annulation de la convention constitutive d'une A.R.H., il revient au ministre chargé de la Santé d'en fixer le contenu par arrêté : C.E., 28 avr. 2006, *C.R.A.M. Nord-Picardie*, n° 286533, inédit).

[5] Art. L. 5141-5 C.S.P.

[6] Art. L. 5141-10 C.S.P.

351 L'A.F.S.S.A.P.S. est, en revanche, investie d'importantes prérogatives de police sanitaire qui, jointes à ses compétences d'expertise, d'évaluation et d'inspection, l'imposent comme la principale autorité administrative chargée de la protection de la santé de la population contre les dangers liés aux produits de santé[1].

L'Agence dispose de quelques compétences réglementaires : elle est notamment chargée de la réglementation de l'utilisation des produits sanguins labiles (art. L. 1221-10-1 du Code de la santé publique), précise les règles générales relatives aux modalités d'inspection et de vérification des bonnes pratiques de laboratoires relatives aux essais d'évaluation des médicaments (art. L. 5121- 2°) et définit les principes de bonnes pratiques entrant dans le champ de sa compétence[2].

Elle agit toutefois essentiellement par la voie de décisions individuelles. L'A.F.S.S.A.P.S. exerce, en premier lieu, des pouvoirs d'autorisation et d'enregistrement. Elle est tout d'abord le destinataire d'un certain nombre de déclarations préalables à l'exercice d'une activité ou à l'utilisation d'un produit de santé. Cette déclaration concerne, par exemple, les préparations hospitalières mentionnées à l'article L. 5121-1-2° du Code de la santé publique, les activités de fabrication, d'importation ou de distribution de matières premières à usage pharmaceutique (art. L. 5138-1) ou encore l'ouverture ou l'exploitation des établissements de fabrication, de conditionnement ou d'importation de produits cosmétiques (art. L. 5131-2). Elle procède ensuite aux enregistrements imposés par les textes, tels que l'enregistrement des médicaments homéopathiques non soumis à une autorisation de mise sur le marché (art. L. 5121-13). Elle est encore titulaire d'un pouvoir d'autorisation administrative pour la mise sur le marché des spécialités pharmaceutiques et autres médicaments fabriqués industriellement et des générateurs, trousses ou précurseurs qui ne font pas l'objet d'une autorisation de mise sur le marché délivrée par la Communauté européenne (art. L. 5121-8), des insecticides et acaricides destinés à être appliqués sur l'homme (art. L. 5136-1), des produits thérapeutiques annexes[3], etc. Elle est enfin compétente pour délivrer les autorisations préalables à

---

[1] La liste des produits entrant dans son champ de compétence est donnée par l'art. L. 5311-1 C.S.P. Sur le transfert des compétences à l'A.F.S.S.A.P.S., *cf.* les décr. n° 99-144, n° 99-145 et n° 99-146 du 4 mars 1999, *J.O.* du 5 mars, p. 3294, p. 3300 et p. 3301 et l'ord. n° 2005-1087 du 1er sept. 2005 relative aux établissements publics nationaux à caractère sanitaire et aux contentieux en matière de transfusion sanguine, précitée

[2] *Cf.* l'art. L. 1223-3 C.S.P. s'agissant des principes opposables aux établissements de transfusion sanguine, l'art. L. 5121-5 pour les bonnes pratiques relatives à la préparation, à l'importation et à la distribution des médicaments et les activités de conservation, de cession et d'exportation des préparations de thérapie génique et de thérapie cellulaire xénogénique ou encore l'art. L. 5121-7 1°) en ce qui concerne les bonnes pratiques de laboratoire applicables aux essais non cliniques destinés à évaluer les propriétés et l'innocuité des médicaments à usage humain.

[3] Art. L. 1261-2 C.S.P. Selon l'art. L. 1261-1, il faut entendre par « produit thérapeutique annexe », tout produit qui, exclusion faite des dispositifs médicaux, entre en contact avec les organes, tissus, cellules et produits issus du corps humain ou d'origine animale au cours de leur conservation, de leur préparation, de leur transformation, de leur conditionnement ou de leur transport avant leur utilisation thérapeutique chez l'homme, ainsi que tout produit entrant en contact avec des embryons dans le cadre d'un activité d'assistance médicale à la procréation.

l'ouverture des établissements pharmaceutiques[1]. L'Agence détient un pouvoir de modification unilatérale des autorisations qu'elle délivre. Elle peut également décider de suspendre ou de retirer ces autorisations ou les enregistrements en cas d'infraction constatée aux lois ou aux règlements ou, plus généralement, lorsque la protection de la santé de la population l'exige[2]. Pour assurer l'efficacité de telles décisions, la loi lui a confié un pouvoir d'injonction. L'article L. 5312-3 du Code de la santé publique lui reconnaît ainsi la possibilité d'enjoindre à la personne physique ou morale responsable de la mise sur le marché, de la mise en service ou de l'utilisation du produit ou groupe de produits concerné par la mesure de procéder à leur retrait et à leur destruction lorsque celle-ci constitue le seul moyen de faire cesser le danger. L'Agence peut encore ordonner la diffusion de mises en garde ou de précautions d'emploi. Enfin, l'article L. 5312-2 du Code de la santé publique indique que, sans préjudice des poursuites pénales qui peuvent être exercées, lorsqu'un produit ou un groupe de produits relevant de la compétence de l'A.F.S.S.A.P.S. est mis sur le marché, mis en service ou utilisé sans avoir obtenu l'autorisation, l'enregistrement ou la certification préalable exigés par les textes, l'Agence peut suspendre, jusqu'à leur mise en conformité, les essais, la fabrication, la préparation, l'importation, l'exploitation, l'exportation, la distribution en gros, le conditionnement, la conservation, la mise sur le marché, la détention en vue de la vente ou de la distribution à titre gratuit, la publicité, la mise en service, l'utilisation, la prescription, la délivrance ou l'administration du produit ou du groupe de produits concerné.

En second lieu, l'A.F.S.S.A.P.S. est autorisée par l'article L. 5311-1 du Code de la santé publique à prendre toutes les mesures de police nécessaire pour parer à une menace pour la santé de la population. Elle dispose, dans ce cadre, de pouvoirs de restriction, de suspension et d'interdiction des produits, des groupes de produits et des activités qui, quoiqu'entrant dans son champ de compétence, ne sont pas soumis à un régime de déclaration, d'enregistrement ou d'autorisation préalable. Ces prérogatives s'exercent sur les produits, groupes de produits et activités mis sur le marché, mis en service ou utilisés en infraction aux dispositions législatives et réglementaires en vigueur, ainsi que sur les produits ou activités qui présentent ou sont soupçonnés de présenter, dans des conditions normales ou raisonnablement prévisibles d'emploi, un danger pour la santé humaine. L'Agence peut tout d'abord soumettre les produits ou groupes de produits concernés à des conditions ou des restrictions particulières afin de garantir la sécurité sanitaire. Elle dispose ensuite d'un pouvoir de suspension temporaire de ces produits, similaire à celui qui est défini par l'article L. 5312-2 du Code de la santé publique. Elle peut prononcer des interdictions définitives en cas de danger grave ou de suspicion de danger grave pour

---

[1] Art. L. 5124-3 C.S.P.

[2] V. notamment l'art. L. 1223-5 C.S.P. en ce qui concerne les établissements de transfusion sanguine et l'art. L. 5312-2 C.S.P. pour les produits, groupes de produits et activités définis à l'art. L. 5311-1.

la santé humaine. Elle dispose alors des mêmes pouvoirs d'injonction qu'en cas de suspension ou de retrait des autorisations et enregistrements[1].

Outre ces pouvoirs normatifs, l'Agence détient enfin d'importantes prérogatives en matière de contrôle et d'inspection. D'une part, elle est chargée par le Code de la santé publique de vérifier l'application des lois et règlements relatifs aux produits de santé et à l'activité transfusionnelle[2]. D'autre part, elle peut procéder ou faire procéder à toute expertise et à tout contrôle technique relatifs aux produits et objets listés à l'article L. 5311-1 du Code de la santé publique, aux substances entrant dans leur composition ainsi qu'aux méthodes et aux moyens de fabrication, de conditionnement, de conservation, de transport et de contrôle qui leurs sont appliqués. Elle exécute le contrôle de la qualité des analyses de biologie médicale et des analyses permettant l'identification d'une personne par ses empreintes génétiques et peut être chargé de contrôle de qualité d'activités utilisant des produits entrant dans son champ de compétences[3]. L'A.F.S.S.A.P.S. dispose de son propre personnel d'inspection et désigne parmi ses agents des inspecteurs chargés des contrôles relevant de sa compétence et du recueil des informations nécessaires à l'exercice de ses missions (art. L. 5313-1). Elle est aussi admise à demander aux ministres concernés de faire intervenir les agents de l'État habilités à contrôler l'application de dispositions législatives et réglementaires visant à préserver la santé humaine[4].

352 Au niveau local, les A.R.H. sont également dotées d'importants pouvoirs de police sanitaire dont l'exercice est partagé entre la commission exécutive et le directeur de l'Agence. Depuis la publication des derniers schémas d'organisation sanitaire, elles disposent de l'intégralité du pouvoir d'autorisation des projets relatifs à la création de tout établissement de santé, à la création, à la conversion et au regroupement des activités de soins et à l'installation d'équipements matériels lourds[5]. Conformément à l'article L. 6115-4 du Code de la santé publique, ce pouvoir d'autorisation ressortit à la compétence de la commission exécutive de l'Agence. Il revient toutefois au directeur de l'A.R.H. de décider des mesures de révision, de suspension totale ou partielle, ainsi des mesures de retrait des autorisations[6]. Les ordonnances du 4 septembre 2003, du 1er septembre 2005 et du 2 mai 2005 lui ont encore confié l'essentiel des pouvoirs

---

[1] Art. L. 5212-2 C.S.P.

[2] *Cf.* notamment les art. L. 5311-1 et L. 5313-1 C.S.P. ainsi que l'art. L. 1223-5.

[3] L'ensemble de ces missions sont définies à l'art. L. 5311-2 1°) C.S.P.

[4] Art. L. 5313-3 C.S.P.

[5] Art. L. 6122-1 C.S.P. Cette compétence générale lui a été confiée par l'ord. n° 2003-850 du 4 sept. 2003 portant simplification de l'organisation et du fonctionnement du système de santé qui a toutefois maintenu, à titre transitoire, la compétence antérieure du ministre chargé de la Santé jusqu'à la publication des dispositions du schéma d'organisation sanitaires (S.I.O.S. et S.R.O.S. III).

[6] Art. L. 6115-3, L. 6122-12 et L. 6122-13 C.S.P.

d'injonction et de contrôle des établissements publics[1], dont le pouvoir de placement sous administration provisoire[2].

Il apparaît donc que, plus que céder aux effets d'une « *mode administrative* »[3], le législateur a considérablement innové en instituant les agences sanitaires puisque, au moins en ce qui concerne l'A.F.S.S.A.P.S. et les A.R.H., c'est un nouveau type d'autorité de police administrative qui a été créé : l'agence de police sanitaire.

353 Aboutissement d'une longue réflexion, le concept d'agence de police sanitaire s'est imposé en France en réponse au drame de la transfusion sanguine par le biais d'un amendement parlementaire tendant à modifier le projet de loi relatif à la sécurité sanitaire en matière de transfusion sanguine et à créer une Agence dotée de compétences de police spéciale. Comme le constate M. TABUTEAU, la création de l'Agence du médicament, première agence de police sanitaire française, représente une innovation majeure pour l'administration sanitaire puisqu'il ne s'est pas seulement agi d'édifier un établissement public d'expertise destiné à renforcer l'efficacité de l'action sanitaire de l'administration centrale, mais de créer une véritable autorité sanitaire déléguée, à laquelle sont transférés les pouvoirs de police des autorités centrales[4]. Tant en raison du succès rencontré par cette nouvelle forme d'administration que du développement des préoccupations liées à la santé publique en général et à la sécurité sanitaire en particulier, il n'est d'ailleurs pas impossible de penser que ce modèle est encore appelé à se développer dans le domaine de la santé publique.

Le législateur de 1998 et de 2002 ne l'a sans doute pas retenu lors de la création de l'A.F.S.S.A. et de l'A.F.S.S.E.T. Il faut par ailleurs relever que les pouvoirs publics tendent à l'heure actuelle à privilégier le modèle des autorités administratives indépendantes qui a notamment été choisi pour l'organisation de l'Autorité de sécurité nucléaire[5] et qui semble devoir être privilégié pour la réorganisation du contrôle des organismes génétiquement modifiés[6]. Malgré tout, la création de l'Agence de la

---

[1] Ord. n° 2003-850 du 4 sept. 2003 portant simplification de l'organisation et du fonctionnement du système de santé, préc., n° 2005-406 du 2 mai 2005 simplifiant le régime juridique des établissements de santé, *J.O.* du 3 mai, p. 7626 et n° 2005-1112 du 1er sept. 2005 portant diverses dispositions relatives aux établissements de santé et à certains personnels de la fonction publique hospitalière, *J.O.* du 6 sept., p. 14501. Sur ce thème, v. notamment le dossier spéc. « Réforme de l'hôpital », *A.J.D.A.* 2006, n° 8, p. 401-428.

[2] Art. L. 6115-3 C.S.P. Sur les compétences de police sanitaire des A.R.H., *cf. supra* n°313.

[3] C. BRAUD, La notion d'« agence » en France : réalité juridique ou mode administrative ?, *Petites affiches* 1995, n° 104, p. 4.

[4] D. TABUTEAU, Sécurité sanitaire et agences, le renouveau de la santé publique, in *Réflexions sur le droit de la santé*, *op. cit.*, p. 479.

[5] L. n° 2006-686 du 13 juin 2006 relative à la transparence et à la sécurité en matière nucléaire, préc. C'est également le statut donné à la H.A.S. créée par la L. n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie, préc.

[6] Décr. n° 2007-1710 du 5 déc. 2007 instituant un comité de préfiguration d'une haute autorité sur les organismes génétiquement modifiés, *J.O.* du 6 déc., p. 19741.

Biomédecine en 2004 et le projet, aujourd'hui bien avancé, des Agences régionales de Santé[1] montrent que le concept d'agence de police sanitaire est loin d'être abandonné.

Le recours à ce type d'agences de police sanitaire comme les hésitations dont cette forme d'administration fait l'objet sont aussi symptomatiques du profond malaise de l'administration de la santé. La création de ces structures témoigne incontestablement de la recherche, à l'œuvre depuis l'affaire du sang contaminé, d'une « reprise en main » de l'ordre public sanitaire par le biais de politiques inédites de sécurité sanitaire, visant à accroître le degré et les conditions de la protection de la santé humaine. Dans le même temps, le dispositif actuel, créé par vagues successives en réaction aux crises sanitaires, souffre de ce défaut constant en matière de santé publique : l'absence d'une stratégie globale et d'une vision claire du rôle de l'État permettant une bonne administration de la matière[2].

---

[1] *Cf.* notamment le communiqué de presse du ministère chargé de la Santé du 28 juin 2007, (*www.sante.gouv.fr*), *B.J.S.P.* 2007, n° 106, Pan., p. 4 ainsi que le discours du Premier ministre prononcé le 1er déc. 2007 à l'occasion de l'inauguration du pôle santé de Sarthe et Loir au Bailleul (*www.premier-ministre.gouv.fr*). V. également le Rapport de M. Ph. RITTER au ministère chargé de la Santé, janvier 2008, *www.sante.gouv.fr* et le Rapport d'information n° 697 déposé par M. Y. BUR à l'Assemblée nationale en application de l'article 145 du règlement, par la commission des affaires culturelles, familiales et sociales, en conclusion des travaux d'une mission d'information sur les agences régionales de santé, *www.assemblee-nationale.fr* (*B.J.S.P.* 2008, n° 112, Pan., p. 4)

[2] Sur ce point, *cf.* notamment le Rapport de Mme BRICQ, rapporteur spécial de la mission « Sécurité sanitaire » de la commission des Finances du Sénat, juill. 2007, *B.J.S.P.* 2007, n° 106, Pan., p. 4.

CONCLUSION DU CHAPITRE

354 Complexe et multiforme, l'administration de la santé fait, à l'heure actuelle, appel à un ensemble très disparate de structures et d'autorités, dont le nombre et les statuts juridiques ne cessent de croître et de se diversifier. Les crises sanitaires des années 1980 ont bien mis en évidence les insuffisances structurelles et matérielles de cette administration qui, comme le souligne M. TABUTEAU, n'a « *jamais connu l'âge d'or des administrations régaliennes* »[1].

C'est principalement pour remédier à ces difficultés chroniques qu'a été entamée la réforme de la sécurité sanitaire dans les années 1990. L'affirmation de la centralité et de la prépondérance du rôle de l'État pour la protection de la santé publique a déjà permis de clarifier les missions de l'administration centrale, d'en accroître les moyens et de développer la coordination entre les divers intervenants. Le recours à un nouveau modèle d'administration spécialisée, dont les agences sanitaires constituent la pierre angulaire, a en outre amélioré la visibilité et la cohérence des actions de protection sanitaire. Très inspirée du modèle anglo-saxon, la réforme de l'administration de la santé publique est aujourd'hui axée sur la création de structures juridiquement autonomes, incarnant une politique particulière de l'État et dotées des moyens nécessaires pour la mettre en œuvre.

Il reste qu'après une période de dispersion, principalement due à l'inorganisation de l'administration, c'est à un véritable éclatement institutionnel de la santé publique qu'aboutit cette réforme. Encore récemment dénoncée l'O.P.E.C.S.T.[2], la complexité actuelle de l'administration de la santé a, au cours de l'été 2007, fait l'objet de vives critiques de la part de la mission « Sécurité sanitaire » de la Commission des Finances du Sénat[3]. Celle-ci préconise, entre autres, d'engager une réflexion de fond pour stabiliser et rationaliser le dispositif de santé publique et parvenir un système d'administration plus homogène et plus cohérent, qui ne soit pas constitué par la juxtaposition de structures. Il semblerait que ce travail soit aujourd'hui bien engagé au niveau de l'administration déconcentrée qui devrait bientôt voir apparaître des Agences régionales de santé aux compétences élargies[4]. Au niveau central, en revanche, la question ne paraît guère être à l'ordre du jour[5].

---

[1] D. TABUTEAU, Sécurité sanitaire et droit de la santé, *op. cit.*, p. 829.

[2] *Risques chimiques au quotidien : éthers de glycol et polluants de l'air intérieur. Quelle expertise pour notre santé ?*, Rapport de M.-C. BLANDIN du 23 janv. 2008 (2 t.), *www.assemblee-nationale.fr.*

[3] *Les agences en matière de sécurité sanitaire : de la réactivité à la stratégie*, Rapport d'information de N. BRICQ n° 355 (2006-2007) du 27 juin 2007, *www.senat.fr* ; *B.J.S.P.* 2007, n° 106, Pan., p. 4.

[4] La Conférence des D.R.A.S.S. du 28 juin 2007 a été l'occasion pour la ministre chargée de la Santé d'affirmer son intention de travailler à ce projet pour parvenir à la clarification et à la rationalisation du cadre des interventions régionales et interdépartementales de l'État en matière sanitaire et sociale (*www.sante.gouv.fr* ; *B.J.S.P.* 2004, n° 106, Pan., p. 4.).

[5] C'est en tout cas ce qu'il ressort des débats sur la réforme du dispositif relatif aux O.G.M.

CONCLUSION DU TITRE

355 Les évolutions contemporaines du droit de l'ordre public sanitaire témoignent indiscutablement de la volonté des pouvoirs publics de reprendre en main la protection de la santé publique, dont la récente faillite doit beaucoup à la carence de l'État. Il n'est sans doute pas exagéré de dire que les pouvoirs publics ont, sous le double effet du sida et du drame de la transfusion sanguine, redécouvert cette fonction régalienne d'ordre public sanitaire, trop longtemps négligée.

Il reste que son droit, en cours de reconstruction, est, aujourd'hui encore, particulièrement complexe et composite, disparate et instable, pour ne pas dire mouvant. Une part de cette complexité, liée à la spécificité même de la matière, est peut-être irréductible ; elle ne saurait en tout état de cause être imputée au politique et à l'État. Ce dernier a néanmoins largement contribué à la dispersion et à la complexité du droit de la santé publique, d'abord par son indifférence, puis par la frénésie réformatrice qui, à partir des années 1990, a accompagné le développement de la sécurité sanitaire.

Un constat s'impose ici : après une longue période d'inertie, le législateur est, en une quinzaine d'années, intervenu plus de cinq fois pour réformer l'organisation et/ou les régimes de prévention et de gestion des risques sanitaires. Quasi-hebdomadaires, les interventions du pouvoir réglementaire se sont accélérées à un point tel que l'on a pu, sans exagération, parler de « *boulimie* »[1] ou « *prurit* »[2] réglementaire.

Cette dynamique réformatrice souligne la revalorisation actuelle de la santé publique, qui a enfin officiellement intégré la sphère des missions régaliennes. En témoigne la mise en place d'un cadre institutionnalisé d'élaboration d'une politique pluriannuelle de santé publique dont l'État est le premier responsable. Pour autant, et sans qu'il s'agisse d'en nier les apports, cette marée normative, parfois houleuse[3], a, à plusieurs niveaux, davantage accentué que résorbé les insuffisances chroniques du droit de la santé publique et, plus particulièrement, de l'ordre public sanitaire. Celui-ci souffre

---

[1] B. BONNICCI, La sécurité sanitaire. De l'obsession étatique à la paralysie professionnelle, in *Au carrefour des droits. Mélanges en l'honneur de Louis DUBOUIS*, Paris, Dalloz, 2002, p. 779.

[2] D. TABUTEAU, Sécurité sanitaire et droit de la santé, *op. cit.*, p. 841.

[3] Il suffit ici de se souvenir des conditions chaotiques de la mise en place d'une procédure cohérente d'élaboration d'une politique globale de santé publique. La question s'est posée dès le début des années 1990, en même temps que se développait la sécurité sanitaire. Ce n'est pourtant qu'en 2002, avec le vote de la loi relative à la qualité du système de santé, qu'a été instaurée une procédure d'élaboration et de mise en œuvre de la politique de prévention (V. D. TRUCHET, La loi du 4 mars 2002 et la prévention : une double lecture, *op. cit.*, p. 43-47, spéc. p. 46). Ni les organismes créés par la loi, ni la procédure ainsi instituée n'ont jamais été mis en place, puisque, dès le 9 août 2004, le législateur révisait de fond en combles ces dispositions pour redéfinir les conditions de détermination des objectifs, plus larges, de la politique de santé publique (art. L. 1411-1 s. C.S.P.) Sur ce point, *cf.* D. TABUTEAU, Sécurité sanitaire et droit de la santé, *op. cit.*, p. 838-840 et les références citées.

toujours de la même dispersion et de la même complexité, qui en fait un droit composite, disparate, variable et multiforme. Au début du dernier siècle, l'hétérogénéité des règles d'hygiène publique faisait craindre à M. BERTHÉLÉMY de ne pouvoir dégager aucun principe général guidant l'action des pouvoirs publics en ce domaine[1]. En 2007, M. TABUTEAU dressait un constat similaire : la dispersion et la parcellisation du droit de la santé sont telles que ses « *lignes de force* » s'en trouvent « *dissimulées, peut-être même diluées* »[2].

356 C'est ainsi la même impression de flou, pour ne pas dire de chaos, qui prédomine à l'examen des dispositifs de protection de la santé publique. Confiée à la compétence d'administrations aussi multiples dans leur nombre que dans leurs statuts et leurs prérogatives, la prévention des risques sanitaires est, selon le mot de M. TRUCHET, plus que jamais partout, dans et hors le Code de la santé publique[3]. On en trouve même des éléments importants dans le Code de la sécurité sociale depuis que les réformes de l'assurance maladie, en particulier celle du 13 août 2004, y ont introduit des dispositions de police et de sécurité sanitaires. C'est ainsi que la H.A.S., qui reprend et élargit les compétences de feu l'A.N.A.E.S. naguère définies aux articles L. 1414-1 à L. 1414-12-1 du Code de la santé publique, est désormais régie par les articles L. 162-5-3 du Code de la sécurité sociale.

Aujourd'hui comme autrefois, c'est, sinon un texte fondateur, au moins une réflexion de fond et une vision d'ensemble sur les enjeux de la prévention et de la régulation des risques sanitaires, mais aussi sur ses contours, ses instruments juridiques et ses modes d'administration qui font défaut. En tout état de cause, le droit de l'ordre public sanitaire reste éclaté dans un ensemble particulièrement vaste et hétéroclite de textes, que l'on peine à réunir et, plus encore, à organiser.

---

[1] H. BERTHÉLÉMY, *Traité élémentaire de droit administratif, loc. cit.*,, p. 331.

[2] D. TABUTEAU, Sécurité sanitaire et droit de la santé, *op. cit.*, p. 841.

[3] D. TRUCHET, La loi du 4 mars 2002 et la prévention…, *loc. cit.*, p. 43.

CONCLUSION DE LA PREMIÈRE PARTIE

357 Bien qu'ils aient largement évolué ces dernières années, le droit et l'organisation de la santé publique sont, aujourd'hui encore, faits de diversité, de complexité, d'instabilité et, parfois, de contradictions. On ne peut pour autant douter de l'existence et de la cohérence de la notion même d'ordre public sanitaire, dont les racines sont tout aussi solides que lointaines.

358 On a vu que l'ordre public sanitaire correspond à une fonction régalienne ancienne, qui puise son fondement et sa raison d'être dans la société elle-même, dont l'État doit préserver la sécurité tant matérielle qu'intellectuelle. L'ordre public sanitaire existe dès lors qu'il est fait appel à la puissance publique pour protéger la collectivité contre les risques sanitaires de trouble ou de désordre, quelles qu'en soient la nature, l'origine et la cause.

L'ordre public sanitaire peut prendre une dimension constructive à partir du moment où cet impératif collectif de protection exige l'aménagement et/ou la transformation de situations établies. Son objectif n'est toutefois pas de créer un monde idyllique, composé d'individus bien-portants ou, mieux encore, bénéficiant de cet « *état complet de bien-être physique, mental et social* » souhaité par l'O.M.S. Notion instrumentale du droit, l'ordre public sanitaire a d'abord pour fonction de défendre ou de créer ce qui, à une époque et dans une société déterminées, est, en matière de santé, ressenti comme nécessaire pour la sécurité collective. L'ordre public sanitaire contribue de la sorte à la protection physique des administrés ; il participe aussi et nécessairement à la garantie des principes et des valeurs sociales qui fondent, structurent et cimentent l'État et son droit.

C'est bien pour cette raison que dans un ordre juridique qui, comme le nôtre, repose sur la philosophie libérale des Lumières, l'ordre public sanitaire ne peut être conçu et pensé que par référence à la liberté, dont il limite la pleine expression, mais toujours dans l'idée d'en permettre « *un exercice ultérieur plus "complet" et sans entraves* »[1]. C'est aussi ce qui permet de rejeter une conception purement négative de l'ordre public sanitaire, perçu au prisme de la police et de la prérogative de puissance publique. Si la protection de la collectivité contre les risques sanitaires de désordre exige nécessairement l'usage de la réglementation et de la contrainte, celles-ci ne sauraient en épuiser les manifestations.

---

[1] Conseil d'État, *Rapport public 1999*, *loc. cit.*, p. 290

359 Il nous semble que c'est davantage par les notions de devoir et d'obligation, plus que par celles d'*imperium* et de contrainte, que l'on doit aborder l'ordre public et, partant, l'ordre public sanitaire. L'obligation dont il est question pèse bien sûr sur les individus, dont la liberté est bornée par le devoir de ne pas nuire à autrui et qui, dans cette mesure, doivent se soumettre aux nécessités de la sécurité collective et de la santé publique. Mais elle pèse aussi sur l'État dont le premier devoir est d'assurer la défense et le développement pérenne de la société[1]. C'est à cette obligation essentielle et fondamentale que le Conseil d'État a rappelé les pouvoirs publics dans ses arrêts d'Assemblée du 9 avril 1993.

360 On admet sans difficulté que l'affaire du sang contaminé et la condamnation de l'État pour sa carence fautive à limiter le développement de l'épidémie de V.I.H. par la voie transfusionnelle ont provoqué un véritable séisme social, politique et juridique, qui a bouleversé le droit de la santé publique. Il nous semble cependant que ce séisme ne résulte pas tant de cette condamnation que de sa signification et de ses conséquences. Comme l'a plus tard fait observer M. LONG, qui présidait alors l'Assemblée du contentieux du Conseil d'État, le juge n'a pas cru faire de revirement de jurisprudence en jugeant que, lorsque la santé et la vie des hommes sont en cause, il devient coupable de la part de l'administration de ne pas employer les moyens dont elle dispose pour faire cesser le danger[2]. Il y a bien longtemps en effet que la juridiction administrative « *considère comme faute l'imprudence ou le manque de prudence* »[3] des autorités de puissance publique. Le séisme dont il est question est d'abord de nature sociale et politique, avant d'être juridique. À cet égard, il nous paraît d'ailleurs que les procès au pénal, et surtout celui des ministres, ont eu un impact immédiat beaucoup plus important que les arrêts du Conseil d'État. Il faut en effet que les équilibres de l'État de droit soient bien perturbés pour que l'on en vienne à criminaliser l'action politique[4] et à vilipender un responsable ministériel reconnaissant sa responsabilité, tout en niant son intention coupable[5].

Il n'en demeure pas moins que ce drame a provoqué une rupture majeure dans l'approche politique, sociale et juridique de la santé. Si cette rupture est d'abord celle des esprits, elle a eu aussi, et nécessairement, un impact juridique fort, au point de transformer assez radicalement la matière elle-même[6]. Le renouveau de la santé publique

---

[1] C'est ici tout l'enjeu de la centralisation progressive des politiques et des polices de protection sanitaire au cours du dernier siècle : faire en sorte que l'administration soit organisée de façon à ce qu'elle remplisse effectivement cette mission essentielle de protection collective contre les risques sanitaires préjudiciables au bon ordre.

[2] M. LONG, Préface sur *Le principe de précaution dans la conduite des affaires humaines*, *op. cit.*, 16.

[3] M. LONG, *ibid.*., 16.

[4] Et pour ce faire à modifier la Constitution, ce qui n'est pas anodin.

[5] Sur ces questions, se reporter notamment O. BEAUD, Le traitement constitutionnel de l'affaire du sang contaminé. Réflexions critiques sur la criminalisation de la responsabilité des ministres et sur le criminalisation du droit constitutionnel, *R.D.P.* 1997, n° 4, p. 995-1022 et *Le sang contaminé*, *op. cit.*, 171 p.

[6] V. D. TABUTEAU, Sécurité sanitaire et droit de la santé, *op. cit.*

a logiquement conduit à celui de l'ordre public sanitaire, mais sous un jour transformé, adapté aux exigences nouvelles de protection et de sécurité portées par la société contemporaine. Considérée comme une notion instrumentale du droit, l'ordre public sanitaire n'a pas changé de fonction : il sert toujours à la préservation de la société et de ses valeurs fondamentales. Ces dernières ont cependant rapidement et substantiellement évolué.

La politique de santé publique a acquis, en une dizaine d'années, une place prépondérante qu'elle n'avait jusqu'alors jamais occupée. Initiée par l'affaire du sang contaminé, cette revalorisation de la santé au sein des politiques publiques a été très largement alimentée et accélérée par les craintes suscitées par la résurgence de maladies anciennes, l'apparition de nouvelles épidémies, le développement du bioterrorisme comme par la prise de conscience des risques sériels et/ou globaux induits par le fonctionnement de la société elle-même. « *Un peu*, note M. TRUCHET, *comme si l'on revenait aux grandes épidémies de peste du Moyen Âge…* »[1]. Une telle évolution interroge nécessairement le droit public et, plus particulièrement, celui de l'ordre public sanitaire dont la vocation première est de protéger ce qui, dans le domaine de la santé publique, est jugé comme essentiel au bon fonctionnement de la société et à la préservation de ses valeurs fondamentales. De la sorte, si l'ordre public sanitaire n'a pas changé de fonction, l'évolution rapide du contexte de son intervention en a, en revanche, sensiblement modifié les principes directeurs, le contenu et l'expression. C'est ainsi à une véritable redéfinition de l'ordre public sanitaire que contribue l'évolution actuelle de la santé publique.

[1] D. TRUCHET, Avant-propos au Colloque de l'A.F.D.S. du 17 mars 2005 consacré à « La protection de la santé publique », *op. cit.*, p. 9.

SECONDE PARTIE
LA CONTRIBUTION DE LA SANTÉ PUBLIQUE À LA REDÉFINITION DE L'ORDRE PUBLIC SANITAIRE

361 La place, le champ et le contenu de la santé publique ont, ces dernières années, connu des bouleversements majeurs qui l'ont considérablement transformée. Premièrement, la protection de la santé publique s'est progressivement affirmée comme une priorité autonome de l'action de la puissance publique et, donc, comme un élément principal des politiques publiques nationales voire internationales[1]. Deuxièmement, et plus profondément, la protection de la santé publique s'est aussi imposée comme une composante première de la sécurité, celle-ci étant non seulement affirmée comme un droit fondamental de la personne[2], mais aussi comme un principe qui, essentiel aux valeurs qui donnent sa substance à la fondamentalité, appelle des normes d'ordre public[3].

L'origine de ces évolutions est bien connue : la succession de drames, d'affaires, de crises et de menaces sanitaires, auxquelles participent l'émergence et/ou la résurgence de maladies épidémiques ou pandémiques, ont conduit à faire de la sécurité sanitaire un concept clef du droit de la santé et une priorité majeure des politiques de santé publique. Quoique la notion elle-même soit récente, la sécurité sanitaire s'est de la sorte imposée comme le moteur essentiel du renouveau de la santé publique et, plus particulièrement, de l'ordre public sanitaire.

362 Dans son acception première, la sécurité sanitaire relevait d'un principe de protection contre les risques sanitaires liés au fonctionnement du système de santé. Son champ d'application a toutefois été rapidement étendu à l'ensemble des dispositifs de prévention des risques pour faire valoir un objectif nouveau et particulièrement ambitieux de sécurité pour la santé. On relèvera d'ores et déjà que cet objectif, inaccessible, ne peut être que tendanciel, le risque zéro ne pouvant être raisonnablement envisagé ni en matière de sécurité, ni dans le domaine de la santé. Il en a toutefois résulté une véritable

---

[1] Sur ce point, on se reportera avec profit à M. BÉLANGER, La protection de la santé publique : aspects européens et internationaux, *R.G.D.M.* 2005, n° spéc., *op. cit.*, p. 21-30.

[2] L. n° 95-73 du 21 janv. 1995 d'orientation et de programmation relative à la sécurité préc., notamment modifiée par la L. n° 2001-1062 du 15 nov. 2001 relative à la sécurité quotidienne, préc.

[3] V. É. PICARD, La fonction de l'ordre public dans l'ordre juridique, *op. cit.*, p. 17-61, spéc. p. 57 et p. 60 et 61.

« *métamorphose des politiques de santé* »[1], désormais animées par la volonté de réduire l'ensemble des risques pour la santé humaine, quelles qu'en soient le lieu, la nature, la cause ou l'origine. Plus que donner naissance à une politique spécialisée, c'est donc bien une nouvelle ère de la santé publique qu'a ouvert la sécurité sanitaire[2].

363 En resituant la protection de la personne au cœur du droit de la santé, la notion de sécurité sanitaire a aussi contribué à enraciner la santé publique dans les droits de l'Homme. C'est en effet une mission très large de protection des personnes contre tous les risques de santé qui est aujourd'hui dévolue à la Nation, et plus particulièrement à l'État. Cette ambition est clairement révélée par le Code de la santé publique dont l'article L. 1110-1 reconnaît désormais l'existence d'un droit fondamental à la protection de la santé qui, englobant la prévention, l'égal accès de chaque personne aux soins nécessités par son état, la continuité des soins et la meilleure sécurité sanitaire possible, doit être mis en œuvre par tous moyens disponibles et au bénéfice de toute personne[3]. Quoiqu'opposable à tous[4], la garantie du droit de la personne à la protection de sa santé repose principalement sur l'État. En ce sens, l'article L. 1411-1 du Code soumet à sa responsabilité la détermination des objectifs pluriannuels de la politique nationale de santé, l'évaluation de cette politique ainsi que la conception des plans, des actions et des programmes mis en œuvre pour les atteindre.

364 Moteur du renouveau de la santé publique, la sécurité sanitaire a, de la sorte, favorisé le retour et la « *remise au premier plan* » de la fonction régalienne de police sanitaire[5]. Mais plus encore, elle apparaît être le ferment de la réactualisation de l'ordre public sanitaire dont elle a aussi modifié le sens, jusqu'à en faire un instrument de la mise en œuvre des politiques publiques de santé refondé sur le droit fondamental à la protection de la santé (Titre 1). Partant, c'est aussi un nouveau rôle, plus positif, offensif et interventionniste de protection de la santé des personnes qui est aujourd'hui assigné à l'État. Confronté à de nouvelles problématiques, tenant à la fois à la gestion des risques et à la garantie des droits fondamentaux de la personne humaine, cet État ne correspond plus

---

[1] V. *Les métamorphoses des politiques de santé*, n° spéc. de la *R.F.A.P.* 2005, n° 113, 204 p. et particulièrement G. BRÜCKER, Les nouveaux horizons de la politiques de santé, p. 127-138.

[2] D. TABUTEAU, Les pouvoirs publics et le risque sanitaire, *op. cit.*, p. 30 ; Sécurité sanitaire et agences, le renouveau de la santé publique, *op. cit.* p. 473 et Sécurité sanitaire et droit de la santé, *op. cit.*, p. 823-842.

[3] Il n'est dès lors guère surprenant de constater, avec M. TABUTEAU, que la notion de sécurité sanitaire a très largement participé à « *l'efflorescence du droit de la santé* » et qu'elle a, en particulier, accompagné l'essor des droits des personnes malades et des usagers du système de santé (Sécurité sanitaire et droit de la santé, *op. cit.*, p. 384 s.).

[4] L'art. L. 1110-1 C.S.P. précise la complémentarité de l'action de l'ensemble des acteurs du système de santé en indiquant que « *les professionnels, les établissements et réseaux de santé, les organismes d'assurance maladie ou tous autres organismes participant à la prévention et aux soins, et les autorités sanitaires contribuant, avec les usagers, à développer la prévention, l'égal accès de chaque personne aux soins nécessités par son état, la continuité des soins et la meilleure sécurité sanitaire possible* ».

[5] D. TABUTEAU, *La Sécurité sanitaire*, *op. cit.* et Sécurité sanitaire et droit de la santé, *op. cit.*, p. 824.

exactement au schéma de l'État-gendarme, ni à celui de l'État-social ou providence, mais relève d'une nouvelle figure, qualifiée d'« *État de précaution* » par M. EWALD[1], et dans laquelle nous voyons l'émergence d'un État paternel, au moins en ce qui concerne le champ de la santé (Titre 2).

[1] F. EWALD, L'État de précaution, in Conseil d'État, *Rapport public 2005* , *op. cit.*, p. 359-367.

TITRE 1
LA SÉCURITÉ SANITAIRE, FERMENT DE LA RENAISSANCE DE L'ORDRE PUBLIC SANITAIRE

365 Au-delà des réformes qu'elle a motivées, la sécurité sanitaire est à l'origine de nouveaux principes de santé publique et a été le ferment d'une conception renouvelée de la protection de la santé, érigée par le législateur du 4 mars 2002 au rang d'un droit fondamental de la personne humaine.

La notion de sécurité sanitaire est en effet indissociable de la rénovation conceptuelle de la protection de la santé dont elle mêle les dimensions individuelles et collectives, défensives et positives, jusqu'alors assez bien séparées. Elle diffuse par ailleurs de nouveaux principes qui, entièrement guidés par l'impératif de sécurité, sont au cœur de la rénovation des politiques publiques de protection sanitaire. La sécurité sanitaire est ainsi à l'origine d'une conception totalement renouvelée de la protection de la santé qui, depuis quelques années, va dans un sens nouveau.

366 La sécurité sanitaire désigne l'ensemble des dispositifs visant à réduire les risques d'accidents sanitaires iatrogènes évitables liés au fonctionnement de la société industrialisée. La notion a connu un succès à la fois large et rapide, notamment auprès des pouvoirs publics dont le sens et les modalités de l'action ont substantiellement été modifiés en vue d'assurer un degré renforcé de sécurité pour la santé des personnes. Sous l'influence de la sécurité sanitaire, c'est un impératif global et constant de prévention des risques et de sécurité en santé qui a été affirmé. Outre la loi du 1er juillet 1998 relative au renforcement de la veille sanitaire et du contrôle des produits destinés à l'homme, c'est ce qu'atteste la loi Kouchner du 4 mars 2002 qui, pour la première fois, fait explicitement de la prévention l'une des composantes du droit à la protection de la santé[1], avant de définir les finalités et le contenu des politiques publiques s'y rapportant[2]. C'est aussi ce

[1] Art. L. 1110-1 C.S.P.

[2] Art. L. 1417-1 C.S.P. modifié par la L. n° 2004-806 du 9 août 2004 préc. Dans sa rédaction originelle, l'article précisait : « *La politique de prévention a pour but d'améliorer l'état de santé de la population en évitant l'apparition, le développement ou l'aggravation des maladies ou accidents et en favorisant les comportements individuels et collectifs pouvant contribuer à réduire le risque de maladie et d'accident. A travers la promotion de la santé, cette politique donne à chacun les moyens de protéger et d'améliorer sa propre santé* ». V. notamment D. TRUCHET, La loi du 4 mars 2002 et la prévention : une double lecture, *op. cit.*, p. 43-47 ; J.-M. LEMOYNE DE FORGES, La prévention dans la loi du 4 mars 2002 : organisation ou politique ?, *R.D.S.S.* 2002, n° 4, p. 745-751 et M. DEGUERGUE, Droits des malades et qualité du système de santé, *op. cit.*, p. 508-516, spéc. p. 513-514.

qu'illustre la loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique dont l'objet principal est bien de donner aux autorités administratives et sanitaires les moyens juridiques d'une action adéquate pour la prévention et la gestion des risques sanitaires[1].

367 Il n'est dès lors pas surprenant de constater que la mise en avant de la sécurité sanitaire, à la fois notion et principe clefs du droit moderne de la santé, soit à l'origine de la rénovation de l'ordre public sanitaire, impliquant, entre autres, la résurgence de ses instruments – dont ceux de la police (Chapitre 1). Plus encore, la consécration de la sécurité sanitaire, qui a donné une nouvelle impulsion à l'action de la santé publique en France, est à l'origine d'une rénovation conceptuelle majeure de la protection de la santé dont il émerge aujourd'hui un ordre public sanitaire substantiellement transformé (Chapitre 2).

[1] D. TRUCHET, Avant-propos au colloque annuel de l'A.F.D.S. du 17 mars 2005 : « La protection de la santé publique », publié à la *R.G.D.M.* 2005, n° spéc., p. 10.

CHAPITRE 1
LA RÉNOVATION DE L'ORDRE PUBLIC SANITAIRE

368 On assiste depuis une vingtaine d'années à une reprise en main sans précédent de l'ordre public sanitaire. Ce phénomène est directement lié à l'inscription de la sécurité sanitaire parmi les priorités de la politique de santé et à la valorisation corrélative de la prévention sanitaire qui, longtemps sous-estimée, est devenue un objectif premier de celle-ci[1].

369 L'émergence de la sécurité sanitaire résulte du constat douloureux que la supériorité du principe de la santé publique, bien qu'affirmée en droit, ne trouve pas toujours sa traduction dans l'organisation administrative de l'État ni dans la législation et la réglementation[2]. Pour autant, cette notion ne se confond pas avec celle d'ordre public sanitaire. En particulier, la sécurité sanitaire assigne aux autorités une finalité qui lui est propre : la protection de la santé des personnes, qui constitue initialement l'objet, et non le but, de l'ordre public sanitaire. La sécurité sanitaire ne peut pas non plus être totalement dissociée de l'ordre public sanitaire. D'une part, la lutte contre les risques iatrogènes de la société qui structure la sécurité sanitaire nourrit également la fonction secondaire de l'ordre public sanitaire, celle-ci visant à réduire les risques sanitaires anthropiques, c'est-à-dire créés par l'homme. D'autre part, la sécurité sanitaire, qui s'inscrit parmi les missions régaliennes de protection de la sécurité civile au même titre que la sécurité routière ou nucléaire, utilise les instruments de l'ordre public et, en particulier, ceux de l'ordre public sanitaire : la réglementation et la police sanitaires. Enfin, la sécurité sanitaire, dans ses principes comme dans sa méthodologie, s'applique aux actions relevant de l'ordre public sanitaire.

370 Rapidement érigée au rang d'une obligation collective pesant sur l'État, la sécurité sanitaire, qui souligne la nécessité d'une politique active de réduction des risques sanitaires, a depuis lors connu un large succès et se présente comme un élément majeur du renouveau de la santé publique. Ce nouvel impératif de santé publique (Section 1) lui a donné une impulsion nouvelle et novatrice qui est à l'origine directe de la réactualisation de l'ordre public sanitaire (Section 2).

---

[1] Ce que symbolise, outre les réformes engagée depuis 1993, la déclaration de politique générale de M. JOSPIN qui, en 1997, a annoncé que la sécurité sanitaire serait une priorité de l'action de son Gouvernement. Celle-ci fut dès cette date intégrée au rapport annexé à la loi de financement de la sécurité sociale. Sur l'ensemble de la question, *cf.* D. TABUTEAU, *La Sécurité sanitaire*, 2e éd., *op. cit.*, spéc. p. 17-41

[2] Cl. HURIET, *Renforcer la sécurité sanitaire en France*, *op. cit.*, p. 57.

SECTION 1

LA SÉCURITÉ SANITAIRE, UN IMPÉRATIF NOUVEAU DE SANTÉ PUBLIQUE

371 Notion consacrée à la suite du drame de la transfusion sanguine, l'expression même de « sécurité sanitaire » est assez récente. Elle fut utilisée pour la première fois en 1992 lors des débats sur le projet de loi relatif à la réforme du système de transfusion sanguine et les lois « bioéthique » du 29 juillet 1994 sont les premières à la retenir expressément[1]. La notion n'est pourtant pas totalement nouvelle. Elle correspond au principe du *primum non nocere* (« d'abord ne pas nuire ») qui fait largement écho à l'article 4 de la Déclaration des droits de l'Homme et du Citoyen et à l'article 1382 du Code civil. Ce principe traditionnel a été un élément important du droit médical et hospitalier (§1) bien avant que la sécurité sanitaire ne soit officiellement consacrée comme un impératif de santé publique (§2).

§1.- LES PRÉMICES DE LA SÉCURITÉ SANITAIRE : « *PRIMUM NON NOCERE* »

372 Le « *primum non nocere* » est un principe ancien et traditionnel du droit médical qui oblige le médecin à veiller à la sécurité de ses patients. Comme le souligne M. TABUTEAU, ce principe ne signifie pas que le risque médical est en soi inacceptable, « *chacun sait que le risque zéro est illusoire en médecine* ». Il correspond davantage à l'idée que « *nuire en matière médicale, c'est manquer à ses engagements, faillir à sa mission* »[2] (A). Cette logique a été reprise par le juge administratif qui, dès la fin des années 1950, s'est employé à l'adapter au service public de santé (B).

A.- UN PRINCIPE TRADITIONNEL DU DROIT MÉDICAL

373 Le « *primum non nocere* » correspond à un impératif de prévention des risques liés à l'activité médicale dérivé à la fois de la déontologie – il est notamment rappelé par le serment d'Hippocrate[3] – et de l'ordre public. Son respect constitue l'une des justifications

---

[1] L. n° 94-653 du 29 juill. 1994 relative au respect du corps humain, préc. (c*f.* notamment l'art. 9 de la loi qui insère un art. 511-8 au C.P. relatif aux peines encourues pour avoir procédé à la distribution ou à la cession d'organes, de tissus, de cellules et de produits humains en vue d'un don sans qu'aient été respectées les règles de sécurité sanitaire) et L. n° 94-654 du 29 juill. 1994 relative au don et à l'utilisation des éléments et produits du corps humain, à l'assistance médicale à la procréation et au diagnostic prénatal, *J.O.* du 30 juill., p. 11059.

[2] D. TABUTEAU, *La Sécurité sanitaire*, 2e éd., *op. cit.*, p. 24.

[3] « *Dans toute la mesure de mes forces et de mes connaissances, je conseillerai aux malades le régime de vie capable de les soulager et j'écarterai d'eux tout ce qui peut leur être contraire ou nuisible […]. Je passerai ma vie et j'exercerai mon art dans la pureté et le respect des lois […]. Dans toute maison où je serai appelé, je n'entrerai que pour le bien des malades. Je m'interdirai d'être volontairement une cause de tort ou de corruption […]* ».

premières de l'encadrement juridique des professions de santé (1) et sa méconnaissance est lourdement sanctionnée (2).

1) Une justification première de l'encadrement des professions de santé

374 Premier axe de l'engagement de l'État moderne en matière sanitaire, la prise en compte de l'importance de la surveillance des professions de santé du point de vue de la sécurité collective est, elle aussi, le fruit d'une expérience douloureuse remontant à la période révolutionnaire[1]. La Révolution, fondant le lien social sur le mythe de l'individu libre, prévoyant et vertueux, avait en effet, par application du principe de la libre concurrence, reconnu celui du libre exercice du droit de guérir. Dans cette logique, s'étaient succédées des mesures destinées à abattre l'ancien ordre médical et n'importe quel citoyen muni d'une patente était admis à pratiquer la médecine[2]. Il n'est guère difficile d'imaginer les conséquences d'un tel système : l'état sanitaire de la France, peuplée de charlatans[3], dépourvue d'institutions sanitaires et sociales viables et ravagée par les épidémies, est bientôt désastreux. Dès l'an II, cet état de fait conduit la bourgeoisie thermidorienne, prônant le retour à l'ordre, à réclamer le rétablissement des diplômes et la mise hors d'état de nuire des charlatans. Ces revendications sont suivies par le constituant du 5 fructidor an III qui, pour la première fois, inscrit la santé dans le champ de la police législative en chargeant la loi de la « *surveillance particulière des professions qui intéressent les mœurs publiques, la sûreté ou la santé* ». Il faut néanmoins attendre les lois du 19 ventôse et du 21 germinal an XI (10 mars et 11 avril 1803) pour que soient définis les délits d'exercice illégal de la médecine et de la pharmacie et que la surveillance des professions de santé passe sous le contrôle de l'État[4]. Depuis lors, l'ordre public sanitaire se manifeste en cette matière par un ensemble de plus en plus fourni de

---

[1] Sur ce thème, on peut notamment consulter B. P. LÉCUYER, L'hygiène en France avant Pasteur, in *Pasteur et la révolution pastorienne*, *op. cit.*, p. 72 ; J. LÉONARD, Les guérisseurs, *R.H.M.C.*, 1980, rééd. in *Médecins, malades et société dans la France du XIXe siècle*, Paris, Sciences en situation, textes réunis et présentés par Cl. BÉNICHOU, p. 13 ; P. ROSANVALLON, *L'État en France de 1789 à nos jours*, *op. cit.*, p. 118 ; V.-P. COMITI, *Histoire du droit sanitaire en France*, Paris, P.U.F., 217 p., coll. Que sais-je ?, n° 2831 ; J.-M. LEMOYNE DE FORGES, L'intervention de l'État en matière sanitaire, *op. cit.*, p. 492-495.

[2] Dès le 4 août 1789 sont supprimées, au nom de la libre concurrence en matière de médecine, toutes les anciennes distinctions qui divisent le corps médical. Les Facultés de médecine, qui ne sont plus guère fréquentées, sont remplacées en 1794, par trois écoles de santé fondées à Paris, Montpellier et Strasbourg dont l'enseignement privilégie les sciences statistiques et expérimentales et au sein desquelles sont instituées les premières chaires d'hygiène (grâce à Antoine François FOURCROY reprenant les travaux de la Société royale de médecine présentés par Vicq D'AZYR à l'Assemblée constituante en 1790).

[3] Sur ce thème des guérisseurs au XIXe siècle, on peut notamment consulter l'étude de Jacques LÉONARD, *op. cit.*, p. 63-82.

[4] Ainsi, la loi du 10 mars 1803 relative à l'exercice de la médecine donne au seul gouvernement le droit de concéder, avec les diplômes de docteur ou d'officier de santé, la faculté de pratiquer l'art de guérir.

règles impératives régissant les conditions d'accès aux professions et celles de leur exercice[1].

375 La première condition d'accès à la profession, et non la moindre, consiste en l'obtention d'un diplôme d'État[2] qui sanctionne une formation dont celui-ci établit le contenu. Quoique impérative, la seule possession d'un diplôme ou d'une qualification n'est toutefois pas suffisante. Il peut aussi être nécessaire d'obtenir un permis d'exercice délivré par l'administration. Cette condition supplémentaire est générale pour les professions disposant d'une organisation ordinale, où elle se traduit par la formalité obligatoire de l'inscription au tableau de l'Ordre[3]. Chaque professionnel de santé, sauf les pharmaciens, doit par ailleurs faire enregistrer son diplôme sur une liste départementale tenue par les services de l'État[4].

Le permis d'exercice vise à vérifier que le titulaire du diplôme est en pratique capable d'exercer la profession et permet de placer les membres de celle-ci sous la surveillance de l'autorité publique. Il s'agit, d'une part, de s'assurer de l'aptitude physique, psychologique et morale du professionnel de santé (médecin ou auxiliaire médical). Pour recevoir le droit d'exercer, le candidat ne doit pas être atteint d'une infirmité ou se trouver dans un état pathologique qui rende dangereux l'exercice de la profession[5]. Si cet état survient au cours de l'activité, le droit d'exercer est suspendu par les instances professionnelles compétentes[6] ou, lorsque la poursuite de l'activité expose les patients à un danger grave, par une mesure d'urgence du représentant de l'État[7].

---

[1] Les règles d'exercice des professions figurent aujourd'hui dans la quatrième partie du C.S.P.

[2] Ou d'une qualification équivalente pour les ressortissants d'un État membre de l'Union européenne.

[3] *Cf. supra* n° 347.

[4] *Cf.* par exemple les art. L. 4113-1 et L. 4113-2 C.S.P. pour les médecins, les chirurgiens-dentistes et les sages-femmes, l'art. L. 4311-15 pour les infirmiers ou l'art. L. 4321-10 pour les masseurs-kinésithérapeutes.

[5] Pour un exemple de refus d'inscription au tableau de l'ordre légalement justifié par l'état pathologique du médecin : C.E., 21 déc. 2001, *F.*, n° 224856, *Rec.* tables p. 1168.

[6] C.E., Ass., 11 juill. 1984, *Blat*, n° 21.733, préc. ; – 23 juin 2004, *Baudry*, n° 261245, inédit.

[7] Il s'agit soit du préfet du département, soit du directeur de l'A.R.H. lorsque le praticien concerné exerce en établissement de santé. Sur ce pouvoir de suspension, *cf. supra* n°s 313 et 347. On rappellera que ces dispositifs ne font pas obstacle au pouvoir de l'employeur de prendre les mesures conservatoires qu'impose une situation de danger. Le directeur d'hôpital, qui assure la police générale de son établissement, dispose à cet effet de « *l'autorité sur l'ensemble des personnels* » et est investi d'un pouvoir de suspension s'exerçant dans des circonstances exceptionnelles et en cas d'urgence faisant courir un risque grave pour la santé des patients : C.E., 4 janv. 1995, *Min. délégué à la Santé, Juan et C.H.G. Bagnols-sur-Cèze*, n°s 128490, 128616 et 140933, *Rec.* tables p. 1038 ; – 17 nov. 1997, *C.H.S. de Rennes c. M. B.*, n° 168606, *Rec.* p. 433 ; *Jurisprudence de la santé* 1997-1998, p. 201 ; – 15 déc. 2000, *Mme Vankemmel et Synd. des professeurs hospitalo-universitaires*, n°s 194807, 200887 et 202841, *Rec.* p. 630 ; *A.J.F.P.* 2001, p. 39 ; *Cahiers de la fonction publique* 2001, p. 40 ; *Jurisprudence de la Santé* 2000-2001, p. 250 ; – 1er mars 2006, *M. B.,* n° 279822, *A.J.D.A.* 2006, p. 951 ; – 26 janv. 2007, *M. L.*, n° 277393, *A.J.D.A.* 2007, p. 873. *Cf.* également à propos de la suspension d'un praticien du tableau de gardes et d'astreintes : C.E., 6 mars 2006, *C.H. d'Alès*, n° 261517, *A.J.D.A.* 2006, p. 1406 et C.A.A. de Bordeaux, 13 mars 2007, *M. O.,* n° 04BX01159, inédit.

Le permis d'exercice sert, d'autre part, à contrôler que la personne diplômée est à la hauteur de la profession et qu'elle remplit les conditions prévues pour son exercice, notamment du point de vue de la moralité et de l'indépendance professionnelle. Cette dernière exigence que le Tribunal des conflits a érigé en principe général du droit le 14 février 2000[1], se révèle être particulièrement importante. Elle est soumise à un contrôle étroit du juge administratif qui n'hésite pas à vérifier l'entière qualification juridique des faits[2]. Le principe de l'indépendance professionnelle permet notamment d'écarter de l'exercice de la profession les personnes qui ont, par le passé, méconnu leurs obligations de prudence et de sécurité. C'est le cas, par exemple, du médecin qui a employé des méthodes thérapeutiques charlatanesques[3], qui a participé à des avortements illégaux[4] ou qui a exercé illégalement la profession[5].

376 La réglementation des professions se décompose en deux séries de mesures. La première intéresse la délimitation des fonctions qui, destinée à bien circonscrire le cadre d'exercice de la profession, est nécessaire à la définition des délits d'exercice illégal. La seconde est relative à la définition matérielle des règles d'exercice de la profession qui, jusqu'à l'entrée en vigueur de la loi du 4 mars 2002, étaient principalement déterminées par la jurisprudence et les codes de déontologie. Ceux-ci, et en particulier le Code de déontologie médicale, accordent depuis longtemps une place importante aux impératifs de la sécurité sanitaire, dont les principes directeurs ont ainsi été définis bien avant la conceptualisation de la notion au début des années 1990[6]. Les mêmes impératifs de prudence se retrouvent dans la réglementation des conditions d'exercice des auxiliaires médicaux, et notamment celles qui, bien que ne disposant pas d'un Code de déontologie, font malgré tout l'objet d'un décret quasi-équivalent[7].

La surveillance de la bonne observation des règles de la profession par ses membres relève de la compétence des autorités ordinales lorsqu'elles existent. Leur méconnaissance peut conduire à des sanctions disciplinaires, lesquelles ne font d'ailleurs

---

[1] T.C., 14 févr. 2000, *Ratinet*, n° 02929, *Rec.* p. 759 ; *D.A.* 2000, n° 121, note R.S. ; *R.F.D.A.* 2000, p. 1232, note D. POUYAUD.

[2] *Cf.* notamment C.E., 29 déc. 2000, *M. Claude Gubler* (n° 211240, *Rec.* p. 676 ; *D.A.* avril 2001, p. 37, note R.S. ; *R.D.S.S.* 2001, p. 274, obs. L. DUBOUIS) s'agissant du cas célèbre du Dr GUBLER, auquel a été reproché d'avoir, de 1981 à 1994, rédigé et signé des bulletins de santé incomplets ou inexacts à la demande du président de la République en exercice, puis, après le décès de ce dernier, d'avoir violé le secret professionnel en publiant un livre dévoilant des informations protégées.

[3] C.E., 14 févr. 1945, *Dr. Beurekdjian*, n° 76.852, *Rec.* p. 32.

[4] C.E., 28 janv. 1949, *Sieur Miquet*, n° 86.157, *Rec.* p. 41.

[5] C.E., 31 mai 1963, *Cons. nat. de l'ordre des médecins c. sieur Bourbouloux*, n° 55.843, *Rec.* p. 338.

[6] *Cf.* par exemple les art. 2, 15 et 38 du décr. n° 79-506 du 28 juin 1979 portant Code de déontologie médicale, *J.O.* du 30 juin, p. 1568.

[7] *Cf.* les art. R. 4311-1 s. C.S.P.

pas obstacle à une condamnation pénale et/ou à l'engagement de responsabilité civile du professionnel de santé ou de l'établissement au sein duquel il exerce ses fonctions[1].

2) La sanction du principe

Il importe de distinguer ici l'hypothèse du délit d'exercice illégal de la profession de la méconnaissance des règles de la profession, qui toutes deux intéressent au plus haut point la sécurité sanitaire des patients.

377 La sanction des délits d'exercice illégal de la profession appelle peu d'observations. Ce type de délit est prévu par le Code pénal, en ce qui concerne l'usurpation de titre (article 433-17) et de fonction (article 433-12), auquel s'ajoutent les dispositions pénales du Code de la santé publique[2]. Il n'existe pas de définition uniforme du délit d'exercice illégal de la profession. Celui-ci qualifie des situations de fait très diverses (non-accomplissement des formalités d'accès à la profession, irrespect de la délimitation des fonctions, irrespect d'une mesure de suspension du droit d'exercer[3], etc.) et peut consister en un délit occasionnel[4] ou en un délit d'habitude[5].

378 La méconnaissance des règles d'exercice de la profession donne lieu à un contentieux plus complexe, en raison de la diversité des régimes de responsabilité opposables aux professionnels. Il convient notamment de distinguer les régimes de responsabilité « punitive », qui servent à réprimer les comportements fautifs sur le plan disciplinaire ou pénal, et ceux de la responsabilité « réparatrice », contractuelle, délictuelle ou quasi-délictuelle, qui conduira à la condamnation de l'auteur du dommage à verser une indemnisation compensatrice des préjudices subis par la victime. Or le même manquement aux règles d'exercice professionnel peut tout à la fois relever de la faute

---

[1] Comme le précise l'art. L. 4126-5 C.S.P. notamment, « *l'exercice de l'action disciplinaire ne met obstacle : 1° Ni aux poursuites que le ministère public ou les particuliers peuvent intenter devant les tribunaux répressifs dans les termes du droit commun ; 2° Ni aux actions civiles en réparation d'un délit ou d'un quasi-délit ; 3° Ni à l'action disciplinaire devant l'administration dont dépend le médecin, le chirurgien-dentiste ou la sage-femme fonctionnaire ; 4° Ni aux instances qui peuvent être engagées contre les médecins, les chirurgiens-dentistes ou les sages-femmes en raison des abus qui leur seraient reprochés dans leur participation aux soins médicaux prévus par les lois sociales* ».

[2] *Cf.* notamment les art. L. 4161-1 relatif à l'exercice illégal de la médecine, L. 4161-2 sur l'exercice illégal de l'art dentaire, L. 4161-3 sur l'exercice illégal de la profession de sage-femme et L. 4223-1 C.S.P. relatif au délit d'exercice illégal de la pharmacie. Pour une application : Cass. crim., 23 nov. 1999, *M. Alain Y. et Soc. Labo-life*, n° 98-80.687, *D.* 2000, IR, p. 60 (sanction de la délivrance de médicaments homéopathiques non autorisés).

[3] V. par exemple trib. corr. de Vesoul, 28 mars 2002, *B.J.S.P.* 2002, n° 52, p. 11, obs. P. CHICHÉ (relève du délit d'exercice illégal de la médecine, le fait pour un praticien de poursuivre son activité alors qu'il a fait l'objet d'une mesure de suspension en raison de son alcoolisme).

[4] C'est le cas, par exemple, du délit d'exercice illégal de la pharmacie sanctionné par l'art. L. 4223-1 C.S.P. : Cass. crim., 31 août 1922, *S.* 1923, p. 237 et – 17 juill. 1987, *Info. Pharm.* 1987, n° 305, p. 1021, obs. G.V.

[5] C'est le cas, par exemple, de l'usurpation de titre (Cass. crim., 20 mars 1978, *Smissaert*, *Bull. crim.* n° 104, p. 263 ; *D.* 1978, IR, p. 346, obs. G. ROUJOU DE BOUBÉE ; *Gaz. Pal.* 1978, 2, 353, note J.-P. DOLL), celui-ci étant notamment constitué par l'absence de diplôme même si les services rendus n'ont pas donné lieu à rémunération (Cass. crim., 25 avr. 1957, *D. P.* 1957, I, 269 ; C.A. de Douai, 22 févr. 1961, *Gaz. Pal.* 1961, 1, 1268).

professionnelle, de l'infraction pénale et de la faute civile. Ces trois types de responsabilités, qui au demeurant peuvent être cumulées, sont donc à envisager[1].

379 Sur le plan de la responsabilité « punitive », les manquements du professionnel de santé à ses obligations de sécurité pourront, s'ils relèvent de fautes personnelles, donner lieu à des sanctions pénales, soit sur le fondement des infractions intentionnelles (atteintes volontaires au corps du patient, crime d'empoisonnement, non-assistance à personne en danger), soit sur celui des délits d'imprudence, de négligence ou de manquement à une obligation de sécurité ou de prudence (articles 221-6, 222-19 et 222-20 du Code pénal)[2]. On relèvera ici que depuis l'entrée en vigueur du nouveau Code pénal, les établissements de santé publics ou privés peuvent eux-mêmes être poursuivis sur le fondement de l'article 121-2 pour avoir manqué à leurs obligations de sécurité sanitaire, qui relèvent donc des règles d'ordre public[3]. La responsabilité d'un hôpital ayant omis de faire parvenir des consignes d'hygiène à certains personnels a ainsi été

---

[1] Pour une analyse des trois types de responsabilité : J.-M. DUVAL, Faute personnelle, faute disciplinaire et faute pénale en matière d'activité médicale hospitalière, *R.D.P.* 2001, p. 1843-1885. V. en outre sur la responsabilité du directeur d'hôpital : P. FAUGEROLAS, Sécurité, précaution et responsabilité du directeur d'hôpital, *R.D.S.S.* 1999, n° 3, p. 546-562.

[2] Pour quelques exemples : Cass. crim., 28 oct. 1981, *Bazin*, n° 80-95223, *Bull. crim.* n° 288, p. 749 (erreur technique manifeste du chirurgien qui enlève une artère à la place d'une veine ayant entraîné l'amputation de la jambe) ; – 25 mai 1982, *Christian Y.*, n° 80-95056, *Bull. crim* n° 134, p. 368 (refus, sans raison valable, d'un chirurgien de venir examiner une blessée par balle dans l'abdomen) ; – 2 avr. 1992, *Bernard Y.*, n° 90-87579, *Bull. crim.* n° 140, p. 366 ; *J.C.P.* 1993, 22105 (refus du médecin gynécologue de garde à la maternité de se déplacer sur l'appel de la sage-femme ; – 26 nov. 1997, n° 97-80069, *Gamm Info* 1999, n° 9, p. 7 (condamnation pour homicide involontaire d'un médecin anesthésiste qui a provoqué la mort d'une patiente en s'abstenant d'accomplir « *les diligences normales qui lui incombaient compte tenu de la nature de sa mission et de sa fonction, de sa compétence ainsi que des pouvoirs et des moyens dont il disposait* ») ; – 19 févr. 1997, *Carole A.*, n° 96-82377, *Bull. crim.* n° 67, p. 217 ; *D.* 1998, p. 236, note LEGROS ; *J.C.P.* 1997, II, 22889, note LE CHEVALLIER ; *Jurisprudence de la santé* 1997-1998, p. 161, obs. P. CHICHÉ ; – 23 oct. 2001, (2 esp.), n° 01-8130 et n° 01-81227, *Bull. crim.* n° 217, p. 689 et n° 218, p. 692 ; *Jurisprudence de la santé* 2001-2002, p. 204 (un médecin est condamné pour homicide involontaire sur le fondement d'une simple imprudence ou maladresse dès lors que ses fautes ont directement causé le dommage et n'ont pas seulement contribué à le créer) ; – 29 oct. 2002, *Jacques X.*, n° 01-87374, *Bull. crim.* n° 196, p. 728 ; *B.J.S.P.* 2003, p. 10, obs. P. CHICHÉ (négligences commises par un médecin à propos d'une intervention de chirurgie esthétique ayant entraîné le décès de la patiente). V. encore Trib. corr. de Nancy, 21 juin 2002, *B.J.S.P.* 2002, n° 3, p. 11, obs. P. CHICHÉ (sur la toxicomanie d'un anesthésiste) ; Cass. crim., 12 sept. 2006, *Mme Véronique X.*, n° 05-86700, *Bull. crim.* n° 219, p. 772 ; – 13 févr. 2007, *Martine X.*, *Françoise Y.* et *Emilson X.* (3 esp.), n° 06-81089, n° 06-82202 et n° 06-82.264, *Bull crim.* n° 43, p. 257, n° 44, p. 261 et n° 45, p. 265. Sur l'ensemble de la question, *cf.* A. DORSNER-DOLIVET, Contribution à la restauration de la faute, condition des responsabilités civile et pénale dans l'homicide et les blessures par imprudence : à propos de la chirurgie, Th. Droit, Paris, 1986, 495, Bibl. de droit privé, t. C LXXX VIII, Préface de P. RAYNAUD ; M. VÉRON, La responsabilité pénale du médecin, *Petites affiches* 1999, n° 189, p. 23-28 ; S. COULY, L'homicide involontaire et les principaux acteurs hospitaliers, *Cahiers hosp.* 2000, n° 153, p. 23-25 ; M. DAURY-FAUVEAU, *La responsabilité pénale du médecin*, Paris, Les Études Hospitalières, 2003, 93 p., coll. essentiel et P. HENNION-JACQUET, Quelques aspects de l'ambivalence des responsabilités pénale et civile du praticien, *R.G.D.M.* 2004, n° 14, p. 285-306.

[3] V. notamment J. MOREAU, La responsabilité pénale des établissements publics de santé et le Nouveau Code Pénal, *A.J.D.A.* 1995, n° 10, dossier spéc. : « L'intervention publique dans le domaine de la santé », p. 620-624 ; C. CAILLÉ et M. DANTI-JUAN, La responsabilité pénale des établissements de santé, in *Mélanges en l'honneur de Jean-Henri SOUTOUL*, Paris, Les Études Hospitalières, 2000, p. 41-55.

retenue pour homicide involontaire à la suite du décès d'un malade imputable à une légionellose contractée à l'hôpital[1].

380 De telles condamnations ne font pas obstacle au prononcé de sanctions ordinales et/ou disciplinaires, lorsque l'auteur de la faute exerce une profession non médicale dans un établissement de santé. Ces sanctions vont du simple avertissement à l'interdiction définitive d'exercer[2]. Elles ont pour objet de sanctionner l'ensemble des manquements aux règles professionnelles, dont celles qui visent à garantir la sécurité des patients. Constituent ainsi une faute professionnelle la méconnaissance des règles d'asepsie[3], l'inattention à l'origine de maladresses graves[4], la confusion inacceptable entre les matériaux d'une prothèse[5], le refus de participer à un service de garde obligatoire[6], le fait de pratiquer des interventions en dehors de sa spécialité[7], l'utilisation de thérapeutiques, de vaccins ou de procédés insuffisamment éprouvés[8] et/ou dont la valeur et l'innocuité n'ont pas été établies[9], le fait de se livrer à une expérimentation comportant des risques que ne nécessitait en rien l'état végétatif chronique du patient[10], l'utilisation inconsidérée d'une thérapeutique[11] ou l'utilisation d'une thérapeutique excessive et incohérente[12], l'exposition d'un malade à un risque inutile[13] ou injustifié[14], des négligences commises

---

[1] Trib. corr. de Tarbes, 24 janv. 2004 cité par E. CONGE (dir.), *Le Guide des responsabilités juridiques et professionnelles des personnels des établissements de santé*, éd. Weka, Chap. 4/2.1, p. 16. Le tribunal correctionnel de Paris a, le 3 sept. 2003, également retenu la responsabilité pénale pour mise en danger d'autrui d'un établissement de santé qui avait laissé perdurer un glissement de tâches entre infirmiers et aides-soignants pendant quatre mois (*ibid.*).

[2] *Cf. supra* n° 347.

[3] C.E., 26 juin 1957, *Dame Coadou*, n°s 32.530 et 36.315, *Rec.* tables p. 941 (méconnaît ses obligations professionnelles, une sage-femme d'un établissement de santé public qui a refusé de stériliser le matériel nécessaire aux examens prénataux et qui a pris l'initiative d'un traitement thérapeutique sans prendre d'avis médical) ; – 12 nov. 1997, *Mme Jeanmarie*, n° 165028, inédit.

[4] C.E., 27 juin 1997, *Mme Guyot*, n° 138003, *Rec.* p. 266 ; *Petites affiches* 1998, n° 30, p. 26, note C. CLÉMENT ; *R.F.D.A.* 1997, p. 894.

[5] C.E., 5 mars 1986, *M. Benitah c. Cons. nat. de l'Ordre des chirurgiens-dentistes et a.*, n° 56.665, *R.D.S.S.* 1986, p. 587, obs. L. DUBOUIS.

[6] C.E., 8 nov. 1993, *M. Renard*, préc.

[7] C.E., 14 oct. 1988, *M. Arnaud*, n° 60.986, inédit. *Cf.* également C.E., 1er févr. 1985, *Gabail*, n° 46.173, inédit et – 24 sept. 1999, *Baroche*, n° 194421, inédit (sur la pratique d'opérations chirurgicales sans qualification).

[8] C.E., 6 juill. 1951, *Rouanet*, n° 927, *Rec.* p. 397 ; – 26 juill. 1985, *M. Valentini*, n° 47.262, *R.D.S.S.* 1986, p. 28, obs. L. DUBOUIS.

[9] C.E., 16 juin 1971, *Sieur Picouret*, n° 81609, *Rec.* p. 448 ; *R.D.S.S.* 1972, p. 170, obs. L. DUBOUIS ; – 27 oct. 1972, *Néaux*, n° 84796, *Rec.* tables p. 1216 ; – 19 oct. 1979, *Darlet*, n°s 09230 et 09702, *Rec.* p. 380 ; – 30 janv. 1987, *Ouendendo*, n° 82.139, *Info. Pharma.* 1987, n° 301, p. 495, obs. G.V. ; *R.D.S.S.* 1987, p. 358, obs. L. DUBOUIS.

[10] C.E., 4 oct. 1991, *Milhaud*, n° 100064 (et n° 103045), *Rec.* p. 320 ; *D.* 1991, IR, p. 242 ; *A.J.D.A.* 1992, p. 233, obs. J.-P. THÉROND ; *R.D.S.S.* 1992, p. 266, obs. L. DUBOUIS.

[11] C.E., 14 oct. 1988, *M. Arnaud*, préc. ; C.N.O.M., 24 oct. 1979, *Bull. de l'ordre des médecins*, mars 1980, p. 13.

[12] C.E., 25 juin 1958, *Sieur Castanet*, n° 38.882, *Rec.* p. 387, *R.P.D.A.* 1958, n° 310.

[13] C.E., 5 mars 1986, *M. Landron*, n° 72.394, *R.D.S.S.* 1986, p. 589, obs. L. DUBOUIS.

[14] C.E., 16 juin 2000, *M. B.*, n° 196741, *D.A.* 2000, n° 171 ; *Jurisprudence de la santé* 2000-2001, p. 119.

dans les soins à donner à un malade gravement atteint[1] ou encore l'utilisation de pratiques dangereuses ou de nature charlatanesque[2] telles que certaines méthodes de radiesthésie[3] ou l'établissement de diagnostic par correspondance à partir d'une mèche de cheveux[4].

381 Enfin, la faute du professionnel de santé peut engager sa responsabilité civile ou, le cas échéant, celle de l'établissement dans lequel il exerce ses fonctions[5]. On relèvera ici que le juge judiciaire comme le juge administratif – qui est compétent pour connaître des fautes de service commises dans un établissement public de santé – accordent depuis longtemps une importance particulière aux obligations de prudence des professionnels de santé. Que l'on se situe sur le terrain de la responsabilité contractuelle du professionnel ou de l'établissement de santé privé ou sur celui de la responsabilité quasi-délictuelle[6], leur violation est toujours constitutive d'une faute. Selon la jurisprudence administrative,

---

[1] C.E., 24 juill. 1987, *M. Jean-Pierre Rudich*, n° 68582, *R.D.S.S.* 1988, p. 30, obs. L. DUBOUIS ; – 12 nov. 1997, *Mme Jeanmarie*, préc.

[2] C.E., 6 juill. 1951, *Rouanet*, préc.

[3] C.E., 16 janv. 1957, *Aveline*, n° 10.458, *Rec.* p. 36 ; – 2 oct. 1959, *Sieur Raynaud*, n° 32.033, *Rec.* p. 484.

[4] C.E., 20 févr. 1957, *Sieur Gemeau*, n° 25.551, *Rec.* p. 114. On soulignera que, dans le cadre de la responsabilité ordinale des médecins notamment, les fautes se rapportant à un défaut de sécurité pour les patients révèlent soit un manquement à la probité, soit un manquement à l'honneur de la profession qui ne sont pas couverts par les lois d'amnistie. C.E., 2 oct. 1959, *Sieur Raynaud*, préc. et – 3 oct. 1973, *Sieur Caux*, n° 87.725, *Rec.* p. 537 sur l'exercice de pratiques charlatanesques ; C.E., 8 févr. 1989, *M. Sallard*, n° 63613, *R.D.S.S.* 1989, p. 429, obs. L. DUBOUIS et – 15 déc. 1993, *M. Guéniot*, n° 114727, *Rec.* tables p. 1002 sur l'utilisation de méthodes insuffisamment testées ; C.E., 23 sept. 1983, *M. Roy*, n° 46.537, *Rec.* tables p. 848 ; – 26 juill. 1985, *Valentini*, préc. et – 24 juill. 1987, *M. Amzallag*, n° 78876, *R.D.S.S.* 1988, p. 235, obs. L. DUBOUIS à propos de traitements exposant les malades à des risques sérieux ; – 30 sept. 2002, *M. O.*, n° 211361, inédit (sur le risque injustifié que fait courir aux patients le fait pour un chirurgien de poursuivre, sans y avoir été autorisé, son activité dans deux cabinets dont l'éloignement géographique rend difficile la continuité des soins). *Cf.* également, C.N.O.M., 31 mars 1998, n° 2580, *GAMM Info* 1999, n° 9, p. 8 (commet un manquement à l'honneur professionnel non couvert par l'amnistie, le chirurgien pédiatre qui, en l'absence d'urgence, fait courir un risque injustifié à son associée souffrant d'un état dépressif qui ne relevait pas de sa spécialité mais pour lequel il lui a délivré des arrêts de travail sans l'adresser à un confrère spécialisé pour la traiter).

[5] Selon la Cour de cassation, « *en vertu du contrat d'hospitalisation et de soins le liant au patient, un établissement de santé privé est responsable des fautes commises tant par lui-même que par ses substitués ou ses préposés* » (Cass. civ. 1ère, 26 mai 1999, *Clinique Victor Parchet de Butler*, n° 97-15608, *Bull.* I, n° 175, p. 115). La circonstance que les médecins bénéficient d'une indépendance qui les soumet à certaines obligations n'est donc pas de nature à exonérer un établissement de santé privé de sa responsabilité : Cass. civ. 1ère, 15 déc. 1999, *Clinique gle d'Annecy c. Épx Sence*, n° 97-22652, *Bull.* I, n° 35, p. 227 ; *D.* 2000, IR, p. 28 ; – 9 nov. 2004, *Mme Patricia X.*, n° 01-16739, *B.J.S.P.* 2005, n° 80, Pan. p. 5 et p. 7, obs. C. DURRIEU-DIEBOLT). Sur la possibilité pour un établissement de santé d'agir contre le médecin, auteur de la faute : Cass. civ. 1ère, 9 avr. 2002, *B. c. P.*, n° 00-21014, *Bull.* I, n° 114, p. 87 ; *Jurisprudence de la Santé* 2001-2002, p. 197 et – 13 nov. 2002, n° 00-22432, *Bull.* I, n° 35, p. 227). S'agissant de la responsabilité pour faute médicale des établissements de santé publics, il convient de se reporter à la théorie des fautes de service. Sur la définition actuelle de la faute personnelle médicale même commise dans le cadre du service que constitue le comportement inexcusable d'un chef de service hospitalier qui n'a pas porté à la connaissance des médecins réanimateurs une erreur médicale commise dans son service : C.E., 28 déc. 2001, *M. Michel Valette*, n° 213931, *Rec.* p. 680 ; *D.A.* mars 2002, p. 31, note C. ESPER ; *A.J.D.A.* 2002, p. 359, concl. R. SCHWARTZ ; *Gaz. Pal.* 2002, Jurisp., p. 1015, note S. PETIT ; *Cahiers de la fonction publique* 2002, p. 37, comm. M. GUYOMAR ; *B.J.S.P.* 2002, n° 51, p. 19.

[6] La responsabilité est toujours de nature délictuelle dans le cadre du service public hospitalier. En ce qui concerne les établissements privés, le patient peut, soit intenter une action contre la clinique sur le fondement contractuel, soit rechercher la responsabilité personnelle du praticien sur le fondement de l'art. 1382 C.civ. Il reste que la jurisprudence civile limite aujourd'hui cette action aux cas où le médecin salarié a excédé les limites de la mission qui lui est impartie par l'établissement de santé privé : Cass. civ. 1ère, 9 nov. 2004, *Soc. Le Sou médical*, n° 01-17908, *Bull.* I, n° 262, p. 219 ; *B.J.S.P.* 2005, n° 80, p. 7, obs. C. DURRIEU-DIEBOLT.

bien établie ici, constituent une faute médicale le geste chirurgical qui a entraîné des blessures[1], une erreur de diagnostic[2], un choix thérapeutique faisant courir au patient des risques inutiles[3], un défaut de vigilance tel que l'oubli par le chirurgien d'un élément étranger dans le corps du patient lors d'une opération[4] ou un défaut de surveillance clinique d'un patient[5]. Cette obligation de prudence s'étend à l'ensemble du personnel hospitalier et à l'hôpital lui-même, qui doit être organisé et fonctionner dans des conditions propres à garantir la sécurité des personnes qu'il reçoit. Outre la jurisprudence développée en matière d'infections nosocomiales[6], c'est ce que souligne un vieil arrêt du Conseil d'État du 16 novembre 1955, *Administration générale de l'Assistance publique à Paris*, selon lequel l'inoculation d'un sang contaminé, alors qu'il était possible en l'état de la connaissance médicale de recourir à des précautions qui, en l'espèce, n'ont pas été prises, constitue une faute dans l'organisation et le fonctionnement du service public[7]. Dans le même ordre d'idée, à propos de lésions inexpliquées constatées sur le thorax d'un nouveau-né, le Conseil d'État a, en 1961, jugé que la responsabilité pour faute, ici présumée, de l'établissement de santé devait être retenue. Dès lors que de telles blessures ne peuvent être « *attribuées à d'autres causes qu'à une brûlure accidentelle survenue à la maternité* »[8], elles sont, pour le juge, révélatrices d'une faute dans le fonctionnement du service public hospitalier[9].

De son côté, le juge judiciaire retient depuis longtemps la faute du médecin toutes les fois où « *l'imprudence, la négligence ou l'inattention qui lui sont imputées révèlent*

---

[1] C.E., 4 mars 1988, *Mme Laurence Peche,* n° 80.273, *Rec.* p. 109.

[2] C.E., 17 janv. 1986, *M. Claude Clamens*, n° 46.744, *Rec.* tables p. 706 ; C.A.A. de Bordeaux, 8 juill. 1992, *Care*, n° 90BX00139, *Rec.* tables p. 1291.

[3] C.E., 26 juill. 1985, *C.H.R. de Rennes c. Épx Lahier*, n° 34.327, *Rec.* p. 257.

[4] C.E., Sect., 12 juin 1953, *Administration gle de l'Assistance publique à Paris*, nos 4.065 et 10.603, *Rec.* p. 283 ; *D.* 1954, J. p. 130, concl. GUIONIN ; *R.D.P.* 1953, p. 1089 ; – 13 févr. 1963, *Impagliazzo*, n° 54.143, *Rec.* tables p. 985 ; – 22 nov. 1967, *Sieur Ciabrini*, n° 68.660, *Rec.* p. 439.

[5] C.E., 8 déc. 1972, *Boisgard*, n° 81784, *Rec.* p. 739 ; C.A.A. de Nantes, 8 avr. 1992, *Cts Tanguy*, n° 89NT00916, *Rec.* p. 1290 ; *A.J.D.A.* 1992, p. 98, chron. J.-P. JOUGUELET, J.-F. GIPOULON et P. CADENAT.

[6] *Cf. infra* n°s 386 s.

[7] C.E., 16 nov. 1955, *Adm. gle de l'Assistance publique à Paris*, n° 79.286, *Rec.* p. 546

[8] C.E., 13 juill. 1961, *C.H.R. de Blois*, n°s 48.729 et 50.846, *Rec.* tables p. 1175. Outre les arrêts précités, on peut voir encore : C.E., 2 févr. 1962, *Vicensini*, n° 51.267, *Rec.* tables p. 1104 (troubles divers au bras droit provoqués par la manière défectueuse dont ce bras avait été immobilisé lors d'une intervention) ; – 11 oct. 1963, *C.H. de Dijon c. dame Pernin*, n° 55.839, *Rec.* tables p. 985 (troubles dus à une injection intraveineuse) ; T.A. de Nancy, 20 mars 2002, *B.J.S.P.* 2002, n° 51, p. 12 (responsabilité de l'hôpital pour l'oubli de compresses dans le corps d'un patient lors d'une opération chirurgicale. En l'absence de faute des chirurgiens, qui avaient bien procédé au comptage des compresses, l'erreur ne pouvait être imputable qu'à un dysfonctionnement lors de la stérilisation des compresses ou au service des urgences).

[9] V. encore C.E., 20 mars 1991, *C.H.U. de Toulouse c. Oulié*, n° 53128, inédit (sur les imprudences commises lors de l'admission d'un patient dans un établissement hospitalier) et T.A. de Rennes, 19 avr. 2007, *MM. L. et C.*, n° 034361, *B.J.S.P.* 2007, n° 107, Pan., p. 4 (sur un défaut d'organisation du service des urgences qui a empêché le diagnostic de l'état de détresse du patient lors de son admission).

une méconnaissance certaine de ses devoirs »[1]. L'erreur de diagnostic peut donc être fautive lorsque celle-ci relève de la pathologie élémentaire ou résulte d'une négligence manifeste : le praticien doit procéder à un examen sérieux et attentif de son patient et déployer les efforts nécessaires à cette fin[2]. Commet ainsi une faute le médecin qui ne vérifie pas lui-même les données du dossier médical ou l'appréciation faite par un autre praticien[3]. Le professionnel de santé peut également être tenu pour responsable de maladresses[4] et/ou de fautes techniques révélant un défaut de vigilance[5], y compris dans la pratique même des actes opératoires[6]. Il doit par ailleurs vérifier le bon état de son matériel[7] et est, sur ce point, soumis à une obligation de résultat très largement définie par la jurisprudence[8]. Le médecin a enfin le devoir de surveiller le traitement et d'assurer le suivi du patient en prenant des précautions suffisantes[9]. Ainsi a-t-il été jugé que le devoir

---

[1] Cass. civ. 1ère, 30 oct. 1967, *Soto c. Faure*, *Bull. civ.* I, n° 317, p. 238. Ce qui suppose que le médecin délivre des soins conformes aux données de la science et aux règles consacrées par la pratique médicale.

[2] Cass. civ. 1ère, 2 févr. 1960, *Surmont c. Vve Cheftel*, *Bull. civ.* I, n° 71, p. 58. Sur l'erreur de diagnostic révélant une négligence : C.A. de Nîmes, 3 nov. 1998, *J.C.P.* 1999, IV, 1435 ; *Jurisprudence de la santé* 1999-2000, p. 169. Sur le refus ou le retard à préconiser la consultation d'un spécialiste : Cass. civ. 1ère, 15 nov. 1972, *Grimaldi c. Michas et a.*, n° 71-10367, *Bull. civ.* I, n° 245, p. 213 et C.A. de Pau, 10 févr. 1999, *J.C.P.* 1999, IV, 3119 ; *Jurisprudence de la Santé* 1999-2000, p. 173. Sur l'omission du médecin de demander la sérologie de la rubéole lors de l'examen prénuptial : Cass. civ. 1ère, 16 juill. 1991, *M. Gosse-Gardet c. époux X. et a.*, n° 90-14645, *Bull. civ.* I, n° 248, p. 162.

[3] Cass. civ. 1ère, 28 déc. 1960, *Delle Céline Bomont*, *Bull. civ.* I, n° 575, p. 467.

[4] Sur la notion de maladresse fautive : Cass. civ. 1ère, 7 janv. 1997, *Mme Franchot*, n° 95-10939, *Bull. civ.* I, n° 7, p. 4 ; *D.* 1999, p. 189 ; *R.D.S.S.* 1997, p. 340, note G. MÉMETEAU ; – 30 sept. 1997, *S.A. Médical de France et a.*, n° 95-16500 ; *Bull. civ.* I, n° 259, p. 175 ; *R.D.S.S.* 1998, p. 288, obs. L. DUBOUIS ; – 13 oct. 1999, *M. et a. c. Cts C. et a.*, n° 97-21451, *Petites affiches* 2000, n° 133, p. 25 ; *Jurisprudence de la Santé* 1999-2000, p. 177 ; – 23 mai 2000, *Soc. Le Sou Médical et a. c. Mlle Y*, n° 98-20440, *Bull. civ.* I, n° 153, p. 101 ; *D.* 2000, IR, p. 183 ; *Jurisprudence de la Santé* 1999-2000, p. 197 ; C.A. de Toulouse, 30 oct. 2000, *Castex*, *R.D.S.S.* 2001, p. 704, obs. L. DUBOUIS.

[5] Par exemple Cass. civ. 1ère, 7 déc. 1999, *Daudet c. Mme Rodriguez*, n° 97-19.262, *Bull. civ.* I, n° 1943 ; *D.* 2000, IR, p. 28 ; *Jurisprudence de la santé* 1999-2000, p. 187 (surdose médicamenteuse administrée à une patiente ayant précipité et révélé une maladie préexistante mais latente). *Cf.* encore C.A. d'Amiens, 11 oct. 2001, *Jurisprudence de la santé* 2001-2002, p. 188.

[6] *Cf.* par exemple Cass. civ. 1ère, 27 oct. 1970, *Verdez et a. c. Boussard et a.*, n° 69-13385, *Bull. civ.* I, n° 283, p. 232 (à propos de la perforation de l'artère fémorale à la suite de la pose de pinces hémostatiques) et C.A. de Versailles, 30 mars 1989, *J.C.P.* 1990, II, 21205, note A. DORSNER-DOLIVET ; *R.T.D.Civ.* 1990, p. 86, obs. JOURDAIN (s'agissant de fautes ayant rendu nécessaires d'importantes transfusions sanguines à une époque où le risque de contamination par le virus du sida était maximal).

[7] Cass. crim., 11 févr. 1941, *Bull. crim.*, p. 7 : « *Commet une faute lourde de nature à engager la responsabilité pénale et la responsabilité civile devant la juridiction correctionnelle, le médecin qui, chargé par l'administration préfectorale de la vaccination antidiphtérique, procède à la vaccination des enfants d'une commune sans observer les précautions les plus élémentaires [et] sans assurer notamment la stérilisation des aiguilles dont il est fait usage* ». V. également Cass. crim., 29 juin 1999, n° 98-86244, *Jean Michel Quatre et Josette Forestier épouse Borie Bull. crim.* n° 160, p. 441 ; *L'Entreprise médicale* 2000, n° 107, p. 12, obs. S. RENARD.

[8] *Cf. infra* n° 667. Le juge civil français n'a d'ailleurs pas attendu l'entrée en vigueur de la dir. n° 85/374 CE du 25 juill. 1985 relative à la responsabilité du fait des produits défectueux pour imposer cette obligation de sécurité de résultat. La Cour de cassation a très tôt jugé que si un chirurgien-dentiste est tenu à une simple obligation de moyens quant aux soins qu'il prodigue, il est soumis à une obligation de résultat comme fournisseur de prothèses et doit en conséquence fournir un appareil sans défaut : Cass. civ. 1ère, 29 oct. 1985,n° 83-17091, *Bull. civ.* I, n° 273, p. 244 (sol. implicite) ; – 15 nov. 1988, *M. Nadjar c. M. Bordas*, n° 86-16443, *Bull. civ.* I, n° 319, p. 217 ; *J.C.P.* 1989, IV, 21.

[9] Cass. civ. 1ère, 15 nov. 1972, *Grimaldi c. Michas et a.*, préc. *Cf.* également C.A. de Pau, 21 déc. 2000, *Juille c. Caisse maladie régionale d'Aquitaine Pyrénées-Atlantiques Mutualité*, *J.C.P.* 2001, IV, 2329 ; *Jurisprudence de la santé* 2000-2001, p. 1687.

de surveillance post-opératoire incombant à l'anesthésiste n'a pas pour effet de soustraire le chirurgien à ses obligations de prudence et de diligence[1]. En droit privé également, ces obligations de prudence et de diligence s'imposent aux établissements eux-mêmes qui doivent fonctionner dans des conditions propres à assurer la sécurité des patients.

L'ensemble du droit médical a donc, depuis longtemps, contribué à imposer une obligation de sécurité sanitaire aux professionnels et aux établissements de santé. Cette obligation de prudence, issue du principe du *primum non nocere*, a été reprise et adaptée par le juge administratif qui, dès la fin des années 1950, a cherché à en faire une obligation spécifique d'organisation et de fonctionnement du service public de santé.

B.- UN PRINCIPE ADAPTÉ AU SERVICE PUBLIC DE SANTÉ PAR LE JUGE ADMINISTRATIF

382 Les prémices jurisprudentielles de l'obligation collective de sécurité sanitaire peuvent être trouvées dans la jurisprudence administrative relative à l'indemnisation des dommages résultant d'accidents iatrogènes. D'abord appliquée en matière d'accidents consécutifs à une vaccination obligatoire (1) avant d'être étendue à l'ensemble des accidents nosocomiaux (2), cette jurisprudence insiste sur la nécessité pour l'administration d'assurer la sécurité sanitaire des usagers du service public de santé. Elle lui impose à cette fin une stricte obligation de moyens.

1) Une reconnaissance fondée sur un paradoxe : le régime jurisprudentiel de réparation des accidents de vaccination obligatoire

383 Le juge administratif a, dans le domaine de la santé, depuis longtemps développé une jurisprudence originale, et parfois contestée[2], qui a largement contribué à améliorer la sécurité juridique et sanitaire des usagers des établissements et des services publics de santé, notamment hospitaliers. C'est en ce sens notamment qu'il faut comprendre la jurisprudence développée en matière d'accidents de vaccination obligatoire survenus avant l'organisation de dispositifs législatifs de réparation de plein droit et/ou se situant hors de leur champ d'application[3].

Cette jurisprudence, initiée le 7 mars 1958 par l'arrêt d'Assemblée du Conseil d'État, *Secrétaire d'État à la Santé contre Déjous et autres*, a retenu un système de responsabilité pour faute présumée dans l'organisation ou le fonctionnement du service

---

[1] Cass. Plén., 30 mai 1986, *Rende Henriette, épouse Farcat*, n° 85-91432, *Bull. crim.* n° 184, p. 470 ; *D.* 1987, p. 109, note J. PENNEAU. Sur l'obligation de surveillance post-opératoire : C.A. de Paris, 12 avr. 2002, *Tucat et Weiss c. Mme Gorin-Hubert*, *R.D.S.S.* 2002, p. 484, obs. L. DUBOUIS.

[2] F. MODERNE, Le régime juridique des vaccinations obligatoires, *op. cit.*, p. 195-211.

[3] Sur ces régimes législatifs, *cf. supra* n° 144 (note) et *infra* n° 672.

chargé des vaccinations[1]. En l'espèce, sept enfants vaccinés contre le tétanos et la diphtérie dans un centre médico-scolaire avaient développé un abcès au point d'injection quelques jours après la vaccination. Selon les experts, cette « tuberculisation » ne pouvait être directement imputée au caractère défectueux du produit, ni à une faute du personnel médical ou soignant. Néanmoins, rompant avec sa jurisprudence traditionnelle exigeant la preuve d'une faute commise lors de l'acte de soins[2], le Conseil d'État estima que cette infection révélait par elle-même « *un fonctionnement défectueux du service public de nature à engager la responsabilité de l'administration* »[3].

384 Cet arrêt de principe ne présente plus guère qu'un intérêt historique aujourd'hui, en raison de l'existence d'un régime législatif de réparation de plein droit des préjudices directement imputables à une vaccination obligatoire. Il mérite toutefois quelques observations. Il faut, en particulier, souligner le paradoxe qui domine cette jurisprudence. Car c'est d'abord pour affirmer la prééminence de l'ordre public sanitaire dans le domaine de la prévention médicale que le Conseil d'État a été amené à prendre en compte les risques iatrogènes et à poser les bases de la sécurité sanitaire. La jurisprudence *Déjous* intervient en effet à une époque de controverses s'agissant du régime de réparation des accidents imparables liés à la vaccination obligatoire. Au milieu des années 1950, la gravité des conséquences de tels accidents avait fait naître un mouvement très favorable à la reconnaissance d'une responsabilité sans faute de l'État. D'un côté, encouragés par la doctrine et les commissaires du Gouvernement[4], certains tribunaux administratifs avaient pris l'initiative d'appliquer le régime prétorien de la responsabilité pour rupture d'égalité devant les charges publiques[5]. De l'autre, la Section sociale du Conseil d'État avait, dans

---

[1] C.E., Ass., 7 mars 1958, *Secrétaire d'État à la Santé Publique c. sieur Déjous*, préc.

[2] *Cf.* notamment C.E., 7 mai 1952, *Dame Vve Chassagnac*, n° 7.662, *Rec.* p. 230 par lequel le juge refuse d'engager la responsabilité administrative pour une vaccination obligatoire ayant entraîné un décès en l'absence d'une faute lourde médicale ou d'une faute simple dans l'organisation et l'exécution du service de nature à engager la responsabilité de l'administration. Il est d'ailleurs à noter que la compétence de la juridiction administrative pour connaître des accidents de vaccination obligatoire survenus dans les centres agréés de vaccination n'a été affirmée par le Tribunal des conflits que le 25 mars 1957 (*D.* 1957, concl. J. CHARDEAU ; *J.C.P.* 1957, II, 10004, note R. SAVATIER), cette question étant jusque là rattachée au contentieux de la responsabilité pour faute des médecins relevant des tribunaux judiciaires (*cf.* notamment Cass. crim., 11 févr. 1941, préc. et Cass. civ. 1ère, 15 janv. 1957, *S.* 1957, p. 135 ; *D.* 1957, p. 146).

[3] C.E., Ass., 7 mars 1958, *Sec. d'État à la Santé c. Déjous*, préc. Sur l'application de ce principe, *cf.* notamment C.E., Ass., 13 juill. 1962, *Min. de la Santé publique et de la Population c. Sieur Lastrajoli*, préc. ; – Sect., 10 nov. 1967, *Sieur Augusto*, n° 67.024, *Rec.* p. 422 ; *Gaz. Pal.* 1968, 1, p. 191 ; – 20 févr. 1981, *Min. de la Santé et de la Sécurité sociale c. M. Iniguez*, n° 10.060, inédit ; – 26 nov. 1986, *Épx Grandmaison*, n° 45.397, inédit ; – 4 mars 1988, *Cts Pierdet*, n° 55.612, *Rec.* tables p. 1019. V. encore T.A. de Rouen, 12 mars 1965, *Épx Hanryon*, *Rec.* p. 733 ; – Sect., 10 nov. 1967, *Sieur Augusto*, n° 67.024, *Rec.* p. 422 ; *Gaz. Pal.* 1968, 1, p. 191 ; – 20 févr. 1981, *Min. de la Santé et de la Sécurité sociale c. M. Iniguez*, n° 10.060, inédit ; – 26 nov. 1986, *Épx Grandmaison*, n° 45.397, inédit ; – 4 mars 1988, *Cts Pierdet*, n° 55.612, *Rec.* tables p. 1019.

[4] *Cf.* notamment les conclusions du commissaire du Gouvernement JOUVIN qui, sur l'arrêt d'Assemblée du 7 mars 1958, *Secrétaire d'État à la Santé c. Déjous* s'était prononcé dans le sens de l'engagement de la responsabilité de l'État pour risque à l'égard des victimes d'un dommage anormal causé par une vaccination obligatoire (*R.D.P.* 1958, *op. cit.*, p. 10894) et R. SAVATIER, note sous T.A. de Lyon, 14 juin 1963, *Giraud*, *D.* 1964, p. 344.

[5] T.A. de Bordeaux, 29 févr. 1956, *Sieur Meunier et Caisse primaire de sécurité sociale de la Gironde*, *Rec.* p. 515 ; *D.* 1956, p. 52, note J.-M. AUBY (application du mécanisme de la responsabilité du fait

un avis du 30 septembre 1958, clairement pris position en faveur de l'application de la théorie du risque[1]. Théorie du risque et rupture d'égalité devant les charges publiques, qui sont des causes juridiques normalement distinctes, étaient donc ici étroitement mêlées : dominait en fait l'idée qu'en rendant les vaccinations obligatoires, le législateur avait, pour des motifs d'intérêt général, placé les individus dans une situation de risque exceptionnel et que les dommages en résultant excédaient le seuil du sacrifice normal de l'intérêt privé à l'intérêt collectif[2]. Statuant au contentieux, le Conseil d'État a malgré tout maintenu l'exigence d'une faute pour ouvrir un droit à réparation au profit des victimes. De cette position, maintes fois critiquée, on peut tirer différents enseignements.

Il est peu vraisemblable que la Haute juridiction administrative ait voulu limiter le droit à réparation des victimes que l'équité imposait. Au contraire, s'il ne l'a pas rendue automatique, le Conseil d'État a cherché à faciliter l'indemnisation des dommages résultant de ces accidents, d'abord en exonérant les victimes de la charge de la preuve, puis en accordant à celles-ci la possibilité d'agir indifféremment à l'encontre de l'État, qui détermine les règles d'organisation du service des vaccinations, ou du département, auquel revenait autrefois l'organisation matérielle et le bon fonctionnement de ce service[3]. Il faut donc rechercher ailleurs les raisons de son refus de consacrer la responsabilité sans faute de l'État en s'intéressant notamment aux logiques d'un tel régime.

La reconnaissance d'une responsabilité sans faute est subordonnée à certaines exigences qui lui sont spécifiques. Celles-ci concernent en particulier la nature du préjudice subi qui, pour ouvrir un droit à réparation, doit présenter un double caractère

---

des lois) ; — de Lyon, 17 juin 1960, *Gaz. Pal.* 1960, 2, 154 ; — de Lyon, 14 juin 1963, *Giraud, D.* 1964, p. 343, note R. SAVATIER. *Cf.* également, Trib. des Pensions de la Marne, 27 sept. 1957, *Gaz. Pal.* 1960, 2, 154.

[1] C.E., Sect. soc., avis n° 275.048 du 30 sept. 1958, *G.A.C.E.* n° 4, note G. FALALA (« *D'après les indications fournies par le ministre de la Santé publique et de la Population, il arrive que, dans certains cas, les vaccinations soient à l'origine d'accidents qui peuvent être graves, sans qu'il soit possible de relever une faute quelconque, soit à l'encontre du service, soit à la charge de la victime ; […] dans ces circonstances en rendant lesdites vaccinations obligatoires pour des raisons d'hygiène et de salubrité publiques et notamment en vue d'éviter les épidémies, la loi a créé, dans l'intérêt général, un risque spécial pour les personnes victimes desdits accidents* »).

[2] *Cf.* L. JOUVIN, concl. sur C.E., Ass., 7 mars 1958, *Secrétaire d'État à la Santé c. Déjous*, *op. cit.* et J.-M. GALABERT et Y. GENTOT, chron. sous C.E., Ass., 13 juill. 1962, *Min. de la Santé publique et de la Population c. sieur Lastrajoli*, *A.J.D.A.* 1962, p. 554. C'est d'ailleurs la logique qui sous-tend la législation sur la vaccination obligatoire. Celle-ci, souligne la section des études du Conseil d'État, considère, en effet, qu'il est « *normal que la solidarité nationale prenne en charge les dommages encourus […] par des individus à qui il aura été imposé une prise de risque apparue nécessaire au regard de l'intérêt collectif* » (Conseil d'État, *Rapport public 2005…*, *op. cit.*, p. 322).

[3] C.E., Ass., 13 juill. 1962, *Min. de la Santé publique et de la Population c. Sieur Lastrajoli*, préc. Comme l'a souligné M. MODERNE, la jurisprudence « *pour ne pas se référer officiellement à la théorie du risque, n'en accordait pas moins réparation sans trop vérifier l'existence d'une faute de service* » (*R.D.S.S.* 1974, p. 656). C'est également ce que notaient MM. GENTOT et GALABERT dans leur chronique sous l'arrêt *Sieur Lastrajoli* (*A.J.D.A.* 1962, *op. cit.*, p. 554) : « *Le régime de la responsabilité demeure fondé en droit sur l'exigence d'une faute, mais en fait il se rapproche singulièrement d'un régime de responsabilité pour risque* ». Il est d'ailleurs à noter que cette solution, uniquement valable pour les victimes, ne fut pas étendue aux recours formés par les médecins responsables des vaccinations : C.E., Sect., 10 avr. 1970, *Soc. médicale d'assurances « Le sou médical » et Cts Jorcin*, n° 76.175, *Rec.* p. 245.

d'anormalité et de spécialité. S'agissant des accidents post-vaccinaux, la spécialité du préjudice ne pose guère de difficultés : ces accidents sont en effet extrêmement rares, la loi ayant expressément prévu la possibilité d'être exonéré de ces obligations pour des raisons médicales. Ne sont donc concernés que les accidents imparables et imprévisibles dont la réalisation est très exceptionnelle[1]. L'anormalité du préjudice est également difficile à nier. Comme l'a remarqué le commissaire du Gouvernement JOUVIN, « *contracter la tuberculose à l'occasion d'une vaccination contre la diphtérie et le tétanos à laquelle on ne peut se soustraire lorsqu'il n'y a pas de contre-indication en raison de l'état de santé, voilà certainement un dommage anormal* »[2].

Cependant, la consécration d'un régime de responsabilité sans faute de l'État aurait obligé le Conseil d'État à modifier la relation de causalité jusque là établie entre le fait dommageable et le préjudice, en déplaçant la cause du dommage des modalités d'exécution de la vaccination vers la règle de santé publique imposant sa réalisation. L'application d'un régime de responsabilité pour faute du service public revient à considérer que le dommage trouve son origine dans l'organisation ou le fonctionnement du service public chargé de la mise en œuvre de la règle de santé publique[3]. Or la reconnaissance prétorienne d'une responsabilité sans faute aurait nécessairement rompu ce lien en prenant le principe même de l'obligation vaccinale comme la cause première des accidents. Pour retenir la responsabilité de plein droit de l'État, il fallait d'abord admettre que la règle de santé publique imposant la vaccination générait des dommages spéciaux et anormaux, c'est-à-dire des inconvénients dépassant ceux qui peuvent être imposés par la vie en société et qu'il est naturel de subir sans compensation[4].

Il est très probable que ce soit précisément ce que le Conseil d'État a voulu éviter. D'une part, une telle logique conduisait indirectement à consacrer un régime de responsabilité du fait de la loi imposant la vaccination. D'autre part, elle aurait très certainement alimenté les critiques virulentes alors adressées à cette technique de protection de la santé publique. Enfin, cette conception ne correspondait pas à l'ensemble de la jurisprudence alors développée en matière de santé publique qui, d'une manière

---

[1] Sur ce point, *cf.* notamment R. SAVATIER, Responsabilité de l'État dans les accidents de vaccination obligatoire reconnus imparables, in *Le juge et le droit public, Mélanges offerts à Marcel WALINE*, Paris, L.G.D.J.,1974, t. II, p. 751-758.

[2] L. JOUVIN, concl. sur C.E., Ass., 7 mars 1958, *Secrétaire d'État à la Santé c. Déjous, op. cit.*, p. 1094.

[3] Pour une critique de cette logique, *cf.* J.-M. COTTERET, Le régime de la responsabilité pour risque, in *Études de droit public*, Paris, Cujas, 1964, p. 406.

[4] Cette formule est très inspirée de la définition de F.-P. BÉNOIT, *La responsabilité de la puissance publique du fait de la police administrative*, Paris, Sirey, 1946, p. 63-64. C'est ce que fait d'ailleurs la loi qui lie la responsabilité de l'État (celle de la solidarité nationale aujourd'hui) au caractère obligatoire de la vaccination. De la sorte, il ne peut être tenu pour responsable des dommages résultant d'une vaccination non obligatoire dont l'indemnisation obéit au régime général de la réparation des dommages causés par les produits de santé : C.E., 28 janv. 1983, *Mlle Joëlle Amblard*, préc. ; T.A. de Rennes, 24 avr. 2002, *Joris Collin*, *R.D.S.S.* 2002, p. 472, obs. J.-S. CAYLA ; C.A.A. de Nantes, 29 déc. 2006, *M.M.*, préc.

générale, privilégie une conception large des impératifs nés de la sauvegarde de la santé publique sans remettre en cause l'opportunité des règles adoptées en la matière. Bien que discutable du point de vue de l'équité, le maintien d'un régime de responsabilité pour faute en ce domaine témoigne surtout de la valeur accordée par le Conseil d'État à la santé publique. Sa protection, parce qu'elle est nécessaire à la sécurité collective, appelle et justifie le sacrifice de quelques-uns au profit du plus grand nombre, sorte de sacrifice social consenti aux nécessités de l'ordre public[1].

385 L'intérêt de cette jurisprudence ne saurait toutefois être limité à cette intention du Conseil d'État de faciliter l'indemnisation des victimes d'accidents post-vaccinaux sans remettre en cause, de quelque façon que ce soit, le principe même de l'obligation vaccinale. L'adoption d'un régime de faute présumée dans l'organisation ou le fonctionnement du service public a également permis d'inciter l'administration sanitaire à développer une démarche de prévention des accidents iatrogènes. La reconnaissance d'une faute, même présumée, suppose en effet et nécessairement un manquement à une obligation préexistante[2]. S'agissant des accidents post-vaccinaux, la faute commise dans l'organisation ou le fonctionnement du service public ne peut être que relative aux conditions de l'exécution de la prescription vaccinale, dont les conséquences dommageables montrent les défaillances en termes de sécurité. Par-là, c'est bien une obligation de sécurité des soins que le juge a imposé à l'administration chargée des vaccinations obligatoires[3].

Il importe ici de resituer la jurisprudence *Déjous* dans un cadre prétorien plus large et de la rapprocher d'un arrêt ultérieur, *Savelli*, daté du 18 novembre 1960[4]. Dans cette affaire, un enfant atteint de rougeole avait été admis dans un hôpital à Marseille. Faute de lits disponibles dans les services de pédiatrie, il avait été hospitalisé dans une salle pour adultes où se trouvait notamment un patient suspect de variole. Huit jours après son hospitalisation, l'enfant meurt de cette maladie à laquelle sa belle-mère qui l'avait soigné à sa sortie de l'hôpital succombera également. Sans que le lien de causalité directe entre ces deux décès et l'hospitalisation de l'enfant ait été véritablement prouvé, le Conseil

---

[1] *Cf. supra* n°s 141 s.

[2] Selon la formule largement reprise de PLANIOL, Études sur la responsabillité civile, *Rev. crit.* 1905, p. 283 (Pour une discussion et une critique de la transposition de cette idée en droit administratif, v. notamment B. DELAUNAY, La faute de l'adminitration, *op. cit.*, p. 176 s.). V. en ce sens, F. LLORENS-FRAYSSE, *La présomption de faute dans le contentieux de la responsabilité*, Th. Droit, Paris, L.G.D.J., 1985, coll. Bibl. de Droit public, t. CIL, p. 315 s.

[3] En ce sens, que l'on se situe ou non dans le cadre législatif de la réparation de plein droit des dommages résultant d'accidents de vaccination obligatoire, le juge administratif exige la preuve d'un lien de causalité entre le dommage et la vaccination : C.E., 20 mars 1981, *Mme Yvonne Denier*, n° 19.121, inédit ; – 2 déc. 1981, *M. Robert Stanislas*, n° 18.505, inédit ; – 14 mai 1986, *Mlle Algia Mouadana*, n° 49.511, inédit ; C.A.A. de Paris, 4e, 17 févr. 1994, *Mlle Duong*, n° 91PA01069, inédit ; – 15 févr. 1996, *Mme Aubry-André et Cts*, n° 95PA02756, inédit ; T.A. de Marseille, 5 nov. 2002, *Mme Molard*, n° 01.5367, *A.J.D.A.* 2002, p. 1317, obs. E. ROYER ; *A.J.D.A.* 2003, p. 1502, note B. PAUVERT.

[4] C.E., 18 nov. 1960, *Savelli*, n° 27844, *Rec.* p. 640 ; *R.D.P.* 1961, p. 1068, note M. WALINE.

d'État, usant de pragmatisme, pris en considération le fait que, sur cette période, il n'y avait eu à Marseille que quelques cas très isolés de variole pour considérer que la contraction de la maladie par l'enfant puis par sa belle-mère devait être imputée à l'insuffisance des précautions prises par le personnel hospitalier pour parer le risque de contamination et « *révél[ait] dans le fonctionnement du service public une faute de nature à engager la responsabilité de l'Assistance publique de Marseille* ».

Comme l'a noté le doyen AUBY, ce régime a depuis lors été appliqué à chaque fois qu'il « *apparaît dans l'exécution du service public hospitalier une situation à caractère anormal s'étant traduite par un dommage sérieux subi par un malade et alors que la preuve de la faute est impossible à établir* »[1]. Le système de la présomption de faute a ainsi été utilisé par les juridictions administratives lorsque des traitements ou des interventions chirurgicales de caractère bénin ont produit des effets très différents de ceux attendus : « *s'agissant d'une intervention courante et de caractère bénin, les troubles […] ne peuvent être regardés que comme révélant une faute commise dans l'organisation ou le fonctionnement du service* »[2].

La jurisprudence développée en matière d'accidents post-vaccinaux s'inscrit donc pleinement dans le cadre de la constitution prétorienne d'une obligation de sécurité sanitaire du service public[3]. En particulier, l'extension de la jurisprudence *Déjous* aux infections nosocomiales – c'est-à-dire aux infections hospitalières contractées par un patient soigné pour une autre cause – est très significative de la volonté du juge administratif, bien avant que les pouvoirs publics ne se saisissent de la question, de soumettre le service public à cette exigence de sécurité.

2) L'extension du régime de la présomption de faute à la réparation des dommages résultant d'une infection nosocomiale

386 Comme en matière vaccinale, l'intervention du législateur a considérablement atténué l'intérêt de la jurisprudence développée par le Conseil d'État pour la réparation des dommages d'infections nosocomiales, puisque celle-ci ne s'applique plus qu'aux infections causées avant le 5 septembre 2001[4]. Elle mérite cependant d'être signalée dans

---

[1] J.-M. AUBY, La responsabilité de l'hôpital en cas d'infections nosocomiales, *Petites affiche*s 1992, n° 22, p. 16.

[2] C.E., 15 juill. 1959, *Delle Segrettin*, n° 39.523, *Rec.* p. 474, *A.J.D.A.* 1960, p. 41, obs. F. COULET ; – 23 févr. 1962, *Sieur Meier*, n° 35.778, *Rec.* p. 122 à propos de la paralysie d'un bras imputée à une injection intraveineuse. *Cf.* également C.E., 8 déc. 1989, *Mme Hairon-Lescure*, n° 80341, *Rec.* p. 251 ; *R.D.S.S.* 1991, p. 65, concl. FORNACCIARI ; *D.* 1990, SC, p. 298, obs. P. BON et Ph. TERNEYRE.

[3] On entrerait de la sorte dans le cadre d'une responsabilité-sanction, au sens de Charles EISENMANN (Sur le degré d'originalité du régime de la responsabilité extra-cotractuelle des personnes (collectivités) pubiques, *J.C.P.* 1949, 742). *Cf.* L. DE GASTINES, *Les présomptions en droit administratif*, Paris, L.G.D.J., 1991, 140 p., Bibl. de droit public, t. 163, p. 65 s.

[4] Les préjudices liés à des infections nosocomiales contractées à l'occasion d'actes de prévention, de diagnostic ou de soins pratiqués après le 5 sept. 2001 sont indemnisés suivant les règles fixées par la L. n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé

la mesure où elle illustre particulièrement bien sa contribution à la reconnaissance d'une obligation positive de sécurité sanitaire du service public hospitalier.

387 L'adoption du régime de la responsabilité pour faute présumée pour la réparation des dommages résultant d'une surinfection hospitalière a été en grande partie inspirée par l'équité et par la volonté du juge d'assurer la réparation de dommages résultant d'une faute dont il est bien souvent impossible d'apporter la preuve matérielle[1]. Par-là, le Conseil d'État est revenu sur sa jurisprudence antérieure exigeant des victimes de tels accidents qu'elles établissent soit une faute médicale lourde, soit une faute simple dans l'administration et l'organisation des soins[2]. En renversant la charge de la preuve, la Haute juridiction administrative a ainsi consacré un principe exigeant des établissements du service public hospitalier qu'ils prennent les précautions nécessaires à la sécurité des soins et, partant, qu'ils offrent des garanties convenables de sécurité sanitaire. L'hôpital doit être organisé et fonctionner de telle sorte qu'aucun dommage évitable grave sans rapport avec l'affection d'origine ne puisse intervenir.

En ce sens, le juge administratif a notamment exigé que l'hôpital prenne en temps utile des mesures suffisantes de désinfection et les précautions de soins imposées par le risque d'infection. La responsabilité de l'établissement public de santé a donc pu être retenue sur la base d'une faute présumée pour la survenance d'une staphylococcie affectant une jeune mère et son nourrisson[3] ou pour le développement d'une infection méningée contractée lors d'une intervention chirurgicale[4]. Pour le Conseil d'État, alors

---

modifiée par la L. n° 2002-1577 du 30 déc. 2002 relative à la responsabilité civile médicale (*J.O.* du 31 déc., p. 22100). Selon l'art. L. 1142-1-I C.S.P., les établissements, services et organismes dans lesquels sont réalisés des actes individuels de prévention, de diagnostic ou de soins « *sont responsables des dommages résultant d'infections nosocomiales, sauf s'ils rapportent la preuve d'une cause étrangère* », c'est-à-dire la faute de la victime, le fait d'un tiers, la force majeure et/ou le cas fortuit (*cf.* entre autres L. DUBOUIS, La réparation des conséquences des risques sanitaires, *R.D.S.S.* 2002, n° 4, p. 803-816 et Ch. VALLAR, Infections nosocomiales et responsabilité après la loi du 4 mars 2002, *B.J.S.P.* 2002, n° 51, p. 13-16). La difficulté est née ici de l'intervention du législateur du 30 déc. 2002 qui a modifié les règles gouvernant la charge de la réparation des dommages (art. L. 1142-1-1 C.S.P.) créant, par-là, trois régimes juxtaposés de réparation selon la date des soins à l'origine de l'infection : C.E., 13 juill. 2007, *O.N.I.A.M.*, n° 293196, *J.C.P.* A 2007, act. 684, obs. M.-C. ROUAULT ; *B.J.S.P.* 2007, n° 106, Pan., p. 5 ; *A.J.D.A.* 2007, p. 1440 ; *R.D.S.S.* 2007, p. 847, note D. CRISTOL. Sur cette question, *cf.* également G.-C. ARON, L'infection nosocomiale : une législation complexe, une législation incomplète, *R.G.D.M.* 2004, n° 14, p. 127 ; C. MANAOUIL, A. MARGRAFF, M. GRASER et O. JARDÉ, Indemnisation des infections nosocomiales : qu'en est-il en 2005 ?, *R.G.D.M.* 2005, n° 15, p. 175-191 ; A. GARAY, La nécessaire clarification du dispositif juridique de lutte contre les infections nosocomiales, *R.G.D.M.* 2007, n° 25, p. 195-212, spéc. p. 203-212 et G. COSTIOU, La responsabilité du fait des infections nosocomiales, *B.J.S.P.* 2007, n° 108, p. 10-12.

[1] *Cf.* J. MOREAU, note sous C.E., 9 déc. 1988, *M. Henri Cohen, A.J.D.A.* 1989, p. 406.

[2] V. par exemple C.E., 24 juill. 1953, *Hospices civiles de Lyon c. Ferrier*, n° 8.948, *Rec.* tables p. 776 : la responsabilité de l'administration n'est pas engagée lorsqu'il n'est pas établi que les phénomènes infectieux dont est victime une personne ayant subi une greffe osseuse aient eu leur origine soit dans une faute lourde du personnel médical, soit dans une faute des agents du service hospitalier commise au cours de l'opération ou au cours des soins destinés à l'intéressé après cette intervention.

[3] T.A. de Nantes, 30 juill. 1971, *Épx Debuisson et cts Maxime c. Hôpital Jeanne-Delanoue à Saumur*, *A.J.D.A.* 1972, p. 179.

[4] C.E., 9 déc. 1988, *M. Henri Cohen*, n° 65.087, *Rec.* p. 431 ; *A.J.D.A.* 1989, p. 405, note J. MOREAU ; *Quot. Juri.* 23 févr. 1989, p. 7, note F. MODERNE. Dans le même sens, un arrêt du même jour, *M. Patrick Bazin* (n° 53755, *Rec.* tables p. 1018) à propos d'une infection foudroyante ayant entraîné le décès d'une femme après son accouchement.

même qu'aucune faute d'asepsie ne peut être clairement reprochée au chirurgien, « *le fait qu'une telle infection ait pu se produire révèle une faute dans l'organisation ou le fonctionnement du service public hospitalier à qui il incombe de fournir au personnel médical un matériel et des produits stériles* »[1]. Dans une autre espèce, *Maalem*, du 14 juin 1991[2], le Conseil d'État a encore fait jouer le régime de la faute présumée pour indemniser la victime d'une infection à l'os frontal contractée lors d'une intervention chirurgicale. Dès lors que rien ne laissait supposer que le patient ait été porteur du foyer infectieux avant l'opération, « *l'introduction accidentelle d'un germe microbien dans l'organisme lors d'une intervention chirurgicale révèle une faute dans l'organisation ou le fonctionnement du service hospitalier et engage la responsabilité de celui-ci envers la victime pour les conséquences dommageables de l'infection* »[3].

388 Il importe de relever qu'il ne s'agit pas ici d'une présomption de responsabilité, comme le retient la loi du 4 mars 2002 pour les infections hospitalières, mais bien d'une présomption de faute[4]. D'une part, le juge administratif exige la preuve d'un lien de causalité entre le mauvais fonctionnement du service public hospitalier et le préjudice subi[5]. Tout d'abord, pour que la responsabilité du service public hospitalier soit retenue, il est nécessaire que l'infection ne puisse s'expliquer que par la commission d'une faute dans les conditions de l'hospitalisation et l'organisation des soins, « *même si*, note M. MODERNE, *celle-ci n'est pas à proprement parler établie [mais] induite du dossier sans que l'on puisse exactement la localiser* »[6]. De la sorte, le juge administratif a refusé

---

[1] C.E., 9 déc. 1988, *M. Henri Cohen*, préc. Dans le même sens, *cf.* C.E., 31 mars 1999, *A. P. à Marseille*, n° 181709, *Rec.* p. 114 ; *J.C.P.* 1999, IV, 2629, note M.-C. ROUAULT : la responsabilité de l'Assistance publique de Marseille est retenue pour la contamination d'un patient par le virus de l'hépatite B attribuée à des piqûres n'ayant pas été exclusivement faites à l'aide d'un matériel à usage unique.

[2] C.E., 14 juin 1991, *M. Maalem*, n° 65459, *Rec.* tables, p. 1184 ; *D.A.* 1991, n° 351.

[3] Pour des exemples plus récents : C.E., 31 mars 1999, *A.P. à Marseille*, préc. ; – Sect., 15 déc. 2000, *M. Castanet,* n° 214065, *Rec.* p. 616 ; *A.J.D.A.* 2001, p. 158, chron. M. GUYOMAR et P. COLLIN ; *Cahiers de la fonction publique* mars 2001, p. 34, concl. D. CHAUVAUX et C.A.A. de Paris, 21 oct. 1997, *De Cambronne*, n° 95PA03986, *Rec.* tables p. 1081 ; – de Bordeaux, 28 juin 2001, *C.H. intercommunal de Tarbes-Vic de Bigorne*, n° 97BX00517, *Jurisprudence de la santé* 2001-2002, p. 210.

[4] Pour un avis contraire, *cf.* P. BON et D. DE BÉCHILLON, Responsabilité de la puissance publique, *D.* 2000, SC, p. 253 ; Cl. ESPER, Stérilisation des dispositifs médicaux. Une obligation de résultat, note sous C.E., 24 févr. 1999, *Union hospitalière privée*, *D.A.* 1999, n° 204, p. 26 et E. MARSAUDON, *Les infections hospitalières*, Paris, P.U.F., 1998, coll. Que sais-je ?, n° 3386, 127 p.

[5] *Cf.* par exemple C.A.A. de Marseille, 18 nov. 2004, *Centre hospitalier d'Ales*, n° 00MA00897, inédit. Dans le même sens, la Cour de cassation exige du requérant qu'il apporte la preuve du lien de causalité entre l'acte de prévention, de diagnostic ou de soins et l'infection dont il est victime : Cass. civ. 1ère, 27 mars 2001, *Micas*, n° 99-17 672, *R.D.S.S.* 2001, p. 705, obs. L. DUBOUIS ; *Jurisprudence de la Santé* 2000-2001, p. 174 ; Cass. civ. 1ère, 1er mars 2005, *Cts Guyet c. Société d'exploitation clinique de Mérignac et a.*, n° 03-016789, *Bull. civ.* I, n° 111, p. 96 ; *B.J.S.P.* 2005, n° 84, Pan., p. 5.

[6] F. MODERNE, La place de la présomption de faute dans le droit de la responsabilité hospitalière, note sous C.E., Ass., 25 janv. 1974, *Ctre hospitalier Sainte-Marthe d'Avignon*, *R.D.S.S.* 1975, p. 216. Il faut toutefois admettre la tendance du juge de la responsabilité, notamment du juge administratif, à faciliter la preuve de ce lien en faisant de l'incertitude à une vérité juridique. C'est ce qu'illustre, en matière d'infections nosocomiales, un arrêt du Conseil d'État, *C.P.A.M. du Vaucluse*, du 31 mars 1999, n° 181735, inédit), qui, tout en relevant que les médecins n'ont commis aucune faute, notamment en matière d'asepsie, et que l'infection en cause se produit dans une proportion non négligeable des interventions du même type, le seul fait que cette infection ait pu néanmoins se produire révèle une faute dans l'organisation et le fonctionnement du service. Sur ce point, *cf.* notamment

de se placer sur le terrain de la responsabilité pour faute présumée dans l'organisation ou le fonctionnement du service public hospitalier pour une infection parasitaire provoquée par le manque d'hygiène d'un cuisinier, cette infection étant sans rapport avec l'organisation des soins[1]. En matière d'infection nosocomiale, le juge vérifie ensuite que celle-ci ne correspond pas à un état pathogène antérieur à l'hospitalisation ou survenu postérieurement à la sortie du malade[2].

D'autre part, il faut que les circonstances de l'affaire témoignent de négligences réelles commises dans l'organisation ou le fonctionnement du service public[3]. S'il y a présomption de faute, l'établissement de santé peut toujours établir qu'aucune négligence ne peut lui être imputée en démontrant que toutes les précautions nécessaires à des conditions de sécurité optimales ont été observées[4]. C'est ce qu'il ressort de l'arrêt

---

A. ROUYÈRE, Protection de la santé publique et droit de la responsabilité, *R.G.D.M.* 2005, n° spéc. annuel, p. 108-110. V. dans le même sens, C.A.A. de Lyon, 30 oct. 2007, *Hospices civils de Lyon c. Trubelle*, *J.C.P.* A 2008, n° 2078 (5), obs. É. PÉCHILLON. C'est, surtout, ce que soulignent les évolutions du contentieux de la responsabilité relatif aux vaccinations anti-hépatite B : v. notamment C.E., 9 mars 2007, *Mme Nadine X. c. C.H. gén. de Sarguemines*, n° 267635 (et 3 autres esp. du même jour n° 278665, n° 285288 et n° 283067), *Rec.* p. 118 ; *D.A.* 2007, n° 75 ; *A.J.D.A.* 2007, n° 16, p. 681, concl. T. OLSON ; *J.C.P.* 2007, act. 138 et 2007, II, 10142, comm. A. LAUDE ; *J.C.P.* A 2007, act. 297, obs. M.-C. ROUAULT ; *J.C.P.* A 2007, n° 2108, note D. JEAN-PIERRE et n° 2277, note S. CARPI-PETIT ; *Gaz. Pal.* des 6-7 juin 2007, p. 47, note S. HOCQUET-BERG.

[1] T.A. de Paris, 30 janv. 1986, *Ctre hospitalier de Créteil c. X.*, cité par J.-M. AUBY, La responsabilité de l'hôpital…, *op. cit.*, p. 17.

[2] Cela implique notamment que l'exclusion de la responsabilité de l'établissement lorsque l'infection est de nature endogène, c'est-à-dire liée à un germe déjà présent dans l'organisme du patient lors de son admission : C.E., 27 sept. 2002, *Mme N.*, n° 211370, *Rec.* p. 315, concl. T. OLSON ; *J.C.P.* A 2002, n° 1268 ; *J.C.P.* 2003, IV, 2189 ; *A.J.D.A.* 2003, p. 72, étude J. SAISON ; Cass. civ. 1ère, 1er mars 2005, préc. La position de la Cour de cassation a toutefois récemment évolué puisqu'elle accepte désormais de recevoir comme nosocomiales des affections d'origine endogène pour considérer que seule la cause étrangère est exonératoire de la responsabilité du médecin et de l'établissement de santé en matière d'infection nosocomiale : Cass. civ. 1ère, 4 avr. 2006, *M. Y. et Polyclinique de Saint-Jean*, n° 04-17491, *Bull. civ.* I, n° 191, p. 167 ; *B.J.S.P.* 2006, n° 94, p. 7, obs. C. DURRIEU-DIEBOLT (en l'espèce, l'infection survenue ne présentait pas les caractères d'une cause étrangère : c'est l'intervention chirurgicale qui avait rendu possible la migration du germe saprophyte dans le site opératoire et la présence de germe sur la patiente constituait une complication connue et prévisible nécessitant des précautions particulières). Le juge administratif maintient toutefois sa position antérieure : C.A.A. de Nancy, 5 avr. 2007, *C.H. de Châlons-en-Champagne c. N.*, n° 06NC01191, *J.C.P.* A 2007, chron. 2271, n° 11, p. 23, obs. M. DUBUY. Sur ce point, sa définition rejoint celle donnée par les experts de la surinfection hospitalière : *cf.* notamment C.S.H.P.F., *100 recommandations pour la surveillance et la prévention des infections nosocomiales*, Paris, juin 1992, *B.E.H.*, n° spéc., p. 12 ; la circ. n° 263 du 13 oct. 1988 relative à l'organisation de la surveillance et de la prévention des infections nosocomiales, *B.O. Santé* n° 88-45, p. 111 ; *L'Entreprise médicale* 1999, n° 186, p. 14, comm. T. CASAGRANDE et le Rapport D.G.S/D.H.O.S. du Comité technique des infections nosocomiales et des infections liées aux soins présenté au H.C.S.P. le 11 mai 2007, 43 p. dont les principaux éléments sont publiés dans la revue *Hygiène* 2007, vol. XV, n° 2, p. 113-116 (*www.sante.gouv.fr*). Pour séparer une infection nosocomiale d'une infection d'acquisition communautaire, il est généralement retenu un délai d'au moins quarante-huit heures après l'admission et, pour les infections de plaies opératoires, un délai de trente jours après l'intervention. *Cf.* par exemple C.A.A. de Lyon, 4 avr. 1999, *C.H. d'Auxerre c. M. et Mme Tomada*, n° 96LY22322, *Les Études hospitalières* 2000, n° 99, p. 351 (une nécrose survenue cinq jours après une ostéosynthèse n'est pas une infection imputable à une faute hospitalière). V. également C.E., 31 mars 1999, *A.P. de Marseille*, préc.

[3] Ce qui explique la difficulté, pour un visiteur extérieur, d'établir la preuve du lien de causalité entre l'infection dont il est victime et sa présence à l'hôpital : *cf.* C.A.A. de Bordeaux, 3 mai 2007, *C.H. de Tarbes*, *B.J.S.P.* 2007, n° 108, p. 7, obs. C. DURRIEU-DIEBOLT.

[4] L'appréciation des conditions de sécurité est portée au regard des connaissances techniques et scientifiques et des règles médicales s'imposant à l'époque des faits. En ce sens, le juge administratif ne retient pas la faute présumée de l'hôpital pour la contamination par le virus du sida à une époque où les établissements ne disposaient d'aucun moyen leur permettant soit de s'assurer que les lots de sang et produits dérivés qu'ils utilisaient n'étaient pas contaminés, soit d'inactiver le virus : C.A.A. de Lyon, 9 juill. 1992, *A.P. de Marseille et C.H.R. Font-Pré de Toulon*, n° 91LY00714, *Rec.* p. 569.

d'Assemblée du Conseil d'État en date du 25 janvier 1974, *Centre hospitalier Sainte Marthe d'Avignon*[1]. Cette affaire concernait un jeune garçon victime d'un accident de la route qui avait été admis à l'hôpital en même temps qu'une malade atteinte de poliomyélite, maladie qu'il contracta par la suite. Le Conseil d'État rejeta toutefois la responsabilité de l'établissement de santé en constatant que toutes les précautions d'isolement nécessaires pour éviter la propagation de la maladie avaient été prises par le personnel hospitalier. Aucune faute ne pouvait donc être retenue dans l'organisation ou le fonctionnement du service.

389 Comme il a été dit plus haut, l'importance pratique de cette jurisprudence a été considérablement amoindrie par la loi du 4 mars 2002 qui a bouleversé la matière. Elle présente toutefois un double intérêt. Premièrement, elle révèle l'ancienneté de l'obligation de sécurité sanitaire que le juge administratif a tenté d'imposer à l'administration hospitalière, avant même que la notion ne soit construite en doctrine, puis consacrée en droit. Il faut d'ailleurs souligner que cette exigence de sécurité sanitaire a, depuis lors, été étendue et généralisée à l'ensemble des services publics. C'est ce qu'il ressort, par exemple, d'une série d'arrêts rendus le 3 juin 2002 par la Cour administrative d'appel de Douai à propos d'une intoxication alimentaire des usagers d'un restaurant scolaire. Selon les juges, cette intoxication révèle par elle-même une faute dans le fonctionnement du service, la mission dévolue au chef d'un établissement scolaire impliquant que les repas servis aux élèves donnent toute garantie quant à leur qualité sanitaire[2].

390 Secondement, elle souligne, par contraste, le retard et les défaillances des pouvoirs publics français en ce domaine. Introduit dans la jurisprudence dès 1960, l'impératif de prévention des infections hospitalières n'a intéressé le législateur qu'en 1998, au moment où la sécurité sanitaire, consacrée comme une obligation collective, a été inscrite parmi les priorités de la politique de santé[3]. La tardiveté de l'intervention du législateur est topique de la carence de l'État-providence du XXe siècle à assurer sa mission de lutte contre les risques sanitaires. Elle fait même l'effet d'une véritable « résistance » de l'État au regard de l'impulsion donnée par le juge administratif[4] mais aussi par le Conseil de

---

Cf. également C.A.A. de Paris, 20 oct. 1992, *A.G.-A.P. de Paris c. X.,* n°s 91PA00142, 92PA00070 et 92PA00083, *Rec.* p. 578.

[1] C.E., Ass., 25 janv. 1974, *Ctre hospitalier Sainte Marthe d'Avignon*, n° 85307, *Rec.* p. 64 ; *A.J.D.A.* 1974, p. 202, étude M. FRANC et M. BOYON ; *R.D.S.S.* 1975, p. 213, note F. MODERNE ; *D.* 1975, p. 86, note J. DUPRAT ; *J.C.P.* 1975, II, 18012, note DEBENE.

[2] C.A.A. de Douai, 3 juin 2002, *Min. de l'Éducation nationale, de la Recherche et de la Technologie*, n° 99DA20384, *A.J.D.A.* 2002, p. 918, note J. MICHEL.

[3] L. n° 98-535 du 1er juill. 1998 relative au renforcement de la veille sanitaire et du contrôle des produits destinés à l'homme, préc. Sur ce point, S. RENARD, La politique nationale de lutte contre les infections nosocomiales, *B.J.S.P.* 2000, n° 25, p. 9-12.

[4] Le juge judiciaire, de son côté, n'a pas été aussi sensible à cette problématique de sécurité des soins. C'est seulement en 1996, année de la première enquête nationale de prévalence des infections nosocomiales, qu'il a renoncé à y appliquer le régime de la faute prouvée. Cass. civ. 1ère, 21 mai

l'Europe qui insiste depuis 1972 sur la nécessité de promouvoir l'hygiène hospitalière et de mettre en place des instruments efficaces à cette fin[1].

Il apparaît, en tout état de cause, que la notion de sécurité sanitaire, quoique officiellement née à la fin du dernier siècle, n'a pas été construite *ex nihilo*. Elle résulte d'une obligation ancienne de sécurité des soins, juridiquement consacrée mais largement négligée par les pouvoirs publics. C'est paradoxalement à cette défaillance que l'on doit la construction et la consécration de la sécurité sanitaire.

§2.- LA CONSÉCRATION DE LA SÉCURITÉ SANITAIRE

391 La consécration de la sécurité sanitaire est immédiatement liée à l'apparition du sida et, surtout, à l'affaire du sang contaminé qui a dramatiquement montré la faillite d'un système sanitaire entièrement fondé sur un modèle médicalisé de la santé (A). Mais plus que révéler l'échec d'un système, ce drame a aussi bouleversé les représentations sociales du risque et de la sécurité et provoqué un fort mouvement d'opinion publique en faveur d'une protection accrue contre les risques. Cette exigence nouvelle de la société a conduit à une valorisation politique et juridique sans précédent de la santé publique (B).

A.- LA REMISE EN CAUSE DU SCHÉMA MÉDICALISÉ DE LA SANTÉ

392 Dans la seconde moitié du XXe siècle, l'État-providence a privilégié un schéma médicalisé de la santé qui, principalement axé sur l'offre de soins, a largement occulté les impératifs de la prévention et de la lutte contre les risques sanitaires. Ces déséquilibres du système sanitaire français favorisant les aspects curatifs à la dimension préventive de la santé publique (1) sont à l'origine immédiate de sa faillite (2).

1) Les déséquilibres du système sanitaire français

393 La consécration d'un impératif individuel et collectif de sécurité sanitaire résulte d'un constat douloureusement révélé par le drame de la transfusion sanguine : la France, qui dispose d'un système de santé performant face à la maladie, d'ailleurs reconnu comme l'un des meilleurs au monde par l'O.M.S., souffre d'une politique de santé publique largement insuffisante. Au lendemain de la Seconde guerre mondiale surtout, la démarche préventive et collective de santé publique a en effet été largement sacrifiée au profit d'un modèle curatif et individuel de la santé, fondé sur une approche médicalisée

---

1996, *Cl. Bouchard c. Caillol*, n° 94-16586, *Bull.* I, n° 219, p. 152. *Cf.* F. CHABAS, Un important arrêt de la Cour de cassation sur les infections nosocomiales, *La Revue du Praticien* du 13 févr. 1997, n° 363.

[1] Recommandation (72) 31 concernant l'hygiène hospitalière adoptée par le Conseil des ministres le 19 sept. 1972. *Cf.* S. RENARD, L'hygiène hospitalière dans la lutte contre les infections nosocomiales, in *De l'hôpital à l'établissement public de santé*, *op. cit.*, p. 239-257, spéc. p. 240.

du droit de chacun à la protection à la santé et, partant, essentiellement axé vers l'offre de soins[1]. Ces déséquilibres résultent de causes multiples qu'il serait vain d'énumérer. Trois phénomènes principaux doivent néanmoins être mentionnés.

394 Déjà, les progrès spectaculaires des sciences médicales et le recul progressif des grands fléaux épidémiques, en favorisant le développement du scientisme, ont fait naître l'utopie nouvelle de la santé parfaite[2], propice au développement d'un sentiment, illusoire mais partagé, de sécurité. De ce fait, la société civile n'a guère manifesté de besoin en matière de prévention et n'a, en tout état de cause, présenté aucune demande en ce sens. Le système de santé, très largement confondu avec le système de soins, s'est plutôt inscrit dans une logique d'efficacité thérapeutique dont l'objectif d'amélioration de la santé de la population ne repose pas sur la prévention des risques, mais sur le développement de l'accès à l'offre de soins médicaux[3].

395 Ces déséquilibres sont ensuite nés d'une mauvaise appréciation de la problématique droits de l'homme/santé/sécurité. Car non seulement il n'existe pas de besoin ressenti de sécurité, mais c'est même un véritable rejet des mesures collectives de prévention des risques, jugées autoritaires et liberticides, qui domine alors dans l'opinion publique. Ce phénomène, qui n'est sans doute pas spécifique à la santé publique, s'y exprime avec beaucoup de vigueur dans la mesure où les actions destinées à assurer sa protection pénètrent largement l'intimité des individus[4] et n'ont pas toujours été menées dans des conditions propres à rassurer la population[5]. Il en a résulté une situation paradoxale, similaire à celle qui dominait déjà au XIXe siècle, dans laquelle la protection de la santé publique, élément contribuant à la protection des droits de l'homme et de la liberté individuelle, a été rejetée au nom de ces mêmes droits et libertés. Or, jusqu'à une époque récente, l'État n'a pas jugé utile de donner d'explications sur les motifs, les buts

---

[1] V. M. SETBON, Le risque comme problème politique. Sur les obstacles de nature politique au développement de la santé publique, *op. cit.*, p. 11.

[2] Cette expression est empruntée à Lucien SFEZ, *La santé parfaite. Critique d'une nouvelle utopie*, Paris, 1995, Seuil, 398 p., coll. L'Histoire immédiate.

[3] V. notamment à D. TABUTEAU, Les pouvoirs publics et le risque sanitaire, *op. cit.*, p. 30.

[4] On en veut pour preuve la proposition de loi présentée en 2000 à l'Assemblée nationale par Mme BOUTIN visant à introduire une clause de conscience pour les personnes refusant la vaccination obligatoire (Proposition n° 2641, 18 oct. 2000, Ass. nat., XIe, spéc. l'ante pénultième et le pénultième paragraphes de l'exposé des motifs) et la persistance des recours dirigés contre l'obligation vaccinale dont le principe n'a jamais reçu d'adhésion unanime. Chef de file de ces contestations l'*Association « Liberté, Information, Santé »* mène depuis longtemps une campagne active et persistante contre le principe même de l'obligation vaccinale dont résulte d'ailleurs l'essentiel de la jurisprudence administrative rendue ces dernières années en la matière (*www.alis-france.com*).

[5] La négligence des pouvoirs publics est pour beaucoup dans cette méfiance. Il suffit ici de se souvenir de l'affaire du Stalinon (*cf. infra* n° 404) ou celle de l'affaire *De Gail* jugée en 1979 (C.E., Sect., 4 mai 1979, préc.).

et les conséquences de ses actions de santé publique et n'a mis en place aucun système d'éducation et d'information susceptible de contrebalancer cette vision autoritariste[1].

396 L'effacement de la santé publique résulte enfin de la déformation progressive du sens donné à l'alinéa 11 du Préambule de la Constitution du 27 octobre 1946 et à la dilution, dans les esprits, de la filiation entre l'État-gendarme et l'État-providence[2]. En particulier, les difficultés rencontrées par le système d'assurance maladie, d'abord destiné à assurer la réalisation du droit à la protection de la santé qui est lui-même un élément contribuant à la protection de la santé publique, ont conduit à l'interposition d'un prisme financier qui a largement occulté l'importance de la prévention. « *L'assurance maladie*, remarque M. SETBON, *après avoir étouffé progressivement la santé publique, l'avoir supplantée dans les esprits et les institutions a fini par incarner à elle seule la santé* »[3]. Le moyen est ainsi devenu la fin ; l'instrument a dissout l'objectif.

La combinaison de ces différents phénomènes a conduit l'État, comme la société civile, à largement sous-estimer la valeur collective de la santé, créant ainsi une situation propice à l'inaction. La situation de la seconde moitié du XXe siècle est finalement peu éloignée de celle du XIXe : la santé est essentiellement considérée comme un bien individuel, à ceci près que les individus disposent désormais d'une créance sur la Nation pour garantir son maintien et/ou son rétablissement. Dans l'esprit des contemporains, l'action sanitaire normale et légitime de l'État n'est pas celle qui résulte de sa fonction régalienne du maintien de l'ordre public, mais celle qui découle de son obligation constitutionnelle de protection sanitaire et sociale des individus. Le secondaire l'emporte ainsi sur le principal.

On comprend dès lors la faiblesse de l'appareil de santé publique français, que révèle notamment le manque de cohérence du cadre juridique et organique de l'ordre public sanitaire. Car non seulement l'État ne s'est pas doté des moyens nécessaires pour assurer effectivement la protection de la santé publique, mais il apparaît même qu'il n'a pas conscience de ses responsabilités en ce domaine. Or les progrès scientifiques et techniques ainsi que la complexification des modes de production et de distribution des produits, des biens et des services ont fait apparaître de nouveaux risques, de type sériel, qui, à l'origine d'accidents sanitaires en chaîne, ont, d'une certaine manière, accru la vulnérabilité de la société vis-à-vis des risques sanitaires. Joint à l'émergence ou à la

---

[1] Sur ce point, *cf.* notamment Ph. LIGNEAU, Quelle santé ? Quelle prévention ?, *op. cit.* et D. TRUCHET, Pour une approche juridique des mesures de prévention, *op. cit.*

[2] Sur cette filiation, *cf. supra* n°s 66 s.

[3] M. SETBON, *Pouvoirs contre sida. De la transfusion sanguine au dépistage : décisions et pratiques en France, Grande-Bretagne et Suède*, Paris, 1993, Seuil, coll. Sociologie, p. 299.

résurgence de maladies virales ou infectieuses, le développement de ces risques a alors mis en exergue la nécessité d'une politique active de santé publique[1].

2) L'échec du système sanitaire français : « *la faillite sanitaire* »

397 L'expression « faillite sanitaire », empruntée à M. MORELLE[2], fait bien évidemment référence au drame de la transfusion sanguine qui a conduit à la contamination de plusieurs centaines de receveurs par le V.I.H. Sauf à en souligner les grandes lignes et à signaler les principaux dysfonctionnements de l'administration sanitaire, il n'apparaît pas utile ici de s'appesantir sur cette affaire dont les différentes facettes ont déjà fait l'objet d'études détaillées[3].

398 Lorsque le risque de contamination du sang par le V.I.H. apparaît, le système français de transfusion sanguine est régi par la loi du 21 juillet 1952, insérée aux articles L. 666 et suivants de l'ancien Code de la santé publique[4], et le décret du 16 janvier 1954[5]. Son organisation repose entièrement sur l'idée que le sang humain n'est pas une marchandise, ce qui explique notamment qu'il ait été séparé du médicament. Partant de ce postulat, le système prévu, qui tourne autour des règles de non-profit et de bénévolat des donneurs[6], crée un véritable service public de la transfusion sanguine[7] reposant sur une organisation hiérarchisée d'établissements agréés par le ministre chargé de la Santé et un monopole de la collecte, de la conservation, du fractionnement et de la distribution du sang et de ses produits dérivés.

S'agissant de la tutelle et de la régulation du système, le ministre chargé de la Santé est doté de l'ensemble des pouvoirs nécessaires à une activité de contrôle véritable pour l'exercice de laquelle il bénéficie de l'éclairage donné par des organes d'expertise et de

---

[1] *Cf.* notamment A. CALMAT, Rapport n° 591 (IXe législature) sur la proposition de loi, adoptée par le Sénat, relative au renforcement de la veille sanitaire et du contrôle de la sécurité sanitaire des produits destinés à l'homme fait au nom de la commission des affaires culturelles, familiales et sociales de l'Assemblée nationale, p. 8.

[2] A. MORELLE, *La défaite de la santé publique*, *op. cit.*, p. 11.

[3] Se reporter notamment à A.-M. CASTERET, *L'affaire du sang*, Paris, La Découverte, 1992, 283 p., coll. « enquêtes » ; M. SETBON, *Pouvoirs contre sida...*, *op. cit.*, 421 p. ; J. ROUX, *Sang contaminé : priorités de l'État et décision politique*, Montpellier, éd. Espaces 34, 1995, 236 p. ; M.-A. HERMITTE, *Le sang et le droit. Essai sur la transfusion sanguine*, Paris, Seuil, 1996, 477 p. ; A. MORELLE, *La défaite de la santé publique*, *op. cit.*, 389 p. ; O. BEAUD, *Le sang contaminé*, *op. cit.*, 171 p.

[4] L. n° 52-854 du 21 juill. 1952 sur l'utilisation thérapeutique du sang humain, de son plasma et de leurs dérivés, *J.O.* du 22 juill., p. 7357.

[5] Décr. n° 54-65 du 16 janv. 1954 portant règlement d'administration publique pour l'application des dispositions de l'art. 2 de la loi du 21 juill. 1952 relatives aux établissements agréés en vue de la préparation des produits sanguins, *J.O.* du 21 janv., p. 806.

[6] Comme le souligne Mme HERMITTE, la règle du bénévolat n'est en réalité pas introduite par la loi de 1952 qui ne pouvait l'imposer sans provoquer de pénurie. Cependant, « *en instituant l'absence de profit des centres de transfusion sanguine et leur monopole de prélèvement, la loi allait donner aux centres le pouvoir de choisir leurs donneurs, et donc de favoriser les bénévoles jusqu'à rendre les rémunérés inutiles* » (*Le sang et le droit…*, *op. cit.*, p. 123).

[7] *Cf.* C.E., Ass., 9 mai 1958, *Csl. nat. de l'Ordre des pharmaciens,* n° 32.237, *Rec.* p. 269 ; *S.* 1958, II, p. 220, concl. TRICOT.

conseil : l'Institut national de la transfusion sanguine, la Commission Consultative de la Transfusion Sanguine (C.C.T.S.) et le Centre National de la Transfusion Sanguine (C.N.T.S.). Ces deux derniers organismes sont notamment chargés d'un rôle de conseil technique et de la coordination de la politique transfusionnelle nationale. D'une part, sans avoir à choisir directement les produits à fabriquer, les techniques de fabrication ou l'organisation des contrôles, le ministre de la Santé est chargé d'agréer les produits et d'en fixer les prix de cession. Il lui revient notamment de délimiter l'étendue du monopole de fabrication des établissements de transfusion sanguine en distinguant les produits fabriqués par le secteur privé de ceux qui reviennent au secteur agréé. Le ministre chargé de la Santé doit par ailleurs élaborer une liste limitative des produits pouvant être cédés par les centres de transfusion sanguine[1], liste qui, comme le remarque Mme HERMITTE, joue un rôle équivalent à celui d'une autorisation préalable de production[2]. D'autre part, il appartient au ministre chargé de la Santé de procéder à l'agrément des établissements de transfusion sanguine et de fixer les attributions de chaque centre en les autorisant à fabriquer tel ou tel type de produit et/ou à se livrer à telle ou telle sorte d'activité. L'article L. 670 du Code de la santé publique le charge en outre de désigner les personnes qualifiées qui, à tout moment, peuvent exercer le contrôle de la préparation, de la conservation et de la qualité des produits sanguins ainsi que leur détention et leur délivrance. Le ministre est encore compétent pour déterminer les territoires de collecte du sang et les conditions dans lesquelles il doit être procédé aux prélèvements. Il est enfin chargé par l'article L. 669 de réglementer la délivrance du sang et de ses produits dérivés.

Ce système, d'abord conçu pour fonctionner hors profit, a rapidement été rattrapé par les logiques du marché, renforcées par les manipulations des prix de cession, qui ont progressivement fait perdre de vue les impératifs liés à la qualité et à la sécurité des produits délivrés. Surtout, le ministre chargé de la Santé n'a pas su véritablement s'imposer dans ses fonctions de contrôle et de tutelle, d'abord en raison du manque de moyens alloués à son administration et de la difficulté à obtenir les informations nécessaires à l'exercice de ses missions, ensuite parce que nombre de ses conseillers, appartenant eux-mêmes au milieu transfusionnel, manquent d'impartialité. Pour reprendre Mme HERMITTE, le système de transfusion sanguine fonctionne sur un modèle féodal où le souverain – l'autorité de tutelle – n'a d'autorité que le nom et où domine le sentiment d'autonomie de chaque centre[3].

---

[1] Art. L. 666 du C.S.P.

[2] M.-A. HERMITTE, *Le sang et le droit…*, *op. cit.*, p. 137.

[3] *Ibid.*, p. 129-140. Ce propos est bien illustré par la tentative du ministère d'imposer une sélection des donneurs de sang au moment où le virus L.A.V., agent causal du sida, est découvert. À cette fin, une circulaire du Directeur général de la santé du 20 juin 1983 recommande l'élimination des donneurs à risques lors de la collecte de sang (circ. D.G.S./3 B n°569 du 20 juin 1983 relative à la pré-

399 Dans ses arrêts *M. D., M. G.* et *M. et Mme B* du 9 avril 1993, l'Assemblée du Conseil d'État a retenu la responsabilité pour carence fautive de l'État sur la période courant du 22 novembre 1984 au 20 octobre 1985[1]. Le 22 novembre 1984 est la date à laquelle la technique de chauffage des produits sanguins, seule à même de garantir leur sécurité, est au point. Le Dr BRUNET, épidémiologiste à la D.G.S., informe la C.C.T.S. de son efficacité et du caractère mortel avéré de la maladie du sida. Comme l'a noté le commissaire du Gouvernement LEGAL, la réponse à ce rapport « *ne pouvait être que d'imposer le retrait de la circulation de tous les lots de concentrés non chauffés* »[2]. Cette décision, qu'une bonne partie des acteurs de la transfusion sanguine, pour des raisons essentiellement financières, ne souhaitaient pas, n'intervient toutefois que le 20 octobre 1985 sous la forme d'une circulaire de la D.G.S.[3]. Ce texte fait obligation aux centres et aux prescripteurs de ne plus délivrer de concentrés n'ayant pas fait l'objet d'une inactivation virale et soumet les stocks de produits sanguins à la vérification de l'absence d'anticorps anti-LAV. Il intervient en commentaire de deux arrêtés du 23 juillet 1985[4]. Le premier rend obligatoire au 1er août 1985 le dépistage des anticorps anti-LAV sur chaque donneur de sang ; le second prévoit que les produits sanguins concentrés non chauffés prescrits après le 1er octobre 1985 ne seront plus pris en charge par les organismes d'assurance-maladie. En dépit de l'urgence à prévenir le risque d'une contamination massive des personnes transfusées, la technique du chauffage ne sera donc ordonnée par le ministère de la Santé que le 23 juillet 1985 et rendue effective le 20 octobre 1985. En attendant, les centres de transfusion sanguine et, principalement, le C.N.T.S. poursuivent la production de produits non chauffés, dont les risques sont encore accrus par la technique du poolage du sang et du plasma.

---

vention de l'éventuelle transmission du sida par transfusion sanguine, non publiée au *J.O.*). Cette instruction a été très largement négligée par les centres qui, par crainte d'une pénurie, ont notamment poursuivi les collectes de sang dans les établissements pénitentiaires, où la population à risque est très largement majoritaire (V. notamment les résultats de l'enquête réalisée en janvier 1984 par le docteur J.-P. SALEUR, directeur du C.D.T.S. de Brest, qui ont été publiés à la *Revue française de transfusion et immuno-hématologie*, t. XXVII, n° 4, sept. 1984, p. 33). Mal informée de la situation, l'administration n'a toutefois rappelé ses recommandations que le 16 janv. 1985. Ce défaut d'information de l'administration a en partie motivé la décision de la Cour de Justice de la République de ne pas retenir la culpabilité de M. HERVÉ pour n'avoir pas fait respecté la circ. du 20 juin 1983 et n'avoir pas empêcher les collectes réalisées dans les établissements pénitentiaires (9 mars 1999, préc.). Sur ce point, *cf.* notamment A. MORELLE, *La défaite de la santé publique*, *op. cit.*, p. 40-54. V. également E. FARGES, *La gouvernance de l'ingérable. Quelle politique de santé publique en milieu carcéral ? Analyse du dispositif sanitaire des prisons de Lyon et perspectives italienne*, Lyon 2, 2003, Mémoire de D.E.*A.* « Politiques publiques et gouvernements comparés » (*memoireonline.free.fr*).

[1] C.E., Ass., 9 avr. 1993, *M. D., M. G et M. et Mme B.* (3 esp), préc.

[2] H. LEGAL, La responsabilité de l'État dans la contamination des hémophiles par le virus du SIDA, concl. sur C.E., 9 avr. 1993, *M. D.*, *R.F.D.A.* 1993, p. 594 (également publié au *D.* 1993, p. 312).

[3] Circ. D.G.S./3B :142 du 20 oct. 1985 relative au dépistage et à l'information des donneurs de sang porteurs d'anticorps anti-LAV et à l'utilisation de divers produits sanguins, *B.O. Santé* 1985, n° 91-19 bis, p. 103.

[4] Arr. du 23 juill. 1985 modifiant l'arr. du 17 mai 1976 relatif aux prélèvements de sang et relatif au tarif de cession des produits sanguins (ens. 2 textes), *J.O.* du 24 juill., p. 8376.

Le ministre chargé de la Santé avait donc en droit les moyens d'agir pour limiter le taux de contamination et enrayer l'épidémie. En pratique cependant, le manque de moyens matériels de l'administration sanitaire, les conflits d'intérêts, le cloisonnement de l'information, la puissance du lobbying scientifique et médical et les résistances des acteurs de la transfusion sanguine, y compris des conseillers scientifiques et techniques de l'administration, ont contribué à gommer les impératifs primordiaux de la sécurité et de la santé publique et à faire du ministère de la Santé une autorité diminuée. De la sorte, alors que l'une des fonctions premières de l'État est d'assurer la protection de la population face au risque sanitaire, notamment en luttant contre la propagation des épidémies, celui-ci a, par sa faiblesse et sa carence à assurer ses missions régaliennes, été amené à participer à la diffusion d'une maladie mortelle.

On sait que cette situation a provoqué un véritable choc dans la société civile et a conduit à une remise en cause globale du système de santé français dont il a révélé les faiblesses. Comme le remarque M. TABUTEAU, cette affaire a notamment signalé que « *le concept de sécurité ne peut être impunément relégué au second rang [et] que les risques non maîtrisés peuvent ruiner les acquis d'un système et entraîner de graves tragédies* »[1]. Elle a, de la sorte, rappelé le rôle essentiel des pouvoirs publics dans la protection de la collectivité contre les risques sanitaires. Le rapport établi entre soins et prévention s'est alors sensiblement modifié par la valorisation sans précédent de la santé publique.

B.- UNE VALORISATION NOUVELLE DE LA SANTÉ PUBLIQUE

400 Il n'est guère contesté que l'histoire récente de la santé publique retient un « avant » et un « après » l'affaire du sang contaminé, qui marque le point de départ d'une conception transformée de la fonction sanitaire de l'État (1). On observera néanmoins, à l'exemple de M. TRUCHET[2], que les obligations nouvelles de sécurité qui lui sont imposées s'ajoutent mais ne se substituent pas à celles qui lui incombaient antérieurement. Quoique de nature à perturber les schémas classiques de l'intervention sanitaire contraignante de l'État, l'évolution à l'œuvre se situe davantage dans la continuité que dans la rupture (2).

1) Une conception transformée de la fonction sanitaire de l'État

401 On a eu plusieurs fois l'occasion de souligner l'indifférence, voire l'hostilité, traditionnellement manifestée par la population à l'encontre des actions de santé publique visant à garantir la sécurité collective. Sous le double effet de la peur et de la colère, de la découverte du sida et du choc de l'affaire du sang contaminé, cette appréhension

---

[1] D. TABUTEAU, Les pouvoirs publics et le risque sanitaire, *op. cit.*, p. 40.

[2] D. TRUCHET, L'obligation d'agir…, *op. cit.*, p. 300.

classique de la santé publique s'est effacée au profit d'une conception radicalement inverse des responsabilités de l'État en ce domaine et d'une revendication pressante de protection contre les risques.

402 L'apparition du sida, jointe à l'émergence et à la résurgence d'autres maladies transmissibles dont le caractère mortel est avéré et contre lesquelles la thérapeutique est impuissante[1], a d'abord montré les limites du modèle médicalisé de la santé qui dominait depuis plusieurs décennies[2]. Il en a logiquement résulté un besoin nouveau de prévention des risques sanitaires et un appel renforcé à l'autorité de l'État, responsable de la santé publique. La renaissance des phénomènes de peur collective et la diabolisation de la maladie ont même conduit certains à proposer des mesures drastiques, parfois autoritaristes et souvent discriminatoires, de prévention du risque épidémique telles que le dépistage obligatoire de la séropositivité, la mise en quarantaine des personnes infectées[3] et/ou l'incrimination pénale spécifique de l'acte contaminateur[4]. On retrouve dans ces propositions, dont certains États se sont faits les apôtres[5], la logique ancienne de la « délinquance sanitaire » qui assimile le malade au danger qu'il faut éloigner du groupe et exclure du tissu social[6]. Phénomène nouveau, l'État français a dû cette fois résister à ces aspirations sécuritaires en faisant le choix d'une politique de santé publique qui n'exclut pas le malade mais le protège et dont le volet préventif, axé sur l'éducation et l'information, n'impose pas de contraintes individuelles que l'intérêt pour la sécurité collective n'a pas objectivement justifiées[7].

403 Le drame de la transfusion sanguine a ensuite décrédibilisé le modèle médicalisé de santé, en soulignant ses défaillances et ses dysfonctionnements. Premièrement, l'opinion publique a perdu cette croyance forte en une médecine intègre et bienveillante, au paternalisme de laquelle chacun se soumettait bien volontiers. Or à partir du moment où

---

[1] Sur ce point, *cf.* le rapport du Haut Comité de la Santé publique, *La santé en France 96*, Paris, 1996, La documentation française, p. 62-63.

[2] Comme l'écrit M. BYK, « *c'est à cette assurance tranquille en une médecine scientifique et triomphante que le SIDA mit brutalement fin* » (Le SIDA…, *op. cit.*, p. 381).

[3] Sur ce point, *cf.* G. VIGARELLO, *Le sain et le malsain…*, *op. cit.*, p. 291 s. et É. HEILMANN (textes réunis par), *Sida et libertés…*, *op. cit.*, 334 p.

[4] Le gouvernement s'est opposé à la proposition de la commission des lois du Sénat d'introduire, lors de la réforme du Code pénal, une disposition incriminant spécifiquement « *la contamination volontaire par une maladie susceptible de provoquer la mort plus ou moins promptement de quelque manière que […] cette contamination ait été opérée, et quelles qu'en aient été les suites* » (Proposition d'amendement n° 15, présentée par le sénateur Ch. JOLIBOIS, *J.O. Sénat*, 24 avr. 1991, p. 647). V. également l'avis du 25 juin 1991 du Conseil national du sida sur la pénalisation de la dissémination d'une maladie transmissible épidémique, Paris, 1991, Direction des Journaux officiels, 60 p.

[5] Sur ce point, on peut notamment se reporter aux travaux de M. TORRELLI : Le sida et la lutte anti-épidémiologique, *A.F.D.I.* 1987-XXXIII, p. 195-209 et Le sida, une pandémie, *R.G.D.I.* 1991, p. 93-107. *Cf.* également Ch. BYK, *op. cit.*

[6] J.-P. BAUD, Les maladies exotiques, in *Sida et libertés…*, *op. cit.*, p. 17-35.

[7] Sur ce point, *cf.*, outre les travaux précités, J.-S. CAYLA, Le virus de l'immunodéficience humaine (SIDA), fléau social, *R.D.S.S.* 1987, n° 4 (23), p. 596-603. *Cf.* également l'avis plus récent du Conseil national du sida du 14 mars 2002 qui maintient son opposition à une obligation de dépistage de l'infection par le V.I.H. au cours de la grossesse (*Jurisprudence de la santé* 2001-2002, p. 40).

les professionnels de santé ont été soupçonnés de ne pas toujours agir dans le seul intérêt des patients, où ce lien de confiance qui est au cœur de la relation médicale s'est brisé, ce sont les bases même du système sanitaire français, fortement marqué d'impérialisme médical, qui se sont effondrées. Deuxièmement, l'affaire du sang contaminé a prouvé à chacun la vanité du scientisme qui faisait du progrès scientifique et technique la source et le moteur de la sécurité. Après le drame de Tchernobyl, et avant la « crise de la vache folle », l'affaire du sang a ainsi bouleversé les représentations sociales du risque et de la sécurité pour faire basculer la société dans le monde de la vulnérabilité – celui de la « société du risque » – qui situe les questions de gestion et de régulation des risques au cœur des préoccupations publiques.

Elle a, d'une part, modifié les attentes de sécurité de l'opinion publique en montrant à chacun que tout acte, même le plus bénéfique en apparence, peut être porteur de dangers graves pour les individus comme pour la collectivité[1]. Cette conscience nouvelle de l'omniprésence du risque est à l'origine directe de la construction intellectuelle de la sécurité sanitaire, qui renvoie précisément à un impératif de réduction des risques iatrogènes. L'affaire du sang contaminé a, d'autre part, fait émerger une conception nouvelle du rôle de l'État dont il a été attendu une protection accrue contre les risques[2].

404 C'est cette appréhension nouvelle du rôle de l'État que signale notamment l'évolution de la stratégie judiciaire des victimes du sang contaminé qui, après avoir d'abord recherché la responsabilité des fournisseurs de sang[3], se sont plus volontiers tournées vers l'État et ses représentants[4]. Il est d'ailleurs assez remarquable de noter que

---

[1] À tel point que l'opinion publique apparaît de plus en plus aujourd'hui comme le principal rempart contre le progrès de techniques qui, bien qu'autorisées, sont, massivement rejetées par les citoyens car jugées, à tort ou à raison, comme potentiellement dangereuses. C'est le cas, en Europe, à propos des organismes génétiquement modifiés et, en France, à propos de l'incorporation de matière grasses végétales autres que le beurre de cacao dans le chocolat (*Cf.* l'émission « Service public », diffusée sur France Inter le 19 avr. 2007).

[2] Sur ce thème, *cf.* notamment « *Responsabilité et socialisation du risque* » in Conseil d'État, *Rapport public 2005*, *op. cit.*

[3] Sur le point de départ de cette abondante jurisprudence : T.G.I. de Paris, 1er juill. 1991, *J.C.P.* 1991, II, 21762, note M. HARICHAUX. Les recours en responsabilité civile ont, à l'origine, concerné l'ensemble des intervenants de santé, mais aussi les personnes à l'origine d'accidents ayant rendu nécessaire la transfusion contaminante : T.G.I. de Paris, 7 juill. 1989, *Gaz. Pal.* 1989, p. 23 (action dirigée contre l'auteur d'un accident de la route ayant entraîné des interventions chirurgicales accompagnées de transfusion de sang, qui s'est révélé être contaminé) ; – de Versailles, 30 mars 1989, *J.C.P.* 1990, II, 21505, note A. DORSNER-DOLIVET (intervention chirurgicale fautive ayant entraîné d'autres interventions postérieures et la transfusion de sang contaminé).

[4] V. O. BEAUD, *Le sang contaminé*, *op. cit.*, p. 1. ; J.-M. LEMOYNE DE FORGES, Sida : responsabilité et indemnisation des préjudices résultant de contaminations par transfusion sanguine, *R.D.S.S.* 1992, n° 4, p. 557-570 ; Ch. MAUGÜE et L. TOUVET, chron. sous C.E., Ass., 9 avr. 1993, *M. G, M. et Mme B.* et *M. D.* (3 esp.) et *M. Bianchi*, *A.J.D.A.* 1993, *op. cit.*, p. 344 et E. BREEN, Responsabilité pénale des agents publics : l'exemple de l'affaire du sang contaminé, *op. cit.*, p. 781-791. Dès 1991, le Tribunal administratif de Paris a ainsi été saisi par plusieurs centaines d'hémophiles contaminés demandant la condamnation de l'État pour avoir tardé à mettre en place les mesures nécessaires pour parer le danger de contamination. Sur le plan pénal, le tribunal correctionnel de Paris a conclu le 23 oct. 1992 à la condamnation du directeur du C.N.T.S., du responsable du secteur Recherches du C.N.T.S. et du directeur de la D.G.S. pour avoir trompé les victimes en les laissant utiliser des produits qu'ils savaient dangereux.

cette volonté de renvoyer l'État et ses représentants à leur responsabilité dans ce drame a, au moins pour ce temps, fait renaître un vieux procédé de la démocratie représentative, le droit de pétition, alors largement tombé en déshérence[1]. En 1992, en effet, plus de mille adhérents de l'Association française des hémophiles ont saisi le Sénat de plusieurs pétitions tendant à obtenir « *la mise en accusation devant la Haute Cour de Justice des ministres impliqués dans ce drame* »[2]. En dépit de leur irrecevabilité, ces pétitions furent néanmoins utilisées par la Chambre haute pour motiver sa proposition de résolution du 12 novembre 1992 tendant à mettre en œuvre l'article 68 de la Constitution et portant mise en accusation de l'ancien Premier ministre, M. FABIUS, et des deux ministres chargés de la Santé, Mme DUFOIX et M. HERVÉ[3]. On sait que le procès pénal des trois ministres n'eût lieu qu'après la révision constitutionnelle du 27 juillet 1993 décidée par le Président de la République en novembre 1992 et a abouti, le 9 mars 1999, à la condamnation de M. HERVÉ par la Cour de Justice de la République pour manquement à ses obligations de sécurité ou de prudence[4].

Les suites contentieuses de l'affaire du sang contaminé sont très significatives du profond changement des mentalités et du développement dans la société civile d'une exigence nouvelle de sécurité, « *entendue comme une absence de risques autres que ceux que chacun entend personnellement courir* »[5] et dont la charge principale repose sur l'État[6]. Elles signalent de la sorte un tournant majeur du rôle dévolu à l'État dans le domaine de la santé : à partir des années 1990, et après avoir longtemps combattu la santé publique au nom des droits de l'Homme, la société française a fait de la lutte contre les risques sanitaires l'une de ses exigences essentielles. Et c'est au nom de ces mêmes droits de l'Homme qu'elle a alors demandé l'intervention accrue des pouvoirs publics et notamment de l'État pour la protection de la sécurité et de la santé publiques.

---

[1] S. RENARD, Le droit de pétition sous la Cinquième République, *R.R.J.* 2000, n° 1, p. 223-240.

[2] Sénat, pétitions n°s 70120 à 70122 des 7 sept., 27 oct. et 2 nov. 1992.

[3] *Cf.* C. JOLIBOIS, Rapport fait au nom de la commission spécialement élue pour l'examen de la proposition de résolution n° 48, *J.O. Sénat, Doc. Ann.* n° 101 (1992-1993), p. 48. Sur la suite de la procédure, *cf.* notamment B. MATHIEU, L'Affaire du sang contaminé et la Haute Cour de Justice, *R.F.D.C.* 1993, p. 427-435 et La Responsabilité pénale des ministres devant la Cour de Justice de la République, *R.F.D.C.* 1993, p. 601-610.

[4] C.J.R., 9 mars 1999, n° 99-001, préc.

[5] D. TRUCHET, L'obligation d'agir pour la protection de l'ordre public…, *op. cit.*, p. 300.

[6] On remarquera à cet égard que l'histoire sanitaire française avait déjà été marquée par des drames similaires relatifs à l'emploi de produits thérapeutiques dangereux. On pense notamment à l'affaire dite du « Stalinon » pour laquelle, note Mme HERMITTE, « *l'État aurait peut-être été reconnu responsable s'il avait été attaqué par les victimes* » (*Le sang et le droit…, op. cit.*, p. 318). Il reste que celles-ci n'ont à l'époque pas eu l'idée de se pourvoir contre l'État pour avoir accordé son visa sans contrôle suffisant et ne pas l'avoir retiré assez tôt. C'est en l'occurrence l'entreprise qui s'est retournée contre l'État après sa condamnation. Son recours fut toutefois rejeté par le juge administratif en application de la règle *nemo auditur propriam turpitudinem* : T.A. de Paris, 31 mars 1965, *Soc. des Ét. Février-Decoisy-Champion*, préc. et C.E., 28 juin 1968, *Soc. mutuelle d'assurances c. les accidents en pharmacie* et *Soc. des ét. Février-Decoisy-Champion et Soc. d'assurances mutuelles de la Seine et de Seine-et-Oise* (2 esp.), préc.

La légitimité et le bien-fondé de cette attente ont été expressément validés par la justice : la justice pénale, d'un côté, qui déjà a accepté la mise en accusation des responsables ministériels, puis condamné l'un d'entre eux pour avoir « manqué à ses obligations de sécurité » ; la justice administrative, de l'autre, qui, en 1993, a clairement affirmé l'obligation de l'État d'assurer sa fonction de sécurité et de prévention des risques sanitaires, nonobstant les obligations faites aux autres personnes morales ou physiques. Pour certains, ces arrêts d'Assemblée du Conseil d'État du 9 avril 1993 devraient même être conçus comme l'acte de naissance d'un droit constitué sur l'obligation d'agir des autorités publiques en matière de lutte contre les épidémies. Ces arrêts, dont l'apport est indiscutable, ouvrent certainement une ligne jurisprudentielle nouvelle en matière de lutte contre les risques sanitaires. D'une part, l'adoption d'un régime de responsabilité pour faute simple, qui en soi déjà indique la volonté du juge administratif d'encadrer plus strictement les activités administratives de prévention sanitaire, dont celle de la police, a permis au juge de préciser et de renforcer l'obligation d'agir de l'administration pour la protection de la santé[1]. D'autre part, en indiquant la nature de la décision qui aurait dû en l'espèce être adoptée, l'Assemblée du contentieux du Conseil d'État a, dès ce moment, signalé son intention de renforcer le contrôle au fond des mesures de prévention des risques[2].

Le caractère novateur de ces arrêts de principe doit néanmoins être relativisé. Il faut déjà relever que la jurisprudence actuelle résulte tout autant, sinon plus, de la transformation des requêtes présentées aux juges que d'un véritable changement de politique prétorienne sur la question de l'obligation d'agir pour la protection de la santé publique. Le juge administratif ayant à connaître de situations et de demandes inédites, il est logique que les solutions retenues soient elles-mêmes inédites. En outre, et contrairement à ce qui a parfois été avancé, il n'est ni impossible ni même hasardeux d'inscrire cette jurisprudence dans une ligne antérieure à l'affaire du sang contaminé.

2) Une évolution s'inscrivant dans la continuité

405 La logique et la cohérence des solutions prétoriennes qui ont précédé les arrêts du 9 avril 1993 ont notamment été mises en cause par Mme HERMITTE, qui y a même perçu une certaine indifférence du Conseil d'État face au danger épidémique[3]. Pour l'auteur, le

---

[1] On retiendra en particulier que si les décisions du 9 avril 1993 ne font aucune mention des obligations d'évaluation et de suivi des risques sanitaires, le développement des impératifs de sécurité sanitaire sur lesquels elles insistent a ouvert la voie à une jurisprudence inédite qui retient la responsabilité de l'État pour n'avoir pas fourni l'effort d'expertise et d'évaluation des risques nécessaire à la protection de la santé publique. *Cf. supra* n° 191 et *infra* n°s 547 s.

[2] Intention que concrétisent les arrêts d'Assemblée du 3 mars 2004 relatifs à la responsabilité de l'Etat dans la contamination professionnelle par les poussières d'amiante (*Min. de l'Emploi et de la Solidarité* (4 esp.), préc.). *Cf. infra* n°s 477 s.

[3] M.-A. HERMITTE, *Le sang et le droit…, op. cit.*, p. 311-320.

contentieux de la responsabilité, principalement axé sur la mise en œuvre défectueuse des normes d'hygiène publique, ne permettrait pas de conclure à l'existence d'une jurisprudence constituée sur le principe de l'obligation d'agir de l'administration pour la protection de la santé publique[1]. Plus encore, les précédents relatifs aux mesures de police sanitaire, majoritairement jugés sur le terrain de l'excès de pouvoir, feraient état d'une jurisprudence variable selon la nature des droits limités, ce qui, entre autres, signalerait le peu d'intérêt manifesté par le juge pour les questions de santé publique. Toujours selon l'auteur, le Conseil d'État serait en effet plus favorable aux mesures de lutte contre les épizooties, qui impliquent essentiellement des atteintes aux droits économiques, qu'aux actions de prévention des épidémies humaines, qui limitent bien souvent l'exercice de droits individuels[2].

Cette affirmation repose sur l'étude comparée de deux arrêts assez anciens du Conseil d'État. Le premier, du 16 février 1968, *Sieur Vilain*, concerne le recours pour excès de pouvoir formé contre deux règlements d'administration publique des 24 et 31 décembre 1965 et un arrêté du 3 juin 1966 relatifs à la prophylaxie de la brucellose[3]. Le Conseil d'État a justifié l'ensemble des mesures adoptées, y compris celles relative aux examens, analyses et déclarations obligatoires, à l'abattage des animaux et à la publication annuelle de la liste des exploitations indemnes de la maladie, en considérant qu'elles « *ne portent pas atteinte à la liberté du commerce et de l'industrie, ni au droit de propriété, ni au secret professionnel* » et « *que les mesures discriminatoires prises à l'égard des propriétaires des animaux contaminés répondent aux nécessités de la lutte contre les maladies des animaux* ». Cet arrêt est mis en contrepoint avec une décision antérieure du 20 mai 1955, *Société Lucien, Joseph et Cie*[4], par laquelle la Section du contentieux du Conseil d'État a annulé un arrêté de police générale du Haut commissaire de la République française à Madagascar portant interdiction du trafic maritime et aérien entre les îles Maurice, de la Réunion et de Madagascar en raison d'une épidémie de poliomyélite dans les deux premières îles. La Haute juridiction administrative a ici considéré qu'en l'absence d'un péril imminent ou d'une exceptionnelle gravité, le Haut commissaire de la République française ne pouvait légalement édicter une telle mesure restrictive de la liberté de circulation sur la base de ses pouvoirs de police générale. Mme

---

[1] M.-A. HERMITTE, *ibid.*, p. 312. Quoique Mme HERMITTE ait considérablement atténué sa position dans ses travaux ultérieurs. *Cf.* notamment « Le rôle du droit dans les phénomènes de crise. L'expérience de la transfusion sanguine », Point de vue de M.-A. HERMITTE, Séminaire du programme Risques Collectifs et Situations de Crise, Paris, C.N.R.S., 6 juin 1996, p. 47-48.

[2] M.-A. HERMITTE, *Le sang et le droit…, op. cit.*, p. 313.

[3] C.E., 16 févr. 1968, *Sieur Vilain*, préc.

[4] C.E., Sect., 20 mai 1955, *Soc. Lucien, Joseph et Cie,* préc.

HERMITTE critique cette décision du Conseil d'État qui, selon elle, s'est montré « *indifférent au danger épidémique* »[1].

406 Cette interprétation appelle deux remarques. Il convient tout d'abord de rappeler que les espèces rapportées relèvent toutes deux du contentieux de la légalité. Le Conseil d'État était donc lié par l'objet et les moyens du recours comme par la nature du contentieux de l'excès de pouvoir et n'avait pas à s'exprimer sur la pertinence de l'action sanitaire de l'administration, ni à indiquer les voies de droit adaptées. Or, dans l'arrêt *Société Lucien Joseph*, le juge se borne à constater le défaut d'habilitation à agir de l'autorité de police générale sans aller au-delà de ce constat d'incompétence. Il ne nie pas pour autant l'importance de la protection de la santé publique et de la lutte contre les épidémies. Reconnaître les nécessités supérieures de la santé publique ne signifie pas qu'il faille systématiquement accorder des pouvoirs d'exception aux autorités administratives qui, comme dans tous les domaines et en toutes matières, sont soumises au respect de la légalité[2]. Par ailleurs, l'arrêt précise explicitement que l'urgence aurait pu couvrir l'illégalité de l'arrêté contesté. Si celui-ci a été annulé, c'est d'abord parce que la situation sanitaire n'était pas d'une nature ou d'une gravité telle qu'elle ne pouvait être maîtrisée sans sortir des voies normales du droit[3]. À l'inverse, dans l'affaire *Sieur Vilain*, l'administration était bien habilitée à édicter les mesures litigieuses. Certes, le juge administratif s'est livré à une interprétation large de son pouvoir réglementaire d'application des lois. Mais cette lecture extensive des pouvoirs de l'administration, que l'on retrouve à plusieurs reprises dans des arrêts concernant des mesures portant restriction de droits individuels particulièrement protégés[4], n'était pas alors réservée aux mesures de lutte contre les épizooties.

Car, et c'est la seconde remarque, un examen plus général de la jurisprudence, incluant l'ensemble des précédents publiés au *Recueil Lebon*, ne permet pas de corroborer l'opinion de Mme HERMITTE. Bien au contraire, on a déjà eu l'occasion de souligner que, depuis le vote de la loi du 15 février 1902, le juge administratif s'est le plus souvent

---

[1] M.-A. HERMITTE, *Le sang et le droit…, op. cit.*, p. 312-313.

[2] Même après 1993, l'attitude du juge de l'excès de pouvoir face à ce type de situation est heureusement demeurée inchangée. *Cf.* par exemple T.A. de Besançon, 11 sept. 1997, *M. Pierre Nicod c. Préfet du Doubs*, n° 96PA1271, *Petites affiches* 1998, n° 13, p. 16, note F. LAMBERT (annulation pour incompétence, en pleine crise de la « vache folle », de la décision d'un préfet ordonnant que soient abattus des bovins importés et la restitution des attestations sanitaires correspondantes) et C.E., 16 mai 2001, *M. et Mme Duffau*, n° 230.631, *Rec.* p. 241 ; *D.* 2002, SC, p. 2223, obs. R. VANDERMERMEERER (le ministre de l'Agriculture peut, sur le fondement de l'art. 228 C. rur. (art. L. 223-8) fixer les conditions de l'abattage des bovins reconnus infectés par la tuberculose mais non celles de l'abattage des autres éléments du troupeau auquel appartiennent les bovins infectés), même si certaines espèces donnent une interprétation particulièrement large de l'habilitation à agir des autorités administratives. V. notamment C.E., Ass., 3 mars 2004, *A.L.I.S.*, préc., sur la compétence du ministre de la Défense pour imposer, *proprio motu*, certaines vaccinations aux militaires placés sous sa responsabilité.

[3] Seules l'urgence ou les circonstances exceptionnelles peuvent conduire à l'application d'une légalité d'exception, *cf. supra* n° 174 et n°s 273 s.

[4] *Cf. supra* n° 183 et n°s 259 s.

montré extrêmement favorable à l'action des autorités de police sanitaire. Il faut déjà rappeler que le contentieux de la responsabilité administrative, loin de se limiter à la mise en œuvre des normes d'hygiène, a consacré l'obligation d'agir de la puissance publique lors du premier arrêt *Doublet*[1], bien avant le 9 avril 1993. La règle définie depuis 1959 est et demeure qu'une autorité de police, informée d'un trouble ou d'une menace de trouble à l'ordre public, dont le danger épidémique, doit prendre les mesures nécessaires pour le prévenir ou le faire cesser. Cette obligation s'applique aussi bien pour la police générale que pour les polices spéciales : le principe veut que la carence fautive soit une source de responsabilité de l'administration. L'action de celle-ci doit être adaptée aux circonstances de fait et de droit. Dès lors qu'il en a les moyens, le juge vérifie que les mesures adoptées ne sont ni tardives, ni excessives, ni insuffisantes, ce qui induit une obligation d'efficacité qui s'affirme tant sur le terrain de l'excès de pouvoir que sur celui de la responsabilité. Sur cette base, le Conseil d'État a dès 1968 considéré que l'État engage sa responsabilité en autorisant sans contrôle la mise sur le marché d'un produit dangereux et en ne retirant pas assez tôt son visa[2]. Si, dans cette dernière affaire, la responsabilité de l'État n'a pas été retenue, c'est avant tout parce que la demande émanait de l'entreprise responsable de la commercialisation du produit, les victimes n'ayant pas eu, à l'époque, l'idée de se pourvoir contre l'État pour sa carence fautive à prévenir et à faire cesser un risque sanitaire[3]. En 1979, l'État a en revanche été condamné par le juge administratif pour ne pas avoir modifié les instructions relatives à l'usage d'un vaccin antirabique défectueux[4].

Selon nous, ni l'étude des espèces rapportées par Mme HERMITTE ni la lecture de l'ensemble de la jurisprudence antérieure au 9 avril 1993 ne permettent de confirmer l'idée d'un changement d'attitude du Conseil d'État face au danger sanitaire[5]. Sans qu'il s'agisse de nier son intérêt, car la décision a inauguré une jurisprudence novatrice qui apporte d'importantes précisions sur l'étendue de l'obligation d'agir, on ne peut y voir une conception entièrement renouvelée de l'obligation d'agir. Bien au contraire, si l'on combine les arrêts relatifs à l'obligation d'agir des autorités de police sanitaire à ceux concernant la responsabilité de l'administration en matière d'accidents sanitaires iatrogènes, on est obligé d'admettre que la jurisprudence classique portait en germe l'ensemble des éléments nécessaires à la reconnaissance d'une obligation de sécurité

---

[1] C.E., 23 oct. 1959, *Sieur Doublet*, préc. *Cf. supra* n°s 184 s.

[2] C.E., 28 juin 1968, *Soc. mutuelle d'assurances c. les accidents en pharmacie* et *Soc. des ét. Février-Decoisy-Champion d'assurances mutuelles de la Seine et Seine-et-Oise* (2 esp.), préc. (sol implicite).

[3] En l'espèce, le recours de l'entreprise fut rejeté par le juge administratif en application de la règle *nemo auditur propriam turpitudinem* : T.A. de Paris, 31 mars 1965, *Soc. des Ét. Février-Decoisy-Champion*, préc. ; C.E., 28 juin 1968, *Soc. mutuelle d'assurances c. les accidents en pharmacie* et *Soc. des ét. Février-Decoisy-Champion et Soc. d'assurances mutuelles de la Seine et de Seine-et-Oise*, préc.

[4] C.E., Sect., 4 mai 1979, *Min. de la Santé c. de Gail*, préc.

[5] En ce sens, lire les remarques de M. LONG, Préface sur *Le principe de précaution dans la conduite des affaires humaines,* sous la dir. d'O. GODARD, *op. cit.*, p. 16.

sanitaire pesant sur l'administration[1]. L'évolution à l'œuvre – qui ne concerne pas le principe de l'obligation d'agir pour la protection de la santé publique, mais ses modalités et son contenu, peu à peu précisés – s'inscrit dans la continuité de l'état classique du droit.

407 Ce qui change à compter des années 1990, ce sont d'abord les réactions de la société civile face au risque sanitaire et ses attentes en matière de sécurité. C'est bien dans cette aspiration nouvelle à une sécurité renforcée que se situe le moteur de l'évolution[2]. Cette exigence renforcée de protection contre les risques a déjà transformé la nature et l'objet du contentieux porté à la connaissance du juge administratif qui a dès lors eu l'occasion de préciser sa jurisprudence par des solutions, il est vrai, inédites[3]. Or, et ce point est d'importance, ces avancées prétoriennes sont intervenues dans un contexte juridique nouveau, à un moment où les constructions et les dispositifs de régulation des risques ordonnés par le droit positif ont été largement remodelés par le pouvoir politique pour répondre aux exigences renforcées de sécurité et de responsabilité de l'opinion publique.

Il faut ainsi considérer, avec M. TRUCHET, que l'origine de cette conception rénovée des responsabilités de l'État dans la régulation des risques, notamment sanitaires, doit davantage être recherchée dans les textes, adoptés dans ce contexte de « sécurisation », que dans la jurisprudence[4]. C'est donc dans cette perspective qu'il faut d'abord appréhender les effets et la portée de la consécration d'une obligation générale de la sécurité sanitaire qui, en donnant une nouvelle impulsion à la santé publique, a engagé les pouvoirs publics dans une nouvelle dynamique d'intervention.

---

[1] On doit d'ailleurs noter l'indifférence quasi totale de la doctrine pour cette jurisprudence qui, aujourd'hui abondamment commentée, était alors presque complètement ignorée en dépit de son importance.

[2] D. TRUCHET, L'obligation d'agir…, *op. cit.*, p. 300.

[3] Il suffit, pour s'en convaincre, d'examiner l'évolution de la nature des requêtes présentées au juge en matière de police administrative sur le terrain de l'excès de pouvoir comme sur celui de la responsabilité. Alors que ce contentieux a longtemps été nourri par des demandes concernant des mesures jugées excessives et/ou inutilement restrictives des libertés par les requérants, il intègre aujourd'hui, et de plus en plus, des recours formés en raison de la carence des autorités publiques à intervenir pour prévenir un risque ou de l'insuffisance de cette intervention. Outre C.A.A. de Nantes, 29 déc. 2006, *M. M.*, préc., v. par exemple T.A. de Lille, 23 mai 2006, *Mme Sandrine M.*, n° 0300297, *A.J.D.A.* 2006, p. 1569, note F. LEMAIRE et C.A.A. de Douai, 10 janv. 2008, *Mme H. et a.*, préc. concernant les demandes d'indemnisation présentées par de jeunes mères de famille qui, arguant de leur ignorance des risques graves pour le fœtus d'une consommation même modérée d'alcool, reprochaient à l'État le préjudice moral qu'elles ont subi en mettant au monde un enfant atteint du syndrome d'alcoolisation fœtale. Cette évolution n'est pas propre à la santé : *cf.* sur ce point le *Rapport public 2005* du Conseil d'État, *op. cit.*, p. 332.

[4] Cette conception nouvelle a bien été reçue par le juge administratif, ce qu'attestent les arrêts d'Assembée du Conseil d'État du 3 mars 2004, *Min. de l'Emploi et de la Solidarité* (4 esp.), préc., mais on observera que les obligations nouvelles qui ont alors été définies par le juge consistent surtout en la généralisation de principes et de règles prudentiels préalablement définies par les textes.

SECTION 2

LA SÉCURITÉ SANITAIRE, DYNAMIQUE DE RÉACTUALISATION DE LA SANTÉ PUBLIQUE

408 À compter de l'affaire de la transfusion sanguine, la protection contre les risques sanitaires iatrogènes, qui était essentiellement une notion personnelle et médicale dérivée de l'obligation de sécurité du droit civil, s'est imposée comme un nouvel impératif de l'action collective et une composante majeure des politiques de santé publique. En ce sens, « *l'émergence de la sécurité sanitaire au début des années 1990 marque une rupture dans l'évolution du système de santé* »[1].

Nouveau principe d'impulsion de la santé publique qu'elle a singulièrement réactualisée, la sécurité sanitaire a motivé une réforme en profondeur des politiques de santé pour mettre l'accent sur les impératifs de la protection des personnes contre les risques[2]. Mais plus encore, cette notion nouvelle a aussi fait évoluer les schémas classiques de la prévention sanitaire grâce à une conception à la fois plus homogène et plus approfondie des obligations de sécurité qui, bien qu'imposées à l'ensemble des acteurs de la santé, sont plus particulièrement mises à la charge de l'État, premier responsable de la santé publique. Devenue une composante majeure des politiques publiques de santé (§1), la sécurité sanitaire a dès lors largement contribué au renouveau de l'ordre public sanitaire (§2).

§1.- UNE COMPOSANTE MAJEURE DES POLITIQUES DE SANTÉ

409 Comme l'a si bien remarqué M. TABUTEAU, la sécurité sanitaire, qui s'est rapidement imposée comme un objectif premier de l'action publique, a ouvert une nouvelle ère de la santé publique[3]. Exposés à de nouveaux impératifs de sécurité, les pouvoirs publics ont en effet dû réviser le champ de leurs priorités pour s'engager dans une réforme en profondeur des politiques de santé. La sécurité sanitaire a déjà provoqué un bouleversement de la législation et de la réglementation sanitaires, davantage attentives aux considérations de la sécurité. Elle a aussi favorisé de nouveaux modèles d'organisation de l'administration sanitaire. Ces évolutions ont d'abord touché le système de santé *stricto sensu* (A) avant d'être étendu à d'autres domaines (B).

---

[1] D. TABUTEAU, *La Sécurité sanitaire*, 2e éd., *op. cit.* p. 29.

[2] La sécurité sanitaire a sans doute provoqué un certain retour de la fonction protectrice de l'État-gendarme. Mais ce retour s'est opéré dans le cadre de l'État-providence, pour répondre à une créance de sécurité reconnue au profit des personnes. Le renouveau de la fonction de sécurité s'est de la sorte réalisé sous un jour « transformé »

[3] D. TABUTEAU, Les pouvoirs publics et le risque sanitaire, *op. cit.*, p. 30 ; La sécurité sanitaire, une obligation collective, un droit nouveau, *op. cit.*, p. 15 et Sécurité sanitaire et agences, le renouveau de la santé publique, in *Rapport public 1998* du Conseil d'État, *op. cit.* p. 473.

A.- LA RÉFORME DU SYSTÈME DE SANTÉ FRANÇAIS

410 D'abord issue de la perte de confiance des citoyens dans le système de santé, la valorisation de l'impératif de sécurité s'est traduite par la mise en place de nouveaux outils destinés à garantir leur protection contre les risques qui lui sont afférents ou inhérents. Dans cette perspective, la lutte contre les risques iatrogènes est devenue l'un des piliers des politiques de santé. Elle a déjà motivé un encadrement nouveau des activités de santé par le droit public. Elle a ensuite justifié la création d'institutions spécialisées dans l'expertise et la régulation des risques sanitaires.

La réforme du système de santé a ainsi suivi deux axes principaux et complémentaires. D'une part, l'ensemble des acteurs de ce système a été contraint à de nouvelles obligations de sécurité unilatéralement définies par les pouvoirs publics (1). D'autre part, le législateur s'est engagé dans un travail de réorganisation de l'administration de la santé qui s'est notamment traduit par la création d'institutions spécifiquement chargées de la sécurité sanitaire (2).

1) Un encadrement nouveau des activités de santé

Il n'est ni nouveau ni extraordinaire de souligner combien l'émergence de la sécurité sanitaire a bouleversé les conditions d'exercice des activités de santé. La remise en cause de l'équilibre classique de la relation médicale, jusqu'alors fondée sur la confiance des patients, et l'intolérance nouvelle des citoyens aux risques non choisis[1] ont conduit les pouvoirs publics à un interventionnisme nouveau, axé sur le développement de la qualité et de la sécurité des soins et du système de santé en général. Visible dès le début des années 1990, cet objectif d'amélioration de la sécurité des activités de santé a surtout inspiré les réformes du système de santé menées depuis le milieu de cette décennie.

411 Cette évolution a d'une part, guidé le développement massif des conditions de sécurité encadrant l'exercice des professions de santé et la transformation tout aussi massive de leurs obligations professionnelles en obligations de santé publique, lesquelles répondent depuis l'entrée en vigueur de la loi du 4 mars 2002 à de véritables droits subjectifs des personnes « malades ». Cette politique a d'autre part, conduit à la mise en place de divers dispositifs d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins et, plus particulièrement, des soins délivrés par les établissements du service public hospitalier, dont le Code pénal réprime désormais les délits d'imprudence[2].

---

[1] *Cf. supra* n°s 401 s. et *infra* n°s 625 s.

[2] Art. 121-2 C.P. *Cf. supra* n° 379.

Multiples et diverses, les obligations découlant de la sécurité sanitaire vont ainsi de la mise en place de dispositifs de vigilance, qui imposent aux acteurs de santé une obligation constamment élargie de surveillance et de déclaration de certains incidents, à la création d'un système de traçabilité des biens et des produits de santé[1] en passant par l'obligation de formation continue des professionnels impliquant l'évaluation de leurs pratiques[2], l'obligation d'un « repos de sécurité » après chaque garde de nuit[3]... Elles se traduisent également par la multiplication des normes générales et techniques d'équipement et de fonctionnement dans tous les domaines touchant à la santé et le développement exponentiel des règles et des principes de « bonnes pratiques » qui accordent la part belle aux impératifs de sécurité[4].

412 La plus significative car la plus symbolique de ces novations est sans doute celle de la définition d'une obligation générale de sécurité sanitaire incombant aux établissements publics et privés de santé par l'article 4 de la loi du 1er juillet 1998. Ce texte, adopté sur les recommandations formulées en 1997 par la Conférence Nationale de Santé, a inséré deux nouveaux alinéas à l'article L. 6111-1 du Code de la santé publique (ancien article L. 711-1) dont le premier est ainsi rédigé : Les établissements de santé, publics et privés, « *participent à la mise en œuvre du dispositif de vigilance destiné à garantir la sécurité sanitaire […] et organisent en leur sein la lutte contre les infections nosocomiales et les autres affections iatrogènes dans les conditions prévues par voie réglementaire* »[5].

Ces dispositions imposent explicitement à l'ensemble des établissements de santé l'obligation d'assurer la sécurité de leurs activités et, en particulier, de développer la lutte contre les risques nosocomiaux qui, trente ans après son affirmation jurisprudentielle, est enfin prise en compte par le législateur. Si elle a été plusieurs fois renforcée depuis lors[6], la sécurité hospitalière a, dès ce moment, reposé sur la participation obligatoire des établissements de santé au dispositif d'infectiovigilance mis en place par les pouvoirs publics. Il en a résulté de nouvelles obligations pour ces établissements, assujettis à la

---

[1] Sur cette question, *cf.* A. LAUDE, La traçabilité des produits de santé, in *Traçabilité et responsabilité*, sous la dir. de Ph. PEDROT, Paris, Economica, 2003, p. 287-297.

[2] Art. L. 4133-1 s. du C.S.P. introduits par l'art. 59 de la L. n° 2002-303 du 4 mars 2002, notamment modifiés par la L. n° 2004-806 du 9 août 2004. Les modalités de l'évaluation des pratiques professionnelles ont été précisées par le décr. n° 2005-346 du 14 avr. 2005 (*J.O.* du 15 avr., p. 6730) et la décision de la H.A.S. du 7 nov. 2007, *J.O.* du 3 janv. 2008, texte n° 84. Sur cette obligation et ses conséquences, *cf.* C.E., 15 mai 2006, *Synd. des médecins d'Aix et région*, n° 280212, *Rec.* tables p. 1047.

[3] Décr. n° 2002-1149 modifiant le décr. n° 99-930 du 10 nov. 1999 fixant le statut des internes et des résidents en médecine, des internes en pharmacie et des internes en odontologie, *J.O.* du 12 sept., p. 15101.

[4] *Cf. infra* n° 621.

[5] Il s'agit ici de la rédaction, peu modifiée, de l'al. 3 de l'art. L. 6111-1 C.S.P. issu de l'art. 23 III de la L. n° 2002-303 du 4 mars 2002.

[6] Et, en dernier lieu, par le décr. n° 2006-550 du 15 mai 2006 relatif aux sous-commissions de la commission médicale d'établissement mentionnées au II de l'art. L. 6144-1 C.S.P., *J.O.* du 16 mai, p. 7162.

double obligation de recenser et de signaler les infections nosocomiales constatées[1] et d'organiser en leur sein les systèmes et les structures utiles à la prévention et au suivi de ces infections[2]. La prévention des risques infectieux entre, par ailleurs, dans le cadre des contrats d'objectifs et de moyens que les A.R.H. concluent avec les établissements de santé[3]. Elle constitue un élément essentiel de la procédure externe de certification (ex-accréditation) prévue par les articles L. 6113-3 à L. 6113-6 du Code de la santé publique[4] et figure parmi les critères retenus par le ministère pour l'allocation de ressources aux établissements de santé depuis 1999[5].

Une fois encore, l'ensemble de ce dispositif résulte directement de divers « scandales » sanitaires qui, largement commentés par les médias, ont révélé au grand public les défaillances de la prise en charge du risque infectieux dans le système hospitalier français et les conséquences dramatiques des négligences commises en matière d'hygiène pour la sécurité sanitaire des patients[6]. L'important retard pris par la France en ce domaine a déjà été souligné[7] ; l'incitation jurisprudentielle à l'adoption d'une démarche de santé publique combinant soins et sécurité n'a pas été, loin s'en faut, immédiatement suivie par les pouvoirs publics. Certes, un décret du 6 mai 1988 avait déjà rendu obligatoire la création d'un Comité de Lutte contre les Infections Nosocomiales (C.L.I.N.) au sein de chaque établissement d'hospitalisation public ou privé participant au service public hospitalier[8]. Il reste que l'action des C.L.I.N., dont la constitution n'était imposée qu'aux seuls établissements participant au service public hospitalier[9], n'a fait l'objet d'aucune coordination jusqu'à la création des Comités de coordination de la lutte

---

[1] Art. L. 1413-14 C.S.P. et circ. DHOS/E2/DGS/SD5C n° 2004-21 du 22 janv. 2004 relative au signalement des infections nosocomiales et à l'information des patients dans les établissements de santé, préc. V. également l'arr. du 25 avr. 2006 relatif à l'expérimentation de la déclaration des évènements indésirables liés à des soins autres que les infections nosocomiales, préc.

[2] L'organisation de la lutte contre les infections nosocomiales, maintes fois renforcée depuis, a d'abord reposé sur la constitution obligatoire d'un Comité de Lutte contre les Infections Nosocomiales (C.L.I.N.) dans tous les établissements de santé. Elle est aujourd'hui régie par les art. R. 6111-1 s. C.S.P.

[3] Art. L. 6114-2 C.S.P.

[4] Dès février 1999, le premier manuel d'accréditation des établissements de santé diffusé par l'A.N.A.E.S. (V1) a consacré un important volet à la sécurité hospitalière conçue comme l'une « *des dimensions majeures de la qualité des soins* ».

[5] Circ. DGS-SP 1-SQ/DH-EO-AF n° 98-674 du 17 nov. 1998 relative aux priorités de santé publique à prendre en compte pour l'allocation des ressources aux établissements de santé pour 1999, *B.O. Santé* n° 48 du 12 déc. 1998, p. 87.

[6] On fait notamment référence aux cas d'infection à Mycobacterium xenopi survenus après des interventions sur la colonne vertébrale pratiquées à la Clinique du Sport entre janvier 1988 et mai 1993 qui ont été dévoilés en septembre 1997.

[7] *Cf. supra* n° 390.

[8] Décr. n° 88-657 du 6 mai 1988 relatif à l'organisation de la surveillance et de la prévention des infections nosocomiales dans les établissements publics et privés participant au service public hospitalier, *J.O.* du 8 mai, p. 6714. Ces comités, qui succèdent aux comités de lutte contre l'infection dont la création avait été préconisée par une circ. du 18 oct. 1973, sont notamment chargés d'organiser et de coordonner la surveillance continue des infections contractées.

[9] Leur création était en outre facultative dans les hôpitaux locaux et les établissements publics ne disposant que d'un service.

contre les infections nosocomiales et du Comité technique de lutte contre les infections nosocomiales par l'arrêté du 3 août 1992[1]. De surcroît, ce n'est qu'en novembre 1994 que le ministère français chargé de la Santé a présenté un plan national de lutte contre les infections nosocomiales[2]. Il est par ailleurs très significatif que la première enquête de prévalence sur ce phénomène n'ait été réalisée qu'en 1996[3].

Jusqu'au vote de la loi du 1er juillet 1998, les impératifs de la sécurité sanitaire ne rentraient pas parmi les missions et les obligations générales des établissements de santé définies par la loi n° 91-748 du 31 juillet 1991[4]. L'ordonnance n° 96-346 du 24 avril 1996 est également restée muette sur ce point, en dépit de l'objectif affiché par le Gouvernement de préserver et d'améliorer la qualité *et la sécurité* des soins hospitaliers[5]. Au demeurant, il faut remarquer que ce texte, bien qu'insistant sur l'impératif de qualité des soins et créant les instruments adaptés à sa réalisation, ne l'a pas inscrit parmi les missions et les obligations générales des établissements de santé. Sa reconnaissance est surtout liée à la recherche de la maîtrise médicalisée des dépenses de santé qui inspire la réforme engagée et n'est pas explicitement envisagée par ce texte comme un droit des patients, même si ce caractère peut en être déduit[6].

Il a donc fallu attendre le vote de la loi du 1er juillet 1998 pour que l'impératif de sécurité sanitaire soit, en tant que tel, effectivement présenté comme une obligation principale des établissements publics et privés, participant ou non au service public hospitalier. Cette consécration traduit un véritable bouleversement de l'appréhension des impératifs de sécurité, ainsi érigés au premier rang des préoccupations de santé, et constitue un premier pas vers la reconnaissance du droit des patients à la sécurité sanitaire opérée par la loi du 4 mars 2002[7]. S'inscrivant en plein dans la réforme du système de santé engagée après l'affaire du sang contaminé, ces dispositions de la loi du 1er juillet 1998 signent l'aboutissement de cette démarche nouvelle de sécurité sanitaire[8] que traduisent également la réorganisation de l'administration sanitaire et la création d'institutions spécifiquement chargées de veiller à la sécurité des activités de santé.

---

[1] Arr. du 3 août 1992 relatif à l'organisation de la lutte contre les infections nosocomiales, préc. modifié par l'arr. du 19 oct. 1995, *J.O.* du 28 oct., p. 15760.

[2] Sur ce point, *cf.* le discours de M. DOUSTE-BLAZY du 3 nov. 1994, publié in *Hygiènes* 1994, n° 7, p. 15 et la circ. n° 17 du 19 avr. 1995 relative à la lutte contre les infections nosocomiales dans les établissements de santé, préc.

[3] Sur cette question, *cf.* notamment J. CARLET, Politique nationale de lutte contre les infections nosocomiales, *R.F.A.S.* 1997, nos 3-4, p. 155 et S. RENARD, La politique nationale de lutte contre les infections nosocomiales, *op. cit.*

[4] L. n° 91-748 du 31 juill. 1991 portant réforme hospitalière, préc.

[5] Exposé des motifs sur l'ord. n° 96-346 du 24 avr. 1996, *J.O.* du 25 avr., p. 6321.

[6] *Cf. infra* n° 456.

[7] Art. L. 1110-1 et L. 1110-5 C.S.P. *Cf. infra* nos 463-466

[8] D. TABUTEAU, Sécurité sanitaire et agences..., *op. cit.*, p. 476.

2) La création d'institutions spécifiquement chargées de la sécurité sanitaire

413 La réforme de l'administration de la santé constitue l'élément le plus visible de la consécration de la sécurité sanitaire comme priorité des politiques de santé. Comme l'a souligné M. TABUTEAU, cette adaptation du service public de la santé aux nouveaux enjeux de la sécurité sanitaire a d'abord « *répondu à la nécessité pour la puissance publique de prendre en charge en urgence des missions émergentes ou tombées en déshérence* »[1]. Cette organisation nouvelle a donc été adoptée pour des motifs essentiellement circonstanciels, sans vraiment répondre à un plan prémédité. Il apparaît ainsi que seule l'Agence du médicament instituée par la loi du 4 janvier 1993 relative à la sécurité en matière de transfusion sanguine et de médicament[2] a véritablement fait l'objet d'études et de réflexions approfondies. Son succès a toutefois conduit les pouvoirs publics à l'ériger en institution-modèle et à multiplier ce type de structures spécialisées, ce qui, relève M. LEMOYNE DE FORGES, correspond en soi « *à un tournant dans la conception du rôle de l'État en matière sanitaire* »[3]

414 La réforme de l'administration sanitaire a suivi plusieurs étapes, principalement marquées par la loi du 4 janvier 1993 dont les dispositions ont été renforcées et étendues par celle du 1er juillet 1998. Elle correspond à la volonté d'améliorer le niveau de sécurité sanitaire du secteur de santé français par la rénovation des systèmes de veille, d'information et d'alerte sanitaires, par la rationalisation et l'amélioration des processus de décision et de réaction et, enfin, par le développement de la capacité à développer des réflexions de fond sur un certain nombre de sujets en vue d'éviter l'empirisme qui, jusque là, marquait l'action des autorités de santé publique.

Partant de ces objectifs, la réforme du système a suivi deux axes principaux. En premier lieu, les dispositifs de veille et d'alerte sanitaires ont été améliorés, grâce à la création de nouveaux outils d'information, dont ceux de la vigilance, et à la création de structures spécialisées dans la surveillance des risques sanitaires : le Réseau national de santé publique, puis l'InVs[4]. En second lieu, les pouvoirs publics ont remodelé l'administration de la santé, en suivant un schéma inédit de décentralisation fonctionnelle[5]. Sur cette base, des structures d'expertise indépendantes, ici désignées

---

[1] D. TABUTEAU, *ibid.*, p. 477.

[2] L. n° 93-5 du 4 janv. 1993 relative à la sécurité en matière de transfusion sanguine, préc.

[3] J.-M. LEMOYNE DE FORGES, L'intervention de l'État en matière sanitaire..., *op. cit.*, p. 498.

[4] Sur l'organisation actuelle de la veille sanitaire, *cf. supra* nos 264 s. et *infra* nos 536 s.

[5] La L. n° 98-535 du 1er juill. 1998 a achevé le dispositif par la constitution du Conseil national de sécurité sanitaire, notamment chargé de la coordination des actions menées par les différents acteurs de la santé pour la protection de la santé publique et la sécurité sanitaire, que la L. n° 2004-806 du 9 août 2004 a remplacé par un Comité national de santé publique à la vocation plus large (art. L. 1413-1 C.S.P.).

comme les « agences de sécurité sanitaire »[1], ont été instituées pour appuyer l'action de l'État. Trois principes directeurs ont guidé cette réforme institutionnelle : un principe d'évaluation scientifique des activités et des pratiques de santé, incluant le suivi des risques et leur expertise, un principe d'indépendance visant, d'une part, à assurer la séparation institutionnelle des fonctions de développement et de police sanitaire et, d'autre part, à garantir l'impartialité de l'expertise, et un principe de transparence cherchant à assurer le débat contradictoire, la confrontation des expertises, le partage de l'information et le débat public au moment de la décision et à permettre l'alerte précoce en cas de danger pour la santé publique.

Au total, six structures ont été progressivement créées pour assurer la sécurité sanitaire du système de santé : l'InVs, l'A.F.S.S.A.P.S., que le législateur du 1er juillet 1998 a fait succéder à l'Agence du médicament, la H.A.S., substituée à l'A.N.A.E.S. par la loi du 13 août 2004[2], l'I.R.S.N., qui a notamment absorbé l'O.P.R.I., l'Autorité de sûreté nucléaire (A.S.N.) créée par la loi du 13 juin 2006[3], et l'Agence de la Biomédecine, instituée par la loi de bioéthique du 6 août 2004 pour, entre autres, reprendre les missions antérieurement confiées à l'E.F.G[4]. Toutes ces agences n'ont pas exactement les mêmes missions, l'A.F.S.S.A.P.S., l'Agence de la Biomédecine se distinguant notamment en ce qu'elles disposent de pouvoirs de police sanitaire exercés au nom de l'État. Elles ont cependant toutes vocation à être des instances d'expertise, d'évaluation, de recommandation et d'alerte indépendantes des filières économiques et de l'administration centrale[5]. À ces structures, il convient en outre d'ajouter l'Établissement

---

[1] Bien que fréquente dans l'organisation administrative, le terme d'agence ne renvoie à aucune catégorie juridique déterminée. Les pouvoirs publics ont d'abord privilégié le statut d'association (pour l'Agence nationale de recherche sur le sida par exemple), puis celui de groupement d'intérêt public (pour la « première » Agence française du sang ou le R.N.S.P.), avant de retenir plus spécialement le statut d'établissement public, qui est celui de l'ensemble des Agences nationales de santé ainsi que celui de l'InVS, ou, plus récemment, d'autorité administrative indépendante pour la H.A.S. et l'A.S.N. Sur cette « notion institutionnelle », *cf.* notamment P. MAESTRE, *Les agences sanitaires nationales*, *op. cit.*

[2] La H.A.S., créée par la L. n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie précitée, a été mise en place le 1er janvier 2005. Son organisation et son fonctionnement sont fixés par le décr. n° 2004-1139 du 26 oct. 2004, *J.O.* du 27 oct., p. 18102.

[3] L. n° 2006-686 du 13 juin 2006 relative à la transparence et à la sécurité en matière nucléaire, préc. Autorité administrative indépendante, l'A.S.N. est chargée d'assurer, au nom de l'État, le contrôle de la sûreté nucléaire et de la radioprotection en France. Elle doit notamment contribuer à l'information et à la protection des patients contre les effets nocifs des rayonnements ionisants dans le cadre des dispositifs de radioprotection. Sur l'actualité de ce thème, *cf.* notamment la communication du 27 nov. 2007 de M. BIRRAUX lors de la réunion de l'O.P.E.C.S.T. du 27 novembre : *Radiothérapie : piste de réflexion et orientations de politique publiques* (*www.senat.fr*) et le « Plan de qualité sur la radiothérapie en France » présentée par la ministre chargée de la Santé le 29 nov. 2007 (*www.senat.fr et www.sante.gouv.fr* ; *B.J.S.P.* 2008, n° 110, Pan., p. 3)

[4] L'Agence de la biomédecine, créée dans le cadre de la révision des lois de bioéthique du 6 août 2004, a repris, le 10 mai 2005, les activités de prélèvement et de greffe d'organes, de tissus et de cellules confiées à l'Établissement français des Greffes depuis plus de dix ans et a élargi ses responsabilités aux domaines de la procréation, de l'embryologie et de la génétique humaines.

[5] Même l'I.R.S.N., qui est constitué sous la forme d'un établissement public industriel et commercial, obéit à cet impératif puisque le décr. du 22 févr. 2002 qui l'organise l'exclut expressément de toute responsabilité d'exploitant nucléaire (Art. 1-I du décr. n° 2002-254 du 22 févr. 2002 relatif à l'I.R.S.N., *J.O.* du 26 févr., p. 3585).

français du sang (E.F.S.). Bien que cet établissement « *opérateur du service public sanitaire* »[1] n'ait pas pour vocation première d'assurer la sécurité sanitaire, sa création, qui, comme celle de feu l'E.F.G., résulte directement du constat des dysfonctionnements du service public en termes de sécurité, ne peut en effet être dissociée de la consécration de cet impératif.

Deux établissements, l'E.F.S. et l'A.F.S.S.A.P.S., retiennent principalement l'attention, tant en raison de l'importance de leurs missions que de leur organisation qui est très représentative des nouvelles priorités de la santé publique.

415 Établissement public administratif de l'État placé sous la tutelle du ministère chargé de la Santé, l'E.F.S. a été créé par la loi du 1er juillet 1998 pour remplacer l'Agence française du sang dans ses missions d'organisation du service public transfusionnel[2]. Opérateur unique du service public transfusionnel, l'E.F.S. veille à la satisfaction des besoins en matière de produits sanguins labiles et à l'adaptation de l'activité transfusionnelle aux évolutions médicales, scientifiques et technologiques dans le respect des principes éthiques. Il organise sur le territoire national les activités de collecte de sang, de préparation et de qualification des produits sanguins labiles, ainsi que leur distribution aux établissements de santé, et gère directement les établissements de transfusion sanguine[3].

Dans la mesure où les impératifs liés à la sécurité sanitaire ont directement présidé à son organisation, l'E.F.S. est naturellement amené à participer à la sécurité du service public transfusionnel. L'article L. 1222-1 du Code de la santé publique soumet ses activités de gestion du service public transfusionnel au respect des conditions de sécurité définies par le Code de la santé publique et lui confie un rôle actif en matière d'hémovigilance[4]. Néanmoins, la sécurité sanitaire, en ce qu'elle suppose la dissociation des fonctions de développement et de contrôle des activités, a surtout joué comme un principe limitatif des compétences qui lui ont été confiées. D'une part, bien que chargé de la gestion du service public transfusionnel, l'E.F.S. ne dispose d'aucune compétence

---

[1] D. TABUTEAU, *La Sécurité sanitaire*, 2e éd., *op. cit.*, p. 196.

[2] La loi ne consacre pas expressément le caractère « administratif » de l'E.F.S. C'est cependant la qualification retenue par l'avis du C.E. du 27 oct. 2000, *Mme Torrent*, n° 222672, *D.A.* 2000, n° 254 ; *A.J.D.A.* 2001, p. 394, concl. D. CHAUVAUX ; *Petites affiches* 2001, n° 132, p. 23, note C. GUETTIER ; *D.* 2002, SC, 448, obs. P. BON et D. DE BÉCHILLON; *Jurisprudence de la santé* 2000-2001, p. 37 : La mission de santé publique concernée se rattache par son objet au service public administratif, ce qui a notamment pour effet d'unifier le contentieux des transfusions sanguines qui, désormais, ressortit entièrement des juridictions administratives. Sur cette question, se reporter à C. PAILLARD-CORMIER, L'établissement français du sang, *R.D.S.S.* 2001, n° 4, p. 763-777, spéc. p. 768-771. V. aussi les commentaires abondants rédigés sous la dir. de Mme DREIFUSS-NETTER sous l'art. L. 1222-1 C.S.P. des éd. Litec, 2007).

[3] Les établissements de transfusion sanguine sont des établissements locaux de l'E.F.S. Il ne sont pas dotés de la personnalité morale (art. L. 1223-1 C.S.P.).

[4] L'E.F.S. doit notamment « *assurer la transmission des données relatives à la sécurité sanitaire des produits sanguins à l'A.F.S.S.A.P.S. et des données épidémiologiques à l'InVs* ».

relative au développement économique de ce secteur. Les ministres chargés de la Santé et de la Sécurité sociale sont de la sorte seuls compétents pour fixer les tarifs de cession des produits sanguins labiles[1]. D'autre part, l'E.F.S. a perdu les compétences de police sanitaire antérieurement confiées à l'A.F.S. en sus de son rôle de gestionnaire[2]. Ce cumul de fonctions, peu compatible avec la règle nouvelle de la séparation institutionnelle des fonctions opérationnelles et des fonctions de police[3], a été supprimé par le législateur du 1er juillet 1998 qui a transféré le contrôle de la sécurité transfusionnelle à l'A.F.S.S.A.P.S. Celle-ci est donc seule habilitée pour agréer et contrôler les établissements de transfusion sanguine[4], pour enregistrer et évaluer les nouveaux produits sanguins labiles[5] et pour autoriser le recours à des produits sanguins labiles issus de collectes faites en dehors du territoire français[6]. Elle est également chargée de définir les principes de bonnes pratiques dont les établissements de transfusion sanguine doivent se doter[7].

416 Les pouvoirs de police sanitaire délégués à l'A.F.S.S.A.P.S. ayant déjà fait l'objet de développements[8], il n'est guère utile ici de les détailler plus avant. Il convient malgré tout de rappeler que cette Agence a succédé au ministre chargé de la Santé pour le contrôle de la sécurité des produits et des biens de santé. Le directeur général de l'Agence est à cette fin investi de larges prérogatives de puissance publique qu'il exerce au nom de l'État. Il assure ainsi la police sanitaire des produits et des biens de santé et est seul habilité à délivrer, à suspendre ou à abroger les autorisations de mise sur le marché de ces produits et de ces biens. Depuis l'entrée en vigueur de l'ordonnance du 1er septembre 2005, il assume en outre l'entière responsabilité de la publication des bonnes pratiques qu'il adopte par décision unilatérale[9]. L'A.F.S.S.A.P.S. bénéficie également d'importants pouvoirs de contrôle et d'investigation et dispose de son propre personnel d'inspection. Outre ces prérogatives de puissance publique, l'A.F.S.S.A.P.S. exerce encore un triple rôle d'expertise scientifique et de conseil, d'évaluation des risques sanitaires et d'alerte des populations et des autorités publiques en cas de danger. Elle agit en liaison avec les autres établissements et services concernés par la sécurité sanitaire, notamment l'InVs pour tout ce qui relève de la surveillance des risques sanitaires et le Comité national de

---

[1] Art. L. 1221-9 C.S.P.

[2] Instituée à la suite immédiate du drame de la transfusion sanguine, l'A.F.S., d'abord constituée sous la forme d'un groupement d'intérêt public en 1992, avant d'être érigée en établissement public administratif par la L. n° 93-5 du 4 janvier 1993 relative à la sécurité en matière de transfusion sanguine, était notamment chargée de missions concourrant à la coordination des activités de transfusion sanguine et à la sécurité des produits sanguins et de l'activité transfusionnelle.

[3] Sur ce principe d'indépendance, *cf. infra* n° 563.

[4] Art. L. 1223-2 C.S.P.

[5] Art. L. 1221-8 et L. 1221-8-2 C.S.P.

[6] Art. L. 1222-3 C.S.P.

[7] Art. L. 1223-3 C.S.P.

[8] *Cf. supra* n° 351.

[9] *Cf.* notamment l'art. L. 5121-5 C.S.P.

santé publique s'agissant de la coordination des politiques de santé auxquelles elle participe.

L'A.F.S.S.A.P.S. constitue le modèle type de l'agence de police sanitaire, dont l'organisation retient un système inédit en droit public français de décentralisation des prérogatives de puissance publique de l'État. La singularité première de cette organisation, très classique en apparence[1], réside dans la dualité des compétences de son exécutif. Agissant au nom de l'A.F.S.S.A.P.S., le directeur général accomplit tous les actes qui, n'étant pas réservés au Conseil d'administration, relèvent des fonctions traditionnelles de l'exécutif d'un établissement public administratif. Mais il est aussi investi de compétences de police sanitaire qu'il exerce, cette fois, au nom de l'État[2]. La mise en œuvre de ces prérogatives déléguées relève d'un pouvoir propre du directeur de l'Agence. Ses décisions ne sont donc soumises à aucun contrôle hiérarchique et le ministre chargé de la Santé ne dispose plus en la matière que du pouvoir, réservé au cas de menace grave pour la santé publique, de suspendre l'application d'une décision du directeur général pour que celui-ci procède à un nouvel examen du dossier ayant servi de fondement à la décision contestée[3].

417 La consécration de la sécurité sanitaire a ainsi conduit les pouvoirs publics à une réforme d'envergure du cadre structurel et institutionnel de la santé publique, que symbolise en particulier la création des agences de sécurité sanitaire. La mise en place de ces établissements publics spécialisés et indépendants a notamment permis de dégager le travail lié à la protection de la santé publique des perturbations extérieures qui, sous la forme d'enjeux de pouvoir ou d'enjeux économiques, ont souvent brouillé les impératifs liés à la sécurité. Ces structures se sont par ailleurs imposées comme les interlocuteurs principaux dans les secteurs dont elles ont la charge, ce qui a non seulement facilité le dialogue, tant avec les représentants du monde scientifique qu'avec le public, mais aussi la transmission de l'information aux autorités sanitaires et, partant, la rapidité et l'efficacité des décisions. Comme le note M. LEMOYNE DE FORGES, « *la multiplication de ces agences correspond sans aucun doute […] à un tournant dans la conception du rôle de l'État en matière sanitaire* »[4]. En tout état de cause, ce modèle a connu un large

---

[1] L'A.F.S.S.A.P.S. est administrée par un conseil d'administration paritaire, dont le président est nommé par décret, et est dirigée par un directeur général, lui aussi nommé par décret. Elle dispose d'un conseil scientifique, appelé à veiller « *à la cohérence de la politique scientifique de l'agence* », dont le président est désigné par le ministre chargé de la santé après avis dudit conseil (art. L. 5322-1 C.S.P.).

[2] Art. L. 5322-2 C.S.P.

[3] Art. L. 5322-2 C.S.P. Cette suspension prend la forme d'un arrêté motivé d'opposition à la décision du directeur général de l'A.F.S.S.A.P.S. qui dispose d'un délai de trente jour pour procéder au ré-examen du dossier.

[4] J.-M. LEMOYNE DE FORGES, L'intervention de l'État en matière sanitaire…, *op. cit.*, p. 498.

succès qui a rapidement conduit à son extension à des secteurs extérieurs au système de santé *stricto sensu.*

B.- L'EXTENSION MATÉRIELLE DE LA SÉCURITÉ SANITAIRE

418 La notion de sécurité sanitaire a connu un important succès qui a rapidement conduit les pouvoirs publics à en étendre les impératifs à des domaines qui, quoique ne relevant pas du cadre strict de la santé, touchent de près à la protection de la santé de la population. La sécurité sanitaire des aliments (1) puis la sécurité sanitaire environnementale (2) ont ainsi tour à tour justifié la création de nouveaux établissements publics.

1) La sécurité sanitaire des aliments

419 L'extension de la sécurité sanitaire au secteur alimentaire résulte de la loi du 1er juillet 1998. Ce recentrage politique sur les impératifs liés à la protection de la santé humaine est, comme souvent, directement issu de différentes crises sanitaires qui ont mis à jour l'insuffisance des dispositifs existants pour garantir la sécurité des produits alimentaires pour la santé de l'homme[1]. Car si l'hygiène des aliments constitue un axe traditionnel de l'ordre public sanitaire[2], en ce domaine également, les préoccupations d'ordre économique ont notablement brouillé les enjeux sanitaires. En premier lieu, la conception matérielle de la protection de la santé publique a fait de l'hygiène alimentaire une mission partagée entre les ministres chargés de l'Agriculture, de la Consommation et du Commerce et de l'Industrie dont les objectifs prioritaires ne sont pas ceux de la santé publique. Or cette situation a parfois conduit les autorités compétentes à mêler, sans les distinguer, les intérêts de la santé publique à d'autres intérêts généraux. Cela a, par exemple, été le cas de la police relative à la lutte contre les épizooties qui, appliquée à un certain nombre de maladies dont une partie seulement est susceptible d'affecter la santé humaine, a souvent été exercée à des fins économiques plus que sanitaires sans pour autant pouvoir être détachée de la protection de la santé publique[3]. En second lieu, le secteur économique de l'alimentation s'est considérablement transformé au cours du XXe siècle sous l'effet de l'industrialisation et de la technicisation des modes de production et

---

[1] V. en particulier l'avis du Conseil écoonomique et social n° 22 du 14 nov. 2001 sur le rapport présenté par M. Gilbert CAPP, *La sécurité sanitaire des aliments : un enjeu majeur*, Paris, Les éd. des Journaux officiels, 2001,135 p.

[2] L'hygiène des aliments a d'abord été régie par la L. du 1er août 1905 sur la répression des fraudes et la L. n° 83-660 du 21 juill. 1983 relative à la sécurité des consommateurs aux dispositions desquelles s'ajoutent notamment les pouvoirs de police générale relatifs à la salubrité des denrées comestibles, préc.

[3] Cette police est d'ailleurs expressément qualifiée de « sanitaire » par le C. rur. (art. L. 223-1 et s). *Cf.* pour illustration les art. L. 223-9 à L. 223-25 de ce Code relatifs à la lutte contre la rage, la fièvre aphteuse, la morve des équidés, la péripneumonie contagieuse bovine et la peste bovine. Seules les deux premières maladies sont transmissibles à l'homme.

de fabrication des aliments, de la globalisation des marchés et de la montée en puissance de la grande distribution. En réalité, les risques sanitaires dans le domaine agroalimentaire ne sont pas plus fréquents qu'autrefois[1], mais la nature et l'incidence de ces risques ont changé. Tout d'abord, la recherche constante de productivité et l'utilisation des nouvelles technologies ont largement accru la part des risques iatrogènes, imputables au fonctionnement de la société industrialisée. Ensuite, la globalisation des marchés et le développement des modes de production et de distribution internationaux interdépendants ont conduit à une interpénétration croissante des risques. De type sériel, les nouveaux risques alimentaires sont susceptibles d'affecter un grand nombre de personnes en entraînant des accidents en chaîne. Il est, par ailleurs, devenu extrêmement difficile d'en identifier l'origine et/ou l'incidence exactes sans l'aide d'un dispositif précis de traçabilité.

420 Soulignée par plusieurs rapports parlementaires[2], l'obsolescence du dispositif de prévention des risques alimentaires a été particulièrement critiquée par le rapport d'information de la commission des affaires sociales du Sénat relatif aux conditions du renforcement de la veille sanitaire et du contrôle de la sécurité sanitaire des produits destinés à l'homme[3]. Son auteur a notamment pointé la mauvaise connaissance du risque lié à l'alimentation, le manque d'indépendance des autorités chargées du contrôle et le peu de cohérence de la police sanitaire, essentiellement tournée vers la santé animale. Partant de ce constat et des propositions émises, le législateur du 1er juillet 1998 a inclus la surveillance des risques sanitaires liés à l'alimentation humaine dans le champ des compétences de l'InVs et a créé une structure indépendante, spécialisée dans la sécurité sanitaire des aliments : l'A.F.S.S.A.

Selon les dispositions de l'article L. 1323-1 du Code de la santé publique, cet établissement public administratif de l'État est placé sous la triple tutelle des ministres chargés de l'Agriculture, de la Consommation et de la Santé. Il a pour mission de contribuer à assurer la sécurité sanitaire dans le domaine de l'alimentation dans le but d'assurer la protection de la santé humaine[4]. Le champ de ses compétences a été très

---

[1] Selon le recensement des cas de toxi-infections alimentaires, ils auraient même tendance à diminuer. Les cas de listériose, par exemple, ont été divisés par trois entre 1987 et 1997 comme l'a rappelé M. GLAVANY lors de la journée d'auditions sur la sécurité sanitaire organisée au Sénat le 25 mai 2000 (*La sécurité sanitaire après la loi du 1er juillet 1998 : état des lieux et perspectives en France et en Europe*, Rapport d'information n° 445 (1999-2000) fait par J. DELANEAU au nom de la commission des Affaires sociales du Sénat, p. 95).

[2] *Cf.* entre autres *De la « vache folle » à la « vache émissaire »*, Rapport d'information de l'Assemblée nationale n° 3291, enregistré le 15 janv. 1997 ; le rapport présenté par M. DENEUX, au nom de la commission des Affaires économiques et du Plan du Sénat sur le projet de loi, adopté par l'Assemblée nationale, relatif à la qualité sanitaire des denrées destinées à l'alimentation humaine ou animale, *J.O.* Sénat, n° 288 (1996-1997) et *L'ESB : une crise de société ?*, Rapport de commission d'enquête n° 3138, enregistré à la présidence de l'Assemblée nationale le 13 juin 2001.

[3] C. HURIET, *Renforcer la sécurité sanitaire en France*, *op. cit.*, 512 p.

[4] Art. L. 1323-1 C.S.P.

largement défini par le législateur puisqu'il s'étend « *de la production des matières premières jusqu'à la distribution au consommateur final* ». À la différence de l'A.F.S.S.A.P.S. cependant, cette agence est dépourvue de pouvoirs de police et de contrôle, exception faite du médicament vétérinaire. Elle n'a donc pas été instituée pour exercer les prérogatives de police et de surveillance de l'État dans le domaine alimentaire, même si elle n'en constitue pas moins « *un pôle essentiel de la sécurité sanitaire* »[1].

Premièrement, l'A.F.S.S.A. exerce une importante mission d'évaluation des risques sanitaires et nutritionnels éventuellement présentés par les aliments destinés à l'homme ou aux animaux[2]. À cette fin, elle est investie d'une quadruple fonction de veille, d'expertise scientifique et technique, de recherche et d'information des professionnels, des pouvoirs publics et des consommateurs[3]. Deuxièmement, l'A.F.S.S.A. collabore étroitement aux activités de lutte contre les risques alimentaires pour la santé publique. On signalera, dans un premier temps, que si l'A.F.S.S.A. n'a pas été instituée pour être l'autorité de police de droit commun en matière de sécurité alimentaire, elle exerce malgré tout d'importantes prérogatives en matière de médicaments vétérinaires pour le contrôle desquels elle assume une partie des responsabilités de l'État. Elle détient d'une part, le pouvoir de délivrer, de suspendre ou de retirer les autorisations de mise sur le marché des produits qui ne font pas l'objet de la procédure d'autorisation communautaire[4]. L'ordonnance n° 2005-1087 du 1er septembre 2005 a, d'autre part, donné au directeur général de l'agence le pouvoir de décider des règles de bonnes pratiques applicables à ces médicaments[5]. L'A.F.S.S.A. est, enfin, obligatoirement consultée lors de l'élaboration des normes réglementaires relatives aux médicaments vétérinaires[6] ainsi que sur les projets de dispositions législatives ou réglementaires relatives à la lutte contre les maladies des animaux ou le contrôle de produits végétaux susceptibles d'être consommés par l'homme, à la qualité et à la salubrité des denrées propres à l'alimentation humaine et animale, au traitement des denrées impropres et aux importations, exportations et échanges intracommunautaires d'animaux, de produits

---

[1] D. TABUTEAU, *La Sécurité sanitaire*, 2e éd., *op. cit.*, p. 192.

[2] Art. L. 1323-1 C.S.P.

[3] Art. L. 1323-2 C.S.P. Le travail de l'A.F.S.S.A. obéit au principe de transparence qui l'oblige notamment à jouer un rôle d'information du public. L'art. L. 1323-2 11° lui confie ainsi le soin de mener toute action d'information, en particulier auprès des consommateurs, ou toute action de formation et de diffusion d'une documentation scientifique et technique se rapportant aux missions de l'établissement. Ces actions peuvent éventuellement être menées en collaboration avec un ou plusieurs établissements d'enseignement et de recherche. Par ailleurs, l'A.F.S.S.A. doit rendre publics tous ses avis et ses recommandations, dans les limites imposées par le respect du secret industriel. Son rapport annuel d'activité, adressé au Gouvernement et au Parlement, est également rendu public (art. L. 1323-2 12°). Elle est encore chargée d'organiser des auditions publiques sur des thèmes de santé publique (art. L. 1323-2 13°).

[4] Art. L. 5141-5 C.S.P.

[5] Art. L. 5141-4 C.S.P.

[6] Art. L. 5141-16 C.S.P.

animaux et de produits destinés à l'alimentation humaine et animale[1]. Il faut, dans un second temps, relever que le législateur a donné à l'agence les moyens suffisants pour influencer, si ce n'est en fait déterminer le sens et le contenu des mesures adoptées par les autorités décisionnelles compétentes. L'A.F.S.S.A., qui fournit à ces autorités l'expertise et l'appui scientifique et technique nécessaires à l'exercice de leurs missions, a la capacité d'initier les actions destinées à préserver la santé publique[2]. Elle peut déjà se saisir ou être saisie par une association agrée de consommateurs de toute question entrant dans son champ de compétences et « *proposer aux autorités compétentes toutes mesures de nature à préserver la santé publique* ». Lorsque celle-ci est menacée par un danger grave, l'A.F.S.S.A. peut en outre recommander l'adoption des mesures de police sanitaire nécessaires. Dans un troisième temps, il importe enfin de souligner qu'à défaut de disposer de son propre personnel d'inspection, l'A.F.S.S.A. exerce des responsabilités importantes dans l'organisation et la mise en œuvre du contrôle sanitaire[3].

Ni instance exclusive d'expertise sanitaire, ni autorité de police de droit commun, l'organisation de l'A.F.S.S.A. retient un schéma original par rapport au modèle initial d'agence de sécurité sanitaire et ne bénéficie pas de prérogatives déléguées à la hauteur de celles dévolues à l'A.F.S.S.A.P.S. D'abord conçue pour être une instance d'expertise et d'appui scientifiques et techniques indépendante[4], sa création n'a donc pas bouleversé la répartition des compétences de police, d'inspection et de contrôle. La gestion du risque alimentaire est toujours placée sous la responsabilité des autorités ministérielles et les prérogatives de l'administration générale sont inchangées.

421 Il reste que la mise en place de l'A.F.S.S.A. a très nettement amélioré l'efficacité de la réaction sanitaire face au risque alimentaire. Son institution comme lieu d'expertise unique a d'abord permis de remédier à l'éparpillement de l'information et de rationaliser les procédures d'évaluation. Mais au-delà même de la question de ses compétences, la création de l'A.F.S.S.A. correspond surtout à un tournant dans la conception de la santé

---

[1] Art. L. 261-2 C. rur.

[2] *Cf.* l'art. L. 1323-2 C.S.P. Sur l'influence actuelle des experts, *cf. infra* n°s 559 s.

[3] Selon l'art. L. 1323-2 10° C.S.P., l'A.F.S.S.A « *est consultée sur les programmes de contrôle et de surveillance mis en œuvre par les services compétents de l'État et peut proposer des priorités ou formuler des recommandations. Elle peut demander aux ministres concernés de faire procéder aux contrôles ou investigations nécessaires par les agents habilités [… et] reçoit toutes les informations issues des rapports d'inspection ou de contrôle ayant mis en évidence un risque pour la santé de l'homme et entrant dans son champ de compétence* ». L'A.F.S.S.A. procède enfin à l'évaluation des études effectuées ou demandées par les services de l'État et des méthodes de contrôle utilisées et contribue à la bonne organisation, à la qualité et à l'indépendance de ces études et contrôles.

[4] Ce choix du législateur correspond aux directives du *Codex alimentarius* prônant une séparation tranchée entre l'évaluation du risque, qui relève d'une expertise scientifique indépendante, et la gestion du risque, qui incombe au pouvoir politique. Comme toutes les directives et recommandations de la Commission du *Codex Alimentarius*, ces normes ne sont pas directement contraignantes pour les Etats et n'ont de valeur juridique que lorsqu'elles sont intégrées aux réglementations nationales. Elles sont toutefois devenues les points de repère sur lesquels fonder les évaluations des mesures et des réglementations nationales dans le cadre des paramètres juridiques des accords du Cycle d'Uruguay et sont utilisées comme standards de référence lors du règlement des différends liés au commerce international des aliments : V. le portail internet de la F.A.O. : *www.fao.org*.

publique et de la sécurité alimentaire, qui a favorisé le développement de la réglementation sanitaire applicable au secteur agroalimentaire et a notamment permis d'imposer de nouvelles obligations sanitaires en ce domaine.

Si, en matière alimentaire, la décentralisation des fonctions de régulation des risques reste donc bien en deçà de ce qui a été opté dans le secteur des produits et biens de santé, la création de l'A.F.S.S.A. signale donc malgré tout un recentrage politique autour des impératifs liés à la protection de la santé humaine[1]. Ce but, clairement exprimé par l'article L. 1323-1 du Code de la santé publique, ressort de la dénomination même de l'A.F.S.S.A. qui définit objectivement et précisément sa vocation par l'emploi de l'expression « sécurité sanitaire des aliments » en lieu et place de la notion traditionnelle de « sécurité alimentaire ». C'est également ce recentrage sur la protection de la santé qui a guidé la deuxième étape de l'extension de la sécurité sanitaire au secteur de l'environnement.

2) La sécurité sanitaire environnementale

422 L'extension de la sécurité sanitaire au secteur de l'environnement a été envisagée dès le vote de la loi du 1er juillet 1998 dont l'article 14 prévoit que, dans un délai de six mois suivant la date de sa promulgation, le Gouvernement devra remettre au Parlement un rapport sur l'opportunité et la faisabilité d'une agence spécialisée en ce domaine. À cette fin, le Gouvernement a confié une mission parlementaire d'information à deux députés, Mme GRZEGRZULKA et M. ASCHIÉRI. Leur rapport, remis au Premier ministre dès le 18 novembre 1998[2], a notamment mis en exergue la nécessité de renforcer la cohérence des dispositifs de sécurité sanitaire environnementale et a préconisé la mise en place d'une agence complétant le dispositif instauré par la loi du 1er juillet 1998.

Cette proposition d'extension de la sécurité sanitaire à l'environnement résulte d'un double constat. Outre l'émoi provoqué par la catastrophe de Tchernobyl, elle découle, en premier lieu, de la prise en compte des risques environnementaux pour la santé humaine qu'a permis le progrès des connaissances sur les effets à long terme de risques tels que la pollution urbaine, le radon, l'usage de pesticides, la diffusion de poussières d'amiante ou l'utilisation des éthers de glycol et qui a mis en évidence la nécessité d'identifier l'impact de l'environnement sur la santé de l'homme. Elle est née,

---

[1] Cette ambition a été clairement relayée au niveau communautaire par la mise en place d'un organe analogue : l'Autorité européenne de sécurité des aliments (Règl. (CE) n° 178/2002 du Parlement européen et du Conseil du 28 janv. 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, *J.O.U.E.* n° L 32 du 1er févr., p. 1-24).

[2] O. GRZEGRZULKA et A. ASCHIÉRI, *Propositions pour le renforcement de la sécurité sanitaire environnementale*, Rapport au Premier ministre, 18 nov. 1998. *Cf.* également le dossier « Santé et environnement » paru à la *R.D.S.S.* 2006, n° 2.

en second lieu, de la volonté d'assurer la coordination des travaux menés par les multiples organismes de recherche et d'expertise existants dont il est apparu nécessaire de garantir la cohérence afin d'améliorer l'efficacité des actions menées pour réduire les risques sanitaires environnementaux.

423 Elle aussi devenue un axe politique majeur, la sécurité environnementale est aujourd'hui très nettement valorisée par les pouvoirs publics[1]. Premièrement, elle bénéficie d'une source constitutionnelle qui lui est spécifique depuis que la Charte de l'environnement, dont l'article 1er consacre le droit de « *chacun de vivre dans un environnement équilibré et respectueux de la santé* », a été adossée à la Constitution[2]. Deuxièmement, la sécurité sanitaire environnementale perd peu à peu de son sens écologique initial pour être plus largement comprise comme un impératif de protection de la santé humaine contre les risques inhérents à l'ensemble des milieux de vie. C'est cette perspective fonctionnelle que l'ordonnance du 1er septembre 2005 a mis en exergue en élargissant la sécurité sanitaire environnementale à la protection de la santé au travail.

En dépit de l'importance qui lui est aujourd'hui accordée et de la précocité des propositions parlementaires visant à l'organiser, ce n'est pourtant que le 9 mai 2001 qu'a été votée la loi relative au renforcement de la sécurité sanitaire environnementale[3]. Ce retard s'explique d'abord par la tardiveté de l'inscription à l'ordre du jour de l'Assemblée nationale des propositions qui se sont succédées depuis le 31 mars 1999[4]. Il résulte ensuite des nombreux désaccords qui ont opposé les deux chambres lors de la navette parlementaire sur la nature et l'étendue des fonctions devant être attribuées à l'agence de sécurité sanitaire, notamment au regard des missions relatives à la radioprotection[5].

424 Le texte définitif institue deux nouvelles structures chargées de la sécurité sanitaire environnementale : l'I.R.S.N., qui est un établissement public industriel et commercial spécialisé dans le domaine de la radioprotection[6], et l'Agence française de sécurité sanitaire de l'environnement que l'ordonnance n° 2005-1087 du 1er septembre 2005 a transformé en l'Agence française de sécurité sanitaire de l'environnement et du travail (A.F.S.S.E.T.). Cette agence est, comme l'A.F.S.S.A.P.S. et l'A.F.S.S.A., un établissement public administratif de l'État à vocation d'expertise et d'évaluation. Elle est

---

[1] V. notamment le dossier « Santé et environnement », *R.D.S.S.* 2006, n° 2, p. 187-247 et spéc. les remarques préalables de M. BORGETTO, p. 187-188.

[2] Art. 1er de la Charte de l'environnement (L.C. n° 2005-205 du 1er mars 2005, *J.O.* du 2 mars, p. 3697).

[3] L. n° 2001-398 du 9 mai 2001 relative au renforcement de la sécurité sanitaire environnementale, préc.

[4] *Cf.* les propositions de loi nos 1504, 2279 et 2315 successivement déposées à l'Assemblée nationale les 31 mars 1999, 27 mars et 4 avr. 2000 par D. CHEVALLIER, A. ASCHIÉRI et J.-P. BRARD.

[5] Ces divergences persistantes ont rendu nécessaires la constitution d'une commission mixte paritaire et le recours du Gouvernement à l'art. 45 al. 3 de la Constitution.

[6] Art. 2 du décr. n° 2002-254 du 22 févr. 2002 relatif à l'I.R.S.N., préc.

aujourd'hui placée sous la triple tutelle des ministres chargés de l'Environnement, de la Santé et du Travail[1]. En plus de ces deux organismes, la loi du 13 juin 2006 a institué une autorité administrative indépendante, l'Autorité de sûreté nucléaire, qui est spécialement chargée d'assurer, au nom de l'État, le contrôle de la sûreté nucléaire et de la radioprotection en France pour contribuer à l'information des citoyens et assurer la protection des travailleurs, des patients, du public et de l'environnement contre les risques liés aux activités nucléaires.

425 L'article L. 1336-1 du Code de la santé publique définit très largement le champ des compétences de l'A.F.S.S.E.T., qui a « *pour mission de contribuer à assurer la sécurité sanitaire dans les domaines de l'environnement et du travail et d'évaluer les risques sanitaires qu'ils peuvent comporter* ». Elle fournit aux autorités compétentes toutes les informations sur ces risques ainsi que l'expertise et l'appui technique nécessaires à l'élaboration des dispositions législatives et réglementaires et à la mise en œuvre des mesures de gestion des risques. À cette fin, l'A.F.S.S.E.T. est chargée d'organiser un réseau permettant de coordonner les travaux d'évaluation des risques sanitaires menés par les services et les établissements publics ainsi que les organismes disposant de capacités d'expertise dans des domaines relevant de sa compétence et de recueillir les données scientifiques et techniques nécessaires à l'exercice de ses missions[2]. Elle peut être saisie par l'ensemble des ministres, par les établissements publics de l'État, par les organismes représentés dans son conseil d'administration ainsi que par les associations agréées au niveau national dans les domaines de la protection de l'environnement, de la santé, de la défense des consommateurs et par les associations d'aide aux victimes du travail ou de maladies professionnelles représentées au sein du Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante (F.I.V.A.)[3].

L'organisation de l'A.F.S.S.E.T. appelle plusieurs remarques. On observera tout d'abord que sa création n'a pas emporté de bouleversements institutionnels majeurs. L'A.F.S.S.E.T. ne dispose d'aucune prérogative de puissance publique, sauf, depuis 2005, en ce qui concerne l'accès à l'information sur les risques. Les pouvoirs publics ont

---

[1] Inaugurée le 27 nov. 2002, l'Agence a été organisée par le décr. n° 2002-299 du 1er mars 2002 (*J.O.* du 2 mars, p. 4024) notamment modifié par le décr. n° 2006-676 du 8 juin 2006 précité pour tenir compte de l'extension de ses compétences. *Cf.* également les décr. n° 2006-1675 et n° 2006-1677 du 22 déc. 2006 relatifs à la répartition des missions d'expertise du C.S.H.P.F. entre le H.C.S.P. et les agences de sécurité sanitaire et modifiant le C.G.C.T., le C. cons. et le C.S.P., *J.O.* du 27 déc., p. 19696 et p. 19698.

[2] Pour cela, l'ord. n° 2005-1087 du 1er sept. 2005 a donné à l'Agence la capacité d'accéder, à sa demande et dans des conditions préservant la confidentialité des données à l'égard des tiers, aux informations nécessaires à l'exercice de ses missions et détenues par toute personne physique ou morale sans que puisse lui être opposé le secret médical ou le secret en matière commerciale et industrielle. Elle a également accès aux données collectées par les services de l'État ou par les établissements publics placés sous sa tutelle et est destinataire des rapports et expertises entrant dans son domaine de compétence (art. L. 1336-1 C.S.P.).

[3] Art. L. 1336-2 C.S.P.

en outre maintenu les structures de recherche et d'expertise préexistantes qu'il n'a pas été jugé utile de fondre au sein de l'Agence, tant en raison de leur multiplicité et de la diversité de leur statut et de leur personnel qu'en raison de l'éventuelle perte de compétences qu'aurait entraîné une telle réorganisation. Le choix a donc été fait d'opter pour une formule souple qui préserve les compétences existantes sans les déstructurer. L'A.F.S.S.E.T. se situe de la sorte en net retrait par rapport aux autres agences de sécurité sanitaire puisqu'elle ne dispose ni de pouvoirs décisionnels directs, ni de capacités d'expertise propres, mais seulement de la possibilité de mobiliser les compétences des structures existantes. Chargée d'organiser un réseau entre ces organismes de recherche et d'expertise dont elle synthétise les travaux, cette agence se présente avant tout comme une instance de coordination. Il importe ensuite de relever que la compétence générale de l'A.F.S.S.E.T. est considérablement limitée par celle de l'I.R.S.N. et de l'A.S.N. qui sont spécifiquement chargées des missions relatives à la radioprotection. Force est enfin de constater que la sécurité sanitaire environnementale, telle qu'elle est actuellement perçue, est essentiellement axée sur la protection de la santé de l'homme contre « *les risques résultant des pollutions, dégradations et transformations de l'environnement* »[1]. Bien qu'étendue « à l'ensemble des milieux de vie » par l'ordonnance du 1er septembre 2005, elle ne correspond donc pas exactement à la notion traditionnelle d'hygiène du milieu, mais envisage la matière sous un angle essentiellement anthropique, à travers les désordres positifs créés par l'homme[2]. Cette caractéristique signale le particularisme de la sécurité sanitaire, qui concerne avant tout la lutte contre les risques d'accidents provoqués par le fonctionnement de la société industrialisée, et constitue un premier élément de différenciation de cette notion de celle d'ordre public sanitaire.

426 Il n'en demeure par moins que cette extension de la sécurité sanitaire à l'environnement témoigne, en cette matière également, d'un recentrage politique sur les impératifs de santé publique puisqu'elle place résolument la protection de la santé humaine au cœur de l'action de l'État. « *Santé publique et environnement*, écrit M. TABUTEAU, *ont désormais une politique commune clairement identifiée : la réduction des risques pour la santé humaine* »[3]. Cette consécration des liens unissant la santé publique et l'environnement, déjà profilée par la création en 1992 d'une unité Santé-Environnement au sein du R.N.S.P., est d'autant plus importante que nombre de polices à vocation sanitaire, telles la police des installations classées ou celles relatives à la lutte contre la pollution des eaux et de l'air, ont été confiées à l'administration de

---

[1] D. TABUTEAU, *La Sécurité sanitaire*, 2e éd., *op. cit.*, p. 28.

[2] Il est d'ailleurs assez révélateur que lors de la recodification de la partie législative du C.S.P., l'expression « Santé et environnement » ait été substituée à la notion traditionnelle d'« hygiène du milieu ».

[3] D. TABUTEAU, *La Sécurité sanitaire*, 2e éd., *op. cit.*, p. 27.

l'Environnement. Elle signe par ailleurs l'aboutissement d'une tendance déjà perceptible dans les importantes réformes de fond qui ont été engagées dans ce domaine depuis le début des années 1990 et qui ont conduit à un renforcement significatif des dispositifs législatifs et réglementaires relatifs à la protection sanitaire environnementale. On pense, par exemple, à la loi BARNIER du 2 février 1995 qui, entre autres, réglemente la gestion des déchets[1] ou encore à la loi du 30 décembre 1996 sur l'air et l'utilisation rationnelle de l'énergie qui, consacrant dans son premier article le droit « *de ne pas respirer un air nuisible pour sa santé* », organise la lutte contre les pollutions atmosphériques et introduit des données relatives à la santé dans les études d'impact[2].

427 Au total, il apparaît donc que la notion de sécurité sanitaire, en ce qu'elle fait de la protection de la santé humaine un enjeu politique et juridique majeur s'imposant dans des domaines de plus en plus largement définis, a amplement invité l'État à reconsidérer la nature et le champ de ses responsabilités pour la protection de la santé publique. D'une part, l'accent mis sur la sécurité et la nécessité d'une prévention plus active des risques pour la santé humaine a conduit dans les esprits à une nette revalorisation de la fonction régalienne, longtemps sous-estimée, de lutte contre les risques sanitaires. D'autre part, la conscience nouvelle de l'importance et de la gravité des accidents iatrogènes a introduit une dimension supplémentaire de sécurité à la santé publique, assigné à l'État un devoir de protection contre les risques liés aux activités humaines et, partant, soumis son action à de nouveaux impératifs.

Cette revalorisation de la santé publique a logiquement conduit à la résurgence des dispositifs juridiques de la prévention collective des risques sanitaires, parmi lesquels se situent les instruments de l'ordre public sanitaire. C'est toutefois d'un renouveau de l'ordre public sanitaire qu'il faut parler car si la sécurité sanitaire fait appel aux moyens de la puissance publique, elle dévoile aussi une conception nouvelle de la santé publique et développe de nouveaux liens entre sécurité et santé.

§2.- LE RENOUVEAU DE L'ORDRE PUBLIC SANITAIRE

428 Quoiqu'elle ne relève pas uniquement de la responsabilité des services et des autorités publics, la sécurité sanitaire, comme toute fonction de sécurité, est une mission essentielle de l'État auquel il revient d'organiser et d'assurer la lutte contre les risques sanitaires. Elle fait de la sorte appel à l'exercice de l'*imperium* et suppose le recours aux instruments du maintien de l'ordre public. Au-delà de la renaissance de la santé publique,

---

[1] L. n° 95-101 du 2 févr. 1995 relative au renforcement de la protection de l'environnement, préc.

[2] L. n° 96-1236 du 30 déc. 1996 sur l'air et l'utilisation rationnelle de l'énergie, préc. (art. L. 122-3 C. envir.).

la sécurité sanitaire signe donc également celle de l'ordre public sanitaire et de ses instruments[1].

La consécration de la sécurité sanitaire marque ainsi le retour de la fonction de police administrative comme celui du contrôle des activités publiques et privées (A). Force est toutefois de relever que ces instruments classiques de l'ordre public sanitaire sont reparus sous un jour transformé : en élargissant le devoir de protection de la santé publique de l'État à la prévention des risques iatrogènes, la sécurité sanitaire a en effet sensiblement modifié le cadre structurel de son intervention en faisant émerger une nouvelle conception des liens unissant la santé à la sécurité (B).

A.- LA RÉSURGENCE DE L'ORDRE PUBLIC SANITAIRE

429 L'inscription de la sécurité sanitaire parmi les priorités de l'action publique de santé a conduit les pouvoirs publics à renouer avec les instruments classiques de la lutte contre les risques sanitaires, dont ceux de l'ordre public sanitaire (1). Ses effets ne sauraient toutefois être réduits à ce retour d'instruments anciens auxquels la sécurité sanitaire assigne un objectif renforcé de sécurité (2).

1) L'emprunt des instruments de l'ordre public sanitaire par la sécurité sanitaire

430 On sait que pour parvenir à l'objectif de santé publique, la politique de la santé utilise largement les instruments de la police administrative. Il n'est donc pas surprenant que le renouveau de la santé publique induit par la consécration d'une obligation collective de sécurité sanitaire ait aussi favorisé le retour de cette fonction traditionnelle de l'État. Plus que logique, cette résurgence est même naturellement portée par la sécurité sanitaire qui, sans se confondre avec la notion d'ordre public sanitaire, entretient avec elle des liens très étroits.

431 La sécurité sanitaire et l'ordre public sanitaire se rejoignent déjà, et c'est le plus évident, d'un point de vue matériel en ce que tous deux, bien qu'à des degrés divers, mettent l'accent sur des impératifs de lutte contre les désordres sanitaires créés par l'homme. La sécurité sanitaire, qui renvoie à une exigence de prévention des risques sanitaires endogènes de la collectivité humaine recoupe ainsi certains axes de l'ordre public sanitaire qui, traditionnellement, sert, au-delà de la pure défense, à préserver la collectivité de certains désordres positifs d'origine humaine[2]. Il n'est donc guère étonnant

---

[1] Sur ce point, v. notamment D. TABUTEAU, *La Sécurité* sanitaire, *op. cit*, et Sécurité sanitaire et droit de la santé, *op. cit.*, p. 824-826. *Cf.* également M.-L. MOQUET-ANGER, Ordre public et santé publique, *op. cit.*, p. 203 s.

[2] *Cf. supra* nos 84 s.

que l'inscription de la sécurité sanitaire parmi les objectifs de la politique de santé ait à la fois renforcé et enrichi les actions classiquement menées au titre de cette fonction secondaire de l'ordre public sanitaire en vue d'organiser des conditions sanitaires propres à garantir la sécurité collective.

Cet apport se remarque tout d'abord dans le domaine classique de l'hygiène publique qui, grâce au développement de la sécurité sanitaire alimentaire et environnementale, a connu de nouvelles impulsions. C'est ce qu'illustre, par exemple, la loi d'orientation de la santé publique du 9 août 2004 qui, expression d' « *un certain retour à "l'État policier"* »[1], a notamment réformé les dispositifs relevant de la police des eaux destinées à la consommation humaine, largement renforcée[2], et organisé la protection de la population contre les rayonnements non ionisants[3].

La contribution de la sécurité sanitaire au développement de l'ordre public sanitaire s'observe ensuite dans le secteur de la santé *stricto sensu* où l'accent mis sur la sécurité a conduit les pouvoirs publics à développer la prévention des risques iatrogènes, soit au sein de l'administration « traditionnelle » de la santé, soit dans le cadre des agences spécifiquement dédiées à la sécurité sanitaire. La sécurité sanitaire a de la sorte conduit à un développement nouveau des dispositifs d'encadrement et de contrôle des activités de santé relevant traditionnellement de l'ordre public sanitaire : réglementation et surveillance des professions de santé et des activités de prévention, de diagnostic ou de soins, contrôle de la fabrication et de la distribution des produits et des biens de santé, etc. Si souvent souligné, le développement quasi-exponentiel de la réglementation de santé publique, constitue ainsi l'un des effets les plus immédiats et les plus visibles de la consécration de la sécurité sanitaire[4]. C'est ce que signale en droit médical et hospitalier la multiplication des règles encadrant l'exercice des activités de soins *lato sensu.* On peut encore illustrer ce point en prenant l'exemple du secteur des produits et des biens de santé qui, depuis une vingtaine d'années, a, selon les vœux exprimés par le sénateur HURIET, fait l'objet d'un renforcement constant du contrôle exercé par les autorités publiques[5].

432 Mais au-delà, et cette question est moins souvent abordée, la sécurité sanitaire exige aussi, par son ambition renforcée d'une sécurité à la fois collective et individuelle, une reprise en main des éléments premiers de défense sanitaire portés par la notion

---

[1] J.-M. LEMOYNE DE FORGES, Le droit des politiques publiques de protection sanitaire. Rapport de synthèse du colloque de l'A.F.D.S. du 17 mars 2005, *op. cit.*, p. 134.

[2] Art. L. 1321-10 et L. 1322-13 C.S.P. Sur l'état actuel de la réglementation : *cf.* le décr. n° 2007-49 du 11 janv. 2007 relatif à la sécurité sanitaire des eaux destinées à la consommation humaine, *J.O.* du 12 janv., p. 778 ; *A.J.D.A.* 2007, n° 3, p. 117.

[3] Art. L. 1333-21 C.S.P.

[4] Sur ce point, *cf.* D. TABUTEAU, Sécurité sanitaire et agences, le renouveau de la santé publique, *op. cit.*, p. 473 s., spéc. p. 474-476.

[5] *Cf. infra* n° 618.

d'ordre public. De même que la défense sanitaire s'impose comme le préalable nécessaire à toute intervention constructive de l'ordre, la sécurité sanitaire ne peut exister sans que le maintien minimal de l'ordre public sanitaire ne soit garanti. Ceci explique que les polices sanitaires exercées dans le cadre de la sécurité sanitaire développent fréquemment une double ambition de défense collective contre les risques sanitaires et de protection de la sécurité des personnes. Dès lors qu'elles se rejoignent dans un objectif commun d'élimination des risques pour la santé humaine, ces deux ambitions, pourtant différentes à bien des égards, sont, en pratique, bien difficiles à distinguer dans la mesure où toutes deux correspondent à un objectif d'élimination des risques sanitaires pour la santé humaine.

« *L'émergence des préoccupations de sécurité sanitaire s'est [de la sorte] accompagnée d'un renouveau des législations et des pouvoirs de police sanitaire* »[1]. L'apparition régulière de nouvelles polices quadrillant le secteur de la santé et le développement de la réglementation de santé, destinée à ne laisser aucune zone d'ombre dans la prévention des risques, ont même pris une ampleur telle que certains auteurs y ont trouvé, comme M. CORMIER, le point de départ de la création d'un ordre public sanitaire[2].

Le choix qui a été fait ici d'une approche dynamique de la notion, principalement abordée sous l'angle de sa fonction, empêche de souscrire à cette opinion : l'ordre public sanitaire correspond à cette « *longue tradition de la police sanitaire en application de laquelle les pouvoirs publics ont un devoir de protéger collectivement les populations contre les risques qui pourraient menacer leur santé* »[3].

Une telle remarque présente toutefois un double intérêt. Elle est, déjà, révélatrice d'une véritable « redécouverte » de cette fonction majeure de l'État qui, liée à sa résurgence, doit beaucoup à la définition d'une obligation collective de sécurité sanitaire[4]. La lutte contre les désordres en matière sanitaire appliquée à la lutte contre les risques sanitaires engage en effet les pouvoirs publics à une « reprise en main » de l'ordre public sanitaire, ne serait-ce qu'en incitant l'État à remédier aux dysfonctionnements du système de santé publique et à se doter des moyens propres à garantir effectivement sa protection. Mais cette résurgence s'est réalisée dans un cadre profondément renouvelé par la valorisation de la sécurité en santé. En ce sens, la remarque de M. CORMIER permet aussi de signaler l'évolution que la sécurité sanitaire a fait subir à la notion d'ordre public sanitaire. Plus que les emprunter, la sécurité sanitaire donne en effet une impulsion

---

[1] A. LAUDE, B. MATHIEU et D. TABUTEAU, *Droit de la santé*, *op. cit.*, p. 89.

[2] M. CORMIER, Les interventions de la puissance publique en matière sanitaire et sociale, *op. cit.*, p. 122.

[3] Conseil d'État, *Rapport public 1998*, *loc. cit.*, p. 239.

[4] V. D. TABUTEAU, *La Sécurité sanitaire*, 2e éd., *op. cit.* p. 130 s.

nouvelle aux instruments de l'ordre public sanitaire auquel elle assigne un degré supplémentaire de sécurité.

2) L'approfondissement de la lutte contre les risques sanitaires

433 La consécration de la sécurité sanitaire comme priorité des actions de santé publique a, comme on l'a dit plus haut, largement contribué au développement de la fonction secondaire de l'ordre public sanitaire qui intéresse l'organisation des conditions sanitaires de sécurité et qui concerne principalement la lutte contre les désordres positifs, c'est-à-dire ceux que la société produit elle-même.

434 Parallèlement, la capacité de contrôle et d'inspection de l'État et de ses établissements a été augmentée[1]. Déjà, il a été donné aux agences de sécurité sanitaire la possibilité d'initier des missions d'inspection pour lesquelles l'A.F.S.S.A.P.S. dispose de son propre personnel. Ensuite, et d'une manière plus générale, les pouvoirs traditionnellement dévolus aux corps de contrôle de l'État ont été accrus et renforcés. Les agents de contrôle peuvent désormais être assistés d'experts désignés par l'autorité compétente[2] ; ils ont accès aux locaux, lieux d'installation, véhicules de transport[3], sont habilités à prélever des échantillons et peuvent obtenir la communication de tous les documents nécessaires à l'accomplissement de leur mission, quels qu'en soient le support et le régime de protection[4]. La législation hospitalière a par ailleurs indirectement multiplié les hypothèses de contrôle en organisant des procédures qui, comme la certification, relèvent des outils non contraignants de l'amélioration continue de la qualité des soins, mais peuvent, le cas échéant, déboucher sur des opérations de contrôle[5]. Enfin, les pouvoirs publics se sont récemment engagés dans la réforme des corps de contrôle sanitaire de l'État pour en augmenter la capacité[6].

---

[1] Sur ce thème de l'inspection sanitaire, *cf.* notamment les actes de la Journée d'étude du 21 oct. 2003 de l'I.E.P. de Rennes consacrée à « L'inspection et le contrôle en matière sanitaire et sociale », *Rev. fondamentale des questions hospitalières* 2004, n° 9, p. 9-141.

[2] Art. L. 1421-1 C.S.P.

[3] Art. L. 1421-2 C.S.P.

[4] Les agents ayant la qualité de médecin ont ainsi accès à toutes les données médicales individuelles nécessaires à l'accomplissement de leurs missions : art. L. 1421-3 C.S.P.

[5] Sur cette question, *cf.* la circ. DHOS/G n° 2004-251 du 3 juin 2004 relative à l'exercice des pouvoirs de contrôle au sein des établissements de santé prévus aux articles L. 6115-1, L. 6116-1 et L. 6116-2 du C.S.P., *B.O. Santé* n° 2004-26.

[6] Il s'agit notamment de diversifier l'accès à ces corps et d'en revaloriser le statut de façon à en renforcer l'attractivité : *cf.* notamment le décr. n° 2007-627 du 27 avr. 2007 modifiant le décr. n° 90-393 du 2 mai 1990 portant statut particulier des membres du corps de l'inspection générale des affaires sociales (*J.O.* du 27 avr., p. 7505 ; *A.J.D.A.* 2007, p. 516 et p. 777 ; *B.J.S.P.* 2007, n° 103, Pan., p. 2 et n° 104, Pan., p. 4) et les décr. n° 2007-1837 du 24 déc. 2007 relatifs aux emplois de médecin inspecteur régional et de conseiller sanitaire de zone et n° 2007-1838 du 24 déc. 2007 relatif à l'emploi de pharmacien inspecteur régional ou interrégional (*J.O.* du 28 déc., textes n°s 52 et 53 ; *B.J.S.P.* 2008, n° 110, Pan. p. 3). Sur l'ensemble de la question et, plus particulièrement, sur la « *crise identitaire* » que traversent aujourd'hui ces « *médecins méconnus* » que sont les médecins inspecteurs de santé publique : J. SAISON-DEMARS, Le médecin inspecteur de santé publique : contribution à la réhabilitation d'un fonctionnaire méconnu, *R.D.S.S.* 2007, n° 3, p. 458-471.

435 Ce développement « quantitatif » de l'ordre public sanitaire ne doit toutefois pas masquer l'aspect qualitatif de son évolution. D'une part, le législateur tend depuis plusieurs années à renforcer les pouvoirs de l'administration en matière sanitaire, soit par le développement et/ou le durcissement des régimes permissifs, progressivement substitués aux systèmes répressifs[1], soit par l'allègement des conditions de l'intervention de la police sanitaire. Sur ce point, la possibilité offerte à l'A.F.S.S.A.P.S. de prendre des mesures conservatoires lorsqu'un produit ou un groupe de produit, utilisé dans des conditions d'emploi normales ou raisonnablement prévisibles, est « *soupçonné* » de présenter un danger pour la santé humaine montre bien la dynamique de « sécurisation » qui est à l'œuvre[2]. C'est dans une perspective similaire que le législateur du 9 août 2004 a réformé le cadre de la police de l'urgence sanitaire dont les conditions de mise en œuvre ont été allégées à un degré tel que l'on peut raisonnablement douter de sa constitutionnalité[3].

436 D'autre part, le souci de la sécurité sanitaire a suscité le développement de réglementations techniques de plus en plus nombreuses, visant à régir toutes les pratiques et les activités porteuses de risques pour la santé humaine au point que l'on peut raisonnablement parler aujourd'hui d'un phénomène de normalisation sanitaire de la société[4]. Cette évolution est particulièrement remarquable dans le domaine médical qui, longtemps régi par la déontologie, est de plus en plus perméable à la réglementation technique établie à des fins de sécurité sanitaire. Ce mouvement touche aussi de nombreux autres secteurs d'activité. Le développement des normes de sécurité et de contrôle-qualité, dont font partie les dispositifs de traçabilité des produits, et la multiplication des règlementations imposées dans des domaines de la vie courante illustrent cet élan normatif porté par la sécurité sanitaire. Celui-ci dépasse, et de loin, le secteur de la santé pour toucher l'ensemble des produits de consommation et des activités humaines. Il suffit de citer, parmi d'autres exemples, les normes concernant les matériels et jouets pour enfants, les dispositifs de protection des piscines ou les mesures concernant certaines activités de loisirs, pour constater que la sécurité sanitaire s'étend aujourd'hui à la plupart des risques d'accidents portés par les activités humaines quelles qu'elles soient.

Il n'est pas possible de considérer que ces normes protectrices ressortissent toutes de la santé publique, à moins d'amputer la sûreté de l'essentiel de la protection des personnes contre les dommages corporels. On conservera ici une conception plus

---

[1] Pour un exemple parmi d'autres, *cf.* l'art. L. 253-1 C. rur. dans sa rédaction issue de la L. n° 2006-11 d'orientation agricole du 5 janv. 2006 (*J.O.* du 6 janv., p. 229) et les commentaires de M. ROMI dans son étude : Du « paradoxe des conséquences » de l'interventionnisme sanitaire du législateur illustré par la répression du « purin d'ortie », *A.J.D.A.* 2007, n° 4, p. 177.

[2] Art. L. 5312-1 C.S.P.

[3] Art. L. 3131-1 s. C.S.P. *Cf. infra* n° 638.

[4] *Cf. infra* n°s 615 s.

resserrée de l'ordre public sanitaire comme visant à prévenir ou à faire cesser les risques d'origine ou d'incidence purement sanitaires. Cet aspect totalisant de la sécurité sanitaire montre néanmoins l'ambition protectrice de cette notion qui vise à protéger la santé des personnes contre tous les risques, quelles qu'en soient la nature et l'origine[1]. Or une telle approche des liens unissant la santé à la sécurité ne peut rester sans effet sur l'ordre public sanitaire que la sécurité sanitaire inscrit dans une dynamique renforcée de sécurité.

B.- L'ENRICHISSEMENT DE L'ORDRE PUBLIC SANITAIRE PAR LA SÉCURITÉ SANITAIRE

437 La sécurité sanitaire induit de nouveaux liens entre sécurité et santé qui la distinguent *a priori* de l'ordre public sanitaire. Elle vise en effet un objectif qui lui est particulier – la sécurité pour la santé – qui inverse la logique traditionnellement retenue par l'ordre public sanitaire (1). Pour autant, les notions d'ordre public sanitaire et de sécurité sanitaire ne peuvent être totalement dissociées. Il apparaît alors que la sécurité sanitaire, bien que distincte de l'ordre public sanitaire, contribue aussi à sa redéfinition (2).

1) La constitution de nouveaux liens entre santé et sécurité

438 Si chacun s'accorde à considérer que la sécurité sanitaire vise à assurer les conditions de sécurité indispensables à la préservation et/ou à l'amélioration de la santé publique, il n'existe pas en doctrine de conception homogène des liens unissant cette notion à celle d'ordre public sanitaire. Dès l'apparition de la notion de sécurité sanitaire, deux conceptions opposées de ces liens ont été présentées.

La première, défendue par M. TABUTEAU, retient une définition étroite de la sécurité sanitaire qui, entendue comme la sécurité des personnes face aux risques liés à l'activité de santé, est distinguée de l'ordre public sanitaire[2]. Dans cette perspective, la sécurité sanitaire répond à l'idée que la riposte sanitaire ne doit pas entraîner plus de dommages pour la santé qu'elle ne lui procure de bénéfices. Elle est définie comme « *la sécurité des personnes contre les risques thérapeutiques de toute nature, risques liés aux choix thérapeutiques, aux actes de prévention, de diagnostic ou de soins, à l'usage des biens et produits de santé comme aux interventions et décisions des autorités sanitaires* »[3]. Ainsi conçue, la sécurité sanitaire vise à lutter contre les désordres en matière sanitaire et a pour objet de réduire les risques d'accidents sanitaires nés des activités de santé.

---

[1] Lire déjà en ce sens, D. TABUTEAU, *La Sécurité sanitaire*, 2e éd., *op. cit.*, p. 28.

[2] *Cf.* notamment D. TABUTEAU, *La Sécurité sanitaire*, 1ère éd., *op. cit.*, 151 p.

[3] D. TABUTEAU, *ibid.*, p. 11.

Une seconde approche plus extensive de la notion a été présentée par M. MORELLE qui, en utilisant l'expression comme l'équivalent moderne de la salubrité publique, a défini la sécurité sanitaire comme l'objectif poursuivi par l'ordre public sanitaire[1]. Cette utilisation de la sécurité sanitaire comme antonomase de l'ordre public sanitaire tend fréquemment à prévaloir en doctrine[2]. On ne peut toutefois la retenir d'emblée dans la mesure où cette conception de la sécurité sanitaire revient à nier toute spécificité de la notion par rapport à celle d'ordre public sanitaire. Il est difficile de croire que l'émergence d'une notion nouvelle comme celle-ci se résume en la répétition de principes anciens, aussi méconnus soient-ils. Cela mérite à tout le moins d'être démontré.

439 Ces problèmes de définition ont encore été accrus par l'extension du champ d'application de la sécurité sanitaire à des domaines ne relevant pas du secteur sanitaire *stricto sensu*. Cela a notamment conduit M. TABUTEAU à modifier sensiblement sa définition initiale, jugée « *trop restrictive* »[3], de la sécurité sanitaire qu'il entend désormais comme « *la protection de la santé de l'homme contre les risques iatrogènes de la société* »[4], c'est-à-dire les risques sanitaires imputables « *au fonctionnement de la société industrialisée* »[5], soit, en définitive, les risques sanitaires créés par l'homme. Bien que récente dans le langage juridique, la sécurité sanitaire a donc connu une évolution sémantique rapide qui accroît les difficultés de sa compréhension.

Aujourd'hui conçue comme la lutte contre les risques d'accidents sanitaires provoqués par les activités humaines, la sécurité sanitaire, dans le domaine de la santé publique, se développe autour de deux axes principaux. Elle correspond, d'une part, à la lutte contre les risques d'accidents liés aux activités de santé, c'est-à-dire à *la lutte contre les désordres en matière sanitaire*. Elle concerne, d'autre part, la lutte contre les risques sanitaires issus de certaines activités humaines non sanitaires, soit à *la lutte contre les désordres sanitaires positifs*, c'est-à-dire créés par l'homme[6].

440 Cette extension du sens et de la portée de la sécurité sanitaire n'est pas le signe d'une perte de cohérence de la notion. Bien au contraire, le second axe de son développement résulte directement de sa conception initiale. Selon la définition première de la notion, la sécurité sanitaire repose sur l'idée que la riposte sanitaire ne doit pas créer plus de risques pour la santé qu'elle ne lui procure de bénéfices. Elle assigne donc à l'État une nouvelle obligation : celle d'assurer les conditions de sécurité de ses activités de

---

[1] A. MORELLE, *La défaite de la santé publique*, *op. cit.*, p. 261 et p. 311.

[2] Outre les écrits de M. MORELLE, v. également F. SELIGMANN, Une affaire d'État, *Après-demain* 1996, n° 389, p. 4 ; S. MATHON-PÉCHILLON, *op. cit.*, p. 231, n° 484.

[3] D. TABUTEAU, *La Sécurité sanitaire*, 2e éd., *op. cit.*, p. 23.

[4] D. TABUTEAU, *ibid.*, p. 23.

[5] D. TABUTEAU, *ibid.*, p. 27.

[6] Sur l'idée de « désordres positifs » et « négatifs », *cf. supra* n° 86.

santé que celles-ci relèvent de l'action positive ou de l'abstention, de la thérapeutique ou de la prévention, de la prestation ou de la prescription[1]. Dans cette mesure, si la sécurité sanitaire s'affirme naturellement dans le secteur de la santé *stricto sensu*, elle s'applique aussi à l'ensemble des actions de prévention sanitaire quelle que soit leur nature et quel que soit le domaine concerné. Ses impératifs englobent ainsi la totalité de la prévention sanitaire, ce qui inclut nécessairement les actions menées pour le maintien de l'ordre public sanitaire dont l'objet est ainsi étendu à la lutte contre les désordres en matière sanitaire. Partant, la sécurité sanitaire s'est développée autour de deux points cardinaux : la recherche de la sécurité dans le système de santé, puis la recherche de la sécurité dans le domaine de la prévention des risques sanitaires. Même si l'on ignore l'emprunt des instruments de l'ordre public sanitaire par la sécurité sanitaire, les liens unissant ces deux notions sont donc incontestables. D'une part, les deux aspects de la sécurité sanitaire recoupent des axes traditionnels de l'ordre public[2]. D'autre part, la sécurité sanitaire et l'ordre public sanitaire, qui associent étroitement la sécurité et la santé, sont naturellement appelés à s'enrichir l'un l'autre.

441 Pour autant, les deux notions ne peuvent *a priori* être confondues. En premier lieu, la notion de sécurité sanitaire est à la fois plus large et plus étroite que celle d'ordre public sanitaire. Plus compréhensive que cette dernière, la sécurité sanitaire concerne également les risques d'accidents qui, bien que corporels, relèvent davantage de la dimension « sûreté » de l'ordre public que de la santé publique. Dans le même temps, le champ d'application de la sécurité sanitaire, limité aux risques d'accidents iatrogènes de la société, est plus étroit que celui de l'ordre public sanitaire dont la fonction première de défense sanitaire concerne principalement les risques naturels. En second lieu, la sécurité sanitaire et l'ordre public sanitaire ne développent pas la même approche des liens unissant la santé et la sécurité. D'abord destinée à réduire les risques d'accidents iatrogènes de la société nuisibles à la santé des personnes, la sécurité sanitaire concerne la dimension « sécurité » de la protection de la santé. Elle aborde les liens entretenus par la sécurité et la santé sous un angle original en ce qu'elle fait de la sécurité un élément de la protection de la santé. Dans cette mesure, la sécurité sanitaire se distingue radicalement de l'ordre public sanitaire tant dans son objet que dans sa finalité : celui-ci, qui concerne la lutte contre les désordres sanitaires indispensable au bon ordre et à la sécurité de la vie collective, fait de la santé un élément de la sécurité et non l'inverse. En d'autres termes, alors que l'ordre public sanitaire conçoit la protection de la santé comme une condition de la sécurité, la sécurité sanitaire appréhende la sécurité comme un élément de la protection

---

[1] *Cf.* D. TABUTEAU, *op. cit.*, p. 11.

[2] *Cf. infra* n°s 452-454.

de la santé. *L'ordre public sanitaire vise à la sécurité* par *la santé, la sécurité sanitaire recherche la sécurité* pour *la santé.*

La sécurité sanitaire fait ainsi appel à une logique originale qui ne saurait être confondue avec celle de l'ordre public sanitaire. Il reste que la recherche de sécurité pour la santé qui porte la sécurité sanitaire s'applique aussi à l'ordre public sanitaire qu'elle contribue dès lors à transformer.

2) La redéfinition de l'ordre public sanitaire par la sécurité sanitaire

442 Si la sécurité sanitaire doit être distinguée de l'ordre public sanitaire, il faut également convenir qu'elle l'a considérablement enrichi et qu'elle en a favorisé le renouvellement à un double titre.

443 D'un point de vue matériel tout d'abord, il est clair que la consécration de la sécurité sanitaire comme priorité des actions de santé publique a contribué au développement de la fonction secondaire de l'ordre public sanitaire qui intéresse l'organisation des conditions sanitaires de sécurité et qui concerne principalement la lutte contre les désordres positifs. Dans cette mesure et en ce sens, *la recherche de la sécurité pour la santé devient un élément constitutif de la sécurité par la santé*.

444 Du point de vue des principes d'action ensuite, il faut admettre que, sans se confondre, l'ordre public sanitaire et la sécurité sanitaire entretiennent des liens très étroits. Déjà, les impératifs de la sécurité sanitaire, qui englobent la totalité de la prévention sanitaire, s'imposent nécessairement aux actions menées pour le maintien de l'ordre public sanitaire. Appliquée à l'ordre public sanitaire, la sécurité sanitaire met ainsi en avant l'idée que la lutte contre les risques sanitaires ne doit pas méconnaître les exigences de la sécurité des personnes. *La recherche de la sécurité par la santé se double alors de l'obligation d'assurer la sécurité pour la santé.*

Par ailleurs, le champ d'application de la notion doit être conçu largement puisqu'il comprend non seulement les actions positives de santé publique (les décisions de faire), mais aussi les abstentions et les refus d'agir. Dans cette perspective, les impératifs de la sécurité sanitaire imposent à l'État non seulement de garantir la sécurité pour la santé de ses actions d'ordre public sanitaire, mais aussi, puisque la carence à maintenir l'ordre public sanitaire est une source de risque pour la sécurité des personnes, d'en assurer l'efficacité et de remédier aux dysfonctionnements existants. La sécurité sanitaire se présente donc à la fois comme une limite de l'ordre public sanitaire et comme un principe structurant les actions menées pour son maintien.

Elle constitue une limite des actions menées au titre de l'ordre public sanitaire dans la mesure où les décisions prises dans ce cadre, en particulier les décisions de police sanitaire, ne doivent pas contrevenir aux exigences propres de la sécurité sanitaire. La sécurité sanitaire s'impose également comme un principe structurant les actions menées pour le maintien de l'ordre public sanitaire en ce que son affirmation permet d'insister sur l'obligation faite à l'État de garantir une prise en charge effective et efficace de la lutte contre les risques sanitaires quels que soient les moyens qu'il emploie.

445 Dans cette mesure, la sécurité sanitaire renouvelle et renforce l'obligation d'agir des autorités chargées du maintien de l'ordre public sanitaire. Elle la renouvelle dès lors que l'autorité de police sanitaire qui s'abstient de prendre les mesures nécessaires à la prévention des risques sanitaires méconnaît à la fois les impératifs de l'ordre public sanitaire et ceux de la sécurité sanitaire, cette abstention préjudiciant à la fois aux intérêts de la santé publique et à la sécurité des personnes[1]. Elle la renforce également puisque ses exigences de sécurité pour la santé s'imposent aux actions de police sanitaire.

La consécration de la notion de sécurité sanitaire marque de la sorte une évolution importante dans l'appréhension de la fonction sanitaire de l'État : ce dernier doit, au-delà de la sécurité par la santé, également garantir les conditions de la sécurité pour la santé. La sécurité sanitaire ne remet donc pas en cause la définition première de l'ordre public sanitaire, mais elle conduit certainement à en approfondir le sens : *l'ordre public sanitaire, qui vise à la sécurité par la santé, doit désormais prendre en compte la sécurité pour la santé.*

[1] Sur ce point, la sécurité sanitaire n'apporte guère de novations mais éclaire d'un jour nouveau l'obligation d'agir des autorités chargées du maintien de l'ordre public sanitaire.

CONCLUSION DU CHAPITRE

446 En ce qu'elle souligne la dimension sécuritaire de la santé, la notion de sécurité sanitaire apparaît être un puissant facteur de renouvellement de la santé publique et de l'ordre public sanitaire. Il faut en effet admettre que la sécurité sanitaire, sans se confondre avec l'ordre public sanitaire, s'impose en revanche comme le ferment de son renouveau. La lutte contre les désordres en matière sanitaire appliquée à la lutte contre les risques sanitaires a déjà engagé les pouvoirs publics à une « reprise en main » de l'ordre public sanitaire. Mais elle a aussi renouvelé la notion elle-même en faisant de la sécurité pour la santé un élément à part entière de la sécurité par la santé protégée par l'ordre public sanitaire.

En introduction de la première édition de son ouvrage consacré à *La Sécurité sanitaire*, M. TABUTEAU se référait à *l'Éloge du désordre* de M. GUILLAUME qui, décrivant le caractère exemplaire de l'épidémie, soulignait que dans une telle « *situation de crise, surgissent des vérités souterraines et les prémices de développements ultérieurs* »[1]. L'affaire du sang contaminé n'a pas échappé à cette règle. En montrant que la sécurité ne peut être impunément reléguée au rang des préoccupations secondaires de l'État, mais qu'elle est, comme la liberté, un élément essentiel du contrat social et un « droit humain de base », c'est bien une vérité souterraine, trop longtemps négligée, qu'a révélée cette affaire : la lutte contre les risques sanitaires relève de ce besoin fondamental de sécurité, qui l'impose à la fois comme un droit de la personne et une obligation de l'État. Or cette prise de conscience est aussi aux prémices de développements ultérieurs. Elle a en effet bouleversé les représentations classiques de la santé publique en introduisant la mission de sécurité sanitaire parmi les fonctions régaliennes de santé.

En situant la protection sanitaire des personnes au cœur des préoccupations de santé publique, la sécurité sanitaire a, de la sorte, invité l'État à refonder l'ensemble de son action de santé publique sur le droit à la protection de la santé. Par là, c'est aussi une transformation majeure de l'ordre public sanitaire qu'elle a provoquée.

---

[1] M. GUILLAUME, *Éloge du désordre*, Paris, Gallimard, 1978, cité par D. TABUTEAU, *La Sécurité sanitaire*, *op. cit.*, 1ère éd., p. 3.

CHAPITRE 2
LA TRANSFORMATION DE LA NORME D'ORDRE PUBLIC SANITAIRE

447 Comme l'a notamment relevé M. GODARD[1], notre société est marquée par un paradoxe qui en fait à la fois la « civilisation du risque » et celle « de la sécurité ». D'un côté, le développement des sciences et des technologies a permis de prévenir, de réduire ou de faire disparaître de nombreux risques ; de l'autre, ces progrès ont aussi nourri le besoin de protection et de sécurité[2]. Après le drame du sang contaminé, notamment, la société a définitivement tourné la page du scientisme, fondé sur la croyance en une science triomphante et toute puissante, pour entrer dans l'âge de la vulnérabilité[3], celle de la « société du risque », où domine l'idée que tout acte est porteur d'un risque de dommage. Mais en situant la question du risque au cœur de ses préoccupations, la société moderne a aussi placé celle de sa régulation au cœur de l'action publique. Plus encore, note M. Jean-Bernard AUBY, l'omniprésence de la question du risque expose les politiques publiques et le droit public à des défis nouveaux qui affectent le droit administratif et plus particulièrement celui de la police sanitaire[4].

448 L'évolution à l'œuvre ne doit toutefois pas tout à cette nouvelle appréhension du risque dans la société contemporaine. Elle signale aussi une évolution plus fondamentale qu'exprime en particulier la redéfinition des liens unissant la santé à la sécurité et dont procède une conception nouvelle de la protection de la santé. En mettant en valeur une vision plus achevée de celle-ci, la sécurité sanitaire a aussi bouleversé les représentations classiques de la santé publique, progressivement refondée sur le droit, fondamental, à la

---

[1] V. notamment son Introduction générale sur *Le principe de précaution dans la conduite des affaires humaines, op. cit.*, p. 23-33, spéc. p. 23-24.

[2] *Cf.* J. RIVERO, État de droit, état du droit, in *L'État de Droit. Mélanges BRAIBANT*, Paris, Dalloz, 1996, p. 609-614.

[3] Sur cette question de la vulnérabilité, *cf.* notamment F. EWALD, *Le problème français des accidents thérapeutiques. Enjeux et solutions. Rapport à M. Bernard Kouchner, ministre de la Santé et de l'Action humaine*, Paris, 1992, La documentation française, éd. du S.I.C.O.M., p. 41-49.

[4] J.-B. AUBY, Le droit administratif dans la société du risque. Quelques réflexions, in Conseil d'État, *Rapport public pour 2005. Responsabilité et socialisation du risque*, Paris, 2005, La documentation française, E.D.C.E. n° 56, p. 351-357, spéc. p. 352. L'entrée de la société dans le monde de la vulnérabilité a en effet entraîné la redéfinition du cadre de la gestion du risque qui doit désormais être réalisée en application d'une démarche probabiliste, reposant sur la mesure du rapport bénéfices-risques de chaque décision, y compris celle de s'abstenir (*cf. infra* n°s 488 s.). À partir du moment où domine l'idée que tout acte, même le plus bénéfique et le plus anodin, est en soi porteur de danger, le risque s'éloigne des rives du hasard ou de la malchance pour rejoindre celles du choix et de la responsabilité. Cette perception plus pragmatique et plus aiguë du risque explique dans une large mesure les mutations actuelles du droit de la police sanitaire, qui évolue dans le sens d'un renforcement constant des obligations de l'administration.

protection de la santé. Il en découle une conception nouvelle de l'ordre public sanitaire, désormais inscrit parmi les instruments de la garantie de la protection de la santé des personnes. Dans ce cadre rénové, en effet, l'ordre public sanitaire n'est plus appréhendé sous l'angle négatif de l'action disciplinaire et de la régulation des libertés pour des motifs de santé publique, mais sous le jour plus positif de la protection des droits fondamentaux de la personne humaine. Il importe dès lors de s'attarder sur le sens profond et la portée réelle de la consécration de la sécurité sanitaire. A l'origine et au cœur de la refondation de l'ordre public sanitaire sur le droit fondamental à la protection de la santé (Section 1), la sécurité sanitaire a en effet largement contribué à l'instrumentalisation de la fonction régalienne de santé publique par ce droit de la personne humaine (Section 2).

SECTION 1

LA REFONDATION DE L'ORDRE PUBLIC SANITAIRE SUR LE DROIT FONDAMENTAL À LA PROTECTION DE LA SANTÉ

449 La refondation de l'ordre public sanitaire sur le droit fondamental à la protection de la santé ne va pas de soi. Comme la plupart des revirements juridiques, elle est le fruit d'une évolution progressive qui, quoique rapide, s'est faite par touches successives. D'un côté, la sécurité sanitaire a mis en valeur la dimension collective et préventive du droit garanti par l'alinéa 11 du Préambule de 1946[1]. Par là, de nouveaux liens se sont constitués entre les obligations sanitaires de l'État issues du droit-créance à la protection de la santé et celles qui lui reviennent au titre de sa fonction régalienne du maintien de l'ordre public (§ 1). De l'autre, le recentrage de la police sanitaire sur les impératifs du droit à la protection de la santé a fait de l'ordre public sanitaire un élément premier de la garantie de ce droit fondamental de la personne. Il en résulte alors une conception entièrement rénovée de cette fonction régalienne (§2)

§1.- L'INSCRIPTION DE LA SANTÉ PUBLIQUE DANS LE CHAMP DE LA FONDAMENTALITÉ

450 L'un des apports les plus remarquables de la sécurité sanitaire est qu'elle a permis un rapprochement nouveau entre les aspects individuels et collectifs de la protection de la santé dont elle a souligné l'homogénéité et la complétude. Du point de vue de sa logique,

---

[1] C'est ce que souligne sans ambiguïté M. MATTÉI lorsqu'il associe le droit à la protection de la santé au devoir des pouvoirs publics de « *protéger collectivement les populations contre les risques qui pourraient menacer leur santé* » (*loc. cit.*, *J.O.* Ass. nat., 1ère séance du 2 oct. 2003 et *J.O.* Sénat, séance du 13 janv. 2004).

en effet, la sécurité sanitaire s'apparente tant à la fonction régalienne de défense sanitaire de la collectivité qu'à la mission constitutionnelle de la Nation d'assurer à tous et à chacun la protection de sa santé, au point que l'on pourrait croire à la dualité de ses sources matérielles (A). En réalité, elle dévoile une vision nouvelle, plus homogène de la protection de la santé dont la dimension collective est aujourd'hui reconnue par le droit de la fondamentalité (B).

A.- LA DUALITÉ APPARENTE DES SOURCES DE LA SÉCURITÉ SANITAIRE

451 En invitant à un effort nouveau de sécurité pour la santé des personnes, la sécurité sanitaire a permis la jonction de deux missions jusqu'alors différenciées : celles de la lutte contre les risques sanitaires et de la protection de la santé individuelle. La sécurité sanitaire entretient ainsi des liens étroits avec les deux sources premières du droit de la santé publique : l'ordre public, d'une part (1), et le droit à la protection de la santé, d'autre part (2).

1) Le rattachement de la sécurité sanitaire à l'ordre public

452 Quoiqu'elle ne soit pas du seul ressort de l'État, la sécurité sanitaire, comme toute fonction de sécurité, relève de la mission régalienne du maintien de l'ordre public exercée dans le cadre de la lutte contre les risques sanitaires dont l'État doit assurer l'organisation et la mise en œuvre[1]. Elle suppose l'exercice du pouvoir de décision unilatérale qui est le monopole de la puissance publique et emprunte dès lors les instruments prescriptifs de l'ordre public : la réglementation et la contrainte sanitaires.

453 Sur le plan des sources matérielles, la sécurité sanitaire est liée à l'ordre public par deux de ses aspects : la salubrité et la sécurité. Elle se rattache à la salubrité publique, d'une part, en ce que celle-ci a fondé la notion d'ordre public sanitaire qui fait de la protection de la santé publique un objectif d'intérêt général prééminent, et d'autre part, en raison de l'identité des matières que ces deux notions ont vocation à régir. On a déjà eu l'occasion de souligner que la salubrité publique ne résume pas à elle seule l'ensemble de l'ordre public sanitaire, puisqu'elle n'a pour objet que de combattre les sources d'infection et de contamination extérieures à l'homme et ne vise que le cadre sanitaire de vie de la population[2]. Toutefois, la maîtrise des risques d'accidents sanitaires iatrogènes de la société, qu'elle concerne les produits et les biens de santé, les pratiques professionnelles et les services de soins ou, plus largement, les produits alimentaires et l'environnement, prolonge cette préoccupation de salubrité publique qui, bien avant l'apparition de la sécurité sanitaire, a justifié et structuré les régimes de police sanitaire

---

[1] *Cf.* D. TABUTEAU, *La Sécurité sanitaire*, 2e éd., *op. cit.*, p. 129-130.

[2] *Cf. supra* n° 75.

s'appliquant dans ces domaines. Le lien rattachant la sécurité sanitaire à la salubrité publique est donc avant tout d'ordre matériel, le développement de la sécurité sanitaire ayant notamment permis l'enrichissement de ce volet traditionnel de l'ordre public sanitaire. Pour autant, la sécurité sanitaire doit être impérativement dissociée de la salubrité publique dans la mesure, notamment, où elle vise avant tout à assurer la sécurité pour la santé des personnes. Elle dévoile de la sorte un degré supplémentaire dans l'aspiration sociale à la protection de la santé publique.

Ce but de protection de la sécurité des personnes permet toutefois de rapporter la sécurité sanitaire à cette autre dimension de l'ordre public qui concerne la lutte contre les risques d'accidents ou de dommages aux personnes et aux biens susceptibles de menacer la sécurité matérielle et intellectuelle de la collectivité[1]. Au même titre que la sécurité routière ou nucléaire, la notion de sécurité sanitaire intervient ainsi comme un élément de la sûreté qu'elle étend à l'ensemble des risques d'accidents affectant la santé humaine. C'est en ce sens que M. HURIET a pu définir la protection de la santé comme la « *déclinaison moderne de la sûreté dont la puissance publique est le garant* »[2].

454 Ce nouveau lien opéré par la sécurité sanitaire entre la salubrité et la sûreté participe incontestablement à l'achèvement de la dimension sanitaire de l'ordre public, ne serait-ce que parce qu'il contribue au développement de la fonction secondaire d'organisation des conditions sanitaires de sécurité de l'ordre public sanitaire. Par ailleurs, de même que l'organisation de la lutte contre le bruit a montré les liens unissant la tranquillité publique à la santé publique, ce rapprochement indique, une fois encore, la cohérence et l'homogénéité de la notion d'ordre public et le caractère somme toute artificiel du travail de décomposition de ses différents éléments.

Pour autant, en dépit des liens que les deux notions entretiennent, l'ordre public ne suffit pas à lui seul à fonder la sécurité sanitaire. Celle-ci est certes aujourd'hui pleinement perçue comme une mission régalienne[3], mais son rattachement à l'ordre public n'a paru évident de prime abord ni pour les juristes ni pour les responsables politiques, qui l'ont avant tout pensée comme un droit de la personne tiré du droit constitutionnel à la protection de la santé.

2) Un impératif tiré du droit constitutionnel à la protection de la santé

455 Malgré les liens qui la rattachent à l'ordre public, la sécurité sanitaire a d'abord été conçue comme un droit de la personne, et notamment de la personne malade, dérivé du

---

[1] En ce sens, *cf.* notamment M.-L. MOQUET-ANGER, Ordre public et santé publique, *op. cit.*, p. 203-204.

[2] C. HURIET, *op. cit.*, p. 57.

[3] En ce sens, *cf.* notamment D. TABUTEAU, Sécurité sanitaire et droit de la santé, *op. cit.*

droit à la protection de la santé garanti par l'alinéa 11 du Préambule de la Constitution du 27 octobre 1946. Cette appréhension de la sécurité sanitaire, consacrée par la loi du 4 mars 2002 qui enrichit le droit à la protection de la santé du droit à la « *meilleure sécurité sanitaire possible* »[1], est déjà perceptible au moment même où la notion a été constituée comme une obligation collective, au point qu'elle a pu être affirmée comme l'enjeu premier de sa valorisation juridique[2].

456 Cet aspect particulier de la sécurité sanitaire est particulièrement bien révélé en droit hospitalier. Il faut ici rappeler que le développement de la sécurité sanitaire hospitalière, avant d'être imposé comme une obligation générale des établissements de santé par la loi du 1er juillet 1998, s'est principalement réalisé à la faveur de l'amélioration de la qualité des soins et de la prise en charge des patients présentée par l'ordonnance n° 96-346 du 24 avril 1996 comme « *un objectif essentiel pour tout établissement de santé* »[3]. Ce texte, dont les dispositions sont très nettement marquées par l'impératif économique de la maîtrise médicalisée des dépenses de santé, ne fait pas expressément de la qualité des soins un droit du patient hospitalisé. Sa reconnaissance comme tel peut toutefois en être déduite dans la mesure où il l'affirme comme « *un objectif essentiel pour tout établissement de santé* » et donne une autorité juridique à la Charte du patient hospitalisé[4] qui, entre autres, mentionne le droit à des soins de qualité[5]. L'objectif d'amélioration de la qualité des soins correspond en outre au droit des usagers à l'adaptation du service public qui, avec le principe d'égalité et celui de la continuité, forme le noyau dur des « lois » du service public, et partant du service public hospitalier créé par la loi du 31 décembre 1970[6] afin de garantir l'effectivité du droit à la protection de la santé[7]. De la sorte, la qualité des soins s'impose au moins comme un droit des usagers du service public hospitalier dérivé du droit à la protection de la santé.

---

[1] Nouvel art. L. 1110-5 C.S.P. Sur ce point, *cf.* notamment M. DEGUERGUE, Droits des malades et qualité du système de santé, *op. cit.*, p. 510 et M.-L. MOQUET-ANGER, Le droit des personnes hospitalisées, *R.D.S.S.* 2002, n° 4, *op. cit.*, p. 657-672

[2] *Cf.* D. TABUTEAU, La sécurité sanitaire, une obligation collective, un droit nouveau, *op. cit.*, p. 17.

[3] Ord. n° 96-346 du 24 avr. 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée, préc.. En ce sens, la circ. n° 17 du 19 avr. 1995 relative à la lutte contre les infections nosocomiales dans les établissements de santé, précitée, précise que « *la prévention des infections nosocomiales s'inscrit dans un démarche globale de qualité des soins* » (textes précités).

[4] Art. 1er de l'ord. n° 96-346 du 24 avr. 1996, préc.

[5] *Cf.* la circ. D.G.S./DH n° 95-22 du 6 mai 1995 relative aux droits des patients hospitalisés et comportant une charte du patient hospitalisé, préc..

[6] L. n° 70-1318 du 31 déc. 1970 portant réforme hospitalière, *J.O.* du 3 janv. 1971, p. 67.

[7] Sur ce thème, *cf.* notamment M.-L. MOQUET-ANGER, À propos des droits des personnes hospitalisées : le discours et la méthode, *De l'hôpital à l'établissement public de santé*, *op. cit.*, p. 378. On peut voir également F. FÉVRIER, Les lois du service public hospitalier. Renouveau des principes et principes d'un renouveau, *ibid.*, p. 63-88. Cela transparaît également dans la jurisprudence administrative relative aux affections iatrogènes contractées dans les établissements publics de santé : *cf. supra* nos 387 s.

Outre la création des A.R.H., l'innovation principale de la réforme hospitalière du 24 avril 1996 consiste en la création d'obligations d'évaluation pesant sur les établissements de santé. Le texte distingue deux procédures d'évaluation complémentaires : l'évaluation interne, destinée à apprécier la satisfaction des patients, et l'évaluation externe, l'accréditation, devenue la certification, qui vise à porter une appréciation indépendante sur la qualité d'un établissement ou d'un ou plusieurs services ou activités d'un établissement. « *Dans les deux cas*, relève Mme MOQUET-ANGER, *l'évaluation apparaît comme une recherche et une optimisation de la qualité* » qui correspond nécessairement à l'obligation constitutionnelle de l'État d'assurer la protection de la santé[1]. Or la sécurité sanitaire s'est immédiatement et inévitablement imposée comme l'une « *des dimensions majeures de la qualité des soins* »[2]. Cela ressort de l'objet même des procédures d'évaluation de la qualité qui correspond également à « *une estimation de la non qualité* »[3], appréciée en termes matériels et financiers mais également humains[4].

La complémentarité de la sécurité et de la qualité des soins est explicitement évoquée par l'article L. 6113-3 du Code de la santé publique qui fait de « *l'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins* » l'objectif de la procédure d'accréditation. Partant, la sécurité sanitaire hospitalière a, dès le premier manuel d'accréditation des établissements de santé, constitué un volet important de cette procédure[5]. Au demeurant, on doit noter que cet impératif de sécurité a également été successivement pris en compte par la loi n° 91-748 du 31 juillet 1991[6], par la loi n° 95-115 du 4 février 1995[7], puis par l'ordonnance n° 2003-850 du 4 septembre 2003[8]

---

[1] M.-L. MOQUET-ANGER, À propos des droits des personnes hospitalisées…, *op. cit.*, p. 382.

[2] A.N.A.E.S., *Manuel d'accréditation des établissements de santé*, févr. 1999.

[3] M.-L. MOQUET-ANGER, À propos des droits des personnes hospitalisées, *op. cit.*, p. 381.

[4] En ce sens, M. CARLET, Président du Comité technique national des infections nosocomiales, a défini l'hygiène hospitalière, indispensable à la lutte contre les infections nosocomiales, comme un « *bon marqueur de non-qualité* » (*Infections nosocomiales : quels enjeux pour l'an 2000 ?*, Préface, *Communication Partenaires Santé* n° spéc. 1995, p. 6).

[5] V. en ce sens, le décr., aujourd'hui abrogé, n° 97-311 du 7 févr. 1997 relatif à l'organisation et au fonctionnement de l'A.N.A.E.S. qui a définit la procédure l'évaluation de la qualité des soins et des pratiques professionnelles comme une évaluation des « *mesures mises en œuvre afin de réduire les accidents, incidents et infections liés aux soins, susceptibles d'entraîner un risque pour la santé du patient ou pour la santé publique* » (*J.O.* du 8 avr., p. 5328).

[6] L. n° 91-748 du 31 juill. 1991 portant réforme hospitalière, préc.

[7] L. n° 95-115 du 4 févr. 1995 d'orientation pour l'aménagement et le développement du territoire, *J.O.* du 5 févr., p. 1973.

[8] Ord. n° 2003-850 du 4 sept. 2003 portant simplification de l'organisation et du fonctionnement du système de santé…, préc. *Cf.* également la circ. D.H.O.S./04 n° 2005-447 du 4 oct. 2005 relative à l'entrée en vigueur de certaines dispositions du C.S.P. prises en application de l'ordonnance du 4 sept. 2003 concernant l'organisation sanitaire, les instances de concertation et le régime d'autorisation, *B.O. Santé* 2005, n° 11, annonce 52.

s'agissant d'une part, des priorités retenues par les schémas d'organisation sanitaire, et d'autre part, de la délivrance de l'autorisation de fonctionner des établissements de santé[1].

457 L'introduction de l'obligation de sécurité sanitaire incombant aux établissements de santé par le biais de la reconnaissance du droit à la qualité des soins témoigne en tout état de cause des liens qui, nonobstant son rattachement à la notion d'ordre public, unissent la sécurité sanitaire au droit à la protection de la santé. Située à la croisée des chemins, la sécurité sanitaire permet ainsi la rencontre de ces deux axes traditionnels de l'action sanitaire de l'État en associant les impératifs collectifs de la prévention sanitaire au droit de chacun à la protection de sa santé. Cette association a favorisé, en même temps qu'elle en résulte, le recentrage de l'ensemble du droit de la santé publique autour du droit à la protection de la santé dont la dimension collective est aujourd'hui officiellement reconnue.

B.- LA RECONNAISSANCE DE LA DIMENSION COLLECTIVE DU DROIT À LA PROTECTION DE LA SANTÉ

458 La reconnaissance de la dimension collective du droit à la protection de la santé est directement liée à son inscription parmi les droits fondamentaux de la personne humaine. D'abord issue de l'extension de l'alinéa 11 du Préambule de la Constitution du 27 octobre 1946 par le Conseil constitutionnel à la santé *publique* (1), cette définition nouvelle du droit à la protection de la santé a été explicitement consacrée par le législateur du 4 mars 2002 (2).

1) L'extension de l'alinéa 11 du Préambule de la Constitution du 27 octobre 1946 par le Conseil constitutionnel

459 La reconnaissance de la dimension collective du droit à la protection de la santé a d'abord résulté de l'œuvre créatrice du Conseil constitutionnel qui, par sa décision n° 90-283 DC du 8 janvier 1991[2], a offert au droit à la protection de la santé garanti par l'alinéa 11 du Préambule de la Constitution de 1946 une portée nouvelle très générale. Cette décision fut rendue à l'occasion de l'examen de la conformité à la Constitution du texte de loi dite « loi Évin » relatif à la lutte contre le tabagisme et l'alcoolisme. Cette loi de police sanitaire, votée par le Parlement à l'issue de débats mouvementés, interdisait notamment la publicité directe et indirecte en faveur du tabac et restreignait les conditions de publicité en faveur de l'alcool. Les députés auteurs de la saisine de la juridiction constitutionnelle arguaient en particulier des atteintes excessives portées au nom de la

---

[1] *Cf.* également le décr. n° 2007-133 du 30 janv. 2007 relatif à l'organisation et à l'équipement sanitaires et modifiant le C.S.P., *J.O.* du 1er févr., texte n° 32.

[2] C.C., n° 90-283 DC du 8 janv. 1991 (*Loi relative à la lutte contre le tabagisme et l'alcoolisme*), précité.

protection de la santé publique au droit de propriété et à la liberté d'entreprendre. Les discussions, « *version moderne du débat entre hygiénisme et protection des libertés économiques* »[1], s'inscrivaient donc dans le cadre de la confrontation des libertés publiques et de l'intérêt général de la santé publique, thème délicat mais classique, au moins en droit administratif, de la théorie générale des libertés publiques et de l'ordre public.

Confirmant une solution antérieure du 22 juillet 1980 s'agissant de la limitation du droit de grève pour des motifs d'ordre sanitaire[2], le Conseil constitutionnel a considéré que les dispositions restrictives de la loi trouvaient leur fondement dans le principe de valeur constitutionnelle de la protection de la santé publique[3]. Mais, contrairement à ce précédent qui avait lié la santé publique au principe non écrit de la sécurité des personnes et des biens, le juge lui a assigné une source textuelle nouvelle en le rattachant à l'alinéa 11 du Préambule de la Constitution du 27 octobre 1946[4]. En adjoignant l'adjectif « publique » au droit à la protection de la santé garanti par ce texte, le Conseil constitutionnel lui a, du même coup, donné une signification élargie qui déborde très nettement les éléments classiques du droit à l'accès aux soins pour englober les impératifs collectifs de la prévention sanitaire. Il a, par-là même, assigné au texte de 1946 une vocation beaucoup plus généraliste en l'érigeant comme le fondement constitutionnel principal, sinon unique, du droit de la santé.

460 Deux interprétations différentes peuvent être faites de cet élargissement de l'alinéa 11 du Préambule de 1946. Il est possible, dans une première approche, de considérer que par l'évocation de droit à la protection de la santé *publique*, le juge constitutionnel a entendu rompre avec la dimension individuelle de ce droit. Cette interprétation expliquerait notamment que le contentieux constitutionnel tende à privilégier toujours davantage les aspects collectifs de la protection de la santé plutôt que ses aspects individuels[5]. Néanmoins, une telle intention du juge, déjà peu probable *a priori*, a été infirmée par sa jurisprudence ultérieure, qui fait largement référence au droit à la protection de la santé comme à un attribut de la personnalité[6].

---

[1] D. TABUTEAU, Le droit à la santé : quelques éléments d'actualité, *Dr. soc.* 1991, n° 4, p. 333.

[2] C.C., n° 80-117 DC du 22 juill. 1980 (*Loi sur la protection et le contrôle des matières nucléaires*), préc. *Cf. infra* n° 471.

[3] Cons. 11 et 15.

[4] Cons. 8.

[5] Sur ce point, V. SAINT-JAMES, Le droit à la santé dans la jurisprudence du Conseil constitutionnel, *R.D.P.* 1997, p. 457-485.

[6] V. entre autres C.C. n° 94-343 et n° 94-344 du 27 juill. 1994 (*Loi relative au respect du corps humain et loi relative au don et à l'utilisation des éléments et produits du corps humain, à l'assistance médicale à la procréation et au diagnostic prénatal)*, préc. ; – n° 2001-446 DC du 27 juin 2001 (*Loi relative à l'interruption volontaire de grossesse*), préc. et – n° 2007-558 DC du 13 déc. 2007 (*Loi de financement de la sécurité sociale pour 2008*), *J.O.* du 21 déc., p. 20648.

Dans une perspective inverse, on peut aussi voir dans le rattachement de la protection de la santé publique à cette norme de référence écrite, la volonté du Conseil constitutionnel de faire des interventions contraignantes de santé publique, une modalité particulière de la mise en œuvre du droit à la protection de la santé, et de la prévention sanitaire, une obligation constitutionnelle des pouvoirs publics. Cette dernière solution est certainement à privilégier. Dans sa décision du 8 janvier 1991, le Conseil constitutionnel a fait jouer à l'alinéa 11 du Préambule du 27 octobre 1946 un rôle identique à celui de l'ordre public sanitaire. Comme en 1980, il aurait aisément pu faire l'économie de cette référence textuelle en associant la protection de la santé publique à la sécurité des personnes et des biens qui, selon sa jurisprudence, constitue l'élément matériel principal de l'ordre public[1]. Cependant, en fondant l'intervention contraignante de l'État sur le droit-créance défini par l'alinéa 11 du Préambule de 1946 à une époque où la politique française de santé publique était très largement remise en cause, les juges du Palais Royal ont pu rattacher la prévention sanitaire à un devoir expressément imposé par les textes à la Nation, ici représentée par l'État[2]. Dans la décision du 8 janvier 1991, la loi de protection de la santé publique, bien qu'elle limite la liberté d'entreprendre et le droit de propriété, n'est pas seulement légitime et fondée. Elle répond aussi et avant tout à une *obligation faite à l'État par le droit positif constitutionnel*, ce qui la rend, ou presque, incontestable.

Certains particularismes de la décision confirment cette interprétation. Le premier tient à la faiblesse du contrôle de constitutionnalité opéré. Le juge constitutionnel, contrairement à une jurisprudence bien établie en matière de libertés publiques[3], n'a, en l'espèce, absolument pas examiné la proportionnalité des atteintes portées au droit de propriété et à la liberté d'entreprendre. Après avoir rappelé le caractère relatif de ces droits, il s'est borné à justifier les dispositions restrictives de la loi par la référence au principe constitutionnel de protection de la santé publique[4]. Second indice, le Conseil constitutionnel a particulièrement insisté sur le caractère impérieux de la protection de la

---

[1] C.C., n° 80-127 DC des 19 et 20 janv. 1981 (*Loi renforçant la sécurité et protégeant la liberté des personnes*), préc. Sur la notion d'ordre public dans la jurisprudence du Conseil constitutionnel, *cf.* B. GENEVOIS, *La jurisprudence du Conseil constitutionnel, principes directeurs*, Paris, éd. STH, 1988, n°s 80-82 et 130 ; Ch. VIMBERT, L'ordre public dans la jurisprudence du Conseil constitutionnel, *op. cit.*, p. 693-745 ; A. MOULIN, *L'ordre public dans la jurisprudence du Conseil constitutionnel*, Mémoire D.E.A. Droit public, sous la dir. de É. PICARD, Paris I, 1987-1988 ; F. BARLOY, Le Conseil constitutionnel, la liberté individuelle et l'ordre public, *Rev. adm.* 1995, n° 287, p. 483-492 ; J.-M. LARRALDE, La constitutionnalisation de l'ordre public, in *L'Ordre public : Ordre public ou ordres publics ?…*, *op. cit.*, p. 213-245.

[2] Sur les incertitudes qui résultent de cette décision s'agissant de l'existence d'une notion constitutionnelle d'ordre public sanitaire, *cf. infra* n°s 470-471.

[3] V. notamment le cons. n° 57 de C.C., n° 82-141 DC du 27 juill. 1982 (*Loi sur la communication audiovisuelle*), préc.

[4] Sur ce point, *cf.* notamment les critiques formulées par M. WACHSMANN dans sa note parue à l'*A.J.D.A.* 1991, p. 382.

santé publique qu'il a successivement qualifiée de « *principe* »[1], « *d'exigenc[e]* »[2] et « *d'impératif* »[3] de valeur constitutionnelle.

Au demeurant, cette solution correspond à l'approche du droit international de la santé dont on peut ici percevoir l'influence non formulée. Les conventions internationales les plus importantes offrent en effet cette même image dédoublée des obligations imparties à l'État en application du droit de la personne à la protection de la santé. Comme aujourd'hui en droit constitutionnel français, ce droit impose des prestations de service – issues du droit à l'égal accès aux soins, du droit à la protection sociale ou du droit à un niveau de vie suffisant pour prendre soin de sa santé –, mais aussi des actions de prévention qui, se rattachant à l'aspect collectif de la protection de la santé, peuvent légitimement conduire à une restriction de l'exercice des libertés[4].

461 Le raisonnement du Conseil constitutionnel n'a pas été immédiatement suivi par le Conseil d'État. C'est néanmoins dans le même esprit que celui-ci, comme l'y invitait son commissaire du Gouvernement, a, dans un arrêt essentiel du 26 novembre 2001, *Association « Liberté, information, santé »*, considéré que les obligations vaccinales prévues au Code de la santé publique « *sont mises en œuvre dans le but d'assurer la protection de la santé qui est un principe garanti par le Préambule de la Constitution de 1946 auquel se réfère le Préambule de la Constitution de 1958 et sont proportionnées à cet objectif* »[5]. Cette référence de la Haute juridiction administrative aux textes constitutionnels garantissant le droit à la protection de la santé pour définir le but des mesures sanitaires restrictives des libertés est tout à fait nouvelle. Jusque-là le juge administratif appuyait en effet les mesures de police sanitaire sur les impératifs de la protection de la santé publique indépendamment de toute source constitutionnelle. Lorsqu'il avait eu à connaître de litiges relatifs à l'application de la loi « Évin », le Conseil d'État avait certes fait mention de « *l'objectif de protection de la santé publique dont le principe de valeur constitutionnelle a été posé par la loi du 10 janvier 1991* » mais sans jamais faire référence au Préambule de 1946 ni dans les visas ni dans la motivation de ses arrêts[6].

---

[1] Cons. 11.

[2] Cons. 14.

[3] Cons. 29.

[4] On retrouve notamment ces conséquences collectives du droit à la protection de la santé dans le Préambule de la Constitution de l'O.M.S., dans la Charte sociale européenne ou encore dans le Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels dont l'art. 12 consacre le droit de toute personne de jouir du meilleur état physique et mental qu'il soit capable d'atteindre et aux conséquences découlant de ce droit pour les États. Sur l'application de ce texte par le juge administratif, *cf.* par exemple, C.E., 27 avr. 1998, *Conféd. des synd. médicaux français et a.*, n°s 185645, 185675, 185693 et 185695, *Rec.* tables p. 180.

[5] C.E., 26 nov. 2001, *A.L.I.S.*, précité.

[6] C.E., 29 juill. 1998, *Cté nat. des interprofessions des vins et eaux de vie à A.O.C.*, préc. L'arrêt du 26 novembre 2001 est donc sur ce point tout à fait novateur et préfigure sans nul doute l'ordonnance du juge des référés du Conseil d'État qui, le 8 septembre 2005, a explicitement défini le

462 L'élargissement prétorien du droit à la protection de la santé garanti par le Préambule de la Constitution de 1946 est remarquable à un double titre. Déjà, elle contribue à transformer l'appréhension classique de l'ordre public sanitaire, en en faisant le corollaire immédiat du droit à la protection de la santé. Ensuite, cette jurisprudence profile la définition élargie de la protection de la santé qui résulte de son inscription dans le champ des droits fondamentaux de la personne[1].

2) La consécration du droit fondamental à la protection de la santé

463 L'interprétation élargie donnée par les juges au droit à la protection de la santé a trouvé son aboutissement dans la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé dont l'article 3, devenu l'article L. 1110-1 du Code de la santé publique, consacre expressément le droit fondamental de toute personne à la protection de la santé. Il en résulte l'obligation pour l'ensemble des acteurs de la santé, dont les autorités sanitaires, de contribuer, avec les usagers, « *à développer la prévention, garantir l'égal accès de chaque personne aux soins nécessités par son état de santé et assurer la continuité des soins et la meilleure sécurité sanitaire possible* »[2]. Le droit fondamental à la protection de la santé, qui ne saurait donc être épuisé dans le droit à l'égal accès aux soins, doit être mis en œuvre « *par tous moyens disponibles* ».

La richesse de ce texte se manifeste à plus d'un titre. Il propose, en particulier, une définition nouvelle, à la fois plus globale et plus achevée, du droit à la protection de la santé dont il reconnaît officiellement la complétude et l'universalité. Comme l'a bien souligné Mme MOQUET-ANGER, en effet, en affirmant le droit fondamental de toute personne à la protection de sa santé, le législateur du 4 mars 2002 n'a pas seulement élevé au rang d'un droit fondamental de la personne humaine l'obligation constitutionnelle faite à la Nation de protéger la santé, il en a aussi nettement élargi le sens et le contenu, conformément à la vocation d'universalisation des droits fondamentaux[3].

464 On relèvera, en premier lieu, que le droit fondamental à la protection de la santé englobe toutes les dimensions de cette protection, qu'elles soient préventives ou curatives, défensives ou salvatrices. Après avoir été longtemps dissociés, ces différents aspects de la protection sanitaire sont ainsi intégrés dans un même impératif, celui d'un droit fondamental de la personne humaine, qui conçoit désormais la santé comme « *un tout indissociable, à la fois valeur collective pour l'homme et réalité individuelle au*

---

droit protégé par l'alinéa 11 du Préambule de la Constitution du 27 octobre 1946 comme le « *droit à la protection de la santé publique* » : C.E., ord., 8 sept. 2005, *Garde des Sceaux – Min. de la Justice*, préc. *Cf. infra* n°s 655-659.

[1] Sur ce point, *cf.* notamment J. MOREAU, Le droit à la santé, *A.J.D.A.* n° spéc. 1998 : « Les droits fondamentaux », p. 185-190.

[2] Art. L. 1110-1 C.S.P.

[3] M.-L. MOQUET-ANGER, Le droit des personnes hospitalisées, *op. cit.*, p. 658 et p. 669-670.

quotidien »[1]. De cette globalisation du sens donné à la santé résulte, notamment, la reconnaissance de la complémentarité des moyens employés pour la protéger puisque, selon les dispositions de l'article L. 1110-1 du Code de la santé publique, le droit fondamental à la protection de la santé requière la mise en œuvre de « *tous les moyens disponibles* ». La législation actuelle porte la trace de cette complémentarité des buts et des moyens de la protection de la santé. C'est ce qu'illustre, par exemple, la réforme du dispositif de gestion des menaces sanitaires graves qui fait de l'intervention de la puissance publique et de l'action de service public des instruments indissociables, car éminemment complémentaires[2]. Plus généralement, c'est ce qui ressort en filigrane des dispositions du Code de la santé publique relatives à la politique de santé publique qui, tout en cherchant à institutionnaliser le cadre d'élaboration et de mise en œuvre de cette politique, largement définie, laissent en revanche les pouvoirs publics entièrement libres de décider des moyens adaptés aux objectifs poursuivis[3]. Il en résulte une tendance à la généralisation de dispositifs globaux qui, à l'exemple ancien de la politique de lutte contre les fléaux sociaux, mêlent tous les ressorts de l'action publique.

465 On observera, en second lieu, que la « santé » visée par les dispositions de l'article L. 1110-1 du Code de la santé publique renvoie aussi bien à la santé particulière des individus qu'à celle de la collectivité. À la fois individuel et collectif, le droit fondamental à la protection de la santé est reconnu au profit de « toute personne ». Sa garantie suppose alors la promotion et le respect, par l'ensemble des acteurs de la santé, d'un certain nombre de principes de protection qui, pour la plupart, répondent aux droits subjectifs « de la personne malade » affirmés par la loi du 4 mars 2002. Sa mise en œuvre implique aussi la conduite d'actions collectives visant à satisfaire les besoins de santé de l'ensemble de la population tout en assurant la protection de chacun. Sur ce point encore, la définition législative du droit fondamental à la protection de la santé révèle un glissement majeur du sens et de la portée donnés à ce droit dont la dimension collective est non seulement officiellement reconnue, mais même mise en valeur. Cette « collectivisation » du droit à la protection de la santé, qui prolonge l'œuvre créatrice du Conseil constitutionnel, a, au demeurant, été explicitement validée par le juge du référé-liberté du Conseil d'État qui, dans son ordonnance du 8 septembre 2005, a expressément défini le principe de valeur constitutionnelle protégé par l'alinéa 11 du Préambule de la

---

[1] M.-L. MOQUET-ANGER, Ordre public et santé publique, *op. cit.*, p. 208.

[2] Art. L. 3131-1 s. C.S.P. L'objectif recherché par le législateur est clair : il s'agit de doter la France des moyens nécessaires pour répondre le plus efficacement possible à toute situation de menace sanitaire grave, notamment épidémique. A de la sorte été mis en place un dispositif très complet de gestion des crises sanitaires qui fait appel à une police spéciale de l'état d'urgence sanitaire et à une organisation spécifique du système de soins. *Cf. supra* n°s 273 s.

[3] Art. L. 1411-1 s. C.S.P.

Constitution de 1946 comme celui de la protection de la santé *publique*[1]. On la retrouve encore dans la définition proposée par M. MATTÉI lors des débats sur la loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé : « *Le droit à la protection de la santé,* affirma-t-il alors, *est le devoir qu'ont les pouvoirs publics de protéger* collectivement *les populations contre les risques qui pourraient menacer leur santé* »[2]. Cette approche collective nouvelle du droit à la protection de la santé signale, là encore, la conception unifiée de la santé qui domine aujourd'hui. Celle-ci est enfin officiellement reconnue comme un tout indissociable, mêlant intimement les dimensions défensives et salvatrices, collectives et individuelles, préventives et curatives de sa protection.

466 On relèvera alors, et ce point est d'importance, que cette collectivisation du droit à la protection de la santé est allée de pair avec la « sécurisation » de son contenu que la définition originale de M. MATTÉI souligne sans ambiguïté[3]. Tel qu'il est présenté par les dispositions de l'article L. 1110-1 du Code de la santé publique, le droit fondamental à la protection de la santé, qui associe le droit à la prévention et à la sécurité sanitaire au droit à l'égal accès aux soins, comporte une dimension sécuritaire essentielle[4].

Socle de toute législation et de toute réglementation sanitaires[5], le droit fondamental à la protection de la santé absorbe ainsi l'ensemble des actions menées au titre de l'ordre public sanitaire dont il constitue désormais *la raison d'être*. Il en résulte une conception totalement rénovée de l'ordre public sanitaire qui, bien qu'historiquement situé aux prémices du droit à la protection de la santé[6], est aujourd'hui refondé par ce droit dont l'inscription dans la fondamentalité a élargi la teneur et la portée.

§2.- LA RÉNOVATION DE L'ORDRE PUBLIC SANITAIRE PAR LE DROIT FONDAMENTAL À LA PROTECTION DE LA SANTÉ

467 L'histoire récente du droit de la santé publique fait apparaître ce double mouvement d'interpénétration de l'ordre public et des droits fondamentaux qu'a bien

---

[1] C.E. ord., 8 sept. 2005, *Garde des Sceaux–Min. de la Justice,* préc. V. également L. GAY, Le principe constitutionnel de protection de la santé peut-il être au fondement d'une liberté ?, in *Renouveau du droit constitutionnel. Mélanges en l'honneur de Louis FAVOREU*, Paris, Dalloz, 2007, p. 1577-1606.

[2] J.-F. MATTÉI, *loc. cit.*

[3] En ce sens, *cf.* D. TRUCHET, La loi du 4 mars 2002 et la prévention : une double lecture, *op. cit.*, p. 45 qui, à propos de la « Politique de prévention » instaurée et définie par la loi du 4 mars, note le caractère collectif qui est assigné à la prévention, le caractère individuel étant, lui, attaché à la « promotion de la santé ». *Cf.* également M.-L. MOQUET-ANGER, Le droit des personnes hospitalisées, *op. cit.* et M. DEGUERGUE, L'obligation de mener une vie saine ?, in « *Les obligations du patient* », Actes du colloque de l'A.F.D.S. du 13 juin 2003, *R.G.D.M.* 2003, n° 11, p. 13-23.

[4] Ce volet sécuritaire est également bien souligné par l'article L. 1411-1 C.S.P. relatif à la politique de santé publique.

[5] V. les comm. sous l'art. L. 1110-1 C.S.P. dans l'édition Litec 2007.

[6] C'est bien en ce sens que le Rapport du Conseil d'État pour 1998 souligne que « *le droit à la protection de la santé s'inscrit dans la longue tradition de la police sanitaire en application de laquelle les pouvoirs publics ont un devoir de protéger* collectivement *les populations contre les risques qui pourraient menacer leur santé* » (*loc. cit.*, p. 239, mot souligné par l'auteur).

identifié Mme REDOR[1]. D'un côté, la consécration du droit de la personne à la protection de la santé a promu la santé publique, composante traditionnelle de l'ordre public, au rang d'un droit fondamental, ce qui notamment renforce la légitimité de l'action contraignante des autorités sanitaires (A). De l'autre, la notion d'ordre public sanitaire a été considérablement enrichie par le droit fondamental à la protection de la santé qui, en situant la sécurité des personnes au cœur des obligations sanitaires de l'État, a largement réévalué la fonction traditionnelle de police sanitaire (B).

A.- UNE FONCTION RÉGALIENNE LÉGITIMÉE

468 Le rattachement de la police sanitaire au droit à la protection de la santé a fait de l'ordre public sanitaire un élément premier de la garantie de ce droit fondamental de la personne. Par là, la légitimité de la police sanitaire a aussi été considérablement renforcée. Les liens nouvellement constitués entre les différentes missions sanitaires de l'État ont en effet permis de donner une assise constitutionnelle nouvelle à la police sanitaire, aujourd'hui perçue comme le corollaire du droit-créance défini par le bloc de constitutionnalité (1). Il en résulte alors une conception subjectivisée de l'ordre public sanitaire dont le maintien paraît bien correspondre à la garantie d'un droit fondamental de la personne (2).

1) Une assise constitutionnelle nouvelle donnée à l'ordre public sanitaire

469 Le premier mérite du rattachement de l'ordre public sanitaire au droit à la protection de la santé est qu'il a permis de donner une base constitutionnelle plus explicite à l'action sanitaire prescriptive et contraignante de l'État, en faisant de l'alinéa 11 du Préambule de la Constitution du 27 octobre 1946 la source formelle de celle-ci. Par là, la norme constitutionnelle d'ordre public sanitaire est sortie du champ de l'implicite, ce qui a considérablement renforcé la légitimité des restrictions apportées à l'exercice des libertés pour des motifs sanitaires.

470 Il faut en effet rappeler que la théorie classique de l'ordre public fait exception aux principes formalistes du normativisme. L'ordre public, qui jouit d'une existence générale indépendante des textes, est une norme essentiellement non écrite tant dans son principe que dans son contenu. En particulier, rien dans la Constitution ne permet d'indiquer, « *même de la façon la plus vague* »[2], ce que recouvre précisément l'ordre public et, encore moins, l'ordre public sanitaire. Il existe bien certaines dispositions constitutionnelles qui, proclamant des droits ou des libertés, comportent une réserve

---

[1] M.-J. REDOR, Ouverture du colloque de Caen des 11 et 12 mai 2002, *L'Ordre public : Ordre public ou ordres publics ?..*, *op. cit.*, p. 13-14.

[2] É. PICARD, La fonction de l'ordre public dans l'ordre juridique, *op. cit.*, p. 34.

d'ordre public, mais celles-ci sont assez rares. En tout état de cause, elles ne concernent pas la santé qui, dans le bloc de constitutionnalité, n'est ni affirmée comme un élément de l'ordre public, ni évoquée comme un principe limitatif des libertés. Par ailleurs, ces dispositions ne sont guère utilisées par le Conseil constitutionnel, bien que celui-ci admette parfaitement l'existence de l'ordre public, qu'il qualifie d'objectif de valeur constitutionnelle[1]. Comme le relève M. PICARD[2], il existe donc une norme constitutionnelle d'ordre public, réservant le pouvoir du législateur, voire du gouvernement, de limiter les droits et les libertés en son nom, mais cette norme, qui relève avant tout du champ de l'implicite, est fondamentalement indéterminée dans son contenu.

471 Sur ce point, on observera que la jurisprudence du Conseil constitutionnel trace, malgré tout, les contours matériels de l'ordre public qu'il définit comme la sécurité des personnes et des biens[3]. Il reste que la santé publique, bien qu'associée à ce principe dans la décision « *Matières nucléaires* » du 22 juillet 1980[4], n'a jamais été clairement rattachée à la norme constitutionnelle d'ordre public. En passant du droit administratif au droit constitutionnel, l'ordre public paraît ainsi perdre de sa substance pour s'exclure, notamment, des impératifs de la salubrité et de la santé publiques.

En réalité, cet appauvrissement de la notion n'est qu'apparent. Le Conseil constitutionnel a en effet plusieurs fois reconnu la prééminence des intérêts de la santé publique qu'il a liés, dès 1980, au principe constitutionnel de la sécurité des personnes et des biens et qu'il a, en 1991, successivement qualifié d'« *exigence* » et d'« *impératif* » de valeur constitutionnelle. Les juges du Palais Royal donnent en outre à l'intérêt général de la santé publique un rôle identique à celui joué par l'ordre public dans la théorie générale des libertés publiques. À chaque fois qu'il en a eu l'occasion, le Conseil constitutionnel a ainsi promu les impératifs de la prévention sanitaire (décision du 8 janvier 1991)[5] ou de la protection de la santé (décision du 22 juillet 1980) au rang d'un intérêt général de valeur constitutionnelle sur le fondement duquel le législateur est en droit de définir et d'organiser un statut restrictif des libertés[6].

---

[1] C.C., n° 82-141 DC du 27 juill. 1982 (*Loi sur la communication audiovisuelle*), précitée.

[2] *Cf.* notamment, É. PICARD, La fonction de l'ordre public dans l'ordre juridique, *op. cit.*, p. 17-61.

[3] C.C., n° 80-127 DC des 19 et 20 janv. 1981 (*Loi renforçant la sécurité et protégeant la liberté des personnes*), précité.

[4] C.C., n° 80-117 DC du 22 juill. 1980 (*Loi relative à la protection et au contrôle des matières nucléaires*), précitée.

[5] Sous les dehors d'un conflit de libertés opposant le droit à la protection de la santé au droit de propriété et à la liberté d'entreprendre, cette décision règle en effet un problème classique de conciliation entre les impératifs de l'intérêt général de la santé publique, conçu comme « *un intérêt supérieur* » et ceux des droits limités par le texte de la loi « Evin ». *Cf.* notamment V. SAINT-JAMES, Le droit à la santé dans la jurisprudence du Conseil constitutionnel, *op. cit.*, p. 480.

[6] Dans le même sens, le Conseil d'État a, dès avant le vote de la loi du 4 mars 2002, fait référence à l'al. 11 du Préambule de 1946 pour appuyer des dispositifs d'ordre public sanitaire : *cf.* notamment son arrêt *A.L.I.S. et a.* du 26 nov. 2001, précité.

Ce rapprochement est particulièrement explicite dans la décision « *Matières nucléaires* » du 22 juillet 1980 dans laquelle il s'agissait d'apprécier la portée de la protection de la santé publique au regard du droit de grève. En l'espèce, les juges du Palais Royal ont précisé qu'il appartenait au législateur d'opérer « *la conciliation nécessaire entre la défense des intérêts professionnels dont la grève est un moyen et la sauvegarde de l'intérêt général auquel la grève peut être de nature à porter atteinte* », en l'occurrence la santé publique. Ce considérant appelle deux observations. La première intéresse l'étroite similitude de la formule retenue avec la motivation de la décision « *Sécurité et liberté* » qui, moins d'un an plus tard, a constitutionnalisé la notion d'ordre public[1]. La santé publique, conçue comme un intérêt général, donne au législateur, tout comme l'ordre public, la tâche de concilier ses exigences avec celles qui résultent d'un droit constitutionnellement protégé. La seconde remarque porte sur la parenté du principe ainsi posé avec celui du célèbre arrêt *Dehaene* du Conseil d'État dont le juge constitutionnel a, en l'espèce, repris presque mot pour mot le considérant de principe[2]. Il est alors bien difficile de trouver ce qui, au fond, sépare l'ordre public de l'intérêt général de la santé car, en considérant que celui-ci justifie en droit constitutionnel les mêmes limitations à l'exercice du droit de grève que celle qui, en droit administratif, peuvent lui être apportées au titre de l'ordre public, le juge constitutionnel lui a donné une portée et un rôle exactement identiques à celui-là. On reconnaît ainsi entre les deux notions à la fois une identité des principes directeurs (conciliation des nécessités de la sauvegarde de l'intérêt général et des impératifs nés des droits et des libertés protégés) et de la fonction (organisation d'un cadre réglementé d'exercice des libertés en vue de préserver un intérêt général dominant). Comme le souligne Mme SAINT-JAMES, il existe donc bien en droit constitutionnel une conception de la santé comme composante d'ordre public[3].

---

[1] C.C. n° 81-127 DC du 20 janv. 1981 (*Loi renforçant et protégeant la liberté des personnes*) dite *Sécurité et liberté*, *J.O.* du 22 janv., p. 308 ; *Rec.* p. 15 ; *R.J.C.* p. I-91 ; *G.D.C.C.* n° 30 ; *J.C.P.* 1981, II, 19701, note C. FRANCK ; *A.J.D.A.* 1981, p. 275, note C. DE GOURNAY et p. 278, note J. RIVERO ; *R.D.P.* 1981, p. 651, note L. PHILIP ; *Rev. adm.* 1981, p. 266, note M. DE VILLIERS ; *D.* 1982, J., p. 441, note A. DEKEUWER. Dans le considérant 62, le juge affirme « *la conciliation qui doit être opérée entre l'exercice des libertés constitutionnelles reconnues et les besoins de la recherche des auteurs d'infractions et de la prévention d'atteintes à l'ordre public, notamment à la sécurité des personnes et des biens, nécessaires, l'une et l'autre, à la sauvegarde de droits de valeur constitutionnelle* ».

[2] C.E., Ass., 7 juill. 1950, *Dehaene* (2e cons.), n° 01645, *Rec.* p. 426 ; *G.A.J.A.* n° 65 ; *S.* 1950, 3, p. 109, note J.D.V. ; *D.* 1959, p. 538, note GERVAIS ; *R.D.P.* 1950, p. 691, concl. J. GAZIER, note M. WALINE ; *J.C.P.* 1950, II, 5681, concl. ; *Rev. adm.* 1950, p. 366, concl., note G. LIET-VEAUX ; *Dr. soc.* 1950, p. 317, concl. : « *Cons. qu'en indiquant dans le préambule de la Constitution que « le droit de grève s'exerce dans le cadre des lois qui le réglementent », l'Assemblée constituante a entendu inviter le législateur à opérer la conciliation nécessaire entre la défense des intérêts professionnels dont la grève constitue une modalité et la sauvegarde de l'intérêt général auquel elle peut être de nature à porter atteinte* ».

[3] V. SAINT-JAMES, Le droit à la santé dans la jurisprudence du Conseil constitutionnel *op. cit.*, p. 482. Dans le même sens, *cf.* B. MATHIEU, note sous C.C., n° 98-411 DC du 16 juin 1999 (*Loi portant diverses mesures relatives à la sécurité routière*), *Petites affiches* 1999, n° 188, p. 13 et J.-E. SCHOETTL, Intérêt général et Constitution, in *Rapport du Conseil d'État 1999*, *op. cit.*, p. 375. On peut croire finalement que l'exclusion ou, plutôt, l'absence de rattachement exprès de la santé publique à l'ordre public résulte surtout de la gêne du Conseil constitutionnel devant l'imprécision et la complexité de la notion d'ordre public et de sa volonté de n'en donner qu'une définition matérielle explicite étroite.

Il reste que l'imprécision de la jurisprudence, jointe au silence des textes du bloc de constitutionnalité, a constitué un frein puissant à l'action de santé publique de l'État, dont la légitimité, et partant l'acceptabilité, ont souvent et longtemps été discutées. Il ne faut donc pas minorer l'intérêt du rattachement de l'ordre public sanitaire au droit de la personne à la protection de la santé qui, en identifiant la fonction régalienne de police sanitaire comme le corollaire d'un droit constitutionnellement garanti, l'a définitivement ancré dans la légitimité des sources constitutionnelles.

472 Il en résulte une image rénovée de la police sanitaire. Ainsi rattachée au droit à la protection de la santé, celle-ci ne peut plus en effet être conçue comme cette « *force extérieure, surplombant les individus [et] poursuivant un sens en dehors d'eux* » qu'évoque M. VIGARELLO[1]. Elle apparaît désormais comme une fonction destinée à la garantie d'un droit de la personne humaine, ce qui met nettement en valeur sa dimension protectrice. La refondation de l'ordre public sanitaire sur le droit fondamental à la protection de la santé oblige de la sorte à reconsidérer les termes du rapport traditionnellement établi entre la santé publique et les droits de l'Homme pour mettre définitivement fin à l'idée, erronée mais largement partagée, de leur opposition fondamentale[2].

L'enjeu peut apparaître ici plus politique que juridique. Dès lors que l'on sait qu'il n'y a pas en droit de contradiction entre l'ordre et la liberté[3], la « réconciliation » de l'ordre public sanitaire et des droits de l'Homme semble surtout importer du point de vue politique de l'acceptabilité des restrictions apportées aux libertés publiques pour des motifs sanitaires. Pour autant, la refondation de l'ordre public sanitaire sur le droit fondamental à la protection de la santé est aussi de nature à modifier l'approche conceptuelle de la police sanitaire. On relèvera, en particulier, qu'en identifiant la police sanitaire comme un corollaire immédiat du droit à la protection de la santé, dont il découle alors pour l'État un devoir de protection des personnes affirmé au plus haut niveau de la hiérarchie des normes, cette évolution est aussi propice à la subjectivisation de l'ordre public sanitaire.

2) La subjectivisation de l'ordre public sanitaire

473 L'idée d'un droit à l'ordre public sanitaire n'est en soi pas plus nouvelle que celle d'un droit fondamental à l'ordre public. Comme l'a bien souligné M. PICARD, concevoir l'existence d'un tel droit n'a pas de signification réellement novatrice dès lors qu'il est

---

[1] G. VIGARELLO, *Le sain et le malsain*, *op. cit.*, p. 285.

[2] Dès lors que l'ordre public sanitaire dérive lui-même d'un droit fondamental de la personne, il ne peut plus en effet être considéré comme une valeur opposée aux libertés et aux droits individuels.

[3] *Cf. supra* n°s 94 s. et n°s 155 s.

depuis longtemps admis que, « *à partir d'un certain degré de gravité dans le désordre déploré, [l'ordre public impose aux autorités publiques] d'intervenir positivement pour protéger nos droits* »[1]. « *Et,* ajoute l'auteur, *comme ce « droit à l'ordre public » conditionne ainsi la jouissance de droits fondamentaux, ce droit à l'ordre public peut certainement être tenu lui-même pour un droit fondamental* »[2].

474 Cette approche correspond en outre à la tendance actuelle du droit français à privilégier, sur le modèle du droit international, une présentation subjectivisée du droit objectif. La proclamation d'un droit « à » en liminaire d'un texte organisant des pouvoirs de police administrative est, on le sait, devenu un procédé d'écriture du droit fréquemment employé. On peut, par exemple, faire référence à la loi sur l'air du 30 décembre 1996 qui fonde la création d'une police de lutte contre la pollution atmosphérique sur le « *droit à ne pas respirer un air nuisible à sa santé* »[3] ou à la loi d'orientation relative à la lutte contre les exclusions du 29 juillet 1998 qui, « *pour assurer l'accès de tous aux droits fondamentaux* », a conféré au préfet de nouveaux pouvoirs de police de lutte contre le saturnisme[4]. Ce procédé s'observe encore dans la loi du 15 novembre 2001 relative à la sécurité quotidienne qui, réaffirmant le droit fondamental à la sécurité et le devoir de l'État de l'assurer, contient un certain nombre de dispositions de police[5].

Cette subjectivisation croissante du droit doit beaucoup à l'approche substantielle contemporaine de l'État de droit[6] qui se referme, ou se restructure, autour des droits de la personne humaine[7]. C'est de nos jours la personne, l'homme, plus que l'administré, l'individu ou le citoyen, qui constitue la référence centrale de notre ordre juridique, ce qu'a notamment avalisée en 1994 la réécriture de l'article 16 du Code civil : « *La loi assure la primauté de la personne* ». Or cette évolution emporte une double conséquence sur les constructions normatives. Elle conduit, en premier lieu, à une sorte d'atomisation

---

[1] É. PICARD, La fonction de l'ordre public dans l'ordre juridique, *op. cit.*, p. 30.

[2] *Ibid.*, p. 31.

[3] L. n° 96-1236 du 30 déc. 1996 sur l'air et l'utilisation rationnelle de l'énergie, préc.

[4] L. n° 98-657 du 29 juill. 1998 d'orientation relative à la lutte contre les exclusions, préc.

[5] L. n° 2001-1062 du 15 nov. 2001 relative à la sécurité quotidienne précitée, qui, notamment, élargit les objets soumis à l'exercice de la police municipale. Pour un exemple plus récent, v. également la L. n° 2007-290 du 5 mars 2007 instituant le droit au logement opposable et portant diverses mesures en faveur de la cohésion sociale, *J.O.* du 6 mars, p. 4190.

[6] Sur la définition de l'État de droit substantiel, *cf.* notamment J. CHEVALLIER, *L'État de droit*, Paris, Montchrestien, 1994, 2e éd., coll. Clefs. Politique, p. 98 et, du même auteur, L'État de droit, *R.D.P.* 1998, p. 313-380 ; M. HALBECQ, *L'État, son autorité, son pouvoir (1880-1962)*, Th. Droit, Paris, L.G.D.J. 1964, 651 p. et M.-J. REDOR, *De l'État légal à l'État de droit. L'Évolution des Conceptions de la Doctrine Publiciste Française 1879-1914*, Paris/Aix-en-Provence, Economica/P.U.A.M., 1992, 389 p., Préface de J. COMBACAU.

[7] V. notamment M.-J. REDOR, Ouverture du Colloque sur *L'Ordre public : Ordre public ou ordres publics ?...*, p. 12. *Cf.* également J. CHEVALLIER, *L'État de droit*, *op. cit.*, p. 110-115 ; J. CARBONNIER, *Droit et passion du droit sous la Ve République*, Paris, Flammarion, 1996, coll. Forum, p. 44-57 et M.-L. PAVIA, Éléments de réflexions sur la notion de droit fondamental, *Petites affiches* 1994, n° 54.

du droit positif en une kyrielle de droits subjectifs qui, principalement proclamés par le législateur, complètent et enrichissent les droits du bloc de constitutionnalité[1].

Elle favorise, en second lieu, des constructions juridiques originales puisque les règles de droit objectif, y compris celles de police, sont désormais fréquemment soutenues par la proclamation d'un droit de la personne plutôt que par la notion traditionnelle d'intérêt général. Est ainsi institué un nouveau processus de légitimation de l'action publique et de la police qui, en un certain sens, s'enracine définitivement dans la notion de service : la fonction du maintien de l'ordre public est légitime et fondée parce qu'elle est nécessaire à la protection de la personne, ce qui l'impose du même coup comme une fonction obligée de l'État.

475 Il est alors possible de croire avec M. CARBONNIER que ce n'est finalement que « *la manière d'aborder les questions qui change, qui est inversée [et] subjectivisée* »[2]. Dans cette perspective, l'affirmation d'un droit à l'ordre public sanitaire servirait surtout à insister sur le devoir ancien de l'État d'assurer la sécurité en santé. Autrement dit, son intérêt relèverait davantage de la théorie du droit que de sa pratique. On est toutefois enclin à croire que la subjectivisation de l'ordre public sanitaire révèle une évolution plus profonde de la notion, dès lors qu'elle est liée à sa refondation sur un droit fondamental de la personne humaine. Elle ne peut, en tout état de cause, rester sans influence sur le fond des solutions juridiques.

Premièrement, comme l'a bien relevé M. MOREAU, la consécration du droit fondamental à la protection de la santé a transformé les conflits nés de la contradiction des exigences pratiques de cette protection et des impératifs de la liberté en « *ce qu'il faut bien appeler des conflits de libertés* »[3]. Or si, dans un premier temps, ce changement de perspective n'a pas fait apparaître de différence notable dans la résolution des conflits[4], la jurisprudence la plus récente est porteuse de novations que l'on ne peut ignorer. On retiendra en particulier que la collectivisation du droit à la protection de la santé est aujourd'hui prolongée par un mouvement d'individualisation de l'ordre public sanitaire, qui tend à faire de la santé privée un motif de droit suffisant à la restriction d'une liberté[5].

---

[1] Ce que le doyen Jean CARBONNIER a nommé « *la pulvérisation du droit en droits subjectifs* ». V. *Droit et passion du droit sous la Ve République*, *op. cit.*, p. 120 s.

[2] J. CARBONNIER, *ibid.*, p. 121.

[3] J. MOREAU, Le droit à la santé, *op. cit.*, p. 188. *Cf.* en ce sens, outre la décision n° 90-283 DC du 8 janv. 1991 (confrontation du droit de propriété et de la liberté d'entreprendre au droit à la protection de la santé publique), l'arrêt *A.L.I.S. et a.* du 26 nov. 2001 où le Conseil d'État, à propos du recours porté contre les obligations vaccinales, est amené, pour conclure à leur légalité, à confronter le principe de la protection de la santé garanti par l'alinéa 11 du Préambule de 1946 à d'autres droits protégés dont le principe d'inviolabilité et d'intégrité du corps humain dérivé du principe constitutionnel de la sauvegarde de la dignité de la personne humaine et celui de la liberté de conscience.

[4] En ce sens, *cf.* C.E., 26 nov. 2001, *A.L.I.S. et a.*, préc. et les concl. de Mme BOISSARD sur cet arrêt, *op. cit.*, p. 67.

[5] *Cf. infra* nos 640 s.

Deuxièmement, il faut garder à l'esprit que la refondation de l'ordre public sanitaire sur le droit fondamental à la protection de la santé a accompagné la sécurisation de ce droit que le législateur de 2002 a enrichi d'un double impératif de prévention et de sécurité sanitaires. De la sorte, si l'on peut croire que le droit à l'ordre public sanitaire permet d'insister sur une obligation régalienne ancienne de santé publique, il faut aussi admettre qu'il en fait évoluer le sens en assignant aux autorités de puissance publique un devoir de protection de la santé renforcé par l'exigence de sécurité pour la santé portée par le droit à la sécurité sanitaire. Or ce degré supplémentaire de protection qui est exigé de l'État est en soi de nature à transformer les traductions objectives de l'ordre public sanitaire[1].

Il apparaît ainsi que le rattachement de l'ordre public sanitaire au droit fondamental à la protection de la santé ne sert pas seulement à consolider la légitimité de la fonction régalienne du maintien de l'ordre public sanitaire, mais qu'elle contribue aussi à la réévaluer.

B.- UNE FONCTION RÉGALIENNE RÉÉVALUÉE

476 Si le rattachement de la police sanitaire au droit à la protection de la santé a permis d'affirmer ou de réaffirmer l'existence d'une obligation régalienne ancienne, on ne peut ignorer le fait que sa refondation sur un droit de la personne humaine est, en soi, de nature à la réévaluer. L'ordre public sanitaire rénové par le droit fondamental à la protection de la santé est en effet prolongé d'un impératif de sécurité pour la santé (1) qui, en situant la protection de la santé des personnes au cœur des responsabilités sanitaires de l'État, modifie non seulement la portée, mais aussi le sens de la notion d'ordre public sanitaire (2).

1) L'enrichissement matériel de l'ordre public sanitaire

Il est utile ici de s'attarder un peu sur les quatre arrêts d'Assemblée du Conseil d'État du 3 mars 2004, *Ministre de l'Emploi et de la Solidarité*, relatifs à la responsabilité de l'État dans le drame des contaminations professionnelles par les poussières d'amiante[2].

477 Les demandes de réparation présentées par les victimes de ce drame de l'amiante ont conduit le juge à considérer deux hypothèses distinctes de défaillances de l'État. Ces deux hypothèses ont été établies sur un critère chronologique, selon que les dommages

---

[1] En ce sens, quoique sur la question plus générale de l'évolution du droit, *cf.* G. CARCASSONNE, Société de droit contre État de droit, in *L'État de droit. Mélanges BRAIBANT*, Paris, Dalloz, 1996, p. 37-44.

[2] C.E. Ass., 3 mars 2004, *Min. de l'Emploi et de la Solidarité c. Bourdignon*, *c. Botella*, *c. Cts Thomas* et *c. Cts Xueref* (4 esp.), préc.

ont résulté d'une exposition antérieure (affaires *Bourdignon* et *Thomas*) ou postérieure (affaires *Xueref* et *Botella*) au décret du 17 août 1977 instituant un premier régime de prévention basé sur l'usage contrôlé de l'amiante[1]. Dans le premier cas, il a été reproché à l'État de ne pas avoir pris les mesures nécessaires pour prévenir le risque connu lié à l'inhalation de fibres d'amiante ; dans le second, a été mise en cause l'insuffisance des mesures adoptées entre 1977 et 1996 pour assurer la protection des salariés d'entreprises utilisant des produits contenant de l'amiante.

C'est toutefois par un considérant de principe commun aux quatre espèces que le juge de cassation a réaffirmé l'obligation d'agir de l'État pour la prévention des risques sanitaires :

> « *Si, en application de la législation du travail désormais codifiée à l'article L. 230-2 du Code du travail, l'employeur a l'obligation générale d'assurer la sécurité et la protection de la santé des travailleurs placés sous son autorité, il incombe aux autorités publiques chargées de la prévention des risques professionnels de se tenir informées des dangers que peuvent courir les travailleurs dans le cadre de leur activité professionnelle, compte tenu notamment des produits et substances qu'ils manipulent ou avec lesquels ils sont en contact, et d'arrêter, en l'état des connaissances scientifiques, au besoin à l'aide d'études ou d'enquêtes complémentaires, les mesures les plus appropriées pour limiter et si possible éliminer ces dangers* ».

478 La novation la plus évidente des arrêts *Ministre de l'Emploi et de la Solidarité* se situe dans l'élaboration d'une véritable méthodologie de la prévention des risques sanitaires basée sur le diptyque de l'information et de l'expertise[2]. Cette solution est

---

[1] On notera la longueur de la période sur laquelle se sont étendues les fautes d'inaction de l'État, qui couvre près d'un demi-siècle. Le risque de développer une affection respiratoire du fait de l'inhalation de fibres d'amiante a été mis en évidence en France dès 1906 par un rapport établi par un inspecteur du travail. Le risque sanitaire a ensuite été précisé en 1930 par une étude statistique menée par un médecin lyonnais, puis par des travaux étrangers publiés au milieu des années cinquante, avant d'être confirmé en 1977 par le Centre international de recherche contre le cancer. Les effets nocifs de l'amiante sont, quoi qu'il en soit, suffisamment connus des pouvoirs publics français pour que plusieurs affections qui y sont liées soient inscrites au tableau des maladies professionnelles en 1945, 1950 et 1951. Ce n'est toutefois que le 17 août 1977 qu'est édictée une première réglementation relative à la protection des travailleurs exposés à des produits contenant de l'amiante (décr. n° 77-949 relatif aux mesures particulières d'hygiène applicable dans les établissements où le personnel est exposé à l'action des poussières d'amiante, *J.O.* du 20 août, p. 4304). Jusqu'alors les autorités sanitaires françaises n'avaient adopté aucune mesure particulière de protection des travailleurs concernés, ni entrepris aucune recherche d'évaluation du risque, connu et grave, présenté par ces produits. Au demeurant, et en dépit de l'augmentation constante du nombre de maladies professionnelles et de décès liés à l'exposition à l'amiante depuis le milieu des années cinquante, ces autorités ont longtemps négligé de commander les études nécessaires pour préciser et évaluer les dangers encourus par les travailleurs exposés et, partant, s'assurer de la suffisance de la réglementation sanitaire en vigueur. Ce n'est en effet qu'en 1995 que le ministère du Travail et des Affaires sociales a commandé à l'I.N.S.E.R.M. un rapport d'expertise visant à établir plus précisément ces dangers. Ce rapport est à l'origine directe du décret n° 96-1133 du 24 décembre 1996 portant interdiction de l'amiante (*J.O.* du 26 déc., p. 19126). Les études épidémiologiques menées depuis lors ont montré qu'au moins 80 % des mésothéliomes survenant dans les pays industrialisés sont dus à une exposition professionnelle aux fibres d'amiante, responsables de graves affections respiratoires et à l'origine présumée de 5 à 10 % des cancers du poumon.

[2] *Cf. infra* n°s 534 s.

essentielle pour deux raisons. D'une part, cette méthodologie, qui assujettit l'administration à de nouvelles obligations, est appelée à transformer les modalités de l'action de police sanitaire. D'autre part, il faut relever que de ces obligations nouvelles de l'administration sont déduits de nouveaux principes d'action de santé publique établis sur la base de politiques volontaristes. Par ce biais, le juge semble bien désigner le droit fondamental à la protection de la santé comme une source matérielle nouvelle de l'ordre public sanitaire, dont il tire notamment l'obligation pour les autorités publiques d'assurer efficacement la protection de la santé des travailleurs.

On conviendra assez aisément ici que c'est bien à la norme d'ordre public sanitaire que renvoie, en l'espèce, le principe de l'obligation d'agir de l'État. À cet égard, on relèvera que la Cour administrative d'appel de Marseille avait, pour asseoir la responsabilité pour carence fautive de l'État, retenu la norme directe et implicite d'habilitation à agir que constituent « *ses obligations en matière de santé publique* », autrement dit l'ordre public sanitaire « général »[1]. À la lecture des arrêts de cassation, d'aucuns souligneront toutefois qu'il n'est pas certain que le Conseil d'État ait exactement tenu le même raisonnement. La mention de l'article L. 231-2 du Code du travail[2] dans les visas des arrêts et la formulation du considérant de principe, qui restreint l'obligation d'agir des autorités publiques à la prévention des risques professionnels, peuvent en effet donner à penser que le Conseil d'État a retenu un autre fondement de la responsabilité de l'État qu'il a appuyée sur son pouvoir de réglementation sanitaire défini à l'article L. 231-2 du Code du travail. Il reste que ce texte législatif, qui formalise et organise une police spéciale de l'État, se rattache lui-même à l'ordre public, notamment sanitaire, dont il traduit les exigences spécifiques dans le milieu, lui aussi spécifique, du travail.

Le resserrement opéré par le Conseil d'État n'en présente pas moins un intérêt essentiel. Il est assez remarquable en effet que le juge de cassation n'ait, à aucun moment, directement ou indirectement évoqué « les intérêts de la santé publique » qui composent normalement la finalité des mesures de police sanitaire. Dans ses arrêts du 3 mars 2004, la Haute juridiction administrative a ainsi constamment rattaché l'obligation d'agir de l'État au principe plus resserré, mais aussi plus exigeant, de la protection de la santé des travailleurs. Dans le même ordre d'idée, les décisions *Xueref* et *Botella* définissent explicitement la mesure suffisante de prévention des risques comme celle qui assure une protection efficace de la santé des travailleurs, autrement dit celle qui garantit au mieux la

---

[1] En ce sens, bien que l'auteur n'utilise pas l'expression d' « ordre public sanitaire », *cf.* L. BENOIT, note sous C.A.A. de Marseille, 18 oct. 2001, *Min. de l'Emploi et de la Solidarité* (4 esp.), *A.J.D.A.* 2002, p. 259. Sur la définition de l'ordre public comme norme directe et implicite d'habilitation à agir des autorités de police générale, *cf. supra* n° 126.

[2] Texte de l'article (version en vigueur à l'époque des arrêts).

sécurité des personnes exposées au risque de contamination professionnelle par les poussières d'amiante. La jurisprudence *Ministre de l'Emploi et de la Solidarité* paraît de la sorte davantage relever de la mise en œuvre du droit fondamental à la protection de la santé, dont il est notamment déduit l'obligation pour l'administration de veiller efficacement à la sécurité sanitaire des travailleurs, que de l'application de la norme classique d'ordre public sanitaire. Mais se pose alors la question, qui semblait improbable *a priori*, de savoir si c'est bien ici sur celle-ci que repose l'obligation de l'État de prendre les mesures réglementaires de police nécessaires pour prévenir ou faire cesser le risque sanitaire.

De deux choses l'une. On peut, dans une première perspective, considérer que l'obligation d'agir est ici, dans son principe comme dans son contenu, entièrement fondée sur le droit des travailleurs à la protection de la santé, déclinaison particulière du droit fondamental de la personne à la protection de la santé. Mais il faut alors admettre que ce droit constitue une norme d'habilitation des autorités de police sanitaire concurrente à la norme d'ordre public. On peut, d'un autre point de vue, partir de l'idée que c'est bien ici l'ordre public sanitaire qui fonde l'obligation d'agir de l'État. Mais il faut alors aussi reconnaître que cette norme d'habilitation de la police sanitaire est substantiellement enrichie par le droit fondamental à la protection de la santé qui, en l'assortissant d'une exigence nouvelle de sécurité pour la santé, en transforme le contenu, le sens et la portée.

479 Cette dernière solution sera retenue ici pour deux raisons. Il faut, en premier lieu, remarquer que le contentieux de l'excès de pouvoir fait état d'une réactualisation comparable de l'ordre public sanitaire. Elle est ainsi au cœur de l'arrêt *Société Pro-Nat* du 24 février 1999 par lequel le Conseil d'État a consacré l'existence d'une règle d'action administrative de précaution sanitaire autorisant l'adoption de mesures de police sur le constat de risques potentiels[1]. Dans cet arrêt, l'appel à la notion de précaution, qui a permis d'élargir l'habilitation à agir des autorités administratives de police sanitaire, est venu au renfort d'une mesure destinée à protéger des personnes particulièrement vulnérables à un risque sanitaire dont la légalité n'était pas évidente au regard des règles classiques du droit de la police administrative. La logique qui sous-tend cette décision est la même que celle des arrêts *Ministre de l'Emploi et de la Solidarité* : il s'agit, par une interprétation extensive de la norme d'ordre public sanitaire, de faire en sorte que l'autorité administrative dispose des moyens suffisants pour protéger la santé de personnes vulnérables, autrement dit de lui donner les outils nécessaires pour assurer la sécurité pour la santé des personnes exposées au risque considéré. Dans une telle perspective, le moyen fondé sur la rupture d'égalité ne peut dès lors qu'être rejeté. On retrouve également cette conception rénovée de l'ordre public sanitaire dans l'arrêt de la

[1] C.E., 24 févr. 1999, *Soc. Pro-Nat*, préc. Sur cet arrêt, *cf. infra* n°s 583 et 595.

Cour administrative d'appel de Paris du 21 décembre 2004 relatif à la prise en charge d'office des personnes sans domicile fixe en période de grands froids[1]. Là encore, le juge administratif s'est livré à une interprétation originale de la norme d'ordre public sanitaire pour offrir à l'administration les moyens de protéger ces personnes spécialement exposées au risque mortel d'hypothermie[2].

480 On relèvera, en second lieu, que cette solution préserve la cohérence de la théorie de la police administrative[3], tout en étant conforme à celle de l'ordre public. On sait en effet que cette notion, qui est éminemment axiologique, se définit avant tout par sa fonction protectrice des principes essentiels de l'ordre juridique et qu'elle évolue au gré de la mutation de ces valeurs fondamentales qui la déterminent[4]. Or c'est un principe essentiel de la société de droit que véhiculent les droits fondamentaux : celui de l'irrépressible dignité de la personne humaine, dont l'inscription dans la fondamentalité modifie inévitablement l'objet de la protection offerte par l'ordre public.

Il n'est alors pas surprenant que la diffusion du concept de droits fondamentaux, qui découle de cette évolution des prémisses du droit, vienne perturber les éléments classiques de l'ordre public. Les droits fondamentaux, en effet, sont indissociables du principe de la dignité de la personne humaine, dont ils sont réputés traduire les exigences essentielles. Ces droits s'imposent donc nécessairement à l'ordre public, ne serait-ce que d'un point de vue matériel[5], puisque ce dernier va précisément avoir pour fonction d'assurer le respect des exigences essentielles à la garantie du prima de la dignité de la personne humaine, tenue pour un principe fondamental de l'ordre juridique. Dès lors, rien ne s'oppose, bien au contraire, à ce que le droit à la protection de la santé, qui relève des droits de la personne humaine et contribue à sa dignité, modifie en l'enrichissant, la composante sanitaire de l'ordre public.

481 Mais il apparaît alors que c'est le sens même de la norme d'ordre public sanitaire qui évolue, puisque celle-ci ne vise plus seulement à affirmer la nécessité de la protection

---

[1] C.A.A. de Paris, 21 déc. 2004, préc. Sur cet arrêt, *cf. infra* n°s 647-650.

[2] Dans le même sens et avec la même logique, *cf.* encore l'arrêt du Conseil d'État du 3 mars 2004, *A.L.I.S. et a.,* admettant la possibilité pour le ministre de la Défense d'instituer des obligations vaccinales spécifiques aux militaires en plus de celles qui ont été expressément prévues par le législateur et l'arrêt *Le Gac* du 19 mars 2007 en tant qu'il concerne l'interdiction absolue de fumer faite aux personnels des établissements scolaires (décisions précitées).

[3] Au moins telle que nous l'envisageons. Évidemment, si l'on admet d'emblée que cet instrument de régulation des situations et des comportements n'est pas nécessairement utilisé pour des motifs et à des fins d'ordre public, la définition du droit fondamental à la protection de la santé comme norme autonome d'habilitation de la police sanitaire ne pose plus guère de difficultés. Nous ne pensons pas toutefois qu'une telle conception de la police administrative puisse être retenue en ce qui concerne, au moins, la protection de la santé publique.

[4] Ces valeurs et principes étant eux-mêmes constitués de ce que « *l'ordre juridique considéré dans son ensemble tient pour ce qu'il a de plus précieux et de plus vital* » (É. PICARD, La fonction de l'ordre public dans l'ordre juridique, *op. cit.*, p. 57).

[5] Sur cette question, v. notamment M.-J. REDOR (dir.), *L'ordre public…, op. cit.*

collective de la santé publique, mais sert désormais à désigner, dans le champ de la santé, ce qui est nécessaire à la protection des personnes humaines.

2) La rénovation fonctionnelle de l'ordre public sanitaire

482 Si, comme dans la jurisprudence *Ministre de l'Emploi et de la Solidarité*, la sécurité pour la santé nourrit l'ordre public sanitaire, c'est bien parce que la définition de cette norme a été substantiellement modifiée par le droit fondamental à la protection de la santé. Il faut dès lors considérer que la rénovation de l'ordre public sanitaire se réalise aussi d'un point de vue fonctionnel.

Bien sûr, ce n'est pas la nature de la fonction protectrice de l'ordre public sanitaire proprement dite qui est ici affectée : celle-ci s'analyse toujours au regard de la nécessaire protection des valeurs fondamentales de notre ordre juridique[1]. C'est, plus exactement, l'objet de la protection offerte par l'ordre public qui change, soit la désignation dans et par notre ordre juridique de ce qui est fondamental. Il faut donc d'emblée souligner que la rénovation de l'ordre public sanitaire ne correspond pas à un changement de sens de la norme générale d'ordre public, mais résulte plus directement de l'inscription de la santé parmi les valeurs essentielles qui fondent et structurent le concept d'ordre public[2]. Il reste que le glissement opéré dans l'objet de la protection de l'ordre public sanitaire conduit à une analyse nouvelle de ses exigences et fait donc évoluer la notion en conséquence.

C'est ce que montre un arrêt *M. M.* de la Cour administrative d'appel de Nantes du 29 décembre 2006[3]. Le juge était ici saisi d'une demande d'indemnisation présentée par un particulier, atteint d'une sclérose en plaques développée après avoir été vacciné contre l'hépatite B dans le cadre d'une campagne de vaccination généralisée lancée par les services du ministère de la Santé. Le requérant mettait en cause la responsabilité de l'État pour avoir lancé cette campagne de vaccination qu'il considérait comme étant à l'origine de son dommage. Après avoir rapidement écarté la responsabilité sans faute de l'État en raison du caractère facultatif de la vaccination, les juges ont cherché à savoir si les services du ministère de la Santé avaient manqué à leurs obligations en lançant et en maintenant cette campagne de vaccination à destination d'une population peu exposée, alors que des cas d'atteintes démyélinisantes avaient été recensés à la suite de vaccination contre l'hépatite B et que débutait une étude de pharmacovigilance dont les résultats ont

---

[1] Bien que rénovée, la notion d'ordre public sanitaire se situe toujours au cœur de la fondamentalité Ainsi, la notion d'ordre public sanitaire se distingue malgré tout par la « nécessité » de son maintien qui, en fait comme en droit, lui donne un caractère particulièrement impérieux. Si la protection de la santé ne peut évidemment pas s'épuiser dans l'ordre public sanitaire, ce dernier est, en revanche, absolument indispensable à l'effectivité du droit fondamental à la protection de la santé qui ne peut, par plus que les droits et libertés *lato sensu*, être conçu sans un minimum d'ordre.

[2] M.-J. REDOR, Ouverture..., in *L'Ordre public : ordre public ou ordres publics ?.., op. cit.*, p. 9-15, spéc. p. 13.

[3] C.A.A. de Nantes, 29 déc. 2006, *M.M.*, n° 05NT00014, *A.J.D.A.* 2007, p. 873

ultérieurement conduit à la suspension de la campagne. Constatant que l'engagement de la campagne de vaccination répondait alors à une recommandation de l'O.M.S., les juges ont rejeté l'existence d'une faute d'imprudence ou de négligence en rappelant qu'à cette date, la preuve d'un lien de causalité entre la vaccination contre l'hépatite B et la sclérose en plaques n'était pas établie ni même sérieusement soupçonnée[1]. « *Dans ces conditions et eu égard au bénéfice escompté de cette campagne* », il ne pouvait être utilement soutenu par le requérant « *qu'en décidant de mettre en œuvre cette campagne, l'État aurait commis une faute dans l'exercice de ses pouvoirs de police sanitaire* ». Cette référence aux « *pouvoirs de police sanitaire de l'État* » dans une affaire *a priori* étrangère à la prescription ne peut manquer d'attirer l'attention. Chacun admettra aisément ici que la décision contestée est celle de lancer et de maintenir une campagne de vaccination dont le juge précise qu'il n'est pas « *établi qu'elle aurait été menée dans des conditions de nature à induire en erreur la population visée […] sur le caractère non obligatoire de ladite vaccination* ». Est donc en cause une décision de santé publique qui ne relève pas de l'action disciplinaire de l'État. C'est d'ailleurs bien sur ce fondement qu'est écartée l'application du régime de responsabilité sans faute pour l'indemnisation des accidents post-vaccinaux[2]. La référence aux pouvoirs de police sanitaire de l'État ne sert donc pas ici à désigner l'activité administrative de régulation des libertés publiques, mais à rappeler le devoir de l'État d'assurer la protection de la santé des personnes, ce qui lui impose notamment de veiller à la sécurité sanitaire de ses actions de santé publique[3].

483 Cet arrêt illustre bien les perturbations de la construction intellectuelle et juridique de la police sanitaire rénovée par le droit fondamental à la protection de la santé. Telle qu'elle est ici présentée, la police sanitaire ne renvoie pas à l'activité administrative de régulation des libertés à des fins de santé publique. Elle correspond plus exactement à la fonction de l'État d'assurer la sécurité pour la santé des personnes. La notion même de police administrative s'éloigne ainsi des rives de la prescription pour rejoindre celles de la sécurité sanitaire et de la protection due aux personnes par l'État, garant du droit fondamental à la protection de la santé[4].

---

[1] Les juges judiciaires et administratifs ont, sous certaines conditions, accepté d'imputer des scléroses en plaques à la vaccination contre l'hépatite B (T.A. de Marseille, 5 nov. 2002, *Mme Molard*, n° 01.5367, *A.J.D.A.* 2002, p. 1317, obs. E. ROYER et 2003, p. 1502, note B. PAUVERT ; Cass. soc., 2 avr. 2003, n° 00-21768, *Bull. civ.* V, n° 132, p. 130 ; Cass. civ. 2e, 22 mars 2005, *C.P.A.M. de Lyon c. M. Grau et a.*, n° 03-30551, *Bull. civ.* II, n° 75, p. 68 ; Cass. civ. 2e, 14 sept. 2006, n° 04-30.642, *R.D.S.S.* 2007, p. 281, note S. FANTONI-QUINTON ; C.E., 9 mars 2007, *Mme Nadine X. c. C.H. gén. de Sarguemines*, précité. V. également C.A.A. de Paris, 24 mai 2007, *Thomas*, n° 05PA03142, *J.C.P.* A 2007, n° 2327 (16), obs. D. POUYAUD), ce qui, au demeurant, ne revient pas à la preuve scientifique d'un lien de causalité, qui reste toujours controversé.

[2] Suivant la jurisprudence, la responsabilité de l'État ne peut en effet être engagée qu'en cas de faute établie lorsque la vaccination n'est pas obligatoire.

[3] En ce sens déjà, mais sans référence aux « pouvoirs de police sanitaire », *cf.* C.E., Sect., 4 mai 1979, *Min. de la Santé c. de Gail*, préc.

[4] Ce qui, au demeurant, confirme l'idée développée plus haut que l'ordre public sanitaire ne peut être épuisé dans les activités de prescription et de contrôle. *Cf. supra* nos 217 s.

484 Partant, il faut croire que l'ordre public sanitaire rénové par le droit fondamental à la protection de santé ne sert plus seulement à imposer les conditions sanitaires de la sécurité collective. Il vise, bien au-delà, à garantir aux personnes le meilleur niveau possible de sécurité pour la santé. Cette évolution traduit un véritable bouleversement des représentations classiques de la santé publique et de l'ordre public sanitaire. Dans cette perspective rénovée en effet, ce n'est plus l'individu qui est comptable de sa santé envers la société, mais bien l'État qui, au nom de la Nation, est responsable et comptable de la santé des personnes, dans l'idée que la société doit garantir à tous les moyens de parvenir au meilleur niveau de santé qu'il est possible d'atteindre. L'ordre public sanitaire est de la sorte instrumentalisé par le droit fondamental à la protection de la santé qui en fait un outil essentiel à sa garantie.

SECTION 2

L'INSTRUMENTALISATION DE L'ORDRE PUBLIC SANITAIRE PAR LE DROIT À LA PROTECTION DE LA SANTÉ

485 De même que le droit à la protection de la santé est désormais conçu comme le socle de toute législation ou réglementation de santé, il paraît aujourd'hui incontestable que le droit fondamental à la protection de la santé est devenu la source et l'objectif de l'ordre public sanitaire, qui, ainsi refondé, se situe parmi les moyens de sa garantie.

486 Cet ordre public sanitaire rénové impose à l'État un devoir renforcé de protection de la santé, qui au-delà de la prévention collective des risques de maladies ou d'accidents sanitaires, exige un bon niveau de sécurité pour la santé (§1). Il conduit aussi à valoriser le principe de l'action efficace en faisant prévaloir le but recherché, la protection de la santé, sur les moyens employés (§2).

§1.- UNE EXIGENCE ACCRUE DE PROTECTION DE LA SANTÉ

487 Le développement de cette exigence est porté par la définition achevée que le droit donne aujourd'hui à la protection de la santé dont la sécurité sanitaire est l'une des composantes essentielles. Les impératifs et la méthodologie de la sécurité sanitaire s'appliquent donc à l'ensemble des décisions de santé, dont les mesures adoptées par les pouvoirs publics (A). Elle prolonge et enrichit ainsi l'ordre public sanitaire d'une dimension de sécurité renforcée (B).

A.- LA GÉNÉRALISATION DE LA MÉTHODOLOGIE DU RAPPORT BÉNÉFICES-RISQUES

488 Le rapport bénéfices-risques, largement associé au principe de précaution qui en dérive, est une méthodologie de la décision dont l'objectif consiste à faire en sorte que l'action n'emporte pas plus de risques qu'elle ne procure de bénéfices[1]. Cette méthodologie est au cœur de l'évolution actuelle du droit de la santé qui fait de la sécurité des personnes et de la gestion des risques des composantes essentielles du droit fondamental à la protection de la santé. Concept clef de la méthodologie de la sécurité sanitaire (1), le rapport bénéfices-risques a, comme elle, vocation à s'appliquer à l'ensemble des décisions de santé, dont celles qui relèvent de l'ordre public sanitaire (2).

1) Un concept clef de la sécurité sanitaire

489 Le rapport bénéfices-risques correspond à un processus de décision destiné à sécuriser les décisions de santé. Placée au cœur de la méthodologie de la sécurité sanitaire, cette démarche d'évaluation repose sur l'idée que toute décision de santé doit, comme la décision médicale, respecter un équilibre optimal entre les bénéfices et les risques tels qu'ils peuvent être déterminés en l'état des connaissances scientifiques. Son objectif n'est donc pas de parvenir au danger zéro, souvent illusoire en matière de santé, mais d'assurer, scientifiquement, le plus haut niveau de sécurité sanitaire possible en vérifiant que les bénéfices attendus de l'action envisagée l'emportent sur les risques qu'elle présente.

L'article L. 1110-5 du Code de la santé publique en pose clairement le principe que la loi du 4 mars 2002 affirme parmi les droits de la personne malade : « *Toute personne a, compte tenu de son état de santé et de l'urgence des interventions que celui-ci requiert, le droit de recevoir les soins les plus appropriés et de bénéficier des thérapeutiques dont l'efficacité est reconnue et qui garantissent la meilleure sécurité sanitaire au regard des connaissances médicale avérées. Les actes de prévention, d'investigation ou de soins ne doivent pas, en l'état des connaissances médicales, lui faire courir des risques disproportionnés par rapport au bénéfice escompté* ».

490 L'appréciation du rapport bénéfices-risques, en ce que qu'elle est fondée sur une démarche comparative des avantages et des inconvénients de la décision, induit un raisonnement empreint de pragmatisme qui le rapproche de la technique du bilan coût-avantage appliquée par le juge de l'excès de pouvoir pour le contrôle au fond des mesures

---

[1] D. TABUTEAU, *La Sécurité sanitaire*, 1ère éd., *op. cit.*, p. 17 s. ; 2e éd., *op. cit.*, p. 81-89 ; A. LAUDE, B. MATHIEU et D. TABUTEAU, *Droit de la santé*, *op. cit.*, p. 85-86 et D. TABUTEAU, Sécurité sanitaire et droit de la santé, *op. cit.* , p. 828-829.

restrictives des libertés[1]. Par exemple, la mise à disposition d'une nouvelle spécialité pharmaceutique, susceptible d'apporter un bénéfice thérapeutique important au patient, peut conduire à prendre le risque d'effets indésirables graves. Comme le note M. TABUTEAU, ces effets « *sont acceptables si le médicament ou la thérapeutique permet de guérir une maladie grave, ils ne le sont pas si l'amélioration attendue concerne une pathologie bénigne* »[2]. Le rapport bénéfices-risques est toutefois plus exigeant que cette méthode bien connue du contrôle de la légalité. Il suppose, tout d'abord, la prise en compte de solutions alternatives lorsqu'elles existent[3]. Il s'agit ici de faire le choix de la stratégie la plus avantageuse en termes de sécurité sanitaire grâce à une appréciation rationnelle des solutions possibles, obtenue par la mise en regard des bénéfices escomptés et des risques susceptibles d'être induits par chacune d'entre elles. L'évaluation du rapport bénéfices-risques s'impose ensuite de façon quasi-permanente, en amont comme en aval des décisions[4].

491 La méthodologie de la sécurité sanitaire repose donc sur un diptyque. Elle oblige, en premier lieu, à une démarche anticipative d'évaluation raisonnée des avantages et des inconvénients préalablement à la prise de décision. Elle conduit, en second lieu, à une obligation de surveillance de l'évolution du rapport bénéfices-risques après la décision dont il s'agit d'assurer l'adéquation dans le temps[5]. Cette démarche de surveillance est fondamentale dans la mesure où les incertitudes propres à la matière empêchent que l'équilibre entre les bénéfices et les risques établi au moment de la décision puisse être considéré comme définitivement acquis. D'une part, des effets inconnus au moment de la décision peuvent être identifiés en aval de celle-ci. Par exemple, la toxicité ou, à l'inverse, l'effet bénéfique d'un produit de santé peut n'être décelé que longtemps après sa mise sur le marché. D'autre part, la balance initialement établie entre les bénéfices et les risques est toujours susceptible d'évoluer au fil des circonstances[6] et des progrès scientifiques ou techniques[7]. La mise au point d'une technique thérapeutique nouvelle,

---

[1] Le terrain d'élection de ce contrôle est sans doute celui de l'utilité publique (C.E., Ass., 28 mai 1971, *Ville Nouvelle Est,* préc.). Il est également appliqué, de façon implicite et à un degré plus poussé, pour le contrôle de la proportionnalité et de l'adéquation des mesures de police administrative.

[2] D. TABUTEAU, *La Sécurité sanitaire*, 1ère éd., *op. cit.*, p. 17 ; 2e éd., *op. cit.*, p. 81.

[3] Même si la jurisprudence a admis, en matière d'expropriation, que le juge examine l'utilité publique de l'opération dont il vérifie, le cas échéant, si elle ne pouvait être réalisée dans des conditions équivalentes sans recourir à l'expropriation : C.E., Sect., 3 juill. 1998, *Mme Salva Couderc*, n° 172736, *Rec.* p. 297 ; *A.J.D.A.* 1998, p. 847, et p. 792, chron. F. RAYNAUD et P. FOMBEUR ; *D.* 1999, p. 101, note R. HOSTIOU ; – 2 juill. 1999, *Cne de Volvic*, n° 178013, *Rec.* p. 238 ; *A.J.D.A.* 1999, p. 1185, note R. HOSTIOU et – 16 janv. 2008, *Cté de l'agglomération de Maubeuge-Val de Sambre*, n° 283020, *A.J.D.A.* 2008, p. 120, obs. Z. AÏT-EL-KADI.

[4] D. TABUTEAU, *La Sécurité sanitaire*, 1ère éd., *op. cit.*, p. 17 ; 2e éd., *op. cit.*, p. 81-82.

[5] C'est sur ce principe que sont fondés les dispositifs de vigilance, *cf. supra* n° 268 et *infra* n° 554.

[6] En ce sens, l'art. L. 3113-1 C.S.P., dans sa rédaction issue de la L. n° 98-535 du 1er juill. 1998 préc., impose le signalement obligatoire d'un certain nombre de pathologies dont la surveillance est nécessaire à la conduite et à l'évaluation de la politique de santé publique.

[7] *Cf.* entre autres l'intervention de B. KOUCHNER au Sénat le 24 sept. 1997, *J.O. Sénat*, p. 2286.

par exemple, peut ouvrir une alternative qui bouleversera l'équilibre initial de la décision. Il faut enfin noter que cette méthode comparative s'adresse à toute mesure, préventive ou curative, et qu'elle s'applique tout autant aux décisions positives qu'aux abstentions, qui ne doivent pas être le reflet d'une incurie, mais le résultat d'une démarche objective et raisonnée d'appréciation de la situation et de la comparaison des effets prévisibles de l'action et de l'inaction[1].

492 Cette méthodologie fondamentale de la sécurité sanitaire est toutefois porteuse d'un certain nombre d'incertitudes. Certaines d'entre elles concernent la définition même des termes du rapport bénéfices-risques. En premier lieu, la question se pose de savoir quelle est la nature des bénéfices et des risques concernés. Dans son acception première, le rapport bénéfices-risques intéressait les bénéfices et les risques pour la santé humaine[2]. Cependant, l'extension du champ d'application de la sécurité sanitaire et, principalement, son adaptation au domaine de l'environnement ont conduit le législateur à en adopter des versions nuancées. C'est notamment ce qu'il ressort de l'article L. 110-1 II 2° du Code de l'environnement relatif au principe de précaution « *selon lequel l'absence de certitudes, compte tenu des connaissances scientifiques et techniques du moment, ne doit pas retarder l'adoption de mesures effectives et proportionnées visant à prévenir un risque de dommages graves et irréversibles […] à un coût économiquement acceptable* ». Ce texte, dont l'esprit sinon le principe a été étendu aux mesures sanitaires[3], introduit donc une dimension économique qui vient perturber la conception purement sanitaire du rapport bénéfices-risques. Il en résulte un certain nombre de difficultés quant à la définition même de ce rapport que l'on note en particulier dans les différentes approches doctrinales présentées. On peut sur ce point rapprocher la définition retenue par M. TABUTEAU, qui entend le rapport bénéfices-risques comme « *la comparaison des bénéfices et des risques […] pour la santé* »[4] de celle, plus large, de Mme MOREL qui le conçoit comme la mise en regard « *des risques appréciés dans leurs conséquences en termes humains, matériels et financiers et des décisions évaluées en termes d'efficacité* »[5].

Même si l'on circonscrit le rapport bénéfices-risques à sa dimension purement sanitaire, le problème se pose, en second lieu, de savoir quels sont les risques sanitaires qui doivent être pris en compte et à partir de quel moment ils sont susceptibles de contrebalancer les bénéfices attendus. La méthodologie de la sécurité sanitaire impose de hiérarchiser les risques et de proportionner les moyens dont dispose la collectivité à leur

---

[1] *Cf.* D. TABUTEAU, *La Sécurité sanitaire*, 2e éd., *op. cit.*, p. 82-23. V. également Ph. KOURILSKY et G. VINEY, *Le principe de précaution*, Rapport au Premier ministre remis le 29 novembre 1999, Paris, Odile Jacob, La documentation française, 2000, p. 43.

[2] D. TABUTEAU, *La Sécurité sanitaire*, 1ère éd., *op. cit.*, p. 11.

[3] *Cf. infra* nos 577 s.

[4] D. TABUTEAU, *La Sécurité sanitaire*, 1ère éd., *op. cit.*, p. 17.

[5] A. MOREL, *op. cit.*, p. 40.

gravité. Il reste à connaître le point d'équilibre qui permet la prise de décision. Cinq critères ont été dégagés par M. TABUTEAU[1] : le degré du risque, qui peut aller de léger à vital, la réalité du risque, qui peut être avéré ou soupçonné, la fréquence du risque, qui peut survenir massivement, fréquemment ou demeurer marginal, la durée des effets dommageables en cas de survenance du risque, qui peuvent être permanents ou passagers, et enfin la nécessité de la prise de risque selon l'ampleur des bénéfices attendus et l'existence ou non d'alternatives à la solution envisagée. Ce dernier critère montre que le point d'équilibre entre les bénéfices et les risques est sujet à d'importantes variations selon le contexte : existence ou non d'une alternative[2], nature et importance des bénéfices attendus d'une décision aux effets indésirables graves[3], etc. Surtout, comme le note l'auteur, l'appréciation de la nécessité de la prise de risque comporte souvent *in fine* une part d'intime conviction. Cette appréciation du risque acceptable ou nécessaire, qui renvoie à la définition de la normalité[4], n'échappe donc pas à une certaine subjectivité. Elle dépendra, en particulier, du degré de sécurité recherché qui, dans certaines hypothèses, va bien jusqu'au risque zéro.

Le point d'équilibre entre les bénéfices et les risques diffère également selon la matière concernée. L'ensemble du dispositif de sécurité sanitaire a pour objectif de réduire les risques sanitaires et, plus encore, d'éliminer ceux qui, pouvant être évités, ne peuvent être tolérés. La balance des bénéfices et des risques vise donc à donner la mesure du risque acceptable. Mais le niveau d'acceptabilité n'est pas le même selon que l'on se situe en matière médicale ou pharmaceutique ou en matière d'alimentation par exemple. Ainsi le risque zéro n'est pas pensable en matière sanitaire où il subsiste toujours un certain nombre d'aléas non maîtrisés en l'état des connaissances scientifiques. En revanche, il constitue parfois l'objectif affiché de la sécurité sanitaire des aliments[5].

Enfin, il importe de savoir à partir de quel moment un risque est considéré comme suffisamment important pour rendre défavorable le rapport bénéfices-risques. Cela pose

---

[1] D. TABUTEAU, *La Sécurité sanitaire*, 1ère éd., *op. cit.*, p. 18 et 2e éd., *op. cit.*, p. 84.

[2] Sur l'importance de l'existence de solutions alternatives dans la prise de décision, *cf.*, par exemple, la décision du 18 oct. 2001 du ministre de l'Emploi et de la Solidarité portant suspension de mise sur le marché, de distribution et d'utilisation de tous les dialyseurs à membranes Athane mis sur le marché par les sociétés Athin et Baxter, *J.O.* du 10 nov., p. 17899 ou encore l'avis du C.C.N.E. n° 92 du 6 juill. 2006 sur le *Dépistage de la tuberculose et la vaccination par le B.C.G.*, 9 p.. *Gaz. Pal.* des 8-9 déc. 2006, p. 25, comm. A. LAUDE. Sur ce point, v. J. MARIMBERT, directeur général de l'A.F.S.S.A.P.S., 15 ans de sécurité sanitaire, *Colloque Science Po/A.F.S.S.A.P.S.* du 20 mars 2008 (*www.afssaps.sante.fr*).

[3] *Cf.* par exemple, la question orale de M. ACCOYER concernant les motifs et les fondements de sa décision de suspendre la campagne de vaccination contre l'hépatite B en milieu scolaire et la réponse de la réponse de M. KOUCHNER, Secrétaire d' État à la Santé, *J.O. Ass. nat.*, 1ère séance du 7 oct. 1998, p. 6037.

[4] *Cf. supra* nos 228 s.

[5] Sur ce point, *cf.* notamment D. JACOTOT, Le management des risques créés par les produits alimentaires, Actes du 5e Colloque transfrontalier CLUSE des 21 et 22 sept. 2000, *Risques majeurs : perception, globalisation et management*, Université de Genève, *http://rel.unige.ch.*

notamment la question de la prise en compte des risques hypothétiques, soupçonnés et mal connus dans les démarches de sécurité sanitaire et, partant, du champ d'application du principe de précaution.

En dépit de ces difficultés, la méthodologie du bénéfices-risque s'est très vite étendue en même temps que progressait le débat sur la sécurité sanitaire et que se développaient les exigences de l'évaluation et de la précaution.

2) Le développement du champ d'application du rapport bénéfices-risques

493 Loin d'être nouvelle, la méthode du bénéfice-risque relève, comme la sécurité sanitaire, d'un principe ancien du droit médical et pharmaceutique[1]. Le Code de déontologie médicale y fait depuis longtemps référence en interdisant au médecin « *de faire courir au patient un risque injustifié* »[2], ce qui lui impose notamment de tenir compte « *des avantages, des inconvénients et des conséquences des différentes investigations et thérapeutiques possibles* »[3]. Elle a, en outre, structuré certaines polices sanitaires antérieures à la consécration officielle de la sécurité sanitaire. Sa présence se remarque en particulier dans les procédures d'autorisation de mise sur le marché des médicaments, qui repose traditionnellement sur l'examen de la valeur thérapeutique du produit et la balance entre le bénéfice sanitaire escompté et les risques d'effets indésirables présentés par le produit[4].

494 Son champ d'application s'est toutefois élargi au fur et à mesure que se sont accrues les exigences sociales de sécurité, notamment sanitaire. On la retrouve ainsi en divers endroits du Code de la santé publique. Par exemple, l'article L. 1211-6, dans sa rédaction issue de la loi n° 2004-800 du 6 août 2004 relative à la bioéthique[5], indique que

---

[1] Après M. DELAHAYE, M. TABUTEAU rapporte sa présence en 1760 déjà, dans le discours tenu par d'ALEMBERT devant l'Académie royale des sciences sur l'intérêt de l'inoculation de la petite vérole. C. DELAHAYE, Débat risque-bénéfice d'un vaccin : la leçon d'Alembert, *Le Quotidien du médecin* du 9 nov. 1998, cité par D. TABUTEAU, *La Sécurité sanitaire*, 2e éd., *op. cit.*, p. 81.

[2] Art. 18 du C.D.M. de 1979 repris, en 1995, par l'art. 40 (art. R. 4127-40 C.S.P.).

[3] Art. 8 C.D.M. (R. 4127-8 C.S.P.). Ce rapport est d'ailleurs utilisé par le juge administratif dans le cadre de la responsabilité administrative pour établir la faute médicale que constitue l'usage d'une thérapeutique faisant courir un risque inutile au patient. *Cf.* par exemple, C.E., 26 juill. 1985, *C.H.R. de Rennes c. épx Lohier*, précité : le juge recherche si l'affection dont était atteinte la patiente était susceptible d'ouvrir la voie à la mise en œuvre d'une thérapeutique appropriée et, dans l'affirmative, si le risque que présentait à l'époque l'examen reproché n'était pas disproportionné à la nature et aux caractéristiques de l'affection ayant motivé sa prescription.

[4] Ce qui interdit normalement au médecin d'ordonner l'utilisation d'un médicament pour des cas non prévus par l'autorisation de mise sur le marché. Une telle possibilité ne peut qu'être prescrite par l'autorité publique, sous réserve qu'elle soit justifiée par les nécessités de la santé publique. V. les art. L. 3131-1 et L. 3131-3 pour les cas d'urgence sanitaire ou encore l'art. L. 5141-10 pour l'emploi de médicaments vétérinaires hors A.M.M. en cas d'épizootie. De même, le médecin ne peut « *proposer aux malades ou à leur entourage comme salutaire ou sans danger un remède ou un procédé illusoire ou insuffisamment éprouvé* » : art. 39 du C.D.M. (R. 4127-39 C.S.P.). *Cf.* C.E., C.E., Sect., 29 juill. 1994, *Garnier*, n° 146978, *Rec.* p. 407 ; *R.D.S.S.* 1995, p. 57, note L. DUBOUIS ; *Gaz. Pal.* 1995, 2, p. 366, note A. GARAY ; *Petites affiches*. 1997, n° 6, p. 6, note I. LUCAS-GALLAY. Cet arrêt sera étudié *infra* nos 692 et 695.

[5] Texte précité.

« *les éléments et produits du corps humain ne peuvent être utilisés à des fins thérapeutiques si le risque mesurable en l'état des connaissances scientifiques et médicales couru par le receveur potentiel est supérieur à l'avantage escompté pour celui-ci* ». On peut encore ici se référer à l'article L. 1333-1 qui précise qu'une « *activité nucléaire ou une intervention ne peut être entreprise ou exercée que si elle est justifiée par les avantages qu'elle procure […] rapportés aux risques inhérents à l'exposition au rayonnements ionisants auxquels elle est susceptible de soumettre les personnes* »[1]. En application de ce principe, certaines de ces activités ainsi que certains procédés, dispositifs ou substances exposant des personnes à des rayonnements ionisants peuvent être, « *en raison du peu d'avantages qu'ils procurent ou de l'importance de leur effet nocif, interdits ou réglementés* »[2]. Plus généralement, la notion de bénéfices-risques est au cœur des dispositifs de contrôle des produits et des biens de santé dont la mise sur le marché et la commercialisation dépendent des bénéfices et des risques liés à leur utilisation[3].

495 Il est ainsi largement admis aujourd'hui que toute décision positive ou négative de santé doit s'efforcer de préserver au mieux la sécurité sanitaire, composante essentielle du droit fondamental à la protection de la santé. Ses impératifs méthodologiques s'imposent donc aussi aux mesures de prévention, dont les mesures de police sanitaire. D'une part, le concept de rapport bénéfices-risques structure un certain nombre de polices sanitaires qui le prennent explicitement en compte. C'est le cas notamment des procédures d'autorisation et de contrôle des produits et des biens de santé. L'article L. 5121-9 du Code de la santé publique prévoit, par exemple, que l'autorisation de mise sur le marché d'une spécialité pharmaceutique ou de toute autre médicament fabriqué industriellement doit être refusée lorsqu'il « *est nocif dans des conditions normales d'emploi* » ou que « *l'effet thérapeutique annoncé fait défaut ou est insuffisamment justifié par le demandeur* ». D'autre part, le principe de précaution qui en dérive s'impose désormais en matière de santé publique, au moins en tant que « *nouveau standard de comportement* » des responsables de la politique de santé[4]. Des développements plus détaillés seront ultérieurement accordés à cette évolution, qui ne peut être ignorée. Pour l'heure, il suffit de noter que la suspicion de danger constitue un motif suffisant de l'intervention de la

---

[1] Art. 2 de l'ord. n° 2001-270 du 28 mars 2001 relative à la transposition de directives communautaires dans le domaine de la protection contre les rayonnements ionisants, *J.O.* du 31 mars, p. 5057. V. également le décr. n° 2002-460 du 4 avr. 2002 relatif à la protection générale des personnes contre les dangers des rayonnements ionisants (*J.O.* du 6 avr., p. 6093) : certaines dérogations aux interdictions d'addition de radionucléides peuvent être accordées « *si elles dont justifiées par les avantages qu'elles procurent au regard des risques sanitaires qu'elles peuvent présenter* ».

[2] Art. L. 1333-2 C.S.P. V. les art. R. 1333-1 à R. 1333-12 C.S.P.

[3] V. les art. L. 5111-1 s. C.S.P.

[4] P. LASCOUMES, La précaution, nouveau standard de jugement, *Esprit*, nov. 1997 ; Ph. KOURILSKY et G. VINEY, *Le principe de précaution*, *op. cit.*, p. 43 ; A. LAUDE, B. MATHIEU et D. TABUTEAU, *Droit de la santé*, *op. cit.*, p. 85-86 et D. TABUTEAU, Sécurité sanitaire et droit de la santé, *op. cit.*, p. 828-829.

puissance publique qui, selon les cas, devra lancer les études d'évaluation nécessaires à une meilleure connaissance du risque et/ou adopter les mesures conservatoires indispensables à sa prévention. Enfin, cette méthodologie de la sécurité sanitaire est un facteur d'extension de la responsabilité des autorités sanitaires qui, dans le cadre du droit fondamental à la protection de la santé, doivent avoir le souci constant de la sécurité sanitaire. Partant, les décisions de ces autorités ne doivent « *pas faire courir plus de risques pour la santé publique qu'elle[s] ne lui procure[nt] de bénéfices* »[1].

La notion de bénéfices-risques participe ainsi au renouvellement du droit de la santé publique et plus particulièrement de l'ordre public sanitaire qu'elle prolonge et enrichit d'impératifs nouveaux de sécurité, dans l'idée constante que l'État doit, en toutes circonstances, veiller à garantir la sécurité pour la santé de ses décisions.

B.- L'ENRICHISSEMENT DE L'ORDRE PUBLIC SANITAIRE PAR LE RAPPORT BÉNÉFICES-RISQUES

496 En donnant à l'administration le moyen de faire la part entre les risques acceptables et ceux qui ne le sont pas, la démarche probabiliste du rapport bénéfices-risques entre dans le processus de décision sanitaire qu'elle modifie à un double point de vue. Déjà l'évaluation du rapport bénéfices-risques aide à l'appréciation concrète de l'habilitation à agir des autorités sanitaires (1). Ensuite, le rapport bénéfices-risques vient prolonger les exigences classiques de l'adéquation des mesures aux faits pour en assurer l'efficacité en termes de sécurité pour la santé (2).

1) Une méthode d'appréciation de l'acceptabilité des risques

497 On a déjà eu l'occasion de signaler que l'avènement de la « société du risque » a, en soulignant la prégnance des risques, également perturbé le cadre de leur gestion. L'entrée de la société dans le monde de la vulnérabilité a nourri un nouveau dogmatisme, construit sur l'idée qu'il n'existe pas de hasard ni de pur aléa : tous les risques sont plus ou moins directement liés à des choix humains et tout choix est porteur de risques. Dans cette perspective, où tout dommage peut être attribué à une faute de gestion du risque, l'enjeu de la sécurité n'est plus de prévenir ou d'éliminer les dangers, qui ne peuvent jamais être totalement supprimés. Il s'agit plus exactement de privilégier la prudence en s'efforçant de choisir les voies du « moindre » risque grâce à la mesure du rapport bénéfices-risques des différentes stratégies possibles[2].

---

[1] D. TABUTEAU, *La Sécurité sanitaire*, 1ère éd., *op. cit.*, p. 11. C'est ce qu'illustre notamment l'arrêt *M.M.* de la C.A.A. de Nantes du 29 déc. 2006 préc.

[2] *Cf.* notamment J.-B. AUBY, Le droit administratif dans la société du risque…, *op. cit.*

498 Dans ce contexte, le rapport bénéfices-risques s'affirme donc comme « *une notion fondamentale de gestion des risques sanitaires* »[1] en ce qu'il permet de faire la part entre les risques qu'il est ou non acceptable de faire courir aux personnes. Il intervient de la sorte dans l'appréciation concrète de l'habilitation à agir des autorités de santé publique qui devront s'attacher à prévenir ou à éliminer les risques « excessifs », entendus comme ceux qui ne peuvent être tolérés par la collectivité.

C'est le sens des prérogatives dévolues à l'A.F.S.S.A.P.S. par l'article L. 5312-1 du Code de la santé publique[2]. C'est ce qu'illustre plus généralement l'arrêt précité de la Cour administrative d'appel de Nantes du 29 décembre 2006 qui, pour écarter la faute de l'État pour avoir lancé et maintenu la campagne de vaccination contre l'hépatite B, a considéré que le bénéfice escompté de la campagne l'emportait sur le risque non certain de maladies démyélinisantes. Cet arrêt pose, à de nombreux égards, davantage de questions qu'il ne permet d'en résoudre. Il présente néanmoins le mérite d'éclairer les liens actuels entre la sécurité sanitaire et les obligations régaliennes de santé publique en faisant du rapport bénéfices-risques une clef essentielle d'appréciation du comportement sanitaire de l'État. Le juge de la responsabilité a, en l'espèce, suivi un raisonnement proche de celui qui, en droit médical, permet d'établir une faute d'imprudence ou de négligence et/ou de vérifier le caractère « consciencieux » des soins délivrés. Dans cet arrêt, le rapport bénéfices-risques intervient en effet pour déterminer l'acceptabilité du risque que l'État a fait courir aux personnes par sa campagne de vaccination contre l'hépatite B. Il sert ainsi au juge à vérifier l'existence d'une faute d'imprudence, ici apparentée à une faute dans l'exercice des pouvoirs de police sanitaire. L'arrêt du 29 décembre 2006 confirme de la sorte l'idée que l'abstention est, dans le cadre de la sécurité sanitaire, une décision de même nature que l'action et qu'elle ne doit pas résulter de la négligence, mais d'une juste appréciation de la situation. Il souligne, sur ce point encore, les perturbations actuelles de la construction juridique de la police sanitaire. On relèvera en particulier l'évolution de la référence finaliste de la police sanitaire dont l'objectif n'est pas ici de prévenir ou d'éliminer un danger, mais d'agir au mieux des intérêts de la santé publique en faisant la part des risques qu'il est ou non légitime de faire courir aux personnes.

499 Mais il faut alors admettre que c'est la notion même de trouble à l'ordre public sanitaire qui évolue. Le trouble à l'ordre public sanitaire ne correspond plus ici au danger sanitaire qu'il faut prévenir ou faire cesser, mais il est désormais constitué toutes les fois

---

[1] A. MOREL, La gestion des risques sanitaires : vers une administration de la santé rénovée, *R.F.A.S.* 1997, n° spéc. : « La Sécurité sanitaire : enjeux et questions », *op. cit.*, p. 40.

[2] Ce texte donne à l'A.F.S.S.A.P.S. le pouvoir de prendre des mesures conservatoires lorsqu'un produit ou un groupe de produit, utilisé dans des conditions d'emploi normales ou raisonnablement prévisibles, est « *soupçonné* » de présenter un danger pour la santé humaine.

où la situation fait apparaître davantage de risques pour la santé que de bénéfices pour la collectivité[1]. Dans ce cadre, les autorités de police sanitaire devront alors s'astreindre à agir au mieux des intérêts de la santé publique et, notamment, veiller à ne pas créer ni à laisser subsister des risques qui ne sont pas compensés et justifiés par le bénéfice tiré de leur action. On retrouve ici la logique portée par les arrêts d'Assemblée du Conseil d'État du 9 avril 1993 et du 3 mars 2004 qui font de la mesure adéquate et proportionnée celle qui est, en l'état des connaissances scientifiques, la plus favorable à la protection de la santé. Cela revient alors à considérer que la mesure proportionnée de police sanitaire est celle qui présente le meilleur rapport bénéfices-risques pour la santé des personnes.

2) Une exigence renforcée d'adéquation des mesures aux faits

500 La jurisprudence a fait de la méthodologie de la sécurité sanitaire une véritable obligation de santé publique mise à la charge des autorités sanitaires de l'État qui, dans le cadre de l'ordre public sanitaire rénové par le droit fondamental à la protection de la santé, doit notamment veiller à ce que ses actions assurent aux personnes intéressées le meilleur niveau possible de protection et de sécurité sanitaires. C'est ce qu'il ressort notamment des quatre arrêts d'Assemblée du 3 mars 2004 qui font de l'évaluation des risques sanitaires et des mesures adoptées pour leur prévention des conditions essentielles à la garantie de la sécurité pour la santé guidant l'action de l'État[2].

Ces décisions se situent clairement dans la lignée de la décision du 9 avril 1993 s'agissant de la responsabilité de l'État dans l'affaire du sang contaminé[3]. Ils en retiennent d'abord le principe selon lequel la responsabilité de l'État peut être engagée pour *« toute faute »* commise dans l'exercice de sa fonction obligatoire de prévention des risques sanitaires. Le Conseil d'État affirme ainsi sa volonté de surveiller plus étroitement l'action de l'administration et d'étendre le degré de son contrôle sur celle-ci. Ces décisions confirment ensuite, dès le considérant de principe, l'existence d'une stricte obligation de moyens pesant sur les autorités chargées de la protection de la santé. D'une part, elles rappellent sans ambiguïté le principe de l'action obligatoire des autorités de santé publique, quelles que soient les obligations spécifiques de sécurité incombant par ailleurs aux personnes publiques ou privées responsables des activités concernées. D'autre part, les arrêts *Ministre de l'Emploi et de la Solidarité* confortent l'obligation d'efficacité de la police sanitaire, dont découle notamment l'obligation, largement remaniée en l'espèce, de suffisance des mesures.

---

[1] Il semble d'ailleurs que ce soit là la raison de la supsension de l'obligation générale de vaccination contre la tuberculose au cours de l'été 2007. Outre les communiqués du ministère de la Santé précités, *cf.* l'avis n° 92 du C.C.N.E. du 6 juill. 2006 sur le *Dépistage de la tuberculose et la vaccination par le B.C.G.*, précité.

[2] C.E., Ass. 3 mars 2004, *Min. de l'Emploi et de la Solidarité* (4 esp.), préc.

[3] C.E., Ass., 9 avr. 1993, *M. G.*, *M. D.* et *M. et Mme B.* (3 esp.), préc.

501 Conformément à la jurisprudence traditionnelle, l'obligation qui pèse sur les autorités de police sanitaire est bien ici conçue comme une obligation de moyens, et non de résultat, ce que souligne l'application d'un régime de responsabilité pour faute prouvée. À elle seule, la réalisation du risque sanitaire ne saurait suffire à engager la responsabilité de l'État, ni même à établir une présomption juridique de faute[1]. Cette obligation de moyens est toutefois strictement entendue par les juges qui, dans cette affaire, l'imposent comme une obligation de sécurité maximale.

502 On relèvera plus spécialement la définition très particulière de l'obligation de proportionnalité des mesures de prévention des risques que le juge de cassation a ici augmenté du standard de « l'état des connaissances scientifiques », lui-même complété par une obligation nouvelle d'expertise. Couramment utilisé dans des domaines qui, comme en matière médicale, font appel à des compétences techniques très spécifiques, l'application du standard de « l'état des connaissances scientifiques » dans le contrôle des actes de l'administration n'est en soi pas nouveau[2]. Son emploi en l'espèce présente toutefois une double originalité. Premièrement, le juge l'enrichit ici d'une dimension positive nouvelle. Non seulement l'administration doit arrêter ses mesures conformément aux données scientifiques existantes, mais elle doit aussi, « *en cas de besoin* », participer activement au développement des connaissances scientifiques. De ce standard de contrôle des actes administratifs est donc tirée une nouvelle obligation de l'administration qui relève à la fois de l'obligation d'action, celle de diligenter des enquêtes d'évaluation, et de l'obligation processuelle, destinée à garantir l'efficacité des mesures adoptées. Deuxièmement, les arrêts *Ministre de l'Emploi et de la Solidarité* font du standard de « l'état des connaissances scientifiques » un élément clef du contrôle de la proportionnalité des mesures de police sanitaire. Par-là, le juge confirme, généralise et précise le principe et le contenu de l'obligation d'efficacité des mesures de police sanitaire qui apparaissaient déjà en filigrane de la jurisprudence *M. D., G. B.*[3]. Par l'utilisation du standard enrichi de la connaissance scientifique, le juge définit en effet la mesure suffisante comme celle qui est scientifiquement prouvée comme étant la plus adaptée à l'objectif de protection recherchée. Ce faisant, le juge oriente alors son contrôle au fond des mesures de police sanitaire vers une appréciation scientifique de leur

---

[1] Sur cette question, *cf. supra* n° 192.

[2] Rappelons que la déontologie médicale impose au médecin de délivrer au patient des « *soins consciencieux, dévoués et fondés sur les données acquises de la science* ». Cette règle, notamment inscrite, à l'art. R. 4127-32 C.S.P. (art. 32 C.D.M.) a des origines anciennes. V. notamment Cass. civ. 1ère, 30 oct. 1967, *Soto c. Faure*, préc. Sur ce point, *cf.* notamment D. TRUCHET, La décision médicale et le droit, *A.J.D.A.* 1995, n° 10, dossier spéc. : « L'intervention publique dans le domaine de la santé », p. 611-619. Sur le thème, plus général, des « données acquises de la science », *cf.* notamment C. SCHAEGIS, *Progrès scientifique et responsabilité administrative*, *op. cit.*

[3] *Cf. supra* n° 191.

proportionnalité, dans une logique d'efficacité maximale qui est bien celle de la sécurité sanitaire.

La méthodologie de la sécurité sanitaire vient ainsi au renfort du principe de l'adéquation des mesures aux faits qu'elle prolonge d'une exigence accrue d'efficacité. Cette évolution est conforme à la transformation de l'ordre public sanitaire par le droit fondamental à la protection de la santé qui, comme l'indique l'article L. 1110-1 du Code de la santé publique, ignore la nature juridique des moyens d'intervention pour concentrer l'action sur l'objectif de protection de la santé des personnes.

§2.- LA VALORISATION DU PRINCIPE DE L'EFFICACITÉ DE L'ACTION DE SANTÉ PUBLIQUE

503 La valorisation de l'efficacité de l'action de santé est portée par les dispositions de l'article L. 1110-1 du Code de la santé publique selon lequel le droit fondamental à la protection de la santé doit être garanti « *par tous moyens disponibles* ». Quoiqu'elle vise d'abord à souligner la complétude des instruments de la protection de la santé, cette disposition conduit aussi à mettre l'accent sur l'efficacité de l'intervention sanitaire et à faire prévaloir l'objectif à atteindre sur les moyens employés pour y parvenir (A). Cette primauté du résultat est alors de nature à bouleverser les équilibres du droit de la police sanitaire en renversant l'ordre de priorité entre efficacité et modération (B).

A.- L'APPORT DE LA DÉFINITION TÉLÉOLOGIQUE DE LA SANTÉ PUBLIQUE

504 On a déjà souligné la perspective achevée de la protection de la santé qu'offre le droit fondamental défini à l'article L. 1110-1 du Code de la santé publique[1]. Ces dispositions donnent une définition téléologique nouvelle de la santé publique qui, entièrement conçue au regard de son objectif, ignore, ou presque, la question des moyens dont il s'agit surtout de reconnaître la complétude (1). Cette approche autorise alors l'usage d'instruments juridiques qui, quoique justifiés par l'ordre public sanitaire, ne relèvent pas de la pure prescription de police (2).

1) La complétude des moyens de la garantie du droit fondamental à la protection de la santé

505 La complétude des moyens de la garantie du droit fondamental à la protection de la santé est expressément soulignée par l'article L. 1110-1 du Code de la santé publique qui précise que ce droit doit être mis en œuvre par « *tous moyens disponibles au bénéfice de*

[1] *Cf. supra* nos 463 s.

toute personne ». En ce qui concerne l'action publique, sa garantie rend dès lors nécessaire l'usage combiné de la prérogative de puissance publique et du service public, de la prescription et de la prestation, de l'action collective et individuelle qui sont définitivement conçus comme des modalités d'intervention indissociables car éminemment complémentaires.

506 Cette perspective unifiée de l'action sanitaire de l'État n'est certes pas entièrement nouvelle. Le service public est en effet inévitablement associé au maintien de l'ordre public sanitaire, ne serait-ce que comme une activité matérielle de support à la mise en œuvre des prescriptions de police sanitaire. L'interpénétration de l'ordre public sanitaire et du droit à la protection de la santé se remarque, par exemple, dans les « obligations à la santé », examens médicaux et vaccinations obligatoires, qui peuvent être à la fois prescriptions de police et prestations de service public et contribuent aussi bien à la défense sanitaire de la collectivité qu'à l'intérêt des individus qui y sont soumis[1]. Par ailleurs, la consécration du droit à la protection de la santé par le Préambule de la Constitution de 1946 avait déjà conduit, en droit positif, à l'imbrication des différents types d'action publique dans le domaine de la santé. En soumettant l'État à de nouvelles obligations, ce droit-créance a aussi investi les pouvoirs publics de nouvelles prérogatives de contrôle de la santé publique et, partant, de compétences d'intervention, de surveillance et de réglementation supplémentaires à ceux précédemment offerts par l'ordre public sanitaire. La lutte antituberculeuse, par exemple, a longtemps présenté ce diptyque de la contrainte, motivée par la défense de la collectivité (vaccination obligatoire, séparation prophylactique) et de la prestation, protectrice de l'individu (indemnités compensatoires temporaires ou définitives, institution et organisation par l'État d'établissements chargés d'accueillir et de soigner les malades)[2]. La même dualité s'observe encore en matière de protection maternelle et infantile, d'hygiène scolaire et universitaire, d'hygiène du travail, etc. On doit enfin remarquer que le droit à la protection de la santé a justifié l'adoption de mesures qui, bien que juridiquement respectueuses du consentement de l'individu, ont des effets très proches des mesures d'ordre public sanitaire. C'est le cas notamment des différents examens médicaux qui, tels les contrôles médicaux prénuptiaux ou pré et postnataux, conditionnent (ou ont conditionné[3]), l'accès à certains droits ou prestations sociales[4]. Les aspects défensifs et constructifs, collectifs et individuels de la protection de la santé se sont ainsi parfois entremêlés de façon telle qu'elle a pu obscurcir le sens et la finalité des mesures adoptées.

---

[1] Sur ces différents points, *cf. supra* n°s 278 s.

[2] Sur le dispositif actuel de lutte contre la tuberculose, *cf.* le programme national 2007-2009 précité.

[3] Rappelons que l'obligation du certificat prénuptial a en effet été supprimée par la L. n° 2007-1787 de simplification du droit du 20 déc. 2007 précitée.

[4] Sur la nature de ces contrôles, *cf.* le décr. n° 92-143 du 14 févr. 1992 relatif aux examens obligatoires prénuptial, pré et postnatal, *J.O.* du 16 févr., p. 2505.

C'est ce que relevait déjà M. RIVERO en 1951 lorsqu'il écrivait : « *Nous voyons […] la protection du pouvoir ne plus distinguer nettement entre la garantie accordée à l'individu, et le développement des conditions collectives de santé individuelle ou la lutte contre les fléaux sociaux* »[1].

507 L'évolution actuelle n'en présente pas moins une certaine originalité en ce que la complétude de la santé publique et la confluence des diverses activités administratives dans la protection de la santé sont, pour la première fois, officiellement reconnues par les pouvoirs publics grâce à une définition élargie du droit à la protection de la santé. Par-là, est aussi opérée la réconciliation entre les différents volets et instruments de la santé publique qui, en dépit de leur nécessaire complémentarité, ont longtemps été distingués, si ce n'est opposés. Cette perspective unifiée de la santé publique autorise alors l'élaboration et la conduite de politiques d'action globales qui, faisant prévaloir l'objectif de protection sanitaire sur les moyens mis en œuvre pour y parvenir, associent étroitement les instruments du service public et ceux de l'ordre public. Elle conduit aussi à une diversification sans précédent des moyens d'action des autorités chargées de l'ordre public sanitaire.

2) Une nouvelle diversification des instruments de l'ordre public sanitaire

508 L'un des premiers intérêts de la définition téléologique de la protection de la santé est sans doute qu'elle a définitivement ancré l'idée que, pour être efficace, le maintien de l'ordre public sanitaire ne peut se satisfaire de la seule prescription unilatérale. La valorisation de la fonction régalienne de santé publique s'est de la sorte accompagnée d'une diversification nouvelle des moyens juridiques employés à cette fin.

509 C'est ce qu'illustre, par exemple, le développement des outils de la prévision dans la gestion des risques sanitaires et, en particulier, le développement de la planification législative et/ou administrative, indicative et/ou obligatoire[2]. Il s'agit ici de permettre aux autorités publiques de définir les objectifs nationaux ou régionaux à atteindre au cours d'une période déterminée et d'élaborer des normes cadre ou des programmes d'action destinés à orienter ou à imposer, de manière unilatérale ou par la conclusion de contrats, l'attitude qui doit être celle des acteurs de santé à moyen ou à long terme[3]. Depuis

---

[1] J. RIVERO, Les transformations sociales et le développement de la protection légale de la santé, *op. cit.*, p. 80. Cela prouve à tout le moins que si les liens unissant l'État-providence à l'État-gendarme se sont peu à peu dilués, l'opposition de leurs logiques est, et ne peut être, qu'artificielle (sur ce point, *cf.* notamment P. ROSANVALLON, *L'État en France de 1789 à nos jours*, *op. cit.*, 370 p.).

[2] La planification obligatoire, souvent associée à l'autorisation administrative, cherche à imposer, dans un domaine d'intervention de la puissance publique, l'application d'une politique rationnelle et cohérente. Les plans d'occupation des sols, aujourd'hui P.L.U., en constituent l'exemple type.

[3] On se réfère ici aux définitions de la « planification » proposées par G. CORNU, *Vocabulaire juridique*, *op. cit.* et A. VAN LANG, G. GONDOUIN et V. INSERGUET-BRISSET, *Dictionnaire de droit administratif*, *op. cit.*, *verbo* « planification ».

l'entrée en vigueur de la loi du 4 mars 2002 modifiée par la loi du 9 août 2004, la santé publique accorde une large place à la prévision, autrefois essentiellement réservée au secteur hospitalier. L'article L. 1411-1 du Code de la santé publique indique ainsi que la Nation définit sa politique de santé selon des objectifs pluriannuels fixés, tous les cinq ans, par le législateur. La mise en œuvre de ces objectifs repose sur la conception de plans nationaux et régionaux d'actions et de programmes de santé. Les programmes et les plans de santé publique accordent une place importante à la lutte contre les risques sanitaires. L'article L. 1411-6 du Code de la santé publique indique ainsi expressément que le plan régional de santé publique, dont les objectifs s'imposent au schéma régional d'organisation sanitaire, doit notamment comporter un programme de prévention des risques liés à l'environnement général et au travail et un plan de lutte contre les menaces sanitaires graves. L'article L. 1311-6 prévoit en outre l'élaboration d'un plan quinquennal de prévention des risques liés à l'environnement[1]. On remarquera, dans le même sens, que les schémas directeurs d'aménagement et de gestion des eaux[2], les plans d'élimination des déchets[3], les plans régionaux pour la qualité de l'air[4] ou encore les plans de protection de l'atmosphère[5], sont conçus comme des instruments administratifs contraignants qui, en association avec la police administrative, doivent notamment permettre de préserver la santé publique des risques liés à certaines pollutions[6]. Si elle

---

[1] Ce plan, institué par la L. n° 2004-806 du 9 août 2004, « *prend notamment en compte les effets sur la santé des agents chimiques, biologiques et physiques présents dans les différents milieux de vie, y compris le milieu du travail, ainsi que ceux des évènements météorologiques extrêmes* ».

[2] Art. L. 212-1 s. C. envir., introduits par les art. 60 s. de la L. n° 92-3 du 3 janv. 1992 sur l'eau précitée et notamment modifiés par la L. n° 2004-338 du 21 avr. 2004 portant transposition de la dir. 2000/60/CE du Parlement européen et du Conseil du 23 oct. 2000 établissant un cadre pour une politique communautaire dans le domaine de l'eau, *J.O.* du 24 avr., p. 7327.

[3] Art. L. 541-11 s. C. envir. introduits par la L. n° 95-101 du 2 févr. 1995 relative au renforcement de la protection de l'environnement, préc. et le décr. n° 2005-1472 du 29 nov. 2005 relatif aux plans d'élimination des déchets, *J.O.* du 30 nov., p. 18538. V. notamment Ph. BILLET, Élimination des déchets : l'avenir en plans, *J.C.P.* A 2005, n° 1386. Sur la non-responsabilité de l'État du seul fait de l'abandon d'un projet de centre de tri des déchets prévu par ce plan : C.E., 22 févr. 2008, *Synd. mixte central de traitement des ordures ménagères de l'agglomération parisienne*, n° 280931, *A.J.D.A.* 2008, p. 437, obs. E. ROYER.

[4] Art. L. 222-1 s. C. envir. introduit par la L. n° 96-1236 du 30 déc. 1996 sur l'air et l'utilisation rationnelle de l'énergie, *J.O.* du 7 janv. 1997, p. 11. V. le décr. n° 98-362 du 6 mai 1998 modifié relatif aux plans régionaux pour la qualité de l'air, *J.O.* du 13 mai, p. 7199.

[5] Art. L. 222-4 C. envir. introduit par la L. n° 96-1236 du 30 déc. 1996 sur l'air et l'utilisation rationnelle de l'énergie précitée. V. le décr. n° 2001-449 du 25 mai 2001 modifié relatif aux plans de protection de l'atmosphère et aux mesures pouvant être mises en oeuvre pour réduire les émissions des sources de pollution atmosphérique, préc. *Cf.* encore sur les programmes d'action et de surveillance de la pollution des eaux par les nitrates d'origine agricole dans les zones vulnérables, la dir. 91-676 (CEE) du 12 déc. 1991 concernant la pollution des eaux par les nitrates à partir de sources agricoles (*J.O.C.E.* du 31 déc., p. 1) et le décr. n° 93-1038 du 27 août 1993 modifié relatif à la protection des eaux contre la pollution des nitrates d'origine agricole pris sur le fondement de l'art. 8 de la L. n° 92-3 du 3 janv. 1992 sur l'eau (*J.O.* du 3 sept., p. 12417.). Sur la légalité de ce texte : C.E., 10 févr. 1995, *Chbre d'agriculture de l'Île-de-France et a.*, n° 153006, *Rec.* tables p. 139710.

[6] Sur la question de la nature juridique des plans de prévention, après que deux avis contentieux du 3 déc. 2001 et du 12 juin 2002 du Conseil d'État aient qualifié les plans de prévention des risques de documents d'urbanisme, *cf.* notamment S. TRAORÉ, La nature juridique des plans de prévention, *A.J.D.A.* 2003, n° 41, p. 2185-2194. V. C.E., avis, 3 déc. 2001, *S.C.I. des 2 et 4 rue de la Poisonnière et a.,* n° 236910, *Rec.* p. 627 ; *A.J.D.A.* 2002, p. 177, note H. JACQUOT ; *R.F.D.A.* 2002, p. 982, note N. CHAUVIN et – 12 juin 2002, *Préfet de la Charente-Maritime*, n° 244634, *B.J.D.U.* 2002, p. 220, concl. S. BOISSARD ; *A.J.D.A.* 2002, p. 1080, note J.-P. LEBRETON.

n'est pas tout à fait nouvelle[1], le recours croissant à la programmation en matière de santé publique reste assez remarquable. Elle a déjà connu un essor à la fois rapide et important qui en fait aujourd'hui l'un des principaux instruments de l'action de santé publique. Il faut ensuite relever qu'elle accorde une place de plus en plus conséquente à la planification obligatoire qui, comme le note M. VIGOUROUX, n'est jamais « *qu'une modalité, certes perfectionnée, de réglementation* »[2]. D'abord destinée à rationaliser l'action publique par la définition des actions et des moyens à privilégier en vue de parvenir à un certain nombre d'objectifs préalablement fixés, la planification de la lutte contre les risques sanitaires permet de mieux structurer cette lutte grâce à la définition d'objectifs, d'indices et de seuils et le rappel des mesures préventives et coercitives pouvant être adoptées par les autorités compétentes[3]. Son application croissante à la lutte contre les risques sanitaires témoigne ainsi de la conception renouvelée de l'ordre public sanitaire qui s'inscrit aujourd'hui dans un cadre mieux organisé, mais aussi plus prospectif et volontariste. Elle confirme, en tout état de cause, l'idée que le maintien de l'ordre public doit, pour être efficace, nécessairement dépasser le cadre de la prescription unilatérale.

510 C'est dans le même sens que la doctrine admet aujourd'hui, sans autre difficulté, que « *l'État tient de ses pouvoirs généraux de police sanitaire une compétence générale d'information du public en cas de risque pour la santé publique* »[4]. Cette solution a été avalisée par le Conseil d'État qui, dans son arrêt *Boudin* du 30 juillet 1997[5], a considéré que les impératifs de la santé publique, ici constitués par la nécessité de préserver les consommateurs d'un risque d'intoxication alimentaire, autorisaient le ministre chargé de

---

[1] C'est déjà la même volonté de renforcer le contrôle sanitaire de certaines activités qui a, par exemple, guidé la création des programmes sanitaires d'élevage en 1975. Selon l'art. L. 5143-6 C.S.P. introduit par la L. n° 92-650 du 13 juill. 1992 modifiée, l'achat de certains médicaments vétérinaires aux établissements de préparation, de vente en gros ou de distribution en gros par des groupements de défense sanitaire ou par des groupements reconnus de producteurs ou certains groupements professionnels agricoles, ainsi que la détention et la délivrance de ces médicaments à leurs membres, pour l'exercice exclusif de leur activité, sont subordonnés à un agrément administratif dont la délivrance ne peut se faire que sur l'engagement de l'acheteur de mettre en œuvre un programme sanitaire d'élevage approuvé. Pour un exemple d'application : C.E., 6 mai 1983, *Union rég. des coopératives agricoles*, n° 34404, inédit.

[2] C. VIGOUROUX, Planification, autorisation, schéma, *A.J.D.A.* 1995, n°10, Dossier spéc. : « L'intervention publique dans le domaine de la santé », p. 595.

[3] *Cf.* par exemple le décr. n° 2002-213 du 15 févr. 2002 portant transposition des directives 1999/30/CE du Conseil du 22 avril 1999 et 2000/69/CE du Parlement européen et du Conseil du 16 nov. 2000 et modifiant le décr. n° 98-360 du 6 mai 1998 relatif à la surveillance de la qualité de l'air et de ses effets sur la santé et sur l'environnement, *J.O.* du 19 févr., p. 3198. V. également le Plan national de prévention et de lutte « Pandémie grippale », adopté pour parer à la menace d'une pandémie de grippe aviaire par le Secrétariat général de la défense nationale (3e éd. du 9 juill. 2007, n° 40/SGDN/PSE/PPS, *www.grippeaviaire.gouv.fr*). Le Conseil d'État a, très récemment, considéré que l'arrêté approuvant un plan de protection de l'atmosphère fait grief dès lors qu'un tel plan emporte une série d'effets contraignants, qui s'imposent aux autorités administratives compétentes pour mettre en œuvre des mesures préventives et curatives en vue d'atteindre les objectifs qu'il fixe dans un calendrier donné : C.E., 26 mars 2008, *Assoc. les amis de la terre Paris*, n° 300952, *J.C.P.* A 2008, act. 307, obs. M.-C. ROUAULT ; *A.J.D.A.* 2008, p. 670, obs. C. FAIVRE (sera mentionné aux tables du *Rec. Lebon*).

[4] A. LAUDE, B. MATHIEU et D. TAUTEAU, *Droit de la santé*, *loc. cit.*, p. 91.

[5] C.E., 30 juill. 1997, *M. Lucien Boudin*, préc.

la Santé à diffuser un message d'alerte sanitaire, même en l'absence de texte d'habilitation. Une fois encore, il faut considérer que l'information du public n'est pas une technique nouvelle d'intervention des autorités de santé publique. On en veut pour preuve cette affaire *Boudin* qui concernait un message d'alerte sanitaire lancé le 19 octobre 1977, soit bien avant la consécration législative du droit fondamental à la protection de la santé. Ce moyen de protection de la santé publique a toutefois pris de l'ampleur au fur et à mesure que progressaient les exigences de sécurité en ce domaine, au point qu'il est aujourd'hui systématiquement associé aux instruments juridiques normatifs de gestion et de prévention des risques sanitaires[1].

Ce phénomène mérite l'attention en ce qu'il illustre bien l'interpénétration croissante de l'ordre public et des droits subjectifs de la personne dans le domaine de la santé. L'alerte sanitaire relève d'un instrument non prescriptif de l'ordre public sanitaire. On ne peut expliquer autrement l'habilitation implicite à agir du ministre chargé de la Santé que consacre l'arrêt *Boudin*. On soulignera de plus que cette intervention obéit à un régime de responsabilité identique à celui de la police sanitaire : « *eu égard à l'objectif de protection qu'elles poursuivent* »[2], ces mesures ne peuvent donc engager la responsabilité de l'État que sur la base d'une faute que constituerait, par exemple, l'alerte non justifiée[3]

---

[1] *Cf.* notamment les compétences reconnues aux agences de sécurité sanitaire et, en particulier, l'art. L. 5312-4 du C.S.P. s'agissant des prérogatives de l'A.F.S.S.A.P.S. : dans les cas où l'Agence prend les mesures de police sanitaire nécessaires pour parer à un danger grave pour la santé humaine, « *les autorités sanitaires informent, si nécessaire, l'opinion publique par tout moyen et notamment par la diffusion de messages sanitaires ou d'avis de rappel de produit sur tout support approprié* ». V. encore les art. L. 1321-4, L. 1323-2, L. 1332-8, L. 1333-8 et L. 1417-4 C.S.P.

[2] C.E., 30 juill. 1997, *M. Lucien Boudin*, préc.

[3] *Cf.* en ce sens l'arrêt rendu sur l'affaire *Boudin* par la C.A.A. de Nantes qui a considéré, sans être infirmée par le Conseil d'État, que le lien de causalité entre les cas de botulisme et la consommation de terrines fabriquées par la société requérante « *suffisait, en raison de la gravité du risque encouru par les consommateurs éventuels dispersés sur l'ensemble du territoire national, à justifier la publication du communiqué* » (C.A.A. de Nantes, 23 mai 1990, n° 89NT00987, *Rec.* p. 450). On peut, par ailleurs, rapprocher cette hypothèse de celle, qui a déjà été jugée, de l'affaire *S.A. Laboratoires pharmaceutiques Bergaderm* dans laquelle il s'agissait de savoir si le gouvernement avait ou non commis une faute en publiant au *Journal officiel* l'avis sanitaire de mise en garde de la Commission de la sécurité des consommateurs (C.S.C.) du 17 septembre 1986 recommandant l'interdiction des produits solaires contenant des psoralènes. Le Conseil d'État, statuant en cassation le 31 mars 2003, n'a, en l'espèce, pas suivi l'argumentation de la Cour administrative d'appel de Paris qui, estimant la C.S.C. incompétente pour rendre cet avis, avait condamné l'État à la réparation de l'important préjudice financier subi du fait de sa publication par la société requérante. La cassation des arrêts ne résulte toutefois que de l'erreur de lecture faite par la Cour administrative d'appel du champ de compétence de la C.S.C. défini par la loi du 21 juillet 1983. Pour le reste, le Conseil d'État n'a pas remis en cause les logiques de fond suivies par les juges d'appel et a reconnu que la responsabilité pour faute de l'État pourrait être engagée du fait de la publication injustifiée d'un avis sanitaire de mise en garde. Afin de déterminer l'existence ou non d'une faute, il a ainsi examiné avec soin la pertinence de cet avis en relevant notamment « *que de nombreuses études et publications scientifiques ont, à partir de 1981, fait état de risques pour la santé des consommateurs engendrés par les produits solaires contenant des psoralènes et notamment du 5-MOP, tels que les produits Bergasol* », pour conclure « *que ces faits justifiaient que la Commission de la sécurité des consommateurs se saisisse de cette question* » et « *qu'en recommandant l'interdiction de tels produits, cette commission, en l'état des connaissances scientifiques de l'époque, n'a pas commis de faute de nature à engager la responsabilité de l'État* » (C.A.A. de Paris, 13 mai 1997 et 29 juin 1999, *S.A. Laboratoires pharmaceutiques Bergaderm,* préc. et C.E., Sect., 31 mars 2003, *Min. de l'Économie, des Finances et de l'Industrie c. S.A. Laboratoires pharmaceutiques Bergaderm*, préc.).

ou excessive[1]. Réciproquement, l'information du public sur les risques sanitaires est explicitement conçue comme un « *impératif de santé publique* »[2] dont la méconnaissance peut engendrer des conséquences sanitaires graves et dès lors engager la responsabilité pour faute de l'autorité compétente[3].

Dans le même temps, l'information sur les risques se rattache aussi à un droit de la personne. En ce sens, l'article L. 125-1 du Code de l'environnement consacre le « *droit de toute personne d'être informée sur les effets préjudiciables pour la santé et l'environnement du ramassage, transport, traitement, stockage et dépôt de déchets ainsi que sur les mesures prises pour prévenir ou compenser ces effets* ». Ce même droit est reconnu s'agissant des effets que la dissémination volontaire d'organismes génétiquement modifiés peut avoir pour la santé publique[4] ou dans le domaine de la qualité de l'air et de ses effets sur la santé[5]. De même, l'article L. 111-1 du Code de la consommation affirme-t-il le droit à l'information des consommateurs qui s'applique tant aux denrées alimentaires qu'aux médicaments ou qu'aux prestations médicales. C'est d'ailleurs sur ce fondement que la Cour de Justice de la République a retenu la responsabilité pénale de l'ancien ministre chargé de la Santé, M. HERVÉ, pour ne pas avoir informé les personnes ayant reçu des produits sanguins contaminés des risques auxquels ils avaient été exposés[6]. Dans le domaine sanitaire, le droit à l'information sur les risques est dérivé du droit à la sécurité sanitaire qui, entre autres, impose la transparence des décisions de santé[7]. Ce principe est notamment au cœur de la construction du droit des personnes malades à être informées de leur état de santé qui, aujourd'hui régi par l'article L. 1111-2 du Code de la santé publique, impose l'information du patient sur les risques qu'il encourt, non seulement en amont, mais aussi en aval des actes de prévention, de diagnostic et de soins[8]. Ce principe de transparence, tiré du droit à la sécurité sanitaire, guide également la

---

[1] Il est probable qu'une disproportionnalité grave serait susceptible d'engager la responsabilité pour faute de l'administration à l'origine de l'information. V., en ce sens, les motivations de la C.A.A. de Nantes dans l'arrêt *Boudin* précité du 23 mai 1990. Le juge vérifie et précise que « *les termes du communiqué étaient strictement adaptés à la nécessité de prévenir l'apparition de nouveaux cas de botulisme* ». Sur ces questions et les difficultés d'organisation qu'elles posent, V. notamment les 1ères Journées de l'A.F.S.S.A.P.S., *Sécurité sanitaire : du médicament aux produits de santé*, fiche 5 : « Démarche et outils de communication », p. 15 (*www.afssaps.santé.fr*).

[2] C.E., Sect., 12 oct. 2001, *Soc. Produits Roche*, n° 237376, *Rec.* p. 463 ; *R.F.D.A.* 2002, p. 315, concl. P. FOMBEUR ; *D.* 2002, Somm., p. 2226, obs. R. VANDERMEESEN ; *A.J.D.A.* 2002, p. 123, chron. M. GUYOMAR et P. COLLIN ; *Petites affiches* 2001, n° 249, p. 16, note J.-M. FÉVRIER ; *Cahiers de la fonction publique* 2002, p. 28, comm. M. GUYOMAR ; *J.C.P.* 2002, II, 10020, note D. CRISTOL.

[3] La question est alors de savoir jusqu'où l'information sur les risques sanitaires s'impose à l'État. Il n'est pas rare aujourd'hui que sa responsabilité pour faute soit recherchée pour la réparation de dommages imputés à une mauvaise connaissance d'un risque sanitaire qu'on lui reproche à titre principal.

[4] Art. L. 125-3 C. envir. Ce droit à l'information peut néanmoins être limité pour des motifs d'ordre public : C.E., 21 nov. 2007, *Cne de Sausheim*, n° 280969, *A.J.D.A.* 2007, p. 2229, obs. E. ROYER.

[5] Art. L. 125-4 et L. 125-6 C. envir.

[6] C.J.R., 9 mars 1999, préc.

[7] Sur ce principe, *cf.* D. TABUTEAU, *La Sécurité sanitaire*, 2e éd., *op. cit.*, p. 113-127.

[8] Il n'est pas inutile de noter ici que cette disposition s'inspire directement d'un jugement du tribunal administratif de Nantes qui a retenu la responsabilité pour faute de l'hôpital ayant négligé de

construction progressive du droit de l'information sanitaire du public par les autorités sanitaires. Outre le développement de l'éducation en santé qui, depuis quelques années, prend une importance croissante, la sécurité sanitaire impose en effet l'organisation et le renforcement de l'information des personnes en cas de risques pour la santé publique. Il n'est d'ailleurs pas anodin que les bases législatives de l'encadrement juridique de l'alerte sanitaire aient été posées par la loi du 1er juillet 1998, quelques mois après l'arrêt *Lucien Boudin*[1].

511 La reconnaissance d'une compétence générale de l'État d'information du public en cas de risque pour la santé publique est donc étroitement liée à celle d'un droit des personnes à la sécurité sanitaire, qui fait de leur droit à être informés sur les risques sanitaires un instrument, si ce n'est un impératif, de l'ordre public sanitaire[2]. Selon nous, l'obligation d'information de la population dépasse, en effet, le seul cadre de l'alerte sanitaire pour s'étendre à l'ensemble des risques qui, quoique potentiellement graves, pourraient être facilement évités. C'est ce qu'il ressort en filigrane de l'arrêt de la Cour d'appel d'Orléans du 10 septembre 2001 à propos de l'obligation d'information des usagers du tabac sur les dangers présentés par ce produit[3]. Les juges ont en effet reporté le défaut d'information des fabricants de tabac avant l'entrée en vigueur de la loi du 10

---

rappeler systématiquement les patients transfusés durant la période d'absence de dépistage des donneurs pour les informer des risques de contamination et leur proposer un test de dépistage : T.A. de Nantes, 10 nov. 1999, *C.H.U. de Nantes*, n° 96.1278, *Jurisprudence de la santé* n° 1999-2000, p. 218. En vue de garantir l'effectivité de cette information essentielle à la sécurité sanitaire, l'art. L. 1413-13 C.S.P. donne à l'autorité administrative la possibilité de mettre en demeure les professionnels, organismes ou établissements d'informer les personnes concernées « *en cas de risques pour la santé publique ou pour la santé d'une personne dus à une anomalie* » de ces activités, lorsque cette information n'a pas été spontanément délivrée en application de l'art. L. 1111-2. S'il n'y a pas de distinction à faire ici selon le caractère collectif ou individuel des risques encourus, on relèvera que cette obligation de santé publique, rattachée par le texte à un droit de la personne malade, relève plus d'une mesure de protection individuelle que de la prévention collective en ce qu'elle vise avant tout à améliorer la prise en charge des patients concernés.

[1] *Cf.* l'art. 5 de la loi qui insère un nouvel art. 16-1 à la L. n° 86-1067 du 30 sept. 1986 relative à la liberté de communication dont le premier alinéa est ainsi rédigé : « *Le Conseil supérieur de l'audiovisuel fixe les règles concernant les conditions de diffusion par les sociétés nationales de programme [visées par la loi] et les services de télévision diffusés par voie hertzienne terrestre, aux heures de grande écoute, des messages d'alerte sanitaire émis par le ministre chargé de la Santé* ». Les modalités de programmation des messages d'alerte sanitaire émis par le ministre chargé de la Santé sont, à l'heure actuelle, définies par la décision n° 99-315 du Conseil Supérieur de l'Audiovisuel du 27 juillet 1999 (*J.O.* du 8 août, p. 12040).

[2] C'est également dans cette perspective que doit être perçue l'obligation faite aux entreprises d'informer les consommateurs des risques sanitaires liés à l'utilisation de leurs produits. Le C.S.P. impose ainsi aux laboratoires pharmaceutiques de décrire, dans les notices des médicaments qu'ils mettent sur le marché, les effets indésirables de ceux-ci ainsi que les mises en garde particulières. Autre exemple, les fabricants d'alcool et de tabac sont soumis à une obligation d'avertissement sur la nocivité de leurs produits pour la santé (art. L. 3323-4 C.S.P. s'agissant du message à caractère sanitaire précisant que l'abus d'alcool est dangereux pour la santé et L. 3511-6 pour le message sanitaire apposé sur les unités de conditionnement du tabac). Les juges observent une lecture stricte de la loi d'une part, en exigeant que le message sanitaire soit bien visible, et d'autre part, en interdisant aux fabricants de le faire précéder de la mention « selon la loi » : v. notamment Cass. crim., 15 févr. 2000, n° 98-87282, *Bull. crim.* n° 69, p. 189 et Trib. corr. de Paris, 4 mars 2002, *R.D.S.S.* 2002, p. 474, obs. J.-S. CAYLA. Le même souci d'assurer la protection de la santé des consommateurs par leur information s'observe encore en matière d'étiquetage des produits de consommation courante.

[3] C.A. d'Orléans, 10 sept. 2001, *S.A. S.E.I.T.A. c Cts Gourlain*, *J.C.P.* 2002, II, 10133, note B. DAILLE-DUCLOS ; *R.D.S.S.* 2002, p. 28, note A. SAILLARD. V. également Cass. civ. 2e, 20 nov. 2003, *Cts Gourlain c. Soc. S.E.I.T.A.*, n° 01-17977, *Bull. civ.* II, n° 355, p. 289, *D.* 2004, p. 653, note A. BUGADA.

juillet 1976 sur l'autorité de tutelle de la S.E.I.T.A., soit le ministère de l'Économie et des Finances, ce qui revient implicitement à reconnaître la responsabilité de l'État dans l'absence d'information des consommateurs de tabac sur les risques qu'ils encourraient. C'est également ce qu'il transparaît au travers de l'arrêt du 29 décembre 2006 de la Cour administrative d'appel de Nantes qui, en l'espèce, a pris soin de préciser que la campagne de vaccination contre l'hépatite B, alors contestée, n'avait pas été menée « *dans des conditions de nature à induire en erreur la population visée tant sur le caractère non obligatoire de ladite vaccination* que sur les risques que celle-ci présenterait »[1]. On peut encore se reporter à une affaire qui, jugée par le tribunal administratif de Lille le 23 mai 2006, a très récemment fait l'objet de trois arrêts de la Cour administrative d'appel de Douai[2]. L'espèce concernait une demande de réparation présentée par trois mères de famille. Celles-ci, arguant de leur ignorance des risques graves pour le fœtus d'une consommation modérée d'alcool, reprochaient à l'État le préjudice moral qu'elles avaient subi en mettant au monde un enfant atteint du syndrome d'alcoolisation fœtale[3]. Elles imputaient notamment leur préjudice à la carence fautive de l'État, qui n'avait ni dispensé aux médecins la formation nécessaire pour leur permettre d'informer les femmes enceintes du danger d'une consommation modérée d'alcool, ni imposé aux producteurs de produits alcoolisés d'obligation d'avertissement des consommateurs des dangers de l'alcool pour le fœtus, ni orienté sa politique de prévention dans le sens d'une information plus incitative sur la nécessité de ne pas consommer d'alcool durant une grossesse. Sans exclure l'existence d'une faute de l'État, le juge de première instance avait rejeté les demandes au motif, discutable en l'espèce, que la preuve d'un lien de causalité suffisant entre le comportement de l'État et le préjudice invoqué n'était pas établie en l'espèce, la réalité du syndrome d'alcoolisation fœtale n'étant elle-même pas suffisamment prouvée[4]. Suivant les conclusions du commissaire du Gouvernement LEPERS[5], la Cour administrative d'appel de Douai a, pour sa part, admis l'existence d'un lien de causalité entre les handicaps des enfants et la consommation d'alcool pendant la grossesse. Elle a en revanche refusé de reconnaître l'existence d'une faute commise par l'État en considérant notamment qu'il ne disposait pas à l'époque des faits, antérieurs à la publication de l'expertise collective de l'I.N.S.ER.M. en 2001, d'une information suffisamment certaine et précise sur le syndrome d'alcoolisation fœtale. Par suite, indique le juge, « *l'État n'a pas méconnu*

---

[1] C.A.A. de Nantes, 29 déc. 2006, *M.M.*, préc.

[2] C.A.A. de Douai, 10 janv. 2008, *Mme H. et a.*, préc.

[3] T.A. de Lille, 23 mai 2006, *Mme Sandrine M.*, préc.

[4] V. F. LEMAIRE, L'État est-il responsable de la consommation d'alcool pendant la grossesse ?, note sous T.A. de Lille, 23 mai 2006, *Mme Sandrine M.*, *A.J.D.A.* 2006, n° 28, p. 1569-1572.

[5] J. LEPERS, L'État peut-il être responsable d'un manquement d'information concernant les risques liés au syndrome d'alcoolisation fœtale, concl. sur C.A.A. de Douai, 10 janv. 2008, *Mme H. et a.*, *A.J.D.A.* 2008, n° 14, p. 766-771.

l'obligation légale qui lui incombe en matière de prévention et d'éducation à l'égard notamment des femmes enceintes, en s'étant abstenu de lancer, dès 1990, des campagnes spécifiques recommandant une abstinence totale de boissons alcoolisées par les femmes enceintes ». Il n'a dès lors pas commis de faute « *dans l'exercice de son pouvoir général de police sanitaire ou dans la mise en œuvre de la protection de la santé de la mère et de l'enfant qui figure au 11e alinéa du préambule de la Constitution de 1946* ». En plus de souligner l'existence d'une obligation légale d'information et d'éducation sanitaires pesant sur l'État, que les juges semblent bien rattacher ici à son pouvoir général de police, ces arrêts admettent *a contrario* l'existence d'une faute susceptible d'engager sa responsabilité pour s'être abstenu d'informer le public des risques liés à la consommation d'alcool pendant une grossesse après la publication de l'expertise de l'I.N.S.E.R.M. en 2001. L'État paraît d'ailleurs l'avoir spontanément admise en lançant, quelques mois après le jugement du tribunal de Lille, une campagne de prévention du syndrome d'alcoolisation fœtale, doublée d'une nouvelle obligation d'inscription de message à caractère sanitaire préconisant l'absence de consommation d'alcool par les femmes enceintes sur les unités de conditionnement des boissons alcoolisées[1].

512 C'est alors toute la théorie classique de la police administrative qui se trouve perturbée. Dans ce cadre, en effet, la police administrative ne peut plus guère être définie comme une « *activité spécifique de prescription consistant à réglementer des activités privées en vue du maintien de l'ordre public* »[2]. Elle relève davantage d'une « *fonction-fin* » de l'État qui, indépendamment de toute référence instrumentale, est entièrement destinée à la protection des droits fondamentaux[3]. Par-là, est bien mise en avant l'idée que l'ordre public sanitaire rénové par le droit à la protection de la santé des personnes requiert la mise en œuvre d'instruments variés, choisis en fonction de leur efficacité. Mais cette idée, qui revient à considérer que les autorités sanitaires doivent définir les moyens de leur action selon leur efficacité, induit ainsi une hiérarchisation nouvelle des moyens et de la fin.

B.- UNE HIÉRARCHISATION INÉDITE DES MOYENS ET DE LA FIN

513 En faisant prévaloir la fin sur les moyens, le droit fondamental à la protection de la santé bouleverse les logiques classiques du principe d'adéquation des mesures (1). Cette hiérarchisation nouvelle correspond à la promotion actuelle de l'efficacité de l'action dont

---

[1] Arr. du 2 oct. 2006 relatif aux modalités d'inscription du message à caractère sanitaire préconisant l'absence de consommation d'alcool par les femmes enceintes sur les unités de conditionnement des boissons alcoolisées, *J.O.* du 3 oct., texte n° 16.

[2] A. VAN LANG, G. GONDOUIN et V. INSERGUET-BRISSET, *Dictionnaire de droit administratif*, verbo « Police administrative ».

[3] P.-L. FRIER, *Précis de droit administratif, op. cit.*, n° 403, p. 236.

il s'agit alors de savoir si elle enrichit ou redéfinit le principe de proportionnalité qui guide notamment l'exercice de la police sanitaire (2).

1) Une inversion des logiques classiques du contrôle de l'adéquation des mesures

514 Il est depuis longtemps admis que le maintien de l'ordre public sanitaire relève d'une compétence liée de l'administration, laquelle est assujettie à l'obligation de prendre les mesures qui s'imposent pour prévenir ou faire cesser le trouble à l'ordre public. Cette obligation stricte de moyens permet d'engager sa responsabilité pour faute en cas de manquement à son obligation d'agir, que sa carence soit totale ou partielle[1]. Il en découle une obligation d'efficacité pesant sur les autorités de police sanitaire qui, dans l'hypothèse d'un choix multiple de mesures possibles, doivent privilégier celle qui sera, dans les circonstances de l'espèce, la plus adaptée à l'objectif poursuivi, à la fois en termes de modération et d'efficacité[2]. Cette obligation d'efficacité n'est pas une obligation de résultat : l'autorité de police ne peut être tenue pour responsable de la survenance d'un dommage dès lors qu'elle a mis en œuvre tous les moyens légaux à sa disposition et qu'elle ne pouvait agir plus efficacement sans sortir des voies normales du droit[3]. C'est donc par l'examen de la nature et de l'étendue des pouvoirs dévolus à l'autorité de police que le juge détermine le degré de son obligation et, plus particulièrement, le résultat auquel elle doit parvenir. Autrement dit, les moyens décident de la fin.

C'est dans cette logique que, le 9 avril 1993, l'Assemblée du contentieux du Conseil d'État s'est référée à « *l'étendue des pouvoirs conférés à l'administration* » pour engager la responsabilité de l'État sur la base d'une faute non qualifiée[4]. Comme l'a plus tard indiqué M. LONG, le Conseil d'État n'a pas eu alors le sentiment d'un revirement, ni l'idée de changer « d'âge »[5]. Il s'est surtout agi pour les juges de sanctionner un défaut de précaution, impardonnable au regard de l'étendue des pouvoirs dont disposait l'administration pour éviter le drame humain que sa négligence a provoqué. C'est aussi dans cette idée que le commissaire du Gouvernement a, dans ses conclusions sur les quatre affaires jugées en cassation le 3 mars 2004, longuement détaillé les prérogatives

---

[1] *Cf. supra* n°s 189 s.

[2] Pour un rappel récent de l'obligation de modération, *cf.* C.E., 7 févr. 2007, *Soc. P.P.N. S.A.*, n° 292615, *Rec.* p. 50 ; *Petites affiches* 2007, n° 142, p. 13, note C. ALFONSO : est illégale, car disproportionnée, l'interdiction pure et simple d'une boisson présentée comme un élixir anti-alcootest alors que l'autorité ministérielle avait à sa disposition une gamme complète de mesures possibles.

[3] C'est notamment le sens de l'arrêt C.E. du 14 déc. 1981, *Commune de Montmorot*, préc..

[4] C.E., Ass., 9 avr. 1993, *M. D., M. G et M. et Mme B.* (3 esp), préc.

[5] M. LONG, Préface sur O. GODARD (dir.), *Le principe de précaution dans la conduite des affaires humaines, op. cit.*, p. 16. On rappellera ici que M. LONG présidait alors l'Assemblée du contentieux de Conseil d'État.

dont disposait alors l'administration pour prévenir ou limiter les contaminations professionnelles par les poussières d'amiante[1]. L'idée qui prévaut ici est bien que les moyens décident de la fin : si les autorités de police sont soumises à une obligation d'efficacité, on ne peut pour autant exiger d'elles une protection supérieure à ce qu'elles peuvent réellement offrir sans sortir des voies normales du droit[2].

515 C'est précisément cette logique qu'inverse le droit fondamental à la protection de la santé en faisant prévaloir le but de l'action – la protection « efficace » ou « optimale » de la santé – sur les moyens mis en œuvre pour y parvenir. Cette conception téléologique de la protection de la santé modifie en effet la manière d'apprécier le bon comportement des responsables sanitaires, non pas tant dans l'idée qu'il faudrait parvenir au risque zéro, impensable en matière de santé, mais dans celle que les moyens employés doivent être choisis selon leur efficacité pour le but recherché. C'est dès lors au regard de la fin que sont déterminés les moyens.

516 Or l'évolution actuelle de la jurisprudence donne l'impression de la même inversion dans la définition des compétences et des responsabilités de l'État pour la protection de la santé publique. Elle apparaît déjà en filigrane de la décision du Conseil constitutionnel du 8 janvier 1991, dont on a souligné la faiblesse du contrôle de proportionnalité[3], comme dans les arrêts du Conseil d'État et, plus particulièrement, dans ses arrêts d'Assemblée du 3 mars 2004. En l'espèce, en effet, l'application du régime de la faute non qualifiée n'a pas été justifiée par l'ampleur des prérogatives accordées à l'administration pour la protection de la santé des travailleurs[4]. Si l'on se borne à une lecture littérale de ces décisions, le recours à la faute dite « simple » ne s'explique en l'espèce que par le but assigné aux autorités de police : la protection de la santé des travailleurs.

Un bref retour sur la jurisprudence administrative de ces dix dernières années confirme cette impression d'une promotion nouvelle de la fin sur les moyens. C'est, déjà, ce qu'il ressort de l'arrêt *Boudin* du 30 juillet 1997 par lequel le Conseil d'État a considéré « *qu'il appartient au ministre chargé de la Santé, même en l'absence de texte l'y autorisant expressément, de prendre les mesures permettant de mettre en garde le public contre des produits dont la consommation présente un risque grave pour la santé* »[5]. Il y a bien là une lecture extensive des compétences reconnues au ministre

---

[1] E. PRADA-BORDENAVE, Les carences de l'État dans la prévention des risques liés à l'amiante, concl. sur C.E., Ass., 3 mars 2004, *Min. de l'Emploi et de la Solidarité…* (4 esp.), *R.F.D.A.* 2004, p. 612-625.

[2] *Cf. supra* n° 192.

[3] *Cf. supra* n° 460.

[4] Si l'art. L. 231-2 C.T., qui régit la police spéciale de la santé au travail, apparaît dans les visas des arrêts, il n'est en revanche ni formellement ni même matériellement évoqué dans les motifs et le dispositif des décisions du 3 mars 2004.

[5] C.E., 30 juill. 1997, *M. Lucien Boudin*, préc. Rappr. C.E., Sect., 1er févr. 1980, *Rigal*, préc.

chargé de la Santé que l'ordre public sanitaire habilite directement à agir, bien qu'il ne puisse être considéré comme une autorité de police générale. On objectera que la mesure contestée ne relevait pas de l'exercice de la prescription unilatérale. Il reste que la compétence d'information du public en cas de risque pour la santé publique se rattache bien à l'exercice des pouvoirs de police sanitaire et que de telles mesures sont, comme en l'espèce, susceptibles de provoquer des préjudices importants pour les particuliers[1]. On ne peut pas croire que le Conseil d'État ait ici, par un extraordinaire revirement de jurisprudence, reconnu aux ministres la qualité d'autorités de police générale. Il faut donc rechercher ailleurs l'explication de cette solution. L'idée fait alors son chemin que cette lecture extensive des compétences du ministre n'a eu d'autre but que de permettre à l'administration de la santé d'agir au mieux des intérêts de la santé publique[2]. Le juge a ainsi défini les moyens de l'administration en fonction de la fin.

La jurisprudence postérieure confirme cette perspective finalisée de l'action de police sanitaire. Il suffit, parmi d'autres exemples[3], de citer l'arrêt *Société Pro-Nat* du 24 février 1999 dans lequel l'appel à la précaution a servi à sauver de l'annulation une mesure de police sanitaire dont la légalité était discutable au regard des règles « normales » de la police administrative[4]. Là encore, le juge s'est livré à une lecture extensive de la norme d'ordre public sanitaire et des pouvoirs de police pour permettre à l'administration de parvenir à son objectif : la protection de la santé des bébés et des consommateurs de compléments alimentaires. On peut encore ici se référer à l'arrêt du 19 mars 2007 concernant la légalité du décret du 15 novembre 2006 fixant les conditions d'application de l'interdiction de fumer dans les lieux publics affectés à un usage collectif[5]. Dans cette affaire, Mme B., enseignante et fumeuse, contestait les dispositions du décret interdisant l'aménagement d'emplacements réservés aux fumeurs dans les établissements d'enseignements en considérant notamment que cette interdiction faisait peser des sujétions excessives sur les enseignants et les personnels des établissements concernés. Suivant les conclusions du commissaire du Gouvernement[6], le juge s'est livré ici à un raisonnement original des prérogatives de police sanitaire du Premier ministre. Il a en effet considéré que le décret contesté relevait, non pas d'une mesure d'application de la loi interdisant l'usage du tabac dans les lieux affectés à un usage collectif, mais de

---

[1] Suite au communiqué, la société Elbe a périclité et été mise en liquidation.

[2] Cette lecture extensive de l'ordre public sanitaire est ainsi venue au renfort d'une mesure dont on pouvait sérieusement douter de la légalité. *Cf.* en ce sens l'arrêt de la C.A.A. de Nantes qui, dans cette affaire, a justifié la publication du communiqué par « *la gravité du risque encouru par les consommateurs éventuels dispersés sur l'ensemble du territoire national* » (23 mai 1990, *Boudin*, préc.).

[3] V. également C.A.A. de Paris, 21 déc. 2004, préc. ou C.E., Ass., 3 mars 2004, *A.L.I.S.*, préc.

[4] C.E., 24 févr. 1999, *Soc. Pro-Nat*, préc. Sur cet arrêt, *cf. infra* n°s 583 et 595.

[5] C.E., 19 mars 2007, *Mme Le Gac et a.*, préc.

[6] L. DEREPAS, L'interdiction de fumer dans les lieux affectés à un usage collectif, concl. sur C.E., 19 mars 2007, *Mme Le Gac et a.*, *R.F.D.A.* 2007, n° 4, p. 770-779.

l'exercice du pouvoir de police générale reconnu au Premier ministre par les articles 21 et 37 de la Constitution. Dans ce cadre, il appartient au Premier ministre « *de prendre les mesures de police applicables à l'ensemble du territoire et justifiées par les nécessités de l'ordre public, au nombre desquelles figurent les impératifs de la santé publique* ». Lorsque le législateur est intervenu dans ce domaine, poursuit le juge, « *il incombe au Premier ministre d'exercer son pouvoir de police générale sans méconnaître la loi ni en altérer la portée* ». En refusant de voir dans les mesures contestées de simples mesures d'application de la loi, le juge de la légalité a donné de plus larges possibilités d'action au Premier ministre agissant dans l'intérêt de la protection de la santé publique[1]. La qualification retenue a notamment permis d'adapter, pour la renforcer, la règle fixée par l'article L. 3511-7 du Code de la santé publique qui pose le principe d'une interdiction générale de fumer dans les lieux affectés à un usage collectif, sauf dans les emplacements réservés aux fumeurs. Ce renforcement, dès lors qu'il est justifié par des données épidémiologiques relatives à la gravité des risques auxquels le tabagisme passif expose les personnes, ne méconnaît ni le texte de la loi, qui a prévu des emplacements réservés aux fumeurs mais ne les a pas imposés, ni sa portée puisqu'il répond au même objectif de protection de la santé des personnes. Partant, le Premier ministre a toute compétence pour interdire l'aménagement de tels emplacements dans certains lieux ouverts au public dès lors que cette interdiction est justifiée par la protection de la santé publique et est proportionnée à l'objectif poursuivi. En ce qui concerne les établissements scolaires, le décret « *a entendu assurer une protection particulière des jeunes contre le risque tabagique, dans des conditions de nature à en renforcer l'efficacité* ». Cet objectif suffit à lui seul à justifier l'interdiction faite par le décret d'aménager des lieux réservés aux fumeurs dans les établissements scolaires, en dépit de ses effets privatifs de liberté pour les personnels fumeurs de ces établissements. Il faut reconnaître que c'est ici le but recherché par le Premier ministre, la protection « efficace » des jeunes contre les méfaits du tabac, qui sert, seul, à justifier la mesure d'interdiction, tant du point de vue des motifs de droit que des motifs de fait. Il faut également admettre que la mesure d'interdiction ainsi justifiée n'a pas pour objectif de soustraire les jeunes aux méfaits du tabagisme passif – un emplacement réservé aux adultes adeptes du tabac aurait suffi – mais qu'il vise plutôt à empêcher le « mauvais exemple » donné par les fumeurs, membres du corps enseignant. On notera enfin l'originalité de la définition de la proportionnalité de la mesure qui ne correspond guère à l'exigence classique de modération, mais est ici explicitement conçue par référence à l'efficacité. La fin – la protection efficace de la santé – prime bien sur les moyens.

---

[1] Sur ce point, *cf.* notamment la note de D. MAILLARD DEGRÉES DU LOÛ, « L'interdiction de fumer dans les lieux publics entre-t-elle dans le pouvoir de police générale du Premier ministre ? », *op. cit.*, p. 36.

Ce point est d'importance en ce qu'il pourrait marquer l'émergence d'une nouvelle conception des intérêts attachés à la santé publique qui, sur le fondement du droit fondamental à la protection de la santé, suffiraient à justifier toute mesure restrictive des libertés dès lors qu'elle est proportionnée aux risques courus et adaptée à l'objectif de sécurité recherché. Mais il faut alors reconnaître que la proportionnalité dont il est ici question valorise davantage l'efficacité de l'action protectrice que la modération.

2) Vers une redéfinition du principe de proportionnalité ?

517 Les développements récents de la jurisprudence sont suffisamment troublants pour que l'on se pose la question de savoir si le principe d'efficacité vient réellement au renfort de l'adéquation de la mesure aux motifs ou s'il n'annoncerait pas davantage une redéfinition du principe de proportionnalité. La promotion de l'efficacité de l'action sur sa modération rencontre en effet une tendance croissante des responsables politiques à assimiler la méthodologie de la sécurité sanitaire à la technique du contrôle de proportionnalité qui sert à vérifier la nécessité des restrictions apportées aux libertés publiques. La proximité de la logique et des effets du rapport bénéfices-risques et du principe de proportionnalité des décisions de police sanitaire conduit parfois, en effet, à les situer sur le même plan.

518 C'est ce qu'illustre, par exemple, les travaux parlementaires sur la loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique et, en particulier, le rapport de M. DUBERNARD sur le nouveau dispositif de l'urgence sanitaire qui offre au ministre de la Santé de très larges pouvoirs d'intervention[1]. Selon l'article L. 3131-1 du Code, « *en cas de menace sanitaire grave appelant des mesures d'urgence, notamment en cas de menace d'épidémie, le ministre chargé de la Santé peut, par arrêté motivé, prescrire dans l'intérêt de la santé publique toute mesure proportionnée aux risques courus et appropriée aux circonstances de temps et de lieu afin de prévenir et de limiter les conséquences des menaces possibles sur la santé de la population* ». Il peut par ailleurs « *habiliter le représentant de l'État territorialement compétent à prendre toutes les mesures d'application de ces dispositions, y compris des mesures individuelles* ».

Dans le souci de ne pas neutraliser par avance l'action de l'autorité sanitaire par une énumération *a priori* des mesures adaptées à une situation de crise, le texte n'apporte guère de précisions sur la nature et le contenu de ces mesures[2]. Il faut croire néanmoins

---

[1] J.-M. DUBERNARD, Rapport n° 1092 sur le projet de loi n° 877 relatif à la politique de santé publique, présenté au nom de la commission des affaires culturelles, familiales et sociales de l'Assemblée nationale, 25 sept. 2003 (XIIe législature), *J.O. Ass. nat.* (doc. annexes), 2e partie.

[2] La L. du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique se borne à prévoir l'élaboration obligatoire d'un plan national d'action relatif à l'alerte et à la gestion des situations d'urgence sanitaire (art. L. 3131-6 C.S.P.) et la création, effective depuis le vote de la loi de financement de la Sécurité sociale pour 2007, d'un fonds de financement des « *actions nécessaires à la préservation de la*

que, dans de telles circonstances, le ministre de la Santé pourra prescrire toute mesure réglementaire ou individuelle qu'il juge nécessaire à la protection de la santé de la population[1]. Cela inclut des mesures collectives ou individuelles restrictives des libertés, dont des mesures d'isolement prophylactique et/ou des obligations corporelles autres que celles qui sont expressément prévues par la loi[2]. L'urgence sanitaire peut encore justifier la restriction de la liberté d'aller et venir (par des interdictions de séjour ou de circulation), du droit de propriété (par la visite du domicile privé, la décontamination, la confiscation, voire la destruction de biens infectés, etc.), de la liberté du commerce et de l'industrie (interdiction de commercialisation, retrait du marché, etc.), de la liberté d'entreprendre, du droit de grève, etc. Pour prévenir tout risque d'arbitraire, le texte a expressément subordonné la légalité de ces mesures à leur nécessité de fait qui, en matière de police, « *excuse* »[3] l'atteinte portée aux libertés. Déjà, l'article L. 3131-1 précise que l'action du ministre doit être « *proportionnée aux risques courus et appropriée aux circonstances de temps et de lieu afin de prévenir et de limiter les conséquences des menaces possibles sur la santé de la population* ». Ensuite, l'article L. 3131-2 indique qu'il doit être « *mis fin sans délai* » aux mesures édictées au titre de l'urgence sanitaire, « *dès lors qu'elles ne sont plus nécessaires* » à la protection de la santé publique, le bien-fondé de ces mesures étant contrôlé périodiquement par le H.C.S.P.

Comme le constate M. DUBERNARD dans son rapport préparatoire, cette exigence obéit à la « *formule, souvent reprise, « la liberté est la règle, la restriction de police l'exception »* »[4]. Mais, et c'est ici que les choses se compliquent, le rapporteur souligne aussi que, « *du point de vue de la santé publique, cette notion de proportionnalité, proche*

---

santé de la population en cas de menace sanitaire grave ou d'alerte épidémique » (art. L. 3131-5). *Cf. infra* n° 637.

[1] En ce sens, *cf.* A. LAUDE, B. MATHIEU et D. TABUTEAU, *Droit de la santé*, *op. cit.*, p. 31-32 et D. TRUCHET, L'urgence sanitaire, *op. cit.*, p. 420-421.

[2] La possibilité donnée à l'autorité de police sanitaire de recourir à de telles mesures n'est pas révolutionnaire en soi. Il est généralement admis que la nécessité de la défense sanitaire de la population peut, dans des circonstances exceptionnelles, justifier que l'administration adopte de telles mesures même si elle n'y a pas été expressément autorisée par la loi. Par ailleurs, le recours exceptionnel à la contrainte prophylactique était déjà implicitement autorisé par les dispositions de l'ancien art. L. 3114-4 C.S.P. (*cf.* G. LE CHÂTELIER, concl. sur C.E., Ass., 3 mars 2004, *A.L.I.S.*, *R.F.D.A* 2004, p. 583). Lors de l'alerte au risque d'épidémie de S.R.A.S. en 2003, ce texte avait d'ailleurs servi à l'élaboration d'un projet de décret établissant la liste des mesures de restriction des libertés individuelles, dont des mesures de quarantaine, pouvant réglementairement être prises en cas de nécessité (*cf.* le *Plan de réponse contre une menace de S.R.A.S.*, Ministère de la Santé, de la Famille et des Personnes handicapées, avr. 2004, p. 11. Ce document peut être consulté sur le site Internet du ministère de la Santé : *www.sante.gouv.fr*).

[3] R. CHAPUS, *Droit administratif général, op. cit.*, t. 1, n° 932, p. 713.

[4] J.-M. DUBERNARD, Rapport n° 1092 sur le projet de loi n° 877 relatif à la politique de santé publique, *op. cit,*. 2e partie, p. 48.

de l'évaluation du ratio bénéfices/risques », est celle qui est notamment utilisée dans le domaine du médicament[1].

519 Si elle n'est pas immédiatement déterminante en droit positif, l'association de ces deux techniques d'appréciation des décisions de santé publique nous paraît rejoindre une tendance sourde des responsables publics à confondre la nécessité et l'efficacité des mesures contraignantes de santé publique par l'assimilation de la méthodologie du rapport bénéfices-risques à celle du bilan coûts-avantage qui est au cœur du contrôle de proportionnalité[2]. Or si ces deux méthodes d'analyse permettent aujourd'hui d'apprécier en fait l'adéquation des mesures de police sanitaire, il existe entre elles des différences fondamentales que l'on ne peut négliger.

Le bilan coûts-avantage, traditionnellement employé en matière de police, suppose une appréciation mesurée des aspects positifs (la protection de la santé publique, par exemple) et des aspects négatifs (l'atteinte aux libertés) de la décision. Il s'agit, par « *un dosage méticuleux des sacrifices* »[3], de déterminer la mesure qui, parce qu'elle assure la meilleure conciliation des impératifs de la sécurité et de la liberté, correspond bien aux exigences de l'ordre public sanitaire[4]. Le rapport bénéfices-risques, en revanche, ignore totalement la question des libertés pour mettre l'accent sur l'efficacité pratique de la mesure. Cette méthodologie fonde l'analyse des aspects positifs et négatifs de la décision par référence à une valeur unique : la sécurité qui, dans le domaine de la santé, obéit à un objectif d'élimination ou, au moins, de réduction des risques. Il s'agit effectivement d'apprécier la proportionnalité de la mesure, mais uniquement au regard des *intérêts* de la sécurité pour la santé et non à raison de la *nécessité* d'une restriction des libertés. Ces deux méthodes d'appréciation ne peuvent donc être substituées l'une à l'autre sans dommages pour la liberté[5].

520 Cette crainte n'est pas infondée. Au-delà même des évolutions prétoriennes évoquées plus haut, il est assez fréquent aujourd'hui que les experts et les décideurs publics opèrent cette substitution et présentent comme nécessaire toute mesure utile à la

---

[1] J.-M. DUBERNARD, *ibid.*, p. 48. « *En l'espèce*, poursuit le rapporteur, *elle pourrait conduit le ministre, en cas d'une attaque terroriste, à recommander la prescription d'un médicament à grande échelle, par exemple un certain type d'antibiotiques* ».

[2] R. CHAPUS, *Droit administratif général, op. cit.*, t. 1, nos 1264 s., p. 1051 s.

[3] G. TEISSIER, concl. sur C.E., 5 juin 1908, *Marc et Chbre synd. des propriétés immobilières de la ville de Paris*, *Rec.* 1908, p. 612. De la sorte, la mesure adéquate et proportionnée, conforme aux exigences de l'ordre public, est celle qui permet d'assurer au mieux la sécurité sans porter d'atteinte inutile aux libertés.

[4] *Cf. supra* nos 160 s.

[5] En ce sens, lors de l'apparition de l'épidémie du sida, le travail effectué par les experts internationaux du Conseil de l'Europe a justement cherché à identifier les mesures de lutte contre les maladies sexuellement transmissibles qui étaient à la fois « *les plus efficaces pour enrayer la propagation du sida et donc protéger les droits collectifs [et] les moins lésantes du point de vue des droits individuels* » (V. BOLTHO-MASSARELLI et M. O'BOYLE, Droits de l'homme et santé publique, une nouvelle alliance, in *Sida et libertés*, *op. cit.*, p. 43)

protection de la santé des personnes, indépendamment des restrictions qu'elle porte à l'exercice des libertés[1]. Cette promotion de l'efficacité au détriment de la nécessité et de la modération se traduit dans le débat public par l'effacement progressif de la question des libertés. On l'observe, par exemple, dans l'exposé des motifs de la proposition de loi visant à rendre obligatoire l'installation de détecteurs de fumée et de monoxyde de carbone dans tous les lieux d'habitation[2] ou encore dans la proposition faite par l'O.P.E.S.C.T. de restaurer l'ancien dispositif de lutte contre la tuberculose[3]. Elle est encore présente dans l'affirmation, non contredite, d'un député lors des débats sur la loi d'orientation de la politique de santé que « *si une maladie peut être combattue grâce à une réglementation, il faut prendre celle-ci sans tarder* »[4].

521 L'enjeu est de taille, car une telle redéfinition de la proportionnalité par l'efficacité forcerait le droit public vers une conception finaliste et utilitariste de la légalité. Dans cette perspective, en effet, l'objectif de protection de la santé des personnes suffirait à légitimer de très nombreuses restrictions à l'exercice des libertés, édictées au nom de l'ordre public sanitaire fondé sur le droit fondamental à la protection de la santé[5]. Or dans dans une matière où le risque est omniprésent et où les personnes sont constamment exposées, on perçoit mal où se trouveraient les limites objectives de l'action de l'État et qu'elle serait la part qui devrait être obligatoirement laissée à la responsabilité et à la liberté individuelles.

---

[1] *Cf.* par exemple, D. RAOULT, *Le bioterrorisme*. Rapport au Ministère de la Santé, de la Famille et des Personnes handicapées, Paris, 2003, p. 80-82. De plus, l'échec relatif de certaines politiques de protection de la santé publique, comme en matière de lutte contre le tabagisme, appuie l'idée qu'il est préférable, car plus efficace, d'interdire et/ou de contraindre plutôt que d'inciter et d'encourager.

[2] Proposition de loi n° 2013 présentée par M. MORANGE visant à rendre obligatoire l'installation de détecteurs de fumée et de monoxyde de carbone erengistrée à la Présidence de d'Assemblée nationale le 21 déc. 2004 (12e législature).

[3] J.-P. DOOR et M.-C. BLANDIN, *Rapport sur le risque épidémique*, Rapport n° 2327 déposé au nom de l'O.P.E.S.C.T. à l'Assemblée nationale le 11 mai 2005 dont les conclusions ont notamment été discutées en audition publique le 28 févr. 2007 (*Santé : la tuberculose, un problème majeur de santé publique ?*, Rapport n° 3791 déposé au nom de l'O.P.E.S.C.T. à l'Assemblée nationale le 28 mars 2007) avant d'être invalidées par les pouvoirs publics qui, à l'inverse de ces préconisations, ont finalement allégé le dispositif de lutte contre la tuberculose (décr. n° 2007-1111 du 17 juill. 2007, précité).

[4] V. l'intervention de M. LE GUEN, lors de la 1ère séance de débats à l'Assemblée nationale du 2 oct. 2003.

[5] Dans ce sens, bien que relevant d'une réflexion plus générale sur les effets de la rénovation de l'ordre public par les droits fondamentaux, *cf.* M.-J. REDOR, Ouverture, *op. cit.*, p. 14.

CONCLUSION DU CHAPITRE

522 L'un des apports les plus remarquables de la sécurité sanitaire est sans doute qu'elle a opéré un rapprochement nouveau entre les diverses responsabilités sanitaires de l'État, et, principalement, entre sa mission constitutionnelle de protection des santés individuelles et sa fonction régalienne de protection collective contre les risques sanitaires. Son premier mérite est ainsi d'avoir permis la réconciliation de la santé publique et des droits de l'Homme qui ont, à tort, été longtemps opposés. Par là, elle a aussi signé l'avènement d'une définition nouvelle de la protection de la santé qui, rapidement promue au rang des droits fondamentaux de la personne, associe étroitement les aspects individuels et collectifs, préventifs et curatifs de la santé publique.

La refondation de l'ordre public sanitaire sur le droit fondamental à la protection de la santé ne va toutefois pas sans équivoque. D'un côté, elle a permis d'insister sur la dimension protectrice de la santé publique, désormais conçue à l'aune de la protection offerte aux personnes. Elle l'a, de ce fait, très largement réévaluée et incité les pouvoirs publics à une démarche positive, plus soucieuse de la protection des personnes, ce qui permet d'espérer que des drames, comme celui du sang contaminé ou même de l'amiante, ne se répéteront pas. De l'autre, il faut aussi considérer le bouleversement de la construction intellectuelle et juridique de l'ordre public sanitaire qui accompagne son instrumentalisation par le droit fondamental à la protection de la santé. Celui-ci rejoint pour partie les perturbations soulignées par M. Jean-Bernard AUBY à propos de la police administrative[1]. La première concerne l'objet de l'ordre public sanitaire, qui n'a plus vocation à prévenir ou à éliminer des dangers clairement identifiés, mais à réduire des risques de toutes sortes, en faisant la part de ceux qui peuvent ou non être admis. La deuxième est relative à sa référence instrumentale, la police sanitaire, qui ne renvoie plus à l'usage prépondérant de la prescription unilatérale, mais absorbe l'ensemble des procédés du droit public. La troisième touche l'objectif de l'ordre public sanitaire, qui n'est plus seulement d'assurer les conditions sanitaires de la sécurité collective, mais de veiller à la sécurité pour la santé des personnes. La dernière enfin correspond à une transformation du sens de l'ordre public sanitaire, désormais destiné à la garantie du droit fondamental à la protection de la santé.

Ces évolutions forcent le droit public, et plus particulièrement le droit administratif, vers une conception finaliste ou finalisée de la légalité. D'une part, l'objectif de protection de la santé des personnes joue comme une norme directe et

---

[1] J.-B. AUBY, Le droit administratif dans la société du risque…, *op. cit.*, p. 356.

implicite d'habilitation à agir des autorités publiques. Elle accède ainsi au rang d'une norme d'ordre public pour faire de la santé des personnes l'objectif et le motif de l'action publique. D'autre part, le droit fondamental à la protection de la santé accroît les responsabilités sanitaires de l'État qui, comptable de la santé de la population, doit, en toutes circonstances, veiller à l'efficacité de son action. L'ordre public sanitaire se rapproche alors pour les pouvoirs publics d'une obligation de résultat justifiant des atteintes croissantes à l'exercice des libertés, dans l'idée que toute personne doit pouvoir accéder au meilleur niveau de santé qu'elle est capable d'atteindre.

CONCLUSION DU TITRE

523 Devenue le symptôme, si ce n'est le symbole, de la défaite de la santé publique, l'affaire du sang contaminé a eu des répercussions sociales, politiques et juridiques importantes, dont il n'est d'ailleurs pas sûr que l'on ait encore perçu toutes les implications.

524 Au-delà de la résurgence d'une mission longtemps négligée par l'État, cette affaire a en effet provoqué d'importants bouleversements du droit de la santé. Elle a, d'abord, valorisé et transformé la fonction régalienne de protection de la santé publique, en assortissant la prévention collective des risques sanitaires d'une mission de sécurité sanitaire, ferment d'une transformation majeure de l'ordre public sanitaire. Cette affaire a ensuite mis en évidence les liens indéfectibles qui unissent la santé publique au droit de l'individu à la protection de la santé et, de la sorte, contribué à la reconnaissance d'un droit de la personne à la protection de la santé qui repose sur une conception globale et achevée de celle-ci. C'est de cette double évolution que procède l'instrumentalisation de l'ordre public sanitaire par le droit fondamental à la santé qui impose à la santé publique une logique nouvelle d'efficacité pour la protection des personnes.

525 Cette dynamique est conforme à la transformation plus générale du rôle de l'État qui, dans le cadre du passage des libertés publiques aux droits fondamentaux, n'est plus le frein, mais le moteur et le promoteur des droits de la personne[1]. Il n'est donc plus seulement responsable de la défense sanitaire de la collectivité contre les risques les plus graves. Chargé de la garantie du droit fondamental à la protection de la santé, l'État doit désormais lutter contre toutes les formes d'insécurité sanitaire et combattre toute situation préjudiciable à la santé des personnes. Ce devoir implique que les pouvoirs publics assurent à tous un égal accès à la prévention et à des soins de qualité[2]. Il exige aussi de leur part davantage d'implication pour la réduction des risques sanitaires qui, par définition, menacent la santé des personnes et peuvent ainsi porter atteinte aux droits à la vie, à l'intégrité physique, à la protection de la santé et à la sécurité.

---

[1] G. ARMAND, L'ordre public de protection individuelle, *op. cit.*, p. 1589. V. également C. GREWE, H. RUIZ-FABRI, *Droits constitutionnels européens*, Paris, P.U.F., 1995, p. 176 s.

[2] Au-delà de la gestion du service public hospitalier et de l'assurance maladie, ils doivent dès lors veiller à la démographie médicale, à la répartition géographique des services de santé, à la permanence des soins auxquels toute personne, quelles que soient l'heure et sa localisation géographique, doit pouvoir accéder, ainsi qu'à la protection particulière des personnes en difficulté économique, sociale ou juridique.

526 En 2000, M. TRUCHET soulignait déjà, avec raison, que la demande croissante de protection des citoyens, revendication fondée sur le droit fondamental à la sécurité, conduisait à une forme de privatisation de l'obligation d'agir de l'État, poussé du côté du « *bon père de famille d'antan* »[1]. Les évolutions récentes du droit n'ont pas démenti la pertinence de ce constat qui peut être aisément transposé au domaine de la santé. L'ordre public sanitaire rénové par le droit fondamental à la protection de la santé fait aujourd'hui peser sur l'État une obligation proche de l'obligation de prudence et de diligence du droit civil. Il induit en effet une intervention croissante de la puissance publique, qui est non seulement acceptée, mais même réclamée comme un « dû » par la population. Il s'en dégage alors un nouveau droit qui, fait à la fois d'ordre et d'offre, paraît répondre au souci bienveillant de l'État, de protéger autant que faire se peut, les populations dont il a la charge. S'esquissent alors les contours d'une figure paternaliste de l'État, dont la logique ne relève plus ni de l'État-gendarme, ni de l'État-providence[2].

---

[1] D. TRUCHET, L'obligation d'agir…, *op. cit.*, p. 316.

[2] Sur cette transformation du rôle de l'État et de son droit, *cf.* G. CARCASSONNE, Société de droit contre État de droit, *op. cit.*, p. 37-40.

TITRE 2
L'ÉMERGENCE DU PATERNALISME SANITAIRE DE L'ÉTAT

527 Les perturbations actuelles du droit de l'ordre public sanitaire doivent beaucoup à l'émergence et à la diffusion du concept et de la méthodologie de la sécurité sanitaire. Elles correspondent aussi à une évolution plus générale et plus fondamentale des équilibres du droit public et, plus encore, de l'État de droit.

528 Premièrement, l'influence croissante des droits fondamentaux dans notre ordre juridique a substantiellement modifié les valeurs que celui-ci tient pour essentielles et fondamentales, et qu'il appartient notamment à l'ordre public de garantir. Le développement des interactions entre les droits fondamentaux de la personne humaine et la notion d'ordre public a, comme l'a bien relevé Mme REDOR, accentué l'obligation faite à l'État de respecter et de faire respecter ces droits. Mais elles ont aussi renforcé la légitimité des restrictions portées à l'exercice des libertés édictées sur le fondement de cet ordre public rénové[1].

529 Deuxièmement, la nature et le sens des principes fondateurs de notre ordre juridique ont également été affectés par une valorisation nouvelle des impératifs d'égalité et, surtout, de sécurité, qui, selon M. PICARD, tendent peu à peu à évacuer le primat de la liberté[2]. Il ne s'agit pas de dire ici que notre ordre juridique ne reposerait plus sur le principe de liberté qui est au cœur de la démocratie et de l'État de droit. La liberté est toutefois largement concurrencée par d'autres principes, dont celui de la sécurité, qui paraissent « *plus essentiels encore aux valeurs qui donnent sa substance à la fondamentalité* »[3].

530 Ces transformations promeuvent l'émergence d'un État paternel, voire paternaliste, associant les moyens et les instruments de l'État-gendarme aux impératifs largement entendus de protection sociale de l'État-providence. En quelques années, l'État est devenu le premier garant et le promoteur des droits fondamentaux[4], dont relève le droit à la protection de la santé, dans l'idée constante que chaque être humain doit, autant que faire se peut, être protégé contre les risques de toute nature, y compris les risques de santé

---

[1] M.-J. REDOR, Ouverture au colloque de Caen, *op. cit.*, p. 9-15, spéc. p. 13-14.

[2] É. PICARD, La fonction de l'ordre public dans l'ordre juridique, *ibid.*, p. 57-61.

[3] É. PICARD, *ibid.*, p. 57.

[4] Sur ce point, *cf.* G. ARMAND, L'ordre public de protection individuelle, *op. cit.*, p. 1589.

lato sensu, qui pourraient entamer et/ou altérer sa dignité et, plus particulièrement, porter atteinte à sa sécurité et à son intégrité physique.

531 De cette idée résulte une double transformation de l'intervention sanitaire de l'État. C'est déjà une obligation renforcée de prudence et de diligence qui lui a été imposée pour la prévention, la gestion et la régulation des risques sanitaires, puisqu'il lui revient désormais de respecter et de faire respecter au mieux le droit de chacun à la sécurité pour sa santé (Chapitre 1). C'est bien l'État, et non plus l'individu, qui est aujourd'hui comptable de la protection de la santé des populations. Ce devoir accru de protection contre les risques sanitaires a logiquement conduit à une emprise croissante de l'État sur la santé qui, quoique relevant toujours d'un attribut de la personne et d'un bien individuel, est aujourd'hui de plus en plus saisie par le droit public (Chapitre 2).

CHAPITRE 1
L'APPROFONDISSEMENT DE L'OBLIGATION D'AGIR POUR LA PROTECTION DE LA SANTÉ PUBLIQUE

532 L'objectif aujourd'hui assigné à l'État de garantir le droit fondamental à la protection de la santé a fait évoluer, dans le sens de son renforcement, l'obligation d'agir de la puissance publique pour la protection de la santé publique.

Le principe demeure que l'autorité de police administrative informée d'un risque de trouble à l'ordre public sanitaire doit prendre toutes les mesures juridiques et matérielles qui, adaptées aux circonstances de droit et de fait, permettent de le prévenir ou de le faire cesser. Elle doit en outre veiller à l'application effective des mesures qu'elle adopte ou qui ont été adoptées par une autorité qui lui est supérieure.

L'aspiration nouvelle à la sécurité pour la santé dans le contexte de la « société du risque » a néanmoins contraint les pouvoirs publics à renforcer, à étendre et à approfondir les systèmes de prévention-anticipation et à réviser les mécanismes et les procédures de la gestion des risques sanitaires. D'une part, l'obligation d'agir pour la protection de la santé publique ne se limite plus à une obligation ponctuelle de police pour la prévention d'un trouble ou d'une menace de trouble à l'ordre public. Elle est devenue une obligation permanente, incombant à l'administration dans son ensemble. D'autre part, l'obligation d'agir pour la protection de la santé publique est de moins en moins pensée comme une obligation de réaction, mais tend, plus nettement, à s'affirmer comme une obligation d'anticipation des risques sanitaires[1], ce que signale, entre autres, le développement de la planification en ce domaine.

533 On situera la première nouveauté dans la systématisation d'un principe de prévention sanitaire dont les impératifs ont nettement été renforcés (Section 1). La seconde concerne l'adoption d'un nouveau principe d'action, le principe de précaution, qui fait remonter dans le temps le moment où l'autorité de police doit adopter des mesures juridiques et matérielles de prévention (Section 2).

---

[1] On relèvera ici que ces évolutions doivent autant à la loi qu'à la jurisprudence. D'abord le fruit du volontarisme politique initié par la sécurité sanitaire, ces principes ont ensuite été largement développés par le Conseil d'État qui, par ses arrêts d'Assemblée du 3 mars 2004, *Min. de l'Emploi et de la Solidarité* (4 esp. précitées), en a, au moins, fait de véritables « *repères de l'action préventive future* » : A. ROUYÈRE, Protection de la santé publique et droit de la responsabilité, *op. cit.*, p. 111-120, spéc. p. 113-114.

SECTION 1
LA SYSTÉMATISATION D'UNE MÉTHODOLOGIE DE LA PRÉVENTION SANITAIRE

534 Désormais inscrite dans une perspective positive d'efficacité maximale, la prévention des risques sanitaires n'implique plus seulement que les autorités publiques réagissent à ceux dont elles ont connaissance. Il leur incombe encore de les rechercher et de les identifier, puis de les évaluer et d'en surveiller l'évolution, quelles qu'en soient par ailleurs la nature et l'origine. Ces deux piliers méthodologiques de l'action préventive efficace ont d'abord été organisés par les pouvoirs publics avant d'être consacrés par les arrêts *Ministre de l'Emploi et de la Solidarité* comme de véritables obligations de police sanitaire. Cette « pédagogie » moderne de l'action de santé publique place celle-ci dans un cadre rénové, élargi, dynamisé et systématisé de surveillance (§1) et d'évaluation (§2) des risques sanitaires.

§1.- LA RÉNOVATION DE LA FONCTION DE SURVEILLANCE DES RISQUES SANITAIRES

535 La rénovation de la fonction de surveillance des risques sanitaires a été initiée par la réforme du 1er juillet 1998 qui, selon les vœux du sénateur Claude HURIET, a accordé une dimension nouvelle à cette fonction essentielle pour la prévention des risques sanitaires. Cette réforme, prolongée par la loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique[1], a permis le perfectionnement du système français de veille sanitaire (A). Celui-ci repose sur une conception renouvelée de la fonction d'identification des risques sanitaires, qui est aujourd'hui envisagée comme une obligation de l'administration (B).

A.- LE PERFECTIONNEMENT DU SYSTÈME DE VEILLE SANITAIRE

536 La volonté des pouvoirs publics d'organiser un système performant et coordonné de veille sanitaire constitue l'un des éléments clefs de la réforme du 1er juillet 1998 qu'a concrétisée, en 1999, l'installation de l'InVs, établissement public administratif de l'État placé sous la tutelle du ministre chargé de la Santé[2]. La création de cet établissement public vise à améliorer l'efficacité du système de prévention sanitaire grâce à la généralisation, à l'accélération et à la centralisation de l'information. Son organisation répond ainsi à une double ambition, clairement indiquée par le rapport du sénateur HURIET[3]. Il s'est agi, en premier lieu, de créer un réseau national organisé de veille sanitaire (1) et, en second lieu, d'étendre le champ de la veille sanitaire, jusqu'alors

---

[1] L. n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique, préc. (art. 15 s.).

[2] Art. L. 1413-2 et R. 1413-1 C.S.P.

[3] C. HURIET, *Renforcer la sécurité sanitaire en France*, *op. cit.*, spéc. p. 63.

essentiellement tournée vers la surveillance des maladies infectieuses, afin d'y inclure l'ensemble des évènements (maladies ou accidents) susceptibles d'altérer la santé de la population[1] (2)

1) La constitution d'un réseau national organisé de veille sanitaire

537 L'InVs, qui se substitue au R.N.S.P. créé en 1992[2], a pour principale vocation de surveiller l'état de santé de la population, d'alerter les pouvoirs publics en cas de menace pour la santé publique et, depuis la loi n° 2004-806 du 9 août 2004, d'assurer la gestion des situations de crise sanitaire[3]. Il est, à ce titre, investi de quatre missions prioritaires, définies par l'article L. 1413-2 du Code de la santé publique : une mission générale de surveillance et d'observation de l'état de santé de la population[4], une mission de veille et de vigilance sanitaires visant notamment à permettre la détection des risques et des facteurs de risque susceptibles de modifier ou d'altérer la santé de la population ou de certaines de ses composantes[5], une mission d'alerte sanitaire, de recommandation et d'aide à la décision[6] et une mission de gestion des situations de crise sanitaires. Dans le prolongement de ces activités, l'InVs participe en outre à l'action européenne et internationale de santé publique de la France et peut, avec l'accord du ministre chargé de la Santé, assurer des fonctions de veille sanitaire pour la Communauté européenne, des organisations internationales et des pays tiers[7].

---

[1] C. HURIET, *ibid.*, p. 49 et 61.

[2] Art. 2 du décr. n° 99-143 du 4 mars 1999 relatif à l'InVs, préc.

[3] Sur cette attribution nouvelle de l'InVs, *cf.* notamment « Veille sanitaire : nouveau système, nouveaux enjeux », *B.E.H.* 2005, nos 27-28, p. 133-140.

[4] À ce titre, l'InVs participe au recueil et au traitement de données sur l'état de santé de la population à des fins épidémiologiques, en s'appuyant notamment sur des correspondants publics et privés faisant partie du réseau national de santé publique (art. L. 1413-2 1° C.S.P.)

[5] Depuis le vote de la L. n° 2004-806 du 9 août 2004, cette mission consiste à rassembler, à analyser et à actualiser les connaissances sur les risques sanitaires, leurs causes et leur évolution, à détecter de manière prospective les facteurs de risques susceptibles de modifier ou d'altérer la santé de la population ou de certaines de ses composantes, de manière soudaine ou diffuse, et à étudier et à répertorier, pour chaque type de risque, les populations les plus fragiles ou menacées (art. L. 1413-2 2° C.S.P.)

[6] À cette fin, l'InVs doit élaborer des « indicateurs d'alerte » permettant aux pouvoirs publics d'engager des actions de prévention précoce en cas de menace sanitaire ou des actions de gestion des crises sanitaires déclarées (art. L. 1413-3 3° C.S.P.). Il peut également recommander au ministre chargé de la Santé toute mesure ou action appropriée pour prévenir ou pour atténuer l'impact de cette menace (art. L. 1413-2 3° C.S.P.) ainsi que proposer aux pouvoirs publics toute mesure et action nécessaires à la gestion d'une situation de crise sanitaire (art. L. 1314-2 4° C.S.P.).

[7] Art. L. 1413-2 C.S.P. L'InVs comprend ainsi un département scientifique international et tropical, créé en juillet 2002 pour assurer une veille internationale visant à détecter précocement des évènements sanitaires survenant à l'étranger susceptibles d'avoir un impact en France, participer aux actions et missions du Réseau mondial d'alerte et de réponse aux épidémies coordonné par l'O.M.S., développer des collaborations avec les institutions homologues de pays partenaires et mener des actions d'assistance technique à la demande du ministère de la Santé (c*f.* InVs, *Rapport annuel 2003*, p. 98. V. également le site portail de l'InVs : *www.invs.sante.fr*). L'InVs contribue aussi activement à la surveillance européenne des maladies infectieuses dont il coordonne plusieurs programmes à l'exemple du programme EuroHIV qui, financé par la Commission européenne, est chargé de la surveillance en Europe du sida et de l'infection par le V.I.H. (sur ce point, *cf.* InVs, *Rapport annuel 2001*, p. 15 et, s'agissant plus spécialement du programme EuroHIV, le dossier qui lui est consacré sur le site Internet de l'InVs).

538 L'organisation de l'InVs correspond à la volonté des pouvoirs publics de généraliser, d'accélérer et de centraliser l'information sanitaire pour permettre l'efficacité du système de prévention. D'abord conçu comme une « *tête de réseau* »[1], l'InVs doit assurer le développement et l'animation d'un réseau national organisé de veille sanitaire qui reprend, consolide et renforce les acquis du R.N.S.P. Il n'a donc pas vocation à être l'unique opérateur de la veille sanitaire. Il ne se substitue pas, ni même ne se superpose aux autres structures de surveillance, mais doit en coordonner l'action en vue de les intégrer dans des procédures d'alerte cohérentes permettant une intervention rapide des pouvoirs publics en cas de menace pesant sur la santé publique[2]. Le travail de l'InVs s'organise de la sorte sur la base d'un modèle déconcentré qui implique la participation de nombreux acteurs, publics et privés.

Héritage de l'ancien R.N.S.P., le premier maillage de ce réseau est constitué par les Cellules InterRégionales d'Épidémiologie (C.I.R.E.) qui, spécialisées en épidémiologie d'intervention et en évaluation quantitative des risques, doivent relayer son action sur l'ensemble du territoire[3]. Les C.I.R.E., qui associent des personnels de l'État et de l'InVs, sont placées sous la responsabilité scientifique du Directeur général de l'InVs et l'autorité hiérarchique du Directeur régional des affaires sanitaires et sociales. Elles doivent notamment fournir aux services déconcentrés de l'État un appui méthodologique et une expertise sur des problèmes de santé limités à une région ou à spécificité régionale forte[4]. Elles travaillent également au développement de partenariats avec les acteurs locaux de la veille sanitaire (collectivités territoriales, observatoires régionaux de santé, centres anti-poisons, départements universitaires de santé publique, etc.[5]) et participent à l'élaboration du plan régional de santé publique et aux travaux du groupement régional de santé publique institués par la loi du 9 août 2004[6].

L'InVs assure, par ailleurs, l'organisation de partenariats avec les différents services et organismes publics et privés qui, chacun à leur niveau, sont susceptibles de contribuer aux missions de veille sanitaire : centres nationaux de référence et laboratoires

---

[1] C. HURIET, *Renforcer la sécurité sanitaire en France*, *op. cit.*, p. 66.

[2] Sur ce point, se reporter à C. HURIET, *ibid.*, p. 49-52 et 66.

[3] Les quatre premiers C.I.R.E. furent créés en 1995 auprès des D.R.A.S.S. dans le cadre du R.N.S.P. en vue de « *renforc[er] l'action des services déconcentrés de l'État et l'articulation entre le R.N.S.P. et ces services* » dans un « *souci de surveillance et d'intervention rapide* » (Rapport du Gouvernement annexé à la L. n° 96-1160 du 27 déc. 1996 de financement de la Sécurité sociale pour 1997, *J.O.* du 29 déc., p. 19369). Au nombre de 9 en 2001, il existe actuellement 16 de ces structures mixtes D.R.A.S.S.-InVs. *Cf.* InVs, *Rapport annuel 2003*, p. 53.

[4] En pratique, les C.I.R.E. interviennent essentiellement en cas de menace ou d'urgence sanitaire et mènent des investigations programmées telles que l'évaluation des risques liés aux pollutions industrielles.

[5] Sur ce point, *cf.* le *Rapport annuel 2001* de l'InVs, *op. cit.*, p. 12-14 et le *Rapport d'activité 2001 des C.I.R.E.* actuellement disponible sur le site Internet de l'InVs.

[6] *Cf.* InVs, *Rapport annuel 2003*, p. 53. Dans ce cadre, précise le rapport, la C.I.R.E. sera, « *pour le compte du groupement régional de santé publique, […] le pilote du plan régional relatif à l'alerte et à la gestion des situations d'urgence sanitaire* ». V. également, InVs, *L'alerte sanitaire en France – Principe et organisation*, Rapport spéc. mai 2005, 77 p.

associés, réseau des observatoires régionaux de la santé, registres de morbidité, services du ministère de la Santé, agences de sécurité sanitaire, I.N.S.E.R.M., services de santé des collectivités territoriales, établissements hospitaliers, réseaux sentinelles constitués par les médecins libéraux, etc. Pour ce faire, l'InVs est habilité par l'article R. 1413-2 3° du Code de la santé publique à participer à des groupements d'intérêt public ou à conclure des conventions avec toute personne publique ou privée, française ou étrangère[1]. Il peut également attribuer, sur son budget propre, des subventions, prêts ou avances aux personnes publiques ou privées qui réalisent des études, recherches, travaux ou ouvrages concourant à l'accomplissement de ses missions[2].

L'InVs bénéficie enfin du concours des services extérieurs de l'État et des organismes placés sous sa tutelle[3]. Au niveau local, il travaille, par exemple, en étroite collaboration avec les médecins inspecteurs de santé publique des D.D.A.S.S. qui sont notamment chargés de recueillir les informations issues du dispositif de surveillance des maladies à déclaration obligatoire et de les transmettre, pour analyse, aux épidémiologistes de l'InVs. Au niveau central, l'InVs doit plus particulièrement coordonner son action avec celle des agences de sécurité sanitaire, en particulier dans le domaine de la vigilance. Cette collaboration s'exerce d'une part, par l'intermédiaire du H.C.S.P. et du C.N.S.P. Elle repose d'autre part, sur un bon échange de l'information entre ces différents établissements publics[4] et la mise en œuvre de programmes communs de surveillance[5].

539 Pour l'accomplissement de ses missions, l'InVs dispose d'un large droit d'accès à l'information. D'une part, l'article L. 1413-4 du Code de la santé publique prévoit que l'État et les collectivités territoriales, leurs établissements publics, les services de protection civile ou d'urgence, le service de santé des armées, les observatoires régionaux de la santé et les organismes de sécurité sociale transmettent à l'InVs les informations qui sont nécessaires à l'exercice de ses missions[6]. La même obligation est faite aux services

---

[1] C'est le cas, par exemple, pour les centres nationaux de référence qui, selon l'arr. du 29 nov. 2004 (*J.O.* du 3 déc., p. 20584) exercent leurs missions dans le cadre de conventions passées avec l'InVs. C'est également dans ce cadre conventionnel qu'a été constitué en 2001 le Réseau d'Alerte, d'Investigation et de Surveillance des Infections Nosocomiales (R.A.I.S.I.N.) qui associe l'InVs, les cinq C-C.L.I.N. et le C.T.I.N. Sur cette question, *cf.* le *Rapport annuel 2001* de l'InVs, *op. cit.*, p. 7 et 12.

[2] Art. R. 1413-2 2° C.S.P. *Cf.* par exemple pour les subventions accordées par l'InVs aux organismes gestionnaires des C.N.R., l'art. 3 de l'arr. du 29 juin 2001, préc.

[3] Art. L. 1413-4 al. 1 C.S.P.

[4] Destinataire des expertises et des rapports d'évaluation, de contrôle et d'inspection relatifs à la veille et à la sécurité sanitaires réalisés par les trois agences de sécurité sanitaire (art. L. 1413-4 al. 3 du C.S.P.), l'InVs doit, au minimum, les alerter en cas de menace pour la santé publique entrant dans leur champ de compétences.

[5] V. par exemple la convention de collaboration InVs-A.F.S.S.E.T. afin de développer une expertise commune dans les domaines des nanomatériaux, des fibres minérales et des pesticides, rendue publique le 1er juin 2007 (*www.invs.sante.fr*)

[6] Cette obligation est détaillée par les différents textes d'organisation des organismes participant à la veille sanitaire. *Cf.* par exemple l'arr. du 29 nov. 2004 fixant les modalités de désignation des centres nationaux de référence juin 2001 relatif aux centres nationaux de référence pour la lutte contre les maladies transmissibles, préc.

de promotion de la santé en faveur des élèves, aux services universitaires ou inter universitaires de médecine préventive et de promotion de la santé et autres correspondants, publics ou privés, du réseau national de santé publique, aux services de médecine du travail[1] et, sur la demande de l'InVs, aux personnes assurant le service extérieur des pompes funèbres[2]. L'InVs est également le destinataire des expertises et des rapports d'évaluation, de contrôle et d'inspection relatifs à la veille et à la sécurité sanitaires, réalisés par les agences de sécurité sanitaire et par les services de l'État ou les établissements publics qui lui sont rattachés. D'autre part, l'InVs peut, au titre de ses fonctions d'investigation, demander aux ministres concernés de faire intervenir les agents habilités à contrôler l'application des dispositions législatives et réglementaires visant à préserver la santé humaine. Enfin, l'article L. 1413-5 du Code de la santé publique lui accorde, lorsqu'il s'avère nécessaire de prévenir ou de maîtriser des risques pour la santé humaine, le droit d'obtenir de toute personne physique ou morale la communication de toute information en sa possession relative à de tels risques, y compris si ces informations sont couvertes par le secret médical ou industriel[3].

L'étendue de ces compétences indique, à elle seule, la volonté des pouvoirs publiques de faire de la surveillance des risques sanitaires la base du dispositif de santé publique, dans l'idée avouée que la prévention ne doit avoir de limites que l'imprévisible[4]. C'est également dans cette logique qu'a été étendu le champ de la veille sanitaire. Autrefois essentiellement tournée vers la surveillance des maladies infectieuses, la veille sanitaire a aujourd'hui une vocation universelle qui inclut l'ensemble des évènements (maladies ou accidents) susceptibles d'altérer la santé de la population[5].

2) L'extension matérielle du champ de la veille sanitaire

540 Universelle, la mission de surveillance et d'alerte de l'InVs se décline dans tous les secteurs de la santé publique, sans restriction quant à l'origine ou à la nature des risques sanitaires concernés et quel que soit leur mode d'expression. C'est ce qui explique que, contrairement au texte initialement proposé qui chargeait l'InVs de recueillir et d'évaluer « *l'information sur tout risque d'origine naturelle, technologique ou iatrogène*

---

[1] L'art. L. 1413-4 C.S.P. précise que la transmission de cette information s'exerce dans les conditions fixées par les décrets relatifs aux conditions d'organisation et de fonctionnement des services de santé au travail prévu à l'article L. 241-5 C.T.

[2] Cette disposition, introduite à l'art. L. 1413-4 C.S.P. par la L. n° 2004-806 du 9 août 2004, est à mettre en relation avec les difficultés d'enquête rencontrées par l'administration sanitaire en août 2003 pour quantifier la surmortalité liée à la canicule. Sur ce point, *cf.*, entre autres, InVs, *Rapport 2003*, p. 19.

[3] Dans ce cas, l'accès de l'InVs aux informations protégées doit se faire dans des conditions en préservant la confidentialité à l'égard des tiers. La procédure de transmission de ces informations est définie aux art. R. 1413-21 à R. 1413-24 C.S.P. (décr. n° 2003-701 du 28 juill. 2003, *J.O.* du 31 juill., p. 13084).

[4] InVs, *Rapport annuel 2003*, p. 47-48. *Cf.* également l'éditorial de G. BRÜCKER sur le *Rapport 2005* de l'InVs, p. 2-3.

[5] C. HURIET, *Renforcer la sécurité sanitaire en France*, *op. cit.*, p. 49 et 61.

susceptible de nuire à la santé de la population », l'actuel article L. 1413-3 du Code de la santé publique se borne à évoquer « *tout risque susceptible de nuire à la santé de la population* »[1]. Cette approche globalisée du champ de la veille sanitaire vise ainsi à faire de l'InVs une véritable « *vigie de sécurité sanitaire* »[2] en lui donnant non seulement la capacité « *de surveiller […] tout risque [sanitaire] quelle qu'en soit l'origine* »[3], mais aussi la possibilité d'adapter son travail aux évolutions futures « *[en] écart[ant] toute énumération, par nature restrictive, des risques sanitaires qu'il [lui] appartiendra de surveiller* »[4]. En ce sens, la loi du 9 août 2004 insiste sur l'intérêt d'une veille prospective visant à la détection précoce de tous les facteurs de risque susceptibles de modifier ou d'altérer la santé de la population ou de certaines de ses composantes, de manière soudaine ou diffuse[5].

541 Cette définition particulièrement large du champ de la veille sanitaire crée toutefois deux sortes de difficultés. Elle se heurte d'une part, à des problèmes d'ordre matériel qui, en pratique, ont contraint les autorités compétentes à relativiser l'idée d'une surveillance universelle des risques sanitaires. Bien que le budget et les moyens alloués à l'InVs soient en constante progression depuis sa création[6], il est bien sûr nécessaire de resserrer le champ d'action de cet établissement qui, pour des raisons pratiques évidentes, ne saurait être indéfini. C'est cette délimitation nécessaire des champs de compétence de l'InVs que matérialise, sur le plan organique, la création de cinq départements scientifiques distincts, respectivement chargés de la surveillance des maladies infectieuses, de la santé environnementale, des risques d'origine professionnelle, des maladies chroniques et des traumatismes, ainsi que des maladies tropicales.

Elle soulève d'autre part, un certain nombre d'interrogations relatives au choix des orientations retenues en matière de surveillance et de recherche sanitaire et à la

---

[1] Dans le même sens, *cf.* le 3° de l'art. L. 1413-2 C.S.P. relatif aux fonctions de l'InVs qui charge ce dernier « *d'alerter le ministre chargé de la Santé en cas de menace pour la santé de la population […], quelle qu'en soit l'origine* ».

[2] L'expression est de M. le député Alain CALMAT : 2e séance du 13 janv. 1998, *J.O.* Ass. nat., p. 175.

[3] Dans cette perspective, l'InVs a été amené à développer de nouveaux programmes de surveillance et d'analyse épidémiologiques – de nombreuses surveillances systématiques ont ainsi été mises en place en sus des dispositifs de déclaration obligatoire – et à engager un certain nombre d'enquêtes de fond sur des sujets variés et souvent inédits : phénomène dit de « mort subite du nourrisson », effets sanitaires de l'éclipse solaire de 1999, répercussions sur la santé de l'utilisation des téléphone mobiles et de l'implantation d'antennes relais, impact sanitaire de la vague de chaleur survenue en France en août 2003, etc. Pour un recensement de ces actions et une analyse de leurs résultats, se reporter aux rapports annuels d'activité de l'InVs.

[4] A. CALMAT, député, auteur de l'amendement ayant conduit à la suppression de la liste initiale des risques soumis à la surveillance de l'InVs (2e séance de l'Assemblée nationale du 13 janv. 1998, *J.O.* Ass. nat., p. 174-175). Cette argumentation, basée sur la « *notion de tout risque* », a par ailleurs conduit M. MATTÉI à retirer son amendement visant à ajouter les risques d'origine chimique à la liste initialement retenue. Dans le même sens, *cf.* le 2° de l'art. L. 1413-2 du C.S.P. relatif aux fonctions de veille et vigilance sanitaires de l'InVs.

[5] Art. L. 1413-2 2° b) C.S.P. Sur l'objet et les finalités de la veille prospective, *cf.* InVs, *Rapport annuel 2003*, p. 47-48.

[6] Le budget 2007 de l'InVs est de 59.8 millions d'euros. Il emploie 387 personnes, principalement des épidémiologistes issus de différentes disciplines de la santé et des sciences de l'information

responsabilité éventuellement encourue par l'administration du fait de ces choix. Car, au-delà même de la question de l'universalité matérielle du champ de la veille sanitaire, se profile aussi la volonté des pouvoirs publics, vivement encouragés en cela par l'opinion publique, d'étendre cette fonction aux risques imprévus voire inconnus[1]. Ce supposé[2] apport du principe de précaution emporte alors une double conséquence. Il implique, en premier lieu, que les structures en charge de la veille sanitaire, et plus particulièrement l'InVs, prêtent une oreille attentive aux opinions minoritaires ou dissidentes exprimées le plus souvent par les milieux associatifs. Le tout est alors d'établir à partir de quel moment ces avis justifient l'ouverture d'enquêtes et de programmes de surveillance qui résultent parfois davantage de la pression sociale et médiatique que de la pure raison scientifique[3]. Il conduit, en second lieu, à accroître démesurément le champ des obligations de surveillance de l'administration de la santé qui, comme le relève M. TRUCHET, supporte désormais « *la tâche singulièrement difficile […] d'identifier tous azimuts des périls dont l'existence même n'est pas avérée scientifiquement ou matériellement* »[4]. Cette situation pose alors la question inévitable de la responsabilité qu'encourrait cette administration si une menace pour la santé publique n'était pas détectée dans des délais jugés – mais selon quels critères ? – raisonnables[5].

Le perfectionnement du système français de veille sanitaire et plus spécialement la généralisation de son champ dévoilent ainsi une approche rénovée de cette fonction en termes d'obligations pour l'administration, ce qu'illustre notamment l'organisation actuelle des mécanismes de déclaration obligatoire.

---

[1] En ce sens, *cf.* G. BRÜCKER, Éditorial sur « Veille sanitaire : nouveau système, nouveaux enjeux », *B.E.H.* 2005, nos 27-28, n° thématique spéc., p. 133.

[2] « Supposé » car ce n'est pas ce qui ressort de sa formulation juridique, mais de l'interprétation qui en est faite par les médias et, de plus en plus, par l'administration elle-même (*cf.* en ce sens, D. TRUCHET, L'obligation d'agir…, *op. cit.*, p. 303). Telle qu'elle est actuellement définie par le droit positif, la notion de précaution ne s'applique pas aux risques inconnus, mais à ceux dont l'existence, bien que n'étant pas totalement avérée, peut être sérieusement soupçonnée. En outre, ne sont pas visés n'importe quels risques sanitaires potentiels, mais seulement les risques graves et irréversibles pour la santé publique. Sur ces deux points, *cf. infra* nos 569 s.

[3] Il suffit pour s'en convaincre de se pencher sur la controverse politique et juridique née des risques supposés pour la santé publique présentés par les antennes de téléphonie mobile. Dans une décision assez singulière, *Soc. S.F.R.*, du 22 août 2002 (n° 245624, *Dr. envir.* 2002, n° 103, p. 269, note R.R. ; *J.C.P.* 2003, II, n° 10012, note P. MOREAU), le Conseil d'État fait ainsi référence à un rapport d'étude sur ces risques en précisant bien que « *les mesures de précaution préconisées ne [doivent] pas être comprises comme validant l'existence de ces risques mais seulement destinées à rassurer la population* ». V. aussi en ce sens, le traitement du dossier de la vaccination contre l'hépatite B supposée ou soupçonnée de déclencher des scléroses en plaques. Alors que le bénéfice de la vaccination était sans doute, selon le Secrétaire d'État à la Santé, « *plus important que le risque* », c'est par « *mesure de précaution supplémentaire* », et contre l'avis des experts scientifiques, qu'ont été suspendues les campagnes générales de vaccination : V. la réponse de B. KOUCHNER à la question orale d'Alain CALMAT posée le 7 oct. 1998 (1ère séance), *J.O. Ass. nat.*, p. 6041.

[4] D. TRUCHET, L'obligation d'agir…, *op. cit.*, p. 303.

[5] Sur la question des effets supposés de la vaccination contre l'hépatite B, il est possible sinon probable que le lancement précoce d'une étude de pharmacovigilance a « sauvé » l'État d'une condamnation pour défaut de précaution. C'est, en tout cas, ce qu'il ressort de l'arrêt *M. M.* de la C.A.A. de Nantes du 29 déc. 2006 précité, même s'il faut bien admettre que la précaution n'a pas, pour l'instant, vocation à être utilisée par le juge de la responsabilité pour renforcer les obligations de l'administration : *cf. infra* nos 605 s.

B.- UNE APPROCHE RÉNOVÉE DE LA FONCTION DE SURVEILLANCE DES RISQUES SANITAIRES : L'EXEMPLE DES SYSTÈMES DE DÉCLARATION OBLIGATOIRE

542 La fonction de surveillance des risques pour la santé publique ne saurait évidemment être réduite aux procédés contraignants de déclaration obligatoire qui n'en sont qu'une modalité particulière[1]. Néanmoins, l'évolution de ces régimes d'information obligatoire, en ce qu'ils forment la « *pierre angulaire du système* »[2], est un bon révélateur de ses nouvelles orientations. La diversification croissante des informations soumises à un régime d'obligation (1) illustre bien en effet la rénovation du sens donné à la veille sanitaire (2).

1) La diversification croissante des informations soumises à la déclaration obligatoire

543 La déclaration obligatoire concerne tout d'abord les maladies qui, selon l'article L. 3113-1 1° du Code de la santé publique, « *nécessitent une intervention urgente locale, nationale ou internationale* » et doivent être signalées sans délai aux médecins inspecteurs de santé publique de la D.D.A.S.S. par les médecins et les responsables des services et laboratoires de biologie médicale publics et privés[3]. La liste de ces maladies, à laquelle il convient d'ajouter les infections et surinfections hospitalières[4], est actuellement définie par l'article D. 3113-6 du Code de la santé publique qui, sans cesse étendu, prévoit aujourd'hui vingt-six cas de signalement[5].

Elle s'applique également à de nombreux risques iatrogènes via la vigilance dont les mécanismes reposent sur le signalement obligatoire des effets indésirables, des incidents et des risques d'incidents de certains produits ou de certaines activités se rattachant ou non au secteur sanitaire et social. En ce qui concerne les activités de soins,

---

[1] Sur ce point : InVs, Les principes du nouveau dispositif de surveillance des maladies à déclaration obligatoire *(www.invs.sante.fr)* et *Surveillance nationale des maladies infectieuses (1998-2000)*, 340 p., également disponible sur le site Internet de l'Institut.

[2] D. TABUTEAU, Les pouvoirs publics et le risque sanitaire, *op. cit.*, p. 32. *Cf. supra* n°s 266 s.

[3] Il faut rappeler que depuis la réforme du 1er juill. 1998, le système de transmission de données individuelles prévu à l'art. L. 3113-1 C.S.P. met en jeu deux procédures qui obéissent à des objectifs de différentes natures : le signalement, qui concerne tous les cas avérés ou suspectés de maladies nécessitant une intervention urgente, et la notification, qui s'applique aux maladies dont la surveillance est nécessaire à la conduite et à l'évaluation de la politique de santé publique. Ces procédures, organisées par les décr. n° 99-362 du 6 mai 1999 et n° 2001-437 du 16 mai 2001 précités, sont codifiées aux art. R. 3113-2 à R. 3113-4 du C.S.P. V. *supra* n° 264.

[4] Art. L. 1413-14 C.S.P.

[5] Il s'agit du botulisme, de la brucellose, du charbon, du chikungunya et de la dengue dans les départements désignés par le ministre de la Santé, du choléra, de la diphtérie, des fièvres hémorragiques africaines, de la fièvre jaune, de la fièvre typhoïde et des fièvres paratyphoïdes, de l'hépatite A aiguë, de l'infection invasive à méningocoque, de la légionellose, de la listériose, des orthopoxviroses, dont la variole, du paludisme autochtone, du paludisme d'importation dans les départements d'outre-mer, de la peste, de la poliomyélite, de la rage, de la suspicion de maladie de Creutzfeldt-Jakob et autres encéphalopathies subaiguës spongiformes transmissibles humaines, des toxi-infections alimentaires collectives, de la tularémie, de la tuberculose, du typhus exanthématique, du saturnisme chez les enfants mineurs et, enfin, de la rougeole.

l'article L. 1413-14 du Code de la santé publique issu de la loi du 4 mars 2002 impose à tout professionnel ou établissement de santé ayant constaté ou suspecté la survenance d'un accident médical, d'une affection iatrogène, d'une infection nosocomiale ou d'un effet indésirable associé à un produit de santé d'en faire la déclaration à l'autorité administrative compétente[1]. Cette disposition complète et renforce les dispositifs particuliers qui, sur le modèle de la pharmacovigilance constituée dès 1984[2], s'appliquent aujourd'hui aux activités de transfusion sanguine *lato sensu* (hémovigilance)[3], aux activités biomédicales et aux éléments et produits autres que les médicaments entrant dans le cadre de ces activités (biovigilance[4]), aux dispositifs médicaux (matériovigilance)[5] et, particulièrement, aux dispositifs de diagnostic *in vitro* (réactovigilance)[6], aux produits cosmétiques (cosmétovigilance)[7], aux activités de pharmacie vétérinaire[8], à l'emploi des allergènes, aux aliments diététiques destinés à des fins médicales[9] ou, plus récemment, aux produits de tatouage[10]. La vigilance s'applique en outre à des risques iatrogènes extérieurs au secteur de la santé *stricto sensu*. C'est le cas, par exemple, de la toxicovigilance[11], qui concerne la surveillance des effets toxiques pour l'homme d'un produit, d'une substance ou d'une pollution et s'adresse aux cas d'intoxications aiguës ou chroniques et des effets toxiques potentiels ou avérés résultant de produits ou de substances naturels ou de synthèse ou de situations de pollutions, *« à l'exception de celles relevant de systèmes nationaux particuliers de vigilance »*[12]. C'est également celui de la surveillance des effets indésirables résultant de la dissémination volontaire de végétaux composés, en tout ou partie, d'organismes génétiquement modifiés, également dénommée « biovigilance », instituée par la loi d'orientation agricole du 9 juillet 1999[13].

---

[1] Art. L. 1413-14 C.S.P.

[2] *Cf.* aujourd'hui les art. L. 5121-20 13° et R. 5121-150 à 5121-180 C.S.P. Sur l'application de cette obligation de signalement : C.A. de Paris, 23 sept. 2004, *Soc. Ferring-S.A.S. c. M. M.*, n° 253, *Nouv. Pharma.* 2005, n° 386, p. 104.

[3] Art. L. 1221-13 et R. 1221-22 à R. 1221-52 C.S.P.

[4] Art. L. 1211-7 et R. 1211-29 à R. 1211-48 du C.S.P.

[5] Art. L. 5212-1 à 5212-3 et R. 5212-4 à R. 5212-24 C.S.P.

[6] Art. L. 5222-1 à L. 5222-4 et R. 5222-1 à R. 5222-19 C.S.P.

[7] Art. L. 5131-9 et L. 5131-10 C.S.P.

[8] Art. L. 5141-16 9° et R. 5141-89 à R. 5141-110 C.S.P.

[9] Art. L. 5137-1 C.S.P.

[10] Décret n° 2008-210 du 3 mars 2008 fixant les règles de fabrication, de conditionnement et d'importation des produits de tatouage, instituant un système national de vigilance et modifiant le C.S.P., *J.O.* du 5 mars, p. 3976.

[11] Art. R. 1341-11 à R. 1341-22 C.S.P.

[12] Art. R. 1341-12 C.S.P. Pour un exemple d'application, *cf.* la circ. interministérielle D.G.S./7 C n° 2004-540 du 16 nov. 2004 relative à la surveillance des intoxications au monoxyde de carbone et aux mesures à mettre en œuvre, *B.O. Santé* n° 2004-50 ; *B.J.S.P.* 2005, n° 80, Pan., p. 3.

[13] Art. L. 251-1 s. C. rur.

Le régime de la déclaration obligatoire s'étend encore à toutes les causes de décès humain depuis la loi du 8 janvier 1993 relative à la législation dans le domaine funéraire[1] dont l'article 25 (art. L. 2223-42 du Code général des collectivités territoriales) subordonne la délivrance de l'autorisation de fermeture du cercueil à la présentation d'un certificat médical attestant le décès et précisant, de manière confidentielle, la ou les causes du décès. Ces informations ne peuvent être utilisées que pour des motifs de santé publique et, notamment, à des fins de veille et d'alerte, par l'État et l'InVs.

Il concerne aussi certains risques sanitaires liés à la santé animale ou végétale. Il faut ici se référer, à titre d'exemple, aux articles L. 201-1 et L. 201-2 du Code rural dont les dispositions, introduites par la loi du 23 février 2005 relative au développement des territoires ruraux, organisent le dispositif de veille sanitaire dans le domaine de la santé publique vétérinaire et la protection des végétaux[2]. On peut également se reporter à l'article L. 223-9 du Code rural qui impose à toute personne ayant, à quelque titre que ce soit, la charge des soins ou la garde d'un animal ayant été en contact avec un animal reconnu enragé ou suspecté de l'être d'en faire la déclaration au maire de la commune.

À ces dispositifs particuliers d'information obligatoire de l'autorité sanitaire, s'ajoutent enfin les dispositions de l'article L. 1413-5 du Code de la santé publique qui donnent à l'InVs le droit d'accéder à l'ensemble des informations nécessaires à la prévention ou à la maîtrise de risques graves pour la santé humaine, y compris si ces informations sont couvertes par le secret médical ou industriel[3]. L'InVs dispose de la sorte d'un droit d'accès à l'information identique à celui qui est reconnu aux corps d'inspection de l'État.

544 L'extension continue du champ de l'information sanitaire obligatoire indique une évolution majeure de ses objectifs qui s'inscrit dans une démarche désormais plus globale et plus volontariste de recherche et d'identification de tous les risques sanitaires[4]. Cette démarche est plus globale qu'autrefois dans la mesure où elle intègre des risques nombreux et diversifiés qui dépassent, et de loin, son objet initial de surveillance des risques épidémiques présentés par certaines maladies infectieuses transmissibles connues. Elle est également plus volontariste dès lors que ce système, qui a longtemps été caractérisé par la surveillance de risques et de maladies connus et repérés, vise aussi aujourd'hui à permettre l'identification précoce d'évènements imprévus[5] – c'est le but des

---

[1] L. précitée n° 93-23 du 8 janv. 1993 modifiant le titre VI du Livre III du Code des communes et relative à la législation dans le domaine funéraire, modifiée, suite à l'épisode de la canicule de l'été 2003 par la L. n° 2004-806 du 9 août 2004. *Cf.* également les art. R. 2213-15 s. C.G.C.T.

[2] L. n° 2005-157 du 23 févr. 2005 relative au développement des territoires ruraux, *J.O.* du 24 févr., p. 3073 (rectif. *J.O.* du 2 mars, p. 3697). V. les art. R. 201 à R. 201-13 C. rur.

[3] *Cf. supra* n° 539.

[4] Ce qui, au demeurant, explique que les mécanismes de déclaration obligatoire prennent de plus en plus souvent place dans un dispositif plus large de veille sanitaire. Pour quelques exemples, *cf.* notamment le *Rapport 2006* de l'InVs, p. 37-40.

[5] *Cf.* C. HURIET, *Renforcer la sécurité sanitaire en France*, *op. cit.*, p. 47-48

dispositifs de vigilance et l'une des fonctions de la déclaration des causes de décès – et à améliorer l'état des connaissances sur des risques ou des maladies qui, à l'exemple de la maladie de Creutzfeldt-Jakob, sont bien identifiés mais encore mal connus[1].

De la sorte, même réduite aux dispositifs de surveillance obligatoire, la fonction administrative de surveillance des risques sanitaires dépasse largement son objectif initial de défense sanitaire de la collectivité, pour rejoindre un but plus ambitieux de recherche et d'identification de l'ensemble des risques pouvant menacer la santé des personnes. Ce constat témoigne d'un véritable changement de perspective dans la conception même de cette fonction et, partant, des logiques supportant les dispositifs contraignants d'information.

2) La rénovation fonctionnelle de la surveillance des risques sanitaires

545 Ainsi que le rappelle M. CAYLA[2], le régime de la déclaration obligatoire, créé à la fin du XIXe siècle, a d'abord visé à empêcher l'introduction ou l'extension de certaines maladies infectieuses transmissibles sur le territoire national, en permettant à l'administration d'agir rapidement par des mesures de prévention individuelle ou collective souvent très contraignantes pour les personnes malades[3]. Ce système, fondé sur une approche purement défensive de l'ordre public sanitaire, était ainsi basé sur l'idée que la personne atteinte de l'une de ces maladies devait, pour des raisons tenant à la sécurité collective, en supporter toutes les conséquences (ce qui justifiait en particulier que lui soit retiré le bénéfice du secret médical et imposées des sujétions particulièrement lourdes pouvant aller jusqu'à l'obligation de soins[4]). Autrement dit, le régime des maladies à déclaration obligatoire correspondait à la logique initiale de l'ordre public sanitaire, fondée sur l'idée que l'individu est comptable de sa santé envers la société.

546 C'est sur ce point que l'évolution du système montre un véritable changement de perspective. Car, même réduite aux régimes contraignants de déclaration obligatoire, la veille sanitaire est aujourd'hui envisagée comme une fonction obligatoire de l'État, constituée au titre de son obligation d'assurer la protection de la santé[5]. La surveillance

---

[1] Ce besoin de connaissances constitue d'ailleurs l'un des critères retenus pour la définition de la liste des maladies soumises à déclaration obligatoire. *Cf.* InVs, Les principes du nouveau dispositif de surveillance des maladies à déclaration obligatoire, *op. cit.*

[2] J.-S. CAYLA, Veille sanitaire et transmission à l'autorité sanitaire des données individuelles de certains malades, *R.D.S.S.* 1999, n° 4, p. 718-722.

[3] Le signalement des cas suspects donnait certes lieu à enquêtes, mais celles-ci avaient exclusivement pour but de repérer l'origine de la contagion et de mesurer le risque épidémique en vue de l'adoption de mesures prophylactiques adaptées. Sur ce point, on peut notamment se reporter à P. LAROQUE, dir., *Les institutions sociales de la France*, Paris, La documentation française, 1980, p. 238-240.

[4] Il n'est d'ailleurs pas anodin de souligner que le système de la déclaration obligatoire a d'abord été institué pour certaines maladies vénériennes alors typiques de la théorie de la « délinquance sanitaire » rendant l'individu non pas victime mais coupable de sa maladie.

[5] *Cf.* C. HURIET, *Renforcer la sécurité sanitaire en France*, *op. cit.*, p. 61-63.

des maladies à déclaration obligatoire, qui est nécessaire à la prévention des risques sanitaires, emporte toujours des contraintes importantes pour les individus, notamment en ce qu'elle justifie que soient transmises et traitées des informations médicales hors leur volonté[1]. Mais elle est désormais fondée sur une obligation de l'État qui répond au droit des personnes à la protection de la santé. C'est en ce sens que le Conseil d'État a, dans ses arrêts *Ministre de l'Emploi et de la Solidarité* du 3 mars 2004, placé l'obligation des autorités publiques « *de se tenir informées des dangers que peuvent courir les travailleurs dans le cadre de leur activité professionnelle* » au cœur du devoir de protection sanitaire efficace de l'État[2].

De la sorte, l'obligation de surveillance des risques sanitaires est de nature à créer de nouvelles sujétions pour les personnes publiques, principalement les autorités sanitaires, dont la responsabilité pourra être engagée pour ne pas avoir détecté un risque grave pour la santé publique. Elle est par ailleurs prolongée par une obligation générale et continue d'expertise qui s'impose de plus en plus largement comme une étape substantielle du processus de décision sanitaire.

§2.- L'AFFIRMATION D'UNE OBLIGATION GÉNÉRALISÉE D'EXPERTISE SANITAIRE

547 La méthodologie de l'action préventive efficace définie par la jurisprudence *Ministre de l'Emploi et de la Solidarité* donne un rôle central à l'expertise, au point d'en faire une obligation de l'État s'imposant en amont comme en aval de son intervention. La jurisprudence *Ministre de l'Emploi et de la Solidarité* s'inscrit à ce niveau dans la logique du processus de rationalisation et de modernisation de l'intervention de la puissance publique qui est actuellement à l'œuvre en matière de prévention des risques, notamment sanitaires[3], et qui accorde une place centrale à l'évaluation.

L'expertise s'impose comme une garantie nouvelle de l'efficacité dans le temps des décisions de police sanitaire (A). L'enjeu de son inscription dans le processus de décision de police sanitaire est toutefois particulier en ce qu'elle renforce à l'extrême l'influence des experts scientifiques sur la mesure d'ordre public sanitaire (B).

---

[1] Volonté qui s'impose comme un élément essentiel du droit à la vie privée (C.E., 3 mars 1997, *Féd. médicale de France et Mme Foucauld*, n°s 169156 et 169163, inédit) impliquant que seul le patient ou son mandataire puisse normalement avoir accès aux informations concernant sa santé (art. L. 1111-7 C.S.P. et C.E., 25 sept. 2005, *Cons. nat. de l'Ordre des médecins*, n° 270234, *Rec.* p. 395 ; *A.J.D.A.* 2005, p. 1873, obs. F. AUBERT et 2006, p. 308, note J.-P. MARKUS ; *R.D.S.S.* 2006, p. 53, note D. CRISTOL ; *Petites affiches* 2007, n° 7, p. 3, chron. C. MASCRET). Sur ce point, *cf.* C.E., Ass., 30 juin 2000, *Ligue française pour la défense des droits de l'homme et du citoyen*, préc.

[2] C.E., Ass. 3 mars 2004, *Min. de l'Emploi et de la Solidarité* (4 esp.), préc. Cette obligation a par ailleurs été confirmée dans le cadre particulier de la police phytosanitaire par un arrêt de la C.A.A. du 10 janv. 2005, *Min. de l'Agriculture et de la Pêche c. Soc. Durance Crau*, n°s 00MA01810, 04MA01991 et 04MA02176, *Rec.* tables p. 992 ; *A.J.D.A.* 2005, p. 1249, note Ph. MOREAU.

[3] Sur ce point, on se reportera avec profit à l'étude de J.-M. PONTIER, La puissance publique et la prévention des risques, *op. cit.*, p. 1752-1761.

A.- UNE GARANTIE DE L'EFFICACITÉ DANS LE TEMPS DE L'ACTION DE POLICE SANITAIRE

548 D'abord étroitement liées à la sécurité sanitaire, l'expertise et l'évaluation ont trouvé un terreau favorable à leur développement dans la généralisation de l'obligation de sécurité pour la santé. Elles s'imposent aujourd'hui comme des gages essentiels de l'efficacité dans le temps des actions de santé publique. Dans ses arrêts du 3 mars 2004, le Conseil d'État a suivi les juges du fond[1] pour assigner une double fonction à l'expertise. Celle-ci vise, en amont de la décision, à développer la connaissance du risque à partir de laquelle les autorités publiques pourront objectivement choisir la ou les mesures les plus appropriées au but recherché (1). En aval de la décision, l'expertise sert à la réévaluation de la situation. Elle doit permettre à l'administration de vérifier l'efficacité de ses mesures pour, le cas échéant, les réajuster (2).

1) Un perfectionnement de l'articulation entre connaissance et décision

549 L'expertise sanitaire consiste en une analyse et en une estimation scientifiques et pratiques des risques, destinées à offrir au décideur les informations qui lui sont nécessaires pour mesurer, apprécier et, éventuellement, comparer ces risques et les méthodes permettant de les prévenir ou de les éliminer. Placée au cœur de la méthodologie de la sécurité sanitaire, l'expertise est une étape essentielle de l'évaluation du rapport bénéfices-risques grâce auquel l'autorité de décision peut procéder à une appréciation objective et rationnelle de l'utilité et de l'efficacité réelles de ses actions en termes de sécurité[2].

550 Initiée en matière hospitalière, l'évaluation des risques sanitaires se développe à l'heure actuelle dans deux directions principales[3]. Elle concerne d'une part, les risques liés aux activités de santé – il s'agit de l'évaluation médicale – et d'autre part, les risques sanitaires extérieurs à ces activités. L'évaluation médicale répond à l'impératif de sécurité sanitaire appliqué au secteur de santé. Elle correspond à cette dimension nouvelle de l'ordre public sanitaire qu'est la lutte contre les désordres en matière sanitaire[4]. Mise en œuvre dans le cadre général du renforcement de la sécurité des soins et des actions de prévention, elle porte sur les stratégies thérapeutiques, c'est-à-dire les outils, les

---

[1] T.A. de Marseille, 30 mai 2000, *Min. de l'Emploi et de la Solidarité* (4 esp.), *Envir.* 2000, p. 5, concl. C. FÉDI ; *Petites affiches* 2000, n° 176, p. 12, note P. VILLENEUVE ; *Gaz. Pal.* 2001, p. 167, note B. PAUVERT ; *D.A.* 2001, n° 50, note C. ESPER ; *A.J.D.A.* 2001, p. 529, chron. C. GUETTIER et C.A.A. de Marseille, 18 oct. 2001, *Min. de l'Emploi et de la Solidarité* (4 esp.), n° 00MA01665, n° 00MA01666, n° 00MA01667 et n° 00MA01668, *Envir.* 2002, p. 8, concl. L. BENOIT ; *A.J.D.A.* 2002, p. 259, note L. BENOIT

[2] *Cf. supra* n°s 488 s.

[3] Pour une étude détaillée de la question, se reporter en particulier à D. TABUTEAU, *La Sécurité sanitaire*, 2e éd., *op. cit.*, p. 43-46.

[4] *Cf. supra* n°s 442 s.

technologies, les méthodologies et les thérapeutiques mises à la disposition des professionnels de santé[1], ainsi que sur les pratiques professionnelles[2].

Outre le secteur de la santé *stricto sensu*, l'évaluation, de plus en plus largement appréhendée comme le préalable nécessaire à la décision de santé publique, intéresse également les risques sanitaires dont il s'agit d'assurer la surveillance tant d'un point de vue quantitatif que qualitatif. Elle prend ici deux formes principales. L'évaluation peut tout d'abord être ponctuelle, soit réalisée à l'occasion des opérations de contrôle et d'inspection menées par les autorités compétentes, principalement les services de l'État, soit imposée dans le cadre de l'exercice des pouvoirs de police sanitaire[3]. L'évaluation scientifique et technique des risques peut aussi être spontanément sollicitée par l'administration de décision. Ce développement du recours à l'expert est d'ailleurs encouragé par le Conseil d'État qui, dans la lignée de sa jurisprudence accordant la possibilité à une autorité de police de procéder à des consultations non prévues par le législateur[4], accepte que, de son propre chef, celle-ci subordonne ses décisions à une expertise préalable[5].

551 Dans ces deux dimensions, qu'il soit imposé par les textes ou spontanément sollicité par l'administration, le recours à l'expert vise à perfectionner l'articulation entre connaissance et décision, dans un contexte qui est à la fois marqué par une forte attente de protection des citoyens et une complexification croissante des risques. Elle présente donc un avantage certain pour les pouvoirs publics, en ce qu'elle permet d'asseoir la légitimité scientifique et technique de ses décisions, ce qui, au moins dans les esprits, les

---

[1] Cette évaluation concerne au premier chef les technologies et les stratégies nouvelles. Elle intéresse également celles qui, bien que n'étant pas nouvelles, n'ont pas fait l'objet d'une analyse complète. Elle porte enfin sur les technologies et les méthodologies qui nécessitent d'être régulièrement évaluées. Consacrée par la loi n° 91-748 de réforme hospitalière du 31 juillet 1991 précitée, l'évaluation des stratégies thérapeutiques est à l'origine directe de la création de l'A.N.D.E.M., devenue l'A.N.A.E.S. en 1996, puis la H.A.S. en 2004.

[2] Également assurée sous la conduite de la H.A.S., cette évaluation a d'abord concerné les établissements de santé, notamment par la mise en place de la procédure d'accréditation en 1996 devenue « certification de santé » depuis la L. n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie (art. L. L. 1414-3-3 et L. 1414-4 C.S.P.). Elle a ensuite été progressivement étendue, sur le principe du volontariat, aux activités libérales, d'abord par le décr. du 28 déc. 1999 (*R.D.S.S.* 2000, p. 533, chron. G. MÉMETEAU), puis par l'art. 49 de la L. n° 2002-303 du 4 mars 2002. L'évaluation des pratiques professionnelles constitue aujourd'hui une obligation pour les médecins exerçant à titre libéral, les médecins salariés non hospitaliers, les médecins exerçant leurs fonctions dans les établissements publics de santé, dans les hôpitaux des armées ou dans les établissements de santé privés participant au service public hospitalier ainsi que pour les médecins exerçant dans les établissements de santé privés (art. L. 4133-1 C.S.P.). Il faut enfin noter que la L. n° 2004-810 du 13 août 2004 a, en marge de ces procédures, organisé des mécanismes d'accréditation des médecins exerçant en établissement de santé (art. L. 4135-1 et L. 4135-2 C.S.P.).

[3] C'est ici le cas classique de la police des médicaments.

[4] C.E., Sect., 19 mars 1969, *Sieur Aponte et a*, préc. *Cf. supra* n° 169.

[5] En ce sens, dans le cadre du droit de la construction, *cf.* C.E., 14 mars 2003, *Ville de Paris,* n° 233545, *Rec.* p. 129 ; *B.J.D.U.* 2003, p. 85, concl. M.-H. MITJAVILE ; *R.F.D.A.* 2004, p. 346, étude A. NOURY : l'inspection des carrières peut légalement émettre un avis défavorable à la délivrance d'un permis de construire lorsqu'elle ne dispose pas d'étude suffisamment précise sur l'état du sous-sol pour garantir la stabilité de la construction projetée, alors même que les textes n'imposent pas la production d'une telle étude parmi les pièces devant figurer dans le dossier de demande d'un permis de construire.

rend, ou presque, incontestables[1]. Elle sert surtout, dans une situation de risque, à offrir aux autorités publiques le moyen d'apporter la réponse la plus efficace et la plus adaptée en termes, scientifiques, de sécurité objective. C'est là la vocation première des agences de sécurité sanitaire qui sont d'abord conçues comme des instances d'expertise devant assurer l'assise scientifique des mesures de santé publique[2]. Dans le même esprit, le législateur a largement développé les obligations d'expertise et d'évaluation qui servent aussi bien à encadrer les activités susceptibles de créer des risques pour la santé[3], qu'à assujettir les autorités de police à de nouvelles obligations[4].

552 L'évolution actuelle du droit de la police sanitaire tend à renforcer la portée de l'évaluation qui est à la fois une obligation d'ordre processuel, rattachée à la légalité externe des décisions[5], et une obligation de fond, laquelle sert au juge à apprécier le comportement de l'administration. D'une part, le juge de la légalité exige de l'autorité de

---

[1] L'enjeu de l'expertise n'est donc pas seulement juridique, mais aussi politique. L'expertise est utile au politique en ce qu'elle assoie la légitimité scientifique des orientations choisies. Elle permet ainsi de limiter les effets d'éventuelles contestations (on prendra ici l'exemple de l'évaluation scientifique de l'intérêt médical des médicaments, des dispositifs médicaux et des actes professionnels qui appuie les décisions de remboursement par l'assurance maladie) et de convaincre la population que le nécessaire est fait pour protéger au mieux ses intérêts, dont sa santé.

[2] Sur cette question, *cf. supra* n°s 350 et 413 à 427.

[3] Il suffit, sur ce point, de se reporter à la généralisation de l'obligation d'évaluation médicale opérée par la L. du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie précitée. Les résultats d'une évaluation sont assez fréquemment à l'origine de mesures de contrainte sanitaire. Il peut s'agir de mesures générales et permanentes définies par le législateur telles que l'obligation de formation continue des médecins (art. L. 4133-1 et L. 6155-1 C.S.P.) ou bien de mesures administratives destinées à prévenir, réduire ou faire cesser un risque mis à jour par les experts, dont la suspension ou le refus du renouvellement d'une autorisation de fonctionner (*cf.* par exemple C.E., 26 juill. 2006, *S.A. Clinique chirurgicale Saint-Bernard*, préc.). À noter que ces mesures peuvent être systématisées par l'autorité réglementaire : C.E., 18 juin 1997, *Synd. nat. des centres privés de réadaptation fonctionnelle*, n° 130540, *Rec.* tables p. 1082 (Légalité du décret du 31 déc. 1991 relatif à l'organisation et à l'équipement sanitaire prévoyant à l'art. R. 712-42-II-3° C.S.P. que le refus de renouvellement de l'autorisation d'équipement médical peut être fondé sur la circonstance que « *les résultats de l'évaluation [...] ne sont pas jugés satisfaisants* »). Sur ce dernier point, *cf.* le décr. n° 2007-133 du 30 janv. 2007 relatif à l'organisation et à l'équipement sanitaires, préc.

[4] Outre les procédures traditionnellement appliquées en matière d'autorisation de mise sur le marché des médicaments (art. L. 5121-9 C.S.P.) ou de résorption de l'habitat insalubre (art. L. 1331-26 s. C.S.P), *cf.* par exemple la L. n° 92-654 du 13 juill. 1992 relative au contrôle de l'utilisation et de la dissémination des O.G.M. (*J.O.* du 16 juill., p. 9523), qui a soumis leur utilisation à une autorisation de mise sur le marché délivrée après examen des risques sur la santé publique et l'environnement (art. L. 251-1 C. rur. aujourd'hui). V. encore, en matière d'interdiction de publicité relative aux objets, appareils et méthodes présentés comme favorisant le diagnostic, la prévention ou le traitement des maladies, C.E., 7 juill. 1995, *Soc. Tour Pol*, n° 138840, *Rec.* p. 287.

[5] Le juge de l'excès de pouvoir ne s'estime pas compétent pour apprécier au fond l'évaluation qui procède de l'expertise scientifique et n'exerce qu'un contrôle restreint sur l'avis qui en résulte. Il peut, en revanche, contrôler le bon déroulement d'une expertise et vérifier l'usage qui en est fait par l'administration à l'occasion de l'examen des décisions finales qui en découlent : *cf.* C.E., Sect., 25 sept. 1998, *Assoc. Greenpeace France et a. c. Min. de l'Agriculture et de la Pêche*, n° 194348, *Rec.* p. 343 ; *D.A.* 1998, n° 310 ; *D.A.* 1999, n° 6, p. 4, obs. J. ANDRIANTSIMBAZONIVA ; *J.C.P.* 1998, II, 10126, note J. DE MALAFOSSE ; *Gaz. Pal.* des 22-23 janv. 1999, p. 13, note M. RÉMOND-GOUILLOUD ; *Petites affiches* 1999, n° 162, p. 13, note R. ROMI et n° 164, p. 14, note J. LEONE : le caractère incomplet du dossier d'évaluation qui « *ne comportait pas d'éléments permettant d'évaluer l'impact sur la santé publique du gène de résistance à l'ampiciline contenu dans les variétés de maïs transgénique* » constitue un moyen sérieux de nature à justifier le sursis à exécution de l'autorisation de mise sur le marché. V. aussi C.E., 26 nov. 2001, *Soc. Laboratoires Negma*, n° 233787, *Rec.* p. 586 ; *R.F.D.A.* 2002, p. 202 (à propos du caractère incomplet fondant une décision d'autorisation sur le marché d'une spécialité pharmaceutique prise dans le cadre de la procédure abrégée d'examen des demandes) et C.E., Sect., 24 févr. 2006, *Féd. des synd. agricoles M.O.D.E.F.*, n°s 274458 et 275549, *Rec.* tables p. 719 (annulation de deux décisions du ministre de l'Agriculture autorisant la société Monsanto à procéder à la dissémination de maïs génétiquement modifié. Sur cet arrêt, v. le communiqué de presse du Conseil d'État : *www.conseil-etat.fr*).

décision qu'elle prenne en compte l'intégralité des éléments du dossier d'expertise[1] et sanctionne toute erreur manifeste d'appréciation dans l'utilisation de ces données, c'est-à-dire toute mesure en contradiction flagrante avec les conclusions des experts[2]. D'autre part, le juge de la responsabilité a fait de l'expertise et de l'évaluation une obligation à part entière des autorités de police sanitaire dont la responsabilité peut être engagée sur cette base. C'est ce qu'il ressort notamment de la jurisprudence *Ministre de l'Emploi et de la Solidarité* qui, en considérant comme fautive l'absence d'expertise et d'évaluation du risque d'exposition professionnelle aux poussières d'amiante, a affirmé l'existence d'une obligation juridique d'évaluation des risques sanitaires[3]. Il s'agit là d'une obligation nouvelle et particulièrement stricte pour l'administration puisque, selon les arrêts de la Cour administrative d'appel, seule une impossibilité pratique de procéder, à l'époque des faits, à une étude de grande ampleur aurait été de nature à exonérer l'État de son obligation[4]. La seule difficulté invoquée par le ministère n'est, de la sorte, pas suffisante.

La question se pose alors de savoir à partir de quel moment et à quel niveau de certitude ou de soupçon sur l'existence même du risque, l'administration doit diligenter une expertise scientifique. La question n'a pas été tranchée par les arrêts du Conseil d'État du 3 mars 2004 en raison du contexte même du litige, qui concernait une hypothèse de risque sanitaire connu et avéré. Si les obligations d'agir qu'ils définissent peuvent aisément être transposées au cadre général de la police sanitaire, elles n'ont donc pas *a priori* vocation à s'appliquer dans celui de la précaution[5]. En revanche, il semble que l'arrêt de la Cour administrative d'appel de Nantes du 29 décembre 2006 ait implicitement étendu l'obligation d'expertise au risque incertain. Dans cette espèce, en effet, les juges ont rejeté le moyen fondé sur la méconnaissance du principe de précaution, en considérant notamment que l'administration avait satisfait à ses obligations de prudence en lançant une étude de pharmacovigilance dès les premiers recensements

---

[1] C'est notamment ce qu'il ressort de l'arrêt *Union nationale de l'apiculture française* du 9 oct. 2002 (n° 233876, *Rec.* p. 330 ; *R.F.D.A.* 2002, p. 1175 ; *A.J.D.A.* 2002, p. 948, obs. M.-C. DE MONTECLER et p. 1180, concl. F. SENERS) par lequel le Conseil d'État a contraint le ministre chargé de l'Agriculture à réexaminer le dossier relatif à l'autorisation d'utilisation de l'insecticide Gaucho sur les semences de maïs, le refus implicite du ministre d'abroger cette autorisation étant entachée d'une erreur de droit résultant de sa négligence à examiner l'intégralité des éléments du dossier d'expertise nécessaires à l'appréciation de l'innocuité du produit. Il s'agit là d'un cas particulier où ce sont les textes qui exigent de l'administration qu'elle fonde sa décision à partir d'éléments d'ordre scientifique. L'espèce n'en donne pas moins une indication sur la ligne de conduite imposée à l'autorité de décision qui doit, au minimum, faire un usage sincère et complet des données scientifiques dont elle dispose.

[2] *Cf.* par exemple C.E., 30 mars 1979, *Assoc. Laissez les vivre*, nos 04.139 à 04.143 et 04.848, *Rec.* tables p. 888 ou – 31 mars 1995, *Soc. Laboratoire L. Lafon*, n° 147131, inédit.

[3] Par-là, le juge a généralisé l'obligation d'enquête, jusqu'alors ponctuellement prévue par la loi. Dans le même sens, à propos de la police phytosanitaire : *cf.* C.A.A. de Marseille, 10 janv. 2005, *Min. de l'Agriculture et de la Pêche c. Soc. Durance Crau*, préc.

[4] C.A.A. de Marseille, 18 oct. 2001, *Min. de l'Emploi et de la Solidarité* (4 esp.), préc.

[5] L'intégration de la précaution en droit de la responsabilité pour faute de la police administrative aurait de telles conséquences sur les logiques mêmes de ce contentieux qu'on ne peut raisonnablement penser qu'elle pourrait intervenir de manière si indirecte. *Cf. infra* nos 607 s.

d'affections démyélinisantes contractées à la suite de vaccination contre l'hépatite B, étude dont les résultats ont ultérieurement conduit à la suspension de la campagne[1].

553 Bien que favorable à la santé publique, le développement d'une telle exigence n'est pas sans poser certaines difficultés. La première se situe, cette fois encore, au niveau des moyens, notamment matériels, accordés à l'administration pour remplir effectivement son obligation de surveillance continue des risques et d'évaluation de ses décisions. Ne serait-ce que pour des raisons de personnel et de budget, l'administration sera évidemment confrontée à des choix dont il reste encore à établir les critères. Cette question est d'autant plus cruciale que l'adoption de mesures de prévention des risques sanitaires ne tient pas quitte l'administration de son obligation d'agir. Il lui appartient encore de veiller à leur efficacité pour, le cas échéant, les réajuster. L'évaluation se fait alors le gage de la mutabilité de l'action dont l'efficacité s'impose dans le temps.

2) Un gage de la mutabilité de l'action de protection de la santé publique

554 Survivant à la décision, l'impératif de surveillance et d'expertise des risques s'inscrit un *continuum* qui en fait une obligation permanente s'imposant également en aval de la décision de police. L'évaluation sert alors à l'administration à s'assurer de l'efficacité de ses décisions qu'elle devra, le cas échéant, corriger, soit pour tenir compte d'un défaut initial, soit pour réagir à la survenance d'un événement imprévu, soit, enfin, pour adapter son action à une évolution du contexte et au progrès des connaissances.

C'est notamment à cette fin que le législateur du 1er juillet 1998 a, en marge du régime traditionnel de la déclaration obligatoire, organisé un dispositif de notification obligatoire de certaines maladies transmissibles. On sait, en effet, que l'article L. 3113-1 du Code de la santé publique impose la transmission de données individuelles à l'autorité sanitaire par les médecins et les responsables de services et laboratoires d'analyses de biologie médicale publics et privés non seulement dans le cas de maladies qui nécessitent une intervention urgente locale, nationale ou internationale, mais également pour celles « *dont la surveillance est nécessaire à la conduite et à l'évaluation de la politique de santé publique* ». Dans les deux cas, la notification de données individuelles nécessaires à la surveillance épidémiologique est obligatoire[2]. Seule distinction, la procédure de signalement, qui porte davantage atteinte aux droits de la personne, est réservée à la déclaration des cas de maladies nécessitant la mise en place d'urgence de mesures de prévention[3]. Les deux procédures concernent en outre les mêmes pathologies, bien que la

---

[1] C.A.A. de Nantes, 29 déc. 2006, *M. M.*, préc.

[2] Art. R. 3113-1 et R. 3113-2 C.S.P.

[3] Art. L. 3113-1, R. 3113-1 et R. 3113-4 C.S.P.

procédure de notification soit un peu plus étendue que le signalement[1]. Il demeure que, malgré ces similitudes, les objectifs de ces deux procédures de déclaration obligatoire diffèrent radicalement. Alors que le signalement répond à un impératif traditionnel de défense sanitaire, basée sur une conception conservatoire de l'ordre public sanitaire, la notification cherche, quant à elle, à mesurer l'efficacité pratique de l'ensemble des actions de lutte contre les maladies transmissibles. Il s'agit donc pour les autorités publiques de disposer de l'information nécessaire à une évaluation objective du bénéfice sanitaire retiré de ces actions. Cette logique s'éloigne des objectifs classiques de la déclaration obligatoire qu'elle prolonge et enrichit d'une dimension constructive et volontariste visant à garantir l'efficacité des mesures de protection contre les risques épidémiques.

C'est dans le même ordre d'idée, et avec des objectifs identiques, qu'ont été organisés les dispositifs de vigilance qui, grâce à la surveillance permanente des effets indésirables, des incidents ou des risques d'incidents liés à l'utilisation de biens ou de produits ou à la pratique d'activités licites mais réglementées, doivent, le cas échéant, permettre aux autorités sanitaires de réajuster leurs décisions individuelles ou réglementaires[2]. La vigilance contribue de la sorte à renforcer l'obligation qui pèse sur l'administration en matière de surveillance et de prévention des risques sanitaires. L'identification nouvelle d'un risque grave oblige en effet l'administration à agir, la défaillance de celle-ci pouvant, nonobstant la responsabilité propre du fabricant ou du fournisseur, engager la responsabilité pour faute de l'État sur la base de la jurisprudence *De Gail*[3].

La réévaluation s'impose encore comme un instrument du contrôle sanitaire. L'article L. 5311-1 du Code de la santé publique donne ainsi à l'A.F.S.S.A.P.S. la possibilité d'évaluer les produits et biens de santé à « *tout moment opportun et notamment lorsqu'un élément nouveau est susceptible de remettre en cause l'évaluation initiale* ». Autre exemple, relatif cette fois aux dispositifs médicaux nouveaux, l'article R. 5222-18 du Code de la santé publique permet au directeur général de l'A.F.S.S.A.P.S. de demander au fabricant ou à son mandataire de fournir un rapport sur l'expérience

---

[1] *Cf.* l'art. D. 3113-7 C.S.P. qui, outre les maladies soumises à la procédure de signalement, exige la notification de l'infection aiguë symptomatique par le virus de l'hépatite B, l'infection par le V.I.H. et le tétanos.

[2] En ce sens, le sénateur HURIET a vu dans la vigilance « *une pièce essentielle d'un dispositif de sécurité sanitaire, dans la mesure où elle permet aux autorités sanitaires de réagir rapidement et à bon escient en cas d'effets inattendus ou indésirables résultant de l'administration ou de l'utilisation d'un bien de santé* » (*Renforcer la sécurité sanitaire en France…, op. cit.*, p. 31).

[3] C.E., Sect., 4 mai 1979, *Min. de la Santé c. de Gail*, préc. (la carence de l'administration à modifier, au vu d'un nombre anormalement élevé de complications neurologiques, les instructions administratives concernant l'emploi d'un vaccin antirabique lyophilisé constitue une faute de nature à engager la responsabilité de l'État).

acquise relative à ce dispositif après sa mise sur le marché durant une période de deux ans suivant la déclaration prévue à l'article R. 5221-35[1].

555 Le développement de l'évaluation correspond ici à une ambition récente de modernisation de l'action publique de santé visant notamment à faire échapper la santé publique de l'empirisme. En ce sens, les lois du 4 mars 2002 et du 9 août 2004 ont placé la réévaluation parmi les obligations qui incombent à l'État dans la conduite de la politique nationale de santé publique[2]. Elle constitue par ailleurs l'une des neuf règles de référence retenues par le rapport d'objectifs de santé publique pour la période 2004-2008 annexé à la loi du 9 août 2004.

Il s'agit d'abord d'obliger les autorités publiques à adapter leurs actions de santé publique au fur et à mesure que progressent les connaissances sur le risque, sans attendre le développement d'une situation de crise et/ou la survenance d'accidents dramatiques. Qu'elle prenne la forme passive de la vigilance ou celle plus active de la réévaluation, l'expertise de la décision sert ensuite à l'amélioration de la norme, dont elle permet de garantir l'efficacité dans le temps. Il s'agit là d'un élément important de la jurisprudence du 3 mars 2004, qui a clairement assujetti l'administration à une obligation de réévaluation de ses mesures de santé publique.

556 Il convient cette fois de s'intéresser plus particulièrement aux affaires *Xueref* et *Botella* relatives aux défaillances de l'État de 1977 à 1996. Contrairement aux deux autres espèces étudiées[3], en effet, ces affaires n'ont pas mis en cause la carence totale de l'État à intervenir pour la protection de la santé des travailleurs salariés exposés à l'amiante, mais l'insuffisance des mesures arrêtées à cette fin jusqu'à l'adoption du décret du 24 décembre 1996 interdisant l'usage de l'amiante. Les juges ont, en l'espèce, retenu que l'État avait, sur cette période, commis une faute de nature à engager sa responsabilité pour s'être satisfait d'une réglementation d'usage contrôlé de l'amiante sans avoir pris soin de vérifier, notamment en faisant procéder à une étude d'évaluation, que cette politique d'action permettait une protection efficace des salariés dans tous les secteurs de l'industrie. Ces décisions se situent dans la lignée de la jurisprudence développée en matière de mesures de police insuffisantes pour garantir le maintien de l'ordre public.

---

[1] V. encore, parmi d'autres, l'art. R. 5121-173 C.S.P. qui impose à l'entreprise ou à l'organisme exploitant un produit ou un bien de santé de transmettre régulièrement au directeur général de l'A.F.S.S.A.P.S. un rapport retraçant, outre les informations relatives aux effets indésirables qu'il a déclarés ou qui lui ont été signalés, l'ensemble des informations utiles à l'évaluation des risques et des bénéfices liés à l'emploi du produit ou du bien de santé concerné.

[2] Art. L. 1411-1 C.S.P. L'art. L. 1411-2 impose l'évaluation quinquennale de la mise en œuvre de la loi définissant les objectifs de santé publique et des programmes de santé qui en précisent l'application. Le texte prévoit également la possibilité d'une évaluation intermédiaire, globale ou partielle, par l'O.P.E.P.S. C'est le H.C.S.P. qui est chargé d'évaluer la réalisation des objectifs nationaux de santé publique (art. L. 1411-4 C.S.P.). En liaison avec les agences sanitaire, il doit en outre fournir aux pouvoirs publics l'expertise nécessaire à l'évaluation des politiques et stratégies de prévention et de sécurité sanitaire.

[3] *Cf. supra* n°s 477 s., n° 546 et n° 552.

Elles confirment ainsi l'obligation d'efficacité qui pèse sur les autorités de police sanitaire dans l'exercice de leur fonction de protection de la santé publique. Elles la précisent également à deux égards.

D'une part, il est intéressant de remarquer qu'en l'espèce, la conformité de la réglementation française aux directives communautaires n'a pas été considérée comme étant de nature à dégager l'État de sa responsabilité[1]. Le juge administratif développe ainsi une conception souverainiste de la police sanitaire. Par-là, il indique également sa volonté de n'apprécier la proportionnalité et l'efficacité des mesures de protection de la santé qu'au regard des faits, confirmant ainsi la nature très circonstancielle de l'ordre public sanitaire.

D'autre part, le juge administratif fait une lecture nouvelle de l'obligation d'adaptation de la réglementation en l'assortissant d'une obligation de réévaluation destinée à permettre aux autorités publiques de s'assurer que les mesures retenues étaient proportionnées au risque et suffisamment efficaces pour assurer la sécurité des salariés exposés. La proportionnalité d'une décision administrative doit donc non seulement être effective au moment de son adoption, mais elle doit également se prolonger dans le temps ce qui, le cas échéant, impose sa révision.

557 L'application du principe de mutabilité aux mesures de police n'a en soi rien de novateur. Un certain nombre de règles vont déjà dans ce sens[2]. Il reste que le Conseil d'État, qui l'aborde ici sous l'angle inédit de la suffisance des mesures[3], en tire une obligation tout à fait nouvelle pour l'administration qui, en plus de ses obligations classiques de suivi de ses décisions, doit désormais s'astreindre à en vérifier l'efficacité par un effort régulier de réévaluation[4].

Si l'on se réfère aux arrêts du Conseil d'État, c'est en effet pour « *s'assurer que les mesures prises étaient adaptées au risque, connu et grave, que comportait une telle exposition* » et « *pour déterminer précisément les dangers que présentaient pour les travailleurs les produits contenant de l'amiante* » que les autorités sanitaires auraient dû diligenter une étude d'évaluation de la réglementation de l'usage contrôlé de l'amiante. Il y a bien là un double objectif assigné à la réévaluation qui, en plus de compléter les connaissances sur le risque, doit permettre à l'administration de vérifier que les mesures de protection arrêtées sont bien adaptées à la situation de risque, et, éventuellement, de

---

[1] C'est en tout cas la position adoptée par la Cour administrative d'appel de Marseille et le Conseil d'État dont les solutions diffèrent sur ce point de celles retenues en première instance.

[2] V. en ce sens, l'obligation faite aux autorités de police administrative d'abroger celles de leurs mesures qui ne répondent plus aux nécessités de fait de l'ordre public, *supra* n° 130.

[3] À notre connaissance, ni le juge de l'excès de pouvoir ni celui de la responsabilité n'avaient jusqu'alors eu l'occasion d'envisager l'obligation d'adaptation de la réglementation de police sanitaire sous l'angle de son renforcement en vue d'une protection plus efficace de la santé publique.

[4] La question se pose alors de savoir à quel rythme s'impose une telle réévaluation.

les modifier pour tenir compte des connaissances nouvellement acquises et/ou de l'évolution du contexte.

558 Comme le remarque M. DELALOY[1], ces décisions ont une vertu pédagogique à l'égard des autorités publiques compétentes en matière d'évaluation et de prévention des risques. Elles ont aussi considérablement accru les contraintes pesant sur elles dans le domaine de la santé publique. L'affirmation d'une obligation de réévaluation implique en effet la permanence de l'obligation d'agir de l'administration qui n'est jamais dégagée de son devoir de protection de la santé. Mais la nature même de l'obligation imposée, d'ordre procédural, conduit également à un encadrement plus strict du processus décisionnel en matière de santé publique, puisqu'elle contraint l'administration à procéder à un bilan régulier de l'équilibre du rapport bénéfices-risques et de la proportionnalité de ses décisions.

L'affirmation en jurisprudence de ce nouveau devoir de l'administration, qui doit être rapprochée de l'obligation qui lui est également faite « *de se tenir informée des dangers* », témoigne donc d'une conception nouvelle et renforcée de l'action de police sanitaire qui s'inscrit désormais dans un processus continu. Elle en change aussi la nature en renforçant l'influence des experts sur le contenu des mesures adoptées.

B.- UNE OBLIGATION PROPICE AU RENFORCEMENT DE L'INFLUENCE DES EXPERTS SUR LA DÉCISION DE POLICE SANITAIRE

559 Telle qu'elle est envisagée par la jurisprudence, l'évaluation joue un rôle essentiel dans l'appréciation du comportement des autorités de police sanitaire. L'expertise est en effet au cœur du principe de l'action efficace qui impose aux autorités publiques « *de prendre, en l'état des connaissances scientifiques, au besoin à l'aide d'études et d'enquêtes complémentaires, les mesures appropriées pour prévenir et si possible éliminer les dangers* »[2]. Par cette formule, la Haute juridiction administrative n'a pas seulement enrichi le standard du « bon comportement » des autorités de police sanitaire en leur assignant un devoir d'efficacité dans la prévention des risques. Elle en a aussi explicitement défini le contenu et les conditions en faisant des connaissances scientifiques un élément d'appréciation de la suffisance des mesures adoptées.

L'affirmation d'une obligation d'évaluation est ainsi de nature à renforcer l'influence exercée par les experts scientifiques sur les décisions de l'administration (1) à tel point que l'on en vient à se demander quelle est la marge de manœuvre encore accordée aux autorités de décision (2).

---

[1] G. DELALOY, Amiante : le Conseil d'État confirme la responsabilité de l'État, note sous C.E., Ass., 4 mars 2003, *Min. de l'Emploi et de la Solidarité…* (4 esp.), *D.A.* 2004, n° 97, p. 37.

[2] C.E., Ass. 3 mars 2004, *Min. de l'Emploi et de la Solidarité* (4 esp.), préc.

1) Une compétence liée de l'administration dans la définition matérielle des mesures

560 Le principe, maintes fois affirmé en jurisprudence, veut que l'expert ne se substitue pas à l'autorité administrative. La production de données scientifiques n'emporte pas *a priori* la compétence liée de l'administration, de même que celle-ci ne peut se retrancher derrière l'avis d'un expert pour motiver les décisions qu'elle adopte. Sauf texte législatif contraire, l'autorité de puissance publique, seule habilitée à agir, conserve normalement l'intégralité de sa liberté de décision[1].

561 Cette liberté de choix ne saurait toutefois s'apparenter à un « blanc-seing » donné à l'administration. Elle s'exerce nécessairement dans le cadre et les limites imposées par son habilitation à agir. Quelle que soit sa situation juridique, l'autorité de police sanitaire ne peut donc ignorer les éléments qui lui permettent d'identifier un risque sanitaire porteur de troubles à l'ordre public et/ou d'en connaître la nature, l'ampleur ou la gravité.

Les données de l'évaluation, qui permettent d'établir l'existence d'une menace de trouble à l'ordre public sanitaire, figurent parmi les éléments objectifs qui servent à apprécier l'exactitude matérielle des faits invoqués par l'autorité de police lors de son intervention[2] et/ou à définir le point de départ de l'obligation d'agir de l'administration qui commet une faute de nature à engager sa responsabilité en ignorant les avis scientifiques établissant l'existence d'un risque pour la santé publique[3].

Elles influencent également le contenu de la mesure de prévention adoptée puisque c'est par elles que peuvent être mesurées la nature, la gravité et l'ampleur du risque. Comme on l'a souligné plus haut, le juge exige déjà de l'autorité de décision qu'elle prenne en compte l'ensemble du dossier d'expertise[4] et sanctionne toute mesure en contradiction flagrante avec les conclusions des experts par l'erreur manifeste d'appréciation[5]. Au-delà, les résultats des expertises servent aussi au juge à apprécier le bien-fondé du choix fait par l'autorité de police, qui doit prendre la mesure appropriée à la situation à laquelle elle se trouve confrontée. C'est notamment en ce sens que la

---

[1] *Cf. supra* n°s 167 s.

[2] Outre C.E., 19 mars 2007, *Mme Le Gac et a.*, préc., *cf.* par exemple C.E., 7 juill. 1995, *Soc. Tour Pol*, préc. (L'interdiction de publicité prescrite en application de l'art. L. 552 C.S.P. est fondée en l'absence de preuves à caractère scientifiques fournies par la société) ; T.A. de Poitiers, ord., 22 oct. 2002, *Préfet des Deux-Sèvres c. Cne d'Ardin*, n° 021677, *A.J.D.A.* 2002, p. 1351, note Y. JEGOUZO (Suspension de l'exécution d'un arrêté municipal de police générale interdisant la culture en plein champ des espèces végétales génétiquement modifiées sur tout le territoire de la commune et de celui-ci. Étrangement, le juge ne s'intéresse pas à la question de la compétence du maire pour édicter une telle mesure, mais se fonde sur le fait, « *propre à créer un doute sérieux quant à la légalité de la décision* » qu'il n'est établi « *aucun danger potentiel clairement identifié qui menacerait soit les habitants soit les cultures de la commune* »).

[3] C.E., Ass., 9 avr. 1993, *M. G., M. D.* et *M. et Mme B.* (3 esp.), préc. V. également C.A.A. de Nantes, 29 déc. 2006, *M. M.*, préc.

[4] C.E., 9 oct. 2002, *Union nationale de l'apiculture* française, précité.

[5] C.E., 31 mars 1995, *Soc. Laboratoire L. Lafon*, précité.

doctrine actuelle inscrit l'obligation d'évaluation dans le champ d'application du principe de précaution, ici conçu comme un principe de prudence face aux risques.

562 La production de données scientifiques enferme donc l'autorité de décision dans une situation de « liberté modulée » qui réduit, sans la supprimer, la marge de manœuvre dont elle dispose dans l'exercice de ses compétences. Ce point est évident dans le cas où les textes organisent une procédure d'avis conforme, qui fait de la décision administrative la transcription juridique de l'avis des experts. Mais cette influence, qui s'inscrit dans la logique de l'obligation d'efficacité mise à la charge des autorités de police sanitaire, s'observe aussi en dehors de ces hypothèses de compétence liée prévue par les textes. C'est ainsi que, dans ses arrêts d'Assemblée du 9 avril 1993, le Conseil d'État a non seulement sanctionné la faute d'inaction de l'administration dans la prévention du risque de contamination transfusionnelle par le V.I.H., mais qu'il a encore indiqué la mesure qui lui aurait permis de satisfaire à son obligation de protection de la santé publique. C'est encore ce qu'il ressort des arrêts *Ministre de l'Emploi et de la Solidarité* déjà amplement commentés. Combinée à l'obligation d'efficacité, la systématisation de l'évaluation repousse donc les frontières de l'opportunité pour lier la décision administrative au savoir des experts[1].

563 Ce constat suscite deux séries d'interrogations. En premier lieu, si l'on conçoit que l'obligation d'efficacité est de nature à restreindre la liberté de choix laissée à l'administration, il reste encore à préciser la place des experts dans le processus de décision. Cela pose déjà le problème de la valeur accordée aux opinions minoritaires ou dissidentes. Cela pose ensuite la question de l'indépendance des experts, au regard de ce principe clef de la sécurité sanitaire qui veut que l'impartialité des acteurs de la santé publique soit garantie et les collusions ou conflits d'intérêt empêchés. Le souci de garantir la neutralité des experts explique en grande partie que seule l'A.F.S.S.A.P.S. dispose de prérogatives de puissance publique importantes. L'organisation de cette Agence répond à l'idée que le principe d'indépendance impose avant tout la séparation institutionnelle et fonctionnelle des experts et des décideurs par rapport aux filières économiques ; à cette fin, toutes les compétences de gestion du marché des produits et des biens de santé ont été exclues de son champ de compétences. Dans les autres secteurs de la sécurité sanitaire, en revanche, le principe d'indépendance a été interprété comme impliquant la dissociation organique de l'évaluation et de la police sanitaire. L'objectif ici affiché est de soustraire l'évaluation à toute forme d'influence, y compris à celle de la décision sanitaire. Ce choix n'est pas discutable en soi[2]. Cependant, on ne peut que

---

[1] En ce sens, L. BAGHESTINI-PERREY, La recherche d'un équilibre entre la protection des droits fondamentaux et les exigences de santé publique et de sécurité sanction, *R.G.D.M.* 2008, n° 8, p. 16.

[2] Il permet d'une part, de clarifier les buts de l'évaluation et de soustraire l'expert à l'influence éventuelle du décideur, et préserve d'autre part, la spécificité de ces matières dans lesquelles la décision de police sanitaire, qui peut affecter diverses activités économiques et sociales, doit tenir compte de ses répercussions non sanitaires, supposant une analyse interministérielle garantissant une appro-

souscrire à l'opinion de M. TABUTEAU lorsqu'il écrit que « *ce principe de bon aloi ne peut être présenté comme l'alpha et l'oméga de l'impartialité* »[1].

Premièrement, il n'est pas certain qu'une séparation absolue tant organique que fonctionnelle de la police sanitaire et de l'expertise soit justifiée ou même souhaitable. L'indépendance et l'impartialité de l'évaluation n'exigent pas nécessairement qu'elle soit institutionnellement séparée de la police sanitaire[2]. En tout état de cause, la séparation de l'expertise et de la police ne doit pas empêcher leur collaboration. Ainsi que le relève M. TABUTEAU, « *une césure excessive entre l'évaluation et la gestion des risques peut [au contraire] être source d'incohérence et d'insécurité* »[3]. Deuxièmement, ce système ne résout pas la question de l'indépendance des experts. Il paraît alors impératif de renforcer le cadre juridique de la « déontologie de l'expertise » et, notamment, d'assurer un contrôle réel et efficace de l'impartialité et de la neutralité des experts[4]. Le contrôle de

---

che interdisciplinaire des problèmes soulevés. *Cf.* D. TABUTEAU, *La Sécurité sanitaire*, 2e éd., *op. cit.*, p. 109 s.

[1] D. TABUTEAU, *ibid.*, p. 109.

[2] C'est ce que prouve le modèle retenu pour les produits et les biens de santé qui repose sur une conception unifiée et globale de la fonction de police fondée sur le triptyque de l'évaluation, du contrôle et de l'alerte sanitaires et dont l'efficacité n'est pas remise en question.

[3] D. TABUTEAU, *La Sécurité sanitaire*, 2e éd., *op. cit.*, p. 109. D'une part, les autorités de police sanitaire ont besoin, dans l'exercice de leurs fonctions, de la compétence technique et de l'appui scientifique des experts. D'autre part, l'évaluation ne peut être coupée de la réalité et doit nécessairement prendre en considération les données issues des missions de surveillance, d'inspection et de contrôle, ne serait-ce que pour mesurer l'impact et l'efficacité des mesures retenues. De la sorte, si l'indépendance de l'expertise sanitaire peut justifier la séparation institutionnelle de l'évaluation et de la police sanitaire, il est impératif que, sur le plan fonctionnel, les services d'évaluation des risques soient associés à leur gestion. Cette nécessité est d'ailleurs reconnue par le législateur qui a, par exemple, tempéré la séparation de l'expertise et de la police dans le domaine de la sécurité sanitaire des aliments en associant l'A.F.S.S.A. à l'élaboration des programmes de contrôle, en organisant à son profit des procédures de transmission et d'accès à l'information détenue par les services d'inspection et, enfin, en accordant expressément à l'Agence le droit de proposer aux autorités de police et contrôle toute mesure ou investigation lui paraissant utile. M HIRSCH, Directeur général de l'A.F.S.S.A. a souligné l'importance de ces procédures pour que « *les travaux de l'Agence ne soient pas déconnectés des réalités de terrain* » (in *La sécurité sanitaire après la loi du 1er juill. 1998…*, *op. cit.*, p. 9). Les mêmes attributions sont accordées à l'A.F.S.S.E.T. : *cf. supra* n° 425.

[4] Le principe d'indépendance rejoint l'obligation générale d'impartialité et de neutralité de l'administration et de ses agents, qui est d'abord garantie par le droit de la fonction publique (*Cf.* notamment les dispositions visant à empêcher tout forme de corruption, notamment par la définition du principe d'interdiction des cumuls applicable aux fonctionnaires comme aux agents non titulaires (C.E., 24 janv. 1986, *Min. de l'Éducation nationale c. M. Hodebert*, n° 45.322, *R.F.D.A.* 1987, p. 231). D'une part, selon l'art. 25 de la loi du 29 juill. 1983, les fonctionnaires doivent consacrer « *l'intégralité de leur activité professionnelle aux tâches qui leurs sont confiées* ». D'autre part, les agents publics chargés d'une fonction de décision, d'évaluation ou de contrôle, doivent veiller à la neutralité de leurs interventions et ne peuvent détenir aucun intérêt dans les entreprises concernées, ni exercer des activités privées lucratives qui, par leur nature ou leurs conditions d'exercice, portent atteinte « *à la dignité* » de ces fonctions ou risquent de compromettre « *le fonctionnement normal, l'indépendance ou la neutralité du service* », cette interdiction se prolongeant durant les cinq années qui suivent la cessation de leurs fonctions. Ces règles communes à l'ensemble de la fonction publique sont, en tant que de besoin, confirmées et/ou précisées par des dispositions législatives spéciales. Elles ont ainsi été reprises par le Code de la santé publique, en ce qui concerne les agents contractuels employés par les agences de sécurité sanitaire, et étendues aux personnes collaborant occasionnellement à leurs travaux (*cf.* par exemple, l'art. L. 5323-4 s'agissant des agents et des collaborateurs de l'A.F.S.S.A.P.S. et l'art. L. 1323-9 pour l'A.F.S.S.A. Pour d'autres exemples, *cf.* encore les art. L. 226-7 et L. 228-5 C. rur. s'agissant des incompatibilités de fonction et des prises illégales d'intérêts pour les personnes chargées d'une mission d'inspection des ateliers d'équarrissage et des dépôts de cadavres d'animaux, les inspecteurs et les préposés des services d'inspection des viandes et les inspecteurs des ateliers d'équarrissage). Enfin, les agences de sécurité sanitaire se sont attachées à garantir l'impartialité de leurs experts par la définition d'un certain nombre d'obligations déontologiques visant à prévenir les conflits d'intérêts. La cellule de Veille déontologie de l'A.F.S.S.A.P.S. a ainsi établi une charte pénale en juillet 2001. V. A.F.S.S.A.P.S., *Responsabilité de*

la bonne observation des règles d'indépendance ne peut être laissée à l'entière responsabilité du juge administratif dont les compétences sont bien trop limitées eu égard à l'importance de la question[1].

En second lieu, le risque existe que les autorités de décision, se sentant à tort ou à raison excessivement liées aux données d'expertise, prétextent de leur absence ou de leur insuffisance pour justifier leur inaction. Il convient dès lors de relativiser l'obligation d'évaluation définie par la jurisprudence *Ministre de l'Emploi et de la Solidarité* qui ne saurait à elle seule épuiser l'obligation d'agir des autorités publiques pour la protection de la santé publique.

2) Une obligation matérielle subséquente à l'obligation fonctionnelle

564 Si elle emporte des sujétions très importantes pour l'administration, la portée de l'obligation d'évaluation définie par la jurisprudence *Ministre de l'Emploi et de la Solidarité* doit sans doute être relativisée. Il faut en effet garder à l'esprit la fonction assignée à l'évaluation qui vise avant tout à assurer l'efficacité de l'intervention publique. Or l'obligation d'efficacité, qui est une obligation matérielle, doit être conçue comme une obligation secondaire de l'obligation d'agir de la police administrative. Elle est, en tout état de cause, subséquente à celle de l'action diligente qui est au cœur de la fonction du maintien de l'ordre public sanitaire.

565 C'est notamment en ce sens que l'on peut comprendre certains des aspects de la réforme de la police de l'urgence sanitaire réalisée par la loi du 9 août 2004. Peu débattu lors des travaux parlementaires, ce dispositif a tout de même fait l'objet de quelques contestations concernant l'absence d'avis assujettissant les décisions du ministre. Minimaliste sur le plan de la légalité externe, le dispositif des articles L. 3131-1 et suivant du Code de la santé publique ne subordonne les décisions du ministre chargé de la Santé à aucune obligation de consultation ou d'avis préalables. Sont seules prévues, en effet, la motivation des décisions ministérielles et leur transmission au H.C.S.P. qui doit, par un « *examen périodique* », en apprécier le bien-fondé (article L. 3131-2). Sur ce point encore, le système actuel est en nette régression par rapport à l'ancien dispositif de l'article L. 3114-4 du Code de la santé publique qui imposait la consultation du C.S.H.P.F. pour l'adoption des mesures d'urgence sanitaire. Il ne s'agit pas ici d'une erreur de texte qui serait passée inaperçue lors des débats parlementaires. Le rejet à l'Assemblée nationale de l'amendement de Mme FRAYSSE visant à obliger le ministre

---

l'expert et sécurité juridique, Séminaire du 3 oct. 2001, Paris, 55 p. Sur ces questions : D. TABUTEAU, Sécurité sanitaire et droit de la santé, *op. cit.*, p. 832-834.

[1] Le juge administratif accorde une importance certaine à cette question. Mais un contrôle *a posteriori* et sur saisine ne peut être suffisant.

chargé de la Santé à saisir le H.C.S.P. réuni en urgence[1] prouve que l'allègement de la procédure d'édiction des mesures d'urgence sanitaire est bien l'expression d'un choix délibéré du législateur, qui n'a pas souhaité soumettre l'action du ministre à l'avis préalable d'une instance d'expertise. Ce choix peut sembler paradoxal au regard de l'évolution du droit de la police sanitaire qui appuie de plus en plus les mesures de prévention sur les données de l'expertise.

566 Selon nous, il confirme plutôt l'idée que la rénovation de l'ordre public sanitaire emporte un dédoublement de l'obligation d'agir des autorités de police. L'ordre public sanitaire fait d'abord naître une obligation fonctionnelle classique : celle qui correspond à l'action défensive de l'administration confrontée à une situation de risque pour la santé publique. L'administration est ici assujettie à une simple obligation de moyens, dont l'appréciation peut varier selon les circonstances[2]. Rénové par le droit fondamental à la protection de la santé, l'ordre public sanitaire renvoie ensuite à une obligation matérielle : celle de l'efficacité qui suppose que les autorités de police adoptent les mesures qui, en l'état des connaissances scientifiques, sont les plus efficaces pour la protection de la santé des personnes. Sur ce point, l'administration est soumise à une obligation de quasi-résultat qui lui impose d'une part, de diligenter les études nécessaires à l'action efficace, et d'autre part, de respecter scrupuleusement les préconisations des experts.

567 Ces deux obligations sont hiérarchisées et obéissent à un ordre de priorité : l'obligation fonctionnelle de défense sanitaire – celle du maintien de l'ordre public sanitaire au sens classique du terme – l'emporte sur l'obligation matérielle d'efficacité nourrie par le droit fondamental à la protection de la santé. Il n'est donc pas surprenant que le législateur du 9 août 2004 ait, dans la réforme du dispositif de l'urgence sanitaire, privilégié la rapidité de l'action sur son efficacité. Dans une situation de menace grave pour la santé publique, la priorité est d'agir le plus rapidement possible, sans aucun frein de procédure, quitte ensuite à rectifier les mesures adoptées selon les avis formulés par les experts du H.C.S.P. qui en examinent régulièrement le bien-fondé.

La hiérarchisation opérée par la loi du 9 août 2004 entre les obligations de diligence et d'efficacité correspond à la logique bien comprise de la jurisprudence *Ministre de l'Emploi et de la Solidarité.* Il importe en effet de se souvenir que, dans les affaires *Bourdignon* et *Thomas*, c'est pour sa carence totale, et non en raison de l'insuffisance de son action, que l'État a été sanctionné. La Cour administrative d'appel de Marseille a ainsi très nettement dissocié ces deux aspects spécifiques de l'obligation

---

[1] Cet amendement a été rejeté par la Commission des affaires culturelles, familiales et sociales de l'Assemblée nationales, suivant l'avis défavorable de son rapporteur (*cf.* J.-M. DUBERNARD, Rapport n° 1092 sur le projet de loi n° 877 relatif à la politique de santé publique, *op. cit.*, 2e partie, p. 50).

[2] L'urgence notamment justifie une plus grande permissivité du juge.

d'agir que sont les obligations de diligence et d'efficacité[1]. Contrairement à ce qu'avait jugé le tribunal administratif, elle a en effet considéré que l'abstention de l'État à mieux s'informer sur le risque et sa carence à prendre les mesures nécessaires pour le limiter ont constitué deux fautes distinctes (en témoigne le pluriel utilisé), la première aggravant la faute principale caractérisée par l'absence de mesure destinée à prévenir le risque sanitaire. L'obligation d'expertise n'ayant jusqu'alors jamais été consacrée en tant que telle, il faut sans doute voir dans cette présentation une preuve de la prudence des juges d'appel. Mais elle témoigne aussi de leur bon sens puisqu'en différenciant ces deux fautes, leurs arrêts opèrent aussi une distinction entre la pure obligation d'action, qui est déclenchée par la connaissance même imparfaite d'un danger, et l'obligation d'efficacité des mesures de prévention, qui suppose, quant à elle, une bonne connaissance scientifique du risque sanitaire, « *au besoin*, complète le Conseil d'État, *à l'aide d'études ou d'enquêtes complémentaires* ».

568 Cette présentation est, au demeurant, conforme à la logique du maintien de l'ordre public sanitaire dont les impératifs de prévention des risques sanitaires ne sauraient *a priori* s'épuiser dans l'efficacité des mesures arrêtées par l'administration. Il importe donc que les autorités compétentes ne se retranchent pas derrière une connaissance incomplète ou imparfaite du risque et/ou sur une impossibilité technique de s'assurer de l'efficacité des mesures de prévention envisagées pour justifier leur inaction ou leur retard à agir. *Les obligations de diligence et d'efficacité doivent être conçues comme des obligations distinctes bien que cumulatives.* Cette solution donne alors tout son relief à l'obligation d'adaptation de la réglementation qui est par ailleurs faite à l'État. C'est donc bien ici une véritable méthodologie de l'action préventive que le juge administratif a entendu définir. Cette systématisation de l'obligation d'agir accroît significativement les sujétions pesant sur l'administration pour la protection de la santé publique. Sous l'effet du droit à la sécurité pour la santé, son intervention passe bien, comme l'apercevait déjà M. TRUCHET, « *de l'acte à la procédure* »[2].

Aussi importante soit-elle, cette méthodologie achevée de l'action de police sanitaire ne suffit pas toutefois à rendre compte de l'intégralité des évolutions induites par la rénovation de l'ordre public sanitaire. L'efficacité de la protection de la santé publique passe aussi par l'observation d'une nouvelle règle de prudence, la précaution sanitaire, dont on attend une prise en compte plus précoce des risques sanitaires par l'administration.

---

[1] C.A.A. de Marseille, 18 oct. 2001, *Min. de l'Emploi et de la Solidarité* (4 esp.), préc. Dans le même sens, le Conseil d'État évoque bien *les* (et non *la*) carences fautives de l'administration.

[2] D. TRUCHET, L'obligation d'agir…, *op. cit.*, p. 305.

SECTION 2
LA CONSTITUTION D'UNE RÈGLE DE PRÉCAUTION SANITAIRE

569 La constitution de la précaution sanitaire résulte de la volonté des pouvoirs publics, vivement encouragés en cela par l'opinion publique, d'étendre les mécanismes de la prévention aux risques potentiels de dommages graves et irréversibles pour la santé publique. Son émergence, liée au succès du principe de précaution affirmé en droit de l'environnement[1], est donc de nature à renforcer encore les obligations faites à l'administration pour la protection de l'ordre public sanitaire.

570 Selon l'article L. 110-1 du Code de l'environnement, le principe de précaution indique que « *l'absence de certitudes, compte tenu des connaissances scientifiques et techniques du moment, ne doit pas retarder l'adoption de mesures effectives et proportionnées visant à prévenir un risque de dommages graves et irréversibles […] à un coût économiquement acceptable* »[2]. On remarquera que ces dispositions ne visent aucun destinataire particulier : la précaution relève d'un devoir général de prudence s'adressant aux responsables publics et privés, quelle que soit la nature de leur activité[3]. Comme le souligne M. TRUCHET[4] toutefois, il n'est plus question ici du principe libéral d'antan, « dans le doute, abstiens-toi », mais d'une règle interventionniste nouvelle, principalement consacrée au profit des autorités publiques[5]. Si les textes constituent la précaution comme un principe du droit de l'environnement, le standard de prudence auquel il renvoie a très vite été appliqué dans le domaine de la santé publique où il a notamment été reçu par l'ordre public sanitaire (§1). L'apport de ce principe au droit de la police sanitaire reste toutefois mal déterminé (§2).

---

[1] Sur l'histoire de ce principe, *cf.* notamment F. CHAUMET et F. EWALD, Petite bibliothèque d'actualité autour de la précaution, *op. cit.*, p. 99-104 ; M. BOUTONNET et A. GUÉGAN, Historique du principe de précaution, in *Le principe de précaution.* Rapport de Ph. KOURILSKY et G. VINEY au Premier ministre du 29 nov. 1999, Paris, Éd. Odile Jacob / La documentation française, 2000, p. 253-276.

[2] L'art. 5 de la Charte de l'environnement propose une autre définition, sans doute plus opérationnelle, du principe de précaution en considérant que « *lorsque la réalisation d'un dommage, bien qu'incertaine en l'état des connaissances scientifiques, pourrait affecter de manière grave et irréversible l'environnement, les autorités publiques veillent, par application du principe de précaution et dans leurs domaines d'attributions, à la* mise en oeuvre de procédures d'évaluation des risques et à l'adoption de mesures provisoires et proportionnées *afin de parer à la réalisation du dommage* » (nous soulignons). C'est cependant par référence à la définition retenue par la L. n° 95-101 du 2 février 1995 relative au renforcement de la protection de l'environnement (*J.O.* du 3 févr., p. 1840) que la précaution a été introduite en droit administratif et, particulièrement, en droit de la police sanitaire, ce qui explique qu'on la retienne ici.

[3] V. notamment C. RADÉ, Le principe de précaution, une nouvelle éthique de la responsabilité ?, in *Le principe de précaution*, colloque de l'Université de Bourgogne des 27 et 28 avr. 2000, *R.J.E.* 2000, n° spéc., p. 75-89 et D. JACOTOT, Le principe de précaution et le renforcement de l'action en responsabilité pour faute, *ibid.*, p. 91-104.

[4] D. TRUCHET, L'obligation d'agir…, *op. cit.*, p. 305.

[5] Ce que confirme la Charte de l'environnement.

§1.- LA RÉCEPTION DU PRINCIPE DE PRÉCAUTION PAR L'ORDRE PUBLIC SANITAIRE

571 Loin d'être nouvelle, la notion de précaution appartient au vocabulaire classique du droit administratif[1] et est régulièrement invoquée en matière de police sanitaire pour apprécier l'adéquation des mesures adoptées par l'administration. Son sens a toutefois changé sous l'effet du principe de précaution. Ce principe, qui correspond à l'élaboration d'une nouvelle méthodologie de prévention des risques, notamment sanitaires (A), a en effet conduit le juge de l'excès de pouvoir à définir un nouveau cadre d'exercice de la police sanitaire, spécialement désigné par cette notion de précaution (B).

A.- LA DÉFINITION D'UNE NOUVELLE MÉTHODOLOGIE DE PRÉVENTION DES RISQUES SANITAIRES

572 Tel qu'il est affirmé par les textes, le principe de précaution vise principalement à redéfinir les conditions de l'agir et les comportements de prudence dans un contexte scientifique incertain[2]. Il ne se différencie pas fondamentalement de la prévention, mais correspond à l'affinement des objectifs de la régulation des risques, que la société moderne étend aux risques potentiels de dommages graves et irréversibles[3]. Sa logique repose, de la sorte, sur une approche renouvelée de la gestion des risques, notamment collectifs (1), que l'on relève, en particulier, dans le domaine de la santé publique (2).

1) Une approche originale de la gestion des risques

573 La notion de précaution est, depuis longtemps, régulièrement utilisée par les autorités de police administrative dans leur action préventive. Immédiatement inspirée des notions de prudence et de diligence contenues aux articles 1382 et 1383 du Code civil, elle est notamment inscrite à l'article L. 2212-2 du Code général des collectivités territoriales qui, par une formule inchangée depuis la loi municipale de 1884, indique que la police municipale comprend notamment « *le soin de prévenir par des précautions convenables les accidents et fléaux calamiteux, ainsi que les pollutions de toute nature* »[4].

---

[1] Le même constat peut d'ailleurs être dressé en ce qui concerne le droit privé, et plus particulièrement le droit médical : P. SARGOS, Approche judiciaire du principe de précaution en matière de relation médecin-patient, *J.C.P.* 2000, I, 226, nos 4 et 5 spéc.

[2] *Cf.* notamment le *Rapport public 1998* du Conseil d'État, *Réflexions sur le droit de la santé*, *op. cit.*, p. 260 ; *Le principe de précaution*, Actes du colloque de l'Université de Bourgogne des 27 et 28 avr. 2000, *R.J.E.* 2000, n° spéc., 119 p. et M. FRANC, Traitement juridique du risque et principe de précaution, *A.J.D.A.* 2003, n° 8, p. 361-365.

[3] En ce sens, *cf.* notamment J. MOREAU et D. TRUCHET, *Droit de la santé publique*, 6e éd., *op. cit.*, p. 193 et J.-M. PONTIER, La puissance publique et la prévention des risques, *op. cit.*, p. 1755.

[4] Dans le même sens, l'art. 1er de la loi du 15 févr. 1902 a défini les règlements sanitaires comme étant constitués de l'ensemble des *précautions* à prendre pour prévenir ou faire cesser les maladies transmissibles. Pour une application : T.A. de Limoges, 5 nov. 1970, *Sieur Rousseau*, préc.

La précaution correspond ici à l'ensemble des mesures juridiques et matérielles adoptées par l'autorité de police administrative dans l'exercice de sa fonction de prévention des atteintes à l'ordre public. Dans cette perspective, elle renvoie à l'obligation de prudence s'imposant aux autorités chargées du maintien de l'ordre public. C'est en ce sens que M. GAUDEMET la présente comme « *l'âme de la police administrative qui consiste à identifier le risque et, en fonction de celui-ci, à prendre les "précautions convenables", c'est-à-dire celles qui sont accessibles et permettront de prévenir la réalisation de ce risque* »[1]. Ainsi conçue, la notion est donc fréquemment utilisée par le juge administratif lors de son contrôle des mesures de police administrative[2].

574 Néanmoins, ainsi que le relève Mme CANS[3], le sens même de la notion de précaution s'est trouvé largement modifié ces dernières années du fait de l'apparition du *principe* de précaution. D'abord énoncé par plusieurs conventions internationales sur l'environnement et le développement durable, dont principalement la déclaration de Rio de Janeiro du 14 juin 1992[4], avant d'être introduit dans le traité de l'Union européenne[5], ce principe, successivement inscrit à l'article L. 200-1 du Code rural, puis à l'article L. 110-1 II-1° du Code de l'environnement, a été défini par l'article 1 de la loi n° 95-101 du 2 février 1995[6] comme l'un des quatre principes généraux du droit de l'environnement. Il relève, selon la Charte de l'environnement de 2004, d'un principe nécessaire à l'application du droit de chacun « *de vivre dans un environnement équilibré et respectueux de la santé* »[7].

---

[1] Y. GAUDEMET, Avant-propos sur *Le principe de précaution*, étude du Conseil de l'environnement de l'électricité de France, *C.J.E.G.* 2001, n° 580, p. 356.

[2] On la retrouve ainsi dans le contentieux de la légalité (*cf.* par exemple C.E., 12 juin 1953, *Dlle Tisserand*, préc. où, pour justifier l'usage par un maire de ses pouvoirs de police générale, il est fait référence aux « *mesures de précaution destinées à préserver les habitants du voisinage des inconvénients pouvant résulter de la proximité* » d'un troupeau de boucs et de chèvres élevés par un particulier dans les caves et dépendants d'un immeuble d'habitation) Elle intervient aussi en droit de la responsabilité où elle sert le plus souvent à qualifier la faute d'imprudence (*cf.* par exemple C.E., 10 avr. 1974, *Ville de Cannes c. Soc. Ricordel,* préc.).

[3] Ch. CANS, Le principe de précaution, nouvel élément du contrôle de légalité, *R.F.D.A.* 1999, n° 4, p. 750.

[4] Point 15 de la déclaration.

[5] C'est également en 1992, par la conclusion du traité sur l'Union européenne à Maastricht, que le principe de précaution a été introduit dans le droit communautaire à l'art. 130 du traité de Rome, devenu l'art. 174 du traité CE : « *1. La politique de la Communauté dans le domaine de l'environnement contribue à la poursuite des objectifs suivants : la préservation, la protection et l'amélioration de la qualité de l'environnement ; la protection de la santé des personnes ; l'utilisation prudente et rationnelle des ressources naturelles ; la promotion, sur le plan international, de mesures destinées à faire face aux problèmes régionaux ou planétaires de l'environnement. 2. La politique de la Communauté dans le domaine de l'environnement vise un niveau de protection élevé, en tenant compte de la diversité des situations dans les différentes régions de la Communauté. Elle est fondée sur les principes de précaution et d'action préventive, sur le principe de la correction, par priorité à la source, des atteintes à l'environnement et sur le principe du pollueur-payeur* ». Sur ce point, v. notamment A. ALEMNIO, Principe de précaution et contrôle de légalité par les juridictions communautaires, *D.* 2007, p. 1527-1532.

[6] L. n° 95-101 du 2 févr. 1995 relative au renforcement de la protection de l'environnement, préc.

[7] Art. 1er de la Charte.

575 Le principe de précaution définit, dans un but de sécurité publique, l'attitude de prudence qui doit être celle du décideur, principalement des pouvoirs publics[1], en cas d'incertitude scientifique. Il se distingue donc *a priori* de la notion traditionnelle de précaution du droit de la police administrative. Certes, il la contient en ce qu'il renvoie aux exigences générales de modération et d'efficacité qui caractérisent l'obligation de prudence[2]. Mais il les aborde sous un angle, à la fois nouveau et strictement délimité : celui de l'incertitude scientifique qui impose notamment à l'autorité administrative, informée d'un risque possible de dommages graves et irréversibles, d'agir de manière précoce sans attendre de disposer de certitudes scientifiques[3]. Son introduction en droit révèle donc un glissement majeur entre le risque prouvé et l'incertitude comme fait constitutif de l'action.

La précaution correspond au paradigme de la société du risque qui appréhende le progrès scientifique et technique à l'aune de ses bienfaits et de ses dangers, prévisibles ou imprévisibles. C'est notamment cette conscience plus aiguë du risque qui a justifié l'organisation de systèmes de socialisation des risques garantissant la réparation de dommages nés de risques dont on soupçonne l'existence sans que l'on sache en quoi ils consistent vraiment. C'est sur ce principe qu'ont, par exemple, été mis en place des mécanismes d'indemnisation automatique des accidents non fautifs en matière de recherche biomédicale[4]. C'est encore la logique que révèle la constitution d'un fonds de garantie des risques liés à l'épandage agricole des boues d'épuration urbaines ou industrielles[5]. Dans cette hypothèse, le recours à la réparation de plein droit vise à entériner le risque de l'incertain et à préserver le choix de progrès scientifique et technique.

576 L'impératif de sécurité ne peut toutefois se suffire de mécanismes de réparation des risques potentiels qui, dans certains cas, provoquent des dommages qui, par leur nature et/ou leur gravité, ne sauraient être compensés par une indemnisation[6]. C'est à cette situation que s'adresse le principe de précaution. Celui-ci sert alors à définir une nouvelle règle d'action palliant les lacunes de la prévention dont les instruments ne permettent pas d'agir sur la base d'une probabilité[7]. Ce faisant, le principe de précaution marque une

---

[1] Selon l'art. L. 110-2 C. envir., le respect du principe de précaution s'impose à la fois au décideur public et privé, mais les autorités publiques en sont les destinataires principales.

[2] G. CORNU, *Vocabulaire juridique*, *op. cit.*, *verbo* « prudence ». En ce sens, la précaution rejoint la fonction primaire de défense sociale de l'ordre public.

[3] *Cf.* O. GODARD, Cl. HENRY, P. LAGADEC et E. MICHEL-KERJAN, *Traité des nouveaux risques*, Paris, Gallimard, 2002, 620 p., coll. Folio/actuel, n° 100, spéc. p. 14-15.

[4] Art. L. 1121-10 et L. 1142-3 C.S.P.

[5] V. la L. n° 2006-1772 du 30 déc. 2006 sur l'eau, préc. et l'art. L. 425-1 C. assurances.

[6] *Cf.* Commissariat général du Plan, *La décision publique face aux risques*, Rapport du séminaire « Risques » animé par M. MATHEU, Paris, 2002, La Documentation française, p. 99.

[7] V. GODARD, L'ambivalence de la précaution et la transformation des rapports entre science et décision et F. EWALD, Le retour du malin génie. Esquisse d'une philosophie de la précaution, in *Le principe de précaution dans la conduite des affaires humaines*, sous la dir. d'O. GODARD, I.N.R.A., Paris,

nouvelle étape dans le traitement des risques collectifs qui se distingue, tout en les enrichissant, des logiques de la prévention[1]. La précaution se différencie de la prévention en ce qu'elle véhicule un nouveau modèle d'intervention qui, par le glissement du risque connu vers le risque possible, entraîne des décisions précoces dans un univers encore incertain[2]. La précaution se rapproche toutefois de la prévention en ce que, comme cette dernière, elle désigne un impératif de sécurité et cherche à protéger la collectivité des dangers qui pourraient la menacer. Il n'y a donc pas de différence de nature entre la prévention et la précaution qui rejoint, sur ce point, la fonction défensive de l'ordre public. Partant, sa mise en œuvre ne requiert pas la mise en place d'un nouvel arsenal juridique, mais s'appuie sur les instruments de la prévention, qu'elle applique de manière inédite à des risques potentiels[3].

D'abord consacré en droit de l'environnement, le principe de précaution s'est rapidement imposé en matière de santé publique qui en constitue aujourd'hui la terre d'élection[4].

2) La transposition de la précaution dans le domaine de la santé publique

577 La transposition du principe de précaution dans le domaine de la santé va de pair avec le développement de la sécurité sanitaire[5]. Précaution et sécurité sanitaire ont en effet le même objet, les risques anthropiques et iatrogènes, principalement technologiques, ce qui explique que le principe n'ait pour l'instant été appliqué qu'aux trois secteurs réglementés de la sécurité sanitaire : l'environnement, l'alimentation et les produits et biens de santé. Surtout, la précaution sanitaire, comme la notion de sécurité

1997, éd. de la Maison des sciences de l'homme, p. 37-98 et p. 99-126 ; O. GODARD et alii., *Traité des nouveaux risques*, *op. cit.*, p. 14-15 et O. GODARD, Le principe de précaution est un principe d'action, *Recherche* 2000, n° 330, *www.larecherche.fr*. Pour des études plus particulières à la santé publique, et parmi une littérature abondante : v. M. SETBON, Le principe de précaution en questions, *R.F.A.S.* 1997, nos 4-5, p. 201-207 ; M.-A. HERMITTE, Le principe de précaution à la lumière du drame de la transfusion sanguine, in O. GODARD (dir.), *Le principe de précaution dans la conduite des affaires humaines*, *op. cit.*, p. 179-198 ; K. FOUCHER, *Principe de précaution et risque sanitaire. Recherche sur l'encadrement juridique de l'incertitude scientifique*, Th. Dr. Nantes 2000, Paris, L'Harmattan, 2002, coll. Logiques Juridiques, 560 p. et G. BRÜCKER, Réflexions sur l'application du principe de précaution au domaine de la santé, *D.* 2007, p. 1546-1548. Se reporter également aux *Rapports pour 1998* et *pour 2005* du Conseil d'État, *op. cit.*

[1] Sur cette question, *cf.* notamment les travaux de M. EWALD : Le retour du malin génie. Esquisse d'une philosophie de la précaution, *op. cit.*, p. 99-126 et Risques technologiques : les nouvelles figures de la responsabilité, *Universalia* 1998, p. 98-105. V. également O. GODARD et alii, *Traité des nouveaux risques*, *op. cit.*, p. 31 s.

[2] V. notamment Conseil économique et social : « Environnement et développement durable. L'indispensable mobilisation des acteurs économiques et sociaux », *La Gazette des communes* du 2 juin 2003, cahier détaché n° 2, p. 214.

[3] V. notamment Ph. KOURILSKY et G. VINEY, *Le principe de précaution*, *op. cit.*, p. 18 et p. 21 et K. FOUCHER, *Principe de précaution et risque sanitaire…*, *op. cit.*, p. 27-28.

[4] Sur ce point, *cf.* Mme OLOUMI qui estime que « *le principe de précaution est prioritairement destiné à orienter des décisions publiques […] en matière de maîtrise des risques sanitaires suspectés* » (Le principe de précaution, outil effectif du processus de décision publique, 12 juin 2004, *www.rajf.org/article.php3 ?_article=2579*, p. 7).

[5] À tel point que M. CAYLA a pu voir dans le principe de précaution, le fondement de la sécurité sanitaire : J.-S. CAYLA, Le principe de précaution, fondement de la sécurité sanitaire, *R.D.S.S.* 1998, n° 3, p. 491-495.

sanitaire, cristallise la forte revendication sociale de sécurité exprimée dans le domaine de la santé publique. Son succès est donc immédiatement lié à l'intolérance nouvelle de la société au risque évitable qui, dans ce secteur, a conduit non seulement à la revalorisation des impératifs de la protection de la santé publique par le biais de la sécurité sanitaire, mais aussi à une remise en cause nouvelle des logiques classiques de la prévention sanitaire basée sur la connaissance scientifique[1].

578 La précaution implique que, dans un contexte d'incertitude scientifique interdisant l'évaluation sûre et objective du rapport bénéfices-risques, les autorités sanitaires fassent prévaloir les intérêts de la santé publique sur les intérêts économiques et la liberté d'entreprendre. La gestion de l'incertain par les pouvoirs publics entre ainsi de plain-pied dans l'objectif du renforcement de la sécurité sanitaire dont la méthodologie ne peut faire l'économie des risques qui, bien qu'imparfaitement connus, peuvent avoir de graves répercussions sur la santé de la population.

579 La précaution sanitaire contribue de la sorte à redéfinir les relations traditionnellement établies entre le savoir scientifique et la décision publique, notamment en ce qu'elle suggère l'action avant que la connaissance du risque ne soit pleinement acquise. Mais, contrairement à ce qui a parfois été avancé, cette logique nouvelle n'infère pas de rupture entre la décision et la science. La précaution, qui induit une prise en charge plus précoce des risques, repose avant tout sur une logique d'anticipation qui fait reculer le seuil de connaissances à partir duquel l'intervention publique doit se déclencher. La précaution sanitaire pose donc un nouvel axiome, déjà évoqué par M. LEGAL dans ses conclusions sur l'arrêt *M. D.* du 9 avril 1993, selon lequel « *en situation de risque, une hypothèse non infirmée [doit] être tenue provisoirement pour valide, même si elle n'est pas formellement démontrée* »[2]. Elle n'opère pas pour autant de rupture entre l'expertise scientifique et la décision publique qui s'adosse nécessairement aux données disponibles de la science[3]. Comme l'écrit Mme FOUCHER, « *la différence entre le principe de prévention et le principe de précaution porte […] sur le degré de connaissances scientifiques subordonnant l'action* »[4].

580 Comme dans le secteur de l'environnement, l'application de la précaution dans le domaine sanitaire vise à déterminer « *une obligation de comportement de prudence face aux incertitudes scientifiques, dans un but de sécurité* »[5], en l'occurrence de sécurité

---

[1] Sur ce point, *cf.* notamment M. SETBON, Le principe de précaution en question, *op. cit.*, p. 201-207 et Z. OLOUMI, Le principe de précaution, outil effectif du processus de décision publique, *op. cit.*, p. 1-3 et 5-7.

[2] H. LEGAL, concl. sur C.E., Ass., 9 avr. 1993, *R.F.D.A.* 1993, p. 597.

[3] *Cf.* O. GODARD et alii., *Traité des nouveaux risques*, *op. cit.*, p. 133.

[4] K. FOUCHER, *Principe de précaution et risque sanitaire…*, *op. cit.*, p. 28.

[5] C. CANS, Le principe de précaution…, *op. cit.*, p. 757. V. également F. EWALD, Les risques technologiques : les nouvelles figures de la responsabilité, *op. cit.*, p. 98-105 et Conseil d'État, *Rapport public 1998*, *op. cit.*, p. 256-260.

sanitaire. Principe d'orientation de l'action publique, la précaution définit d'abord l'attitude qui doit être celle des pouvoirs publics en cas d'incertitude scientifique. Ainsi perçue, la précaution sanitaire s'analyse donc comme un outil d'aide à la décision de santé publique[1]. Son émergence favorise toutefois la rénovation du processus décisionnel dans le domaine de la protection de la santé publique et contribue à inscrire l'action de santé publique dans un cadre renouvelé[2].

D'une part, ainsi que le relève la section des études du Conseil d'État dans son *Rapport pour 1998*, « *le principe de précaution suppose une approche prospective de la décision [puisqu'] il impose la prise en compte des risques futurs* »[3]. Il donne alors un contenu nouveau à la normalité sanitaire en ce que peuvent être désormais considérées comme anormales, et partant relever de la catégorie des troubles à l'ordre public sanitaire, des situations futures qui, par définition, ne peuvent être que supposées[4]. D'autre part, souligne M. SETBON, « *le principe de précaution fournit à l'action publique un cadre normatif nouveau dont il est attendu une anticipation plus précoce des risques* »[5]. En abaissant le seuil de connaissances à partir duquel les autorités publiques doivent intervenir, la précaution fait en effet remonter plus haut dans le temps le moment de la décision. Sa mise en œuvre modifie donc les critères de déclenchement de l'action publique en ajoutant le risque incertain au risque prouvé.

581 En dépit des vœux de M. KOUCHNER[6], il n'existe pas, dans le domaine de la santé publique de texte équivalent ou comparable à l'article L. 110-1 du Code de l'environnement inscrivant la précaution parmi les exigences générales de la protection de la santé publique. Sa logique n'en est pas moins effective[7].

La précaution sanitaire est, tout d'abord, régulièrement invoquée par les pouvoirs publics à l'appui de leurs décisions de santé publique. Elle a ainsi été utilisée par la Commission européenne pour fonder des mesures qui, à l'exemple de l'embargo commercial sur la viande bovine britannique, sont opposables à tous les États membres de

---

[1] En ce sens, *cf.* notamment M. SETBON, Le principe de précaution en question, *op. cit.*, p. 201-207 et Ph. KOURILSKY et G. VINEY, *Le principe de précaution*, *op. cit.*, p. 22 et p. 60 s.

[2] *Cf.* G. MARTIN, Précaution et évolution du droit, *D.* 1995, chron., p. 299. Une seconde version de ce texte est publiée in *Le principe de précaution dans la conduite des affaires humaines*, sous la dir. d'O. GODARD, *op. cit.*, p. 331-351.

[3] *Rapport public 1998*, *op. cit.*, p. 257.

[4] La section des études du Conseil d'État y perçoit ainsi une « *facette nouvelle de la notion d'intérêt général, en tant qu'il implique un arbitrage entre les préoccupations d'aujourd'hui et le souci de l'intérêt des générations futures* » (*ibid.*, p. 257).

[5] M. SETBON, Le principe de précaution en questions, *op. cit.*, p. 201.

[6] V. notament son intervention au Sénat le 24 sept. 1997 (*J.O.* Sénat, p. 2285).

[7] Se reporter à K. FOUCHER, *Principe de précaution et risque sanitaire…*, *op. cit.* V. également G. MARTIN, Précaution et évolution du droit, in *Le principe de précaution dans la conduite des affaires humaines*, *op. cit.*, p. 333 et L. GONZALEZ VAQUÉ, L. EHRING et C. JACQUET, Le principe de précaution dans la législation communautaire et nationale relative à la protection de la santé publique, *R.M.U.E.* 1999, p. 99.

l'Union[1]. Elle est également employée par l'État français qui l'a, par exemple, mise en œuvre à l'appui de son refus de lever l'embargo sur le bœuf britannique[2], pour suspendre la campagne de vaccination systématique contre l'hépatite B en milieu scolaire[3] ou, plus récemment, pour déposer une clause de sauvegarde sur la culture du maïs MON 810[4].

Le législateur a par ailleurs intégré la logique de la précaution sanitaire dans un certain nombre de polices spéciales régissant la mise en pratique des nouvelles technologies. C'est le cas, par exemple, de la loi du 13 juillet 1992 relative au contrôle de l'utilisation et de la dissémination des organismes génétiquement modifiés[5] dont les mécanismes visent notamment à préserver la santé de la population des conséquences dommageables possibles, mais incertaines, de l'utilisation agricole de ces produits[6]. Cette logique inspire également les polices relatives aux produits et aux biens de santé. On la découvre notamment à l'article L. 5312-1 du Code de la santé publique qui habilite le directeur de l'A.F.S.S.A.P.S. à suspendre ou à interdire un produit, un groupe de produits ou une activité de santé qui *est soupçonné de présenter*, dans des conditions d'emploi normales ou raisonnablement prévisibles, un danger pour la santé humaine. Il y a bien ici une application de la logique de la précaution en ce qu'elle justifie l'édiction précoce de mesures préventives avant que le risque ne soit certain et scientifiquement démontré[7].

Enfin et surtout, l'opposabilité de la précaution sanitaire a été consacrée par les juridictions administratives qui l'ont inscrite parmi les éléments du contrôle de la légalité externe et interne des mesures de santé publique. La règle de précaution intervient déjà au stade de l'expertise et de l'évaluation des risques. Elle fait notamment entrer les risques potentiels parmi les éléments du rapport bénéfices-risques sur lequel repose la décision de

---

[1] C.J.C.E., 5 mai 1998, *Royaume-Uni c. Commission* et *National Farmer's Union* (2 esp.), préc.

[2] Sur cette question et l'opposition marquée entre la France et les autorités communautaires, *cf.* C.J.C.E., 13 déc. 2001, *Commission des communautés européennes c. République française,* préc. ; – 22 oct. 2002, *National Farmers' Union*, préc. et C.E., 24 nov. 2003, *Soc. National Farmers' Union*, préc. V. la note de T. HAMONIAUX, Principe de précaution et refus de la France de lever l'embargo sur la viande bovine britanique, *A.J.D.A.* 2002, p. 164-169.

[3] Sur ce point *cf.* notamment la réponse du Secrétaire d'État à la santé à la question orale de M. ACCOYER, *J.O.* Ass. nat., 1ère séance du 7 oct. 1998, p. 6037-6038.

[4] Arr. des 7 et 13 févr. 2008 suspendant l'autorisation de la culture du maïs génétiquement modifié MON 810, *J.O.* du 9 févr., p. 2462 et du 19 févr., p. 3004. V. le communiqué du Gouvernement du 11 janv. 2008, *www.premier-ministre.gouv.fr.* Selon ce communiqué, cette décision, prise en application du principe de précaution, s'appuie sur les conclusions du comité de préfiguration de la Haute autorité sur les O.G.M., faisant état d'éléments scientifiques nouveaux et de la nécessité d'expertises complémentaires sur les effets sanitaires et environnementaux de l'O.G.M. MON 810 à long terme. Sur le rejet des demandes tendant à la suspension de ces arrêtés : C.E., ord., 19 mars 2008, *Assoc. gén. des producteurs de maïs et a.*, préc.

[5] L. n° 92-654 du 13 juill. 1992, préc.

[6] Sur ce point, *cf.* M.-A. HERMITTE, Les O.G.M. et la précaution… comme un parfum de nostalgie, *www.ecoropa.fr.*

[7] Pour des exemples d'application, *cf.* les décisions A.F.S.S.A.P.S. du 31 mai 2002 (*J.O.* du 30 juin ; *B.J.S.P.* 2002, n° 54, p. 2) et du 10 juill. 2002 (*J.O.* du 4 août ; *B.J.S.P.* 2002, n° 55, p. 2). V. également, pour la police des produits phytosanitaires, les art. L. 253-6 et R. 256-46 du C. rur. et C.E., 27 févr. 2008, *Soc. Top SA*, préc. : « *Le ministre peut légalement, sans méconnaître le principe communautaire de proportionnalité, retirer une autorisation de mise sur le marché s'il démontre que l'une des conditions requises pour l'obtention de cette autorisation relative à l'efficacité et à l'innocuité du produit à l'égard de la santé publique n'est plus satisfaite, ou s'il fait état d'un* doute sérieux *sur ce point* ».

santé[1]. La précaution sanitaire relève alors d'une obligation processuelle[2]. C'est ce qu'illustre notamment le célèbre arrêt de Section, *Greenpeace France*, du 25 septembre 1998 où, pour surseoir à l'exécution de l'arrêté ministériel de la commercialisation de maïs transgéniques produits par la société Norvatis, le Conseil d'État a jugé que le moyen tiré du caractère incomplet du dossier d'évaluation des risques au vu duquel la commission scientifique avait rendu son avis et de la violation du principe de précaution mentionné à l'article L. 200-1 du Code rural était « *sérieux et de nature à justifier l'annulation dudit arrêté* »[3]. La règle de précaution contient aussi un impératif de décision qui permet aux décideurs, en particulier les autorités de santé publique, de prendre les mesures utiles à la protection de la santé de la population contre les risques potentiels de dommages graves et irréversibles. Elle s'analyse alors comme une règle d'action anticipée sur la preuve du risque qui justifie l'adoption précoce de mesures préventives avant même que le risque ne soit certain et scientifiquement établi[4].

Sous ces deux aspects, la précaution sanitaire relève bien d'une logique de sécurité renforcée pour la santé. Elle a de la sorte vocation à réduire encore la marge de manœuvre des autorités de police sanitaire. C'est en tout cas ce qu'il ressort à première vue des décisions du juge de la légalité qui a, sur cette base, défini un cadre particulier d'exercice de la police sanitaire.

B.- LA CONSTRUCTION D'UN NOUVEAU CADRE D'ACTION DE LA POLICE SANITAIRE PAR LE JUGE DE L'EXCÈS DE POUVOIR

582 Introduite dans le contentieux de la légalité par l'arrêt *Greenpeace France* du 25 juillet 1998[5], la précaution sanitaire a rapidement été consacrée par le Conseil d'État comme une règle spécifique d'action anticipée de la police sanitaire (1). Mais au-delà,

---

[1] *Cf. supra* n°s 488 s.

[2] Cet aspect est bien mis en avant par l'art. 5 de la Charte de l'environnement selon lequel « *lorsque la réalisation d'un dommage, bien qu'incertaine en l'état des connaissances scientifiques, pourrait affecter de manière grave et irréversible l'environnement, les autorités publiques veillent, par application du principe de précaution et dans leurs domaines d'attributions, à la mise en oeuvre de procédures d'évaluation des risques […]* ».

[3] C.E., Sect., 25 sept. 1998, *Assoc. Greenpeace France et a. c. Min. de l'Agriculture et de la Pêche*, préc. V. également C.E., Sect., 11 déc. 1998, *Assoc. Greenpeace France et a.* n°s 194348, 195511, 195576, 195611 et 195612, *Rec.* p. 469 ; – 22 nov. 2000, *Assoc. Greenpeace France et a.*, n°s 194348, 195511, 195576, 195611 et 195612, *Rec.* p. 548 ; *D.A.* févr. 2000, p. 33, note L.T. Le juge n'hésite pas à retenir l'erreur de droit lorsque l'autorité administrative n'a pas examiné l'intégralité des éléments nécessaires à l'appréciation de la sécurité d'un produit : C.E., 9 oct. 2002, *Union nationale de l'apiculture française*, préc. C'est encore dans le même sens que l'arrêt *M. M.* de la Cour administrative d'appel de Nantes du 29 déc. 2006 a considéré que le lancement d'une enquête de pharmacovigilance concernant la vaccination contre l'hépatite B satisfaisait aux exigences de la précaution (préc.).

[4] Cette règle d'action anticipée est par exemple prévue à l'art. L. 5312-1 C.S.P. cité plus haut.

[5] C.E., Sect., 25 sept. 1998, *Assoc. Greenpeace France et a.*, préc. Sur l'importance de cette décision dans le processus de judiciarisation du principe de précaution, *cf.* L. BAGHESTANI-PERREY , La valeur juridique du principe de précaution, in *Le principe de précaution*, colloque de l'Université de Bourgogne des 27 et 28 avr. 2000, *R.J.E.* 2000, n° spéc., p. 25-27.

son utilisation contentieuse signale avant tout une hiérarchisation matérielle de l'ordre public sanitaire dont le juge administratif rompt pour la première fois l'unité (2).

1) La consécration d'une règle d'action anticipée de police sanitaire

583 La consécration par le Conseil d'État d'une règle spécifique d'action contraignante de précaution sanitaire résulte de l'arrêt *Société Pro-Nat* du 24 février 1999[1]. L'espèce, intervenant en pleine crise de la « vache folle », concernait la légalité d'un décret du 14 octobre 1997. Pris sur le fondement de l'article L. 214-1 du Code de la consommation, ce texte reprenait les dispositions d'un précédent décret du 10 avril 1996 interdisant l'emploi de certains tissus ou liquides corporels d'origine bovine présentant des risques potentiels de transmission de l'agent E.S.B. à l'homme dans les aliments pour bébés et certains compléments alimentaires qu'il étendait à l'emploi de tissus ou liquides corporels d'origine ovine ou caprine ainsi qu'aux tissus ou liquides embryonnaires provenant de bovins, d'ovins ou de caprins. Saisi d'un recours pour excès de pouvoir formé par la Société Pro-Nat contre cette double extension, il s'agissait notamment pour le Conseil d'État de savoir si cette mesure d'interdiction, qui ne reposait pas sur la certitude d'un risque pour la santé publique, résultait ou non d'une mauvaise appréciation des nécessités de la protection de la santé publique[2]. Après un examen minutieux du contexte scientifique de l'espèce faisant apparaître la possibilité d'un danger sanitaire, le juge de l'excès de pouvoir conclût à l'absence d'erreur manifeste d'appréciation en arguant des « *mesures de précaution qui s'imposent en matière de santé publique* ». Un risque sanitaire potentiel, qui n'est ni confirmé ni infirmé par les experts scientifiques, peut donc légalement justifier une interdiction de police administrative.

On se doit de reconnaître que l'application du principe de précaution par le juge administratif n'est pas, par elle-même, totalement nouvelle. En premier lieu, dans son arrêt *Greenpeace France* du 25 septembre 1998[3], la Section du contentieux du Conseil d'État avait déjà explicitement fait référence à ce principe de gestion des risques incertains. Mais l'appel à ce principe au niveau de la légalité externe n'avait alors eu ni pour objet ni pour effet de définir une règle d'action anticipée des autorités de police sanitaire. En second lieu, la Haute juridiction administrative avait déjà évoqué les « *précautions qui s'imposent en matière de protection de la santé publique* » pour décider

---

[1] C.E., 24 févr. 1999, *Soc. Pro-Nat*, préc.

[2] « Notamment » car un autre moyen, celui de la rupture de l'égalité devant les charges publiques, fut, sans davantage de succès, également développé par la société requérante. Sur ce point, *cf. infra* n° 643.

[3] C.E., Sect., 25 sept. 1998, *Assoc. Greenpeace France et a. c. Min. de l'Agriculture et de la Pêche*, préc. Se reporter également au rapport général pour l'année 1998 du Conseil d'État, *op. cit.*, p. 257. On observera qu'avant même cet arrêt, certaines décisions du juge de la légalité avaient déjà fait implicitement application du principe de précaution en exigeant de l'administration qu'elle prenne en compte des risques incertains : *cf.* notamment : C.E., 4 janv. 1995, *Min. de l'Intérieur c. M. Rossi*, préc. et – 30 avr. 1997, *Cne de Quevillon*, n° 159224, *Rec.* tables p. 1118 ; *D.A.* 1997, n° 262.

de la légalité d'une mesure de police sanitaire dans une affaire *Mme Barbier*, jugée le 21 avril 1997[1]. Il reste que cette décision ne fait aucune référence au niveau de connaissance scientifique du risque qu'il s'agissait de prévenir. Elle ne paraît alors véritablement significative que si elle est éclairée par la jurisprudence postérieure[2].

L'arrêt *Société Pro-Nat* est donc remarquable en ce qu'il est le premier à associer de façon explicite une mesure motivée par un risque non prouvé à l'emploi du terme « précaution ». En l'appliquant au contrôle de la légalité interne d'une décision de police sanitaire, le Conseil d'État rejoint ainsi la solution retenue par la Cour de Justice des Communautés européennes qui, à l'occasion de l'examen de la décision Commission européenne du 24 mai 1996 instaurant l'embargo sur la viande bovine britannique, avait admis l'existence d'un principe de précaution sanitaire selon lequel « *lorsque des incertitudes subsistent quant à l'existence ou la portée des risques pour la santé des personnes, les institutions [peuvent] prendre des mesures de protection sans avoir à attendre que la réalité et la gravité de ces risques soient pleinement démontrées* »[3].

584 Ainsi conçue, la précaution sanitaire renvoie donc à un standard normatif[4] qui, obligeant l'administration à prendre en compte les risques incertains pour la santé publique, s'inscrit en plein dans la norme d'ordre public sanitaire. Mais il s'agit alors d'un ordre public sanitaire dont les exigences de protection et de sécurité sont nettement renforcées puisqu'il habilite les autorités de police à agir sur la base de risques incertains, ce qui lui permet notamment de faire remonter dans le temps le moment de son intervention. La précaution transforme donc la notion de trouble à l'ordre public sanitaire en faisant reculer le seuil de connaissances à partir duquel l'intervention publique doit se déclencher.

585 La difficulté principale réside alors dans la détermination de ce nouveau seuil de déclenchement de l'action, ce qui pose la question de savoir à partir de quel niveau de

---

[1] C.E., 21 avr. 1997, *Mme Barbier*, n° 180274, inédit.

[2] Même si l'on croit, avec Mme ROUYÈRE, qu'en l'espèce, le risque n'atteignait pas « *un degré de gravité ou d'urgence strictement comparable à celui qui justifie le plus couramment l'application de l'article L. 221-5 du Code de la consommation [ce qui] expliquerait cette allusion complémentaire aux « précautions » et lui donnerait du même coup une signification spécifique par rapport à la prévention* » (L'exigence de précaution saisie par le juge. Réflexions inspirées par quelques arrêts récents du Conseil d'État, *R.F.D.A.* 2000, n° 2 (16), p. 273).

[3] C.J.C.E., 5 mai 1998, *Royaume-Uni c. Commission* et *National Farmers Union* (2 esp.), préc. (points 99-100 et 63-64).

[4] En ce sens, on observera, toujours avec Mme ROUYÈRE que dans l'arrêt *Société Pro-Nat*, comme d'ailleurs dans toutes les espèces relatives à la précaution sanitaire, le juge administratif évoque la notion de précaution sans faire référence au principe formalisé qui n'apparaît ni dans la motivation ni dans les visas de la décision (L'exigence de précaution saisie par le juge.... *op. cit.*, p. 267). Cet appel à la règle juridique non écrite a soulevé une large controverse sur la valeur juridique de ce principe. En dépit de son affirmation constitutionnelle, nous tendons, pour notre part, à le considérer comme une notion instrumentale de même nature que la prévention, et partant sans valeur juridique prédéterminée.

connaissance sur le risque les mesures de police peuvent ou doivent être adoptées[1]. La réponse à cette question dépend immédiatement de l'objectif assigné à la précaution. Il s'agit en effet de déterminer si les mesures de précaution ont ou non pour ambition de garantir une sécurité absolue. Dans l'affirmative, elles auront pour objet de parer à un risque de dommage qui n'est ni connu ni même sérieusement soupçonné, mais déduit de l'absence de preuve contraire, c'est-à-dire de l'impossibilité de démontrer la sécurité absolue[2]. En droit de la police administrative, cette conception suggère une véritable révolution des logiques traditionnelles en introduisant une présomption de trouble à l'ordre public sanitaire constituée tant que le risque zéro n'est pas établi et sur la base de laquelle l'autorité de police pourrait exercer ses prérogatives de puissance publique. En dépit de ses dangers[3], cette approche intégrale de la précaution, défendue par certains milieux associatifs et quelques responsables politiques[4], est parfois retenue en droit positif[5]. D'une manière générale, prévaut toutefois une présentation plus modérée de la précaution, envisagée comme un « *principe de gestion de l'attente d'un progrès suffisant des connaissances scientifiques* »[6]. Dans cette perspective, il s'agit toujours de définir une règle d'intervention anticipée sur la preuve du risque. Celui-ci doit néanmoins être établi par « *l'énoncé d'une hypothèse […] scientifiquement crédible, et […] admise comme*

---

[1] *Cf.* sur ce point K. FOUCHER, *Principe de précaution et risque sanitaire…*, *op. cit.*, p. 367. Comme le souligne M. TABUTEAU, « *entre le certain et l'incertain se loge le plus ou moins certain, et cette incertitude est protéiforme* » (*La Sécurité sanitaire*, 2e éd., *op. cit.*, p. 73).

[2] Comme l'a souligné M. STAHL dans ses conclusions au fond sur l'affaire « *Greenpeace* », cette conception de la précaution implique une logique de « *moratoire dans le doute […] jusqu'au constat du risque zéro* » : J.-H. STAHL, concl. sur C.E., Sect., 11 déc. 1998, *Assoc. Greenpeace France et a.*, non publiées

[3] Se reporter en particulier à P. KOURILSKY, *Du bon usage du principe de précaution*, Paris, 2001, éd. Odile Jacob, 173 p.

[4] *Cf.* C. HURIET, *Renforcer la sécurité sanitaire…*, *op. cit.*, p. 46.

[5] En ce sens, les art. L. 253-1 s. C. rur. subordonnent la délivrance de l'autorisation de mise sur le marché d'un produit phytopharmaceutique à usage agricole à la preuve de son innocuité à l'égard de la santé publique, des utilisateurs, des cultures et des animaux, soit à la démonstration de sa sécurité absolue. Ces dispositions sont appliquées sans réserve par le juge : C.E., 29 déc. 1999, *Soc. Rustica Porgrain Génétique S.A. et a.* et *Soc. Bayer*, n° 206687 et n° 207303, *Rec.* tables p. 601 ; *R.D. rur.* 2000, p. 76 et p. 441 ; *Dr. env.* 2000, p. 12, note R. ROMI ; *R.F.D.A.* 2000, p. 285, obs. A. ROUYÈRE ; – 4 févr. 2004, *Soc. Syngenta Agro et a.*, n° 242782, *Rec.* tables, p. 584 ; *R.D. rur.* 2004, p. 370, obs. ROCHARD ; – 28 avr. 2006, *Assoc. gén. des producteurs de maïs*, préc. ; – 27 févr. 2008, *Soc. Top SA*, préc. C'est également ce qui ressort de l'arrêt précité, *M. Rossi*, du 4 janvier 1995, par lequel le Conseil d'État a annulé une déclaration d'utilité publique de travaux de prélèvement d'eau, au motif qu'il n'était pas démontré que le périmètre de protection rapprochée retenu suffisait à garantir la qualité des eaux, alors même qu'aucun élément n'appuyait la thèse d'un risque d'infiltration. Dans le même sens, *cf.* également C.E., 30 avr. 1997, *Cne de Quevillon*, préc. (en l'espèce, le risque lié à la restitution finale de terrains renfloués par des boues de dragage dont l'innocuité toxicologique n'était pas positivement démontrée est assimilé à un risque grave de nuisance) et T.A. de Strasbourg, 22 févr. 2002, *Assoc. de défense des intérêts des quartiers centre-est de Strasbourg et a. c. Préfet du Bas-Rhin, Soc. Sogema* (n° 01-00951, *A.J.D.A.* 2002, p. 766, concl. R. COLLIER ; *D.* 2002, p. 2501, note E. DESCHAMPS (annulation, en raison de la violation du principe de précaution, d'un arrêté préfectoral réquisitionnant deux entrepôts en vue d'y stocker des farines animales dites « à bas risque » destinées à l'incinération. La situation des sites retenus notamment faisait craindre une pollution de l'eau, de l'air et des sols par ces farines « *dont l'absence totale de danger […] ne peut être affirmée* » bien qu'elles « *proviennent en principe de matériaux qui ne présentent pas de risques sérieux d'être contaminés par l'agent infectieux de la maladie* » de l'E.S.B.).

[6] Conseil de l'Environnement d'Électricité de France, *Le principe de précaution*, 22 mai 2001, publié in *C.J.E.G.* 2001, n° 580, p. 366.

plausible par une partie significative de la communauté scientifique au moment où la décision est prise »[1].

C'est ce modèle que privilégie le juge de l'excès de pouvoir lorsqu'il est conduit à connaître de litiges relatifs à l'action de police sanitaire[2]. En l'état actuel de la jurisprudence, en effet, la précaution n'autorise l'administration à recourir à ses pouvoirs de police sanitaire pour prévenir un risque potentiel qu'à partir du moment où il existe des raisons suffisamment sérieuses de croire en l'existence d'un risque pour la santé publique[3]. Le juge refuse de la sorte de s'engager dans une lecture extensive de la précaution, validant l'idée d'un droit au risque zéro.

586 À la lecture de la jurisprudence relative à la précaution, on note même une certaine réticence du juge à faire de celle-ci une règle d'action spécifique de la police administrative, clairement différenciée de la prévention. Car s'il est vrai que la précaution est parfois explicitement convoquée dans un contexte de risque incertain, ce dernier, pourtant censé être caractéristique de la précaution, ne paraît pas toujours importer sur le plan juridique.

587 Premièrement, de nombreux arrêts ne font aucunement référence à la nature potentielle ou avérée du risque dont il s'agit d'empêcher la réalisation[4]. Or, l'importance du critère de l'incertitude scientifique dans la définition de la règle précaution empêche

---

[1] *Ibid.*, p. 366.

[2] Outre l'arrêt *Soc. Pro-Nat* du 24 févr. 1999 où le Conseil d'État s'est livré à un examen attentif du contexte de l'espèce et du risque invoqué par l'administration avant de conclure à l'absence d'erreur manifeste d'appréciation, c'est ce qu'il ressort également l'arrêt C.E., 28 juill. 2000, *F.O. Consommateurs et a.*, nos 212115 et 212135, *Rec.* p. 352 ; *Dr. envir.* 2001, n° 86, p. 46 (à propos de la suspension de la fabrication, de l'importation, de l'exportation et de la mise sur le marché de jouets et d'articles de puériculture fabriqués en PVC souple contenant de phtalates et destinés à être mis en bouche par des enfants de moins de trois ans).

[3] C'est ce qu'illustre, par exemple, l'arrêt précité *Laboratoires Arion* du 29 juillet 2002 par lequel le Conseil d'État a annulé la décision de l'A.F.S.S.A.P.S. de reconduire pour une cinquième année consécutive une mesure de suspension d'autorisation de mise sur le marché alors qu'elle n'invoquait aucun élément de nature à justifier ses doutes sur l'innocuité du produit concerné. V. encore T.A. de Poitiers, ord., 22 oct. 2002, *Préfet des Deux-Sèvres c. Cne d'Ardin*, préc. (suspension d'arrêtés municipaux « anti-OGM », les maires n'ayant établi « *l'existence d'aucun danger potentiel clairement identifié [menaçant] réellement les habitants ou les cultures de la commune* »). Dans le même sens, quoique dans le cadre contentieux particulier qui est celui du référé-suspension : C.E., ord., 31 mars 2003, *Union nat. de l'apiculture française*, n° 254638, *Rec.* tables p. 922 ; *A.J.D.A.* 2003, p. 1388, note S. BOUSSARD ; *R.D. rur.* 2003, p. 703 (les contestations fondées sur l'irrespect des conditions d'innocuité n'ont pas été jugées de nature à créer un doute sérieux sur la légalité de la décision de refus d'abroger l'autorisation du Gaucho pour son usage sur le maïs).

[4] C'est le cas, par exemple, d'un arrêt du 28 février 2000 rendu par le Conseil d'État sur le recours en excès de pouvoir formé contre la décision du directeur de l'Agence du médicament de suspendre l'autorisation de mise sur le marché de produits homéopathiques fabriqués à partir de souches d'origine humaine et l'arrêté ministériel portant interdiction de ces médicaments. Par une motivation devenue classique en la matière, la Haute juridiction administrative a, en l'espèce, considéré qu'« *eu égard aux mesures de précaution qui s'imposent en matière de santé publique* », ni le directeur de l'Agence ni le ministre n'avaient commis d'erreur manifeste d'appréciation en estimant que la sécurité d'emploi des médicaments concernés n'était pas garantie « *compte tenu des risques de transmission de virus conventionnels et d'agents pathologiques non conventionnels présentés par ces produits* ». Il y a là apparemment une application de la règle de précaution sanitaire comparable à celle de l'arrêt *Société Pro-Nat*. Mais, contrairement à ce précédent, le juge n'a pas procédé à l'examen du contexte scientifique de ces décisions de police et n'apporte aucune information sur le degré de connaissance du risque et sa nature potentielle ou avérée (C.E., 28 févr. 2000, *Mme Delphine Galceran-Jennet*, n° 203010, inédit). *Cf.* également, C.E., 30 juin 1999, *Mme Catherine Germain*, n° 202814, *Rec.* tables p. 583.

de croire que ces omissions répétées résulteraient d'une logique d'économie de moyens[1]. Si la précaution renvoie bien à la prévention du risque incertain, la question du contexte scientifique devrait en effet apparaître au premier plan du contrôle des motifs de fait de la mesure de police.

588 Deuxièmement, on relève une autre série de décisions juridictionnelles évoquant cette fois la précaution dans le cadre classique de la prévention, c'est-à-dire dans des cas où le risque de danger est établi, connu et avéré. On peut sur ce point se reporter à un jugement du tribunal administratif de Lille en date du 19 avril 2000, *Fédération Nord-Nature*, par lequel une association de défense de l'environnement a obtenu, sur le fondement de la violation « *des exigences du principe de précaution* », la remise en cause du projet de contournement de l'agglomération lilloise en raison des risques de pollution des nappes d'eau souterraines qu'engendrerait la traversée des champs captants par l'aménagement autoroutier retenu par le schéma directeur de développement et d'urbanisme de l'arrondissement de Lille[2]. La particularité de cette affaire réside dans le fait que, « *de l'aveu même du juge administratif* »[3], aucun doute ne subsistait sur les effets polluants du projet retenu. La doctrine y a vu un recours abusif au principe de précaution que le juge, soupçonné de sacrifier « *à une mode sémantique* »[4], n'avait effectivement pas besoin de convoquer en l'espèce.

On retrouve pourtant la même assimilation de la précaution à la prévention dans la jurisprudence du Conseil d'État qui, à différentes reprises, a évoqué « *les mesures de précaution* » qui s'imposent en matière de santé publique ou d'environnement dans des affaires concernant un risque dont ni l'existence ni la nature ne faisaient l'objet de controverses. C'est ce qu'illustre, entre autres[5], l'arrêt *Syndicat national du commerce extérieur des produits congelés et surgelés et autres* du 29 décembre 1999[6]. L'espèce, déjà évoquée, concernait un arrêté interministériel suspendant la mise sur le marché de perches du Nil en provenance d'Ouganda, du Kenya et de Tanzanie et ordonnant le retrait

---

[1] D'autant plus que c'est par l'étude de ce contexte que le juge de l'excès de pouvoir vérifie l'exactitude matérielle des faits, *cf. infra* n°s 595-596.

[2] T.A. de Lille, 19 avr. 2000, *Féd. Nord-Nature c. Synd. mixte pour la révision et le suivi de la mise en œuvre du schéma directeur de l'arrondissement de Lille*, n° 98-552, *A.J.D.A.* 2000, p. 751, note DEHARBE ; *Dr. envir.* 2000, p. 9, note BARALLE.

[3] D. DEHARBE, note sous T.A. de Lille, 19 avr. 2000, *Féd. Nord-Nature…*, *op. cit.*, p. 754.

[4] M. GROS et D. DEHARBE, La controverse du principe de précaution, *R.D.P.* 2002, n° 3, p. 830.

[5] V. également C.E., 29 déc. 1999, *Soc. Rustica Prograin Genetique S.A et a.*, préc. à propos du contrôle de la légalité de la décision du ministre chargé de l'Agriculture de retirer provisoirement du marché l'insecticide « Gaucho » en raison de ses effets nocifs sur les abeilles et la note de M. ROMI in *Dr. env.* 2000, p. 12-13 ainsi que C.E., 24 oct. 2001, *Cne de Marennes et a.* (n°s 228543 et 233258, *Rec.* tables, p. 957 ; *D.A.* févr. 2002, p. 31, note C.M. ; *C.T.I.* 2002, p. 11, note L. ESTREIN) s'agissant du contrôle du « bilan coûts-avantage » d'un arrêté d'approbation d'une canalisation de transports de produits chimiques et les observations de M. GROS et M. DEHARBE, La controverse du principe de précaution, *op. cit.*, p. 842-843. Il est d'ailleurs intéressant de noter que dans ces deux espèces, qui invoquent la précaution en l'absence d'incertitude scientifique, la Haute juridiction administrative ne se réfère pas à l'art. L. 200-1 C. rur. (ou L. 101-2 II 1° C. envir.), mais se borne à tenir compte « *des mesures de précaution qui s'imposent en matière d'environnement* ».

[6] C.E., 29 déc. 1999, *Synd. nat. du commerce extérieur des produits congelés et surgelés et a.*, préc.

et la destruction des produits présents sur le territoire français en raison de la contamination de certains lots de poissons par des pesticides provoquant de graves intoxications alimentaires dont quatre-vingt sept personnes avaient déjà été victimes en Ouganda. Cette mesure très générale de police sanitaire était motivée par l'absence de certitudes quant à la sécurité des produits, cette incertitude résultant elle-même de l'hétérogénéité des lots de poissons et de l'impossibilité de vérifier lesquels d'entre eux contenaient du poisson contaminé. Cette affaire est donc tout à fait particulière en ce que le doute dont il est question n'est pas un doute scientifique et ne concerne pas le risque sanitaire qui est en l'espèce connu et avéré. L'incertitude évoquée porte sur la détermination précise des sources du danger[1]. L'action de l'administration, qui visait ici à empêcher la réalisation d'un risque avéré d'intoxication sur le territoire français, relevait de la sorte d'un comportement s'apparentant bien davantage à la prévention qu'à la précaution[2]. En ce sens, on relèvera que le Conseil d'État n'a pas fait appel à la précaution au niveau du contrôle des motifs de l'intervention, mais qu'il l'a utilisée pour apprécier l'adéquation de la mesure adoptée qui, « *au regard des risques pour la santé que présentaient les produits en cause* », n'était ni excessive ni disproportionnée[3].

Deux remarques s'imposent alors. En premier lieu, il est utile de relever la proximité de la situation de l'affaire des « perches du Nil » de celle que le Conseil d'État, statuant en plein contentieux, avait déjà eu à connaître lors des arrêts d'Assemblée du 9 avril 1993. Or la doctrine est aujourd'hui unanime sur ce point, le Conseil d'État était bien alors resté dans le cadre de la faute de prévention en dépit du fait que l'administration n'avait pas « *la certitude que tous les lots de produits dérivés du sang étaient contaminés* »[4]. Dans ces deux hypothèses, la confusion naît en réalité du contexte particulier des espèces qui sont relatives à un risque sériel, c'est-à-dire à un risque prévisible, dont on connaît la nature, l'origine et la gravité des conséquences possibles, mais sans que l'on puisse exactement en repérer la ou les sources matérielles. En second lieu, on observera que dans l'arrêt du 29 décembre 1999, comme dans tous les arrêts relatifs à la police sanitaire et évoquant la notion de précaution, le juge s'attarde sur la gravité et l'irréversibilité des dommages qui pourraient résulter de la réalisation du risque. Cette constante de la jurisprudence autorise alors un autre éclairage de la notion qui, avant de renvoyer à une règle d'action anticipée de la police, paraît bien se référer à un cercle particulier d'intérêts de l'ordre public sanitaire.

---

[1] Cette mesure met donc en cause l'insuffisance de la traçabilité, davantage que le principe de précaution *stricto sensu*.

[2] Rappelons que la prévention concerne les risques connus et avérés, nonobstant la probabilité de leur réalisation.

[3] On observera que cette utilisation de la notion de précaution est bien plus proche en l'espèce de son emploi classique dans le contrôle des mesures de police administrative que de la mise en œuvre du « principe » de précaution. Pour comparaison, *cf.* C.E., 12 juin 1953, *Dlle Tisserand*, préc. ou – 9 févr. 1973, *Sieur Rousseau*, préc.

[4] *Cf. infra* n° 606.

2) Une hiérarchisation matérielle de l'ordre public sanitaire ?

589 Mise en œuvre dans des contextes scientifiques variables, la précaution sanitaire est en revanche systématiquement évoquée par le juge de l'excès de pouvoir dans des hypothèses de risques de dommages graves et irréversibles pour la santé publique qui, dans les faits, se rapportent à chaque fois à un risque d'accident ou de maladie mortel, susceptible d'affecter une partie importante de la population[1]. Plus que par le critère d'incertitude scientifique, c'est sans doute par là qu'il faut rechercher l'unité de la jurisprudence et l'élément clef de la définition de la précaution telle qu'elle apparaît dans le contentieux de la police sanitaire[2].

590 Cette notion prend alors une double dimension. Elle sert d'une part, à désigner une situation spéciale de risque (celle où apparaît plus ou moins sûrement un risque de dommages graves et irréversibles pour la santé publique) qui rend, plus que toute autre, nécessaire l'intervention de l'administration, laquelle doit, par tous moyens, impérativement préserver la population de ces risques. Perçue sous cet angle, la précaution relève alors d'un nouveau cas de circonstances exceptionnelles. Elle renvoie en effet à un cadre contextuel particulier, marqué par l'extrême gravité de la situation, qui, au nom de la nécessité, permet à l'administration d'acquérir des pouvoirs particulièrement étendus, notamment en matière de police[3]. Cette extension pourra consister en un élargissement de l'habilitation à agir, qui s'étendra alors aux risques potentiels, et/ou en un approfondissement du degré possible de contrainte, qui autorise notamment l'adoption de mesures conservatoires générales et absolues.

La précaution – mais ce n'est plus ici le sens dans lequel l'entend le juge de la légalité – sert d'autre part à désigner la règle d'action spécifique à ce cas de circonstances exceptionnelles qui, pour empêcher la réalisation de risques de dommages graves et irréversibles, autorise l'intervention précoce de la police sanitaire et le prononcé de mesures destinées à prévenir un risque dont l'existence n'est pas encore certaine. Cette règle d'action anticipée est bien une règle spécifique de la précaution, mais elle n'est pas exclusive d'autres modes d'intervention : messages d'alerte, enquête scientifique, évaluation, etc.

---

[1] Sur le rôle joué par le critère de la gravité pour apprécier le bien-fondé d'une mesure justifiée par la précaution : *cf.* C.E., 28 juill. 2000, *F.O. Consommateurs et a.*, préc. Sur celui de l'irréversibilité : T.A. de Limoges, 25 mars 2004, *Sources et rivières du Limousin et a.*, *Petites affiches* 2004, n° 119, p. 5, note J. MORAND-DEVILLER.

[2] Sur la validité plus générale de ce critère qui est au fondement du principe de précaution, *cf.*, entre autres, P. KOURILSKY et G. VINEY, *Le principe de précaution*, *op. cit.*, p. 18 et p. 21.

[3] Sur la théorie des circonstances exceptionnelles, *cf.* L. NIZARD, *Les circonstances exceptionnelles dans la jurisprudence administrative*, *op. cit.* ; F. SAINT-BONNET, *L'État d'exception*, *op. cit.* et P.-L. FRIER, *L'Urgence*, *op. cit.* On consultera également avec profit P.-L. FRIER, *Précis de droit administratif*, Paris, 2004, 3e éd., Montchrestien, coll. Domat Droit public, n° 434, p. 254.

Il apparaît alors que le critère de l'incertitude, qui permet effectivement de différencier la règle d'action anticipée propre à la précaution des règles de prévention classique, n'est pas et ne peut pas être opérant pour définir la notion de précaution dans le champ plus général de la prévention.

591 L'introduction de cette notion en droit de la police sanitaire opère ainsi une hiérarchisation matérielle de l'ordre public sanitaire, qui donnera à l'administration une habilitation à agir plus ou moins étendue selon la nature et la gravité du risque sanitaire qui motive son intervention. Sa consécration transforme alors la norme d'ordre public sanitaire dont elle rompt l'unité à un double point de vue. D'une part, elle fait coexister deux normes distinctes d'habilitation à agir de l'administration pour la protection de la santé publique. La première, « classique », qui se situe dans le prolongement des pouvoirs traditionnels de police sanitaire, est relative aux risques sanitaires qui présentent un degré de gravité suffisant pour relever de la catégorie des troubles à l'ordre public sanitaire sans atteindre celui des risques concernés par la précaution. L'autre, plus nouvelle, est celle de la précaution qui offre à l'administration des pouvoirs étendus pour la prévention des risques de dommages graves et irréversibles pour la santé publique et qui lui permet, le cas échéant, d'agir par anticipation sur la preuve du risque. D'autre part, la précaution introduit l'idée d'un dédoublement de l'obligation de diligence, puisque le point de départ de l'action va varier dans le temps en fonction de la gravité des risques sanitaires. La réactivité de l'administration ne sera plus appréciée de la même manière selon que la situation est ou non porteuse de dommages graves et irréversibles pour la santé publique.

C'est donc bien un véritable bouleversement de l'ordre public sanitaire qui est induit par la notion de précaution. Son apport au droit de l'ordre public sanitaire reste toutefois encore mal déterminé.

§2.- L'APPORT INCERTAIN DE LA PRÉCAUTION AU DROIT DE L'ORDRE PUBLIC SANITAIRE

592 La constitution de la précaution sanitaire est de nature à transformer l'obligation d'agir des autorités de police sanitaire tout autant qu'elle en modifie l'habilitation à agir, l'une et l'autre constituant normalement les deux faces de la même médaille. Ce renforcement de l'obligation d'agir de l'administration est même souvent affirmé comme l'objectif premier de la consécration du principe. Force est cependant de constater que cette obligation n'a pour l'heure qu'une valeur proclamatoire. En effet, si cette nouvelle règle d'action est à l'origine d'une extension importante des pouvoirs de police sanitaire (A), sa méconnaissance n'a, en revanche, jamais été sanctionnée (B).

A.- UN POUVOIR D'INTERVENTION RENFORCÉ DE LA POLICE SANITAIRE

593 Il est clair que la consécration de la précaution sanitaire a fait évoluer le cadre légal de l'action des autorités chargées du maintien de l'ordre public sanitaire. Cette évolution, qui va dans le sens d'un renforcement des pouvoirs d'intervention contraignante de santé, s'observe tant d'un point de vue quantitatif que qualitatif, dans l'élargissement des motifs de mise en œuvre de la police sanitaire (1) et dans l'aggravation des mesures adoptées (2).

1) L'élargissement des motifs de mise en œuvre de la police sanitaire

594 L'extension des motifs d'intervention des autorités de police sanitaire résulte évidemment de la possibilité qui leur est désormais offerte de fonder leur action sur des risques potentiels dont l'existence est soupçonnée sans être prouvée. Il n'est d'ailleurs pas exagéré de dire que cette extension est la principale raison d'être de la précaution sanitaire qui vise précisément à permettre une intervention précoce des pouvoirs publics lorsqu'un risque de dommage grave ou irréversible pour la santé publique est suspecté. Cette extension est toutefois doublement encadrée par le juge de l'excès de pouvoir.

595 En premier lieu, celui-ci exige des autorités de police qu'elles établissent la réalité du risque potentiel motivant leur intervention[1]. En d'autres termes, l'administration doit justifier son action par l'existence d'un risque potentiel dont le juge de la légalité vérifie la matérialité. Il a pu être déduit des conclusions au fond de M. STAHL sur l'affaire « *Greenpeace* » qu'il appartient alors au juge de l'excès de pouvoir de se « *forger sa propre conviction* »[2] sur la probabilité du risque invoqué, c'est-à-dire sur l'existence même du risque potentiel, en recherchant parmi les expertises versées au dossier si celles qui évoquent la possibilité d'un risque sont plus « *nombreuses* » et plus « *sérieuses* » que celles qui n'en font pas état. On perçoit toutefois les dangers d'une telle méthode d'analyse de l'erreur de fait qui, confinant au contrôle de l'opportunité, dépasserait de loin le cadre de la jurisprudence *Camino*[3] dès lors qu'elle exigerait du juge qu'il se livre à un travail d'appréciation nécessitant de solides compétences scientifiques et reposant sur

---

[1] Le juge administratif français rejoint ici la position des juridictions communautaires, en particulier celle du T.P.I.C.E. qui, dans deux jugements du 11 sept. 2002, a précisé que si « *dans le contexte de l'application du principe de précaution, lequel correspond par hypothèse à un contexte d'incertitude scientifique, l'on ne saurait exiger d'une évaluation des risques qu'elle fournisse obligatoirement […] des preuves scientifiques concluantes […], une mesure préventive ne saurait valablement être motivée par une approche purement hypothétique du risque, fondée sur de simples suppositions scientifiquement encore non démontrées* » (*Pzizer Animal Health SA* et *Alpharma Inc.* (2 esp.) aff. T-13/99 et T-70/99, *J.C.P.* A. 2002, n° 1021, note N. CHAHID-NOURAÏ et C. BOCCARD). *Cf.* entre autres, T.A. de Poitiers, ord., 22 oct. 2002, *Préfet des Deux-Sèvres c. Cne d'Ardin*, préc.

[2] J.-H. STAHL, concl. sur C.E., Sect., 11 déc. 1998, *Association Greenpeace France et a.*,, non publiées.

[3] C.E., 14 janv. 1916, *Camino*, préc., par lequel le juge de l'excès de pouvoir a dégagé le contrôle de l'exactitude matérielle des faits de celui de leur qualification juridique consacré quatre années plus tôt par l'arrêt *Gomel* (C.E., 4 avr. 1914, préc.).

un choix, nécessairement subjectif, entre les différentes hypothèses scientifiques avancées.

En réalité, le juge de l'excès de pouvoir fait davantage preuve de prudence et de pragmatisme en orientant son contrôle de l'exactitude matérielle des faits non sur le risque proprement dit, mais sur le contexte de controverse scientifique dans lequel est adoptée la mesure. Il ne prend donc parti ni sur la réalité ni sur l'étendue de ce risque[1]. Sur ce point, le dernier considérant de l'arrêt *Société Pro-Nat* est particulièrement instructif : « *Considérant qu'il résulte des pièces du dossier que de nouvelles données scientifiques font état d'une possible transmission de l'agent de l'ESB au mouton ; qu'en outre, comme l'a relevé notamment le comité d'experts sur les encéphalopathies subaiguës spongiformes transmissibles, si la « transmission placentaire » de l'agent ESB ne semble pas être constatée à ce jour, il n'est pas possible cependant de conclure avec certitude sur ce point ; qu'en décidant au vu de ces éléments, et eu égard aux mesures de précaution qui s'imposent en matière de santé publique, d'édicter les interdictions faisant l'objet du décret attaqué […], le Premier ministre n'a pas commis d'erreur manifeste d'appréciation* »[2].

Pour établir la matérialité du risque, le Conseil d'État ne s'attarde donc pas tant sur la question de sa probabilité que sur le contexte d'incertitude et les doutes scientifiques persistant à son sujet. Le raisonnement relève ici de la négation : c'est bien parce qu'il est scientifiquement incertain, ni exclu ni prouvé par les experts, que le risque potentiel doit être juridiquement tenu pour réel et établi[3].

596 En second lieu, le risque sanitaire soupçonné doit présenter un degré suffisant d'anormalité pour relever effectivement de la catégorie de ceux dont la prévention nécessite le recours à la coercition. Bien qu'il n'ait jamais conduit à l'annulation d'une mesure contraignante de précaution, il s'agit là d'un élément essentiel du contrôle de la qualification juridique des faits qui fédère l'ensemble des décisions juridictionnelles qui y sont relatives : en l'état actuel de la jurisprudence, seuls les risques potentiels de dommages graves et irréversibles pour la santé publique sont concernés par la précaution sanitaire. Il faut donc limiter l'extension de la sphère d'intervention des autorités de police sanitaire à de telles situations.

---

[1] *Cf.* O. SACHS, Principe de précaution et contrôle de légalité, *op. cit.*, p. 424.

[2] C.E., 24 févr. 1999, *Soc. Pro-Nat*, préc.

[3] V. encore en ce sens : C.E., 28 juill. 2000, *F.O. Consommateurs et a.*, préc. et – 22 août 2002, *Soc. S.F.R.*, préc. C'est également la méthode retenue par la C.J.C.E. : *cf.* par exemple C.J.C.E., 14 déc. 2004, *Swedish Match et a.* et *Arnold André* (2 esp.), aff. C-210/03 et C- 434/02, *Rec.* 2004, p. I-11893, *B.I.C.C.* n° 615 du 15 mars 2005, inf. n° 453. On retrouve cette logique dans l'appréciation actuelle par les juridictions du lien de causalité entre la vaccination contre l'hépatite B et le développement ultérieur d'une sclérose en plaques : *cf. supra* n° 388 (note) et, entre autres, les observations de S. CARPI-PETIT sous C.E., 9 mars 2007, *Schwartz*, préc. : Considérations sur la causalité entre la vaccination contre l'hépatite B et la sclérose en plaques, *J.C.P.* A 2007, n° 2277. V. également A. ROUYÈRE, Principe de précaution et responsabilité civile des personnes publiques, *D.* 2007, p. 1537-1542.

597 À ce stade, il convient toutefois de s'interroger sur la portée de cette extension pour savoir, en particulier, si elle concerne également la mise en œuvre des pouvoirs de police générale. La question est d'importance dans la mesure où elle met en jeu l'essence même de la notion d'ordre public sanitaire et, partant, la définition de l'ordre public.

Il semblerait logique que la précaution soit exclue du champ de la police générale. Bien qu'elle s'inscrive dans le cadre de la fonction primaire de défense sociale qui est celle de l'ordre public général, sa logique, qui fait de l'interdiction une mesure de principe antérieure à l'expérience du trouble, paraît en effet peu compatible avec les principes directeurs de la police générale[1]. Pour autant, l'état actuel de la jurisprudence n'autorise pas une réponse aussi tranchée. Le Conseil d'État n'ayant eu à connaître que de recours formés contre des mesures contraignantes de précaution sanitaire adoptées par l'administration dans l'exercice d'une police spéciale, ses décisions n'apportent guère d'indications[2]. Il faut tout de même remarquer que la généralité de la formulation par laquelle la Haute juridiction administrative se réfère à l'obligation administrative de précaution sanitaire ne permet pas d'exclure *a priori* la possibilité pour les autorités de police générale d'intervenir pour prévenir un risque potentiel de dommages irréversibles pour la santé publique. Cette possibilité a d'ailleurs été implicitement admise dans le contentieux de l'urgence dit des « arrêtés anti-O.G.M. »[3]. Il reste que cette extension des pouvoirs de police générale emporterait de telles conséquences qu'on ne peut la tenir pour établie sans une décision de fond confirmée au plus haut niveau de l'ordre juridictionnel administratif. Car l'inscription de la précaution dans le champ de la police générale n'implique pas seulement l'extension, déjà problématique, de sa sphère d'intervention ; elle entraîne aussi un saut qualitatif dans les mesures pouvant être adoptées.

2) L'aggravation de la contrainte sanitaire

598 Au-delà de la multiplication des hypothèses d'intervention de la police sanitaire, l'introduction de la précaution dans le champ de la protection de la santé publique, emporte aussi une aggravation de la contrainte sanitaire. Bien que peu étudiée en doctrine, il s'agit là d'une particularité importante de la précaution. Il est donc utile sur ce

---

[1] *Cf. supra* n° 81.

[2] Le Conseil d'État, saisi d'une ordonnance de référé, a néanmoins considéré que le maire d'une commune ne peut résilier unilatéralement la convention conclue avec un opérateur de téléphonie mobile en s'appuyant sur l'incertitude des experts quant aux risques pour la santé des antennes relais, en l'absence de risques avérés pour la santé publique : C.E., 15 mars 2004, *Cne de Villasavary*, n° 261130, *Rec.* p. 132 ; *A.J.D.A.* 2004, p. 1311, concl. D. CHAUVAUX ; *B.J.D.U.* 2004, p. 223, obs. J.-C. BOUICHOT.

[3] T.A. de Poitiers, ord., 22 oct. 2002, *Préfet des Deux-Sèvres c. Cne d'Ardin*, préc. *Contra* C.A.A. de Bordeaux, ord., 22 sept. 2004, *Préfet de la Haute-Garonne*, n° 04BX01452, *A.J.D.A.* 2004, p. 1788, obs. C. B. et – de Bordeaux, 26 juin 2007, *Cne de Montgeard*, préc.

point de reprendre la jurisprudence issue du contentieux de la légalité des mesures contraignantes de précaution.

599 Le contrôle de ces mesures est souvent présenté en doctrine comme un contrôle restreint, limité à la sanction de l'erreur manifeste d'appréciation[1]. Sur le plan technique toutefois, cet examen de l'erreur manifeste d'appréciation, qui fait systématiquement référence au contenu de la mesure adoptée, dépasse le seuil du contrôle normal. Il prend place, comme le remarquait déjà M. SACHS en 1999, dans le cadre d'un examen approfondi de l'adéquation de la mesure aux risques encourus pour la santé publique[2] et s'analyse comme un contrôle de la disproportionnalité manifeste. Un tel contrôle s'impose logiquement dans la mesure où la police administrative et la précaution sont, normalement, toutes deux soumises à un impératif de modération. Il s'exerce cependant dans un cadre nouveau qui en modifie substantiellement la teneur et la portée.

600 La précaution, se rattachant aux risques graves et irréversibles pour la santé publique, concerne en effet des situations où le risque sanitaire atteint un degré maximal de gravité. Elle supprime de la sorte tout impératif de modulation des mesures et justifie que l'administration recoure d'emblée à l'interdiction qui est, elle-même, la mesure la plus grave mise à sa disposition. Ceci explique que le juge de l'excès de pouvoir, systématiquement saisi de mesures d'interdiction générale, ne s'attarde pas forcément sur l'examen de l'adéquation de la mesure aux faits, mais qu'il confonde le plus souvent le contrôle de la qualification juridique des faits et celui de l'adéquation de la mesure[3].

On s'aperçoit ainsi que l'examen de la disproportionnalité manifeste des mesures contraignantes de précaution « *joue souvent dans le sens de la précaution* »[4] et que la convocation de cette notion vient « *assez facilement au secours de mesures de police administrative qui pourront être jugées légales dans le doute au nom de la précaution, alors qu'elles emporteraient peut-être des sujétions jugées excessives au regard des seuls faits avérés* »[5]. Dans cette situation, l'exigence de modération contenue par le principe de

---

[1] Effectivement, si l'on excepte la décision rendue sur l'affaire des « perches du Nil » (C.E., 29 déc. 1999, *Synd. nat. du commerce extérieur des produits congelés et surgelés et a.*, préc.), qui ne concerne pas la précaution en tant que règle d'action de la police sanitaire, le juge de l'excès de pouvoir borne toujours son examen de la légalité à la recherche d'une erreur manifeste d'appréciation.

[2] O. SACHS, Principe de précaution et contrôle de légalité, *C.J.E.G.* 1999, n° 560, p. 426.

[3] Il peut être utile de noter que cette démarche est partagée par les juridictions communautaires. C'est ce qu'illustre un jugement du 16 juillet 1998 du Tribunal de première instance rendu sur le recours en responsabilité formé par la société Bergasol en raison de l'interdiction frappant certains de ses produits suspectés, sans qu'on en ait la preuve, d'être cancérigènes. Reprenant le principe posé par la C.J.C.E. dans sa décision du 5 mai 1998, le Tribunal a en effet estimé que les incertitudes concernant les risques pesant sur la santé des consommateurs étaient, à elles seules, suffisantes pour justifier l'interdiction (T.P.I.C.E., 16 juill. 1998, *Soc. Bergaderm*, aff. T-199/96, *Rec.* 1998, p. II-2805 ; *C.J.E.G.* 1998, p. 420). *Cf.* C. CANS, Le principe de précaution…, *op. cit.*, p. 760.

[4] J.-H. STAHL, concl. sur C.E., Sect., 25 sept. 1998, *Assoc. Greenpeace France* (non publiées), cité par C. CANS, Le principe de précaution…, *op. cit.*, p. 760.

[5] *Ibid.*

proportionnalité s'efface, une fois encore, au profit d'un impératif d'efficacité, guidé par un objectif de sécurité maximale[1].

Cette solution, qui s'inscrit dans la logique de l'évolution actuelle du droit de la santé publique, n'est toutefois pas sans poser problème. Elle crée en effet une situation inédite où l'aggravation de la contrainte sanitaire ne s'accompagne pas de la constitution d'une obligation d'action de l'administration clairement affirmée.

B.- UNE OBLIGATION D'AGIR DE LA PUISSANCE PUBLIQUE RESTÉE À L'ÉTAT VIRTUEL

601 En ce qu'elle indique le comportement qui doit être celui de l'administration face au risque potentiel de dommages graves et irréversibles pour la santé publique, la règle de précaution sanitaire devrait logiquement être située au cœur de ses obligations de sécurité. De fait, le juge administratif a explicitement affirmé l'obligation pour l'administration de tenir compte du risque potentiel (1). Il reste que cette obligation est, pour l'heure, restée à l'état virtuel, le juge de la responsabilité s'en tenant toujours à la faute de prévention pour sanctionner la carence de l'administration (2).

1) L'affirmation d'une obligation de précaution par le juge de l'administration

602 La précaution paraît de nature à renforcer et à approfondir l'obligation d'agir de l'État pour la protection de la santé publique. C'est d'ailleurs à cette idée que renvoie le juge de la légalité lorsqu'il fait référence aux mesures de précaution qui *s'imposent* en matière de santé publique. Le caractère obligatoire de la précaution ressort donc, en premier lieu, des formules impératives utilisées par le juge de l'excès de pouvoir saisi de recours formés contre une décision administrative adoptée dans un contexte d'incertitude. Le caractère impératif de la précaution est, en second lieu, confirmé par le contentieux dit de « l'insuffisance de précaution » qui recouvre l'ensemble des espèces où la règle de précaution est invoquée à l'encontre d'une décision administrative jugée insuffisante pour garantir la sécurité. Le contentieux de l'excès de pouvoir livre ainsi plusieurs exemples d'annulations motivées par le principe de précaution. Sa méconnaissance est d'abord sanctionnée sur le plan de la légalité externe par le vice de procédure que constitue l'évaluation incomplète des risques devant être pris en compte par l'administration au moment de sa décision[2]. Elle entre également dans le contrôle de la légalité interne des décisions de l'administration. Elle peut être ici constitutive d'une erreur de droit[3] ou

---

[1] Ce constat permet au demeurant de donner un autre éclairage à l'arrêt dit des « Perches du Nil » du 29 déc. 1999 dans lequel le recours à la notion de précaution est venu au renfort d'une mesure d'interdiction générale et absolue, normalement proscrite en dehors de situations d'urgence ou de circonstances exceptionnelles.

[2] Sur ce point, on se reportera avec profit à l'étude de Mme FOUCHER, *Principe de précaution et risque sanitaire…*, *op. cit.*, p. 96-140.

[3] C.E., 9 oct. 2002, *Union nat. de l'apiculture française*, préc.

d'une erreur de fait permettant, le cas échéant, la sanction de mesures insuffisantes pour parer à un risque potentiel de dommages graves et irréversibles. C'est ce qu'illustre notamment un jugement du 22 février 2002 par lequel le tribunal administratif de Strasbourg a annulé des arrêtés préfectoraux de réquisition d'entrepôts situés dans l'agglomération strasbourgeoise pour y entreposer d'urgence des farines animales destinées à l'incinération de déchets à faible risque sanitaire au motif que la décision de stocker ces farines sur le site concerné méconnaissait le principe de précaution[1].

603 L'obligation de précaution apparaît aussi dans le contentieux de la responsabilité, où elle sert au juge à apprécier le comportement de l'administration face à un risque potentiellement grave pour la santé publique. C'est ce qu'il ressort notamment de l'arrêt de la Cour administrative d'appel de Nantes du 29 décembre 2006 qui, pour écarter le moyen tiré de la méconnaissance du principe de précaution, a considéré que l'État avait satisfait à ses obligations en lançant une enquête de pharmacovigilance dès l'apparition de plusieurs cas de scléroses en plaques développées à la suite d'une vaccination contre l'hépatite B[2].

604 Il reste que l'obligation signalée par le juge n'a, pour l'instant, fait l'objet d'aucune sanction juridictionnelle. Il n'existe pas à notre connaissance d'exemple d'annulation d'une décision de police sanitaire fondée sur la méconnaissance des exigences de la précaution[3]. L'obligation de précaution, envisagée sous l'angle d'une obligation d'action anticipée de la police sanitaire, est ainsi restée à l'état virtuel dans le contentieux de la légalité. Sa réalité ne se vérifie pas davantage sur le terrain de la responsabilité.

2) Une obligation d'agir non sanctionnée

605 La précaution a sans doute vocation à enrichir la faute d'inaction de police sanitaire en autorisant la sanction de carences administratives face à un risque potentiel de dommages graves et irréversibles pour la santé publique[4]. Elle n'a cependant pas été

---

[1] T.A. de Strasbourg, 22 févr. 2002, *Assoc. de défense des intérêts des quartiers centre-est de Strasbourg et a. c. Préfet du Bas-Rhin, Soc. Sogema*, préc. *Cf.* également C.E., 4 janv. 1995, *Min. de l'Intérieur c. M. Rossi*, préc. et – 30 avr. 1997, *Cne de Quevillon*, préc.

[2] C.A.A. de Nantes, 29 déc. 2006, *M. M.*, précité.

[3] Rappelons que dans le règlement au fond de l'affaire *Greenpeace France*, le Conseil d'État a évacué cette question qui avait pourtant retenu son attention pour l'octroi du sursis à exécution (22 nov. 2000, *Assoc. Greenpeace France et a.*, précité). V. cependant, en matière d'écologie et d'environnement, T.A. de Toulouse, 20 avr. 2000, *Féd. du Tarn pour la pêche*, *R.J.E.* 2000, p. 645 (annulation de la décision du préfet autorisant des lâchures d'eau pour les besoins d'une compétition de canoë-kayak nonobstant les risques de dommages graves et irréversibles qu'elles induisent pour les moules d'eau douce et les truites fario qui sont des espèces protégées).

[4] Il pourra s'agir d'une carence totale, d'une intervention tardive ou encore d'une action insuffisante pour préserver la collectivité de ce risque. Il reste à savoir quel comportement exigerait exactement la norme de précaution.

reçue comme telle par le juge de la responsabilité qui s'en tient, pour l'instant, à la sanction des fautes de prévention[1].

606 Il n'est pas question ici de recenser toutes les affaires dans lesquelles le juge aurait pu mettre en œuvre une obligation de précaution sanitaire pour sanctionner un défaut de prudence des autorités publiques dans un contexte d'incertitude scientifique. Il est néanmoins utile de s'attarder à nouveau sur les trois célèbres arrêts d'Assemblée du Conseil d'État, *M. D, M. G et Mme B.* du 9 avril 1993 qui auraient pu être l'occasion d'un tel renforcement de l'obligation d'agir des autorités sanitaires[2].

À l'époque, ces arrêts ont soulevé une importante controverse doctrinale sur la question de savoir si le juge de cassation avait ou non fait application du principe de précaution[3]. Ce débat est né, d'une part, des conclusions de M. LEGAL qui, en indiquant qu'« *en situation de risque, une hypothèse non infirmée [doit] être tenue provisoirement pour valide, même si elle n'est pas formellement démontrée* »[4], a implicitement fait référence à une obligation de précaution sanitaire exigeant l'intervention des autorités de police sanitaire confrontées à l'hypothèse ni infirmée ni confirmée d'un risque de dommages irréversibles pour la santé publique. Il a résulté, d'autre part, de la grande exigence dont a fait preuve le Conseil d'État qui a considéré qu'à partir du moment où l'administration était « *informée, de façon non équivoque, de l'existence d'un risque sérieux* », elle avait le devoir d'interdire les produits dangereux, « *sans attendre d'avoir la certitude que tous les lots de produits dérivés du sang étaient contaminés* ».

De cette dernière phrase, certains ont conclu à l'application implicite de la règle de précaution sanitaire[5]. Une telle interprétation n'est pourtant pas évidente. La mention d'une incertitude ne suffit pas, selon nous, à placer ces arrêts dans le cadre de la précaution, dès lors qu'elle n'a eu ni pour objet ni pour effet de sanctionner un défaut de prudence dans un contexte d'incertitude scientifique proprement dit. Pour savoir si le juge consacre ou non une obligation administrative de précaution, il faut avant tout rechercher à partir de quel degré de connaissance sur le risque l'administration devait intervenir, ce qui impose de se reporter au raisonnement tenu par le juge pour déterminer le point de départ de son obligation d'agir. La date retenue par le juge administratif pour fixer le point de départ de la carence fautive constitue en effet un repère important en ce qu'elle

---

[1] Ce que la Cour administrative d'appel de Douai a récemment confirmé par ses arrêts *Mme H. et a.* du 10 janv. 2008, précités.

[2] C.E., Ass., 9 avr. 1993, *M. D.*, *M. G.* et *M. D.* (3 esp.), préc.

[3] Sur ce point, *cf.* notamment le *Rapport public 1998* du Conseil d'État, *op. cit.*, p. 248-249.

[4] H. LEGAL, concl. sur C.E., Ass., 9 avr. 1993, *loc. cit.*, *R.F.D.A.* 1993, p. 597.

[5] V., parmi d'autres, J.-S. CAYLA, Le principe de précaution, fondement de la sécurité sanitaire, *op. cit.*, p. 491.

indique « *le niveau d'incertitude ou de certitude à partir duquel les mesures de protection [auraient dû] intervenir* »[1].

Le Conseil d'État a, en l'espèce, distingué deux périodes. La première court du début de l'épidémie au 22 novembre 1984 ; la seconde, qui est celle de la carence fautive de l'État, s'ouvre le 22 novembre 1984 et s'achève le 20 octobre 1985, date à laquelle est décidé le retrait de tous les lots de produits sanguins non chauffés. Or, loin de consacrer une obligation de précaution, le juge précise bien que le 22 novembre 1984, le risque de contamination du sang par le V.I.H. était non seulement tenu pour établi par la communauté scientifique, qui l'avait reconnu dès novembre 1983, mais aussi connu de l'administration, « *informée sans équivoque de l'existence d'un [tel] risque* ». Comme le relève Mme ROUYÈRE, l'administration disposait donc d'une « *information sur le risque qui dépasse de beaucoup celle qui caractérise un comportement de précaution* »[2]. Sans doute cette information était-elle incomplète. En ce sens, la Haute juridiction administrative fait référence ici à un « risque sérieux » et non pas à un risque avéré ou prouvé. Mais cette nuance, qui renvoie surtout au caractère incomplet des connaissances acquises sur le virus du sida, importe peu en réalité, dans la mesure où le risque sanitaire proprement dit était connu et établi et que ni sa nature, ni sa gravité, ni même les moyens d'y parer ne faisaient à cette époque l'objet de doutes et/ou de controverses dans la communauté scientifique. Il faut en conclure, avec Mme ROUYÈRE, que la notion de prévention désigne « *de façon plus adéquate le comportement que l'on attendait de l'administration* »[3].

C'est donc sur la période antérieure au 22 novembre 1984, alors que l'information sur le risque de contamination était encore floue et controversée, que les faits pouvaient le mieux se prêter à la consécration d'une obligation d'agir de l'administration dans un contexte scientifique incertain. Celle-ci est cependant explicitement écartée par le Conseil d'État lorsqu'il relève qu'« *eu égard au caractère contradictoire des informations antérieurement disponibles […], il ne peut être reproché à l'Administration de n'avoir pas pris avant cette date de mesures propres à limiter les risques de contamination par transfusion sanguine* ». « *Un tel blanc-seing*, souligne Mme HERMITTE, *est évidemment contraire à l'esprit du principe de précaution qui impliquerait une succession de stratégies de transition* »[4].

---

[1] A. ROUYÈRE, L'exigence de précaution saisie par le juge…, *op. cit.*, p. 280.

[2] A. ROUYÈRE, *ibid.*, p. 280.

[3] A. ROUYÈRE, *ibid.*, p. 280. En ce sens également : F. BROCAL VON PLAUEN, La responsabilité de l'État et le risque alimentaire et sanitaire. Entre prévention et précaution, *A.J.D.A.* 2005, n° 10, p. 523-524.

[4] M.-A. HERMITTE, *Le sang et le droit*, *op. cit.*, p. 310. Ce que paraît confirmer *a contrario* l'arrêt C.A.A. de Nantes du 29 déc. 2006 préc.

Novatrice, la solution retenue en 1993 va bien au-delà de la jurisprudence antérieure puisque le juge, en précisant la nature des mesures qui auraient dû être adoptées, impose à l'administration une obligation d'efficacité. C'est d'ailleurs à cette fin qu'est évoquée la persistance d'incertitudes. On ne peut cependant y trouver la consécration d'une obligation de précaution de nature à engager la responsabilité pour faute de l'État. Comme plus tard dans l'affaire dite des « perches du Nil »[1], le doute dont il est question n'est pas d'ordre scientifique, mais découle du défaut de traçabilité des produits. Il sert alors au juge à justifier le caractère très général de la mesure de prévention nécessaire pour assurer la sécurité publique. Dans le traitement de l'affaire du sang, et de manière plus évidente encore dans les arrêts *Ministre de l'Emploi et de la Solidarité*[2], le Conseil d'État s'est tenu à la faute de prévention, constituée sur la base d'un risque avéré de dommages pour la santé publique[3].

607 Cette solution s'explique sans doute par le souci du juge de préserver les équilibres fondamentaux du droit de la responsabilité et les difficultés que soulève l'introduction de la précaution dans le champ de la carence fautive[4]. Même si l'on s'en tient au droit commun de la responsabilité[5], qui en dépit de certaines oppositions[6] paraît ici le plus approprié[7], on ne peut en effet ignorer les perturbations qui résulteraient de l'introduction d'une faute de précaution. Dans ses rapports publics pour 1998 et 2005, le Conseil d'État en a pointé les difficultés et les dangers[8]. Les premières tiennent notamment à la démonstration de la faute et du lien de causalité, rendue particulièrement complexe par la recherche nécessaire de l'état des connaissances scientifiques et techniques au moment de l'acte générateur du dommage[9]. Le danger principal est celui d'une conception encore élargie de la carence fautive, transformant le principe de précaution en « *un principe*

---

[1] C.E., 29 déc. 1999, *Synd. nat. du commerce extérieur des produits congelés et surgelés et a.*, préc.

[2] C.E., Ass. 3 mars 2004, *Min. de l'Emploi et de la Solidarité* (4 esp.), préc. V. notamment les remarques sur ces arrêts de F. BROCAL VON PLAUEN, La responsabilité de l'État et le risque alimentaire et sanitaire…, *op. cit.*, p. 524-525 et la note de F. DONNAT et D. CASAS, Lorsque l'administration ne peut plus, sans faute, rester inactive, *A.J.D.A.* 2004, n° 18, p. 974-977.

[3] *Cf.* encore dans ce sens Conseil d'État, *Rapport public 2005*, *op. cit.*, p. 285.

[4] Sur cette question, v. notamment A. ROUYÈRE, Responsabilité et principe de précaution, in *Vers de nouvelles normes en droit de la responsabilité publique ?*, Actes du colloque organisé par le Sénat les 11 et 12 mai 2001, Paris, Les colloques du Sénat, 2003, p. 225-244 et, du même auteur, Protection de la santé publique et droit de la responsabilité, *op. cit.,* p. 119-120 et Principe de précaution et responsabilité civile des personnes publiques, *D.* 2007, p. 1537-1542.

[5] S'agissant de la responsabilité pour risque, *cf.* notamment K. FOUCHER, *Principe de précaution et risque sanitaire…, op. cit.*, p. 457-468.

[6] V., notamment celles de M. MARTIN qui craint un appauvrissement du droit de la responsabilité par une réhabilitation de la faute au détriment du risque, alors que le développement de ce dernier comme fondement de la responsabilité constitue *« l'une des étapes les plus marquantes du progrès social »* (G. MARTIN, Précaution et évolution du droit, *op. cit.*, p. 303 et, du même auteur, La mise en œuvre du principe de précaution et la renaissance de la responsabilité pour faute, *Cahiers. Dr. Entr.* 1999, n° 1, p. 3 s.).

[7] En ce sens, *cf.* notamment K. FOUCHER, *Principe de précaution et risque sanitaire…, op. cit.*, p. 468 s.

[8] Conseil d'État, *Rapport public 1998*, *op. cit.*, p. 258 et *Rapport public 2005*, *op. cit.*, p. 283 s.

[9] Sur cette question, *cf.* notamment le *Rapport public 1998* du Conseil d'État, *op. cit.*, p. 258.

rétrospectif qui conduirait à condamner tout comportement qui n'aurait pas choisi l'interdiction ou l'abstention face à un risque »[1].

608 On peut souscrire à l'idée que la précaution est de nature à restaurer le sens de la responsabilité, mais il faut alors poser les critères permettant de sanctionner un défaut de précaution sans pour autant aller dans la démesure. Premièrement, le défaut de précaution ne devrait, selon nous, être constitué que dans les cas où le risque soupçonné est exceptionnel et correspond à un risque de dommages graves et irréversibles pour la santé publique. Deuxièmement, le défaut de précaution ne devrait concerner que des situations d'erreur manifeste d'appréciation de la situation par l'administration, principalement constituées par sa carence totale à agir dans une hypothèse de risque de dommages graves et irréversibles pour la santé publique. Il s'agirait donc bien, pour le juge de la responsabilité, de sanctionner un défaut de prudence, mais en excluant les cas où les autorités publiques ont tenu compte de leurs obligations, soit en cherchant à développer leur connaissance du risque, soit en prenant les mesures conservatoires destinées à en limiter l'occurrence. Dans cette perspective, le défaut de précaution renverrait donc à une négligence lourde de l'administration, caractérisée par l'absence de réaction ou une réaction manifestement disproportionnée au risque de dommages graves et irréversibles pour la santé publique. Il ne pourrait en revanche être fondé sur une appréciation rétrospective de la pertinence et/ou de la suffisance des mesures adoptées pour tenter de résoudre la situation, l'échec des mesures choisies dans une situation d'incertitude ne pouvant à lui seul engager la responsabilité pour faute de l'administration[2].

609 Il n'empêche que l'exploitation contentieuse de la précaution sanitaire ne va, pour l'instant, pas dans ce sens[3]. Or, aussi justifiée soit-elle, l'absence de sanction juridictionnelle de l'obligation de précaution crée une situation dans laquelle des pouvoirs élargis de police sont conférés à l'administration sans qu'ils soient véritablement encadrés par le juge, ni contrebalancés par des obligations juridiquement sanctionnées. Il en résulte alors une dissymétrie nouvelle de la norme d'ordre public sanitaire, qui est plus ou moins étendue selon que l'on se situe sous l'angle de l'habilitation à agir de l'administration pour la protection de la santé publique ou bien sous celui de son obligation d'action.

---

[1] *Ibid.*, p. 284. Sur ce point, *cf.* également A. ROUYÈRE, L'exigence de précaution saisie par le juge…, *op. cit.*, p. 279 s.

[2] On tomberait, dans un tel cas, dans un système d'obligation de sécurité de résultat où la seule réalisation du risque suffirait à démontrer l'existence d'une carence fautive ou la négligence coupable des autorités publiques.

[3] Le juge administratif a, récemment encore, écarté cette responsabilité s'agissant de la responsabilité de l'État du fait de la contamination par la maladie de la vache folle que certains requérants ont imputé à la tardiveté de son intervention (C.A.A. de Paris, 24 sept. 2007, *Cts Eboli*, précité) ou de sa carence à prendre en charge la prévention du syndrome d'aloccolisation fœtale avant 2001 (C.A.A. de Douai, 10 janv. 2008, *Mme H. et a.*).

CONCLUSION DU CHAPITRE

610 Les apports de l'approfondissement de l'obligation d'agir de la puissance publique pour la protection de la santé publique sont incontestables[1]. L'évolution s'est toutefois accompagnée de fortes perturbations des principes directeurs de l'ordre public sanitaire. La première, et non des moindres, est celle d'un passage progressif de l'acte à la procédure, qui impose à l'administration des sujétions et des devoirs nouveaux dont on perçoit mal les limites, notamment matérielles. La seconde est celle d'une perte d'homogénéité de la norme d'ordre public sanitaire que l'on constate au moins à un triple point de vue. Il y a déjà une distinction essentielle à faire aujourd'hui entre les obligations fonctionnelle et matérielle de la protection de la santé publique. La première correspond à l'obligation classique de l'administration de mettre en œuvre les moyens dont elle dispose pour remplir effectivement et efficacement sa fonction. La seconde, en revanche, pose une obligation de quasi-résultat dès lors qu'il est exigé que la mesure adoptée pour la réduction des risques sanitaires soit celle qui est, en l'état des connaissances scientifiques, la plus efficace en termes de protection des personnes. Il faut ensuite établir une distinction nouvelle dans l'appréciation de l'obligation de diligence qui, du point de vue matériel notamment, ne sera pas la même selon que l'on se situe dans le cadre classique de la prévention ou dans celui, plus novateur, de la précaution, ce dernier imposant à l'administration une plus grande réactivité face au risque, même potentiel, de dommages graves et irréversibles pour la santé publique. il apparaît enfin une réelle dissymétrie de la norme d'ordre public sanitaire qui, en matière de prévention, enferme les autorités publiques dans le cadre d'une compétence liée, impliquant une obligation d'action, mais qui, dans celui de la précaution, agit essentiellement comme une norme d'habilitation. Ce décalage ne doit pas être négligé car il intéresse au plus haut point le régime des droits et des libertés. Il exprime aussi la difficulté du droit administratif à intégrer les constructions nouvelles des droits fondamentaux et, en particulier, des droits à la sécurité.

611 Il ne s'agit certes pas de nier l'importance et la nécessité de la protection de la personne humaine et de ses droits fondamentaux. Leur mise en œuvre doit cependant inciter à la vigilance. En particulier, il faut admettre que leur promotion contribue, comme l'illustre bien la santé publique, à diluer la fonction régalienne du maintien de l'ordre public dans un devoir très général de sécurité adressé aux autorités publiques. Il en résulte une forme de privatisation de l'action publique, peu à peu attirée vers les obligations de prudence et de diligence du droit civil. Mais cette privatisation ne concerne

[1] Celle-ci s'inscrit en effet dans un cadre rationalisé, tant sur le plan des structures d'intervention que sur celui de la méthode d'action pour la gestion et la régulation des risques. Ces évolutions ont considérablement amélioré la protection de la santé et de la sécurité des populations.

que l’objectif et le degré de la protection recherchée et non la forme de l’action publique qui relève toujours, à titre principal, des moyens de la puissance publique. Plus protecteur de la santé des personnes, l’État accroît aussi considérablement son emprise sanitaire.

CHAPITRE 2
L'EXTENSION CONTINUE DE L'EMPRISE SANITAIRE DE L'ÉTAT

612 L'interventionnisme croissant de l'État dans le champ de la santé découle immédiatement du renforcement et de l'approfondissement de son obligation d'agir pour la protection de la santé publique. Désigné comme le premier responsable de la politique nationale de santé, il lui appartient désormais de maintenir et/ou de créer l'ensemble des conditions nécessaires à la garantie du droit de chacun à la protection de sa santé. Ce sont donc bien les pouvoirs publics, et non plus l'individu, qui sont responsables et comptables de la protection de la santé des populations.

613 Le moteur de ce bouleversement est double. Premièrement, l'entrée du droit de la santé dans le champ de la fondamentalité a modifié les caractères premiers de ce droit. Longtemps marqué par les règles de droit administratif, dont il relevait d'une application particulière[1], le droit de la santé entre dans le champ des libertés publiques et des droits de la personne humaine, dont il sert à garantir la dignité, et plus spécialement la vie et l'intégrité physique. Deuxièmement, et comme l'indique déjà la remarque précédente, la protection de la santé relève aujourd'hui d'une composante essentielle de la sécurité, à la fois droit subjectif et principe fondamental que notre ordre juridique situe au cœur de ses préoccupations[2].

614 La rénovation de l'ordre public sanitaire par le droit fondamental à la protection de la santé a donc non seulement renforcé l'obligation faite à l'État de garantir ce droit, mais il l'a aussi poussé à le faire respecter par les tiers, grâce à la définition d'obligations objectives servant à encadrer et/ou à réguler les relations interpersonnelles à des fins de sécurité sanitaire. De la sorte, le paternalisme sanitaire de l'État s'exprime aussi par l'extension de son emprise, celle-ci étant non seulement acceptée, mais même réclamée par le corps social. On peut alors se demander, avec M. EWALD, si l'évolution actuelle

---

[1] *Cf.* notamment J. MOREAU, Droit administratif fondamental et droit administratif appliqué : l'exemple du droit de la santé publique, *op. cit.*, p. 29.

[2] C'est d'ailleurs à ce titre que la loi en fait « *un devoir pour l'État* », qui veille au maintien de la paix sociale et de l'ordre public, à la protection des personnes, de leurs biens et des prérogatives de leur citoyenneté, au respect des lois, et à la défense de leurs institutions et des intérêts nationaux (art. 1er de la L. n° 95-73 du 21 janv. 1995 d'orientation et de programmation relative à la sécurité, modifié par la L. n° 2001-1062 du 15 nov. 2001 relative à la sécurité quotidienne, précitées)

n'exprimerait pas un certain retour vers l'État de police au détriment de l'État de droit[1]. En tout état de cause, les mutations à l'œuvre vont bien dans le sens d'un déplacement du curseur de la liberté vers la sécurité, voire d'un nouveau privilège donné à celle-ci sur la liberté[2]. Derrière le phénomène actuel de normalisation sanitaire de la société (Section 1), c'est en effet la question essentielle de l'équilibre offert par le droit fondamental à la protection de la santé entre les impératifs de la liberté et ceux de la sécurité qui apparaît (Section 2).

SECTION 1
LA NORMALISATION SANITAIRE DE LA SOCIÉTÉ

615 Le phénomène de normalisation sanitaire est lié à la diffusion du concept de sécurité sanitaire. La politique de prévention des risques sanitaires sur laquelle repose la réglementation sanitaire ne répond plus aujourd'hui à une logique défensive et conservatoire de la santé publique, mais s'inscrit dans le cadre d'un projet collectif positif visant, notamment, à améliorer la sécurité pour la santé des personnes. Cela suppose que l'action de santé publique s'inscrive dans un cadre dynamique et constructif des conditions sociales propres à atteindre cet objectif. Comme le souligne M. BRÜCKER, le vif besoin de sécurité ressenti par la société civile pousse l'État vers un nouveau programme d'intervention tendu vers un « *objectif inaccessible : parvenir à la maîtrise durable des menaces et des risques pour la santé de toute la population* »[3]. Il en résulte alors un encadrement croissant des activités humaines (§1) comme des comportements individuels (§2).

§1.- L'ENCADREMENT SANITAIRE DES ACTIVITÉS HUMAINES

616 Jadis ponctuelle, la réglementation sanitaire s'inscrit à l'heure actuelle dans une dynamique de normalisation des activités humaines, afin d'en maîtriser tous les risques. Le foisonnement de la réglementation sanitaire participe ainsi de cette « *métamorphose des politiques de santé* »[4] qui, intégrée dans un objectif renforcé de sécurité pour la santé des personnes, est propice au recul, voire à l'abolition des frontières de l'intervention publique. La tendance à l'œuvre depuis une vingtaine d'années est celle

---

[1] F. EWALD, L'État de précaution, *op. cit.*, p. 367. V. également les craintes exprimées par M. CARCASSONNE : « *À la norme, il est ainsi demandé de tout définir, tout prévoir, tout réguler, tout protéger. Il est à peine excessif de dire que, sous le prétexte controuvé d'un perfectionnement de l'État de droit, c'est une espèce de totalitritarisme juridique dont menace, de manière déjà percpetible la Société de droit. il n'est plus guère d'activité humaine, si intime soit-elle SIDA aidant, qui ne soit exposée à la réglementation* » (Société de droit contre État de droit, *op. cit.*, p. 40).

[2] F. EWALD, *ibid.*, p. 367.

[3] G. BRÜCKER, Les nouveaux horizons de la politique de santé, in *Les métamorphoses des politiques de santé*, *op. cit.*, p. 127.

[4] « Les métamorphoses des politiques de santé », *R.F.A.P.* 2005, n° 113, 204 p.

d'une densification constante de la réglementation sanitaire (A) qui pénètre de plus en plus largement les sphères autrefois laissées à l'initiative privée (B).

A.- LA DENSIFICATION DE LA RÉGLEMENTATION SANITAIRE

617 La notion de réglementation sanitaire est entendue ici dans son sens matériel, et non formel, comme l'ensemble des règles de portée générale et impersonnelle destinées à la protection de la santé publique. Ce choix s'impose dans la mesure où il n'y a pas toujours de différence de nature entre les règles adoptées par le législateur et celles qui émanent des autorités réglementaires[1]. Le développement actuel de la réglementation sanitaire est à la fois quantitatif et qualitatif. D'un côté, on observe un élargissement constant de son champ matériel (1) ; de l'autre, ce sont les objets de la réglementation qui sont approfondis (2).

1) L'extension du champ matériel de la réglementation sanitaire

Le développement de la réglementation sanitaire est bien évidemment lié à la revalorisation de la santé publique, inscrite dans un objectif renforcé de protection des personnes. On peut cependant distinguer deux axes de cette évolution.

618 Premièrement, le développement de la lutte contre les risques iatrogènes du système de santé a initié un véritable mouvement de « *boulimie réglementaire* »[2], justifié par des considérations de sécurité sanitaire. Elle a, d'une part, incité les pouvoirs publics à engager un mouvement de « collectivisation » ou de « publicisation » du droit médical, ce que signale en particulier la transformation massive d'obligations professionnelles et/ou déontologiques en obligations de santé publique. On peut, parmi bien d'autres exemples, citer l'article L. 3114-6 introduit au Code de la santé publique par la loi du 9 août 2004 pour indiquer que « *les professionnels de santé ainsi que les directeurs de laboratoires d'analyses de biologie médicale exerçant en dehors des établissements de santé veillent à prévenir toutes infections liées à leurs activités de prévention, de diagnostic et de soins. Des arrêtés fixent, en tant que de besoin, les règles qu'ils doivent respecter* ».

Le souci de la sécurité sanitaire a, d'autre part, conduit à l'élargissement de notions catégorielles clefs du droit de la santé à partir desquelles est structuré et déterminé l'objet de la réglementation de sécurité sanitaire. C'est notamment le sens de l'introduction par la loi du 1er juillet 1998 de la notion, volontairement floue, de « produits et de biens de

---

[1] Cela résulte, on le sait, de la lecture particulière faite par le Conseil constitutionnel des art. 34 et 37 de la Constitution à l'occasion de sa décision « *Blocage des prix* » : n° 82-143 DC, 30 juill. 1982 *(Loi sur les prix et les revenus)*, *Rec.* p. 57 ; *R.J.C.* I-130 ; *G.D.C.C.* n° 33 ; *R.D.P.* 1983, p. 333, note L. FAVOREU ; *Rev. adm.* 1983, p. 247 et p. 360, note M. DE VILLIERS.

[2] V. B. BONNICCI, La sécurité sanitaire. De l'obsession étatique à la paralysie professionnelle, *loc. cit.*, p. 779.

santé » qui a cherché à surmonter les défauts et les insuffisances d'une réglementation traditionnellement élaborée à partir de la notion de « médicament »[1]. Cette référence matérielle nouvelle a permis de mettre en place une politique globale (et décloisonnée) de sécurité sanitaire tenant compte de la spécificité de chaque type de biens ou de produits de santé. Sur cette base, les pouvoirs publics ont peu à peu renforcé les règles applicables aux produits et aux biens insuffisamment réglementés et contrôlés : les dispositifs médicaux, dont les dispositifs médicaux de diagnostic *in vitro*, les réactifs de laboratoire, notamment ceux utilisés pour les examens d'anatomie et de cytologie pathologiques, les médicaments homéopathiques à usage humain, les produits sanguins labiles, les éléments et produits du corps humain, les éléments diététiques destinés à des fins médicales, les produits biologiques à effet thérapeutique, les préparations magistrales et hospitalières, les organes, tissus, cellules et produits d'origine animale non visés par la législation bioéthique, les matières premières à usage pharmaceutique, etc. Elle a également favorisé l'extension de la réglementation sanitaire à des produits dits « frontières » qui ne répondent pas à la définition juridique du médicament, bien qu'ils concernant la santé humaine et soient parfois à l'origine de graves accidents[2] : les produits cosmétiques[3], les produits insecticides et acaricides destinés à être appliqués sur l'homme[4], les allergènes[5], les produits de tatouage utilisés à d'autres fins que médicales[6], les lentilles oculaires[7], les autotests de grossesse, etc.[8]

619 Deuxièmement, l'approche téléologique de la protection de la santé a favorisé une perspective fonctionnelle nouvelle de la santé publique qui, après avoir longtemps été définie à partir de ses objets, est aujourd'hui essentiellement conçue par référence à son

---

[1] Outre le rapport de C. HURIET, *op. cit.*, *cf.* par exemple, D. JACOTOT, L'inclusion des produits sanguins labiles dans le régime du médicament, *R.D.S.S.* 1997, n° 3, p. 558-569.

[2] V. É. FOUASSIER et H. VAN DEN BRINK, A la frontière du médicament : compléments alimentaires, alicaments, cosmétiques internes…, *R.G.D.M.* 2003, n° 11, p. 93-102.

[3] Art. L. 5131-1 s., L. 5311-1, R. 1123-39, R. 1123-42, R. 1123-49 et R. 5131-1 s. C.S.P.

[4] Art. L. 5311-1 et R. 5136-1 s. C.S.P. V. le décr. n° 2008-109 du 5 févr. 2008 relatif aux insecticides et acaricides, aux aliments diététiques destinés à des fins médicales spéciales et aux matières premières à usage pharmaceutique, *J.O.* du 7 févr., p. 2326.

[5] Art. L. 5311-1 C.S.P.

[6] Art. L. 5311-1, R. 1123-39, R. 1123-42 et R. 1123-49 C.S.P. V. le décr. n° 2008-149 du 19 févr. 2008 fixant les conditions d'hygiène et de salubrité relatives aux pratiques du tatouage avec effraction cutanée et du perçage, *J.O.* du 20 févr., p. 3042 ; *B.J.S.P.* 2008, n° 112, Q.P., p. 16 et le décr. n° 2008-210 du 3 mars 2008 fixant les règles de fabrication, de conditionnement et d'importation des produits de tatouage, instituant un système national de vigilance et modifiant le C.S.P., *J.O.* du 5 mars, p. 3976.

[7] Art. L. 5311-1 C.S.P.

[8] C'est la même évolution que l'on observe dans la diversification des professions, des activités et des pratiques médicales ou de soins soumises, pour des raisons de sécurité, à la réglementation et au contrôle de l'État. C'est le sens notamment de la réglementation, plus que nécessaire, des activités de chirurgie esthétique. C'est aussi celui de la création de « nouveaux métiers de la santé » ouverts à des personnes non docteurs en médecine qui, bien que parfois controversés sur le plan scientifique, sont, à l'exemple de l'ostéopathie ou de la chiropractie, reconnus et encadrés par les pouvoirs publics pour des raisons tenant essentiellement à la protection de la santé des personnes qui recourent à ce type de services. V. notamment l'exposé des motifs de l'amendement n° 178 présenté par M. CHARLES, Mme BENAYOUN-NAKACHE, Mme GÉNISSON et M. ASCHIÉRI le 27 sept. 2001 à l'Assemblée nationale (*www.eso-suposteo.fr*) ainsi que la réponse ministérielle à la question n° 13945 de M. RUDY (*J.O.* Ass. nat. du 21 juill. 2003, p. 5875).

but. C'est notamment ce qu'il ressort de l'article L. 1411-1 du Code de la santé publique qui, au-delà de la lutte contre les épidémies, de la prévention des maladies, des traumatismes et des incapacités et de la sécurité des soins et des produits de santé, inscrit « *l'identification et la réduction des risques éventuels pour la santé liés à des facteurs d'environnement et des conditions de travail, de transport, d'alimentation ou de consommation de produits et de services susceptibles de l'altérer* »[1] dans le champ de la santé publique. Est de la sorte définitivement qualifié de « sanitaire », le risque qui, bien que couru hors du champ institutionnel de la santé, peut avoir des répercussions sur l'état de santé de la population. Partant, la réglementation sanitaire englobe dans son champ tous les secteurs d'activités économiques et sociales – agro-alimentaire, travail, transports, loisirs… – et, plus généralement, tous les aspects de la vie en collectivité : environnement, urbanisme, construction, etc. Un certain nombre de ces secteurs étaient déjà concernés par la réglementation d'hygiène publique[2]. Il reste que ce phénomène a pris de l'ampleur au fur et à mesure que progressait l'exigence sociale de protection et de sécurité sanitaire jusqu'à participer à cette « marée normative » notamment dénoncée par la section des études du Conseil d'État[3].

Il faut, de plus, relever que l'objet même de ces réglementations a évolué dans le sens de son approfondissement. Force est ainsi de constater que le droit public se saisit de plus en plus largement de la sécurité comme s'il s'agissait de garantir l'effectivité de l'obligation générale de prudence et de diligence du droit civil par des normes objectives et détaillées, adaptées à toute activité et à toute situation.

2) L'approfondissement des objets de la réglementation sanitaire

Sur ce point également, deux phénomènes concomitants et complémentaires doivent être signalés.

620 En premier lieu, on relèvera l'immixtion croissante des autorités publiques dans les procédures d'assurance-qualité qui, autrefois laissées à la discrétion des entrepreneurs et

---

[1] Il faut certainement voir dans cette définition élargie de la santé publique l'une des conséquences essentielles du contentieux relatif à la responsabilité de l'État pour la contamination des travailleurs par les poussières d'amiante qui aura au moins eu le mérite de poser clairement les liens unissant droit du travail et santé publique. V. notamment C. DURAND, La carence fautive de l'État en matière de protection de la santé au travail. De l'enrichissement mutuel du droit du travail et des principes de prévention et de précaution, *R.D.S.S.* 2002, n° 1 (38), p. 1-19.

[2] C'est le cas notamment des piscines et baignades ouvertes au public qui font l'objet d'un encadrement spécifique depuis 1969 (*cf.* l'arr. du 13 juin 1969 relatif aux règles d'hygiène et de sécurité dans les établissements de natation ouverts au public, *J.O.* du 8 juill., p. 6955)

[3] Conseil d'État, *Rapport public 2006. Sécurité juridique et complexité du droit*, Paris, 2006, La documentation française, E.D.C.E. n° 57, p. 229-337. *Cf.* sur ce point les remarques de J.-M. PONTIER, Pourquoi tant de normes ?, *A.J.D.A.* 2007, n° 15, p. 769. C'est ce qu'illustre notamment l'inflation des réglementations qui, dans des secteurs et pour des activités de plus en plus divers et diversifiés, sont censées fixer les conditions optimales de sécurité : mesures relatives aux matériels et aux jouets pour bébés, dispositifs de protection des piscines privées, réglementation des aires de jeux, normes techniques de construction, etc., même si toutes ces mesures ne peuvent être rattachées à la protection de la santé publique.

des industriels, sont aujourd'hui intégrées dans le champ de la réglementation sanitaire[1]. C'est ce qu'illustre par exemple le développement des obligations d'autocontrôle et la diffusion du concept de « personne responsable », dont les textes imposent de plus en plus la désignation, et qui sera notamment chargée de veiller au respect des règles de qualité et de sécurité. On peut trouver un autre exemple dans le développement des obligations de traçabilité, néologisme qui entend désigner l'ensemble des procédures, des mesures et des informations permettant d'assurer le suivi des produits et des biens destinés à la consommation humaine de leur origine jusqu'à leur distribution en passant par les conditions de leur production et/ou de leur transformation[2].

621 Il faut, en second lieu, souligner l'ampleur prise par la réglementation technique ces dernières années. Les autorités publiques se sont déjà engagées dans un nouveau type de réglementation visant à fixer les niveaux d'acceptabilité des risques par la définition de normes seuils de nuisances ou de limites d'exposition aux risques[3]. Parallèlement, ont été développées les règles de « bonnes pratiques » qui regroupent les protocoles et les procédures de qualité devant être appliqués par les producteurs et les fournisseurs de biens, de produits et de services afin d'en garantir la meilleure qualité possible[4]. D'abord conçues comme des éléments d'assurance-qualité relevant des instruments de la « soft law »[5], les bonnes pratiques forment aujourd'hui un objet à part entière de la

---

[1] *Cf.* notamment K. FOUCHER, *Principe de précaution et risque sanitaire…, op. cit.*, p. 220-229 sur l'utilisation de l'autocontrôle pour la prévention du risque alimentaire et l'intégration de ses mécanismes dans la sphère de la contrainte réglementaire.

[2] La traçabilité constitue l'un des éléments clefs de l'assurance qualité et de l'autocontrôle dont l'organisation et la mise en œuvre appartiennent normalement aux entreprises de fabrication, de transformation, d'importation et de distribution des marchandises. Elle intervient, en particulier, dans la garantie des qualités substantielles des produits et des biens proposés aux consommateurs dont elle permet de certifier l'origine et de suivre le cheminement tant au niveau de la fabrication que de la distribution.

[3] F. EWALD, L'État de précaution, *op. cit.*, p. 365. Sur le principe du seuil, *cf.* notamment F. CABALLERO, *Essai sur la notion juridique de nuisance*, Paris, 1981, L.G.D.J., p. 70 et K. FOUCHER, *Principe de précaution et risque sanitaire…, op. cit.*, p. 234-235.

[4] En ce sens, M. JOLLY définit les recommandations pour la pratique clinique adressées comme un instrument destiné à « *aider le médecin à s'y retrouver dans le dédale des informations scientifiques pour lui permettre de soigner de façon efficace et qualitativement et économiquement satisfaisante* ». (*Comment améliorer les pratiques médicales ?*, cité par E. CANIARD, *Les recommandations de bonnes pratiques : un outil de dialogue, de responsabilité et de diffusion de l'innovation*, Rapport au Ministre chargé de la Santé, avr. 2002, p. 10. Ce rapport est accessible en texte intégral sur *www.sante.gouv.fr* et *www.bdsp.tm.fr*).

[5] *Cf.* sur point G. VIALA, Les « bonnes pratiques » : une source de droit pharmaceutique en extension, *R.D.S.S.* 1986, p. 599-601. À moins d'avoir été définies et/ou homologuées par un acte réglementaire, elles n'ont normalement pas de caractère décisoire. Ce principe, déjà affirmé par le juge administratif s'agissant des normes techniques de type ISO ou AFNOR, a notamment été rappelé par le Conseil d'État dans un arrêt du 24 févr. 1999, *Union hospitalière privée*, à propos du caractère non réglementaire de la circulaire du ministre de l'Emploi et de la Solidarité relative à la stérilisation des dispositifs médicaux dans les établissements de santé (n° 192594, *D.A.* 1999, n° 204, note C. ESPER). La Cour administrative d'appel de Bordeaux a également eu l'occasion de préciser que le code de bonnes pratiques des suppléments nutritionnels approuvé par la commission interministérielle et interprofessionnelle de l'alimentation animale en 1996 ne pouvait être utilement invoqué à l'appui d'un recours en excès de pouvoir, confirmant ainsi son caractère non décisoire (4 déc. 2001, *S.A. Wyjolab*, n° 97BX01589, inédit). La jurisprudence récente oblige toutefois à modérer ce propos, dans la mesure où l'arrêt de Section du Conseil d'État, *Mme Duvignières*, du 18 déc. 2002 (n° 233618, *Rec.* p. 463, concl. P. FOMBEUR ; *G.A.J.A.* n° 114 ; *J.C.P.* A 2003, n° 1064, comm. J. MOREAU ; *A.J.D.A.* 2003, p. 487, chron. F. DONNAT et D. CASAS ; *R.F.D.A* 2003, p. 510, note J. PETIT ; *Petites affiches* du 23 juin 2003, p. 12, note P. COMBEAU) a modifié les critères traditionnels de définition de l'acte administratif faisant grief, désormais défini comme toute mesure administra-

réglementation sanitaire et sont employées par l'administration comme de véritables « *codes de précaution* » servant à régir les actes et les pratiques professionnels[1]. La publication de bonnes pratiques par la voie d'actes réglementaires, notamment d'arrêtés ministériels, n'est certes pas nouvelle : ces règles sont depuis longtemps utilisées par l'administration comme un instrument d'amélioration de la qualité et de la sécurité des biens, des produits et des services. Toutefois, comme le relève M. VIALA, les arrêtés intervenant en la matière se bornent traditionnellement à recommander leur respect et non à l'ordonner, ce qui souligne leur caractère non réglementaire[2]. Les lois de sécurité sanitaire ont radicalement changé cette perspective en prévoyant explicitement l'opposabilité de certaines règles de bonnes pratiques[3]. Dès le vote de la loi du 4 janvier 1993 relative à la sécurité en matière de transfusion sanguine, le législateur a ainsi confié aux autorités sanitaires[4], le soin de fixer les principes de bonnes pratiques auxquels les destinataires « *doivent se conformer* »[5]. On remarque ainsi depuis quelques années une transformation massive des règles de bonnes pratiques en normes administratives servant à compléter les normes techniques d'hygiène et de sécurité qui, jusque là, régissaient seules les actes et les pratiques professionnels[6]. Elles se présentent de la sorte comme une source du droit de la santé en constante progression[7].

---

tive dont les dispositions ont un caractère impératif. Un certain nombre de règles de bonnes pratiques qui, dans le cadre de la jurisprudence *Institution Notre-Dame du Kreisker* (Ass., 29 janv. 1954, n° 7.134, *Rec.* p. 64 ; *R.P.D.A.* 1954, p. 50, concl. TRICOT ; *A.J.D.A.* 1954, p. 5, chron. J. GAZIER et M. LONG) n'auraient pas reçu la qualification d'actes administratifs décisoires, relèvent aujourd'hui de cette catégorie. C'est notamment ce qu'a jugé le Conseil d'État à propos de la régularité des recommandations de bonnes pratiques établies par l'A.N.A.E.S pour l'accès aux informations concernant la santé d'une personne (25 sept. 2005, *Cons. nat. de l'Ordre des médecins*, préc.).

[1] F. EWALD, L'État de précaution, *op. cit.*, p. 365. Sur ce point, *cf.* également E. CANIARD, *Les recommandations de bonnes pratiques…*, *op. cit.*, 93 p. et O. SMALLWOOD, La normalisation des règles de l'art médical : une nouvelle source de responsabilité pour les professionnels de santé ?, *Médecine et Droit*, 2006, n° 79-80, p. 121-126.

[2] G. VIALA, Les « bonnes pratiques »…, *op. cit.*, p. 599. Dans ce cas, souligne l'auteur, l'intervention de l'arrêté vise surtout à assurer le caractère officiel de ces règles de bonnes pratiques et leur large diffusion par leur publication au *Journal officiel* (*ibid.*, p. 602).

[3] V. notamment les L. n° 93-5 du 4 janvier 1993 relative à la sécurité en matière de transfusion sanguine, n° 96-452 du 28 mai 1996 portant diverses mesures d'ordre sanitaire, social et statutaire et n° 98-535 du 1er juill. 1998, précitées.

[4] Il s'agit principalement du ministre chargé de la Santé et de l'A.F.S.S.A.P.S. dont la compétence a ici été consacrée par l'ord. n° 2005-1087 du 1er sept. 2005, préc. *Cf.* l'art. L. 1223-3 C.S.P. s'agissant des principes de bonnes pratiques dont doivent se doter les établissements de transfusion sanguine, le centre de transfusion sanguine des armées et les établissements de santé autorisés à conserver et distribuer ou délivrer des produits de santé ou encore l'art. L. 5131-5 à propos des principes de bonnes pratiques de fabrication et d'évaluation de la sécurité pour la santé humaine des produits cosmétiques (la compétence était auparavant partagée entre les ministres chargés de l'Artisanat, de la Consommation, de l'Industrie et de la Santé).

[5] L'utilisation du verbe « devoir » ne permet pas ici de douter de leur caractère impératif et, partant, de leur opposabilité.

[6] Il faut d'ailleurs noter que ce phénomène ne se limite pas aux matières évoquées par ces textes législatifs. *Cf.* par exemple les art. R. 1243-29 et R. 1243-31 C.S.P. concernant les conditions réglementaires d'octroi de l'autorisation des établissements pour les cellules ne constituant pas des spécialités pharmaceutiques ou d'autres médicaments fabriqués industriellement (dispositions introduites par le décr. n° 2001-909 du 1er oct. 2001 relatif aux cellules et aux produits de thérapies génique et cellulaire fixant les conditions d'autorisation des établissements, organismes, procédés, produits et protocoles d'essais cliniques, *J.O.* du 6 oct., p. 15739).

[7] Même lorsqu'elles ne sont pas rédigées de façon impérative et ne revêtent pas de force contraignante, les règles de bonnes pratiques jouent un rôle important en matière d'évaluation et de responsabilité, notamment en matière médicale où elles renvoient à la notion de « *connaissances médi-*

Enfin, on observe une nette recrudescence des normes techniques d'installation ou de fonctionnement fixant les conditions d'exécution des prescriptions générales de sécurité sanitaire en vue, notamment, d'en garantir la bonne application et l'efficacité. Comme les règles de bonnes pratiques, ces normes visent ainsi à définir « *des procédures telles que, si elles sont observées, on peut raisonnablement penser qu'il n'y […] aura pas [de dommages]* »[1]. Si le recours de l'administration aux normes techniques n'est pas nouveau, il a connu un développement remarquable qui participe largement au foisonnement réglementaire actuel, témoignant ainsi de la logique de standardisation qui est aujourd'hui à l'œuvre. Tout se passe en effet comme si l'État devait non seulement définir, par des réglementations-cadre, les objectifs et les règles assurant un bon niveau de sécurité pour la santé, mais aussi préciser l'ensemble des conditions, des modalités et des moyens propres à y parvenir[2]. Cette volonté affichée des pouvoirs publics de maîtriser de bout en bout les conditions de la prévention des risques sanitaires réduit alors immanquablement le champ de l'initiative privée[3].

---

cales avérées ». Dès lors, elles sont toujours susceptibles d'avoir d'importants effets juridiques puisque leur méconnaissance par un professionnel de santé, qui équivaut au non-respect des règles d'exercice de la profession, peut justifier la conduite d'une procédure de sanction disciplinaire à son encontre et/ou engager sa responsabilité civile ou pénale ou celle de son établissement : outre C.A.A. de Paris, 26 févr. 1998, *C.H.G. Léon Binet de Provins c. Cts Savouré*, nos 96PA04239 et 97PA02207, *Les Fiches de la jurisprudence hospitalière* 1999-2, p. 4 et C.N.O.M., Sect. des ass. soc., 21 juin 2001, *Nouv. Pharma.* 2001, n° 372, p. 347 ; *Jurisprudence de la santé* 2001-2002, p. 143 et – 21 juin 2001, *Nouv. Pharma.* 2001, n° 372, p. 347 ; *Jurisprudence de la santé* 2001-2002, p. 143, v. trib. corr. de Pau, 12 oct. 1998, n° 2593, *G.A.M.M. Info* 1999, n° 9, p. 2 (manque à ses obligations le médecin généraliste qui s'abstient de surveiller sa patiente après lui avoir injecté un produit de désensibilisation prescrit par un pneumologue pour soigner un asthme allergique « *en dépit des recommandations du fabricant et des règles de la bonne pratique de l'allergologie* ») et C.E., 12 janv. 2005, *Kerkerian*, n° 256001, *Rec.* p. 20 ; *A.J.D.A.* 2005, p. 1008, note J.-P. MARKUS ; *Petites affiches* 2007, n° 7, p. 3, chron. C. MASCRET (la sect. des assurances sociales du C.N.O.M. a pu, sans commettre d'erreur de droit, estimer que M. X n'avait pas tenu compte pour dispenser ses soins à ses patients des données acquises de la science, telles qu'elles résultent notamment des recommandations de bonnes pratiques élaborées par l'A.N.D.E.M. puis par l'A.N.A.E.S., en s'abstenant de prescrire le dépistage systématique du cancer du col utérin chez ses patientes âgées de 25 à 65 ans et le renouvellement tous les trois ans de cet examen, et qu'il avait ainsi méconnu les dispositions des art. 8 et 32 C.D.M.). Elles interviennent encore dans le cadre des procédures de certification (pour une comparaison de ce mécanisme avec celui des références médicales opposables dont le respect est imposé aux médecins libéraux conventionnés : C.E., 30 avr. 1997, *Assoc. nat. pour l'éthique de la médecine libérale et a.*, nos 180838, 180839, 180867, *Rec.* p. 174). Le respect des bonnes pratiques est enfin pris en compte les agents publics chargés du contrôle et de l'inspection « *pour apprécier les situations qu'ils sont amenés à constater* » (Rapport de la D.H.O.S., *Sécurité sanitaire dans les établissements de santé : Réglementation applicable*, 2e éd., août 2001, 90 p.). *Cf.* par exemple l'art. 27 de l'arr. du 9 mai 1995 réglementant l'hygiène des aliments directement remis aux consommateurs qui, « *pour l'organisation et la fréquence du contrôle du respect des dispositions du présent arrêté* », prévoit que les administrations compétentes prennent en considération l'application du guide de bonnes pratiques hygiéniques par les établissements où les aliments sont soit remis directement au consommateur, soit préparés à cette fin (*J.O.* du 16 mai, p. 8219). Avec les mêmes termes, *cf.* l'art 33 de l'arr. du 28 mai 1997 relatif aux règles d'hygiène applicables à certains aliments et préparations alimentaires destinées à la consommation humaine, *J.O.* du 1er juin, p. 8785.

[1] F. EWALD, L'État de précaution, *op. cit.*, p. 365. Sur ce point, *cf.* également A. LAUDE, B. MATHIEU et D. TABUTEAU, *Droit de la santé*, *op. cit.*, p. 401-405.

[2] Le risque ici est d'amener à une confusion progressive entre la conformité et la sécurité, d'où l'impérieuse nécessité de maintenir la responsabilité individuelle, nonobstant l'ampleur et le degré de réglementation.

[3] *Cf.* en ce sens, F. EWALD, L'État de précaution, *op. cit.* V. également D. TABUTEAU, *La Sécurité sanitaire*, 2e éd., *op. cit.*, p. 38.

B.- LE RECUL DES FRONTIÈRES DE LA SPHÈRE PRIVÉE

622 Il apparaît bien aujourd'hui une nouvelle conception de l'interventionnisme sanitaire de l'État qui, pour la protection de la santé et de la sécurité des personnes, devrait parvenir à la « *réglementation complète de toutes les conditions d'exercice de l'ensemble des activités afin d'en prévenir [tous] les risques* »[1]. La logique de cet interventionnisme n'est toutefois pas aisée à appréhender. Elle apparaît dans une large mesure comme un aboutissement logique de la construction juridique de l'ordre public sanitaire (1). Le phénomène de normalisation sanitaire des activités humaines va toutefois au-delà pour s'inscrire dans une logique de sécurité renforcée (2).

1) Un aboutissement de la construction juridique de l'ordre public sanitaire

623 Le foisonnement actuel de la réglementation sanitaire apparaît dans une large mesure comme un aboutissement logique de la construction juridique de l'ordre public sanitaire. On relèvera d'abord que cet engagement nouveau de l'État repose sur une conception fonctionnelle de la protection de la santé publique qui est précisément celle de l'ordre public sanitaire. Par ailleurs, cette démarche interventionniste, qui conduit les autorités sanitaires à réglementer davantage les activités privées, est au cœur de la construction moderne de l'ordre public sanitaire qui veut, dans la logique du « solidarisme sanitaire », que « *les limites de la vie privée par rapport à l'ordre public soient, en matière de [santé], plus restreintes qu'en toute autre* »[2]. C'est bien en ce sens que le Conseil d'État a, en 1993 puis en 2004, retenu la responsabilité pour faute de l'État à raison de ses carences à prévenir les dangers nés d'activités porteuses de risques pour la santé publique.

Ces solutions ont parfois suscité la réserve en ce qu'elles conduisent à imputer à l'État la charge de dommages qu'il n'a pas directement créés[3]. Deux remarques s'imposent cependant. Sur la question de la causalité, on observera tout d'abord que l'appréciation du comportement des autorités de police sanitaire n'a, à notre connaissance, jamais été subordonnée à la participation directe ou indirecte d'une personne physique ou morale, privée ou publique, à la constitution du trouble à l'ordre public sanitaire et, le cas échéant, aux dommages causés par sa réalisation. C'est bien en effet le rôle de la police administrative que de réguler les comportements susceptibles de nuire à autrui. Les obligations de l'une et des autres ne se situent pas sur le même plan. La carence de l'administration à remplir cette fonction de régulation est constitutive d'une faute qui est indépendante de la faute de négligence ou d'imprudence par ailleurs

---

[1] Conseil d'État, *Rapport public 2005*, *op. cit.*, p. 326.

[2] P.-H. TEITGEN, *La police municipale…*, *op. cit.*, p. 54-55. Sur ce point, *cf. supra* n°s 114 s.

[3] Sur ce point, *cf.* D. TRUCHET, L'obligation d'agir…, *op. cit.* , p. 313-314.

commise par l'auteur direct du dommage. Dès lors, s'il est vrai que dans les affaires du sang contaminé et de l'amiante, le comportement de l'administration-puissance publique n'était pas à l'origine immédiate des dommages, d'abord imputables aux acteurs « actifs » de ces drames, l'État-puissance publique a bien participé à leur constitution en ne prenant pas les mesures nécessaires pour empêcher ou, au moins, faire cesser ces négligences constitutives de troubles à l'ordre public sanitaire[1]. On soulignera d'ailleurs que ces décisions n'ont eu ni pour objet ni pour effet de substituer la responsabilité de l'État à celle des autres acteurs. Le dossier de l'amiante l'illustre bien : la responsabilité pour carence fautive de l'État ne fait pas disparaître celle de l'employeur, tenu à une obligation générale de sécurité vis-à-vis de ses salariés[2]. La jurisprudence maintient donc les obligations prudentielles de chaque opérateur qui, au-delà des normes légales et réglementaires, doit tenir compte des impératifs de la santé publique dans l'exercice de ses activités[3]. Si elle réduit le champ de l'initiative privée, le développement de la réglementation sanitaire préserve donc celui de la responsabilité.

Il faut ensuite rappeler que l'interventionnisme imposé par l'ordre public sanitaire répond à une logique de subsidiarité, indissociable du principe de nécessité qui sous-tend l'action de police administrative et qui fait de la réglementation initiale des activités privées le palliatif nécessaire de situations ou de négligences particulières préjudiciables à la santé des tiers[4].

624 Ni les arrêts de 1993, ni même ceux de 2004 ne modifient donc le principe de l'obligation d'agir de la puissance publique pour la protection de la santé publique. Ce qui a évolué ici, c'est le sens, le contenu et la portée donnés par le juge administratif à ces obligations de l'État. En imposant aux autorités de puissance publique une obligation d'efficacité pour la sécurité des personnes qui, d'un point de vue matériel, se rapproche de l'obligation de prudence et de diligence du droit civil, le juge a en effet renvoyé l'État

---

[1] En ce sens notamment, *cf.* C. GUETTIER, L'amiante : une affaire d'État, *op. cit.*, p. 204 et p. 208.

[2] Cass. soc., 28 févr. 2002, *Soc. Eternit*, n°s 99-17201, 99-18389, 00-11793, 99-21255, 00-10051, 00-13172, 99-17221, *Bull.* n° 81, p. 74 ; *Dr. soc.* 2002-4, p. 445, note A. LYON-CAEN ; *R.T.D.Civ.* 2002, n° 2, p. 310, note P. JOURDAIN ; *D.* 2002, II, 35, p. 2696, note X. PRETOT ; *R.J.S.* n° 06/02, chron., p. 495, note P. MORVAN. *Cf.* également P. OLLIER, La responsabilité de l'employeur en matière d'accidents du travail et de maladies professionnelles. Jurisprudence récente de la Chambre sociale, *in Rapport annuel 2002* de la Cour de cassation (*www.courdecassation.fr*). Sur cette base, l'employeur doit impérativement préserver la santé de ses salariés lorsque ceux-ci sont exposés à un danger dont il a ou devrait avoir connaissance. Le manquement à cette obligation revêt le caractère d'une faute inexcusable : Cass. civ. 2e, 14 déc. 2004, *Soc. Atofina*, n° 03-30247, *Bull. civ.* II, n° 520, p. 444.

[3] C'est ce qu'illustre, par exemple, la jurisprudence développée en matière de sécurité des produits et des biens dont la défectuosité engage la responsabilité civile du fabricant ou, le cas échéant, du fournisseur, y compris lorsque le produit ou le bien est conforme aux normes de santé publique (*cf. infra* n° 667). C'est dans le même ordre d'idée que la Cour de cassation a réaffirmé l'obligation faite au bailleur par l'art. 1147 du C. civ. « *de remettre au locataire un logement décent ne laissant pas apparaître de risques manifestes pouvant porter atteinte à la sécurité physique ou à la santé* » : Cass. civ. 3e, 19 janv. 2005, *S.A. H.L.M. Immobilière 3 F*, préc.

[4] Dans le cas de l'amiante, par exemple, c'est bien parce que les employeurs ont méconnu leurs obligations en matière de prévention des risques professionnels que l'État aurait dû intervenir et réglementer son usage professionnel.

à une obligation qui l'attire « *du côté du "bon père de famille"* »[1]. Il n'est dès lors pas étonnant de constater un effacement progressif de la logique de subsidiarité au profit d'un impératif d'efficacité qui éloigne l'action de l'État du principe d'antan, faisant de la liberté le principe et de la restriction de police l'exception. Il s'agit aujourd'hui pour les autorités sanitaires de présupposer le danger et d'anticiper la survenance possible d'un risque né de négligences particulières en définissant *a priori* les règles de sécurité qui s'imposent pour l'éviter[2].

2) Un interventionnisme accru par le développement des exigences de sécurité

625 Il est clair que la politique de gestion des risques qui fonde la réglementation sanitaire ne repose plus aujourd'hui sur une logique défensive et conservatoire de la santé publique, mais sur un projet collectif positif, dynamique et constructif visant à atteindre le meilleur niveau possible de santé. Or, comme le souligne M. BRÜCKER, « *cette politique, dont la nécessité n'est pas contestée, a aussi ouvert de nouveaux débats sécuritaires en cherchant parfois à abolir tous les risques* »[3]. Le vif besoin de sécurité ressenti par la société civile pousse alors l'État vers un nouveau programme d'intervention tendu vers un « *objectif inaccessible : parvenir à la maîtrise durable des menaces et des risques pour la santé de toute la population* »[4]. Ce programme ne peut se faire sans dommages pour l'initiative privée et la liberté individuelle. Il répond cependant à une forte demande de la population qui, dans le contexte très contemporain de la « *complexification du risque* »[5], attend beaucoup de l'État[6].

626 Premièrement, au fatalisme ancien a succédé l'idée que « *la plupart des risques, subtils mélanges d'aléas et de comportements individuels, ont des causes au moins partiellement endogènes à l'activité humaine* »[7]. De cette idée découle celle qu'il est toujours possible d'agir sur les risques. À défaut de les éliminer, la société peut et doit s'employer à en limiter les effets ou l'occurrence. L'État se voit alors assigner un nouvel objectif – celui de la maîtrise des risques – qui exige un encadrement sanitaire accru des

---

[1] D. TRUCHET, L'obligation d'agir…, *loc. cit.*, p. 314).

[2] Sur ce point, *cf.* notamment L. BAGHESTANI-PERREY, La recherche d'un équilibre entre la protection des droits fondamentaux et les exigences de santé publique et de sécurité sanction, *op. cit.*, p. 7-20, spéc. p. 12-14.

[3] G. BRÜCKER, Les nouveaux horizons de la politique de santé, *op. cit.*, p. 129.

[4] G. BRÜCKER, *ibid.*, p. 127.

[5] J.-M. PONTIER, La puissance publique et la prévention des risques, *op. cit.*, p 1755.

[6] Conseil d'État, *Rapport public 2005*, *op. cit.*, p. 332. Les auteurs du rapport citent, en illustration, une requête déposée contre le refus de l'administration d'empêcher la mise en circulation de véhicules « inutilement rapides ». (Celle-ci a été rejetée le 10 juill. 2006 : n° 271835, *Rec.* p. 336 ; *J.C.P.* A, act. 665, obs. M.-C. ROUAULT ; *A.J.D.A.* 2006, p. 2061, concl. E. PRADA-BORDENAVE). On peut encore renvoyer ici aux recours engagés contre l'État par des mères d'enfants souffrant du syndrome d'alcoolémie fœtale : *cf. supra* n° 511.

[7] Conseil d'État, *Rapport public 2005*, *op. cit.*, p. 330. *Cf.* également, p. 275.

activités humaines. Il en résulte également la conviction profonde que tout dommage relève, au moins partiellement, d'une faute commise dans la gestion du risque. Cette conviction, qui fonde l'intolérance croissante des citoyens face au risque, notamment sanitaire, conduit alors la société à exiger de l'État qu'il impose, pour chaque activité, des obligations spécifiques de sécurité sanitaire[1].

627 Deuxièmement, la montée des risques globaux, et notamment des risques sériels, susceptibles de toucher une part importante de la population a donné une dimension prospective nouvelle à la prévention des risques sanitaires qui suppose l'engagement de nouvelles actions de la part d'un État qui se veut de plus en plus un État de précaution[2]. C'est ce qu'expriment notamment le développement et le renforcement des systèmes de prévention-anticipation[3], visant à neutraliser les risques par la définition anticipée des procédures et des mesures propres à en empêcher la survenance. La complexification des risques a aussi alimenté un fort sentiment d'insécurité sanitaire dans la société et créé un climat de tension, fondé sur la peur et la défiance, dans lequel la réglementation sanitaire s'impose aussi comme un moyen de « réassurance » sociale, au sens que la psychologie donne à ce mot. C'est bien « l'aile protectrice » de l'État[4] que recherchent les citoyens en exigeant de sa part une protection accrue contre les risques sanitaires[5]. Il s'agit en outre, pour les pouvoirs publics, de contrer les effets délétères de ce climat de défiance et, en particulier, de prévenir la perte de l'initiative et la paralysie du progrès, en multipliant les obligations de sécurité sanitaire[6].

628 Or les questions de sécurité font aussi l'objet d'une surenchère de nature à pervertir le sens et l'usage des instruments juridiques de la prévention des risques. Celle-ci s'observe en particulier dans l'usage du principe de précaution[7]. D'un côté, l'opinion publique, qui tend à ériger le refus du risque en principe, voit dans la précaution une exigence particulièrement stricte de prudence, à partir de laquelle elle demande des mesures toutes aussi strictes de protection contre les risques de toutes sortes. De l'autre, les responsables publics cèdent parfois à la tentation d'une approche maximaliste de la notion de précaution dans le but, sans doute, de rassurer l'opinion publique ou de lui

---

[1] Sur ce point, *cf.* notamment Mme LEBRANCHU, ancien ministre chargée de l'Environnement, in *La sécurité sanitaire après la loi du 1er juillet 1998…*, *op. cit.*, p. 104-105 et D. TABUTEAU, La sécurité sanitaire dans les politiques de santé, colloque du C.E.R.D.P.E., tenu à l'Université de Bourgogne les 27 et 28 avr. 2000 (actes publiés à la *R.J.E.* 2000, n° spéc.)

[2] F. EWALD, L'État de précaution, in *Rapport public 2005* du Conseil d'État, *op. cit.*, p. 359-367. *Cf.* également O. GODARD et alii., *Traité des nouveaux risques*, *op. cit.*, p. 79-81.

[3] *Cf. supra* nos 258 s.

[4] Nous empruntons l'expression à A. DE SWANN, *Sous l'aile protectrice de l'État*, Paris, P.U.F., 1994, 377 p., coll. Sociologies, traduction de Laurent BURY.

[5] Conseil d'État, *Rapport public 2005*, *op. cit.*, p. 326.

[6] *Cf.* L. BAGHESTINI-PERREY, La recherche d'un équilibre…, *op. cit.*, p. 7-20.

[7] *Cf.* O. GODARD et alii., *Traité des nouveaux risques*, *op. cit.*, p. 78-79 et O. GODARD, Le principe de précaution et la proportionnalité face à l'incertitude scientifique, *op. cit.*, p. 386.

prouver l'intérêt porté à la sécurité face aux risques[1]. Ce faisant, ils mettent cependant en avant l'idée d'une obligation « *de prévention extrêmement précautionneuse* »[2] qui valide l'idée, largement répandue, d'un droit, au moins tendanciel, au risque zéro. Cette démarche encourage aussi une approche intégrale de la précaution, fondée sur « *l'idée que l'un des moyens d'avoir plus de sécurité consiste à multiplier les précautions au-delà de ce qui est nécessaire* »[3].

Cette utilisation maximaliste de la précaution va alors bien au-delà d'une redéfinition matérielle de la nécessité d'ordre public pour évoluer vers une logique sécuritariste de « *surenchère précautionneuse* »[4]. Elle vient en outre appuyer l'idée que la réduction des accidents suffit en soi pour assurer la légitimité de mesures, parfois drastiques, de protection. On rejoint ici le constat dressé plus haut d'une tendance des gouvernants à utiliser le principe de proportionnalité comme un outil finalisé d'appréciation de l'efficacité des mesures[5]. Dans cette perspective, il s'agit alors de définir les moyens de la protection des personnes en fonction des risques que l'on souhaite réduire, nonobstant, ou presque, la question des libertés publiques. C'est déjà la logique suivie en matière de toxicomanies, de sécurité routière ou, plus récemment, de tabagisme[6]. C'est aussi la direction que le législateur tend à imprimer à la prévention des accidents domestiques, aujourd'hui intégrée dans la sphère de l'action contraignante de la puissance publique[7].

Ces exemples viennent souligner un second aspect de l'extension de l'emprise sanitaire de l'État qui, au-delà de la régulation des activités, tend aussi à encadrer davantage les comportements individuels.

---

[1] Il suffit ici de prendre l'exemple de la suspension de la campagne en faveur de la vaccination contre l'hépatite B qui, justifiée par l'hypothèse non avérée d'un lien de causalité entre cette vaccination et le déclenchement de scléroses en plaques, a été, et est toujours, très critiquée, l'hépatite B faisant encore aujourd'hui des millions de victimes : outre les remarques de Mme VINEY et de M. KOURILSKY (*Le principe de précaution, op. cit.*, p 47), *cf.* entre autres le « Plaidoyer en faveur d'un principe de protection » de l'Académie nationale de médecine (*www.academie-medecine.fr*), le dossier consacré à ce sujet par le *Quotidien du médecin* en décembre 2007 et le *B.E.H.* du 11 mars 2008, n°s 10/11 *(www.invs.sante.fr).*

[2] O. GODARD, Le principe de précaution et la proportionnalité face à l'incertitude scientifique, *op. cit.*, p. 386.

[3] V. en ce sens, M.-A. HERMITTE, Le rôle du droit dans les phénomènes de crise. L'expérience de la transfusion sanguine, *op. cit.*, p. 94.

[4] O. GODARD, Le principe de précaution et la proportionnalité face à l'incertitude scientifique, *op. cit.*, p. 386.

[5] *Cf. supra* n°s 517 s.

[6] *Cf. supra* n° 516.

[7] V. également la proposition de loi n° 2013 du 21 déc. 2004 présentée par M. MORANGE visant à rendre obligatoire l'installation de détecteurs de fumée et de monoxyde de carbone dans tous les lieux d'habitation, qui a rencontré un franc succès au niveau des médias, préc.

§2.- LA RÉGULATION SANITAIRE DES COMPORTEMENTS INDIVIDUELS

629 Il peut paraître contradictoire, ou au moins paradoxal, de dire que l'ordre public sanitaire ne repose plus sur l'idée que l'individu est comptable de sa santé envers la société et de signaler, dans le même temps, une régulation croissante des comportements sanitaires individuels. Il faut dès lors s'en justifier.

630 Pour cela, on soulignera déjà que la reconnaissance d'un droit de la personne à la protection contre les risques de maladies ou d'accidents sanitaires ne revient pas à l'exonérer de ses obligations vis-à-vis des tiers. La première limite d'un droit est certainement celle de ne pas en abuser au détriment d'autrui. C'est dans cette logique que le Conseil d'État a, par un travail de réécriture des obligations vaccinales, considéré que le principe de protection de la santé garanti par le bloc de constitutionnalité justifie l'existence d'obligations individuelles à la santé, en l'occurrence des obligations vaccinales, portant une atteinte « limitée » et « proportionnée » aux principes d'intégrité et d'inviolabilité du corps humain[1] (A). Il faut en outre considérer que l'« humanisation » croissante du droit a aussi favorisé le développement des mesures de protection individuelle qui, pour certaines, empruntent les instruments de l'ordre public. Il apparaît alors un ordre public sanitaire « individualisé » qui, au-delà de la défense sanitaire de la collectivité, sert à la garantie du droit à la protection de la santé des personnes (B).

A.- LA PERMANENCE DES OBLIGATIONS INDIVIDUELLES À LA SANTÉ

631 Pour satisfaire à son obligation de protection de la santé publique, l'État est accoutumé à imposer des obligations de soins, dérogeant au principe du libre consentement et à celui de l'inviolabilité du corps humain. Ces obligations de nature préventives – examens et vaccinations – ou curatives – obligations de traitement ou hospitalisations forcées – sont classiquement utilisées pour la défense sanitaire de la collectivité contre les maladies infectieuses ou les grands fléaux sociaux[2]. En dépit des contestations dont ces obligations font régulièrement l'objet, la promotion des droits de la personne humaine, dont celui de l'inviolabilité du corps humain, n'a pas conduit à en remettre en cause le principe. On observe certes un certain recul des mesures collectives et coercitives de soins (1). Mais ce recul, objet des circonstances, n'est ni définitif ni même décisif. Le législateur a en effet maintenu et même renforcé les moyens dont disposent les pouvoirs publics pour imposer aux individus toute mesure utile à la défense sanitaire de la collectivité (2).

---

[1] C.E., 26 nov. 2001, *A.L.I.S. et a.,* préc.

[2] Elles contribuent ainsi, par l'intermédiaire de la protection de la santé publique, à la protection des santés individuelles.

1) Le recul apparent des mesures de soins obligatoires

632 Comme l'a notamment noté M. MAILLARD-DESGRÉES DU LOÛ, les soins véritablement obligatoires, « *souvent suspects aux yeux du public* », connaissent un net recul en droit de la santé[1]. Le législateur a certes créé de nouvelles obligations de soins, mais celles-ci sont aujourd'hui davantage justifiées par des préoccupations de sécurité publique, et notamment de lutte contre la criminalité, que par des considérations de santé publique. La tendance actuelle en France comme dans les autres pays européens est à un allègement progressif des contraintes individuelles de santé publique, ce que la loi du 1er juillet 1998 a bien symbolisé en supprimant l'obligation de déclaration des cas de maladies qui pesait sur l'entourage familial du malade depuis 1902.

Les régimes de soins obligatoires les plus contraignants pour les personnes, ceux de la lutte contre la tuberculose et de la lutte contre les maladies vénériennes, ont de même été abrogés ou abandonnés, sans que le législateur ait jugé bon d'en reprendre le modèle pour combattre les nouvelles menaces épidémiques. Ainsi, du dispositif de lutte contre la tuberculose, qui était le plus complet et le plus coercitif, ne subsiste plus aujourd'hui que l'obligation de signalement des cas constatés ou suspectés par les professionnels de santé[2]. D'une manière beaucoup plus incertaine, l'obligation légale de traitement de certaines maladies vénériennes a, en même temps que s'évanouissait l'expression de « fléaux sociaux », subrepticement disparu de la législation de santé publique lors de la recodification de 2000. Celle-ci, bien qu'effectuée à droit constant, n'a en effet pas repris le dispositif de lutte contre ces maladies qui, il faut le souligner, était largement tombé en désuétude.

633 Progressivement réduites au profit de mesures moins contraignantes de dépistage ou de prévention, les pures obligations de soins actuellement en vigueur ont des origines assez anciennes. Cela ne signifie pas que le législateur ait renoncé à définir des injonctions de soins. Mais les régimes actuels ménagent davantage le principe du consentement aux soins, qu'ils cherchent à diriger sans écarter d'emblée les effets de la volonté. C'est ce qu'illustre la législation relative à la lutte contre le dopage ou la toxicomanie qui, sauf injonction prononcée par l'autorité judiciaire, retient des mécanismes qui orientent la liberté de l'individu par l'incitation ou la dissuasion. Ces régimes sont comparables à ceux qui, traditionnellement appliqués en matière de

---

[1] D. MAILLARD-DESGRÉES DU LOÛ, Les soins obligatoires, in *Les obligations du patient*, *R.G.D.M.* 2003, n° 11, p. 25 et p. 38.

[2] Ce régime a d'abord été considérablement allégé par la L. n° 94-43 du 18 janv. 1994 relative à la protection de la santé publique et à la protection sociale qui a supprimé la possibilité pour les médecins phtisiologues d'ordonner l'hospitalisation d'office des malades ou le placement familial des enfants (*J.O.* du 19 janv., p. 960, rectif. p. 1807). Le décr. n° 2007-1111 du 17 juill. 2007 précité a en outre suspendu l'obligation de vaccination des enfants et des adolescents accueillis en collectivité.

protection sanitaire de la famille, ont fait la preuve de leur efficacité[1]. Bien qu'encadrée et dirigée, la liberté de l'individu est juridiquement préservée par le choix qui lui est laissé de se soumettre aux actes de dépistage, de diagnostic ou de soins qui lui sont enjoints ou de subir les « *désagréments* » consécutifs à son refus[2].

Des obligations de soins *stricto sensu* ne subsistent plus guère aujourd'hui que les obligations vaccinales. Or, comme l'illustre la suspension récente de l'obligation de vaccination anti-tuberculeuse des enfants et des adolescents, ces obligations sont elles-mêmes en net recul[3]. La plupart des obligations en vigueur concernent les personnels de santé et les étudiants se préparant à exercer dans des établissements de santé. Leur caractère impératif est toutefois bien moindre que celui des obligations générales et permanentes. Comme les injonctions de soins évoquées plus haut, ces mesures dirigent fortement le consentement, mais préservent le libre-arbitre de l'individu qui peut toujours refuser de subir la vaccination en renonçant à son projet professionnel.

634 On a dit que cette évolution doit beaucoup à la montée en puissance des droits de l'Homme et, en particulier à la valorisation juridique du principe de l'inviolabilité du corps humain[4]. Il faut effectivement convenir, avec M. MAILLARD-DESGRÉES DU LOÛ, que, si le législateur a sensiblement réduit les hypothèses de soins obligatoires, c'est que l'idée d'obligation elle-même a dû être conciliée avec les principes relatifs aux droits fondamentaux de la personne humaine[5]. La véritable obligation de soins, qui écarte totalement la volonté du patient, heurte de front le principe fondamental du consentement libre et éclairé de la personne aux soins qui lui sont prodigués.

635 Selon nous, l'évolution signalée s'explique aussi et surtout par des raisons pratiques. Il faut d'abord tenir compte de l'évolution du contexte épidémiologique. D'un côté, les grandes « pestes » anciennes qui étaient concernées par les régimes de soins obligatoires ont, comme la variole, la syphilis ou la tuberculose, largement reculé si ce n'est disparu. L'amélioration des conditions d'hygiène, le développement de l'offre de soins et les progrès de la médecine rendent aujourd'hui inutile le recours à des mesures

---

[1] Quoique là encore l'évolution à l'œuvre soit celle d'un retrait de l'obligation, ce qu'atteste la suppression de l'obligation de certificats prénuptiaux par la loi de simplification du 21 déc. 2007, préc.

[2] Pour une critique de ces mécanismes qui, en réalité, ne donnent pas « *de véritable possibilité de consentement libre et informé, c'est-à-dire de possibilité de refus sans perte de chance* », *cf.* notamment l'avis du C.C.N.E. n° 94 du 13 déc. 2006, *La santé et la médecine en prison*, p. 33.

[3] Outre le décr. n° 2007-1111 du 17 juill. 2007, *cf.* aussi en ce sens le décr. n° 2006-331 du 21 mars 2006 qui a expurgé le C.A.S.F. de plusieurs dispositifs relatives aux vaccinations des enfants (*J.O.* du 22 mars, p. 4305 ; *B.J.S.P.* 2006, n° 93, Pan., p. 3). On notera en particulier que cette méthode prophylactique n'est plus explicitement considérée par l'art. D. 312-144 C.A.S.F. comme une « mesure utile » en cas de maladie contagieuse survenant dans un établissement scolaire et que la vaccination contre la rubéole, les oreillons et la rougeole n'a plus à être recommandée par les médecins en sus des injections obligatoires (art. D. 312-36). Sur la question de l'avenir des obligations vaccinales, *cf.* B. BÉVIÈRE, L'obligation vaccinale, in « La protection de la santé publique », *R.G.D.M.* 2005 n° spéc., *op. cit.*, p. 67-74.

[4] V. notamment D. MAILLARD-DESGRÉES DU LOÛ, Les soins obligatoires, *op. cit.*, p. 25-28.

[5] D. MAILLARD-DESGRÉES DU LOÛ, *ibid.*, p. 30.

coercitives de défense sanitaire de la collectivité contre ces maladies. Parallèlement, les nouvelles maladiees infectieuses – sida, S.R.A.S., légionellose, sans parler du Chikungunya, de l'E.S.B. ou de la grippe aviaire – sont encore insuffisamment connues et finalement répandues pour d'ores et déjà justifier l'application de mesures prophylactiques de dépistage, de prévention ou de soins obligatoires pour les individus[1].

Il faut ensuite relever que les fléaux que le législateur cherche aujourd'hui à combattre par la définition d'injonctions de soins relèvent principalement de comportements addictifs, qui impliquant des facteurs psychologiques, sont plus difficiles à soigner que les affections ou pathologies purement physiologiques. L'adhésion du patient aux soins qui lui sont prodigués est ici à la base de la réussite des traitements. L'institution de mesures qui, sans imposer directement les soins, dirigent fortement le consentement pour qu'ils soient, sinon souhaités, au moins acceptés par le patient s'inscrit dès lors dans une logique de bon sens visant surtout à l'efficacité[2].

Il nous semble donc que c'est dans le fait, plus que dans le droit, qu'il faut rechercher l'explication principale du recul actuel de la pure obligation de soins. L'allègement des obligations à la santé en droit positif ne correspond pas à une remise en cause au fond de leur principe et de leur légitimité qui, contrairement à ce que l'on pourrait croire de prime abord, est davantage renforcée que diminuée par la promotion des droits de la personne. L'émergence, parfois la résurgence, de maladies infectieuses à risque épidémique ou pandémique et la menace du bioterrorisme ont, au contraire, conduit le législateur et le juge à donner plus de latitude à l'administration pour imposer de telles obligations de santé.

2) Le renforcement latent des obligations à la santé

En dépit des nombreuses protestations qu'elle suscite[3], l'obligation de soins est, en France, très clairement maintenue et même potentiellement renforcée.

636 Premièrement, on relèvera que la France, contrairement à plusieurs autres pays européens, maintient l'existence d'obligations vaccinales[4]. Il faut certes convenir que ces

---

[1] Ce qui n'empêche pas l'intervention d'autres mesures, plus adaptées à la situation et à la connaissance que l'on a de ces affections nouvelles. Il suffit ici de se reporter aux disposions relatives à la lutte contre les moustiques, pour le chikungunya, à la réglementation de l'eau dans les établissements collectifs, pour la légionellose, et à l'ensemble des mesures relatives à la lutte contre l'E.S.B. ou contre la grippe aviaire.

[2] Efficacité et libre-arbitre se rencontrent ici, mais cette rencontre est, admettons-le, fortuite et liée aux circonstances.

[3] V. notamment les nombreux recours formés par l'association « Liberté, Information, Santé » et la proposition de loi n° 2641 de Mme BOUTIN présentée le 18 oct. 2000 visant à introduire une clause de conscience pour les personnes refusant la vaccination obligatoire (précitée). *Cf.* également le « Droit de réponse » publiée à la *R.D.S.S.* 2003, n° 1, p. 18 au commentaire de J.-S. CAYLA sous l'arrêt *A.L.I.S.* du 26 nov. 2001, *R.D.S.S.* 2002, p. 471-472. Pour une vue d'ensemble de la question, *cf.* B. BÉVIÈRE, L'obligation vaccinale, *op. cit.*, p. 53-74.

[4] Chaque État reste libre de sa politique vaccinale, ce qu'a notamment rappelé la Commission européenne le 13 déc. 2002 (*J.O.C.E.* n° C 100 du 18 mai 2003, p. 183). La Grande-Bretagne a ainsi sup-

obligations sont en nette diminution depuis plusieurs années. Sur leur principe en tout cas, ces obligations ne sont pas remises en cause ni par les instances scientifiques[1], ni par les organismes politiques[2], ni par les juridictions[3]. Dans son arrêt *A.L.I.S.* du 26 novembre 2001, le Conseil d'État, saisi de recours formés contre l'ordonnance de recodification de la partie législative du Code de la santé publique, a clairement reconnu la légalité des obligations vaccinales qui, bien qu'ayant « *pour effet de porter une atteinte limitée aux principes d'inviolabilité et d'intégrité du corps humain* », « *sont mises en œuvre dans le but d'assurer la protection de la santé, qui est un principe garanti par le Préambule de la Constitution de 1946 auquel se réfère le Préambule de la Constitution de 1958, et sont proportionnées à cet objectif* ». Dès lors, conclut la Haute juridiction administrative, ces obligations ne méconnaissent pas le principe constitutionnel de sauvegarde de la dignité de la personne humaine[4]. Il est même tout à fait remarquable que le 3 mars 2004, l'Assemblée du Conseil d'État ait, pour la première fois, admis la légalité de mesures de vaccinations obligatoires imposées à certains militaires par le ministre chargé de la Défense en dehors de toute habilitation législative[5].

Il s'agit là d'une décision spectaculaire au regard de la jurisprudence classique qui, sans jamais s'être préoccupée du degré d'atteinte portée à l'intégrité physique par l'obligation vaccinale, a, en revanche, toujours exigé l'intervention du législateur pour imposer de telles obligations à la santé[6]. Cette solution paraît, en l'espèce, avoir été justifiée par les nécessités de la sécurité publique : il appartient au ministre chargé de la Défense, responsable de l'emploi des militaires placés sous son autorité, de garantir l'aptitude de ces derniers aux missions qui peuvent à tout moment leur être confiées. Partant, c'est sans méconnaître sa compétence qu'il a pu édicter des « *dispositions qui sont directement liées aux risques et exigences spécifiques à l'exercice de la fonction militaire* ». Il ne faut toutefois pas oublier que cet arrêt est intervenu à un moment où, après l'épisode de la canicule de l'été 2003 notamment, la faillite sanitaire de l'État était

---

primé toute obligation vaccinale depuis 1949, de même que la Suède a supprimé l'obligation de la vaccination contre la tuberculose dès 1975. Sur les différences entre la France et la Grande-Bretagne en ce domaine, et un point de comparaison de la situation française en matière de tuberculose avec la Suède, l'Allemagne et la République tchèque qui ont supprimé l'obligation vaccinale depuis quelques années, *cf.* notamment le Rapport du Centre d'expertise collective de l'I.N.S.E.R.M., *Tuberculose. Place de la vaccination dans la maîtrise de la maladie*, précité. On relèvera d'ailleurs que le constat ici dressé ne plaide pas en faveur de cette suppression, pourtant décidée par la ministre de la Santé en juillet 2007.

[1] Outre les travaux de l'I.N.S.E.R.M., *cf.* également la position de l'Académie nationale de médecine sur ce point.

[2] V. notamment P. BLANC, *Vaccins : convaincre et innover pour mieux protéger*, Rapport n° 476 (2006-2007) fait au nom de l'O.P.E.P.S. déposé le 28 sept. 2007 (*www.senat.fr* et *www.assemblee-nationale.fr* ; *B.J.S.P.* 2007, n° 108, Pan., p. 2).

[3] *Cf.* par exemple la décision de la C.E.D.H. du 15 janv. 1998, *Boffa et a. c. Saint-Marin*, n° 26536/95, *Ann. de la C.E.D.H.* 1998, 41, vol. I, p. 71 qui considère que ces obligations ne méconnaissent pas les droits et les libertés fondamentales protégées par la C.E.D.H. V. B. BEVIÈRE, L'obligation vaccinale, *op. cit.*, p. 56-58

[4] C.E., 26 nov. 2001, *A.L.I.S. et a.,* préc.

[5] C.E., Ass., 3 mars 2004, *A.L.I.S.*, préc.

[6] *Cf. supra* n° 149.

de nouveau au cœur de l'actualité. Cette décision a en outre été rendue le même jour et par la même formation que les arrêts *Ministre de l'Emploi et de la Solidarité* qui, on l'a vu, insistent sur l'obligation de l'État d'assurer une protection efficace de la sécurité pour la santé des personnes exposées à un risque particulier. On peut dès lors très légitimement croire que les juges ont aussi vu dans ces obligations de vaccination imposées aux soldats exposés à des « *risques spécifiques* » une garantie supplémentaire de leur sécurité sanitaire, voire, en ce qui concerne la vaccination contre la typhoïde, l'hépatite A et l'hépatite B spécialement prévue pour les militaires appelés à servir outre-mer ou en opérations extérieures, un moyen de prévenir, par une atteinte « limitée » à l'intégrité physique, la diffusion de ces maladies en métropole.

637 Deuxièmement, si la plupart des obligations à la santé ont disparu du quotidien, le législateur a néanmoins récemment renforcé la sanction des manquements aux obligations vaccinales[1]. De plus, plusieurs dispositions du Code de la santé publique prévoient, en cas d'urgence ou de circonstances exceptionnelles, la possibilité pour l'autorité administrative de restaurer ou d'instaurer, partiellement ou complètement, des obligations de soins qui ne sont pas imposées en temps normal[2]. Ces pouvoirs exceptionnels d'urgence sanitaire ont été considérablement renforcés par l'article 18 de la loi du 9 août 2004, complétée par la loi du 5 mars 2007 relative à la préparation du système de santé à des menaces sanitaires de grande ampleur[3]. La loi du 9 août 2004 a notamment supprimé les anciens mécanismes de l'urgence sanitaire prévus à l'article L. 3114-4 du Code de la santé publique pour leur substituer un nouveau dispositif de police, désormais organisé aux articles L. 3131-1 et suivants du Code de la santé publique[4]. Selon l'article L. 3131-1, « *en cas de menace sanitaire grave appelant des mesures d'urgence, notamment en cas de menace d'épidémie, le ministre chargé de la Santé peut, par arrêté motivé, prescrire dans l'intérêt de la santé publique toute mesure proportionnée aux risques courus et appropriée aux circonstances de temps et de lieu afin de prévenir et de limiter les conséquences des menaces possibles sur la santé de la population* ». Il peut par ailleurs « *habiliter le représentant de l'État territorialement compétent à prendre toutes les mesures d'application de ces dispositions, y compris des mesures individuelles* ».

---

[1] L. n° 2007-293 du 5 mars 2007 relative à la protection de l'enfance précitée qui a étendu les sanctions prévue aux cas de résistance à la vaccination contre la tuberculose avant d'être étendue aux autres vaccinations obligatoires (art. L. 3116-4 C.S.P.).

[2] On peut citer ici l'art. L. 3111-8 qui prévoit la possibilité pour le Gouvernement ou les préfets de restaurer l'obligation de vaccination antivariolique pour toute personne, « *quel que soit son âge* », en cas de guerre, de calamité publique, d'épidémie ou de menace d'épidémie. Sur les modalités d'application de cette disposition, *cf.* les art. D. 3111-19 à D. 3111-21 C.S.P. dans leur rédaction issue du décr. n° 2003-313 du 3 avr. 2003, préc.

[3] Pour une présentation très synthétique du dispositif, déjà abordé *supra* n° 273, *cf.* J.-P. DUPRAT, Protection de la santé publique et liberté, *op. cit.*, p. 99-100 et S. RENARD, La préparation du système de santé aux menaces sanitaires de grande ampleur, *op. cit.* Se reporter surtout à l'étude de D. TRUCHET, L'urgence sanitaire, *op. cit.*, p. 411-425.

[4] On rappellera ici que la numérotation initiale des articles a été modifiée par la L. n° 2007-294 du 5 mars 2007 relative à la préparation du système de santé à des menaces sanitaires de grande ampleur, préc.

La création de ce nouveau régime d'intervention, notamment complété par le dispositif des plans blancs et par la mise en place d'une réserve sanitaire, procède de la volonté des pouvoirs publics d'adapter les outils d'intervention d'urgence qui dataient de la loi du 15 février 1902. Il s'est agi plus particulièrement d'accorder la législation à la latence de la menace bioterroriste et à l'émergence de nouvelles pathologies infectieuses virulentes de type S.R.A.S. Dans cette perspective, le texte qui, dans son principe comme dans ses modalités, a fait l'objet d'un véritable consensus politique, institue, dans la logique de la décision du Conseil constitutionnel du 25 janvier 1985[1], un véritable dispositif d'état d'urgence sanitaire permettant « *une action publique rapide et efficace en cas de déclenchement d'une crise pouvant causer des désastres sanitaires* »[2].

La nature et le contenu des mesures pouvant être décidées par le ministre chargé de la Santé ne sont pas explicitement définis par la loi, dont l'économie générale reflète clairement la volonté du législateur de ne pas neutraliser par avance l'action de l'autorité sanitaire par une énumération *a priori* des mesures adaptées à une situation de crise. La loi du 9 août 2004 se borne ainsi à prévoir l'élaboration obligatoire d'un plan national d'action relatif à l'alerte et à la gestion des situations d'urgence sanitaire (art. L. 3131-6 du Code de la santé publique) et la création, effective depuis le vote de la loi de financement de la Sécurité sociale pour 2007, d'un fonds chargé de financer des « *actions nécessaires à la préservation de la santé de la population en cas de menace sanitaire grave ou d'alerte épidémique* »[3]. Pour le reste, les mesures adoptées peuvent prendre des contenus et une nature très variés. Il pourra non seulement s'agir de prestations immatérielles (alertes, recommandations, etc.) ou matérielles, telles que la distribution de services, de produits ou de biens de santé (masques, comprimés d'iode, médicaments…)[4], mais aussi de mesures de police administrative restreignant l'exercice des libertés individuelles[5], dont des obligations générales ou individuelles de soins supplémentaires à celles qui sont normalement imposées par la loi : vaccinations ou traitements obligatoires, ce qui comprend les hospitalisations d'office et les placements en quarantaine[6].

---

[1] C.C. n° 85-187 DC du 25 janv. 1985 (*Loi relative à l'état d'urgence en Nouvelle-Calédonie*), préc.

[2] J.-M. DUBERNARD, Rapport n° 1092, 2e partie, *op. cit.*, p. 46.

[3] Art. L. 3131-5 C.S.P. Ce fonds est géré par l'E.P.R.U.S. (art. L. 3135-1 et R. 3135-1 à R. 3135-13)

[4] C'est à l'E.P.R.U.S. qu'il revient d'acquérir, de fabriquer, d'importer, de distribuer et d'exporter tous les produits et services que le ministre de la Santé juge nécessaires à la protection de la population face aux menaces sanitaires graves.

[5] Sont traditionnellement admises au titre de l'urgence la restriction de la liberté d'aller et venir (par des interdictions de séjour ou de circulation), la limitation du droit de propriété (par la visite du domicile privé, la décontamination, la confiscation voire la destruction de biens infectés, etc.) ou de la liberté du commerce et de l'industrie (interdiction de commercialisation, retrait du marché, etc.). Le C.S.P. donne encore aux autorités administratives compétentes (préfets du département, préfets de zone de défense ou Premier ministre) la possibilité de procéder aux réquisitions individuelles ou collectives de tous biens et services lorsque la situation l'exige. Elles pourront notamment agir dans le cadre du dispositif désigné par l'article L. 3131-8 C.S.P. (*cf. supra* n° 273).

[6] Le bien-fondé de ces mesures fait néanmoins l'objet d'un examen périodique du H.C.S.P. dont les règles et la fréquence ne sont toutefois pas encore fixées. Le procureur de la République doit enfin être immédiatement informé des mesures individuelles adoptées sur le fondement de l'article

La possibilité donnée à l'autorité de police sanitaire de recourir à de telles mesures prophylactiques sans habilitation précise de la loi n'est pas révolutionnaire en soi. D'une part, il est généralement admis que les nécessités de la défense sanitaire de la population peut, dans des circonstances exceptionnelles, justifier que l'administration prenne de telles décisions *ab initio*. D'autre part, le recours exceptionnel à la contrainte prophylactique était déjà implicitement autorisé par les dispositions de l'ancien article L. 3114-4 du Code de la santé publique[1]. Lors de l'alerte au risque d'épidémie de S.R.A.S. en 2003, ce texte avait d'ailleurs servi aux autorités sanitaires pour l'élaboration d'un projet de décret établissant la liste des mesures restrictives des libertés individuelles, dont des mesures de quarantaine, pouvant être prises en cas de nécessité[2].

La singularité de ce dispositif se signale en réalité sur un autre plan, qui est celui des conditions de sa mise en œuvre. Premièrement, on relèvera le rôle prépondérant, quasi exclusif, donné par la loi au ministre chargé de la Santé qui, premier auteur des mesures sanitaires d'urgence, décide désormais seul de la nécessité et des modalités de la mise en œuvre de cette police exceptionnelle. Le Code de la santé publique ne prévoit qu'une transmission *a posteriori* des décisions ministérielles au H.C.S.P., chargé d'en examiner le bien-fondé. Sur ce point, le régime actuel de l'état d'urgence sanitaire opère une régression par rapport à l'ancien dispositif qui soumettait l'adoption de ces mesures à un décret pris sur l'avis du C.S.H.P.F. Deuxièmement, la généralité des formules retenues pour la définition des conditions de fond encadrant la mise en œuvre de ces pouvoirs accrus de puissance publique indique bien la volonté du législateur d'accorder au ministre une grande latitude d'appréciation des faits la motivant[3]. Le recours à la notion, volontairement imprécise, de « menace sanitaire grave appelant des mesures d'urgence » permet d'envisager un éventail très étendu d'hypothèses de risque autorisant le ministre de la Santé à mettre en œuvre ses pouvoirs accrus de puissance publique[4]. Du point de vue matériel, tout d'abord, le régime organisé par la loi du 9 août 2004 s'adresse à un

---

L. 3131-1 C.S.P. La légalité des mesures prophylactiques est bien sûr subordonnée à leur nécessité, contrôlée par le juge administratif. Il s'agit maintenant de connaître le degré de ce contrôle, au regard notamment de l'expérience récente de la mise en œuvre des pouvoirs exceptionnels prévus par la L. du 3 avr. 1955 : *cf.* C.E., ord., 14 nov. 2005, *Rolin*, n° 286835, *Rec.* p. 562 ; *A.J.D.A.* 2005, p. 2148 ; *J.C.P.* A 2005, act. 739, obs. M.-C. ROUAULT ; *B.J.C.L.* 2005, p. 754, obs. J.-Cl. BONICHOT ; *A.J.D.A.* 2006, p. 142, chron. C. LANDAIS et F. LENICA et – ord., 21 nov. 2005, *Boisvert*, n° 287217, *Rec.* p. 517 ; *J.C.P.* A 2005, act. 802, obs. M.-C. ROUAULT ; *B.J.C.L.* 2005, p. 754, obs. J.-C. BONICHOT ; *A.J.D.A.* 2006, p. 357, chron. C. LANDAIS et F. LENICA et – ord., 9 déc. 2005, *Mme Allouache et a*, n° 287777, *Rec.* p. 562 ; *J.C.P.* A 2005, act. 850, obs. M.-C. ROUAULT ; *A.J.D.A.* 2005, p. 2421 ; *D.A.* 2006, n° 1 ; *A.J.D.A.* 2006, p. 1875, étude T.-X. GIRARDOT et C.E., Ass., 24 mars 2006, *Rolin et Boisvert*, préc.

[1] En ce sens, *cf.* C. CHANTEPY, concl. sur C.E., 15 nov. 1996, *A.L.I.S.*, n° 172806, *Rec.* p. 454 et G. LE CHÂTELIER, concl. sur C.E., Ass., 3 mars 2004, *A.L.I.S.*, *R.F.D.A* 2004, p. 583.

[2] Sur ce projet, *cf. Le Quotidien du médecin* du 25 avr. 2003 (n° 7323), p. 15 : entretien avec le Pr. Lucien ABENHAÏM, Directeur général de la Santé. V. également le *Plan de réponse contre une menace de S.R.A.S.*, Ministère de la Santé, de la Famille et des Personnes handicapées, avr. 2004, p. 11 (ce document peut être consulté sur le site Internet du ministère de la Santé : *www.sante.gouv.fr*).

[3] En ce sens, *cf.* J.-M. DUBERNARD, *Rapport* n° 1092, *op. cit.*, 2e partie, p. 47.

[4] Sur ce point, *cf.* D. TRUCHET, L'urgence sanitaire, *op. cit.*, p. 412-415.

ensemble très large de situations qui dépasse amplement le cadre de la menace épidémique visée par le dispositif antérieur. Il s'agit bien désormais de prendre en compte toutes les situations de catastrophe sanitaire, que celles-ci résultent de l'émergence ou de la résurgence d'une maladie épidémique, d'une attaque bioterroriste, d'un événement naturel ou d'un accident industriel. Du point de vue temporel, ensuite, le texte paraît, en dépit de la référence à la notion « d'urgence », intégrer la règle d'action précoce contenue par le principe de précaution. En ce sens, l'article L. 3131-1 précise bien que les mesures adoptées par le ministre doivent être proportionnées aux risques courus et appropriées aux circonstances de temps et de lieu « *afin de prévenir et de limiter les conséquences des menaces* possibles *sur la santé publique* »[1]. Une fois encore, on peut déplorer l'absence de débats parlementaires sur cette disposition qui d'une part, engage l'action conservatoire de précaution sanitaire sur le terrain de la liberté individuelle, et qui d'autre part, fait application de la règle d'action anticipée dans un contexte qui n'est plus formellement spécifié comme étant celui du risque de dommages graves et irréversibles pour la santé publique. Même si l'on peut raisonnablement penser qu'en pratique l'état d'urgence sanitaire correspondra bien à une telle situation, il est regrettable que le texte ne le précise pas.

Il apparaît ainsi que le recul actuel des obligations à la santé doive être davantage attribué à l'évolution du contexte sanitaire et épidémiologique qu'à une évolution des principes juridiques de fond et à un retrait de l'État. En cas de besoin, celui-ci dispose de tous les moyens nécessaires pour parer à un risque grave pour la santé publique, y compris par la régulation des comportements individuels et l'instauration d'obligations de soins. La protection de la santé est certes davantage présentée aujourd'hui comme un droit que comme une obligation, ce qui paraît *a priori* éloigner notre société du concept de délinquance sanitaire qui a longtemps poussé la puissance publique à investir le champ de la santé individuelle pour des motifs de sécurité collective. Pourtant, le droit va, en ce domaine également, dans le sens d'un déplacement du curseur de la liberté vers la sécurité.

638 Il est déjà remarquable que le nouveau dispositif d'urgence sanitaire créé par les lois du 9 août 2004 et du 5 mars 2007 accorde au ministre chargé de la Santé des pouvoirs d'intervention d'une ampleur inégalée depuis la loi du 3 mars 1822, votée pour parer l'épidémie de fièvre jaune[2]. Comme le souligne M. TRUCHET, « *la liste des droits et des libertés potentiellement affectés est impressionnante, et presque sans limite !* »[3]. On peut d'ailleurs sérieusement douter de la constitutionnalité de ces dispositions dont n'a pas été

---

[1] Mot souligné par nous. Cette possibilité d'une action anticipée sur la preuve du risque est au demeurant conforme aux règles d'action préventive qui ont été définies par le *Plan de réponse contre une menace d'épidémie par le S.R.A.S.* en avril 2004.

[2] L. du 3 mars 1822 relative à la police sanitaire, préc.

[3] D. TRUCHET, L'urgence sanitaire, *op. cit.*, p. 422.

saisi le Conseil constitutionnel. La pleine compétence ici accordée au ministre chargé de la Santé, que la loi du 9 août 2004 a substitué aux autorités réglementaires générales, paraît en effet difficilement compatible avec la jurisprudence du Conseil constitutionnel qui subordonne la possibilité d'une délégation législative du pouvoir réglementaire général à une autorité autre que le Premier ministre à la condition que cette habilitation « *ne concerne que des mesures de portée limitée tant par leur champ d'application que par leur contenu* »[1]. Sans doute, le régime prévu par la loi du 9 août 2004 vise-t-il des situations d'une telle gravité que l'extension des pouvoirs normaux de l'administration s'impose. Mais il n'est pas sûr que les nécessités du maintien de l'ordre public sanitaire justifient des garanties moindres que celles prévues par les régimes de l'état de siège et de l'état d'urgence. Il faut en tout cas regretter l'absence de débats autour de ce point qui n'a curieusement guère suscité l'intérêt de la doctrine[2].

639 Deuxièmement, on ne peut ignorer le développement de nouvelles formes de contrôle des comportements sanitaires qui concerne des situations de plus en plus variées[3]. On relèvera en particulier que l'État, aujourd'hui nanti d'un rôle de promotion des droits fondamentaux, ne se saisit plus seulement de la santé privée pour des motifs de santé publique, mais qu'il intervient aussi de plus en plus directement pour la protection individuelle de la santé des personnes.

B.- LE DÉVELOPPEMENT DE L'ORDRE PUBLIC SANITAIRE DE PROTECTION INDIVIDUELLE

640 D'apparition récente, la notion d'ordre public de protection individuelle heurte de plein fouet la conception libérale classique selon laquelle la liberté d'un individu ne peut être au seul motif que son exercice lui serait néfaste[4]. Sa banalisation est telle cependant qu'elle est aujourd'hui entrée dans le *Vocabulaire juridique* du professeur CORNU[5]. Selon ce précieux lexique, l'ordre public de protection individuelle est « *celui qui tend à la sauvegarde d'un intérêt privé en raison de la valeur fondamentale qui s'y attache* ». Cet ordre public individualisé trouve donc un terreau propice à son développement dans la garantie des droits fondamentaux de la personne, dont relève le droit à la protection de la

---

[1] C.C., n° 88-248 DC du 17 janv. 1989 (*Liberté de communication*), *J.O.* du 18 janv., p. 754 ; *Rec.* p. 18 ; *R.J.C.* p. I-339 ; *G.D.C.C.* n° 42 et les références citées.

[2] Alors même qu'un an plus tard, la mise en œuvre de l'état d'urgence prévu par L. du 3 avril 1955 allait susciter d'importantes controverses et contestations de la part de juristes émérites (*cf.* notamment C. GAUTHIER, La loi de 1955, « simple voile » ou « véritable viol » des libertés ?, *J.C.P.* A 2006, n° 1373 et P. CAILLE, L'état d'urgence. La loi du 3 avril 1955 entre maturation et dénaturation de l'État de droit, *R.D.P.* 2007, p. 323-353), seul M. TRUCHET s'est, à notre connaissance, réellement penché sur ce régime.

[3] Le développement de la lutte contre les dépendances et de la prévention des accidents domestiques, situées à la frontière de la sécurité et de la santé, constitue un bon exemple de la pénétration croissante de la sphère privée par le droit public.

[4] Ce que les auteurs classiques retenaient dans l'idée que l'ordre public doit, dans un État libéral, être « *matériel et extérieur* ».

[5] Comp. les éd. 2000 et 2007, *verbo* « ordre public ».

santé. De cette individualisation de l'ordre public sanitaire, reconnu comme protecteur de la personne humaine (1), résulte notamment la juridicisation croissante du principe de protection de la personne contre elle-même (2).

1) L'individualisation progressive de l'ordre public sanitaire

641 L'individualisation de l'ordre public sanitaire est indissociable de sa refondation sur le droit fondamental à la protection de la santé qui appelle à l'accroissement du rôle de l'État pour la protection des santés individuelles. Le nouveau Code de la santé publique révèle bien cette évolution en consacrant son premier Livre à la « Protection des personnes en matière de santé » dont les dispositions s'étendent au fur et à mesure que le législateur en nourrit la teneur et les exigences. C'est aussi en ce sens que l'article L. 1411-1 du Code intègre dans le champ de la politique de santé tous les aspects et toutes les formes d'insécurité sanitaire pour les personnes, que celle-ci se rattache à la lutte contre les risques « positifs » d'atteintes à la santé des personnes ou bien à des difficultés d'accès au système de santé grâce auquel le corps peut être protégé. L'article L. 1411-1-1, qui prolonge ces dispositions, insiste d'ailleurs sur cette dimension particulière de la protection sanitaire des personnes en faisant de « *l'accès à la prévention et aux soins des populations fragilisées […] un objectif prioritaire de la politique de santé* ». Il s'agit alors, pour les pouvoirs publics, d'élaborer des dispositifs spécifiquement adaptés à la protection de la santé de personnes clairement identifiées qui, en raison de leur vulnérabilité particulière, doivent bénéficier d'une protection également particulière[1].

Outre les régimes de protection des personnes mineures[2], il suffit ici de citer, parmi d'autres exemples, les dispositions concernant les personnes âgées, certaines personnes victimes d'accidents, de délits ou de crimes, les personnes handicapées, les personnes en fin de vie ou les « personnes malades », parmi lesquelles se distinguent encore les

---

[1] Sur ce point, il n'est pas sans intérêt de rappeler que les programmes régionaux d'accès à la prévention et aux soins ont d'abord été institués en application de la L. n° 98-657 du 29 juill. 1998 relative à la lutte contre les exclusions, précitée.

[2] Comme le rappelle la Convention européenne relative aux droits de l'enfant du 26 janv. 1990, la santé des mineurs doit être préservée en toutes circonstances, ce qui notamment justifie l'application d'un droit particulier. Le médecin a ainsi le devoir de surmonter l'opposition éventuelle des dépositaires de l'autorité parentale à un traitement nécessaire à l'enfant, de même qu'il doit respecter le refus du mineur de les informer sur son état de santé et peut, sans trahir le secret médical, signaler tout acte de maltraitance, dont la privation de soins, qu'il a constaté dans l'exercice de ses fonctions (art. 226-14 C.P.) Ce principe a surtout fondé l'annulation partielle des décr. du 28 juill. 2005 relatifs à l'aide médicale de l'État (A.M.E.) : C.E., 7 juin 2006, *Assoc. Aides et a.*, n° 285576, *Rec.* p. 282, *R.D.S.S.* 2006, n° 6, p. 1047, note L. GAY. Les dispositions contestées faisaient application de l'art. 97 de la loi de finances rectificative du 30 déc. 2003 subordonnant l'accès à l'A.M.E. à une condition de résidence ininterrompue d'au-moins trois mois en France. Dans un considérant de principe de première importance, le Conseil d'État a estimé que l'application de ces dispositions aux mineurs étrangers était incompatible avec la Convention relative aux droits de l'enfant qui interdit que les enfants « *connaissent des restrictions dans l'accès aux soins nécessaires à leur santé* ». Il a, sur cette base, retenu que le droit français devait prévoir des dispositions spécifiques pour les mineurs, dont le droit à l'accès aux soins doit dépasser la seule prise en charge par l'État des soins urgents « *dont l'absence mettrait en jeu le pronostic vital ou pourrait conduire à une altération grave et durable de l'état de santé de la personne ou de l'enfant à naître* » (art. L. 254-1 du C.A.S.F.).

enfants, les mourants, les victimes d'affections chroniques, ceux qui sont dans l'incapacité d'exprimer leur volonté libre et éclairée, etc.[1].

642 Cette évolution, qui va vers une communautarisation croissante de la société, exprime aussi une conception nouvelle du principe d'égalité qui, comme le souligne M. PICARD, tend progressivement à passer d'une égalité des droits à une égalité des conditions[2]. Car c'est bien pour pallier des inégalités de faits et empêcher qu'elles ne dérivent vers « l'exclusion » que se développe peu à peu un droit de la « discrimination positive » qui, pour assurer à tous la même garantie de droits, protège davantage les plus faibles et les plus vulnérables[3]. Rénové par le droit fondamental à la protection de la santé, l'ordre public sanitaire ne peut évidemment rester indifférent à cette évolution.

643 Premièrement, la protection de personnes vulnérables ou fragiles peut venir au renfort de mesures de police qui placent leurs destinataires dans une situation d'inégalité caractérisée par rapport au reste de la population. C'est l'exemple de l'affaire *Société Pro-Nat* qui, rappelons-le, portait sur une interdiction d'emploi de certains tissus ou liquides corporels dans les aliments pour bébé et certains compléments alimentaires[4]. Cette interdiction emportait des sujétions particulières pour les producteurs de ces produits alimentaires, dont la société Pro-Nat, ainsi placée dans une situation défavorable par rapport aux fabricants d'autres produits alimentaires, libres d'employer ces composants jugés potentiellement dangereux. Le Conseil d'État a toutefois refusé d'accueillir le moyen fondé sur la rupture d'égalité devant les charges publiques, ce que l'on ne peut ici comprendre que par l'extrême fragilité des personnes dont le décret visait à assurer la protection. Parce qu'elle est justifiée par le droit fondamental à la protection de la santé des bébés et des consommateurs de compléments alimentaires, dont la vulnérabilité particulière justifie une protection particulière, l'inégalité créée par la règle de droit n'est pas plus constitutive d'une illégalité qu'elle ne justifie de correction[5].

644 Deuxièmement, la protection des personnes vulnérables ou fragilisées peut plus directement faire appel aux instruments de l'ordre public. On en trouve déjà une bonne illustration dans le dispositif de lutte contre le saturnisme mis en place par la loi de lutte

---

[1] Sur l'actualité de ces questions, on se reportera avec profit au Rapport du Conseil national de l'Ordre des médecins du 30 juin 2007, *Vulnérabilité des phases successives de la vie* (en texte intégral sur *www.ordre-national.medecins.fr*) et au dossier spéc. paru au *Bull. de l'ordre des médecins* d'oct. 2007, n° 8, p. 8-12.

[2] É. PICARD, La fonction de l'ordre public dans l'ordre juridique, *op. cit.*, p. 57.

[3] Sur cette question, se reporter également à G. ARMAND, L'ordre public de protection individuelle, *op. cit.*, p. 1583-1646 et à D. ROMAN, « A corps défendant ». La protection de l'individu contre lui-même, *op. cit.*, p. 1284-1293, spéc. p. 1289-1290.

[4] C.E., 24 févr. 1999, *Soc. Pro-Nat*, préc.

[5] C'est dans le même sens que l'on peut également lire l'arrêt du Conseil d'État du 28 juill. 2000, *F.O. Consommateurs et a.*, n°s 212115 et 212135 (préc.) relatif à la suspension, par mesure de précaution, de la fabrication, de l'importation, de l'exportation et de la mise sur le marché de jouets et d'articles de puériculture fabriqués en PVC souple contenant de phtalates et destinés à être mis en bouche par des enfants de moins de trois ans

contre les exclusions de 1998 pour protéger les enfants des dangers de la plombémie[1]. C'est dans le même sens, et suivant la même logique, que le Conseil constitutionnel a validé une disposition de la loi n° 2003-239 du 18 mars 2003 relative à la sécurité intérieure qui donne la possibilité à l'officier de police judiciaire d'imposer, au cours d'une enquête, le dépistage de maladies sexuellement transmissibles à toute personne contre laquelle existent des indices graves ou concordants d'avoir commis un viol ou une agression sexuelle. En dépit de l'atteinte ainsi portée aux principes de l'intégrité et de l'inviolabilité du corps humain, ces dispositions ont été jugées comme relevant d'une contrainte « nécessaire » au regard du droit à la protection de la santé de la victime[2]. On voit ici confirmée l'idée que la rénovation de l'ordre public sanitaire sur le droit fondamental à la protection de la santé, qui transforme les conflits de l'ordre et de la liberté en conflits de libertés[3], oblige à une hiérarchisation nouvelle dans laquelle la sécurité des personnes apparaît comme un critère décisif.

645 Ce phénomène d'individualisation de l'ordre public ne concerne donc pas seulement l'ordre public spécial, mais touche également l'ordre public général[4]. C'est ce que montre notamment l'arrêt du Conseil d'État du 19 mars 2007 s'agissant de l'interdiction absolue de fumer faite aux personnels des établissements scolaires[5]. C'est bien en effet parce que l'interdiction contestée répondait à la volonté des autorités publiques de protéger plus particulièrement les jeunes – public vulnérable – que le juge en a admis la légalité, nonobstant l'inégalité en résultant pour les fumeurs dont les privilèges varient selon la profession[6]. On pourrait également trouver ici une explication supplémentaire à la décision du 3 mars 2004 par laquelle l'Assemblée du Conseil d'État a reconnu la compétence du ministre de la Défense pour imposer des obligations vaccinales non prévues par la loi à certains militaires placés sous son autorité en considérant que ces

---

[1] L. d'orientation n° 98-657 du 29 juill. 1998 relative à la lutte contre les exclusions, préc., notamment modifiée par la L. n° 2004-806 du 9 août 2004 (art. L. 1334-1 à L. 1334-12 C.S.P.)

[2] C.C., n° 2003-467 DC du 13 mars 2003 (*Loi relative à la sécurité intérieure*), *J.O.* du 19 mars, p. 4789 ; *Rec.* p. 211.

[3] *Cf. supra* n° 475 et J. MOREAU, Le droit à la santé, *op. cit.*, p. 188.

[4] Au niveau municipal, par exemple, la protection individuelle des personnes est, avec plus ou moins de succès, régulièrement invoquée au renfort d'arrêtés anti-coupures d'eau, de gaz ou d'électricité. Elle vient de même à l'appui de certains arrêtés anti-bivouac, anti-O.G.M., anti-mendicité ou anti-prostitution ou pour imposer des dispositifs de « couvre-feu » des mineurs, etc. On relèvera que les juges des référés comme les juges du fond se montrent généralement assez favorables à cette évolution. Quoique ces mesures aient parfois été suspendues ou annulées en raison de l'incompétence de leur auteur ou de leur caractère excessif, leurs buts de police ont, en revanche, rarement été invalidés. V. notamment S. BRACONNIER, Les arrêtés municipaux anti-coupures d'eau..., *op. cit.*, p. 644-651.

[5] C.E., 19 mars 2007, *Mme Le Gac et a.*, préc.

[6] Ce faisant, le juge a suivi les conclusions du commissaire du Gouvernement DEREPAS (L'interdiction de fumer dans les lieux affectés à un usage collectif, *op. cit.*, p. 770-779, spéc. p. 773-774).

mesures « *sont directement liées aux risques et exigences spécifiques à l'exercice de la fonction militaire* »[1].

Les juges admettent ainsi avec plus de facilité qu'autrefois la légalité de mesures contraignantes de protection individuelle, en considérant explicitement que le « *souci de la protection des personnes* » se rattache aux buts de la police administrative[2]. Il en ressort une conception nouvelle et humanisée de la police administrative, plus attentive à l'individu-personne humaine. Mais cette individualisation progressive de l'ordre public est aussi propice à un contrôle accru de la puissance publique sur les comportements. Elle encourage notamment, comme le montrent bien ces derniers exemples, la juridicisation progressive de la protection de la personne contre elle-même qui gagne, à n'en pas douter, le champ de l'ordre public sanitaire.

2) La juridicisation croissante de la protection de la personne contre elle-même

646 L'extension de l'ordre public à des éléments relevant de la protection individuelle n'est certes pas nouvelle[3]. Mais alors qu'en son temps la jurisprudence *Bouvet de la Maisonneuve* validant l'obligation du port de la ceinture de sécurité en voiture avait soulevé une large controverse[4], se banalise aujourd'hui l'idée que l'ordre public de protection individuelle, étayé par le prima de la dignité humaine, justifie des mesures de protection des personnes contre elles-mêmes[5]. C'est donc dans les droits de l'Homme que les autorités de puissance publique trouvent une nouvelle base de légitimation des mesures d'autoprotection. Celles-ci, de plus en plus courantes et facilement admises, révèlent bien la transformation progressive du rôle de l'État qui se fait volontiers le promoteur des valeurs sociétales.

Ces mesures sont d'abord le fait des autorités nationales et, principalement, du législateur[6] qui, note M. CARCASSONNE, « *a pris l'habitude de vouloir protéger chaque*

---

[1] Il n'est pas de notre propos de réduire l'explication de cet arrêt à la question de protection de la santé individuelle des militaires concernés. Il est néanmoins raisonnable de penser que l'intérêt personnel retiré par les destinataires de cette mesure a également supporté le raisonnement du juge.

[2] T.A. de Caen, 18 nov. 2003, *Préfet du Calvados*, n° 03-462, *A.J.D.A.* 2003, n° 41, p. 2175, obs. C. BIGET. *Cf.* également T.C., 18 juin 2007, *Ousset*, préc.

[3] V. notamment Conseil d'État, *Rapport public 1999. L'intérêt général, op. cit.,* p. 291-295

[4] C.E., 4 juin 1975, *Bouvet de la Maisonneuve et Millet*, nos 92161 et 92685, *Rec.* p. 330, notamment confirmé par C.E., 22 janv. 1982, *Assoc. Auto Défense*, nos 20758, 20966, 21002, 21030, 21185, 21194 et 21221, *D.* 1982, J., p. 494, note B. PACTEAU. Sur la critique de cette solution, *cf.* G. MORANGE, Réflexions sur la notion de sécurité publique (à propos d'une prescription contestée de police de la circulation : l'obligation de port de la ceinture de sécurité), *D.* 1977, chron., p. 61-66 et R. CHAPUS, *Droit administratif général*, *op. cit.*, t. 1, n° 912.

[5] *Cf.* notamment M. HEERS, concl. sur C.A.A. de Paris, 9 juin 1998, *Mme Donyoh, Mme Senanayake* (2 esp.), *op. cit.*, p. 1236 ; G. ARMAND, L'ordre public de protection individuelle, *op. cit.*, p. 1583-1646 et D. ROMAN, « A corps défendant »…, *op. cit.*, spéc. p. 1285-1286.

[6] Celui-ci n'hésite toutefois le cas échéant pas à s'inspirer de solutions précédemment retenues par les juridictions, comme ce fût notamment le cas pour l'interdiction de la gestation pour autrui : Cass. Plén., 31 mai 1991, préc. Sur l'actualité de la question, qui a récemment évolué dans un sens plus

citoyen contre à peu près tout, et d'abord contre lui-même »[1]. La protection des personnes contre elles-mêmes entre aussi dans le cadre des compétences de police administrative, y compris en matière de police générale. On en retrouve la logique dans les arrêts *Commune de Morsang-sur-Orge* et *Ville d'Aix-en-Provence* par lesquels le Conseil d'État a reconnu la compétence des maires pour interdire, même en l'absence de circonstances locales particulières, des attractions portant atteinte au respect de la dignité de la personne humaine, nonobstant la volonté des personnes qui y participent[2]. C'est aussi, dans un autre domaine, ce qu'illustre le contentieux relatif aux arrêtés dits de « couvre-feu » des mineurs[3] qui a plusieurs fois donné l'occasion au juge d'admettre la compétence des maires pour limiter la circulation des enfants de moins de treize ans dont la sécurité est particulièrement menacée à certaines heures et en certains lieux[4].

647 Si ces décisions ont fait couler beaucoup d'encre, elles ne sont pourtant que des exemples isolés parmi d'autres qui, pour leur part, ont moins retenu l'attention de la doctrine. On relèvera ainsi que le Conseil d'État a, dans un arrêt du 5 janvier 2005, confirmé la solution de la jurisprudence *Millet* et *Bouvet de la Maisonneuve* qui, dans le domaine de la sécurité routière, fait clairement prévaloir la sécurité des automobilistes sur l'exercice de leur liberté[5]. Il faut surtout signaler ici un arrêt du 21 décembre 2004 par lequel la Cour administrative d'appel de Paris a reconnu la légalité d'une mesure préfectorale prescrivant la prise en charge d'autorité des personnes sans abri en temps de

---

libéral, *cf.* C.A. de Paris, 25 oct. 2007, *B.J.S.P.* 2008, n° 110, p. 7, obs. C. DURRIEU-DIEBOLT et les communiqués du Sénat des 3 et 4 déc. 2007, *B.J.S.P.* 2008, n° 110, Pan., p. 2.

[1] G. CARCASSONNE, Société de droit contre État de droit, *op. cit.*, p. 38.

[2] C.E., Ass., 27 oct. 1995, *Cne de Morsang-sur-Orge* et *Ville d'Aix-en-Provence* (2 esp.), préc.

[3] V. entre autres C.E., ord., 29 juill. 1997, *Préfet du Vaucluse*, n° 189250**,** *R.F.D.A.* 1998, p. 383, note P.-L. FRIER ; – ord., 9 juill. 2001, *Préfet du Loiret*, n° 235638, *Rec.* p. 337 ; *D.* 2002, J., p. 1582, note A. LEGRAND ; *A.J.D.A.* 2002, p. 351, note G. ARMAND ; – ord., 27 juill. 2001, *Ville d'Étampes*, n° 236489, *Rec.* tables p. 1101 ; *A.J.D.A.* 2002, p. 351, note G. ARMAND ; *D.* 2002,p. 1582 ; C.A.A. de Paris, 17 déc. 2002, *Cne de Yerres c. Préfet de l'Essonne*, n° 02PA01102, *A.J.D.A.* 2003, p. 296, concl. V. HAÏM. Pour un aperçu et une réflexion de fond sur les premières décisions rendues en la matière : B. SIERPINCKY, La police administrative au secours de la permission de minuit, (2 parties), *Rev. adm.* 1998, n° 306 et n° 307, p. 723-730 et p. 28-34.

[4] On notera que l'idée de la vulnérabilité particulière du public visé intervient dans toutes ces espèces. Comme le relève M. ARMAND à propos des arrêts de couvre-feu des mineurs, l'autorité municipale, agissant pour la garantie d'un intérêt privé (la sécurité individuelle des jeunes enfants) vient même ici subroger des parents démissionnaires et/ou incapables d'assurer la surveillance et la sécurité de leurs enfants : G. ARMAND, Le couvre-feu imposé aux mineurs : une conception nouvelle de la sécurité, note sous C.E., ord., 9 juill. 2001, *Préfet du Loiret* et 27 juill. 2001, *Ville d'Étampes*, *A.J.D.A.* 2002, p. 357. On retrouve ainsi plusieurs similitudes entre ces arrêtés de couvre-feu et l'interdiction totale de fumer dans les établissements scolaires. Une similitude de but tout d'abord : l'interdiction sert à garantir les intérêts des jeunes qu'il s'agit de protéger contre les risques de la délinquance dans le premier cas, et contre les dangers du tabagisme dans le second. Une similitude dans la conception du rôle de la puissance publique ensuite qui, dans les deux cas, se substitue aux responsables éducatifs « défaillants ».

[5] C.E., 5 janv. 2005, *Deprez et Baillard*, n° 257341 et n° 257534, *Rec.* p. 1 ; *J.C.P.* A 2005, n° 1075, concl. D. CHAUVAUX et n° 1168, note M.-C. ROUAULT ; *A.J.D.A.* 2005, p. 845, note L. BURQUORGUE-LARSEN ; *R.T.D. eur.* 2006, p. 183, note A. ONDOUA. Les pouvoirs publics peuvent ici agir sans craindre la sanction de la Cour européenne des droits de l'homme qui, le 14 déc. 1999, a considéré que « *l'obligation faite au requérant, comme à tous les conducteurs de véhicules à moteur, de boucler sa ceinture de sécurité ne saurait constituer un désagrément suffisant pour poser une question de manquement au respect de son droit à la liberté de pensée et de conscience ou de son droit à la liberté de circulation* » (*Vie c. France*, n° 41781/98).

grands froids[1]. En dépit de son importance théorique et pratique, cette décision n'a curieusement guère retenu l'attention des juristes[2]. Elle apporte pourtant, comme le signale M. MOREAU, « *une solution nouvelle à un problème qui, jusqu'alors, divisait jurisprudence et doctrine* »[3]. Cet arrêt fut rendu sur la saisine de l'Association « Droit au logement » Paris et environs. Le recours formé par l'Association faisait suite au rejet par le tribunal administratif de Paris de sa demande d'annulation d'une note de service du préfet de police renforçant le « plan grands froids » pour faire face aux risques accrus d'hypothermie mortelle que la rigueur particulière des conditions climatiques faisait courir aux personnes errantes. L'instruction contestée prescrivait aux directeurs de la préfecture de police et au commandant de la brigade de sapeurs-pompiers de Paris d'organiser la prise en charge d'autorité des personnes sans abri exposées au risque d'hypothermie mortelle en raison des conditions climatiques, de la précarité de leurs moyens de protection et de leur refus d'être temporairement hébergées dans les locaux des services de secours. Il s'agissait alors pour les agents concernés de prendre en charge d'office ces personnes en assurant leur accueil temporaire dans un local du service avant placement dans un centre d'hébergement provisoire. Cette mesure relevait d'une décision impérative[4] et de portée générale que les juges ont en l'espèce rattaché au pouvoir de police générale du préfet de police de Paris, habilité par l'article L. 2512-13 du Code général des collectivités territoriales à prendre toute mesure pour prévenir les accidents et fléaux calamiteux et de pourvoir d'urgence à toutes les mesures d'assistance et de secours.

Simple en apparence, la question de fond posée par cette affaire est lourde d'implications : la mort de froid sur la voie publique constitue-t-elle un désordre ou un trouble à l'ordre public qu'il incombe à l'autorité de police de prévenir ? À cette question, le tribunal administratif de Versailles avait clairement répondu par la négative dans un jugement du 23 janvier 1998 rendu sur un arrêté semblable adopté par le maire de Lonjumeau[5]. S'en tenant à la définition libérale classique de l'ordre public général, conçu comme un ordre matériel et extérieur, il avait ainsi considéré que « *l'errance de personnes sans domicile fixe en période de grands froids n'est pas de nature à porter atteinte à l'ordre public* ». Partant de là, il fallait admettre que la liberté individuelle, dont relève la libre circulation des personnes sur les voies publiques, emporte, pour chacun, la liberté de s'y exposer au risque de mourir. La Cour administrative d'appel de Paris,

---

[1] C.A.A. de Paris, 21 déc. 2004, *Assoc. Droit au logement Paris et env.*, préc.

[2] V. cependant les écrits récents de Mme ROMAN traitant de cet arrêt, notamment : Les sans-abri et l'ordre public, *R.D.S.S.* 2007, n° 6, p. 952-964, spéc. p. 962-963.

[3] J. MOREAU, Le préfet peut légalement prescrire que, par grand froid, les sans-abris soient pris en charge d'autorité, note sous C.A.A. de Paris, 21 déc. 2004, *Assoc. Droit au logement Paris et env.*, *J.C.P.* A 2005, n° 1064, p. 341.

[4] C.E., Sect., 18 déc. 2002, *Duvignères*, préc.

[5] T.A. de Versailles, 23 janv. 1998, *Préfet de l'Essonne c. Cne de Lonjumeau*, n° 971245, *Rec.* p. 623.

confirmant la position exactement inverse du tribunal administratif de Paris[1], n'a toutefois pas abondé en ce sens. Elle a, au rebours des juges versaillais, considéré que la mesure visant à sauvegarder la vie des personnes menacée d'hypothermie répond bien à la mission de la police générale de prendre toute mesure pour prévenir les accidents et fléaux calamiteux et de pourvoir d'urgence à toutes mesures d'assistance et de secours. L'instruction contestée pouvait légalement être adoptée au titre de l'ordre public, dès lors que, et dans la mesure où, elle ordonnait aux agents concernés l'accomplissement d'un acte qui, « *dans le but de tenter de sauver les personnes sans abri par un accueil temporaire, [était] indispensable à la survie de ces personnes et proportionné à leur état* ».

648 Comme l'observe M. MOREAU, cette solution peut être rattachée à la jurisprudence développée en matière de couvre-feu des mineurs en ce qu'elle intègre la sécurité individuelle parmi les éléments protégés par l'ordre public et autorise, sur cette base, l'adoption de mesures qui, visant à empêcher que les personnes se placent dans des situations dangereuses pour elles-mêmes, ont une fonction protectrice évidente[2]. Il existe néanmoins des différences qui dépassent le stade de la nuance. Il faut, en particulier, reconnaître que les décisions rendues en matière de couvre-feu des mineurs, bien qu'elles expriment essentiellement le souci de la protection des enfants, contiennent des éléments qui ne sont pas étrangers à la sécurité publique, puisque ces arrêtés visent aussi à juguler la délinquance juvénile[3]. À l'inverse, les mesures de prise en charge d'autorité des personnes sans domicile n'ont pas de lien avec un intérêt public sauf, mais cela n'est dit ni par le préfet ni par le juge, celui de la dignité humaine. Une autre différence tient à la nature des libertés et des droits restreints par la mesure de prise en charge d'autorité des sans-abris qui, au-delà de la liberté d'aller et venir également visée par les mesures de couvre-feu, porte aussi atteinte à l'autonomie de leur volonté qui est, en principe, pleine et entière, dès lors que les personnes concernées sont majeures, responsables, lucides et capables de discernement[4].

---

[1] T.A. de Paris, 1er juill. 2003, *Assoc. droit au logement Paris et ses environs*, n° 0302245/4, *A.J.D.A.* 2004, p. 836. V. également le communiqué de presse de la Préfecture de police de Paris *: www.prefecture-police-paris.interieur.gouv.fr.*

[2] J. MOREAU, note sous C.A.A. de Paris, 21 déc. 2004, *op. cit.*, p. 342.

[3] Comme l'a souligné le commissaire du Gouvernement HAÏM, si ces arrêtés sont un moyen de prévenir des dangers personnels, ils visent aussi à empêcher le développement de la délinquance dans certains quartiers (V. HAÏM, concl. sur C.A.A. de Paris, 17 déc. 2002, *Cne de Yerre c. Préfet de l'Essone, A.J.D.A.* 2003, p. 296). Partant, est annulé l'arrêté qui impose un tel couvre-feu alors qu'il n'est pas établi que des mineurs soient impliqués dans des actes de délinquance : C.E., 10 août 2001, *Cne de Meyreuil*, n° 237008, *Rec.* tables p. 1101.

[4] L'Association voyait notamment dans la mesure contestée un détournement de la procédure d'internement d'office et une atteinte excessive au droit de toute personne de s'opposer aux soins. Les soins dont il s'agit ici ne présentent certes pas de caractère invasif. La mesure de placement relève cependant d'une « action de prévention » dès lors qu'elle vise à protéger son destinataire contre le danger, sanitaire, d'une hypothermie mortelle. Il y a bien là, selon nous, une restriction de l'inviolabilité de la personne humaine pour peu que l'on convienne avec le doyen CARBONNIER qu'il faut la concevoir comme « *une liberté immatérielle, qui a son siège moins dans le corps que dans la personnalité* » (J. CARBONNIER, note sous trib. civ. de Lille, 18 mars 1947, *D.* 1947, p. 509). Sur ce

La Cour administrative d'appel de Paris a, en l'espèce, bien posé les conditions qui doivent être réunies pour parer à tout risque d'abus. D'abord, la prise en charge d'autorité des sans-abris ne peut intervenir qu'en cas de froids extrêmes leur faisant courir un risque mortel d'hypothermie. Ensuite, l'hébergement forcé doit être temporaire, indispensable à la survie de la personne et proportionné à son état. Enfin, le recours à la contrainte ne doit intervenir qu'en dernier ressort, « *par suite de l'échec des tentatives visant à obtenir le consentement des personnes en danger* »[1]. Cette dernière condition doit retenir l'attention car elle montre, à elle seule, que la mesure préfectorale repose sur une conception substantialisée de l'autonomie de la volonté, qui n'est pas ici appréciée selon la capacité de discernement et la lucidité de la personne qui l'exprime, mais en fonction du choix qui est exprimé. On peut aisément admettre que certaines personnes sans abri ne disposent pas de toutes leurs facultés de jugement, ne serait-ce qu'en raison des effets lénifiants de l'hypothermie. On reprochera toutefois au juge d'avoir admis la légalité d'une mesure qui, généralisée à toutes les personnes refusant l'abri qui leur est proposé, les prive de liberté sans tenir compte de leur état de lucidité ni des motifs réels de leur refus de secours qui est, par principe, disqualifié. Or cette disqualification d'office ne peut s'expliquer que par la teneur même du choix exprimé par la personne qui ne correspond pas à l'idée, nécessairement préconçue, que se font les juges de ce qu'un être autonome peut rationnellement vouloir[2].

649 Sans doute, la décision *Association droit au logement* du 21 décembre 2004 vise-t-elle, comme le souligne M. MOREAU, un objectif de protection qui ne relève pas d'une idéologie de sécuritarisme répressif et/ou moralisateur[3]. On admet sans difficulté que la position adoptée par l'administration et par son juge se veut avant tout protectrice et bienfaisante[4]. Sans doute la mesure prescrite par le Préfet de police de Paris comprend-elle des limites de temps et de lieu. Elle n'en est pas moins générale en ce qu'elle refuse, par principe, à l'individu errant sur la voie publique le droit à la libre disposition de soi et la liberté de préférer le risque de mort aux secours proposés par les services publics[5]. Sur

---

point, la décision du 21 déc. 2004 doit être rattachée au contentieux relatif à la protection des personnes refusant, pour des raisons religieuses, de subir des traitements médicaux nécessaires à la survie qui, rappelons-le, a été largement nourri par la Cour administrative d'appel de Paris.

[1] Ces mesures ne relèvent donc pas d'une politique d'exclusion des errants, mais bien d'un objectif de protection des personnes.

[2] On retrouve ici toute la logique de la théorie de l'ordre public de protection individuelle construite par Mme HEERS dans ses concl. sur les affaires *Donyoh* et *Senanayake* jugées le 9 juin 1998 par la C.A.A. de Paris (*op. cit.*, p. 1231-1242, spéc. p. 1236). Sur ce point, on se reportera avec profit à l'analyse de S. HENNETTE-VAUCHEZ, Kant contre Jéhovah ? Refus de soins et dignité de la personne humaine, *op. cit.* p. 3154-3160.

[3] J. MOREAU, note sous C.A.A. de Paris, 21 déc. 2004, *op. cit.*, p. 342.

[4] Bien qu'il eût été préférable, et plus respectueux de la liberté de chacun, de donner à chacun les moyens de se protéger plutôt que de contraindre…

[5] Cette formule est largement empruntée à Mme DEGUERGUE : Ne constitue pas une faute de nature à engager la responsabilité de l'hôpital un acte médical indispensable à la survie d'un patient même transfusé contre sa volonté, note sous C.E., 26 oct. 2001, *Mme Senanayake*, *A.J.D.A.* 2002, p. 262. Pour une analyse comparable : D. ROMAN, « A corps défendant »…, *op. cit.*, p. 1286.

ce point, le raisonnement tenu par la Cour administrative d'appel de Paris pourrait au moins encourir le même reproche que celui qui motiva la cassation de son arrêt *Senanayake* : celui d'avoir « *fait prévaloir de façon générale l'obligation pour* [l'administration] *de sauver la vie sur celle de respecter la volonté de* [la personne sans abri] »[1]. Cette solution subordonne donc, par principe, la liberté personnelle à la sécurité et la volonté individuelle à l'impératif de sauver la vie[2].

650 On perçoit ici le dogmatisme de cette solution qui, tout autant que celle retenue par la même Cour d'appel en 1998 à propos des refus de transfusion sanguine opposés par les témoins de Jéhovah, défend une conception « *collectiviste* » d'un droit à la vie, à la sécurité et à la santé pour tous, même pour ceux qui n'en veulent pas[3]. Il y a là une logique qui semble difficilement conciliable avec les principes d'une société libérale[4], car elle revient à transformer l'obligation de protection des personnes qui pèse sur la puissance publique en obligation pour les personnes de se protéger au nom de valeurs sociétales qui, assises sur le respect de la dignité objective de l'Homme, assurent l'emprise de la volonté générale sur l'individu.

On peut y voir une conséquence logique de la demande croissante de protection exprimée par les personnes à l'égard d'un État qui, dans le cadre des droits fondamentaux, doit assurer le respect de valeurs collectives parmi lesquelles la vie et l'intégrité physique de la personne occupent une place de premier choix. Mais, à moins de revenir sur les fondements libéraux de notre ordre juridique[5], il est aussi du devoir de l'État, et des juges, de résister à la facilité d'une substitution trop systématique de la contrainte publique à la responsabilité individuelle. Cette logique paternaliste, alliant

---

[1] C.E., Ass., 26 oct. 2001, *Mme Catherine Senanayake*, préc. On notera d'ailleurs avec intérêt que dans l'affaire jugée le 21 déc. 2004, les juges parisiens reprennent presque mot à mot le considérant de principe de cet arrêt de cassation, ce qui, en l'espèce, ne suffit pas à ôter son caractère général à la mesure ainsi validée.

[2] Pour une analyse comparable : D. ROMAN, « A corps défendant »…, *op. cit.*, p. 1286. La supériorité de principe donnée à la vie sur le respect de la volonté et de la liberté de l'individu transparaît d'ailleurs très clairement dans les motifs du jugement du tribunal administratif, tels qu'ils sont notamment rapportés par un communiqué de presse de la Préfecture de police de Paris : « *la liberté de circuler sur les voies publiques et dans les lieux ouverts au public n'emporte pas le droit de s'y exposer au risque de mourir, une mort de froid constitue un désordre qu'il incombe à l'autorité de police de prévenir par tous les moyens adéquats* » (*www.prefecture-police-paris.interieur.gouv.fr*. V. également *A.J.D.A.* 2004, n° 15, p. 836) C'est même une nouvelle mission, très générale, qui échoie à l'administration : celle de protéger la vie des personnes, dont la liberté, qui n'emporte pas le droit de s'exposer au risque de mourir sur les voies publiques doit – au nom de la dignité humaine ? – être limitée de manière à ce que leur vie soit protégée, y compris contre leur volonté.

[3] M. DEGUERGUE, Ne constitue pas une faute de nature à engager la responsabilité de l'hôpital un acte médical indispensable à la survie d'un patient…, *op. cit.*, p. 261 et p. 263.

[4] V. en ce sens, les concl. de D. CHAUVAUX sur C.E., Ass., 26 oct. 2001, *Mme Senanayake*, *R.F.D.A.* 2002, n° 1, p. 146-156. *Cf.* également G. ARMAND, L'ordre public de protection individuelle, *op. cit.*, p. 1611.

[5] Comme le relève le commissaire du Gouvernement CHAUVAUX, c'est une bien triste application du principe de liberté que celle de laisser mourir une personne que l'on pourrait sauver par des gestes simples. Cependant, il semble impossible, car dangereux, de s'écarter de « *principes bien établis qui touchent au fondement de notre ordre juridique* » (concl. préc., *R.F.D.A.* 2002, p. 151).

autorité et bienfaisance, paraît d'ailleurs en porte-à-faux avec la valorisation corrélative du principe d'autonomie de la personne en matière de santé.

Ces tendances apparemment contradictoires du droit traduisent l'évolution contemporaine des principes directeurs de notre ordre juridique qui, sans revenir sur le principe de la liberté individuelle, cherche à le rééquilibrer avec celui de la sécurité.

SECTION 2
LA RECHERCHE DE NOUVEAUX ÉQUILIBRES ENTRE SÉCURITÉ ET LIBERTÉ

651 Face à la valorisation constante de la sécurité en santé et à la normalisation qui en résulte, la question essentielle, nous semble-t-il, est finalement celle de la définition et du sens donnés au droit fondamental à la protection de la santé sur lequel est refondé l'ordre public sanitaire. Or il apparaît assez rapidement que l'on retrouve dans l'application de ce droit la tension classique entre les exigences de la sécurité, d'une part, et celles de la liberté, d'autre part.

652 Le droit fondamental à la protection de la santé renvoie tout d'abord à un droit-créance de l'individu : celui d'être protégé contre toutes les formes d'insécurité sanitaire, que celle-ci se rattache à l'existence de risques de maladies ou d'accidents, ou bien à des difficultés d'accès à l'offre de prévention et de soins. Sous cet angle, le droit à la protection de la santé correspond au droit de la personne à la sécurité pour sa santé (§1). Le droit fondamental à la protection de la santé est aussi un droit-autonomie qui donne à chacun la liberté de prendre soin de sa santé et le droit de prendre les décisions le concernant. Cette liberté sanitaire fait toutefois l'objet d'une lecture « sécurisée » (§2) qui, associée à l'affirmation du droit à la sécurité pour la santé, indique bien la promotion du principe de sécurité par notre ordre juridique.

§1.- L'AFFIRMATION DU DROIT À LA SÉCURITÉ POUR LA SANTÉ

653 D'abord conçue comme une loi de modernisation, d'humanisation et de démocratisation du système de santé[1], la loi du 4 mars 2002 n'apparaît pas de prime abord comme une loi de protection de la santé publique. Elle n'est, en tout cas, ni une loi de sécurité sanitaire[2], ni une charte de la prévention[3]. Néanmoins, ce texte accorde une large place à ces deux volets de la protection contre les risques sanitaires qui, notamment,

---

[1] V. notamment M. GUILLAUME-HOFNUNG (dossier réalisé par), *Droits des malades. Vers une démocratie sanitaire ?*, Paris, 2003, La documentation française, 124 p., coll. Problèmes politiques et sociaux n° 885.

[2] D. JACOTOT, Le renforcement de la sécurité sanitaire, in « La loi du 4 mars relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé », sous la dir de A. LAUDE, *Petites affiches* 2002, n° 122, p. 37.

[3] D. TRUCHET, La loi du 4 mars 2002 et la prévention : une double lecture, *ibid.*, p. 43

viennent enrichir le contenu du droit à la protection de la santé d'une composante nouvelle de sécurité[1]. Tel qu'il est présenté par l'article L. 1110-1 du Code de la santé publique, le droit fondamental à la protection de la santé ne saurait donc être épuisé dans le droit à l'égal accès aux soins et à leur continuité. Il renvoie également à un droit, plus nouveau, à la sécurité pour la santé qui se situe à la croisée de cette triple exigence de prévention, de soins et de sécurité sanitaire. Le droit à la sécurité pour la santé ne saurait toutefois être confondu avec un utopique droit à la santé qui ferait de la sécurité sanitaire des personnes une obligation de résultat opposable à tous. Ce droit impensable a ainsi été explicitement exclu par le juge administratif comme par le législateur (A). Ce réalisme est toutefois clairement menacé par le mirage du risque zéro qui, notamment encouragé par le droit de la responsabilité, est propice à une lecture totalisante si ce n'est totalitaire des exigences de la sécurité en santé (B).

A.- UN DROIT FONDAMENTAL DISSOCIÉ DU « DROIT À LA SANTÉ »

654 En ce qu'il indique la dimension sécuritaire du droit à la protection de la santé tout en soulignant la composante sanitaire du droit fondamental à la sécurité, le droit à la sécurité pour la santé est certainement situé au cœur de la fondamentalité. Il n'est toutefois pas formellement consacré par les textes, qui n'en donnent aucune définition, et se prête de la sorte aux interprétations les plus variées. Sa valorisation a notamment servi à appuyer la croyance, déjà bien ancrée, que les citoyens de l'État-providence disposent d'un véritable « droit à la santé » permettant de poser le refus du risque en principe[2]. Le juge administratif comme le législateur du 4 mars 2002 retiennent toutefois une conception plus réaliste de ce droit, à la fois respectueuse de la solidarité et des exigences de la liberté. Le juge du référé-liberté du Conseil d'État a ainsi explicitement exclu le droit à la santé du champ des libertés fondamentales protégées par le Code de la justice administrative (1). Il a, par là-même, confirmé l'intention première des auteurs de la loi du 4 mars 2002 (2).

---

[1] L'art. L. 1110-1 C.S.P., issu de l'art. 3 de cette loi, est ainsi rédigé : « *Le droit fondamental à la protection de la santé doit être mis en œuvre par tous moyens disponibles au bénéfice de toute personne. Les professionnels, les établissements et réseaux de santé, les organismes d'assurance maladie ou tous autres organismes participant à la prévention et aux soins, et les autorités sanitaires contribuent, avec les usagers, à développer la prévention, garantir l'égal accès de chaque personne aux soins nécessités par son état de santé et assurer la continuité des soins et la meilleure sécurité sanitaire possible* ».

[2] V. notamment Conseil d'État, *Rapport public 2005. Responsabilité et socialisation du risque*, *op. cit.*, p. 337.

1) L'exclusion du « droit à la santé » du champ des libertés fondamentales protégées par l'article L. 521-2 du Code de la justice administrative

655 C'est par une ordonnance du 8 septembre 2005 que le juge des référés du Conseil d'État a explicitement refusé de reconnaître au droit à la santé le caractère d'une liberté fondamentale protégée par l'article L. 521-2 du Code de la justice administrative[1].

Le juge était ici saisi de l'appel formé par le Ministre de la Justice contre une ordonnance du tribunal administratif de Nantes lui enjoignant de soustraire un détenu au risque du tabagisme passif, au besoin en le plaçant dans une cellule avec des détenus non fumeurs, et sans que ce changement d'affectation ait pour effet de le priver de son travail aux cuisines[2]. Pour fonder sa décision, le premier juge avait considéré que les conditions d'incarcération de M. X., exposé au tabagisme passif malgré une maladie coronaire, portaient une atteinte grave et manifestement illégale au droit à la santé qui, au nombre des libertés fondamentales protégées par l'article L. 251-2 du Code de la justice administrative, comprend notamment le refus d'être exposé au tabagisme. Le juge des référés du Conseil d'État n'a cependant pas suivi ce raisonnement :

> « *Si en raison du renvoi fait par le Préambule de la Constitution de 1958 au Préambule de la Constitution de 1946, la protection de la santé publique constitue un principe de valeur constitutionnelle, il n'en résulte pas, contrairement à ce qu'a affirmé le premier juge que le droit à la santé soit au nombre des libertés fondamentales auxquelles s'applique l'article L. 521-2 du code de justice administrative* ». Entrent toutefois « *dans le champ des prévisions de cet article le consentement libre et éclairé du patient aux soins médicaux qui lui sont prodigués ainsi que le droit de chacun au respect de sa liberté personnelle qui implique en particulier qu'il ne puisse subir de contraintes excédant celles qu'imposent la sauvegarde de l'ordre public ou le respect des droits d'autrui* ».

656 Mme LAUJIDOIS a vu dans cette ordonnance une décision de principe du Conseil d'État excluant non seulement le droit à la santé, mais aussi le droit à la protection de la santé du champ des libertés fondamentales confiées à la protection du juge administratif[3]. Nous n'adhérons pas tout à fait à cette lecture de la décision dont le problème de droit se situe, selon nous, sur un plan légèrement différent. Le juge des référés du Conseil d'État

---

[1] CE, ord., 8 sept. 2005, *Garde des Sceaux – Min. de la Justice*, préc.

[2] T.A. de Nantes, ord., 25 août 2005, *M. B.*, n°0504305, *A.J.D.A.* 2005, p. 1653, obs. M.-C. DE MONTECLER.

[3] M. LAUJIDOIS, Le droit à la santé n'est pas une liberté fondamentale, note sous C.E., ord., 8 sept. 2005, *Min. de la Justice*, *A.J.D.A.* 2006, n° 7, p. 376-380, spéc. p. 377-378. Selon l'auteur, le juge aurait ainsi non seulement nié la fondamentalité du droit à la santé, mais aussi éliminé d'office « *la liberté fondamentale potentielle* » que constitue le droit, plus réaliste, à la protection de la santé. Mme LAUDIJOIS s'en étonne d'ailleurs fort légitimement en considérant que cette attitude, qui ne peut s'expliquer que par des raisons tenant à la théorie du droit, se justifie néanmoins par le souci du juge de rationaliser le bloc de fondamentalité. V. également L. GAY, Le principe constitutionnel de protection de la santé peut-il être au fondement d'une liberté ?, *op. cit.*, p. 1577-1606.

ne s'est effectivement pas attardé sur la question de savoir si le droit garanti par l'alinéa 11 du Préambule de 1946 entre ou non « en tant que tel » dans le cercle des libertés fondamentales protégées par l'article L. 521-2 du Code de la justice administrative. Mais il ne l'a pas pour autant formellement exclu[1]. Il a, en revanche, et plus utilement, cherché à déterminer les libertés fondamentales dont peuvent effectivement se prévaloir les personnes pour la protection de leur santé. Le considérant de principe de l'ordonnance du 8 septembre 2005 apporte ainsi des éléments négatifs et positifs de définition des libertés fondamentales opposables en matière de santé.

657 Première indication, le droit à la santé *n'est pas* au nombre des libertés fondamentales auxquelles s'applique l'article L. 521-2 du Code de justice administrative. Cette exclusion s'explique aisément par l'irréalisme du droit à la santé, qui n'a pas « *de véritable signification* »[2]. Il nous semble qu'ici le Conseil d'État a surtout cherché à invalider les conséquences inhérentes à la reconnaissance d'une telle créance de santé au profit des individus. Personne ne s'y trompe plus : derrière l'affirmation d'un droit à la santé, ce n'est pas, ou ce n'est plus, l'utopie de « *la santé parfaite* »[3] qui apparaît. En revanche, son affirmation revient à dire que les personnes disposent d'un droit absolu à la protection de leur santé, qui soumet les débiteurs de la créance ainsi constituée à une obligation de résultat : celle de garantir à chacun le meilleur niveau de santé qu'il est capable d'atteindre. Or c'est bien un résultat, défini sans réelle considération du contexte de l'espèce, que le juge de première instance avait exigé de l'administration pénitentiaire en lui enjoignant de prendre, dans un délai d'un mois, les mesures appropriées pour soustraire le détenu au risque du tabagisme passif sans le priver de son emploi aux cuisines[4]. Il s'agissait ici d'exiger de l'administration pénitentiaire un effort qu'elle n'était matériellement pas en mesure d'accomplir. Il nous semble que c'est avant tout cette conception maximaliste du droit à la protection de la santé que le Conseil d'État a souhaité invalider. On notera en ce sens que le juge précise, dès le considérant de principe, que la situation des personnes détenues « *est nécessairement tributaire des sujétions inhérentes à leur détention* ».

Partant, si les individus disposent bien d'une créance de santé, celle-ci doit être appréciée de manière relative et contingente. Elle fait naître pour ses débiteurs une

---

[1] Notre analyse rejoint ici celle de Mme FOUCHER sous l'ord. du Conseil d'État du 11 mai 2007 (*Assoc. interdépartementale et intercommunale pour la protection du lac de Sainte-Croix et a.*, n° 305427) concernant l'introduction du « droit à l'environnement » dans le champ des libertés fondamentales protégées par l'art. 512-2 C.J.A. : Le droit à l'environnement est-il utilement invocable dans le cadre du référé-liberté ?, *A.J.D.A.* 2007, n° 47, p. 2262-2265, spéc. p. 2264-2265.

[2] J. MOREAU, Le droit à la santé, *op. cit.*, p. 185. Sur ce point, V. également la note précitée de Mme LAUDIJOIS, p. 377-378.

[3] Nous empruntons l'expression à L. SFEZ, *La santé parfaite…*, *op. cit.*

[4] Le juge de première instance a bien pris en compte la nécessité d'une conciliation du refus d'être exposé au tabagisme avec les contraintes propres au milieu carcéral, mais uniquement pour rejeter la demande de suspension de la décision de placer le requérant dans une cellule occupée par trois fumeurs.

obligation particulièrement stricte de moyens, mais elle n'oblige pas à un résultat si celui-ci ne peut être raisonnablement atteint. Plus loin, le juge tiendra compte des efforts déployés par l'administration pénitentiaire et de ses difficultés matérielles à concilier les diverses exigences du requérant – celles d'être soustrait au risque tabagique et de conserver son emploi aux cuisines – pour considérer qu'il n'a pas été porté d'atteinte grave et manifestement illégale à une liberté fondamentale[1].

658 Le juge d'appel ne s'en tient toutefois pas là. Il apporte également des éléments positifs de définition des droits fondamentaux opposables à l'administration dans le domaine de la santé. Sans doute ne reconnaît-il explicitement pas « *la liberté fondamentale potentielle* » que constitue le droit, plus réaliste, à la protection de la santé[2]. On observera toutefois que si le droit à la protection de la santé est plus réaliste que le droit à la santé, il n'est en revanche pas beaucoup plus clair ni beaucoup plus précis quant à sa teneur et à sa portée[3]. C'est donc par une autre voie que le Conseil d'État aborde la question. Il reconnaît ici deux libertés fondamentales protégées par l'article L. 521-2 du Code de la justice administrative : le droit au consentement libre et éclairé aux soins[4] et le droit de chacun au respect de sa liberté personnelle qui, précise le juge, implique en particulier que l'individu « *ne puisse subir de contraintes excédant celles qu'impliquent la sauvegarde de l'ordre public ou le respect des droits d'autrui* ». Cette précision renvoie *a priori* à la définition classique de la liberté individuelle qui suppose que chacun soit libre de faire ce qui ne nuit pas à autrui. Ce n'est toutefois pas exactement ce qui est dit ici : la liberté personnelle n'est pas celle de faire ce qui ne nuit pas à autrui, mais celle de ne pas *subir de contraintes excédant* celles qu'impose la protection d'autrui.

La nuance paraît importante et soulève immédiatement la question de savoir ce que peut recouvrir cette idée de « contraintes excessives ». Il peut s'agir, en premier lieu, de contraintes juridiques, plus particulièrement celles qui, imposées par la puissance publique, seraient illégales car excessives au regard des nécessités de l'ordre public et de la protection des droits des tiers. La notion de « contraintes » peut, en second lieu, renvoyer à des sujétions de fait qui, sans motif légitime, porteraient atteinte à la liberté de

---

[1] Après avoir indiqué que la situation des personnes détenues est « *nécessairement tributaire des sujétions inhérentes à leur détention* », le juge des référés du Conseil d'État prend ainsi soin de préciser que « *la volonté de M. X. de rester affecté au service des cuisines, limite, pour des raisons tenant à l'organisation du service, le choix des cellules disponibles* ».

[2] M. LAUDIJOIS, Le droit à la santé n'est pas une liberté fondamentale, *op. cit.*, p. 378.

[3] Sur la « *pluralité d'interprétations possibles* » du « *principe de protection de la santé* », *cf.* L. GAY, Le principe constitutionnel de protection de la santé peut-il être au fondement d'une liberté ?, *op. cit.*, p. 1580-1589. Au demeurant, comme l'a bien relevé M. MOREAU, la protection de la santé relève en soi d'un « *objectif fort ambitieux dès lors qu'il paraît logique de se référer pour cerner ce dernier concept à la définition fort connue de l'Organisation mondiale de la santé : la santé "comme état de complet bien-être physique, mental et social" et qui ne consiste pas seulement en l'absence de maladie ou d'infirmité"* » (Le droit à la santé, *op. cit.*, p. 185).

[4] Ce droit, qui avait déjà été affirmé dans des espèces antérieures, en particulier dans l'ord. précitée du C.E. du 16 août 2002, *Mme Valérie Feuillatey. c. C.H.U. de Saint-Étienne*, n'exige guère de commentaires ici, sauf à souligner l'incongruité apparente de sa mention en l'espèce.

l'individu. Dans le cas d'espèce, la « contrainte excessive » imposée au détenu correspond au risque sanitaire auquel il est, ou serait, illégitimement exposé en raison des conditions d'exécution de la peine d'emprisonnement à laquelle il a été condamné. Dans cette perspective, la liberté personnelle renvoie donc, en matière de santé, au droit de la personne de refuser des risques sanitaires qui ne sont pas légalement justifiés par la sauvegarde de l'ordre public ou le respect des droits des tiers.

Cette interprétation est confortée par le rappel, de prime abord incongru en l'espèce, du droit au consentement libre et éclairé aux soins qui, en droit médical, donne au patient le droit de choisir librement les risques qu'il entend courir pour sa santé. L'idée est bien la même ici : il s'agit d'affirmer le droit fondamental de chacun de ne pas subir de risques sanitaires qui ne sont ni librement choisis par l'intéressé, ni justifiés par un intérêt d'ordre public permettant d'écarter légalement les effets de la volonté individuelle. Cela revient, sur le fond, à reconnaître l'existence d'un droit fondamental à la protection de la santé qui, ici défini comme le droit de l'individu de choisir librement les risques auxquels il entend exposer sa santé, rejoint le droit à la sécurité pour la santé[1].

Il reste alors à savoir, et l'on en revient à la première partie de cet exposé, si le risque imposé au détenu qui, en arrêtant lui-même de fumer a manifestement fait le choix de ne pas exposer sa santé aux effets néfastes du tabagisme[2], équivaut en l'espèce à une atteinte grave et manifestement illégale à sa liberté fondamentale de ne pas subir de risques excédant ceux qu'imposent la sauvegarde de l'ordre public ou le respect des droits d'autrui. La réponse du juge à cette question est clairement négative : cette liberté fondamentale est relative et contingente et n'impose que des obligations de moyens. Quelle que soit sa dénomination (liberté personnelle de choisir ses risques, droit à la protection de la santé ou droit à la sécurité pour la santé), elle n'équivaut pas à un droit absolu à la santé, mais doit s'apprécier au regard des circonstances[3].

---

[1] On retrouve ici une application à la santé du « droit à la sécurité » que M. TRUCHET propose de définir comme le « *droit à ne courir que les risques que l'on a librement acceptés* » (L'obligation d'agir pour la protection de l'ordre public…, *op. cit.*, p. 311).

[2] Il est intéressant de noter que l'ordonnance du Conseil d'État souligne bien que le détenu a lui-même cessé de fumer. Cela prouve son choix et sa volonté de préserver sa santé des risques du tabac, preuve sans laquelle sa demande de protection contre le tabagisme passif aurait très certainement été rejetée d'emblée.

[3] Deux remarques s'imposent ici. La première concerne la spécificité contentieuse de l'espèce qui, rappelons-le, se situe dans le cadre du référé-liberté. Le fait que le juge rejette l'existence d'une atteinte grave et manifestement illégale à une liberté fondamentale ne signifie pas qu'il n'existe pas d'atteinte du tout. On ne peut donc *ex abrupto* considérer que l'administration pénitentiaire a entièrement satisfait à ses obligations, même si elle a échoué à préserver M. X. des effets nocifs du tabagisme passif. Rien, sinon le bon sens, et quelques précédents jugés par des tribunaux administratifs, ne permet d'affirmer *a priori* que sa responsabilité pour faute serait totalement dégagée si le détenu subissait des conséquences dommageables du fait de son exposition au tabagisme passif. La seconde se rapporte à la requête présentée au juge qui, nécessairement, limite son intervention. La demande était ici dirigée contre l'administration pénitentiaire. Or il apparaît bien en l'espèce que celle-ci ne pouvait mieux faire pour assurer la protection de la santé du requérant. La question se pose néanmoins de savoir si de telles situations, qui renvoient aux contraintes d'organisation du service d'une administration pénitentiaire, dont on connaît la faiblesse des moyens matériels, ne mettrait pas en cause une carence fautive de l'État, qui a l'obligation d'assurer la protection de la santé de « *toute personne* » et par « *tous moyens disponibles* » (art. L. 1110-1 C.S.P.). Partant, il n'est pas impossible

659 L'ordonnance du 8 septembre 2005 entremêle ainsi intimement la liberté et la sécurité pour faire du droit à la protection à la santé un droit à la sécurité pour la santé qui, à la fois empreint de réalisme et de libéralisme, ne peut être assimilé à un droit à la santé ou au risque zéro. Conçu comme le droit de ne subir que les risques sanitaires qu'imposent la sauvegarde de l'ordre public et le respect des tiers, le droit à la sécurité pour la santé fait bien peser une obligation de prudence et de diligence sur ses débiteurs. Il admet néanmoins l'échec dès lors que tous les moyens disponibles pour l'assurer ont été mis en œuvre. Cette lecture réaliste et pragmatique du droit à la sécurité pour la santé est conforme à l'intention initiale des auteurs de la loi du 4 mars 2002 qui, tout en réévaluant les exigences de la sécurité en matière de santé, n'entendaient pas cependant reconnaître l'existence d'un droit à la santé, sanctionné par des obligations de sécurité de résultat.

2) La négation du « droit à la santé » par le législateur du 4 mars 2002

660 Dans un contexte marqué par la forte demande de sécurité et de protection contre les risques, les enjeux sociaux, politiques et juridiques de la constitution d'un droit à la sécurité pour la santé par le législateur de 2002 apparaissent clairement.

661 Il s'est d'abord agi pour les pouvoirs publics de recevoir cette exigence croissante de protection contre les risques et de la valider sur le plan du droit. Au-delà de la définition d'un droit sécurisé de la personne à la protection de la santé, le législateur du 4 mars 2002 a donc nettement réévalué la politique de prévention[1]. Il a également renforcé et réévalué les obligations de sécurité des acteurs de la santé, rattachées à des droits subjectifs de la personne malade[2]. Tout en affirmant le principe de la responsabilité pour faute des professionnels, services et établissements de santé[3], il s'est enfin employé à garantir un haut niveau de protection des victimes de dommages imputables à un manquement fautif à une obligation de sécurité. Ce souci de faciliter la réparation des dommages d'insécurité a notamment justifié la création d'un mécanisme original de

---

de penser qu'il pourrait être tenu pour responsable des dommages causés par sa carence à doter l'administration pénitentiaire des moyens nécessaires à la protection de la santé des détenus (v. en ce sens, la récente condamnation de l'État pour les mauvaises conditions d'hygiène et de salubrité dans les cellules : T.A. de Rouen, 27 mars 2008, *M. Donat*, n° 0602590, *A.J.D.A.* 2008, p. 668, obs. J.-M. PASTOR. Cela paraîtrait en outre conforme à l'interprétation donnée à l'art. 2 de la Conv.E.D.H. qui impose que le droit à la vie soit protégé par la loi (C.E.D.H. 9 juin 1988, *L.C.B. c. Royaume-Uni*, préc. et – 3 avr. 1992, *Keenan c. Royaume-Uni*, préc.), ce qui impose aux États de « *prendre les mesures nécessaires à la protection de la vie des personnes relevant de leur juridiction* » (C.E.D.H., 7 juin 2007, *Murillo Espinosa c. Espagne*, n° 37938/03, cité par L. MARCOVIVI, La responsabilité de l'État du fait du décès d'un étranger en centre de rétention, *op. cit.*, p. 38). Sur cette question, *cf.* notamment C.C.N.E., *La santé et la médecine en prison*, *op. cit.*, p. 18 s.

[1] Sur ce volet de la loi KOUCHNER, *cf.* notamment D. TRUCHET, La loi du 4 mars 2002 et la prévention : une double lecture, *op. cit.*, p. 43- 47 et J.-M. LEMOYNE DE FORGES, La prévention dans la loi du 4 mars 2002 : organisation ou politique ?, *op. cit.*, p. 745-751.

[2] V. notamment M.-L. MOQUET-ANGER, Le droit des personnes hospitalisées, *op. cit.*, p. 657-672 et D. TABUTEAU, Sécurité sanitaire et droit de la santé, *op. cit.*, p. 834-837.

[3] Art. L. 1142-1 C.S.P.

présomption d'imputabilité pour la réparation des dommages résultant d'une contamination transfusionnelle par le virus de l'hépatite C antérieure à l'entrée en vigueur de la loi[1]. C'est également ce qui a conduit le législateur à maintenir les solutions jurisprudentielles relatives à la charge de la preuve en matière d'information médicale qui, selon le dernier alinéa de l'article L. 1111-2 du Code de la santé publique, pèse sur le professionnel ou l'établissement de santé mis en cause[2].

662 Les auteurs de loi du 4 mars 2002 ont aussi, et peut-être surtout, cherché à apporter une réponse juridique rationnelle aux revendications croissantes de sécurité sanitaire, en excluant les risques imprévisibles et/ou imparables du champ des obligations de sécurité imposées aux acteurs de la santé. C'est ce qu'il ressort notamment du texte initialement proposé aux Assemblées parlementaires dont l'économie témoigne de la recherche d'un équilibre satisfaisant entre le souci d'assurer un haut degré de protection des personnes contre les risques prévisibles et évitables et celui d'empêcher une dérive vers un droit au risque zéro.

Cet équilibre a été trouvé en ce qui concerne le droit à l'information médicale des personnes organisé à l'article L. 1111-2 du Code de la santé publique. D'un côté, le champ d'application de ce droit, avancé comme une garantie du droit à la sécurité pour la santé[3], est largement entendu par la loi, puisque qu'il porte aussi bien sur les soins curatifs que sur les actes d'investigation ou de prévention et s'étend aux autres solutions possibles ainsi qu'aux conséquences prévisibles du refus opposé par le malade. Il impose

---

[1] Selon ce mécanisme, défini par les dispositions de l'art. 102 de la loi du 4 mars 2002, il suffit, en cas de contestation relative à l'imputabilité de sa contamination, que le demandeur apporte des éléments permettant de présumer qu'elle a pour origine une transfusion de produits sanguins labiles ou une injection de médicaments dérivés du sang pour en obtenir la réparation. Le Conseil d'État, compétent pour l'ensemble des litiges relatifs aux transfusions sanguines réalisées depuis le 1er janv. 2000 (C.E., avis, 27 oct. 2000, *Mme Torrent*, préc.) exige que le demandeur apporte « *un faisceau d'éléments conférant à cette hypothèse, compte tenu de toutes les données disponibles, un degré suffisamment élevé de vraisemblance* » (C.E., 10 oct. 2003, *Mme Tato et a.*, n° 249416, *Rec.* p. 393 ; *A.J.D.A.* 2004, p. 228, concl. D. CHAUVAUX ; *J.C.P.* A 2004, n° 2007, note G. CHAVRIER), ce qui implique notamment que « *la présomption légale instituée par cette disposition ne s'applique qu'à la relation de cause à effet entre une transfusion et la contamination par le V.H.C. ultérieurement constatée, mais ne concerne pas l'existence même de la transfusion soupçonnée d'avoir causé cette contamination* ». Il « *incombe donc au demandeur d'établir l'existence de la transfusion qu'il prétend avoir subie, selon les règles de droit commun gouvernant la charge de la preuve devant le juge administratif* » : C.E., 25 juill. 2007, *Établissement français du sang*, n° 271247, *A.J.D.A.* 2007, p. 1558 ; *B.J.S.P.* 2007, n° 107, Pan., p. 3 ; *J.C.P.* 2007, act. 804, obs. M.-C. ROUAULT. On observera que, sans la modifier fondamentalement, le législateur revient ici sur la jurisprudence qui retenait un régime de responsabilité de plein droit dès lors que la contamination était apparue à la suite d'une transfusion sanguine, que le patient ne présentait pas de facteurs de risques et que le fournisseur n'apportait pas la preuve de l'innocuité des produits sanguins en cause. Sur ce sujet, *cf.* C. GUETTIER, Le contentieux administratif des contaminations transfusionnelles par le virus de l'hépatite C, *A.J.D.A.* 2004, n° 24, p. 1283-1292.

[2] C'est ce qu'avait décidé la jurisprudence civile depuis 1997 : Cass. civ. 1ère, 25 févr. 1997, préc. et Cass. civ 1ère, 14 oct. 1997, *Cts X.*, n° 95-19609, *Bull. civ.* I, n° 278, p. 188 ; *J.C.P.* 1998, II, 22942, rapport P. SARGOS ; *R.D.S.S.* 1998, p. 62, note L. DUBOUIS et p. 68, note M. HARICHAUX. V. P. SARGOS, L'obligation d'informer le patient, *Petites affiches* 1999, n° 189, n° spéc. : « La responsabilité médicale ». Troisième journée Henri Souleau, p. 9-14 ; J.-F. BURGELIN, L'obligation d'informer le patient expliquée aux médecins, in *Rapport pour 1999* de la Cour de cassation (*www.courdecassation.fr*). Sur l'application de cette solution par le Conseil d'État : C.E., Sect., 5 janv. 2000, *Cts Telle*, préc.

[3] *Cf. infra* nos 696-697.

également l'information des personnes lorsque, postérieurement à l'exécution de l'acte de soins, des risques nouveaux sont identifiés[1]. De l'autre, le législateur a resserré l'objet de l'obligation d'information du patient aux risques fréquents ou graves normalement prévisibles. Contrairement à ce qu'avait antérieurement décidé la jurisprudence[2], il en a donc exclu les risques exceptionnels au même titre que les risques de développement, ce qui témoigne d'une conception réaliste, pragmatique et nuancée du droit à la sécurité pour la santé[3].

C'est le même équilibre, rompu en toute fin de procédure par un amendement sénatorial, qui était initialement recherché par l'aménagement des règles de la responsabilité médicale et hospitalière. De fait, le texte du Gouvernement opère, en dépit de l'exception relative à la responsabilité du fait des produits de santé défectueux[4], une distinction claire entre le dommage né du risque évitable qui, imputable à un manquement à une obligation de sécurité, doit être réparé suivant un régime de responsabilité pour faute, et le dommage imparable né de l'aléa thérapeutique qui, relevant des risques du hasard, ne peut en tout état de cause qu'être indemnisé au titre de la solidarité nationale. À la faute, la réparation ; à l'aléa, l'indemnisation.

C'est à cette fin qu'a été organisée la procédure de règlement amiable en cas d'accidents médicaux, d'affections iatrogènes et d'infections nosocomiales[5]. C'est également dans cet esprit qu'à été institué l'O.N.I.A.M. que le texte du 4 mars 2002 a chargé de l'indemnisation des accidents non fautifs survenus dans le cadre de recherches biomédicales[6] et des aléas thérapeutiques les plus graves[7]. Le recours à un fonds de

---

[1] Cette obligation ouvre d'ailleurs des droits de puissance publique à l'administration qui, en cas de négligence du professionnel, de l'organisme ou de l'établissement de santé à informer les personnes concernées, peut mettre en demeure ce professionnel, cet organisme ou cet établissement de délivrer cette information essentielle à la sécurité sanitaire (art. L. 1413-13 C.S.P.)

[2] Cass. civ 1ère, 7 oct. 1998, *Cinique du Parc*, n° 97-12185, *Bull. civ.* I, n° 287, p. 199 ; *J.C.P.* 1998, II, 10179, concl. J. SAINTE-ROSE, note P. SARGOS ; *Petites affiches* 1999, n° 89, p. 4, note C. NOIVILLE et n° 114, p. 4, obs. E. GOUESSE, p. 12, obs. C. CLÉMENT ; C.E., Sect., 5 janv. 2000, *Cts. Telle*, préc. ; – Ass., 19 mai 2004, *C.R.A.M. d'Ile-de-France et C.P.A.M. du Val de Marne*, n° 216039 et n° 218040, *Rec.* p. 228 ; *A.J.D.A.* 2004, p. 1361, chron. C. LANDAIS et F. LENICA ; *J.C.P.* A 2004, n° 1781, note C. GUETTIER et n° 1807, note M.-L. MOQUET-ANGER.

[3] Pour une application jurisprudentielle d'une telle conception : *cf.* C.A.A. de Douai, 3 juill. 2007, *M. et Mme C.*, n° 06DA01178, *A.J.D.A.* 2007, p. 1999 qui retient qu'un « *accouchement par voie basse ne constitue pas un acte médical dont les risques devraient être portés à la connaissance de la future accouchée en l'absence de risques particuliers liés à l'état de la parturiente ou de son enfant* ».

[4] Sur ce régime, *cf. infra* n° 667.

[5] La loi a défini une procédure complexe, faisant appel à la conciliation et à l'expertise au niveau régional. C'est au terme de cette procédure, et si aucune solution alternative n'a été trouvée, que l'O.N.I.A.M. offre une indemnisation à la victime. Il n'est pas lieu ici de détailler cette procédure. Pour un aperçu de son efficacité et, aussi, de ses dysfonctionnements, *cf.* néanmoins le second *Rapport semestriel 2004* de l'O.N.I.A.M.

[6] Art. L. 1142-3 C.S.P.

[7] Art. L. 1142-1 C.S.P. Il s'agit des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales n'engageant pas la responsabilité d'un professionnel, d'un établissement, d'un service ou d'un organisme de santé, directement imputables à des actes de prévention, de diagnostic ou de soins et ayant eu pour le patient des conséquences graves et « *anormales au regard de son état de santé comme de l'évolution prévisible de celui-ci* ». Sur le seuil de prise en charge, *cf.* les art. L. 1142-1 et R. 790-1 s. C.S.P. (Décr. n° 2003-314 du 4 avr. 2003, *J.O.* du 5 avr., p. 6114).

solidarité nationale a en effet permis aux pouvoirs publics d'apporter une réponse en équité à la situation difficile des victimes de dommages graves, tout en dissociant la question de l'indemnisation de celle de la responsabilité des professionnels et des établissements de santé, les préservant ainsi des exigences du risque zéro[1].

663 Tel qu'il a été initialement conçu, le droit à la sécurité pour la santé ne s'apparente donc que très marginalement à un droit-garantie servant à assurer la protection juridique des personnes contre l'ensemble des risques sanitaires. Il ne l'est, ou plutôt ne devrait l'être, que pour remédier à des situations d'injustice flagrante nées de l'impossibilité d'indemniser des préjudices né d'un dommage exclusif de toute faute. D'abord considéré par l'article L. 1110-1 du Code de la santé publique comme un droit prestation, visant à garantir la protection des personnes contre toute forme d'insécurité sanitaire, le droit à la sécurité pour la santé se distingue bien du droit à la santé. Il reste qu'à cette conception réaliste de la protection de la santé s'oppose toujours le mirage du « risque zéro » que l'évolution actuelle du droit encourage à plus d'un titre.

B.- LA PERSISTANCE DU MIRAGE DU RISQUE ZÉRO

664 La définition du droit à la sécurité pour la santé n'est pas univoque, mais révèle une ambiguïté fondamentale dans laquelle on peut trouver une explication de la persistance du mirage du risque zéro. Bien qu'essentiellement conçu comme droit-prestation, visant à protéger effectivement la santé des personnes contre toute forme d'insécurité, le droit à la sécurité pour la santé a aussi été rattaché à un droit-garantie, ouvrant une réparation de plein droit aux victimes de certains accidents de santé, nonobstant l'existence ou non d'une faute de prudence ou de négligence à l'origine des dommages. Or cette conception assurantielle du droit à la sécurité pour la santé nourrit l'utopie du droit au risque zéro. Bien que souvent dénoncée par la doctrine et les responsables politiques, celle-ci est donc largement encouragée par le droit. Il faut, d'une part, constater le maintien d'obligations de sécurité sanitaire de résultat (1). On soulignera, d'autre part, les illogismes de la politique de socialisation des risques sanitaires (2).

---

[1] La réparation des aléas thérapeutiques relève donc clairement d'une logique de solidarité qui étend l'application de la théorie du risque élaborée par la jurisprudence *Bianchi* tout en préservant les professionnels de la santé de l'exigence du risque zéro. (C.E., Ass., 9 avr. 1993, *M. Bianchi*, n° 69336, *Rec.* p. 127, concl. S. DAËL ; *R.F.D.A.* 1993, p. 573, concl. ; *A.D.J.A.* 1993, p. 344, chron. C. MAÜGUE et L. TOUVET ; *Petites affiches* 1993, n° 60, p. 15, note F. THIRIEZ ; *Rev. adm.* 1993, p. 561, note P. FRAISSEX ; *J.C.P.* 1993, II, 22061, note J. MOREAU ; *Quot. Jur.* du 22 juin 1993, p. 6, note M. DEGUERGUE ; *R.D.P.* 1993, p. 1099, note M. PAILLET ; *D.* 1994, SC, p. 65, obs. P. BON et P. TERNEYRE ; *Petites affiches* 1994, n° 70, p. 15, note H. PAULIAT). Il faut en effet rappeler qu'avant l'entrée en vigueur de la loi du 4 mars 2002, la Cour de cassation s'est toujours refusée à reconnaître le droit des victimes d'un aléa thérapeutique d'obtenir la réparation des préjudices en résultant : Cass. civ. 1ère, 8 nov. 2000, *M. X. c. M. Y et a.,* n° 99-11735, *Bull. civ.* I, n° 287, p. 186 ; *D.* 2001, Somm., p. 2236, obs. D. MAZEAUD ; *J.C.P.* 2001, II, 10493, rapport P. SARGOS, note F. CHABAS ; *R.T.D.Civ.* 2001, p. 154, obs. P. JOURDAIN, notamment rappelé le 22 nov. 2007, n° 05-20974, *B.I.C.C.* n° 678 du 15 mars 2008, inf. 443.

1) Le maintien d'obligations de sécurité de résultat

665 En dépit de son irréalisme, on ne peut que constater la tendance lourde du droit de la responsabilité à faire du droit à la sécurité pour la santé un véritable droit au risque zéro, garanti par une indemnisation systématique des dommages de santé. Cette démarche est déjà pleinement à l'œuvre pour les établissements de santé en matière d'infections nosocomiales et de produits de santé défectueux. Dans ces deux cas, en effet, le législateur du 4 mars 2002 a sacrifié la logique de son raisonnement et définit un régime de responsabilité de plein droit des établissements de santé[1].

666 En matière d'infections nosocomiales, ce régime a été retenu pour la première fois par la Cour de cassation dans un arrêt du 29 juin 1999, selon lequel l'établissement de santé est tenu vis-à-vis de son patient d'une « *obligation de sécurité de résultat dont il ne peut se libérer qu'en rapportant la preuve d'une cause étrangère* »[2]. D'abord écarté au profit de la faute par le projet de loi présenté par M. KOUCHNER, puis restauré par un amendement du Sénat, il a finalement été retenu par la loi du 4 mars 2002 qui, par exception au principe de la faute, consacre la responsabilité de plein droit des établissements publics et privés de santé en matière d'infections nosocomiales[3].

667 Le régime de responsabilité de plein droit du fait des produits de santé défectueux a des origines plus complexes, à la fois textuelles et jurisprudentielles, qu'il serait trop long d'exposer ici[4]. On se bornera donc à signaler qu'en dépit de la réforme récente de l'alinéa 1 de l'article 1386-7 du Code civil[5], c'est, en l'état actuel de la jurisprudence, un régime

---

[1] La loi reprend ici des solutions précédemment consacrées par les textes ou la jurisprudence par dérogation au principe de la jurisprudence *Mercier* qui a posé la règle selon laquelle l'obligation du médecin est une obligation de moyens de donner des soins consciencieux et attentifs conformes aux données de la science du moment (Cass. civ. 1ère, 20 mai 1936, *Dr. Nicolas c. Épx Mercier*, *J.C.P.* 1936, 1079 ; *D.P.* 1936, I, 88, concl. MATTER, Rapport JOSSERAND et note E.P. ; *S.* 1937, 1, 321, note BRETON).

[2] Cass. civ. 1ère, 29 juin 1999, *Clinique Ambroise-Paré c. M. Méchin*, *Bull. civ.* I, n° 220, p. 141. Rappelons que deux autres arrêts du même jour ont imposé la même obligation au médecin (n° 97-21903 et n° 97-15818, *Bull. civ.* I, n° 222, p. 143). Cette dernière solution n'est toutefois plus d'actualité depuis l'entrée en vigueur de la loi du 4 mars 2002 qui, pour les médecins, a restauré le principe de la faute.

[3] Art. L. 1142-1 al. 2 C.S.P. En raison de la pénurie de l'offre d'assurance, le législateur a dû revenir sur ces dispositions pour confier à la solidarité nationale la charge de la réparation des dommages les plus graves résultant d'infections contractés à compter du 1er janvier 2003 (L. n° 2002-1577 du 30 déc. 2002 relative à la responsabilité civile médicale, préc.). Cela ne change rien toutefois au principe de la responsabilité sans faute des établissements de santé qui a été maintenu par la loi. Les patients et les usagers de ces établissements peuvent désormais se prévaloir d'un droit à la sécurité absolue en matière d'infections nosocomiales. Sur la définition de l'infection nosocomiale et les difficultés relatives à l'application dans le temps des lois de 2002, *cf. supra* n° 386 (note).

[4] Sur les origines jurisprudentielles, *cf. supra* n° 381 (note). S'agissant des sources textuelles, on signalera tout de même que ce régime résulte de la L. n° 98-389 du 19 mai 1998 relative à la responsabilité du fait des produits défectueux (*J.O.* du 21 mai, p. 7744) faisant application de la dir. n° 85/374 CE du 25 juill. 1985.

[5] V. la L. n° 2006-406 du 5 avr. 2006 relative à la garantie de conformité du bien au contrat due par le vendeur au consommateur et à la responsabilité du fait des produits défectueux, *J.O.* du 6 avr., p. 5198 qui limite la responsabilité du fournisseur professionnel d'un produit défectueux au cas où le producteur du bien ne peut être identifié et à la condition qu'il ne puisse désigner son propre fournisseur, ou le producteur, dans un délai de trois mois à compter de la date à laquelle la demande de la victime lui a été notifiée. Cette modification a été imposée à la France par la Cour de Justice des Communautés européennes, la loi du 19 mai 1998 ayant excessivement élargi la portée de

unifié de responsabilité de plein droit des établissements et des professionnels de santé qui est appliqué en cas de dommage résultant d'un produit ou d'un matériel de santé. Ce système, retenu par la Cour de cassation dès le 9 novembre 1999[1], a été confirmé par la loi du 4 mars 2002[2], avant d'être adopté par le Conseil d'État à l'occasion d'un arrêt *A.P.-H.P. de Paris c. Mme Marzouk* du 9 juillet 2003[3]. Selon son principe, le service public hospitalier est, sans préjudice d'éventuels recours en garantie, « *responsable, même en l'absence de faute de sa part, des conséquences dommageables pour les usagers de la défaillance des produits et appareils de santé qu'il utilise* ». La pérennité de cette jurisprudence n'est pas garantie au regard des évolutions récentes de la législation. Sa solution, qui n'a toutefois pas été infirmée[4], mérite néanmoins que l'on s'y attarde, ne serait-ce qu'en raison de la logique de fond qui l'anime.

Cette décision appelle plusieurs remarques. En premier lieu, on relèvera l'œuvre de jurislateur du Conseil d'État qui, suivant en cela la Cour de cassation[5], fait en l'espèce application des règles définies par la loi du 29 juillet 1998 à des produits qui, mis en circulation avant sa date d'entrée en vigueur, auraient normalement dû être exclus de son champ. Il faut, en second lieu, souligner le caractère « *atypique* »[6] de ce nouveau cas de responsabilité sans faute du service public hospitalier. On observera d'abord, avec Mme DEGUERGUE[7], que celui-ci n'entre dans aucune des catégories de responsabilité objective du service public hospitalier jusque-là définies par la jurisprudence. En effet, la responsabilité du fait des produits défectueux ne peut être rattachée ni à la jurisprudence

---

l'obligation de sécurité imposée par la directive communautaire aux fournisseurs professionnels de produits : C.J.C.E., 25 avr. 2002, *Commission c. France*, n° C-52/00, *J.O.C.E.* n° C 144 du 15 juin 2002, p. 5 ; *D.* 2002, p. 2462, note C. LARROUMET et – 14 mars 2006, *Commission c. France*, n° C-177/04, *Rec.* 2006, p. I-02461 ; *B.J.S.P.* 2006, n° 93, Pan., p. 4. Sur les difficultés actuelles à tracer exactement les contours de ce régime, *cf.* notamment J. PEIGNÉ, Quelle responsabilité hospitalière du fait de la greffe d'un organe contaminé ?, note sous C.A.A. de Paris, 18 oct. 2003, *Mme Véronique T. c. A.P.-H.P. et E.F.S.*, *R.D.S.S.* 2007, p. 290.

[1] Cass. civ. 1ère, 9 nov. 1999, *Mme Morisot c. M. X.*, n° 98-10010, *Bull. civ.* I, n° 300, p. 195 ; *J.C.P.* 1999, IV, 3145 ; *D.* 2000, J., p. 117, note P. JOURDAIN ; *J.C.P.* 2000, p. 301, note P. BRUN ; *Répertoire du notariat Defrénois* 29 févr. 2000, n° 4, p. 251, note D. MAZEAUD ; *Gaz. Pal.* 2001, n° 34, p. 38, note F. CHABAS.

[2] Art. L. 1142-1 C.S.P.

[3] C.E., 9 juill. 2003, *A.P.-H.P. de Paris c. Mme Marzouk*, n° 220437, *Rec.* p. 338 ; *A.J.D.A.* 2003, p. 1946, note M. DEGUERGUE. V. également T.A. d'Amiens, 9 mars 2004, *M. et Mme T. c. CHU d'Amiens,* n° 021451, *A.J.D.A.* 2004, p. 1546, note St. HENNETTE-VAUCHEZ ; *R.F.D.A.* 2004, p. 786, concl. B. BOUTON ; C.E., 15 juill. 2004, *M. André X.*, n° 352551, *A.J.D.A.* 2005, p. 274, note V. DONIER et C.A.A. de Versailles, ord., 12 janvier 2006, *Consorts P.*, n° 05VE01557, *R.D.S.S.* 2006, p. 68, note F. BLANCO.

[4] Pour une application récente, étendue à un organe transplanté, *cf.* C.A.A. de Lyon, 20 déc. 2007, *Poussardin, C.H.U. de Besançon, Min. de l'Éducation nationale*, nos 03LY01329, 03LY01366, 06LY00239, 06LY00568 et 06LY00569, *J.C.P.* A, n° 2073 (26), chron. N. RICHON.

[5] *Cf.* par exemple, Cass. civ. 1ère, 3 mars 1998, *Soc. Les Laboratoires Léo*, n° 96-12078, *Bull. civ.* I, n° 95, p. 63 ; *Lamy droit des affaires* 1998, n° 5, p. 8, note P. STORRER ; *J.C.P.* E 1998, n° 27, p. 1102, note J. REVEL ; *Droit et patrimoine* 1998, n° 66, p. 68, note O. MAINGUY ; *D.* 1999, p. 36, note G. PIGNARRE et P. BRUN ; – 28 avr. 1998, *Mme X. c. C.R.T.S. de Bordeaux*, n° 96-2041 ; *Bull. civ.* I, n° 158, p. 104 ; *R.T.D.Civ.* 1998, p. 684, note P. JOURDAIN ; *J.C.P.* 1998, II, 10088, rapport P. SARGOS.

[6] Selon la qualification de Mme DONIER (La protection de la victime d'un dommage dû à l'utilisation de produits de santé défectueux, note sous C.E., 15 juill. 2004, *M. André Dumas*, *A.J.D.A.* 2005, n° 5, p. 279).

[7] M. DEGUERGUE, La responsabilité du fait des produits et appareils de santé défectueux à l'hôpital, *A.J.D.A.* 2003, n° 36, p. 1949.

Bianchi, dont elle ne reprend pas les conditions d'application[1], ni à la logique de l'arrêt *N'Guyen* relatif à l'indemnisation des victimes de contaminations transfusionnelles[2]. Car si l'arrêt *Marzouk* apparaît de prime abord comme une « *généralisation pure et simple* »[3] de cette jurisprudence à l'ensemble des produits de santé, il faut bien admettre que la défectuosité d'un produit de santé ne peut s'épuiser dans la notion de risque-danger qui fonde la jurisprudence *N'Guyen*[4]. Un produit ou un appareil de santé défectueux est, selon l'article 1386-4 du Code civil, celui qui « *n'offre pas la sécurité à laquelle on peut légitimement s'attendre* ». Peu importe donc la cause et la nature du vice, qui peut indifféremment se rattacher aux qualités internes du produit[5], ou bien résulter de causes qui lui sont extrinsèques, que celles-ci s'apparentent à une faute ou à un risque thérapeutique. Dans cette hypothèse, l'existence d'un dommage lié à une défaillance du produit suffit, ou presque, à engager la responsabilité de l'établissement de santé.

Ce mécanisme assurantiel donne donc à l'administration hospitalière le rôle de garant des victimes de dommages dus à l'utilisation de produits de santé défectueux[6]. Le Conseil d'État a toutefois cherché à préserver le principe de responsabilité, en rappelant l'existence de voies d'action en garantie ouvertes à l'établissement de santé. Celui-ci pourra de la sorte obtenir le remboursement au moins partiel des sommes versées à la victime par l'auteur réel du dommage. En ce sens, la jurisprudence *Marzouk* maintient l'espace nécessaire à la sanction des fautes d'imprudence ou de négligence relevées à l'encontre du producteur, voire de l'utilisateur final des produits et appareils de santé. Elle n'en conduit pas moins à accorder aux usagers du service public hospitalier un droit à la sécurité absolue lors de l'utilisation de produits et de matériels de santé.

En dehors des hypothèses où l'établissement de santé est en mesure de prouver que le dommage résulte d'une faute commise par un tiers et détachable du service public, sa responsabilité est en effet définitivement engagée quels que soient la cause réelle et le fait

---

[1] C.E., Ass., 9 avr. 1993, *M. Bianchi*, préc. Pour une comparaison de ces deux cas d'engagement de la responsabilité sans faute du service public hospitalier, *cf.* Mme DONIER, La protection de la victime d'un dommage dû à l'utilisation de produits de santé défectueux, *op. cit.* p. 277-279.

[2] C.E., Ass., 26 mai 1995, *Cts N'Guyen*, n° 143238, *Rec.* p. 221 ; *A.J.D.A.* 1995, p. 577 et p. 508, chron. J.-H. STAHL ET D. CHAUVAUX ; *R.F.D.A.* 1995, p. 748, concl. S. DAËL ; *Petites affiches* 1996, n° 60, p. 12, note F. MALLOL ; *J.C.P.* 1995, II, 22468, note J. MOREAU ; *R.D.P.* 1995, p. 1609, note A. DE LAJARTE.

[3] M. DEGUERGUE, La responsabilité du fait des produits et appareils de santé défectueux…, *op. cit.*, p. 1949.

[4] M. DEGUERGUE, *ibid.* Sur le rattachement de la responsabilité pour risque définie par l'arrêt *N'Guyen* à la responsabilité du fait des choses dangereuses, *cf.* notamment, R. CHAPUS, *Droit administratif général*, t. 1, *op. cit.*, n° 1489 4°, p. 1314-1315 et la bibliographie citée.

[5] On notera que le constat de la dangerosité propre d'un produit n'est d'ailleurs pas jugé par la Cour de cassation comme étant suffisant pour établir le caractère défectueux d'un produit. En ce sens, *cf.* Cass. civ. 1ère, 5 avr. 2005, *Soc. Laboratoire Glaxosmithkline*, n° 02-11947, *Bull. civ.* I, n° 173, p. 146 ; *B.J.S.P* 2005, n° 84, Pan., p. 4 (erreur de droit commise par la Cour d'appel de Rennes qui, pour établir la défectuosité d'un médicament, s'est bornée à constater que certains de ses principes actifs sont dangereux, même si la manifestation du danger est rare), notamment confirmé par Cass. civ. 1ère, 27 févr. 2007, *Soc. Laboratoire Glaxosmithkline*, n° 06-10063, *Bull. civ.* I, n° 173, p. 146.

[6] Sur ce point, *cf.* V. DONIER, La protection de la victime d'un dommage dû à l'utilisation de produits de santé défectueux, *op. cit.*, p. 280.

générateur du dommage. Si l'on s'en tient aux dispositions des articles 1386-11 et 1386-13 du Code civil, seuls la faute de la victime, le défaut résultant de la conformité du produit aux règles impératives de la législation ou de la réglementation et, dans certains cas, le risque de développement[1] seront de nature à exonérer la responsabilité de l'hôpital. Dans tous les autres cas, elle sera engagée de plein droit que le dommage résulte d'une faute dans l'organisation du service public hospitalier, d'une simple erreur de manipulation, ou d'un accident médical, y compris s'il est lié à l'état de santé initial du patient, voire d'un aléa lié à un risque de développement en ce qui concerne les éléments et les produits issus du corps humain[2]. De la sorte, l'adoption d'un régime de responsabilité sans faute, loin de préserver la liberté de choix de l'administration, contribue ici à alourdir ses obligations et à lui refuser implicitement toute marge d'erreur possible. Cet effet paradoxal de la responsabilité de plein droit signale, comme l'observe Mme DEGUERGUE, « *une obligation de sécurité de résultat […] que le juge administratif cache sous les vieux oripeaux de la responsabilité sans faute* »[3]. Il est certain que le droit de la responsabilité administrative va beaucoup perdre de son exemplarité et de ses vertus pédagogiques par ce mélange incongru de la faute et de l'aléa dans un mécanisme de responsabilité objective. En tout état de cause, c'est bien l'idée d'un droit au risque zéro qui est mise en avant par ce système de réparation.

668 Même s'il est essentiellement conçu sous l'angle d'un droit à l'indemnisation, la consécration d'un droit au risque zéro en matière d'infections hospitalières et de produits défectueux révèle un véritable bouleversement des représentations traditionnelles du risque sanitaire, dont l'existence même ne paraît plus devoir être admise. Cette conception absolutiste du droit à la sécurité pour la santé est en effet de plus en plus largement partagée. Elle n'est en tout cas pas réservée aux patients et usagers du système de santé.

669 L'objectif du risque zéro est, par exemple, officiellement poursuivi par les autorités publiques dans le domaine de la phytopharmacie à usage agricole[4]. Cette exigence entre par ailleurs dans le contentieux de la responsabilité pour faute. C'est ce qu'illustre notamment un jugement du tribunal administratif de Lyon du 3 mars 2005[5]. En l'espèce,

---

[1] Le risque de développement est celui que l'état des connaissances scientifiques et techniques ne permet pas de déceler au moment où le produit a été mis en circulation.

[2] Art. 1386-12 C. civ. Il faut, par ailleurs, tenir compte d'un arrêt singulier de la Cour d'appel de Versailles du 2 mai 2001 qui a retenu la pleine responsabilité du producteur d'un vaccin contre l'hépatite B pour le développement d'une sclérose en plaque constatée chez deux personnes vaccinées, alors même qu'aucune expertise médicale, ni aucun travail scientifique ne permettaient, à l'époque, d'établir un lien de causalité entre cette vaccination et la maladie (2 mai 2001, *Smithkline Beecham*, *D.* 2001, p. 1592 ; *Jurisprudence de la santé* 2001-2002, p. 172), même si cet arrêt a été cassé pour violation de la loi : Cass. civ. 1ère, 23 sept. 2003, n° 01-13063, *Bull. civ.* I, n° 188, p. 146 ; *R.T.D.Civ.* 2004, n° 1, p. 101, note P. JOURDAIN ; *J.C.P.* 2007, n° 101, p. 23, obs. G. VINEY).

[3] M. DEGUERGUE, La responsabilité du fait des produits et appareils de santé défectueux…, *op. cit.*, p. 1948.

[4] *Cf. supra* n° 585.

[5] T.A. de Lyon, 3 mars 2005, *Mme X.*, n° 0204909, *A.J.D.A.* 2005, p. 1366.

le juge administratif a condamné les hospices civils de la ville à indemniser un de leurs agents contaminé dans l'exercice de ses fonctions par le virus de l'hépatite C, en considérant que le fait que cette contamination ait été possible suffit à révéler une faute dans l'organisation ou le fonctionnement du service public « *à qui il incombe de fournir un milieu de travail non pathogène* ». Cette solution, qui revient à assigner une obligation positive de sécurité sanitaire de résultat à l'hôpital-employeur, fait assurément écho à la jurisprudence de la Cour de cassation qui, depuis l' « affaire de l'amiante », impose aux employeurs une obligation contractuelle de sécurité de résultat en matière d'hygiène et de prévention des risques professionnels[1]. Il reste que la jurisprudence civile ne conduit pas à une présomption irréfragable de faute, contrairement à ce qu'il ressort du jugement du tribunal administratif. C'est bien l'absence ou l'insuffisance de mesures préventives qui, pour la Cour de cassation, constitue la faute inexcusable et non pas le caractère pathogène du milieu de travail[2].

Nous ne le cacherons pas : pour nous, de telles décisions frôlent l'absurde. Considérer qu'une maladie contractée sur son lieu travail suffit à établir l'existence d'un manquement à une obligation de sécurité, ordonner à un hôpital de parvenir à créer un milieu de travail non pathogène est purement irréaliste. Le droit à la sécurité pour la santé que de telles décisions mettent en valeur est au mieux une utopie, au pire un mensonge. Il ne peut en tout cas exister. Le risque sanitaire fait partie de la vie : le premier est, au moins, celui de naître et le dernier de mourir. Définir une obligation de sécurité sanitaire de résultat sur le terrain de la responsabilité sans faute revient certes à consacrer un droit au risque zéro. Mais ce droit se décline alors comme un droit objectif, qui sert à garantir l'indemnisation de la victime d'un risque. Il en va tout autrement sur le terrain de la faute : c'est alors une prestation impossible qui est demandée, celle d'assurer un droit absolu à la santé. C'est à cette même chimère, nous semble-t-il, que participe la politique actuelle de socialisation des risques.

2) Les illogismes de la politique de socialisation des risques

670 Souvent remarqué et largement étudié, le phénomène de socialisation des risques ne touche pas seulement, loin s'en faut, le secteur de la santé. Il prend toutefois dans ce domaine une résonance particulière, en ce qu'il traduit dans une large mesure le bouleversement de la conception des obligations sanitaires de l'État. Sur ce point, il est

---

[1] Cass. soc., 28 févr. 2002, *Soc. Eternit*, préc.

[2] Comme le souligne Mme ROUYÈRE, le caractère inexcusable de la faute résulte, en réalité, « *de la réunion de deux éléments qui seront appréciés en cascade : le fait que l'employeur a eu ou aurait dû avoir conscience du danger et qu'il n'a pas pris les mesures nécessaires, et l'absence de possibilité pour l'employeur de rapporter la preuve d'une cause étrangère* » (Protection de la santé publique et droit de la responsabilité, *op. cit.*, p. 117). Pour illustration, *cf.* Cass. soc., 31 oct. 2002, *M. Clabaut c. Soc. Guintoli frères et a.*, n° 01-20445, *Bull.* V, n° 335, p. 323 et Cass. civ. 2e, 21 juin 2005, n° 04-30100, inédit.

tout à fait remarquable que les systèmes de socialisation des risques soient dans leur grande majorité aujourd'hui définis par la loi, qui a amplement relayé la jurisprudence en ce domaine[1]. La politique juridique exprimée par la socialisation des risques sanitaires doit de la sorte être essentiellement attribuée à l'État. Deux remarques s'imposent alors. Il ressort clairement de cette politique la volonté des pouvoirs publics de garantir le plus largement possible le droit à la sécurité pour la santé[2]. Mais il faut aussi se rendre à l'évidence : les choix opérés par le législateur ne permettent pas d'obtenir une définition claire, univoque et réaliste de ses exigences pratiques (a). Il n'est dès lors pas étonnant que la logique actuelle de socialisation des risques sanitaires, trop souvent perturbée par des considérations d'opportunité immédiate, attise plus qu'elle n'apaise les revendications de sécurité pour la santé (b).

a) Une politique justifiée par le droit à la sécurité pour la santé

671 Aujourd'hui essentiellement organisée par la loi, la socialisation des risques sanitaires revêt deux formes principales[3]. La première consiste en l'aménagement des conditions d'engagement de la responsabilité qui, dans certains cas, conduit à l'abandon pur et simple de la faute[4]. La volonté des pouvoirs publics d'assurer une couverture étendue des risques sanitaires se traduit surtout par le recours à des fonds d'indemnisation des victimes. Ces fonds de solidarité, financés conjointement par l'État et les assurés sociaux, ont vocation à assurer la réparation de certains dommages sanitaires indépendamment de toute question de responsabilité.

672 Depuis la suppression du F.I.V.C. par la loi du 9 août 2004, deux fonds sont spécialement chargés de la couverture des risques sanitaires. D'une part, le Fonds d'Indemnisation des Victimes de l'Amiante (F.I.V.A.), institué par la loi de financement de la Sécurité sociale du 23 décembre 2000[5], permet à toute personne d'obtenir la réparation intégrale des préjudices subis du fait d'une exposition à l'amiante sur le

---

[1] Largement mais pas totalement puisque certains cas prétoriens d'appel à la responsabilité sans faute fondée sur le risque ne sont pas repris par la loi.

[2] Dans son principe comme dans ses modalités, l'organisation de la socialisation des risques sanitaires répond clairement au droit nouveau des personnes à la sécurité pour la santé dont l'État se reconnaît être le premier garant. Il faut en ce sens se souvenir que c'est la loi du 4 mars 2002 qui, après avoir consacré ce droit, pose les fondations de cette socialisation.

[3] Sur les différentes formes de socialisation des risques, *cf.* Conseil d'Etat, *Rapport public 2005*, p. 242 s.

[4] Ces régimes législatifs de responsabilité sont souvent étayés par une obligation d'assurance des personnes responsables des activités à risque, même si cette obligation n'est évidemment pas réservée à l'indemnisation des dommages relevant de la responsabilité sans faute. Sur la règle de l'assurance obligatoire des professionnels, des établissements, des services et des organismes de santé, *cf.* les art. L. 1142-2, L. 1142-25 et L. 1142-26 C.S.P. Sur le rôle joué par l'assurance obligatoire dans la socialisation des risques, *cf.* Conseil d'État, *Rapport public 2005*, *op. cit.*, p. 242-243 et les références citées.

[5] L. n° 2000-1257 du 23 déc. 2000 de financement de la Sécurité sociale pour 2001, *J.O.* du 24 déc., p. 20569.

territoire national[1]. Le F.I.V.A. est essentiellement financé par la branche accidents du travail et maladies professionnelles du régime général de la Sécurité sociale[2]. D'autre part, la loi du 4 mars 2002 a créé l'O.N.I.A.M., établissement public administratif de l'État, principalement financé par une dotation de l'assurance maladie[3]. Ce fonds a été initialement créé pour assurer l'indemnisation des accidents non fautifs survenus dans le cadre de recherches biomédicales ainsi que des aléas thérapeutiques directement imputables à des actes de prévention, de diagnostic ou de soins et ayant eu pour le patient des conséquences graves et « *anormales au regard de son état de santé comme de l'évolution prévisible de celui-ci* »[4]. La couverture des dommages sanitaires assurée par l'O.N.I.A.M. a ensuite été élargie par la loi du 30 décembre 2002 à la réparation des dommages les plus graves causés par une infection nosocomiale[5] et par l'utilisation thérapeutique de l'hormone de croissance extractive entre 1973 et 1988[6]. La loi du 9 août 2004 l'a encore chargé de la réparation des préjudices imputables à une vaccination obligatoire[7] et des dommages causés par un acte de prévention de diagnostic ou de soins réalisé pour l'application d'une mesure d'urgence décidée dans le cadre des articles L. 3131-1 et suivants du Code de la santé publique[8]. Elle l'a enfin substitué au F.I.V.C. pour l'indemnisation des victimes de contaminations par des produits sanguins ou dérivés du sang[9].

673 Sans originalité, le processus de socialisation des risques sanitaires fait de la sorte appel aux mécanismes de la solidarité nationale. Il s'agit bien en effet de créer dans la logique du paternalisme solidariste des systèmes de protection dérogatoires au droit commun de la responsabilité afin de garantir les droits des victimes de dommages sanitaires qui, pour des raisons diverses, sont considérés par le législateur comme

---

[1] L'indemnisation offerte par le F.I.V.A. complète, pour les victimes d'une exposition professionnelle à l'amiante, l'indemnité compensatrice versée par le Fonds de Cessation Anticipée d'Activité des Travailleurs de l'Amiante au titre de la préretraite accordée à ces victimes en raison de la réduction de leur espérance de vie.

[2] Sur cette question, consulter le portail Internet du F.I.V.A. : *www.fiva.fr.*

[3] Art. L. 1142-22 C.S.P. V. le portail *www.oniam.fr*

[4] Ouvre le droit à la réparation un taux d'incapacité permanente (I.P.P.) dont le pourcentage est au plus égal à 25 %. Son barème est fixé par décret. La loi a défini une procédure complexe, faisant appel à la conciliation et à l'expertise au niveau régional. C'est au terme de cette procédure et si aucune solution alternative n'a été trouvée que l'O.N.I.A.M. offre une indemnisation à la victime. Il n'est pas lieu ici de détailler cette procédure. Pour un aperçu de son efficacité, mais aussi de ses dysfonctionnements : v. le second *Rapport semestriel 2004* de l'O.N.I.A.M. (*www.oniam.fr).*

[5] Art. L. 1142-1-1 et L. 1142-22 C.S.P. L'O.N.I.A.M. prend en charge la réparation des dommages à partir d'un taux d'I.P.P. supérieur à 25 %.

[6] Elle est, plus précisément, substituée à l'association France-Hypophise dans les obligations nées de son rôle dans l'organisation du traitement des patients par l'hormone de croissance extractive entre 1973 et 1988 (art. L. 1142-22 C.S.P.).

[7] Art. L. 1142-22 et L. 3111-9 C.S.P. La loi du 4 mars 2002 avait déjà prévu que la réparation des dommages imputables à une vaccination obligatoire serait versée par l'O.N.I.A.M., mais rappelait le principe de la responsabilité de l'État. L'O.N.I.A.M. agissait donc pour son compte dans des conditions définies par convention conclue avec lui, ce qui n'est plus le cas aujourd'hui.

[8] Art. L. 3131-4 C.S.P.

[9] Art. L. 3122-1 s. C.S.P.

suffisamment anormaux pour être compensés par la société au titre de la solidarité nationale[1]. L'appel à la solidarité nationale pour la couverture des risques sanitaires se signale toutefois par certaines particularités.

674 La première concerne son champ d'application qui, particulièrement vaste, concerne aujourd'hui des situations très diverses. On relèvera tout d'abord que l'organisation de la garantie sociale des risques, bien que visant un but commun de protection et de paix sociales, ne répond pas toujours au même objectif. En ce qui concerne les aléas thérapeutiques, par exemple, l'appel à la solidarité nationale, qui fait une application élargie de la théorie du risque élaborée par l'arrêt *Bianchi* du Conseil d'État[2], vient remédier en équité aux lacunes du droit commun de la responsabilité qui, fondé sur le principe de la faute, ne permet pas la réparation des risques du hasard. Comme l'a bien montré Mme SCHAEGIS dans sa thèse, l'application d'un régime de réparation sans faute permet, dans ce cas, d'apporter une solution équitable aux victimes tout en préservant le choix du progrès scientifique et technique qui, à défaut, pourrait, à terme, être remis en cause[3]. Il en va tout autrement pour la réparation des contaminations post-transfusionnelles ou des dommages liés à une exposition aux poussières d'amiante. Dans ces deux cas, en effet, les dommages ne sont pas tous nés du hasard et ne présentent aucun caractère de spécialité, mais résultent de risques sériels ou de risques de masse qui, prévisibles, auraient pu et dû être prévenus ou éliminés. On s'éloigne de la sorte de la théorie du risque pour rejoindre le cadre de la faute d'imprudence ou de négligence. Dans ce contexte, l'appel à la solidarité sert à améliorer la situation des victimes dont l'indemnisation va être facilitée, accélérée et élargie. Ses enjeux sociaux sont toutefois particuliers puisque le droit ne sert plus ici à asseoir un choix de société, mais vise plus immédiatement à remédier à une situation de crise sociale née de l'indignation de la population[4]. L'esprit solidariste qui anime ces systèmes de protection est de la sorte teinté d'un certain opportunisme politique.

675 On observera ensuite que la réponse apportée par le législateur à la question de l'acceptabilité d'un dommage de santé peut varier alors que celui-ci résulte d'un même risque et des mêmes circonstances et qu'il revêt, pour la victime, la même nature et la même gravité. C'est ce qu'illustrent les dispositions de la loi du 4 mars 2002 relatives à

---

[1] V. notamment C. SCHAEGIS, *Progrès scientifique et responsabilité scientifique*, *op. cit.*, p. 62 s.

[2] C.E., Ass., 9 avr. 1993, *M. Bianchi*, préc., notamment étendu par C.E., Sect., 3 nov. 1997, *Hôpital Joseph Imbert d'Arles*, n° 153686**,** *Rec.* p. 412 ; *R.F.D.A.* 1998, p. 90, concl. V. PÉCRESSE ; *A.D.J.A* 1997, p. 959, chron. T.-X. GIRARDOT et F. RAYNAUD ; *Gaz. Pal.* 2-6 janv. 1998, p. 1, note J. BONNEAU ; *Petites affiches* 1998, n° 4, p. 16, note de P.-A. LECOCQ et n° 12, p. 20, note S. ALLOITEAU ; *D.A.* 1998, n° 32, p. 28, note C. ESPER ; *D.* 1998, p. 146, note Ph. CHRISTIA ; *J.C.P.* 1998, II, 10016, note J. MOREAU ; *R.D.P.* 1998, p. 891, note J.-M. AUBY ; *R.D.S.S.* 1998, p. 519, note C. CLEMENT ; *D.* 1999, SC, p. 45, obs. P. BON et D. DE BÉCHILLON.

[3] C. SCHAEGIS, *Progrès scientifique et responsabilité scientifique*, *op. cit.*, p. 62. V. également les remarques de P.-L. FRIER dans son *Précis de droit administratif*, *op. cit.*, n°s 817 s.

[4] Lire notamment les commentaires de M. PONTIER à propos de la loi du 31 décembre 1991 : Sida, de la responsabilité à la garantie sociale, *R.F.D.A.* 1992, n° 3, p. 533-545.

l'indemnisation des victimes d'infections nosocomiales. Celle-ci relève en effet de la responsabilité pour faute lorsqu'un professionnel de santé est concerné et de la responsabilité sans faute en ce qui concerne les établissements de santé. En restaurant le principe de la faute pour engager la responsabilité du professionnel de santé, le législateur a fait état d'une conception réaliste du droit à la sécurité pour la santé, ici dégagé de l'utopie du risque zéro. Or le régime de responsabilité de plein droit des établissements de santé propose une approche exactement inverse de l'infection nosocomiale qui, à l'hôpital, constitue par elle-même une atteinte anormale au droit à la sécurité. Le risque zéro, qui ne peut exister en matière infectieuse, n'est pourtant pas plus concevable à l'hôpital qu'en médecine de ville. Finalement peu équitable pour les patients[1], cette différence de traitement, propice à l'équivoque, prive les pouvoirs publics du moyen de trancher clairement la question de l'acceptabilité sociale des risques sanitaires qui est aujourd'hui au cœur des revendications de sécurité en matière de santé.

b) Une politique propice au renforcement des exigences de sécurité pour la santé

676 Face à la forte demande de protection contre les risques sanitaires, les pouvoirs publics doivent aujourd'hui se livrer à un exercice périlleux en vue de concilier les exigences souvent opposées de la protection juridique et de la protection médicale des personnes. La socialisation des risques ne doit ni valider ni même encourager la « victimisation » qui, en diluant la responsabilité dans la réparation, peut, à terme, remettre en cause les principes fondamentaux de l'État de droit. Bien que de telles tendances soient parfois à l'œuvre, ce premier écueil paraît devoir être évité en France où la demande de garantie sociale ne repose pas tant sur un besoin d'assurance contre la fatalité que sur l'idée qu'il n'existe pas de pur aléa et que tout risque non choisi doit au moins être empêché par l'État[2]. C'est finalement un autre écueil qu'il s'agit d'éviter : celui d'un sécuritarisme exacerbé qui exigerait de l'État une protection absolue de la santé.

677 Or, et c'est là une autre de leurs particularités, les mécanismes actuels de socialisation des risques sanitaires opèrent bien souvent une coupure franche entre le fait générateur du dommage et sa réparation en imputant celle-ci à la solidarité nationale. Cette déconnection, au cœur des débats sur les lois du 8 janvier 1991[3] et du 30 décembre 2002, a alimenté la crainte d'une dilution de la responsabilité dans la réparation. Ce choix a aussi suscité la critique en ce qu'il préserve opportunément l'administration de

---

[1] En traitant différemment les victimes d'infections nosocomiales selon le lieu de leur contamination, la loi alimente en effet les sentiments de méfiance et d'injustice face au risque sanitaire, ce qu'elle entendait précisément combattre. Cette inégalité de traitement est encore renforcée par l'absence de définition légale de l'infection nosocomiale dont découle une approche radicalement différente des deux ordres de juridictions : *cf. supra* n° 388 (note).

[2] Sur ce point, *cf.* Conseil d'État, *Rapport 2005*, *op. cit.*, p. 205 et p. 274 s.

[3] *Cf.* le *J.O.* Ass. nat. 1991, p. 74058.

nombreux jugements sur son action et, pour une large part, de la charge de réparer des dommages qu'elle a, par carence ou négligence, directement ou indirectement causés[1]. Au-delà de son illogisme[2], cette situation est porteuse d'un double risque. Le premier est celui d'un resserrement de l'étendue de la protection offerte par la Sécurité sociale dont les comptes souffrent indiscutablement du poids de ces financements supplémentaires[3]. Le second risque est celui d'une déresponsabilisation de l'État[4]. Le danger est déjà celui de la carence et/ou de la négligence de la puissance publique à assumer son rôle de protection de la santé publique. Plus réel, nous semble-t-il, est celui de l'excès de « zèle » dans l'accomplissement de cette fonction.

Cette question doit être mise en perspective avec l'évolution actuelle de la politique de socialisation des risques qui, depuis le vote de la loi du 9 août 2004, confie à l'O.N.I.A.M., et non à l'État, la charge de la réparation de nombreux risques collectifs, nés d'obligations sanitaires imposées par la puissance publique. C'est en effet la solidarité nationale qui assure la réparation intégrale des accidents médicaux, affections iatrogènes et infections nosocomiales dues à des obligations vaccinales ou à des actes de

---

[1] Ces critiques sont d'autant plus fortes que le financement des fonds de solidarité pèse lourdement sur les assurés sociaux, auxquels est finalement imputée la charge principale de la réparation de dommages résultant d'une faute de l'État. Cette question a notamment été soulevée par la commission des affaires sociales du Sénat à propos du F.I.V.A. qui est essentiellement alimenté par la branche accidents du travail et maladies professionnelles de la Sécurité sociale (Pour l'année 2003, la contribution au F.I.V.A. de la branche accidents du travail et maladies professionnelles était de 190 millions d'euros, celle de l'État de 40 millions (*cf. Rapport du Gouvernement au Parlement présentant l'impact financier de l'indemnisation des victimes de l'amiante pour l'année en cours et pour les vingt années suivantes*, 2003, cité in Conseil d'État, *Rapport 2005*, p. 274). Pourtant, l'État porte une lourde responsabilité dans les contaminations professionnelles par exposition aux poussières d'amiante en sa qualité d'employeur (une enquête menée par la Cour des comptes en 2005 a notamment montré que « *près d'un dossier sur six déposés au F.I.V.A. concerne des personnes ayant travaillé pour des organismes publics* ») et au titre de ses fonctions régaliennes. C'est ce décalage qui a incité la commission des affaires sociales du Sénat à saisir la Cour des comptes d'une demande d'enquête sur le financement du F.I.V.A. dont les conclusions lui ont été présentées en avril 2005 (*cf.* communiqué de presse du Sénat du 14 avr. 2005, *www.senat.fr*).

[2] Pour reprendre le terme utilisé par M. SEGUIN dans son communiqué de presse cité ci-dessus.

[3] Sur cette question, *cf.* notamment les débats parlementaires sur la loi de financement de la Sécurité sociale pour 2005. On peut également se référer au premier *Rapport semestriel 2007 de l'O.N.I.A.M.* qui note une évolution en hausse des dépenses d'indemnisation (*www.oniam.fr* ; *A.J.D.A.* 2007, p. 2230, obs. C. FAIVRE ; *B.J.S.P.* 2008, n° 110, Pan., p. 4). Pour le F.I.V.A., *cf.* notamment le tableau dressé par C. GUETTIER, L'amiante : une affaire d'État, *op. cit.*, p. 210-211.

[4] Sur le plan juridique, l'organisation des fonds de solidarité maintient le principe de responsabilité. Déjà, la victime dispose du choix de recourir à la solidarité nationale ou bien de suivre les voies du droit commun de la responsabilité pour faute. Dans un arrêt *Mekhantar* du 26 févr. 2003 (n° 241385, *Rec.* p. 57 ; *A.J.D.A.* 2003, p. 1234, concl. P. FOMBEUR ; *Petites affiches* 2005, n° 127, p. 12, note L. DOMINGO), le Conseil d'État a en outre clairement indiqué que la victime disposait toujours de la possibilité de saisir le juge pénal des faits à l'origine de son dommage. Il reste que cette action ne peut évidemment être exercée que dans les conditions du droit pénal qui sont bien plus restrictives que celles de la responsabilité civile. Par ailleurs, si la loi préserve le « droit au juge civil » de la victime, le choix qui lui est offert est, en fait, difficilement praticable. Le fonds d'indemnisation offre en effet une réparation rapide, automatique et intégrale, ce qui en fait incontestablement une voie d'indemnisation plus avantageuse que celle du droit commun de la responsabilité. On relèvera en outre que, hormis le cas particulier des victimes de contaminations transfusionnelles par le V.I.H., les textes obligent le demandeur à renoncer à toute action en justice dès son acceptation de l'offre d'indemnisation, le fonds étant alors subrogé dans ses droits. Dans cette mesure, le principe de responsabilité est surtout garanti par les mécanismes de la subrogation et de l'action récursoire qui peut être engagée par le fonds dès l'acceptation de son offre d'indemnisation par la victime (le *Rapport public 2005* du Conseil d'État, au moment d'aborder cette question de la responsabilité, p. 246, n'évoque pas une seule fois la question du « droit au juge » des victimes). Il reste que ces actions, qui restent rares et n'ont pas le même impact social, ne sont jamais exercées à l'encontre de l'État-puissance publique (V. *www.juris.oniam.fr.*)

prévention de diagnostic ou de soins réalisées en application de mesures d'urgence sanitaire ordonnées par le ministre chargé de la Santé ou le préfet. Ce choix, qui préserve les professionnels chargés de la mise en œuvre de ces mesures ordonnées par la puissance publique, paraît non seulement sage[1], mais aussi judicieux sur le plan de l'efficacité du dispositif mis en place en 2004 et 2007. La protection juridique des personnes concourant à la mise en œuvre du dispositif d'urgence sanitaire ne peut que favoriser leur adhésion à ce dispositif et éviter certaines hésitations à s'engager dans la réserve sanitaire ou plus simplement à exécuter les mesures prescrites par les autorités publiques[2]. Mais ce système peut aussi avoir des effets pervers. La responsabilité du fait de l'urgence sanitaire incombe normalement à l'État dont la responsabilité peut, comme le souligne M. TRUCHET, être engagée « *soit par l'absence de mesures adéquates ou leur insuffisance, soit par leur caractère excessif au regard des circonstances* »[3]. Il reste qu'en mettant à la charge de l'O.N.I.A.M. l'indemnisation des préjudices nés de mesures d'urgence édictées par le ministre ou le préfet, ce système préserve aussi l'État des risques de complications contentieuses, ce qui, joint à l'absence de procédure préalable à l'édiction de ces mesures, pourrait encourager des décisions hâtives et/ou non justifiées par la situation se révélant au final plus préjudiciables que bénéfiques pour la santé de la population[4].

678 C'est au total un sentiment partagé qui domine à l'appréciation de cette politique. D'un côté, il faut reconnaître que la législation a le mérite de remédier à des situations d'injustice flagrantes et de permettre une indemnisation complète et rapide des victimes de dommages graves, tout en améliorant la situation juridique des professionnels et des établissements de santé. De l'autre, il faut aussi admettre que les modalités de la socialisation des risques, qui n'ont ni l'exemplarité, ni les vertus pédagogiques de la responsabilité pour faute, nourrissent l'illusion d'un droit absolu à la sécurité[5]. Elle n'est en tout état de cause pas de nature à apaiser les revendications de sécurité exprimées à l'encontre de l'État, alors qu'elle contribue parallèlement à sa déresponsabilisation de fait sinon de droit.

Le danger, nous semble-t-il, est, une fois encore, celui d'une surenchère constante qui ferait dériver l'action de santé publique vers une logique sécuritariste. Le droit de la

---

[1] D. TRUCHET, L'urgence sanitaire, *op. cit.*, p. 424-425.

[2] De même que l'application de régime d'indemnisation de plein droit des préjudices subis du fait de mesures prophylactiques imposées par la puissance publique aide très certainement à l'adhésion de la société civile et à l'apaisement des contestations.

[3] D. TRUCHET, L'urgence sanitaire, *op. cit.*, p. 424.

[4] On peut prendre ici l'hypothèse très concrète d'une menace d'épidémie humaine de grippe aviaire, contre laquelle on ne dispose pour l'instant d'aucun traitement certain. Les rares médicaments supposés efficaces contre le virus devraient être administrés hors autorisation de mise sur le marché. Il reste que l'on ne connaît les effets sanitaires que pourrait avoir cette utilisation hors A.M.M.

[5] On comprend ainsi qu'« *à la logique de solidarité nationale organisée par l'État vien[ne] se superposer de plus en plus une logique de responsabilité des autorités publiques dans la prévention des risques* » : Conseil d'État, *Rapport public 2005*, *op. cit.*, p. 275.

responsabilité *lato sensu* favorise très nettement l'action publique à l'inaction[1]. D'une part, il apparaît que la responsabilité pour faute des autorités de police sanitaire est aujourd'hui plus difficile à engager pour la sanction de mesures excessives qu'en cas de carence fautive. D'autre part, l'extension continue du champ des risques couverts par la solidarité nationale est de nature à préserver l'État de nombreux jugements sur son action. L'administration s'expose aujourd'hui bien davantage en se retenant d'agir qu'en prenant des mesures immédiates face à un risque sanitaire, quitte à ce que ces mesures portent une atteinte, finalement non justifiée, aux droits et aux libertés.

Cette situation paraît difficile à admettre en des temps où la liberté sanitaire de l'individu est promue comme une garantie du respect de la personne humaine. Force est malgré tout de constater que cette liberté, quoique rattachée aux principes d'intégrité et d'inviolabilité du corps humain, est elle aussi conçue à travers le prisme de la sécurité.

§2.- UNE CONCEPTION SÉCURISÉE DE LA LIBERTÉ EN MATIÈRE DE SANTÉ

679 Il serait évidemment faux de dire que le droit de la santé ignore la liberté de l'individu. Le principe de liberté est à la base de notre système de santé dont il constitue l'un des piliers fondateurs[2]. Hors les cas où l'ordre public l'impose, il est donc normalement impossible d'imposer des soins à une personne contre sa volonté[3]. Dans la lignée de la loi de bioéthique du 29 juillet 1994, la loi du 4 mars 2002, prolongée par la loi « Léonetti » du 22 avril 2005[4], a clairement promu cette règle libérale en donnant au droit au consentement libre et éclairé aux soins, une valeur, une portée et un statut nouveaux (A). Pour autant, c'est toujours, et l'on dira presque « nécessairement », une conception sécurisée de la liberté en santé qui prévaut en droit positif (B).

A.- LA PROMOTION LÉGISLATIVE DE LA LIBRE DISPOSITION DE SOI

680 A la suite de la loi du 29 juillet 1994 qui, pour la première fois, pose au niveau législatif le principe de l'inviolabilité du corps humain, la loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 a défini les bases d'une « démocratie sanitaire », visant notamment à renforcer la maîtrise de l'individu sur sa santé, à le soustraire au paternalisme médical et à inscrire le principe de la libre disposition de soi et de sa santé parmi les valeurs essentielles à la dignité de la

---

[1] Ph. MOREAU, La responsabilité de l'État du fait des mesures de police phytosanitaire, *op. cit.*, p. 1252-1253.

[2] *Cf.* notamment J.-M. CLÉMENT, *Les grands principes du droit de la santé*, Paris, 2005, Les Études hospitalières, 209 p. Ainsi, la règle du libre choix de son médecin par son patient constitue, selon la Cour de cassation, « *un principe d'ordre public de portée générale* » (Cass. civ. 1ère, 31 oct. 1989, *S.A.R.L. Clinique du Croise Laroche*, n° 88-15352, inédit).

[3] *Cf. supra* n° 106. La voie de fait peut ainsi être reconnue en cas d'atteinte au corps humain sans le consentement du patient : T.G.I. de Lille, 16 janv. 2001, *D.* 2001, p. 1913, note P. LABBÉE.

[4] Textes précités.

personne humaine. Le législateur de 2002 a voulu donner une application large au principe du consentement de l'individu aux soins en lui accordant le droit *a priori* non conditionné de les refuser (1). La résistance marquée des juridictions, notamment administratives, à l'application de cette règle a toutefois conduit le législateur à préciser son intention en accordant plus explicitement aux personnes le droit de se laisser mourir (2).

1) La consécration du droit fondamental au consentement et au refus de soins

681 Il n'est pas utile ici de s'attarder sur la lente constitution de l'exigence du consentement libre et éclairé du patient à l'acte médical que le législateur du 4 mars 2002 a explicitement consacré comme un droit de la personne. Largement commentée, cette histoire a déjà fait l'objet d'études remarquables[1] et n'importe réellement ici que par son aboutissement : celui de la reconnaissance de l'autonomie et de la liberté sanitaires de la personne dont le consentement est, en principe, une condition préalable et nécessaire à tout acte médical. Transcendant le droit public et le droit privé, ce droit couvre aussi bien les actes de prévention et de diagnostic que les soins.

682 Le fondement juridique de ce droit, qui a au moins une valeur législative depuis 1994[2], trouve son siège dans le principe de l'inviolabilité du corps humain et, plus généralement, dans le droit au respect de la dignité de la personne[3]. L'article 16-3 du Code civil en libelle ainsi la règle : « *Il ne peut être porté atteinte à l'intégrité du corps*

---

[1] Parmi une littérature abondante, v. en particulier S. HENNETTE-VAUCHEZ, *Disposer de soi ? Une analyse du discours juridique sur les droits de la personne sur son corps*, *op. cit.*, 447 p. et A. LECA, Un siècle de droit médical en France (1902-2002) : De la lutte contre les épidémies aux droits des patients, *www.victoria.ac.nz/ /law/documentation/VUWLR%20PDFS/35(2)/01%20Leca.pdf*, 32 p.

[2] L. n° 94-653 du 29 juill. 1994 relative au respect du corps humain, préc. *Cf.* notamment C. BYK, Urgence et thérapie : rigueur et évolution du droit, *R.G.D.M.* 1999, n° 3, p. 16 : « *Le consentement n'est pas, ou n'est plus, une modalité procédurale, mais bel et bien, surtout depuis la fin des années 1980, une règle consubstantielle au principe d'inviolabilité, dont la valeur législative, reconnue par le Conseil constitutionnel, découle du respect du principe constitutionnel de sauvegarde de la dignité de la personne humaine* ».

[3] Dès le XIXe siècle, et bien avant donc sa première consécration législative, la jurisprudence a dessiné les contours de cette exigence (*cf.* notamment G. MÉMETEAU, A l'abordage ! de l'article 16 du Code civil, *Petites affiches* 1994, n° 149, p. 41-48 qui se réfère à une décision du 15 décembre 1859 du tribunal correctionnel de Lyon condamnant des médecins ayant procédé à des expérimentations sur mineurs, non seulement au motif que ces expérimentations étaient sans bénéfice direct pour ceux qui s'y étaient prêtés, mais aussi parce qu'elles ont eu lieu sur des mineurs « *incapables de tout consentement* »). Le consentement à l'acte médical a, le 28 janv. 1942, été expressément rattaché par la chambre des requêtes de la Cour de cassation à une obligation imposée par le respect de la personne humaine (*D.* 1942, p. 63). C'est dans le même esprit que, par son célèbre arrêt *Milhaud* du 2 juillet 1993, l'Assemblée du Conseil d'État a considéré que le consentement à l'acte médical relève de l'application des principes déontologiques fondamentaux relatifs au respect de la personne humaine qui, précise la Haute Assemblée, s'impose par-delà la mort du patient (n° 124960, préc.). C'est encore dans ce sens que la Cour européenne des Droits de l'Homme affirme le droit de la personne de refuser un traitement médical : « *En matière médicale, le refus d'accepter un traitement particulier, pourrait, de façon inéluctable, conduire à une issue fatale, mais l'imposition d'un traitement médical sans le consentement du patient s'il est adulte et sain d'esprit s'analyserait en une atteinte à l'intégrité physique de l'intéressé pouvant mettre en cause les droits protégés par l'article 8, paragraphe 1 de la Convention* » (29 avr. 2002, *Diane Pretty c. R.U.*, *R.T.D.H.* 2003, p.71, note O. DE SCHUTTER ; *A.J.D.A.* 2003, p. 1383, note B. LE BAUT-FERRASÈRE). On n'omettra pas enfin de signaler que le droit au consentement libre et éclairé aux soins relève des libertés fondamentales protégées par l'art. L. 521-2 C.J.A. : C.E., ord., 16 août 2002, *Mme Feuillatey*, préc. notamment confirmée par l'ord. du 8 sept. 2005, *Garde des Sceaux – Min. de la Justice*, préc.

humain qu'en cas de nécessité médicale pour la personne ou à titre exceptionnel dans l'intérêt thérapeutique d'autrui »[1]. De la sorte, le « *consentement de l'intéressé doit être recueilli préalablement hors le cas où son état rend nécessaire une intervention thérapeutique à laquelle il n'est pas à même de consentir* ». En posant à leur tour le principe selon lequel « *aucun acte médical ni aucun traitement ne peut être pratiqué sans le consentement libre et éclairé de la personne* », les dispositions insérées à l'article L. 1111-4 du Code de la santé publique par la loi du 4 mars 2002 font clairement écho à ces règles du droit civil, ce qui leur donne à ce niveau une valeur essentiellement symbolique.

683 Leur apport concerne surtout la portée du droit au consentement aux soins dont le législateur du 4 mars 2002 affirme le corollaire immédiat, celui de les refuser : « *Toute personne prend, avec le professionnel de santé et compte tenu des informations et des préconisations qu'il lui fournit, les décisions concernant sa santé. Le médecin doit respecter la volonté de la personne après l'avoir informée des conséquences de ses choix. Si la volonté de la personne de refuser ou d'interrompre un traitement met sa vie en danger, le médecin doit tout mettre en œuvre pour la convaincre d'accepter les soins indispensables. Aucun acte médical, ni aucun traitement ne peut être pratiqué sans le consentement libre et éclairé de la personne et ce consentement peut être retiré à tout moment* ».

Il faut immédiatement préciser que le droit au refus de traitement préexistait déjà dans la législation sanitaire, puisque la loi de du 9 juin 1999 relative aux soins palliatifs en avait inscrit le principe à l'article L. 1111-2 (autrefois L. 1er C) du Code de la santé publique accordant à la personne malade la possibilité de s'opposer à toute investigation ou thérapeutique[2]. On se doit par ailleurs de souligner qu'après la publication de la Charte du patient hospitalisé le 6 mai 1995[3], le Code de déontologie médicale révisé quelques mois plus tard[4] avait également retenu l'opposabilité du refus de soins à l'article 36 : « *Lorsque le malade, en état d'exprimer sa volonté, refuse les investigations ou le traitement proposés, le médecin doit respecter ce refus après avoir informé le malade de ses conséquences* ».

Quoique propices à la reconnaissance d'un véritable droit au refus de traitement, ces textes n'avaient toutefois pas suffit à régler la question de la conciliation de ce droit

---

[1] Cette dernière mention a été ajoutée par la L. n° 2004-800 du 6 août 2004 relative à la bioéthique, préc.

[2] L. n° 99-477 du 9 juin 1999 visant à garantir le droit à l'accès aux soins palliatifs, préc. Il reste que cette disposition, insérée au C.S.P. par un texte qui n'avait pas vocation à systématiser les droits de la personne malade, venait conclure une série de dispositions ne concernant que l'accès des malades aux soins palliatifs.

[3] Circ. DGS/DH/95 n° 22 du 6 mai 1995, préc. : « *Tout patient, informé par un praticien des risques encourus, peut refuser un acte de diagnostic ou un traitement, l'interrompre à tout moment à ses risques et périls* ».

[4] Décr. n° 95-1000 du 6 sept. 1995, préc.

avec l'obligation du médecin de porter son assistance aux personnes en danger et de leur prodiguer les soins appropriés à leur état. Celle-ci n'était, en tout état de cause, pas suffisamment contrebalancée pour empêcher la poursuite d'une jurisprudence contrastée, et parfois contradictoire, sur l'opposabilité du refus de soins.

684 D'un côté, la chambre criminelle de la Cour de cassation a, dès le 3 janvier 1973, reconnu que le médecin qui, en raison du refus obstiné du malade, n'a pu appliquer la thérapeutique adéquate à son état de santé ne peut être sanctionné pour non-assistance à personne en danger[1]. Dans le même sens, le juge administratif a, dans un arrêt *Pech* du 6 mars 1981, corrigé l'erreur de droit commise par la section disciplinaire du Conseil national de l'Ordre des médecins pour avoir sanctionné un médecin qui, devant le refus répété d'une patiente atteinte d'un cancer de recevoir des soins chirurgicaux ou radiothérapiques, ne lui avait délivré que des soins palliatifs[2]. Enfin, la Cour de cassation a, dans un arrêt de 1997 rendu sous l'empire des dispositions de la loi du 29 juillet 1994, très clairement rappelé que « *nul ne peut être contraint, hors les cas prévus par la loi, de subir une intervention chirurgicale* »[3]. Il s'ensuit bien le droit pour le patient de refuser une telle intervention, sans que ce refus engage la responsabilité du médecin dès lors qu'il a clairement et loyalement informé son malade des risques encourus. Ces solutions, qui vont dans le sens de la reconnaissance d'un droit absolu de la personne à refuser un traitement, fût-il vital, ont été généralement saluées par la doctrine. Les principes libéraux de notre ordre juridique imposent en effet de reconnaître que le droit de tout malade au respect de son intégrité corporelle lui donne la liberté de refuser, en conscience, les soins qui lui sont proposés par son médecin. Le droit au refus de traitement apparaît alors comme « *un corollaire immédiat, un revers naturel de l'exigence de consentement* »[4].

685 D'un autre côté cependant, les deux ordres de juridiction ont aussi parfois nié la plénitude du droit au refus de soins. Dans un arrêt particulier du 30 octobre 1974, la chambre criminelle de la Cour de cassation a ainsi limité l'effet du refus de soins opposé par un patient à une faute de la victime réduisant, sans pour autant les supprimer, les « *réparations réclamées par les ayants-droit de celui qui a volontairement négligé une*

---

[1] Cass. crim., 3 janv. 1973, *Gatineau*, n° 71-91820, *Bull. crim.* n° 2, p. 4 ; *D.* 1973, p. 220, note LEVASSEUR. C'est donc à bon droit que la chambre d'accusation a écarté le chef d'inculpation fondé sur l'article 63-2 du C.P.). Sur cet arrêt, *cf.* notamment M. HARICHAUX, Les fautes contre l'humanisme, in J.-M. AUBY, *Droit médical et* hospitalier, 1995, fasc. 18-1. Pour une vue plus large de la jurisprudence de la chambre criminelle de la Cour de cassation relative au refus de soins, *cf.* S. HENNETTE-VAUCHEZ, *Disposer de soi ?*, *op. cit.*, p. 161 s. V. également M.-F. CALLU, Autour de la mort : variations sur " Madame se meurt, Madame est morte " », *R.T.D.Civ.* 1999, p. 313-342.

[2] C.E., Sect., 6 mars 1981, *Pech*, n° 25105, *Rec.* p. 133 ; *R.D.S.S.* 1981, p. 407, note L. DUBOUIS et p. 413, concl. D. LABETOULLE.

[3] Cass. civ. 2e, 19 mars 1997, *Mutuelle du Mans et a. c. Cie La Mondiale et a.*, n° 93-10914, *Bull. civ.* II, n° 86, p. 48 ; *Médecine et droit* 1997, n° 27, p. 16, note I. LUCAS-GALLAY ; *R.T.D.Civ.* 1997, p. 675, obs. P. JOURDAIN ; *J.C.P.*, I, 4070, chron. G. VINEY.

[4] S. HENNETTE-VAUCHEZ, *Disposer de soi ?*, *op. cit.*, p. 168.

chance de survie »[1]. Mais c'est surtout la jurisprudence administrative qui a singulièrement restreint la portée du droit au refus de soins et, partant, celle de la libre disposition de soi. La voie a été ouverte par un arrêt *Garnier* du 29 juillet 1994 par lequel le Conseil d'État a, dans une espèce similaire à celle de l'arrêt *Pech*, confirmé la sanction ordinale infligée à un médecin qui, respectant le refus de traitement et de consultation d'un spécialiste opposé par sa patiente atteinte d'un cancer, s'était borné à lui administrer des soins de confort à base d'homéopathie : « *La section disciplinaire du Conseil national de l'ordre des médecins […] a pu légalement décider que,* nonobstant *le refus par sa patiente d'un traitement chirurgical ou radiothérapique, M. Garnier avait commis une faute de nature à justifier une sanction en acceptant de traiter par des remèdes illusoires qui l'ont privée d'une chance de guérison ou de survie* »[2].

Ce « nonobstant » paraît devoir remettre en cause le principe même du refus de soins, même si l'on peut douter de l'exemplarité de cette solution[3]. Néanmoins les deux arrêts *Donyoh* et *Senanayake* de la Cour administrative d'appel de Paris du 9 juin 1998 ont également contribué à réduire, si ce n'est à fermer, le droit au refus de traitement en validant la légalité de transfusions sanguines imposées par des médecins à deux patientes qui, pour des raisons religieuses, les avaient explicitement refusées : « *L'obligation faite au médecin de respecter la volonté du malade en état de l'exprimer […] n'en trouve pas moins sa limite dans l'obligation qu'a également le médecin, conformément à la finalité de son activité, de protéger la santé, c'est-à-dire en dernier ressort la vie elle-même de l'individu* »[4].

Ces décisions, rendues après l'entrée en vigueur de la loi du 29 juillet 1994, sont clairement fondées sur une interprétation étroite de la libre disposition de soi, limitée par un ordre public de protection individuelle que le commissaire du Gouvernement HEERS avait en l'espèce destiné à protéger la vie des personnes, y compris contre leur propre volonté[5]. Le 26 octobre 2001, le Conseil d'État cassait l'arrêt frappé d'un pourvoi pour avoir fait prévaloir de manière générale l'obligation du médecin de sauver la vie de son patient sur la volonté exprimé par ce dernier[6]. Sur le fond, la Haute Assemblée a toutefois maintenu la solution en reconnaissant que le médecin peut passer outre le refus de soins exprimé par son patient en lui imposant, dans le but de tenter de sauver sa vie, les actes

---

[1] Cass. crim., 30 oct. 1974, *Tolle*, n° 73-93381, *Bull. crim* n° 308, p. 790 ; *J.C.P.* 1975, II, 18038, note L. MOURGEON.

[2] C.E., Sect., 29 juill. 1994, *Garnier*, préc. *Cf.* également D. TRUCHET, La décision médicale et le droit, *op. cit.*, p. 612.

[3] *Cf. infra* n° 695.

[4] C.A.A. de Paris, 9 juin 1998, *Mme Donyoh* et *Mme Senanayake*, préc.

[5] M. HEERS, concl. sur C.A.A. de Paris, 9 juin 1998, *Mme Donyoh* et *Mme Senanayake*, *op. cit.* Dans le même sens, *cf.* N. MAZIAU, Le consentement dans le champ de l'éthique biomédicale française, *R.D.S.S.* 1999, p. 467-492, spéc. p. 483 et p. 485-486.

[6] C.E., Ass., 26 oct. 2001, *Mme Catherine Senanayake*, préc.

indispensables à sa survie et proportionnés à son état. Cette solution pragmatique[1], qui laisse la décision finale à la discrétion des médecins sans leur imposer aucune obligation dans un sens ou dans l'autre, a généralement été saluée par la doctrine, au point d'obtenir un véritable *satisfecit*[2]. Elle n'en enfonce pas moins un coin dans la liberté de refuser un traitement[3], limite qui doit être appréciée au regard de la motivation déjà retenue dans un arrêt *Benhamou* de 1982 qui borne l'opposabilité du refus de soins aux cas où il n'existe pas « *de danger immédiat pour la vie ou la santé de la patiente* »[4]. De la sorte, si le juge administratif conçoit bien le droit au refus de soins comme une manifestation de la liberté fondamentale à disposer de soi, il admet aussi que la volonté du patient puisse être légitimement écartée dans des situations extrêmes où sa vie est en danger[5].

686 Il a été dit que la « *politique du "ni ni"* »[6] de l'arrêt du 26 octobre 2001 se justifiait par l'absence de dispositions légales tranchées et relevait, au fond, d'un appel au législateur dans le camp duquel le juge renvoyait ici « la balle »[7]. Celui-ci s'en est saisi le 4 mars 2002 en insérant à l'article L. 1111-4 du Code de la santé publique des dispositions qui, comme l'a souligné Mme MOQUET-ANGER, ne laissent « *aucune possibilité pour le médecin de passer outre le refus du patient* »[8]. Dans le même sens, la Cour européenne des Droits de l'Homme a, dans un arrêt *Pretty* du 29 avril 2002, clairement affirmé le caractère absolu du droit de la personne à refuser un traitement médical[9].

Il reste que la solution de l'arrêt du 26 octobre 2001 a été maintenue par les juridictions administratives. C'est ce qu'illustre, parmi d'autres exemples, l'ordonnance du juge des référés du Conseil d'État du 16 août 2002 qui, tout en reconnaissant que le droit pour le patient de donner son consentement à un traitement médical revêt le

---

[1] M. DEGUERGUE, Ne constitue pas une faute de nature à engager la responsabilité de l'hôpital un acte médical indispensable à la survie du patient…, *op. cit.*, p. 261-262.

[2] D. DE BÉCHILLON, *Satisfecit* pour un *self-restraint*, note sous C.E., Ass., 26 oct. 2001, *Mme Catherine Senanayake*, *R.F.D.A.* 2002, n° 1, p. 156-162. On rappellera toutefois que cette solution a été retenue sur les conclusions contraires du Commissaire du gouvernement CHAUVAUX, *ibid.*, p. 146-156.

[3] V. notamment S. HENNETTE-VAUCHEZ, Kant contre Jéhovah ?…, *op. cit.*, p. 3154-3160 et D. ROMAN, Le respect de la volonté du malade : une obligation limitée ?, *R.D.S.S.* 2005, n° 3, p. 423-440.

[4] C.E., 27 janv. 1982, *Benhamou*, n° 10796, *Rec.* tables p. 735 ; *D.* 1982, I.R., p. 275, chron. J. PENNEAU. Dans le même sens, *cf.* également C.E., 29 janv. 1988, *Mme Labidi*, n° 65135, *J.C.P.* 1989, II, 21222, note G. MÉMETEAU.

[5] Cette interprétation a été corroborée par M. RENAUD DENOIX DE SAINT MARC qui, lors de son audition par la mission parlementaire d'information sur l'accompagnement de la fin de vie, a déclaré que « *le maintien en vie reste l'objectif le plus fondamental de l'acte médical ou chirurgical dans notre jurisprudence. Le respect de la vie est au premier plan puisque même le respect de la volonté du malade, au moins dans certains cas très précis, doit céder devant le maintien de la vie. C'est ainsi que j'interprète notre jurisprudence.*» (Rapport n° 1708 enregistré à la Présidence de l'Assemblée nationale le 30 juin 2004, t. I, p. 247).

[6] G. ARMAND, L'ordre public de protection individuelle, *op. cit.*, p. 1611.

[7] D. DE BÉCHILLON, *Satisfecit* pour un *self-restraint*, *op. cit.*, p. 162.

[8] M.-L. MOQUET-ANGER, Le droit des personnes hospitalisées, *op. cit.*, p. 665.

[9] C.E.D.H., 29 avr. 2002, *Diane Pretty c. R.U.*, préc.

caractère d'une liberté fondamentale, a repris la solution du 26 octobre 2001[1]. La jurisprudence administrative fait ainsi preuve d'une véritable résistance à la reconnaissance d'un droit absolu au refus de soins, obérant par là même celle de la libre disposition de sa santé que le droit administratif limite par des impératifs de sécurité collective *et* individuelle. Loin de céder, le législateur est de nouveau intervenu le 22 avril 2005 pour renforcer et préciser la liberté sanitaire de l'individu qu'il a explicitement élargie au droit pour le malade de se laisser mourir.

2) L'affirmation légale du droit du malade de se laisser mourir

687 La principale difficulté posée par le refus de soins, et notamment le refus de soins vitaux, qui engage définitivement l'avenir de la personne, réside dans la nécessité pour le médecin de s'assurer que le refus émane bien d'une volonté libre et éclairée[2]. Le problème est double.

688 Il renvoie, dans sa première branche, à l'obligation d'information du médecin dont dépend le caractère « éclairé » de la décision du patient. Cette obligation a été progressivement dégagée et précisée par la jurisprudence, avant d'être explicitement définie comme une obligation déontologique du médecin, puis un droit de valeur législative de la personne malade. Aux termes de l'article L. 1111-2 du Code de la santé publique introduit par la loi KOUCHNER, « *toute personne a le droit d'être informée sur son état de santé. Cette information porte sur les différentes investigations, traitements ou actions de prévention qui sont proposés, leur utilité, leur urgence éventuelle, leurs conséquences, les risques fréquents ou graves normalement prévisibles qu'ils comportent ainsi que sur les autres solutions possibles et sur les conséquences prévisibles en cas de refus* ».

---

[1] C.E., ord., 16 août 2002, *Mme Feuillatey*, préc. De même que dans un arrêt du 20 avr. 2006, *Mme Luce X.* (n° 04NT00534, inédit), la C.A.A. de Nantes a rejeté la demande d'une requérante d'obtenir l'indemnisation du préjudice moral résultant de l'atteinte portée à sa volonté clairement exprimée, en qualité de témoin de Jéhovah, de refuser de recevoir tout produit sanguin au seul motif que « *les transfusions sanguines qui lui ont été administrées étaient indispensables à sa survie* ». « *Dans ces conditions, la méconnaissance par le centre hospitalier du refus de Mme X de recevoir des produits sanguins ne peut être regardée comme fautive* ». Sur ces décisions, *cf.* notamment S. PORCHY-SIMON, Le refus de soins vitaux à l'aune de la loi du 4 mars 2002, *Resp. civ. et assurances*, déc. 2002, p. 4-11. B. MATHIEU, De la difficulté de choisir entre la liberté et la vie, *R.G.D.M.* 2003, n° 9, p. 97 s. ; Y. LACHAUD, Le droit au refus de soins après la loi du 4 mars 2002, *Gaz. Pal.* des 15-17 déc. 2002, p. 19-22 ; C. CLÉMENT, Le « référé-liberté » et le refus de soins », *Petites affiches* 2003, n° 61, p. 4-10 et A. DORSNER-DOLIVET, Le consentement au traitement médical : une liberté fondamentale en demi-teinte, *R.F.D.A.* 2003, n° 3, p. 528-535.

[2] V. notamment C.C.N.E., *Consentement éclairé et information des personnes qui se prêtent à des actes de soin ou de recherche*, avis n° 58 du 12 juin 1998, 33 p. et *Refus de traitement et autonomie de la personne*, avis n° 87 du 14 avr. 2005, 39 p. ainsi que le Rapport adopté les 29-30 janv. 2004 par le Conseil national de l'Ordre des médecins, *Du droit au consentement au droit au refus de soins* (en accès libre sur le site Internet : *www.conseil-national.medecins.fr*). La même difficulté s'est posée s'agissant de la stérilisation définitive volontaire des personnes majeures autorisée par l'art. 26 de la L. n° 2001-588 du 4 juill. 2001 relative à l'interruption volontaire de grossesse et à la contraception, *J.O.* du 7 juill., p. 10823. : *cf.* la circ. D.G.S./D.S. n° 2003-71 du 13 févr. 2003 cité par J.-M. CLÉMENT, Les grands principes du droit de la santé, *op. cit.*, p. 114, note 4.

La finalité première de cette obligation est de permettre au patient, informé d'une manière loyale, intelligible et appropriée sur son état de santé, et tout au long de sa maladie, de comparer les avantages et les inconvénients de tout traitement ou absence de traitement afin de donner un consentement parfaitement « éclairé » à l'acte médical qui lui est recommandé, ou bien de le refuser en toute intelligence[1]. Elle est renforcée en matière de refus de soins engageant un pronostic vital, l'article L. 1111-4 du Code de la santé publique précisant alors que le « *médecin doit tout mettre en œuvre pour la convaincre [la personne] d'accepter les soins indispensables* »[2].

On peut revoir l'arrêt *Garnier* à la lumière de l'obligation d'information du médecin, nécessaire au choix libre et éclairé du patient. Il n'est pas impossible en effet de croire que, sous la maladroite apparence d'une remise en cause du principe du refus de soins vitaux, ce soit surtout la faillite du médecin à bien informer sa patiente qui ait ici été sanctionnée. Le manquement ne concerne pas un défaut d'information de la patiente sur son état de santé : le médecin, après l'avoir vainement incité à consulter un spécialiste, lui a bien indiqué les risques qu'elle encourrait en refusant le traitement qu'il préconisait. Si défaut d'information il y a, ce que nous pensons, il concerne la finalité de la prescription des médicaments homéopathiques. Il est légitime de penser à la lecture de l'arrêt que la faute essentielle du médecin est d'avoir « *traité* » sa patiente par « *un remède illusoire* » qui « *ne pouvait avoir aucun effet sur l'affection cancéreuse dont elle souffrait* ». D'aucuns ont considéré que c'est la nature des médicaments prescrits, qui ne répondaient pas aux canons de la médecine scientifique, qui a été ici remise en cause[3]. On peut néanmoins aborder la question sous un autre angle. Selon le dictionnaire *Le Robert*, un « traitement » correspond en médecine à *« l'ensemble des moyens (médicaments, prescriptions hygiéniques et diététiques) employé pour guérir* ». La faute du médecin n'est-elle pas tout simplement d'avoir laissé croire à sa patiente que les soins de confort qu'il lui administrait lui laissait une chance illusoire de rémission voire de guérison ? C'est ici la différence essentielle qui sépare l'espèce de l'arrêt *Pech* dans lequel il est clairement indiqué que les soins administrés après le refus de traitement lourds, relevaient de soins palliatifs, soit, toujours selon *Le Robert*, d'un traitement explicitement voué à « *atténuer les symptômes d'une maladie sans agir sur sa cause* ». Si l'on souscrit à cette lecture de l'arrêt *Garnier*, il faut alors considérer que le médecin a effectivement manqué à son obligation de soins consciencieux et privé sa patiente d'une chance de survie,

---

[1] Cass. civ. 1ère, 27 mai 1998, n° 96-19161, *Bull. civ.* I, n° 187, p. 126 ; *Resp. civ. et assur.* 1998, comm. 276. Cette finalité est bien soulignée par l'art. L. 1111-4 C.S.P. : « *Toute personne prend, avec le professionnel de santé et* compte tenu des informations et des préconisations qu'il lui fournit*, les décisions concernant sa santé. Le médecin doit respecter la volonté de la personne* après l'avoir informée des conséquences de ses choix » (mots soulignés par nous).

[2] Sachant que ce devoir de convaincre le patient se rattache bien à un devoir d'information qui n'impose pas d'obligation de résultat pour le médecin, ce qu'a notamment rappelé la Cour de cassation le 18 janv. 2000 (Cass. civ. 1ère, *Mme X. c. Mme Y. et a.*, n° 97-17716, *Bull. civ.* I, n° 13, p. 8 ; *D.* 2001, n° 44, p. 3159, note M.-L. MATHIEU-ZORCHE).

[3] Se reporter sur ce point à S. HENNETTE-VAUCHEZ, *Disposer de soi ?*, *op. cit.*, p. 170-173.

puisqu'en ne démentant pas son illusion d'être soignée, il a aussi participé à entretenir chez elle un optimisme exagéré, la privant dès lors d'une chance de prendre conscience de la gravité de son état et d'agir en conséquence. Cette présentation déformée de la réalité par le médecin empêche alors de considérer que le refus de traitement opposé par la patiente émanait bien d'une volonté « éclairée » par un médecin respectueux de son devoir d'information loyale, claire et appropriée[1]. De la sorte, ce ne serait plus à une résurgence du paternalisme médical que conduirait cet arrêt à la rédaction si maladroite, mais au contraire à l'affirmation des droits du patient. Comme le précisera quelques mois plus tard le nouveau Code de déontologie médicale : « *Le médecin doit à la personne qu'il examine, qu'il soigne ou qu'il conseille une information loyale, claire et appropriée sur son état, les investigations et les soins qu'il lui propose. Tout au long de la maladie, il tient compte de la personnalité du patient dans ses explications et veille à leur compréhension* »[2].

689 La seconde branche du problème du refus de soins concerne la question, ô combien délicate, de l'appréciation par le médecin de la « *liberté de la volonté* »[3] exprimée par son patient. Bien que loyalement informé par son médecin, ce dernier peut ne pas être totalement libre et supporter des pressions extérieures, de nature diverses (religieuses, familiales ou autres), qui, parfois très fortes, influencent sa décision. Il revient alors au personnel soignant, et plus particulièrement au médecin, d'apprécier le degré de cette influence sur la volonté du patient, soit en dernière analyse de savoir si les choix de ce dernier sont réellement l'expression d'une volonté libre et autonome.

Dans ses conclusions sur les arrêts d'appel *Donyoh* et *Senanayake*, Mme HEERS avait proposé de trancher la question en des termes radicaux : n'est pas libre et autonome la volonté qui exprime des choix qui ne sont pas universalisables[4]. Dans des termes tout aussi tranchés, le commissaire du Gouvernement CHAUVAUX avait, quant à lui, considéré que le principe de liberté imposait de laisser mourir une personne refusant des soins par conviction[5]. C'est précisément une solution définitive, allant dans un sens ou dans un

---

[1] Il n'est pas rare qu'un patient, après avoir longuement affirmé son refus de toute technique de maintien de vie artificielle, change d'avis au moment où la question se posant réellement, il prend vraiment conscience de son état de mortel. Et c'est bien pour cette raison que le législateur n'a pas donné de force contraignante aux directives anticipées.

[2] Art. 35 C.D.M. codifié à l'art. R. 4127-35 C.S.P. (nous soulignons). Il a depuis lors été explicitement jugé que la présentation trop optimiste d'un diagnostic constitue un manquement à l'obligation d'information loyale du médecin : C.A. de Metz, 17 avr. 2003, *B. c. Hôpital Maternité Sainte Croix*, n° 02-00752, *J.C.P.* 2004, II, 10100, note P. MISTRETTA. Dans le même sens, empêche l'exercice de ses droits par le patient, le fait pour un médecin de méconnaître son obligation d'information claire, loyale et appropriée, en ne délivrant qu'une information tronquée : C.E., 25 juin 2005, *C.H. d'Albertville*, n° 261574, inédit.

[3] Nous empruntons l'expression au Professeur H. DAUDIN, *La liberté de la volonté. Significations des doctrines classiques*, Paris, P.U.F., 1950, coll. Bibl. de Philosophie contemporaine, 250 p.

[4] M. HEERS, concl. sur C.A.A. de Paris, 9 juin 1998, *op. cit.* p. 1236.

[5] « *Lorsque le refus est motivé par une conviction, et non par une volonté de mourir, il […] paraît impossible de le disqualifier par principe […]. C'est une assez triste application du principe de liberté que de laisser mourir une personne dont on pense qu'elle pourrait être sauvée par un geste thérapeuti-*

autre, que le Conseil d'État a entendu rejeter dans son arrêt *Senanayake*. Faisant preuve de mesure, il a maintenu le *statu quo* pour laisser au praticien la liberté d'apprécier au cas par cas le degré de liberté et de lucidité du patient opposant un tel refus. Plus que renvoyer la balle au législateur, il l'a surtout laissée dans le camp du médecin, uni à son patient par ce lien singulier de la conscience et de la confiance[1]. On peut saluer ce pragmatisme du juge, sensible à la complexité de ces questions, qui touchant au cœur de l'intime, sont difficilement solubles dans une règle impérative, générale et impersonnelle. Mais si une telle solution préserve la conscience des médecins, on ne peut totalement y souscrire pour cette raison même qu'elle les laisse seuls face à des choix éthiques extrêmement difficiles, et dont ils supportent la responsabilité morale, à défaut de juridique. Il faut, en outre, reconnaître que l'appréciation *in concreto* de la liberté de la volonté du malade, si lourde de conséquences lorsqu'il s'agit d'examiner un refus de soins vitaux, ne peut échapper à la subjectivité[2]. On ne peut croire qu'il n'y a pas ou n'y aura jamais, sous couvert de cette appréciation, aucun conflit de convictions personnelles, éthiques, morales et/ou religieuses[3]. Enfin, ce pragmatisme du juge ouvre une brèche dans le droit des patients à disposer d'eux-mêmes. En laissant la décision finale à la discrétion du médecin « qui sait », c'est bien le schéma paternaliste de la médecine qui est ici préservé.

690 Ce sont ces difficultés que le législateur du 22 avril 2005 a cherché à surmonter en instaurant à l'article L. 1111-4 du Code de la santé publique une procédure encadrant l'expression de la volonté du patient dont le refus de soins engage la vie. D'une part, ces dispositions, qui maintiennent l'obligation pour le médecin de « *tout mettre en œuvre* » pour s'efforcer de convaincre son patient à accepter les soins qui lui sont indispensables, lui ouvrent, à cette fin, la possibilité nouvelle de faire appel à un autre membre du corps médical[4]. D'autre part, l'article L. 1111-4 du Code de la santé publique oblige désormais le patient à réitérer sa décision « *après un délai raisonnable* » de réflexion. C'est donc

---

que simple [….]. Cependant il nous semble impossible, pour résoudre ce cas douloureux, de s'écarter de principes biens établis qui touchent au fondement de notre ordre juridique » (*loc. cit.*, p. 149 et p. 151).

[1] C'est bien ce qui sépare cet arrêt de celui de la C.A.A. de Paris du 21 déc. 2004 relatif à la prise en charge d'autorité des personnes sans abri en cas de grands froids, même si ce dernier tente une filiation en reprenant les termes du principe posé en 2001 par le Conseil d'État : v. *supra* n° 649.

[2] Il n'est pas anodin que la plupart des litiges actuels relatifs à la méconnaissance par un médecin du refus de soins vitaux opposé par le patient concerne des membres de l'église des Témoins de Jéhovah. Sur le plan strictement juridique, l'appartenance à ce groupement ne devrait emporter aucune conséquence quant à l'appréciation de la liberté de la volonté du malade, puisque notre droit ne le classe pas parmi les sectes. On peut néanmoins comprendre, à défaut de les accepter, les difficultés qui sont celles des médecins pour admettre un tel choix.

[3] Ce que paraît d'ailleurs confirmer une ordonnance de référé du tribunal administratif de Lille du 25 août 2002 faisant injonction à un centre hospitalier de ne pas procéder à l'administration forcée de transfusion sanguine contre le gré et à l'insu de la patiente (*M. Jérôme G. et Mme Carole G*, n° 02-3138 ; *Resp. civ. et assurances* 2002, p. 4, note S. PORCHY-SIMON ; *Gaz. Pal.* des 14-15 févr. 2003, p. 19, note A. GARAY).

[4] Il ne s'agit ici que d'une faculté ouverte au médecin soignant. Il y a toutefois fort à parier qu'en cas de litige, l'appel à un autre médecin jouera un rôle important dans l'administration de la preuve d'une bonne information du malade, ce qui permet de penser que cette possibilité sera employée de façon quasi-systématique.

par sa répétition que le refus de soins vitaux, alors inscrit dans le dossier médical, devient définitif et accède au statut d'un choix libre et autonome qui le rend opposable à tous. Tout en réaffirmant très clairement le droit au refus de soins vitaux, la loi Léonetti laisse de la sorte une marge d'application à la jurisprudence *Senanayake*. On peut en effet penser qu'elle pourra aisément être appliquée durant ce « délai raisonnable », dont il s'agit maintenant de déterminer la durée[1]. En revanche, la réitération du refus de traitement rendra totalement opposable la volonté du patient auquel est ici reconnu le droit de se laisser mourir[2].

S'il ne règle pas tout[3], il faut néanmoins saluer l'équilibre de ce texte qui tient compte des difficultés pratiques, éthiques et juridiques auxquelles sont confrontés les médecins tout en réaffirmant et en renforçant la liberté de la personne à disposer de sa santé et, en dernier ressort, de sa vie. Le principal mérite de cette loi est d'avoir levé un certain nombre des tabous qui jusqu'alors entouraient la fin de vie. Sans revenir sur le principe de l'interdiction de tuer, elle a, en revanche, clairement fait prévaloir la qualité de la vie sur sa durée et donné aux malades le droit de se laisser mourir. L'économie générale de la loi du 22 avril 2005 fait ainsi apparaître une conception libérale et humaniste de la dignité de la personne humaine[4]. L'insistance du texte sur les soins palliatifs, l'interdiction formelle de l'acharnement thérapeutique, l'autorisation de traitements antidouleur à « double effet », la prise en compte renforcée de la volonté du malade sont autant de novations qui vont dans le sens d'un droit respectueux de la dignité de la personne dont la liberté et les convictions sont préservées. On ne peut s'empêcher ici de se souvenir de cette remarque du doyen CARBONNIER : il faut concevoir l'inviolabilité de la personne humaine comme « *une liberté immatérielle, qui a son siège moins dans le corps que dans la personnalité […]. Ce n'est pas la chair qui est protégée, mais un sentiment, un quant-à-soi, une liberté et ils seront blessés d'identique manière quelle que soit la nature de l'intervention envisagée* »[5].

---

[1] La circ. n° DHOS/E1/DGS/SD1C/DA/2006/90S du 2 mars 2006 relative aux droits des personnes hospitalisées et comportant une charte de la personne hospitalisée précise ce point : « *Le devoir d'assistance du médecin doit l'emporter sur le refus de soins dans les situations d'urgence où le pronostic vital est engagé, dès lors que le patient n'a pas disposé d'un délai minimal nécessaire pour réitérer en toute connaissance de cause sa volonté* » (*B.O. Santé* n° 4 du 15 mai 2006, p. 25).

[2] En ce sens, *cf.* notamment C. MANAOUIL et M. GIGNON, Mise en œuvre de la loi sur la fin de vie, *R.G.D.M.* 2006, n° 20, p. 271.

[3] V. notamment D. BAILLEUL, Le droit de mourir au nom de la dignité humaine. À propos de la loi relative aux droits des malades et à la fin de la vie, *J.C.P.* 2005, I, 142 (p. 1055-1058).

[4] C'est dans le même sens et avec la même recherche d'équilibre qu'a été traité le cas des personnes en fin de vie hors d'état d'exprimer leur volonté. D'un côté, les choix antérieurement exprimés par ces patients sont pris en compte au moment de la décision, grâce à la possibilité nouvelle de rédiger des directives anticipées et au rôle renforcé donné à la personne de confiance du patient. De l'autre, le médecin est juridiquement et moralement protégé par l'institution d'une procédure collégiale, qui tout en rompant la solitude du praticien face à des choix éthiques difficiles, est aussi un gage supplémentaire d'impartialité de la décision finale.

[5] J. CARBONNIER, note sous Trib. civ. de Lille, 18 mars 1947, *loc. cit.*, p. 509.

691 Au total, il apparaît que la législation sanitaire va bien dans le sens d'un renforcement constant de la liberté en matière santé qui, comme l'a précisé le juge des référés-liberté du Conseil d'État, implique notamment que la personne ne puisse subir de contraintes autres que celles qu'imposent la sauvegarde de l'ordre public et le respect des droits des tiers[1]. Par-là, le législateur a aussi réfuté la thèse, notamment défendue par Mme HEERS, d'une dignité universelle de l'Homme pouvant justifier que l'on impose le droit à la vie et aux soins à ceux qui n'en veulent pas. Telle qu'elle apparaît dans la législation, la dignité de la personne humaine est une dignité « actuée » qui, notamment, suppose la liberté de l'homme quant à lui-même[2]. Il reste que cette liberté, bien qu'affirmée et promue par l'État, est encore très largement conditionnée au principe de sécurité.

B.- UNE LIBERTÉ CONDITIONNÉE À LA SÉCURITÉ

692 En dépit des efforts déployés par le législateur pour assurer la garantie de la liberté sanitaire de l'individu, il apparaît aujourd'hui que le droit à la libre disposition de soi est, dans ses conséquences, surtout apprécié à l'aune de la sécurité. Elle est en effet très largement associée au droit de l'individu de choisir les risques auxquels il entend exposer sa santé, ce qui, à l'analyse, la renvoie au droit de chacun à la sécurité pour la santé (1). Or cette liberté ou ce droit de choisir ses risques n'équivaut pas à celle de les prendre et ne peut s'exprimer que dans le cadre et les limites des exigences toujours croissantes de la sécurité individuelle et collective (2).

1) Une liberté associée au droit de choisir librement les risques pour sa santé

693 Malgré l'affirmation répétée du principe de la libre disposition de soi dont découle la liberté sanitaire des individus, les dispositions régissant le droit au consentement ou au refus libre et éclairé aux soins ne sont pas marquées du sceau de l'ordre public[3]. Dans cette mesure, et alors que la loi ne prévoit aucune sanction de sa violation, il revient donc aux juges de définir la portée des obligations qui s'y rattachent pour les médecins. Or si le contentieux disciplinaire fait une application stricte de ces obligations qui, fondées sur le principe fondamental du respect de la dignité de la personne humaine, imposent aux professionnels de s'assurer du libre consentement de leur patient, et de le respecter, le contentieux de la responsabilité médicale, plus nuancé, fait souvent prévaloir une conception sécuritaire des droits de la personne malade. C'est ce qu'illustre en particulier la jurisprudence relative à l'information médicale due par le praticien à son patient en amont des actes de prévention, de diagnostic ou de soins.

---

[1] C.E., ord., 8 sept. 2005, *Garde des Sceaux – Min. de la Justice*, préc.

[2] Sur tous ces points, *cf.* G. ARMAND, L'ordre public de protection individuelle, *op. cit.*

[3] En dépit de l'art. 16-9 C. civ.

694 Érigée au rang d'un droit subjectif du patient par les dispositions de l'article L. 1111-2 du Code de la santé publique, l'information médicale relève d'une obligation déontologique et jurisprudentielle ancienne du médecin qui doit délivrer à son patient les informations qui lui sont nécessaires pour prendre en toute connaissance de cause les décisions concernant sa propre santé[1]. Clef de voûte du contentement libre et éclairée aux soins, l'obligation d'information est, pour le professionnel de santé, une règle de principe qui ne souffre guère d'exceptions. Selon l'article L. 1111-2 du Code de la santé publique, « *seules l'urgence ou l'impossibilité d'informer* » peuvent dispenser le professionnel de son obligation d'information. Cela comprend notamment l'hypothèse où le patient refuse lui-même d'être informé sur son état de santé. Dans ce cas, la volonté de la personne doit être respectée, sauf lorsque des tiers sont exposés à un risque de transmission. Le Code de déontologie médicale réserve en outre au médecin la possibilité de tenir son patient dans l'ignorance d'un diagnostic ou d'un pronostic graves dans l'intérêt même du malade et pour des « *raisons légitimes* » que le praticien « *apprécie en conscience* »[2]. Là encore, ce choix de la confidentialité s'exerce dans les limites de l'ordre public sanitaire, soit dans les cas où l'affection dont est atteint le patient n'expose pas les tiers à un risque de contamination (article R. 4127-35 du Code de la santé publique). Dans tous les autres cas, la loi impose au professionnel l'obligation stricte d'informer son patient sur son état de santé, les différentes investigations, les traitements ou actions de prévention qui sont proposés, leur utilité, leur urgence éventuelle, leurs conséquences, les risques fréquents ou graves normalement prévisibles qu'ils comportent ainsi que sur les autres solutions possibles et sur les conséquences prévisibles en cas de refus.

695 L'obligation d'information médicale trouve son fondement dans le principe de protection de la dignité humaine[3]. Elle est en effet le préalable indispensable du droit au consentement libre et éclairé aux soins qui, sans elle, n'aurait pas de sens. Comme le souligne la Cour de cassation, « *le praticien qui manque à son obligation d'informer son patient des risques graves inhérents à un acte médical d'investigations ou de soins, prive ce dernier de la possibilité de donner un consentement éclairé à cet acte* »[4]. Ce lien qui unit l'information médicale au principe de la libre disposition de soi explique notamment que la charge de la preuve pèse sur le médecin auquel il revient de démontrer, par tous

---

[1] Dès son arrêt *Teyssier* du 28 janv. 1942, la Cour de cassation imposait au chirurgien, sauf cas de force majeure, le devoir « *d'obtenir le consentement du malade avant de pratiquer une opération dont il apprécie, en pleine indépendance, sous sa responsabilité, l'utilité, la nature et les risques ; en violant cette obligation, imposée par le respect de la personne humaine, il commet une atteinte grave aux droits du malade* » (*D.C.* 1942, 63).

[2] V. par exemple Cass. civ. 1ère, 23 mai 2000, *D. c. M.*, n° 98-18513, *Bull. civ.* I, n° 159, p. 103 ; *J.C.P.* 2000, II, 10342, rapport P. SARGOS s'agissant d'un patient atteint d'une psychose maniaco-dépressive.

[3] C'est ce qu'a notamment rappelé la Première chambre civile de la Cour de cassation dans un arrêt du 9 oct. 2001, n° 00-14564, *Bull. civ.* I, n° 249, p. 157 ; *D.* 2001, 3475, obs. D. THOUVENIN.

[4] Cass. civ. 1ère, 20 juin 2000, *M. X. c. M.Y et a.*, n° 98-23046, *Bull. civ.* I, n° 193 p. 125 ; *J.C.P.* 2000, IV, 2385.

moyens, que l'information due au malade avant tout acte de prévention, de diagnostic ou de soins lui a bien été délivrée[1]. L'information médicale du patient relève par ailleurs d'une obligation professionnelle et déontologique du médecin dont la méconnaissance suffit, en soi, à justifier une sanction disciplinaire, indépendamment du préjudice éventuellement subi par le patient.

Si l'on s'en tient à la logique des principes, tout manquement à l'obligation d'information préalable au traitement médical d'une personne constitue donc une violation de son droit fondamental au consentement libre et éclairé aux soins portant atteinte aux principes de l'inviolabilité de la personne et de la libre disposition de soi.

696 C'est pourtant une toute autre image du droit à l'information que fait prévaloir le contentieux de la responsabilité médicale. Le juge judiciaire comme le juge administratif ont en effet singulièrement limité la portée de ce droit et de l'obligation qui en découle pour les professionnels de santé en réservant la sanction de sa violation au cas où le défaut d'information a privé le patient d'une chance de se soustraire, par un choix plus opportun, au risque qui s'est réalisé[2]. Pour que la responsabilité du professionnel ou de l'établissement soit engagée, il faut déjà que le patient ait subi un préjudice corporel[3]. Il faut en outre que la perte de chance de se soustraire à un risque soit bien réelle. D'une part, la victime ne pourra obtenir aucune réparation en l'absence d'alternative thérapeutique moins risquée[4]. D'autre part, la perte de chance ne sera pas reconnue si le patient a tiré de l'acte médical des bénéfices supérieurs au dommage qu'il a subi[5]. Autrement dit, il faut, pour que le droit à la réparation soit ouvert, que l'état de santé du patient ait été aggravé par l'acte pratiqué en violation de l'obligation d'information médicale, ce qui, notamment, permet d'écarter la responsabilité pour faute du praticien lorsque le traitement ou les soins administrés sans le consentement éclairé du malade étaient indispensables à sa survie[6].

---

[1] Ce principe affirmé à l'art. L. 1111-2 C.S.P. correspond aux solutions prétoriennes développées antérieurement : *cf. supra* n° 25.

[2] Ce qui explique que le juge ait pu considérer qu'il relève de son office de « *rechercher, en prenant en considération l'état de santé du patient ainsi que son évolution prévisible, sa personnalité, les raisons pour lesquelles des investigations ou des soins à risques lui sont proposés, ainsi que les caractéristiques de ces investigations, de ces soins et de ces risques, les effets qu'aurait pu avoir l'[information] quant à son consentement ou à son refus* » : Cass. civ. 1ère, 20 juin 2000, préc.

[3] Pour un exemple récent de cassation de l'arrêt d'une Cour d'appel qui, après avoir écarté toute perte de chance d'échapper au risque qui s'est réalisé, a alloué au patient une indemnité au titre du préjudice moral éprouvé par lui du fait du manquement à l'obligation d'information, au motif que le malade, non informé, n'avait pu anticiper le risque qui s'est réalisé, *cf.* Cass. civ. 1ère, 6 déc. 2007, n° 06-19.301, *B.I.C.C.* n° 679 du 1er avr. 2008, p. 64, inf. 542.

[4] En ce sens, *cf.* par exemple C.E., 27 sept. 2002, *Mme Sainty*, n° 223429, *A.J.D.A.* 2002, p. 1512 et Cass. civ. 1ère, 4 févr. 2003, n° 00-15572, *Bull. civ.* I, n° 40, p. 31 ; *Resp. civ. et assur.* 2003, comm. 143.

[5] Cass. civ. 1ère, 7 oct. 1998, *Clinique du Parc*, préc. Poussant cette logique, la Cour administrative d'appel de Marseille a récemment jugé que le défaut d'information n'engage pas la responsabilité de l'hôpital lorsque le risque qui s'est réalisé n'a été que de courte durée : C.A.A. de Marseille, 3 juill. 2007, *Mme Malika Y.*, n° 05MA02929, *A.J.D.A.* 2007, p. 2033, note L. MARCOVICI.

[6] C.E., 15 janv. 2001, *Mme Courrech*, n° 184386, *Rec.* tables p. 1184 ; *D.* 2001, J., p. 2924, note D. DENDONCKER ; C.A.A. de Bordeaux, 1er mars 2005, *C.H. d'Ussel c. M. Henri X et Mme Gaby Y.*,

Initiée par le juge judiciaire avant d'être adoptée par le juge administratif[1], le recours à la théorie de la perte de chance de se soustraire au risque réalisé a eu pour objectif de limiter les effets, en termes de responsabilité des médecins, du renversement de la charge de la preuve de la bonne information dont ont été dispensés les malades. Cette jurisprudence se veut donc favorable à l'information médicale qui doit désormais être prouvée par les praticiens. Elle les protège en même temps de la « chicane » et des risques de complications contentieuses inutiles et parfois choquantes lorsque le patient a, malgré sa mauvaise information, tiré un bénéfice réel de l'intervention du médecin auquel il demande ensuite réparation[2]. Encore faudrait-il être sûr que cela soit son sens, car elle conduit aussi à donner une lecture « sécuritaire » du droit à l'information médicale dont elle change le sens et la finalité.

Il faut tout d'abord se souvenir que les juges civils et administratifs ont, dans le même temps et par les mêmes arrêts, considérablement élargi le contenu de l'information médicale due au patient en imposant aux médecins de lui signaler non seulement les risques « *prévisibles* », « *sérieux et habituels* » de l'intervention ou du traitement projeté, mais également tous les risques graves, y compris les plus exceptionnels. Cette solution déséquilibrée, qui n'apportait guère d'avantage en termes de sécurité sanitaire[3], a été très critiquée par les juristes et par les professionnels de santé et la loi du 4 mars 2002 est, sur ce point, revenue à une conception plus pragmatique de l'information médicale, limitée aux « *risques fréquents ou graves normalement prévisibles* ». Il reste encore à savoir si les juges se rangeront réellement et durablement à cette lecture[4].

---

n° 01BX01307, *B.J.S.P.* 2005, n° 83, Pan. p. 5 (si le requérant « *fait valoir qu'il n'a pas été informé par les médecins de cet établissement des risques encourus du fait des opérations pratiquées, il résulte de l'instruction, d'une part, que son état de santé nécessitait de manière vitale les interventions qui ont été réalisées, d'autre part, qu'il n'y avait pas d'alternatives thérapeutiques moins risquées* »). V. également C.E., 27 juill. 2005, *M. Rodet*, n° 264412, inédit.

[1] Cass. civ. 1ère, 7 févr. 1990, *M. Sauvage c. M. Marène*, n° 88-18.441, *Bull. civ.* I, n° 38, p. 29 ; *Defrénois* 1990, art. 34837, p. 1018, obs. J.-L. AUBERT ; *D.* 1991, somm., p. 319, obs. J.-L. AUBERT ; *R.T.D.Civ.* p. 561, obs. F. ZENATI. C'est dans son arrêt précité, *Clinique du Parc*, du 7 oct. 1998 que la Cour de cassation a explicitement jugé que le requérant devait justifier d'un préjudice résultant de la perte de la faculté qu'il aurait eue, s'il avait été informé, de refuser l'opération. Cette logique a été suivie par le Conseil d'État dans ses arrêts de Section du 5 janv. 2000, également précités, qui, en même temps qu'il a dispensé le patient de la charge de la preuve du défaut d'information, ont limité l'indemnité qui lui est due à une fraction du montant total du dommage subi calculée en fonction de la probabilité du refus qu'il aurait opposé aux soins à l'origine de son dommage s'il avait été correctement informé.

[2] On soulignera que son application vaut désormais pour l'ensemble des cas « *où la faute commise lors de la prise en charge ou le traitement d'un patient dans un établissement public hospitalier a compromis ses chances d'obtenir une amélioration de son état de santé ou d'échapper à son aggravation* ». Dans une telle hypothèse, « *le préjudice résultant directement de la faute commise par l'établissement et qui doit être intégralement réparé n'est pas le dommage corporel constaté, mais la perte de chance d'éviter que ce dommage soit advenu [...]. La réparation qui incombe à l'hôpital doit alors être évaluée à une fraction du dommage corporel déterminée en fonction de l'ampleur de la chance perdue* » : C.E., Sect., 21 déc. 2007, *C.H. de Vienne*, n° 289328, *A.J.D.A.* 2008, p. 11, obs. C. FAIVRE et p. 135, chron. J. BOUCHER et B. BOURGEOIS-MACHUREAU ; *J.C.P.* A 2008, n° 2078 (7), obs. C. PAILLARD (en texte intégral sur *www.conseil-etat.fr*) et C.E., 21 mars 2008, *C.H.U. de Bordeaux*, n° 266154, *J.C.P.* A 2008, act. 289, obs. M.-C. ROUAULT (sera mentionné aux tables du *Rec. Lebon*).

[3] Le danger notamment était de terroriser inutilement les patients et, au final, de les conduire à refuser des soins pourtant utiles...

[4] Le juge judiciaire s'est très tôt incliné face à la volonté du législateur (*cf.* notamment Cass. civ. 1ère, 18 déc. 2002, *Mme Sylvia X. c. M. Philippe Y. et a.*, n° 01-03231, *Bull. civ.* I, n° 314, p. 246 ; *Resp. civ.*

Il faut ensuite convenir que les solutions prétoriennes actuelles dévient le sens de l'obligation d'information médicale qu'elles éloignent de la protection de la libre disposition de soi et rapprochent d'une règle de sécurité sanitaire. Dès lors que seul est indemnisé le préjudice subi par le patient privé d'une chance de se soustraire au risque de dommage corporel qui s'est réalisé, on ne peut plus en effet considérer que l'obligation d'information médicale sert à garantir le droit au consentement libre et éclairé aux soins. Il faudrait pour cela reconnaître que tout défaut d'information est, par principe, de nature à vicier et à disqualifier le consentement aux soins, qu'il porte atteinte à un droit de la personnalité et qu'il ouvre donc au patient le droit à la réparation du préjudice moral subi par l'atteinte ainsi portée à ses droits fondamentaux[1].

Nous n'irons pas jusqu'à dire avec le Professeur CHABAS que la jurisprudence relative à la perte de chance rend vaine l'exigence du consentement éclairé, même s'il faut bien admettre qu'elle préserve une part du pouvoir paternaliste des médecins[2]. Elle contribue néanmoins à changer le sens du droit défini à l'article L. 1111-2 du Code de la santé publique qui, ainsi conçu, sert davantage à assurer le droit des personnes à la sécurité pour la santé qu'il ne permet de garantir le principe du consentement libre et éclairé aux soins. Dans ce contexte prétorien, l'information médicale due au malade en amont des actes de prévention, de diagnostic ou de soins vise en effet à lui donner la liberté de choisir les risques qu'il entend personnellement courir, dans le cas et dans la mesure où il existe bel et bien une possibilité de choix (ce qui suppose l'existence d'alternatives « plus sûres » ou « moins risquées » pour sa santé). Cette information rejoint alors dans sa logique et dans sa finalité celle qui est également imposée en aval des actes médicaux, lorsque sont identifiés de nouveaux risques[3].

---

et assurance 2003, comm. 76 ; – 15 juin 2004, *M. X. c. Clinique Saint Joseph*, n° 02-12530, inédit et – 26 oct. 2004, *M. Rusterucci c. Soc. Swiss life*, n° 03-15120, *Bull. civ.* I, n° 236, p. 197). Le Conseil d'État ne semble pas quant à lui découragé par ces dispositions légales puisqu'il a depuis lors plusieurs fois rappelé le principe de l'arrêt *Telle* et notamment dans un arrêt d'Assemblée qui, il faut le souligner, concernait des faits antérieurs à la loi du 4 mars 2002 : C.E., Ass., 19 mai 2004, *C.R.A.M. d'Ile-de-France*, préc. Sur cette question, *cf.* notamment J. SAISON, Controverse sur l'étendue de l'obligation d'information médicale, *A.J.D.A.* 2003, p. 72-78 et C. ROUGÉ-MAILLART, N. SOUSSET et M. PENNEAU, Influence de la loi du 4 mars 2002 sur la jurisprudence récente en matière d'information du patient, *Médecine et droit* 2006, p. 64-70. On constate cependant un certain infléchissement de la jurisprudence administrative la plus récente : C.A.A. de Douai, 3 juill. 2007, *M. et Mme C.*, préc.

[1] Le commissaire du Gouvernement CHAUVAUX a, dans ses concl. sur les arrêts *A.P.-H.P. c. Guilbot* et *Cts Telle*, préc., refusé de ne reconnaître au patient « *qu'un droit à la réparation du préjudice moral consistant en l'atteinte portée à son autonomie* » afin de calculer l'indemnisation proportionnellement aux conséquences de l'accident et de la rendre plus satisfaisante. Cela n'empêche pas d'envisager d'autres solutions pour une réparation adéquate de l'atteinte au droit à l'information. V. S. BOUSSARD, Comment sanctionner la violation du droit à l'information de l'usager du système de santé ?, *R.D.P.* 2004, n° 1, p. 203-204.

[2] On notera en particulier que cette logique contentieuse laisse subsister une certaine marge de liberté pour le médecin qui, par la rétention illégale d'informations, peut amener son patient à accepter les soins qu'il juge les plus appropriés à son état de santé. Il y a notamment là une voie de contournement du refus possible de traitements vitaux, puisque le défaut d'information sur les risques liés à la thérapeutique employée n'emportera pas de sanction civile en l'absence d'alternative moins risquée.

[3] Art. L. 1111-2 C.S.P.

Le prisme de la théorie de la perte de chance donne ainsi une lecture très sécurisée de la libre disposition de sa santé qui est, par-là, restreinte au droit de chacun de ne pas subir de risques qui, excédant ceux qu'imposent l'ordre public ou les droits d'autrui, n'ont pas été clairement et expressément choisis par le patient. *Le droit à la libre disposition de sa santé équivaut ici au droit à la sécurité pour la santé.*

697 Le principe d'inviolabilité du corps humain dont découle la liberté sanitaire des individus prend de la sorte une coloration sécuritaire, qui est au demeurant conforme à la lecture actuelle du prima de la dignité de la personne humaine et à l'évolution générale de notre ordre juridique. Ce constat présente au moins l'avantage de donner quelque cohérence à un droit qui paraît parfois contradictoire. En premier lieu, on relèvera que s'il est aujourd'hui indiqué que les principes essentiels au respect de la dignité humaine ne cessent pas de s'imposer à la mort de l'individu[1], les obligations qui s'y rattachent sont, en revanche, considérablement allégées par cette disparition. Celle-ci rend notamment vaines toutes les obligations correspondant au droit des personnes à la sécurité, notamment sanitaire. Le droit de choisir librement les risques que l'on entend personnellement courir ne peut en effet être pleinement reconnu qu'aux personnes autonomes, soit au minimum les personnes majeures et capables, conscientes et, surtout, en vie. On peut alors comprendre que le droit au consentement à l'acte médical, qui pour le sujet vivant est à la fois destiné à assurer le respect de son intégrité physique et son droit à la sécurité pour la santé, perde de sa force et de sa vigueur à la mort de la personne[2]. En second lieu, cette approche sécuritaire de la liberté sanitaire des personnes éclaire ce paradoxe apparent du droit positif qui, en même temps qu'il reconnaît le droit de se laisser mourir, multiplie les atteintes au droit de disposer de sa santé. On relèvera en particulier que si la liberté sanitaire donne à la personne le droit de choisir les risques auxquels elle entend s'exposer, ce droit n'équivaut pas forcément à celui de les prendre. Dire cela serait d'ailleurs un non-sens à l'heure où tant « *d'aides, de services, d'intervention ou de réglementations finissent par occulter, voire neutraliser* » le droit au libre-arbitre de chacun[3]. Si liberté sanitaire il y a, elle n'existe que dans le confort et les limites de la bulle protectrice formée par l'État-providence et paternaliste.

---

[1] C.E., Ass., 2 juill. 1993, *Milhaud*, préc.

[2] Il perd de sa force, mais ne s'en rattache pas moins à un principe de valeur constitutionnelle qui suppose que seul le législateur puisse le limiter pour des motifs d'intérêt général qui ne permettront que des atteintes limitées et proportionnées au but poursuivi. Cela explique néanmoins que le régime du prélèvement d'organes à des fins thérapeutiques ou scientifiques sur une personne décédée se « suffise » d'un consentement présumé de celle-ci (art. L. 1232-1 C.S.P.). De même est-il admis qu'une autopsie qui a pour but de connaître les causes de la mort puisse être pratiquée malgré l'opposition du défunt ou de sa famille (T.A. de Nantes, 6 janv. 2000, *C.H.U. de Nantes*, *D.* 2000, IR, p. 101 ; *Jurisprudence de la Santé* 1999-2000, p. 230)

[3] M.-L. MOQUET-ANGER, Ordre public et santé publique, *op. cit.*, p. 209.

2) Une liberté distinguée du droit de prendre des risques pour sa santé

698 Affirmer que la personne dispose du droit de choisir les risques sanitaires qu'elle entend courir ne revient pas à lui reconnaître un droit équivalent à prendre ces risques. Ce droit est, comme l'a rappelé le juge du référé du Conseil d'État le 8 septembre 2005, nécessairement limité par les exigences de l'ordre public et le respect des droits d'autrui. Il ne vaut donc que pour soi-même et ne peut en aucun cas engager la sécurité et la santé de tiers. Il n'y a pas là, en soi, de sujet à controverse. La difficulté se pose néanmoins de savoir à partir de quel moment le choix d'un risque sanitaire engage d'autres que soi et, partant, justifie que l'on écarte au moins partiellement la volonté de celui qui entend le subir.

699 Premièrement, si l'on convient que le droit à la protection de la santé pose pour l'État l'obligation de lutter contre toutes les formes d'insécurité sanitaire, il faut alors aussi admettre que ce droit lui impose non seulement de veiller à la sécurité des personnes contre les risques de maladies ou d'accidents sanitaires, mais aussi d'assurer à tous, en tous lieux et en toutes circonstances l'accès à la prévention et à des soins de qualité. Or cette mission est difficilement compatible avec l'application pleine et entière du principe de liberté, dont il faut bien admettre qu'il ne va pas toujours dans le sens de l'égalité[1]. Elle suppose donc une intervention accrue de l'État pour l'organisation, la rationalisation, la régulation et le contrôle de l'offre de soins qui, conçue à l'extrême, pourrait remettre en cause sinon la liberté de ne pas se soigner, du moins celle de choisir son soignant[2]. Un tel objectif est, en tout état de cause, inconciliable avec la gabegie qui, mélange d'insouciance et de consumérisme sanitaires, grève douloureusement les comptes de l'Assurance maladie et, plus généralement, de la Sécurité sociale. L'engrenage économique, ici bien connu, justifie dès lors la mise en place de politiques de rigueur qui, pour garantir la pérennité du système de santé, encadrent davantage les comportements particuliers et promeuvent le « civisme » sanitaire. Il y a là une application logique du principe, de bon sens, qui veut que la première obligation des titulaires d'un droit soit celle de ne pas en abuser[3]. Encore faut-il que cette politique ne conduise pas à remettre en cause le droit de chacun à accéder au système de santé[4].

---

[1] Ce dont témoignent aujourd'hui les difficultés à mettre en place un système efficace de permanence des soins sans recours à l'obligation de garde des médecins libéraux, ou les problèmes liés à la désertification médicale des espaces ruraux que les logiques incitatives de la loi d'aménagement du territoire du 2 févr. 2005 n'ont pas permis de résoudre.

[2] Sur ces questions, *cf.* notamment le dossier spéc. « Réforme de l'hôpital » paru à l'*A.J.D.A.* 2006, n° 8, p. 401-428.

[3] En ce sens, *cf.* notamment M.-L. MOQUET-ANGER, Les obligations du patient et l'assurance maladie : les exemples du carnet de santé et du médecin référent, in *Les obligations du patients*, *op. cit.*, p. 49-59.

[4] C'est notamment ici la réserve posée par le Conseil constitutionnel pour admettre la conformité à la Constitution des innovations de la L. n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie prévoyant la participation forfaitaire de l'assuré, la réduction du niveau de remboursement en cas de refus du patient de donner accès à son dossier médical, la majoration du ticket modérateur en cas

Cette politique trouve son appui dans la notion de démocratie sanitaire et, plus particulièrement, dans les dispositions de l'article L. 1111-1 du Code de la santé publique qui indique que « *les droits reconnus aux usagers s'accompagnent des responsabilités de nature à garantir la pérennité du système de santé et des principes sur lesquels il repose* »[1]. Cette politique de régulation ne donne pas lieu pour l'instant à des obligations d'ordre public *stricto sensu*. En revanche, elle accentue très certainement le dirigisme sanitaire de l'État par des mécanismes qui ne sont pas sans rappeler les systèmes d'injonctions aujourd'hui employés en matière de prévention des risques sanitaires. Déjà à l'œuvre dans le dispositif du médecin référent, destiné à lutter contre le nomadisme sanitaire, cette logique est aussi au cœur de la construction du futur dossier médical personnel[2].

700 Deuxièmement, il est de plus en plus largement admis que l'individu a, nonobstant toute considération extérieure à lui-même, le devoir de prendre soin de sa santé en adoptant, dans la mesure du possible, un comportement conforme à une bonne hygiène de vie et en se soumettant, sans trop renâcler, aux actes de dépistage, de prévention, de diagnostic ou de soins qui lui sont proposés. Aidée par la diffusion de la notion de « démocratie sanitaire », l'idée a ainsi fait son chemin que le droit fondamental à la protection de la santé fait de toute personne son propre débiteur et que « *le simple bon sens* » impose de reconnaître le devoir de protection de sa propre santé comme étant de droit positif[3]. Les promoteurs de cette thèse, notamment défendue par M. SAUVAT, en trouvent la confirmation dans le Code de la santé publique à l'article L. 1110-1 du Code de la santé publique qui précise que les usagers contribuent à la garantie du droit fondamental à la protection de la santé, et à l'article L. 1111-1 qui, plus directif, assortit les droits reconnus aux usagers du système de santé « *des responsabilités de nature à garantir la pérennité du système de santé et des principes sur lesquels il repose* ».

---

de consultation d'un médecin non prescrit par le médecin traitant et le dépassement éventuel d'honoraires par un spécialiste non prescrit par le médecin traitant, et accepter l'institution des « franchises médicales » par L. n° 2007-1786 de financement de la Sécurité sociale pour 2008 (*J.O.* du 21 déc., p. 20603) : C.C. n° 2004-504 DC du 12 août 2004 (*Loi relative à l'assurance maladie*), *préc.* et – n° 2007-558 DC du 13 déc. 2007, *J.O.* du 21 déc., p. 20648 ; *Cahiers du Conseil constitutionnel* n° 24. Sur le montant et les plafonds fixés par le Gouvernement pour ces franchises, v. le décr. n° 2007-1937 du 26 déc. 2007 relatif à l'application de la franchise prévue au III de l'art. L. 322-2 du C.S.S., *J.O.* du 30 déc., p. 21973).

[1] Sur la controverse et les critiques soulevées par cette notion, *cf.* entre autres, M. BOUTEILLE, La démocratie sanitaire, *R.G.D.M.* 2007, n° 23, p. 23-41 et les références citées par l'auteur.

[2] Sur ce point, il est utile de se reporter aux arguments opposés par le Conseil constitutionnel dans sa décision n° 2004-504 DC pour justifier l'atteinte portée au droit à la vie privée par l'institution du dossier médical personnel et les sanctions financières accompagnant son « mésusage » par les patients. Il a en effet été considéré que ces dispositions étaient justifiées par leurs finalités « *qui sont, d'une part, d'améliorer la qualité des soins, d'autre part, de* réduire le déséquilibre financier de l'assurance maladie », sachant qu'il appartient au législateur de concilier les droits constitutionnels de l'individu, dont son droit au respect de la vie privée, aux « *exigences de valeur constitutionnelle qui s'attachent tant à la protection de la santé, qui implique la coordination des soins et la prévention des prescriptions inutiles ou dangereuses, qu'à* l'équilibre financier de la sécurité sociale » (mots soulignés par nous).

[3] C. SAUVAT, *Réflexions sur le droit à la santé*, *op. cit.*, p. 201, n° 242.

Est-ce à dire pour autant qu'il existe (ou existerait) une obligation juridique de prendre soin de sa propre santé ? Mme DEGUERGUE a bien montré l'inconsistance d'un impératif juridique aussi généralement formulé[1]. En dépit de la juridicisation de la protection de la personne contre elle-même, notre ordre juridique accepterait mal une atteinte aussi générale à la liberté qui implique en particulier que l'individu « *ne puisse subir de contraintes excédant celles qu'imposent la sauvegarde de l'ordre public ou le respect des droits d'autrui* »[2]. On ne saurait donc affirmer que l'obligation à la protection de sa santé relève, en elle-même et pour elle-même, du champ de l'ordre public sanitaire. Mme DEGUERGUE souligne ainsi avec raison que l'obligation dont il est question ne présente pas les qualités d'une obligation juridique de faire ou de ne pas faire, mais qu'elle exprime essentiellement une « *recommandation de bonne conduite* »[3].

701 On se doit cependant de constater que le cadre théorique et juridique de cette obligation existe bien aujourd'hui. Sa philosophie inspire un certain nombre de principes ou de règles du droit positif, ce qui participe à ce mouvement de saisie de la santé individuelle par le droit public. Au-delà même de la question du financement pérenne du système de soins, se pose pour l'État celle de sa capacité matérielle à assurer la sécurité pour la santé et, notamment, à gérer des risques sanitaires, qui, sans cesse plus nombreux et complexes, ne se lassent pas de surprendre sa vigilance[4]. Dans un contexte marqué par une exigence toujours croissante de protection, la seule solution envisageable pour l'État est de faire des individus des agents à part entière de la sécurité, soit par la définition de règles de sécurité qui, à l'analyse, relèvent de véritables mesures d'autoprotection[5], soit par des actions de responsabilisation, qui présentent le mérite de concilier l'obligation faite à l'État de protéger la santé publique et le libre-arbitre de l'individu.

Ceci explique la récente mais constante revalorisation de la politique de prévention et de promotion de la santé qui supporte les actions et les campagnes d'éducation à la santé. Bien sûr, ces campagnes d'information, qui ne sont pas l'apanage de l'État, visent d'abord à éduquer les citoyens[6]. Elles sont donc *a priori* dépourvues de tout caractère normatif, ce qui empêche la sanction des comportements « irresponsables ». L'individu

---

[1] M. DEGUERGUE, L'obligation de mener une vie saine ?, *op. cit.*, p. 13-23.

[2] C.E., ord., 8 sept. 2005, *Garde des Sceaux – Min. de la Justice c. M. X.*, préc.

[3] M. DEGUERGUE, L'obligation de mener une vie saine ?, *op. cit.*, p. 23.

[4] Sur ce point, se reporter à J.-B. AUBY, Le droit administratif dans la société du risque…, *op. cit.*, p. 351-357.

[5] Qui privent dès lors les individus du droit de prendre des risques. On en revient ici à l'exemple de la lutte contre les accidents domestiques qui, sous couvert de protection des personnes, conduit la puissance publique à régenter de plus en plus minutieusement la vie privée et le comportement des citoyens. V. D. ROMAN, « A corps défendant »…, *op. cit.*, p. 1284-1293.

[6] V. sur ce point, G. DRAGO, L'éducation pour la santé : attribut du droit à la protection de la santé, in L'intervention publique face au respect des libertés individuelles, in *L'Éducation en santé : enjeux, obstacles, moyens*, Actes du colloque pluridisciplinaire de Rennes des 24 et 25 sept. 1998, Paris, 2001, éd. du C.F.E.S., p. 57-65 et Ph. LECORPS, Les niveaux de l'intervention et l'absence de cohésion entre les différents acteurs, *ibid.*, p. 107-112.

libre et autonome est, en principe, « maître de sa santé ». De même qu'il est normalement libre de refuser les soins qui lui sont recommandés par son médecin, il est tout aussi libre de suivre ou de ne pas suivre les préconisations de santé publique. Si obligation juridique il y a, elle ne pèse donc que sur l'État dont la responsabilité pourrait être engagée du fait de sa carence à informer le public de risques sanitaires évitables[1].

Il reste que l'incitation est très forte. D'une part, il est aujourd'hui difficile d'échapper à la pression sociale du « *sanitairement correct* »[2], qui est parfois aussi efficace, sinon plus, que la règle de droit[3]. D'autre part, les choix ainsi éclairés des individus peuvent intervenir dans l'évaluation juridique de leur comportement, ce qui revient alors à donner des effets normatifs à ces règles de bonne conduite. C'est ce qu'illustre notamment l'arrêt de la Cour d'appel d'Orléans du 10 septembre 2001 qui a considéré que « *nul ne peut ignorer les méfaits du tabac* » pour rejeter les actions en responsabilité formée contre la S.E.I.T.A. par les ayants-droits d'un incorrigible fumeur, décédé des conséquences de son vice[4]. Pour les juges, le défunt, « *gardien de son comportement* », qualifié « *d'excessif* », « *était seul à même de prendre les décisions qui s'imposaient* ».

On en trouvera une autre illustration dans la motivation d'une ordonnance du juge aux affaires familiales de Marseille qui, pour évaluer la capacité d'une jeune mère à prendre soin de sa fille, a tenu compte de son comportement sanitaire : « *X. est une jeune femme de dix-neuf ans,* tabagique*, immature, au verbe haut et agressif, qui n'entend recevoir de conseils de personne […]. Malgré ses maladresses et son inexpérience, X. entoure sa fille d'affection, joue et rit avec elle […].* Elle est incapable de s'arrêter de fumer, compromettant tant sa santé *que celle de l'enfant* »[5]. Le dernier exemple sera emprunté à Mme DEGUERGUE qui a souligné la présence de la philosophie de l'obligation de mener une vie saine dans le contentieux relatif à la responsabilité hospitalière[6]. Mme DEGUERGUE se réfère en particulier au principe de la jurisprudence *Bianchi*, qui

---

[1] On sait que l'ordre public sanitaire rénové par le droit fondamental à la protection de la santé impose à l'État qu'il délivre au public l'information sanitaire qui est nécessaire aux individus pour la gestion « libre et éclairée » de leur état de santé : *cf. supra* n°s 510-511.

[2] La formule est empruntée à M. TRUCHET : L'intervention publique face au respect des libertés individuelles, in *L'Éducation en santé : enjeux, obstacles, moyens*, *op. cit.*, p. 98 et Avant-propos sur le colloque de l'A.F.D.S., *Les obligations du patient*, *op. cit.*, p. 11.

[3] Sur ce point, *cf.* notamment D. TRUCHET, L'intervention publique face au respect des libertés individuelles, *op. cit.*, p. 94-100.

[4] C.A. d'Orléans, 10 sept. 2001, *S.A. SEITA c. Cts Gourlain*, préc. Dans un sens comparable, v. également Cass. civ. 1ère, 8 nov. 2007, *Suzanne Y.*, n° 06-15873, *Bull. civ.* I, n° 350 ; *D.* du 3 janv. 2008, n° 1, p. 50, obs. J. REVEL ; *B.I.C.C.* n° 677 du 1er mars 2008, p. 5, comm. et p. 48, inf. 352.

[5] T.G.I. de Marseille, ord. du J.A.F. du 9 mars 2000, *J.C.P.* 2001, II, 10590, note A. BUGADA (les mots sont soulignés par nous). Dans son article « Kant contre Jéhovah… » (*op. cit.*, p. 3158, note 27), Mme HENNETTE-VAUCHEZ, se réfère à cet exemple pour souligner non seulement les incohérences, mais aussi les dangers de la transposition en droit de la loi morale d'universalisation possible des choix : le fait que le comportement ne soit pas universalisable ne doit pas servir à fonder une évaluation juridique, normative, du comportement de l'individu.

[6] M. DEGUERGUE, L'obligation de mener une vie saine ?, *op. cit.*, p. 18-19.

subordonne la responsabilité sans faute de l'établissement de santé en cas d'accident thérapeutique à la condition qu'aucune raison ne permette de penser que le patient ait été particulièrement exposé au risque qui s'est réalisé. Cela suppose, comme le remarque l'auteur, que le malade qui a adopté un comportement dangereux pour sa santé pourra être considéré comme s'étant lui-même exposé à subir un risque d'accident en cas d'intervention médicale[1].

702 Loin de nous l'idée de condamner cette évolution et, encore moins, le développement de l'éducation à la santé. Cette politique de santé publique, « *initiatrice, éducative et responsabilisante, sur le plan individuel comme sur le plan collectif* »[2], est évidemment utile, même si l'on peut craindre que son efficacité soit peu à peu amoindrie par la banalisation des messages de santé. Encore faut-il être conscient de toutes les facettes du phénomène, car la puissance publique y trouve aussi un levier d'encadrement de la santé. Cette politique sert ainsi à l'État, en plus des mesures contraignantes d'autoprotection, à la régulation des comportements sanitaires qui, pour être encore souple, n'en est pas moins de plus en plus présente et pesante. Une fois encore, il faut admettre que le droit fondamental à la protection de la santé favorise le recul des frontières de la sphère privée au profit de la normalisation sanitaire[3].

---

[1] Mme DEGUERGUE illustre ce propos en se référant à une affaire qui, tranchée par un arrêt du Conseil d'État du 14 oct. 2002, mettait – encore ! – en cause « l'irresponsabilité » sanitaire d'un fumeur (*Mme Favre*, n°s 2106627 et 210884, inédit). Sur le rôle de l'imprudence fautive des victimes, v. encore les concl. de M. LEPERS sur C.A.A. de Douai, *A.J.D.A.* 2008, n° 14, p. 769. Il faut, dans le même sens, citer un arrêt de la Cour d'appel de Paris du 15 déce. 2005 qui, heureusement cassé par la première chambre civile du la Cour de cassation, avait considéré que la présomption prévue par l'article L. 3122-2 du C.S.P. pour l'indemnisation des personnes victimes du V.I.H. à la suite de transfusions sanguine, était détruite par la seule constatation de la conduite à risques de l'intéressé, alors même que l'enquête transfusionnelle ne permettait pas de contrôler la sérologie de tous les donneurs de sang : Cass. civ. 1ère, 20 déc. 2007, n° 06-20575, *B.I.C.C.* n° 679 du 1er avr. 2008, p. 66, inf. 553.

[2] M.-L. MOQUET-ANGER, Ordre public et santé publique, *op. cit.*, p. 207.

[3] Plus généralement, sur l'influence du concept de la personne humaine et des droits fondamentaux dans le renforcement du rôle de l'État, *cf.* X. BIOY, *Le concept de personne humaine en droit public. Recherche sur le sujet des droits fondamentaux*, Paris, Dalloz, 2003, coll. Nouvelle bibl. de Thèses, p. 634-754.

CONCLUSION DU CHAPITRE

703 La loi KOUCHNER qui définit le droit fondamental à la protection de la santé se situe sans doute dans une dynamique propice au développement de la liberté sanitaire, notamment par la promotion des droits subjectifs de la personne et l'affirmation du libre-arbitre de l'individu. Elle s'inscrit aussi dans la lignée de la loi du 1er juillet 1998 et annonce, comme le confirme celle du 9 août 2004, une nouvelle phase favorable à la sécurité[1]. On peut ainsi trouver dans la loi du 4 mars 2002 une étape décisive de la valorisation du principe de sécurité qui, dans le domaine de la santé comme en d'autres, prend peu à peu le pas sur celui de la liberté.

Or le nouveau privilège aujourd'hui donné à la sécurité conduit à une inversion des logiques premières de l'intervention publique en matière sanitaire. Par une sorte d'effet miroir, en effet, la situation actuelle est à l'exact opposé de celle qui prévalait au XIXe siècle. À l'hostilité affichée des citoyens à l'exercice de la puissance publique en matière de santé a succédé une forte demande de protection et de réglementation sanitaires ; à une définition prétorienne étroite des compétences d'action des autorités publiques s'est substituée une conception élargie de leurs obligations et de leurs prérogatives en matière de santé. Cette exigence accrue de protection sanitaire permet dès lors aux pouvoirs publics de développer leur engagement tant dans le domaine de la santé publique que dans celui de la santé individuelle. Au-delà du renforcement de ses obligations, c'est bien un nouveau titre d'intervention que l'État a trouvé dans le droit fondamental à la protection de la santé.

La question essentielle est alors de savoir jusqu'où cette intervention est possible et, notamment, si elle peut conduire, sous couvert de protection sociale, à généraliser, l'interdiction de comportements autodestructeurs qui, sans être illicites ni nuire directement à autrui, sont signalés comme néfastes ou dangereux par les autorités sanitaires. Malgré le développement de l'ordre public de protection individuelle, des mesures générales et absolues, assorties de sanctions pénales ou administratives, ne sont guère envisageables. La sanction financière de « l'irresponsabilité sanitaire » envers soi-même est en revanche concevable dans un contexte où le coût de la santé paraît conduire les pouvoirs publics à en reconsidérer le prix[2].

---

[1] V. en ce sens, D. TRUCHET, Introduction au colloque de l'A.F.D.S. du 13 juin 2003, *op. cit.*, p. 11.

[2] Outre l'instauration des franchises médicales, en vigueur depuis le 1er janvier 2008, on pense ici à la suppression, pour des motifs financiers, de l'obligation de certificat médical prénuptial, qui a pourtant joué un rôle important dans la prévention, à la suspension de l'obligation de vaccination contre la tuberculose, alors que de nouveaux foyers de la maladie apparaissent, ainsi qu'aux défaillances majeures de l'État dans la protection de la santé des « parias » de la société : sans-abris, étrangers en situation irrégulière ou détenus.

CONCLUSION DU TITRE

704 Le paternalisme sanitaire de l'État est aujourd'hui difficilement contestable. D'un côté, la valorisation du principe de sécurité tend à l'attirer vers les obligations de prudence et de diligence du bon père de famille. De l'autre, son devoir de protection de la santé des personnes le conduit à accroître son emprise sur la santé publique et individuelle et à mieux surveiller, encadrer et réguler les comportements sanitaires.

705 Certainement bienfaisant, ce paternalisme sanitaire profite aussi au retour en grâce de cette idée ancienne des hygiénistes de créer « *une démocratie de gens bien-portants, bien-pensants et bien-voulants* »[1]. Et c'est finalement par un mouvement de balancier qui n'est ni unique, ni même surprenant que se forme, ou plutôt se reconstitue, le concept de délinquance sanitaire[2].

La résurgence de cette notion, que l'on pouvait croire disparue, paraît logique et même souhaitable dès lors que la négligence, volontaire ou non, de certains porte préjudice à d'autres[3]. Il est toutefois de la responsabilité de l'État et de l'ensemble des pouvoirs publics de remettre à jour et de réévaluer les mécanismes de la responsabilité individuelle et personnelle. Celle-ci doit effectivement passer par la réglementation, mais à la condition qu'elle soit accompagnée d'une bonne information des citoyens sur la nature et l'étendue de leurs obligations et que la sanction de leur méconnaissance soit effective[4]. Cela suppose donc une volonté politique réelle de responsabiliser les individus, ce qui suggère, en particulier, la mise en place des moyens de contrôle nécessaires au respect des règles imposées pour le bien de la collectivité[5]. En tout état de cause, il n'est pas anormal de considérer que chacun doit contribuer au bien commun, soit de manière

---

[1] L. BOURGEOIS, cité par P. ROSANVALLON, *L'État en France de 1789 à nos jours*, *op. cit.*, p. 131.

[2] Ce que confirme, entre autres, la L. n° 2007-297 du 5 mars 2007 relative à la prévention de la délinquance, préc.

[3] Il faut d'ailleurs reconnaître que sa logique n'a jamais disparu du droit positif. Celui-ci a maintenu de nombreuses interdictions ou obligations de faire qui, pesant sur tous et chacun en particulier, sont destinées à la protection de la santé collective. La sanction des infractions a, en revanche, été longtemps négligée.

[4] Le décr. n° 2007-1388 du 26 sept. 2007 précité pris pour l'application de la L. n° 2007-297 du 5 mars 2007 a ainsi renforcé les peines d'amende punissant « *le fait de déposer, d'abandonner, de jeter ou de déverser, en lieu public ou privé, à l'exception des emplacements désignés à cet effet par l'autorité administrative compétente, des ordures, déchets, déjections, matériaux, liquides insalubres ou tout autre objet de quelque nature qu'il soit, y compris en urinant sur la voie publique, si ces faits ne sont pas accomplis par la personne ayant la jouissance du lieu ou avec son autorisation* » (art. R. 632-1 C.P.). Il reste que l'éducation sanitaire sur de tels sujets, pourtant essentiels, est quasi-inexistante. L'information du public sur ce point reste dans les limbes de l'implicite et des non-dits.

[5] Cela paraît être le sens actuel de l'évolution du droit en matière de vaccination obligatoire. Il reste à savoir si les obligations prévues par le C.S.P. seront bien explicitées et les sanctions effectivement appliquées.

négative, en s'abstenant de commettre des actes préjudiciables aux tiers, soit de manière positive, en adoptant des comportements favorables à la santé de tous.

Le retour du concept de délinquance sanitaire est, en revanche, plus problématique s'il s'agit pour les pouvoirs publics d'entamer encore le libre-arbitre de chacun dans l'idée que « *de bonnes règles de vie, favorisées, voire imposées, par de bonnes règles de droit, banniront le danger, conjureront la mort* »[1]. Un tel programme repose sur un raisonnement proche du sophisme qui, en partant de l'idée que ce qui nuit à autrui nuit à la société, aboutit à considérer que nuit à la société tout ce qui nuit à l'un de ses membres[2]. Dans ce contexte, la promotion des valeurs sociétales est substituée à la protection de l'ordre social : la règle de droit n'a plus pour objectif d'assurer les conditions de sécurité nécessaires à l'exercice harmonieux des libertés, mais de protéger chaque individu contre tous les dangers, y compris ceux qu'il crée pour lui-même.

706 On reprendra à notre compte la célèbre mise en garde de René CHAPUS à laquelle fait écho M. CHAUVAUX dans ses conclusions sur l'arrêt *Senanayake*. On partage avec ce dernier le sentiment que c'est une assez triste application du principe de liberté que de laisser mourir une personne que l'on pourrait sauver par des gestes simples. Cependant, il semble impossible, car dangereux, de s'écarter de « *principes bien établis qui touchent au fondement de notre ordre juridique* »[3]. La liberté consiste à faire tout ce qui ne nuit pas à autrui, précise la Déclaration française des Droits de l'Homme. « *C'est d'une toute autre liberté qu'il s'agirait si on la concevait comme le pouvoir de faire tout ce qui ne nuit pas "à la société"* »[4].

---

[1] G. CARCASSONNE, Société de droit contre État de droit, *op. cit.*, p. 38.

[2] Sur cette redéfinition d'« autrui », *cf.* notamment G. ARMAND, L'ordre public de protection individuelle, *op. cit.*, p. 1594-1600.

[3] D. CHAUVAUX, *loc. cit.*, *R.F.D.A.* 2002, p. 151.

[4] R. CHAPUS, *Droit administratif général, op. cit.*, t. 1, n° 912.

CONCLUSION DE LA PARTIE

707 Lié à l'émergence et au développement de la sécurité sanitaire, le renouveau de la santé publique marque indiscutablement le point de départ de la renaissance de l'ordre public sanitaire. Celle-ci se remarque d'abord dans la résurgence de la notion et, surtout, le remploi de ses instruments : la police et le contrôle de santé publique. On l'observe ensuite dans le développement exponentiel des règles impératives de santé publique qui encadrent de plus en plus fortement les activités et les comportements sociaux et individuels. Si l'on doit considérer que l'évolution de notre société est marquée par la succession de phases tantôt propices à la liberté, tantôt favorables à la sécurité, il est clair, qu'à l'heure actuelle, c'est sur cette dernière que les pouvoirs publics mettent l'accent. Il n'est dès lors guère surprenant de constater que cet essor de la santé publique et des impératifs de la sécurité s'accompagne du renouveau de l'ordre public sanitaire. Mais plus que d'un renouveau, c'est bien d'une réactualisation de l'ordre public sanitaire dont il faut parler, celle-ci en dévoilant au fond une réelle transformation.

En premier lieu, l'ordre public sanitaire s'inscrit désormais dans le cadre d'une politique positive de protection sanitaire qui lui donne une dimension offensive nouvelle. Il ne suffit plus aujourd'hui que les autorités sanitaires répondent aux risques constatés ; l'objectif est bien d'empêcher au plus tôt leur développement, si ce n'est d'éviter leur apparition. Or cet objectif se développe dans le cadre nouveau de la société du risque, où chacun a pris conscience de l'omniprésence du risque sanitaire en même temps que de son caractère diffus et parfois soudain, si ce n'est imprévisible. Cela explique le succès de la méthode probabiliste du rapport bénéfices-risques et le développement de structures et de systèmes de surveillance, d'expertise et d'évaluation continues des risques qu'il ne s'agit plus uniquement de prévenir, mais encore de gérer et de réguler.

En second lieu, l'ordre public sanitaire se situe dans le nouveau cadre humaniste qui est celui de la modernité. Ce n'est plus l'homme-citoyen qui est au cœur du droit, mais bien la personne humaine, qui dispose en tant que telle de droits et de libertés inaliénables et imprescriptibles, dont le droit à la vie et à l'intégrité physique. Or l'ancrage de la santé publique dans la fondamentalité des droits de la personne humaine a profondément modifié ses modes d'administration et d'expression. D'une part, et quoiqu'on dise de la notion de « démocratie sanitaire », il y a bien une démocratisation progressive de la santé publique. Au-delà de la présence nouvelle mais croissante des

usagers dans les services, organismes et établissements de santé, on l'aperçoit dans le développement de la participation directe ou indirecte de la représentation civile dans les structures d'orientation ou de décision de santé publique. D'autre part, les liens établis entre les droits fondamentaux et la santé publique ont singulièrement renforcé l'ordre public sanitaire en l'associant à un instrument de la mise en œuvre du droit fondamental à la protection de la santé. On a vu que ce renforcement de l'ordre public sanitaire s'exprime tant au niveau de sa légitimité que du point de vue de ses traductions positives : l'ordre public sanitaire est aujourd'hui définitivement perçu comme une obligation pesant sur les pouvoirs publics, responsables et comptables de la santé des personnes qui disposent en la matière d'une véritable créance de sécurité.

708 Deux remarques s'imposent ici. On soulignera, tout d'abord, que cette inversion des logiques initiales de l'ordre public sanitaire ne remet pas en cause ses caractéristiques premières. Que l'on se situe ou non dans l'optique du droit fondamental à la protection de la santé, les règles de santé publique se distinguent toujours par leur caractère impératif et obligatoire. Comme le relève M. TABUTEAU, les règles de protection de la santé publique bénéficient d'un statut juridique privilégié et s'imposent aussi bien aux personnes compétentes pour les édicter qu'à leurs destinataires[1]. Il faut, ensuite, se garder de considérer que la sécurité sanitaire a entièrement absorbé l'ordre public sanitaire. La sécurité sanitaire n'est pas tout l'ordre public sanitaire. Celui-ci comprend des impératifs qui lui sont étrangers, tels que l'hygiène et la salubrité publiques qui relèvent de cadres juridiques anciens et dont la réactualisation est encore récente[2].

709 Il reste que l'évolution contemporaine est bien celle d'un essor remarquable de l'ordre public sanitaire qui dévoile le renouveau d'une phase propice à la sécurité. On observera, avec M. TRUCHET, que le rééquilibrage actuel du balancier sécurité-liberté vers la sécurité ne remet pas en cause les acquis précédents. Les droits et les libertés reconnus aux personnes en matière de santé ne sont pas, bien au contraire, remis en cause[3]. On relèvera en outre que ce phénomène n'est pas propre à la santé publique, mais qu'il touche les autres composantes de l'ordre public et, en particulier, la sûreté des personnes et la lutte contre la délinquance, largement développées ces dernières années[4]. Si l'évolution en cours apparaît de manière si flagrante dans le cadre de la santé publique,

---

[1] D. TABUTEAU, *La Sécurité sanitaire*, 2e éd., *op. cit.*, p. 216 s.

[2] On peut en effet fixer le point de départ de la « modernisation » de ces dispositifs dans la loi n° 2004-806 du 9 août 2004, préc.

[3] D. TRUCHET, Avant-propos, in *Les obligations du patient*, *op. cit.*, p. 11.

[4] La tranquillité publique révèle également la même évolution. Il suffit pour s'en convaincre de constater le développement des arrêtés municipaux « anti-mendicité » (C.E., 9 juill. 2003, *M. Lecomte et Assoc. A.C. Conflent*, n° 229618, *Rec.* tables, p. 888 ; *A.J.D.A.* 2003, p. 2710 ; *B.J.C.L.* 2003, p. 816, concl. T. OLSON ; *Coll. terri-intercomm.* 2003, n° 194, comm. J. MOREAU), « anti-prostitution » (Circ. du min. de l'Intérieur n° INT/D/02/ 00165/C du 23 août 2002 relative aux arrêtés municipaux concernant la prostitution sur la voie publique, *www.journaldesmaires.com* et T.A. de Caen, 18 nov. 2003, *Préfet du Calvados*, n° 03-462, *A.J.D.A.* 2003, p. 2175, obs. C. BIGET) ou « anti-bivouac » (*cf.* M.-C. de MONTECLER, *A.J.D.A.* 2003, p. 262).

c'est essentiellement parce que l'ordre public sanitaire est, jusqu'à l'affaire du sang contaminé, resté figé dans des cadres fixés au début du XXe siècle.

710 Ce « gel » de l'ordre public sanitaire explique l'oubli de ses impératifs premiers, largement négligés par l'État dans la seconde moitié du siècle. Il a aussi largement contribué au recul de la réflexion juridique, politique et philosophique sur son fondement, sa fonction et ses enjeux. Le contraste est particulièrement marqué entre la fin du XIXe et le début du XXe, où se multipliaient études et thèses sur l'hygiène publique et la police sanitaire, et le silence quasi-total de la doctrine à compter de la Seconde guerre mondiale. Il n'est donc pas étonnant que l'apparition du sida, puis l'affaire du sang contaminé aient fait naître un véritable sentiment de « découverte » de la santé publique et de l'ordre public sanitaire que l'abondance de littérature actuelle dévoile aussi bien que la frénésie réformatrice des pouvoirs publics. On constate ainsi, depuis quelques années, la multiplication de discours et d'écrits doctrinaux ou de droit positif affirmant la fondamentalité de la protection de la santé des personnes et l'obligation des pouvoirs publics de l'assurer. La prévention collective des risques sanitaires est désormais clairement conçue, ou plutôt repensée, comme une fonction régalienne, un devoir de l'État ancré dans sa mission première de protection de la sécurité des personnes. Et cette fonction est aujourd'hui placée sous le sceau du prima de la dignité de la personne humaine, dont les droits à la vie et la protection de l'intégrité physique, situés au premier rang des droits fondamentaux, appuient l'obligation faite à l'État d'assurer à tous et à chacun la protection de sa santé.

711 On ne peut pour autant y voir de construction totalement nouvelle : il s'agit bien là de la renaissance d'impératifs oubliés et d'une prise de conscience de la fondamentalité de la protection de la santé publique. Si l'on y prête attention, en effet, l'affirmation de la protection de la santé parmi les droits de la personne n'est pas si éloignée des discours fondateurs de l'ordre public sanitaire moderne. En 1891, Henri MONOD justifiait la protection collective de la santé et la police sanitaire par la liberté de vivre et de ne pas être infecté qui doivent « *avoir le pas sur la liberté de tuer* »[1]. Plus explicite encore, Léon JOUARRÉ affirmait dans une thèse de droit soutenue en 1899 que la protection de la santé publique est nécessaire à la garantie du « *droit le plus sacré, le droit de vivre* »[2].

Il demeure que la « redécouverte » de cette évidence a suscité un enthousiasme qui, au-delà de la renaissance de l'ordre public sanitaire, a aussi forcé ses cadres vers des objectifs nouveaux, qui paraissent parfois difficilement compatibles avec les logiques d'un État de droit libéral.

---

[1] H. MONOD, Les mesures sanitaires en Angleterre depuis 1875 et leurs résultats, *loc. cit.*, p. 79.

[2] L. JOUARRÉ, *Des pouvoirs de l'autorité municipale en matière d'hygiène…*, *loc. cit.*, p. 2.

CONCLUSION GÉNÉRALE

712 De sa naissance à sa renaissance, l'ordre public sanitaire a subi les bouleversements les plus certains. Dans son principe tout d'abord : alors que l'ordre public sanitaire est né de l'impératif très général de la sûreté, la notion puise aujourd'hui sa raison d'être dans le droit à la protection de la santé, officiellement affirmé comme un principe de valeur constitutionnelle et un droit fondamental de la personne humaine. Dans sa finalité ensuite : l'association de l'ordre public sanitaire au droit à la protection de la santé a modifié le sens premier de la notion qui n'est plus exactement, ou plus seulement, un instrument de régulation et d'harmonisation des libertés publiques, mais un élément à part entière de la protection de la santé des personnes. Partant, l'ordre public sanitaire prend une coloration positive nouvelle pour s'affirmer comme un instrument de la sauvegarde du principe matriciel de la dignité humaine qui suppose notamment que soient protégées la vie, la santé et l'intégrité physique des personnes. Dans son contenu enfin, car la refondation de l'ordre public sanitaire sur le droit fondamental à la protection de la santé s'est accompagnée d'un enrichissement substantiel de ses impératifs. L'ordre public sanitaire a été élargi à de nouveaux éléments : celui de la sécurité sanitaire d'une part, qui assigne aux autorités publiques un objectif positif de sécurité pour la santé des personnes, et celui de l'égal accès aux soins d'autre part, dès lors que la dignité humaine implique que soient prévenues ou combattues toutes formes possibles d'atteintes à la santé physique.

713 Ces transformations correspondent à une double évolution. D'un côté, la valorisation du principe de sécurité, qui est au cœur de l'ordre public sanitaire, a favorisé la reconnaissance du droit fondamental à la protection de la santé, élément essentiel de la dignité de la personne humaine, qui impose de prévenir et de combattre tous les risques sanitaires, quelles qu'en soient la nature et la cause. De l'autre, l'affirmation du droit fondamental à la protection de la santé a donné une légitimité nouvelle à l'ordre public sanitaire qu'elle a renforcé et, d'une certaine manière, singularisé en en faisant un élément de sa garantie.

Cette singularisation achève la construction juridique d'une notion qui, quoiqu'ancienne et enracinée au cœur des missions régaliennes, a, peut-être mal comprise, été longtemps et largement négligée (I). Dans le même temps, elle est à l'origine de nouvelles perturbations de l'ordre public sanitaire qui, au-delà des enjeux

spécifiques à la santé, témoignent des évolutions actuelles des fins du droit public moderne[1] (II).

I.- L'ACHÈVEMENT DE LA CONSTRUCTION JURIDIQUE DE L'ORDRE PUBLIC SANITAIRE

714 Le premier mérite du rattachement de l'ordre public sanitaire au droit à la protection de la santé est qu'il a donné une légitimité nouvelle et renforcée à la santé publique. Celle-ci n'est plus perçue comme une valeur liberticide, mais bien comme une branche des politiques publiques protectrice des administrés et de leurs droits. Partant, l'ordre public sanitaire a clairement pu être affirmé comme une obligation régalienne, puisant sa source dans la recherche de la sécurité, qui est au cœur du contrat social. Si l'ordre public sanitaire relève bien d'une norme contraignante, celle-ci s'exprime d'abord et avant tout à l'encontre de l'administration.

715 L'importance de la fonction du maintien de l'ordre public sanitaire suppose en effet que les autorités de police et l'administration dans son ensemble interviennent dans toutes les circonstances où il est indispensable d'agir, où la santé publique serait, sinon, gravement compromise avec les conséquences que cela implique tant pour la collectivité que pour les personnes qui la composent. *Le maintien de l'ordre public sanitaire n'est donc pas facultatif, mais obligatoire.* Ce principe, clairement affirmé par la jurisprudence *Doublet*[2], implique la compétence liée de l'administration. Celle-ci ne peut renoncer à son obligation en se dessaisissant de ses prérogatives de puissance publique ou, plus simplement, en négligeant d'en faire usage alors que son intervention s'impose, soit pour l'application d'une norme supérieure, soit pour l'édiction d'une mesure initiale que la situation rend nécessaire. *La protection de la santé publique tolère certes l'abstention, mais celle-ci ne doit pas être le reflet d'une carence ou d'une négligence*. Il faut qu'elle exprime une véritable décision motivée par une juste appréciation de la situation qui, reposant sur la méthodologie du rapport bénéfices-risques, la justifie en droit comme en fait.

De la même manière, il faut admettre que *si le maintien de l'ordre public sanitaire supporte l'échec, il ne peut, en revanche, accepter l'insuffisance*. Il est couramment admis que, sous réserve de l'urgence, les autorités de police administrative conservent une marge de pouvoir discrétionnaire quant au choix du moment et des moyens de leur action. En matière de santé publique, cette marge de liberté est considérablement réduite, la jurisprudence ayant étroitement ligoté l'administration. L'ordre public sanitaire emporte déjà une obligation essentielle de diligence, les autorités publiques perdant, en

---

[1] Nous empruntons l'expression à R.-E. CHARLIER (*R.D.P.* 1947, p. 127-162).

[2] C.E., Sect., 14 déc. 1962, *Doublet*, préc.

dehors même de l'urgence, la liberté de choisir le moment de leur action. Celle-ci s'impose nécessairement dès lors qu'apparaît un risque potentiellement grave pour la santé publique, sachant que le Conseil d'État a, dans ses arrêts du 3 mars 2004, imposé aux autorités sanitaires de se tenir elles-mêmes informées de ces risques, tant en amont qu'en aval de leur intervention[1]. La protection de la santé publique, ou plus exactement la fonction du maintien de l'ordre public sanitaire, s'inscrit dans un processus continu de surveillance, d'évaluation et d'action qui réduit d'autant la marge de liberté des autorités publiques dans la gestion des risques. L'ordre public sanitaire impose ensuite une obligation de proportionnalité des moyens employés et des mesures adoptées, ce qui, là encore, place l'administration dans une situation de compétence liée. D'une part, il est interdit aux autorités de police sanitaire d'adopter des mesures qui, quoique favorables à la santé publique, sont inutilement restrictives des libertés. D'autre part, l'administration, dans son ensemble, doit prendre toutes les mesures nécessaires pour parvenir au but recherché. Cela implique alors qu'elle mette en œuvre *tous* les moyens dont elle dispose pour prévenir ou faire cesser un risque pour la santé publique, mais elle doit encore, et au-delà, choisir la ou les mesures qui, au regard de la situation et en l'état des connaissances scientifiques, promet le plus haut niveau de protection. Cette obligation de proportionnalité étendue à l'efficacité s'inscrit elle aussi dans le temps, les mesures adoptées devant être régulièrement réévaluées et, en cas de besoin, être révisées.

716 Il apparaît alors que si l'ordre public sanitaire justifie, et parfois exige, l'usage des procédés classiques de la police administrative[2], il ne peut, en revanche, s'en contenter. On a eu l'occasion de souligner qu'aucun texte ni aucun principe juridique n'impose la police administrative comme l'activité exclusive du maintien de l'ordre. Retenir une telle conception reviendrait à donner une lecture déformée de la notion d'ordre public qui, norme de but, ne se définit pas par ses effets limitatifs ou privatifs des libertés, mais par sa fonction protectrice des valeurs essentielles de la société. D'une part, il serait illogique et contraire aux principes du droit français d'exiger de l'administration qu'elle emploie des moyens contraignants et coercitifs lorsqu'elle peut l'éviter[3]. D'autre part, la prescription de police n'est pas toujours, en pratique, le mode d'intervention le plus adapté à la prévention des risques sanitaires. L'efficacité commande la mise en place d'un dispositif complet et organisé de veille, d'évaluation et d'actions de natures juridiques très différentes. Cela ne va sans poser un certain nombre de problèmes tenant, en particulier, à l'ampleur des moyens humains, matériels et financiers qu'exige aujourd'hui la gestion des risques. Il faut par ailleurs relever qu'une telle conception de la fonction de police

---

[1] C.E., Ass., 3 mars 2004, *Min. de l'Emploi et de la Solidarité…* (4 esp.), préc.

[2] On entend par là l'usage de la prescription unilatérale à portée générale et impersonnelle ou individuelle.

[3] C'est bien en ce sens qu'il faut comprendre le remplacement progressif de l'obligation vaccinale par la recommandation qui relève toujours de l'exercice de la police administrative, en dépit de ses effets non contraignants pour les individus.

administrative est de nature à en transformer la définition à défaut d'en affecter le sens[1]. Il n'en demeure pas moins que le maintien de l'ordre public sanitaire exige, bien au-delà de la prescription unilatérale, l'emploi de procédés non contraignants qui, telles l'alerte sanitaire ou l'information du public, la surveillance et l'évaluation des risques, l'assainissement ou la distribution de moyens de protection en cas d'accident ou d'épidémie, consistent en des prestations matérielles ou immatérielles de service public.

717 Au total, il apparaît donc que l'ordre public sanitaire s'impose bien aujourd'hui comme une fonction régalienne et obligatoire de l'État, ce qui suppose notamment que l'administration mette en œuvre tous les moyens dont elle dispose pour prévenir ou faire cesser les situations susceptibles de compromettre la santé publique, avec tous les risques que telles situations comportent pour la collectivité et les administrés. L'ordre public sanitaire pèse d'abord sur les pouvoirs publics : responsables et comptables de la santé des populations, ils sont les principaux débiteurs d'une créance très exigeante de sécurité *par* et *pour* la santé. Celle-ci, aujourd'hui tirée du droit fondamental à la protection de la santé, est en réalité consubstantielle à la sûreté sans laquelle les droits et les libertés de l'Homme ne pourraient durablement s'exercer.

Sur ce point, le rattachement de l'ordre public sanitaire au droit fondamental à la protection de la santé a très certainement contribué à l'achèvement de la construction intellectuelle et juridique de l'ordre public sanitaire. Il reste que ce rattachement perturbe également la notion, dont elle a notamment rompu l'homogénéité. Rénové par le droit fondamental à la protection de la santé, l'ordre public sanitaire soumet l'État à une obligation positive de protection de la santé, qui, dans le contexte nouveau de la société du risque, conduit à de nouvelles incertitudes.

II.- LE RENOUVELLEMENT DES PRINCIPES FONDATEURS DE L'ORDRE PUBLIC SANITAIRE

718 La rénovation de l'ordre public sanitaire est sans doute le fruit d'un retour à l'obligation de sécurité de l'État et d'une prise de conscience de l'importance de sa mission de prévention des risques sanitaires. Il n'est dès lors pas surprenant d'en trouver l'origine dans l'émergence et le développement de la sécurité sanitaire qui, plus que donner naissance à une politique spécialisée, a initié un renouveau global du droit de la santé[2]. Il faut toutefois convenir que l'explosion de la sécurité sanitaire a aussi provoqué de nouvelles scissions du droit de l'ordre public sanitaire. On observe ce phénomène au niveau de son administration et de ses instruments, mais aussi dans la norme elle-même,

---

[1] J.-B. AUBY, Le droit administratif dans la société du risque, *op. cit.*, p. 356.

[2] D. TABUTEAU, La sécurité sanitaire et le droit de la santé, *op. cit.*, p. 834.

aujourd'hui divisée entre la prévention et la précaution, la préservation de la santé collective et la protection des santés individuelles.

719 Il n'existe donc plus *une*, mais *des* normes d'ordre public sanitaire qui, répondant à des impératifs différents, ne produisent pas toutes les mêmes effets en termes d'habilitation et d'obligation à agir de la puissance publique, ni n'emportent les mêmes conséquences sur l'exercice des libertés publiques. Dans tous les cas, l'ordre public sanitaire constitue bien une source de légalité. Il autorise en particulier les autorités de puissance publique à intervenir *extra* voire *contra legem* dès lors qu'apparaît un risque sanitaire qui, excédant ceux que la société peut tolérer, est constitutif d'un trouble à l'ordre public. Néanmoins, la nature des risques visés (qui peuvent être collectifs ou individuels), le moment de l'action (différemment apprécié selon que l'on se situe dans le cadre de la prévention ou de la précaution) comme la gravité de l'atteinte portée aux libertés (qui peut être nulle ou aller jusqu'à une obligation générale et absolue) varient selon le contexte de l'intervention publique.

720 Au-delà même de leur modernité, l'ordre public sanitaire de protection individuelle et la règle de précaution présentent quelques traits communs. D'une part, ces deux dimensions nouvelles de l'ordre public restaurent une marge importante de pouvoir discrétionnaire pour l'administration, laquelle n'est, pour l'instant, soumise à aucune obligation d'agir juridiquement sanctionnée. Précaution et protection des personnes contre elles-mêmes sont toutes deux invoquées par l'administration et par son juge au secours de mesures de police administrative dont la légalité ne serait sans doute pas reconnue dans le cadre classique de l'ordre public sanitaire. D'autre part, elles modifient toutes deux la définition du trouble à l'ordre public. La précaution la transforme en faisant reculer le seuil de connaissance à partir duquel les faits sont réputés être juridiquement établis ; l'ordre public de protection individuelle y intègre, pour sa part, des éléments de nature individuelle qui rompt avec l'exigence traditionnelle d'extériorité du risque. Enfin, il apparaît que, dans les deux cas, la limitation des libertés puise sa légitimité dans le même fait justificatif : la nécessité de parer à un risque sanitaire qui, non seulement grave, est aussi irréversible, soit celle de prévenir un risque mortel. On peut alors considérer que la perte d'homogénéité de la norme d'ordre public sanitaire correspond, *in fine*, à une reconstruction de ses principes directeurs. Ceux-ci, désormais ordonnés par les droits fondamentaux de la personne humaine, opèrent une distinction nouvelle entre la protection de l'intégrité physique des personnes et la conservation de la vie. Il faut ainsi dissocier deux normes bien distinctes d'ordre public sanitaire, selon le but poursuivi par l'administration. La première correspond à la protection de l'intégrité physique des personnes, but classique de l'ordre public sanitaire, qui, aujourd'hui achevée, pèse à titre principal sur les autorités publiques, et plus particulièrement sur l'État, responsable de la santé des populations. La seconde, d'apparition récente, vise plus spécialement à la

conservation de la vie. Agissant comme une source de compétences administratives, elle étend l'habilitation à agir des autorités de police pour admettre la légalité de mesures restrictives des libertés visant, soit à prévenir un risque qui, bien que collectif, n'est pas établi, soit à parer un danger qui, quoiqu'établi, ne présente pas de caractère collectif. Dans ce cadre, l'ordre public sanitaire intervient toujours comme une norme contraignante, mais celle-ci s'adresse principalement aux administrés et laisse une marge de liberté importante à l'administration. On renoue ainsi, quoique dans un autre champ, avec les logiques anciennes de l'ordre public sanitaire qui, relevant d'un large pouvoir discrétionnaire de l'administration, pèse à titre principal sur les administrés, comptables de leur comportement sanitaire envers la collectivité. Force est donc bien d'admettre que la rénovation de l'ordre public sanitaire par le droit fondamental à la protection de la santé a, tout en achevant sa construction, conduit à faire de celui-là une notion plurielle dans son sens, dans son contenu, dans ses principes et dans ses modalités de mise en œuvre.

721 Il faut sans doute voir dans cette évolution une conséquence logique de l'enchevêtrement croissant de la fonction régalienne de santé publique et de la mission constitutionnelle de protection de la santé des personnes. Le droit à la protection de la santé, aujourd'hui conçu comme le socle de toute législation, réglementation ou décision sanitaires, semble bien avoir accédé au rang d'un impératif autonome d'ordre public qui prolonge, enrichit et renforce l'interventionnisme de l'État en ce domaine.

722 Mais par delà cette problématique propre à la santé publique, il nous semble que ces perturbations sont aussi symptomatiques de l'évolution des fins du droit public moderne portée par la pénétration croissante des droits fondamentaux dans notre ordre juridique. « *Pour qu'un ordre soit pleinement satisfaisant, il faut qu'il prenne en compte une finalité et qu'il définisse les principes en vue de cette fin*, remarquait M. POLIN en 1995. *L'ordre, au sens fort, est celui que l'on peut comprendre et justifier* »[1]. Or il apparaît bien que l'ordre public n'a aujourd'hui de sens et de cohérence que si, à l'instar Pierre-Laurent FRIER, on le conçoit comme une fonction-fin de l'État qui, au-delà de l'« *idée d'œuvre libérale* »[2], vise d'abord à garantir le développement des libertés et des droits fondamentaux des personnes humaines[3]. C'est alors une nouvelle conception de l'État de droit, de ses valeurs substantielles, et, partant, de son rôle et de sa compétence qui émerge et se développe[4].

La théorie des droits fondamentaux sert sans doute à parachever l'État de droit, en ce qu'elle « *entend marquer la prééminence des droits fondamentaux, en tant que valeurs*

---

[1] R. POLIN, L'ordre public, in *L'Ordre public*, Actes du colloque de Paris des 22 et 23 mars 1995, *op. cit.*, p. 8.

[2] É. PICARD, *La notion de police administrative*, *op. cit.*, p. 399 s.

[3] P.-L. FRIER, *Précis de droit administratif*, *op. cit.*, p. 236.

[4] V. X. BIOY, *Le concept de personne humaine en droit public. op. cit.*, 913 p.

sociales, sur l'État »[1]. Celui-ci n'est donc plus l'auteur ni même le défenseur de ces droits, mais il en est le serviteur. Ce rôle implique, de sa part, une action positive destinée à en garantir l'effectivité et le développement[2]. Serviteur des droits fondamentaux, l'État en est aussi le moteur et le promoteur. Il doit non seulement les respecter, mais encore les faire respecter, ce qui, au demeurant, souligne la dimension objective de ces droits. Ce rôle offensif attribué à l'État l'éloigne alors de la figure de l'État-gendarme ou veilleur de nuit, sans pour autant correspondre à celle de l'État-social ou providence dès lors qu'il est admis que la protection sociale des personnes « vulnérables » justifie le recours à la contrainte, et, plus spécialement, à des mesures impératives d'autoprotection[3].

723 Ni gendarme, ni providence, l'État moderne répond à un nouveau paradigme qui en fait un État paternel. On assiste, d'un côté, à un développement massif de règles ou d'institutions de droit public qui, telles l'organisation du référé-liberté, la création du Défenseur des enfants[4], de la HALDE[5], du Contrôleur général des lieux de privation de libertés[6] ou la promotion législative des droits-attributs de la personne, sont destinées à garantir et à promouvoir le respect des droits fondamentaux et, partant, à protéger les administrés. On observe, d'un autre côté, la multiplication de mesures impératives, d'origine législative ou administrative, qui, dans un but de protection des personnes, y compris contre elles-mêmes, ont un effet limitatif, voire privatif, des libertés[7]. Cette évolution est à la fois propice à une collectivisation croissante des relations interpersonnelles, de plus en plus saisies par le droit public, et à la privatisation des principes, des logiques et parfois même des modes de l'intervention publique. Elle renouvelle alors, et nécessairement, la question du sens et des principes directeurs de l'ordre public et, plus généralement, de l'idéologie portée par cet État-paternel.

---

[1] C. GREWE et H. RUIZ FABRI, *Droits constitutionnels européens*, *op. cit.*, p. 176.

[2] C'est, en ce qui concerne la protection de la santé, ce qu'a très récemment souligné le Conseil constitutionnel dans sa décision n° 2008-562 DC du 21 févr. 2008, rejoignant, par-là, la conception positive de la protection de la santé défendue par la Cour européenne des droits de l'Homme (*cf.* notamment l'arrêt du 9 oct. 2007, *X… c. France*, précité) : C.C., n° 2008-562 DC du 21 févr. 2008 (*Loi relative à la rétention de sûreté et à la déclaration d'irresponsabilité pénale pour cause de trouble mental*), *J.O.* du 26 févr., p. 3272. Cette obligation s'impose à l'État quelle que soit la situation de la personne. En particulier, l'État manque à ses obligations lorsqu'il ne permet pas aux personnes inculpées, incarcérées ou placées en centre de rétention administrative et qui sont, de ce fait, entièrement dépendantes de l'administration, d'accéder aux soins dont elles ont besoin : outre les arrêts de la C.E.D.H. précités, *cf.* C.A.A. de Marseille, 10 déc. 2007, *Mme Slimani*, n° 06MA00572, *A.J.D.A.* 2008, p. 14, note L. MARCOVICI ; *B.J.S.P.* 2008, n° 111, Pan. p. 4 (l'État est entièrement responsable des conséquences du décès d'un étranger placé dans un centre de rétention qui, bien que n'étant pas doté d'une structure médicale, s'est abstenu de requérir l'avis d'un médecin sur l'état de santé de cette personne).

[3] C'est ce qu'illustre notamment l'arrêt précité de la C.A.A. de Paris du 21 déc. 2004 relatif à la prise en charge d'autorité des personnes errants sur la voie publique en période de grands froids. V. D. ROMAN, Les sans-abri et l'ordre public, *R.D.S.S.* 2007, n° 6, p. 952-964, spéc. p. 962-964.

[4] L. n° 2000-196 du 6 mars 2000, *J.O.* du 7 mars, p. 3536.

[5] L. n° 2004-1486 du 30 déc. 2004 portant création d'une Haute autorité de lutte contre les discriminations et pour les inégalités, *J.O.* du 31 déc., p. 22567.

[6] L. n° 2007-1545 du 30 oct. 2007, *J.O.* du 31 oct., p. 1781 ; *A.J.D.A.* 2008, n° 2, p. 84, comm. M. MOLINER-DUBOST.

[7] G. CARCASSONNE, Société de droit contre État de droit, *op. cit.*, p. 38-40.

724 On veut bien croire que la diffusion des droits fondamentaux dans notre ordre juridique correspond à un perfectionnement de l'État de droit. On rejette en revanche l'idée que ce perfectionnement, qui transforme la nature et le sens des valeurs que notre ordre juridique tient pour essentielles, s'inscrit encore dans la philosophie libérale héritée de 1789. Il ne suffit pas en effet de dire que l'État protège les personnes, leurs droits et leurs libertés pour en faire un État de droit, et encore moins un État libéral. L'État ne peut être libéral que s'il fait de la liberté sa valeur essentielle et la principale de ses finalités. Il faut certes admettre que le droit positif encourage aujourd'hui le développement de la liberté individuelle qu'il promeut tout en l'ordonnant, notamment par la responsabilisation des individus. Il nous semble cependant que cette promotion juridique ne correspond plus à l'idée, chère à MONTESQUIEU, que la liberté est « *ce bien qui fait jouir des autres biens* ». La liberté individuelle n'apparaît plus comme un principe essentiel aux valeurs fondamentales de notre ordre juridique, mais elle relève davantage d'un droit personnel, rattaché au principe matriciel de la dignité humaine[1]. Elle est ainsi parée des atours et des attributs d'un droit fondamental que l'État doit certes garantir et promouvoir, mais aussi définir et ordonner, quitte à en supprimer l'exercice pour protéger les individus, y compris contre les dangers qu'ils créent pour eux-mêmes[2].

725 Cette bienveillance protectrice de l'État camouffle sans doute une dynamique sécuritaire. Si le champ de l'ordre public s'étend peu à peu, c'est bien, comme l'a relevé M. PICARD, en raison de la valorisation du principe de sécurité qui, étroitement associé à celui de l'égalité, tend peu à peu à évacuer le principe de liberté[3]. Dans le même temps, on ne peut ignorer le développement massif des droits et des libertés de la personne, qui, au-delà même du droit de la santé, prennent de plus en plus de place et d'importance en droit positif. Il nous semble ainsi que l'évolution actuelle, en ce qu'elle associe étroitement la sécurité aux droits de la personne, correspond en réalité à une idéologie nouvelle qui n'est ni vraiment libérale, ni tout à fait sécuritaire, mais qui répond à une *philosophie libertaire*[4], subtilement contrôlée, si ce n'est organisée, par l'État.

Les risques liés à un tel programme, propice à l'effacement progressif de la liberté au profit de la sécurité et à la normalisation de la société pour le bonheur des peuples, sont nombreux. Mais c'est déjà ouvrir un autre débat.

---

[1] On notera d'ailleurs dans ce sens que le juge du référé-liberté du Conseil d'État a, dans l'ord. du 8 sept. 2005 précitée, bien précisé qu'entre dans le champ de L. 521-2 C.J.A. le « *droit de chacun au respect de sa liberté personnelle* » et non la liberté individuelle.

[2] C'est en ce sens que l'on peut dire avec M. EWALD que s'opère un retour à l'État de police, car sous le prétexte controuvé d'un perfectionnement démocratique, c'est en réalité la raison, certes bienveillante, de l'État qui l'emporte sur celle de la liberté sur laquelle est adossé notre État de droit.

[3] É. PICARD, La fonction de l'ordre public dans l'ordre juridique, *op. cit.*, p. 57-61.

[4] J.-M. LEMOYNE DE FORGES, Le droit des politiques publiques de protection sanitaire. Rapport de synthèse du colloque de l'A.F.D.S. du 17 mars 2005, *op. cit.*, p. 131 et p. 132.

TABLES DE JURISPRUDENCE

§1. - DROIT INTERNE

I.- CONSEIL CONSTITUTIONNEL

1971-1979

– n° 71-44 DC du 16 juill. 1971 dite *Liberté d'association* (*Loi complétant les dispositions des articles 5 et 7 de la loi du 1er juill. 1901 relative au contrat d'association*), *Rec.* p. 29 ; *R.J.C.* p. I-24 ; *G.D.C.C.* n° 19 ; *A.J.D.A.* 1971, p. 537, note J. RIVERO ; *R.D.P.* 1971, p. 1171, note J. ROBERT ; *J.C.P.* 1971, II, 16823 ; *D.* 1974, p. 83, chron. L. HAMON.

– n° 73-51 DC du 27 déc. 1973 dite « *Taxation d'office* », *Rec.* p. 25, *R.J.C.* p. I-28 ; *G.D.C.C.* n° 21.

– n° 74-54 DC du 15 janv. 1975 (*Loi relative à l'interruption volontaire de grossesse*), *J.O.* du 16 janv., p. 671 ; *Rec.* p. 19 ; *G.D.C.C.* n° 23.

– n° 76-70 DC du 2 déc. 1976 (*Loi relative au développement de la prévention des accidents du travail*), *J.O.* du 7 déc., p. 7052 ; *Rec.* p. 39 ; *R.J.C.* p. I-41 ; *R.D.P.* 1978, p. 817, comm. L. FAVOREU, *Rev. de science criminelle et de droit pénal comparé* 1978, p. 257, note Y. REINHARD.

– n° 77-83 DC du 20 juill. 1977 (*Loi modifiant l'article 4 de la loi de finances rectificative pour 1961-obligation de service des fonctionnaires), J.O.* du 22 juill., p. 3885 ; *Rec.* p. 39 ; *R.J.C.* p. I-50 ; *R.D.P.* 1978, p. 827, comm. L. FAVOREU ; *D.* 1979, p. 297, note L. HAMON ; *A.J.D.A.* 1977, p. 599, comm. R. DENOIX DE SAINT MARC ; *Rev. adm.* 1977, p. 509, note J.-Y. PLOUVIN.

1980-1989

– n° 80-117 DC, 22 juill. 1980 (*Loi relative à la protection et au contrôle des matières nucléaires*), *J.O.* du 24 juill., p. 1867 ; *Rec.* p. 42 ; *R.J.C.* p. I-81 ; *Pouvoirs* 1980, n° 15, p. 172, note J. GICQUEL et P. AVRIL ; *R.D.P.* 1980, p. 1652, note L. FAVOREU ; *Dr. soc.* 1980, p. 441, note D. TURPIN ; *D.* 1981, 2, p. 65, note C. FRANCK.

– n° 80-127 DC des 19 et 20 janvier 1981 (*Loi renforçant la sécurité et protégeant la liberté des personnes*), *J.O.* du 22 janv., p. 308 ; *Rec.* p. 15 ; *R.J.C.* p. I-91 ; *G.D.C.C.* n° 30 ; *J.C.P.* 1981, II, 19701, note C. FRANCK ; *A.J.D.A.* 1981, p. 275, note C. DE GOURNAY et p. 278, note J. RIVERO ; *R.D.P.* 1981, p. 651, note L. PHILIP ; *Rev. adm.* 1981, p. 266, note M. DE VILLIERS ; *D.* 1982, Jur., p. 441, note A. DEKEUWER.

– n° 82-141 DC du 27 juill. 1982 (*Loi sur la communication audiovisuelle*), *J.O.* du 30 juill., p. 2431 ; *Rec.* p. 48 ; *R.J.C.* p. I-126 ; *Pouvoirs* 1982 (23), p. 179, notes P. AVRIL et J. GICQUEL ; *R.D.P.* 1983, p. 333, note L. FAVOREU ; *Rev. adm.* 1983, p. 36, note R. ÉTIEN et 1984, p. 580, note M. DE VILLIERS.

– n° 82-143 DC, 30 juill. 1982 (*Loi sur les prix et les revenus*), *Rec.* p. 57 ; *R.J.C.* p. I-130 ; *G.D.C.C.* n° 33 ; *R.D.P.* 1983, p. 333, note L. FAVOREU ; *Rev. adm.* 1983, pp. 247 et 360, note M. DE VILLIERS.

– n° 85-187 DC du 25 janv. 1985 (*Loi relative à l'état d'urgence en Nouvelle-Calédonie*), *J.O.* 26 janv. 1985, p. 1138 ; *Rec.* p. 43 ; *R.J.C.* p. I-223 ; *G.D.C.C.* n° 37 ; *R.D.P.* 1986, p. 395, note L. FAVOREU ; *J.C.P.* 1985, II, 20356, note Cl. FRANCK ; *Annuaire international de justice constitutionnelle* 1985, p. 400, note B. GENEVOIS ; *D.* 1985, p. 361, note F. LUCHAIRE ; *A.J.D.A.* 1985, p. 362, note P. WACHSMANN ; *Rev. adm.* 1985, p. 355, note M. DE VILLIERS.

– n° 88-248 DC du 17 janv. 1989 (*Liberté de communication*), *J.O.* du 18 janv., p. 754 ; *Rec.* p. 18 ; *R.J.C.* p. I-339 ; *G.D.C.C.* n° 42.

– n° 89-260 DC du 28 juill. 1989 (*Loi relative à la sécurité et à la transparence du marché financier*), *J.O.* du 1er août, p. 9623 ; *Rec.* p. 71 ; *R.J.C.* p. I-365 ; *R.F.D.A.* 1989, p. 671, note B. GENEVOIS ; *Pouvoirs* 1990, p. 189, note P. AVRIL et J. GICQUEL ; *Annuaire international de justice constitutionnelle* 1989, p. 481, note B. GENEVOIS.

1990-1999

– n° 90-283 DC du 8 janv. 1991 (*Loi relative à la lutte contre le tabagisme et l'alcoolisme*), *J.O.* du 10 janv., p. 524 ; *Rec.* p. 11 ; *R.J.C.* p. I-417 ; *R.D.S.S.*. 1991, p. 204, note J.-S. CAYLA ; *A.J.D.A.* 1991, p. 382, note P. WACHSMANN ; *R.F.D.C.* 1991, p. 293, note L. FAVOREU ; *Pouvoirs* 1991 (58), p. 57 et p. 142, notes P. AVRIL et J. GICQUEL.

– n° 90-287 DC du 16 janv. 1991 (*Loi portant diverses dispositions relatives à la santé publique et aux assurances sociales*), *J.O.* du 18 janv., p. 924 ; *Rec.* p. 24 ; *R.J.C.* p. I-432 ; *Rev. de jurisprudence sociale*, 1991/3, n°s 388 et 389 ; *R.D.S.S.* 1991, p. 246, note X. PRÉTOT ; *R.F.D.C.* 1991, p. 293, note L. FAVOREU ; *Pouvoirs* 1991 (58), p. 134 et p. 145, note P. AVRIL et J. GICQUEL.

– n° 94-343 et n° 94-344 du 27 juill. 1994 (*Loi relative au respect du corps humain et loi relative au don et à l'utilisation des éléments et produits du corps humain, à l'assistance médicale à la procréation et au diagnostic prénatal*), *J.O.* du 29 juill., p. 1103 ; *Rec.* p. 100 ; *R.J.C.* p. I-592 ; *G.D.C.C.* n° 47; *Petites affiches* 1994, n° 149, p. 34, note J.-P. DUPRAT ; *D.* 1995, chron., p. 205, note D. EDELMAN ; *R.F.D.C.* 1994, p. 799, note L. FAVOREU ; *R.D.P.* 1994, p. 1647, note F. LUCHAIRE ; *R.F.D.A.* 1994, p.1019, note B. MATHIEU.

– n° 94-359 DC du 19 janv. 1995 (*Loi relative à la diversité de l'habitat*), *J.O.* du 21 janv., p. 1166 ; *Rec.* p. 176 ; *R.F.A.S.* 1998, p. 57, note S. PAPAEFTHYMIOU ; *D.* 1995, p. 117, note H. HEUGAS-DARRASPEN et p. 283, note H. PAULIAT ; *D.* 1997, SC, p. 137, note P. GAIA ; *Petites affiches* 1996, n° 6, p. 14, note F. ZITOUNI, n° 49, p. 11, note S. DION et n° 68, p. 9, note B. MATHIEU ; *R.F.D.C.* 1994, p. 404 et p. 582, note P. GAIA ; *A.J.D.A.* 1995, p. 455, note B. JORION.

– n° 99-421 DC du 16 déc. 1999 (*Loi portant habilitation du Gouvernement à procéder, par ordonnances, à l'adoption de la partie législative de certains codes*), *J.O.* du 22 déc., p. 19041 ; *Rec.* p. 136 ; *Les Cahiers du Conseil constitutionnel* 2000, p. 13 ; *Annuaire international de justice constitutionnelle* 1999, p. 589, note D. RIBES ; *D.* 2000, p. 361, chron. W. BARANÈS et M.-A. FRISON-ROCHE, S.C., p. 425, obs. D. RIBES et act. VII, note B. MATHIEU ; *A.J.D.A.* 2000, p. 31, note J.-E. SCHOETTL ; *Petites affiches* 2000, n° 150, p. 15, comm. B. MATHIEU et M. VERPEAUX ; *R.T.D.Civ*, 2000, p. 186, note N. MOLFESSIS ; *R.F.D.C.* 2000, p. 120, note D. RIBES ; *Cahiers de la fonction publique*, février 2000 (187), p. 33.

2000-2008

– n° 2001-446 DC du 27 juin 2001 (*Loi relative à l'interruption volontaire de grossesse*), *J.O.* du 7 juill., p. 10828 ; *Rec.* p. 74 ; *Les Cahiers du Conseil constitutionnel* 2001, p. 7 ; *R.D.P.* 2001, p. 1483, note V. GIMENO-CABRERA ; *Annuaire international de justice constitutionnelle* 2001 p. 613, note L. DOMINGO ; *D.* 2002, somm., p. 1948, note G. NICOLAS ; *Petites affiches* 2001, n° 136, p. 25, note J.-E. SCHOETTL et n° 259, p. 21, note B. MATHIEU et M. VERPEAUX ; *Droit de l'envir.* 2001, p. 232, note C. EOCHE-DUVAL ; *Droit de la famille* 2001, p. 4, note S. MOUTON ; *R.F.D.C.* 2001, p. 619, note G. NICOLAS ; *J.C.P.* 2001, II, 10635, note C. FRANCK ; *D.* 2001, p. 2533, note B. MATHIEU.

– n° 2004-504 DC du 12 août 2004 (*Loi relative à l'assurance maladie*), *J.O.* du 17 août, p. 14657 ; *Rec.* p. 153 ; *Petites affiches* 2004, n° 185, p. 6, note J.-E. SCHOETTL et 2005, n° 248, p. 6, note A.-L. VALEMBOIS.

– n° 2007-546 DC du 25 janv. 2007 (*Loi ratifiant l'ordonnance n° 2005-1040 du 26 août 2005 relative à l'organisation de certaines professions de santé et à la répression de l'usurpation de titres et de l'exercice illégal de ces professions et modifiant le Code de la santé publique*), *J.O.* du 1er févr., p. 1946 ; *R.F.D.C.* 2007, p. 580, note O. LE BOT ; *Petites affiches* 2007, n° 59, p. 4, note J.-E. SCHOETTL ; *B.J.S.P.* 2007, n° 101, Pan. p. 5.

– n° 2007-558 DC du 13 déc. 2007 (*Loi de financement de la sécurité sociale pour 2008*), *J.O.* du 21 déc., p. 20648 ; *Les Cahiers du Conseil constitutionnel* n° 24.

– n° 2008-562 DC du 21 févr. 2008 (*Loi relative à la rétention de sûreté et à la déclaration d'irresponsabilité pénale pour cause de trouble mental*), *J.O.* du 26 févr., p. 3272.

II.- JURIDICTIONS ADMINISTRATIVES

A.- CONSEIL D'ÉTAT

1865-1899

– 5 mai 1865, *De Montailleur* (2 esp.), n° 35.803 et n° 35.804, *Rec*. p. 491 (avec les obs. du Ministre) ; *D.* 1868, 3, p. 17.

– 3 août 1877, *Chardin*, n° 51.417, *Rec*. p. 751.

– 12 mai 1882, *Palazzi*, n° 58.106, *Rec*. p. 450 (note); *D.* 1883, 3, p. 122 ; *S.* 1884, 3, p. 37.

– 5 janv.1883, *Thélolan*, n° 56.337, *Rec*. p. 2 (Rapport de SAINT PAUL).

– 28 mars 1885, *Languellier*, n° 62.338, *Rec*. p. 388, concl. GOMEL.

– 20 nov. 1885, *Croppi, Tiers et autres*, n° 59.366, *Rec*. p. 844.

– 9 avr. 1886, *Argellier, Merlat et Soviche*, n°s 65.461 et 65.525, *Rec*. p. 309.

– 7 mai 1886, *Beaujour*, n° 63.930, *Rec.* p. 387 ; *S.* 1888, 3, p. 11.

– 23 juill. 1886, *De Boismonbrun*, n° 62.396, *Rec*. p. 650 ; *D.* 1887, 3, p. 124 ; *Rev. d'Adm.* 1886, t.1, p. 75, obs. M. LE VAVASSEUR DE PRÉCOURT.

– 23 janv. 1887, *Pral*, *D.* 1888, 3, p. 54.

– 26 juill. 1889, *Galy*, n° 65.304, *Rec.* p. 886 ; *D.* 1891, 3, p. 91.

– 10 janv. 1890, *Lorin c. Ville d'Angers*, n° 67734, *Rec*. p. 4.

– 27 févr. 1891, *Jarlet*, n° 73.511, *Rec.* p. 156 ; *D.* 1892, 3, p. 83.

– 28 févr. 1896, *Mandard et Chardin et a.*, n° 77.126, *Rec*. p. 188.

– 18 mars 1898, *Delle Noualhier*, n° 93.756, *Rec*. p. 235 (note).

– 2 avr. 1898, *Sieur de Chauvelin*, n° 90.873, *Rec*. p. 297.

– 13 mai 1898, *Sieur Gay*, n°s 90.051 et 90.052, *Rec*. p. 375.

– 24 mars 1899, *Sieur Saboulard*, n° 87.742, *Rec*. p. 262 ; *D.* 1900, 3, p. 79.

– 24 mars 1899, *Synd. des bouchers de Bolbec*, n° 93.416, *Rec*. p. 242.

– 5 mai 1899, *Sieur Claudon*, n° 85.118, *Rec.* p. 339.

1900-1909

– 2 févr. 1900, *Sieur Crépey*, n° 90.783, *Rec*. p. 80.

– 1er juin 1900, *Sieur Serpillon et a.*, n°s 91.008 et 90.052, *Rec*. p. 376.

– 7 déc. 1900, *Sieurs Dubois et Gros*, n° 94.095, *Rec*. p. 733.

– 28 déc. 1900, *Sieur de Couronnel*, n° 98.714, *Rec.* p. 823 (note).

– 15 févr. 1901, *Delle Noualhier*, n°s 1.147 et 1.148, *Rec*. p. 177.

– 24 janv. 1902, *Delle Noualhier*, n° 3015, *Rec.* p. 41.

– 18 avr. 1902, *Cne de Néris-les-Bains*, n° 04749, *Rec*. p. 275 ; *G.A.J.A.* n° 10 ; *S.* 1902, 3, p. 81, note M. HAURIOU ; *Rev. gén. d'adm.* 1902, p. 297, note LEGOUIX.

– 19 déc. 1902, *Sieur Sauton*, n° 206, *Rec*. p. 764.

– 6 févr. 1903, *Terrier*, n° 7.496, *Rec*. p. 94, concl. J. ROMIEU ; *G.A.J.A.* n° 12 ; *D.* 1904, 3, p. 65, concl. ; *S.* 1903, 3, p. 25, concl. et note M. HAURIOU.

– 22 avr. 1904, *Vve Goupil*, n° 9.078, *Rec.* p. 340.

– 20 mai 1904, *Sieur Lamarthonie*, n° 8.441, *Rec*. p. 408.

– 10 févr. 1905, *Tomaso-Grecco*, *Rec*. p. 139, concl. ROMIEU ; *G.A.J.A.* n° 15 ; *S.* 1905, 3, 113, note HAURIOU ; *D.* 1906, p. 381, concl.

– 10 mars 1905, *Sieur Chavrier*, n° 12.390, *Rec*. p. 240.

– 4 août 1905, *Sieur Martin*, n° 14.220, *Rec*. p. 749, concl. J. ROMIEU ; *G.A.J.A.* n° 16 ; *D.* 1907, 3, 49, concl. ; *R.D.P.* 1906, p. 249, note G. JÈZE ; *S.* 1906, 3, 49, note M. HAURIOU.

– 8 déc. 1905, *Sieur Raveau c. Maire du Havre*, n° 18.534, *Rec*. p. 912.

– 23 févr. 1906, *Cne de Balesmes*, n° 18.249, *Rec*. p. 170.

– 29 juin 1906, *Sieur Carteron*, n° 15.896, *Rec*. p. 588 ; *S*. 1907, III, p. 97, note M. HAURIOU.

– 6 juill. 1906, *Sieur Bargeaud et a*., n°s 18.153, 18.230 et 18.231, *Rec*. p. 600.

– 21 déc. 1906, *Synd. des propriétaires et contribuables du quarter Croix-de-Seguey-Tivoli*, n° 19167, *Rec*. p. 962, concl. J. ROMIEU ; *G.A.J.A*. n° 17 ; *D*. 1907, 3, p. 41, concl. ; *S*. 1907, 3, 33, note M. HAURIOU.

– 22 nov. 1907, *Sieur Fischer de Chevriers*, n° 19.659, *Rec*. p. 854.

– 17 janv. 1908, *Dame Monvoisin*, n°s 21.469 et 22.039, *Rec*. p. 61.

– 5 juin 1908, *Sieurs Riverain, Henry et Garnier c. Maire de Granville*, n° 23.860, *Rec*. p. 609.

– 5 juin 1908, *Marc et Chbre synd. des propriétés immobilières de la ville de Paris*, n° 17.365, *Rec*. p. 611, concl. G. TEISSIER ; *S*. 1909, III, p. 113, note M. HAURIOU.

– 5 juin 1908, *Gavignot et Chbre synd. des propriétés immobilières de la ville de Paris*, n° 17.700, *Rec*. p. 627.

– 15 janv. 1909, *Vial, Guillotel et a*., n°s 15.226 à 15.229, n° 15.243, n° 15.244, *Rec*. p. 30.

– 30 juill. 1909, *Sieur Marat c. Maire de Lyon* et *Sieur Baillet*, n° 29.442 et n° 26.843, *Rec*. p. 784 (note).

1910-1919

– 4 mars 1910, *Thérond*, n° 29.373, *Rec*. p. 193, concl. G. PICHAT ; *D*. 1912, 3, p. 57, concl. ; *S*. 1911, 3, p. 17, concl. et note M. HAURIOU ; *R.D.P*. 1910, p. 249, note G. JÈZE.

– 22 juill. 1910, *Sieurs Humbert et a*., n° 36.444, *Rec*. p. 605.

– 6 août 1910, *Sieur Levavasseur*, n° 22.359, *Rec*. p. 708.

– 6 août 1910, *Perchat-Hadot et a*., n°s 30.007 et 31.681, *Rec*. p. 709.

– 9 déc. 1910, *Min. de l'Intérieur*, n° 38.074, *Rec*. p. 889.

– 24 févr. 1911, *Sieur Mathieur et Assoc. des propriétaires et locataires de la ville de Reims*, n° 28.264, *Rec*. p. 231.

– 17 mars 1911, *Sieurs Roubeau et a*., n° 39.054, *Rec*. p. 341.

– 5 juill. 1911, *Froelinger*, n° 30.680, *Rec*. p. 781.

– 16 févr. 1912, *De Montlivault*, n° 40.200, *Rec*. p. 220.

– 22 mai 1912, *D'Andoque de Sérièges*, n° 37.565, *Rec*. p. 592.

– 7 juin 1912, *Cne de Levroux*, n° 39.154, *Rec*. p. 640.

– 19 juill. 1912, *Sieur Pancier*, n° 29.856, *Rec*. p. 836.

– 6 août 1912, *Cne de Courson-les-Carrières*, n° 46.128, *Rec*. p. 967.

– 10 janv. 1913, *Moyaux*, n° 46.503, *Rec*. p. 25.

– 9 mai 1913, *Sieur Rouard*, n° 49.648, *Rec*. p. 520.

– 9 mai 1913, *Sieurs Roubeau et a*., n° 47.115, *Rec*. p. 519.

– 23 mai 1913, *Soc. fermière de la voirie de Paris*, n° 42.733, *Rec*. p. 558.

– 13 mars 1914, *Tenand, Le Courtois et Auvray* (3 esp.), n°s 39.853 et 45.645, n° 46.562 et n° 47.422, *Rec*. p. 339, p. 340 et p. 342.

– 4 avr. 1914, *Gomel*, n° 55125, *Rec*. p. 488 ; *G.A.J.A*. n° 29 ; *S*. 1917, 3, p. 25, note M. HAURIOU.

– 6 août 1915, *Delmotte*, n° 59.536, *S*. 1916, 3, p. 9, note M. HAURIOU.

– 24 déc. 1915, *Serve (règlement sanitaire de la ville de Lyon)*, n° 39.998, *Rec*. p. 369.

– 14 janv. 1916, *Camino*, n°s 59619 et 59679, *Rec*. p. 15 ; *G.A.J.A*. n° 30 ; *R.D.P*. 1917, p. 463, concl. L. CORNEILLE, note G. JÈZE ; *S*. 1922, 3, p. 10, concl.

– 10 mars 1916, *Boudenès-Garcin*, n° 54.224, *Rec*. p. 112.

– Sect., 22 juin 1917, *Cie générale des Eaux*, n° 45891, *A.J.D.A*. 1917, p. 452.

– 9 nov. 1917, *Bosc et Vernazobre*, n° 51.528, *Rec*. p. 702.

– 21 févr. 1919, *Caille et a.*, n° 49.858, *Rec*. p. 179.

– 14 mars 1919, *Sieur Ghesquière*, n° 57.768, *Rec*. p. 257.

– 8 août 1919, *Labonne*, n° 56377, *Rec*. p. 737 ; *G.A.J.A.* n° 36.

– 7 nov. 1919, *Épx Méresse*, n° 62.482, *Rec*. p. 804.

1920-1929

– 28 janv. 1920, *Munier*, n° 43.348, *Rec*. p. 94.

– 19 mars 1920, *Société protectrice des animaux*, n° 67.069, *Rec*. p. 290.

– 26 mars 1920, *Barré et a.*, n° 56.883, *Rec*. p. 329.

– 2 juin 1920, *Elluin*, n° 52.318, *Rec*. p. 546.

– 29 avr. 1921, *Soc. Édouard Premier et Charles Henry*, n° 70.754, *Rec*. p. 424, *S*. 1923, III, p. 41, note M. HAURIOU.

– 4 nov. 1921, *Monpillié et a*., *Rec*. tables p. 1264.

– 3 nov. 1922, *Dame Cachet*, n° 74010, *Rec*. p. 790 ; *G.A.J.A.* n° 41* ; *R.D.P*. 1922, p. 552, concl. RIVET ; *S*. 1925, 3, 9, note M. HAURIOU.

– 30 nov. 1923, *Sieur Basilio Couitéas*, n°s 38.284 et 48.688, *Rec*. p. 789 ; *S*. 1923, 3, p. 57, note M. HAURIOU, concl. RIVET ; *D*. 1923, 3, p. 59, concl. ; *R.D.P*. 1924, p. 75, concl. et p. 208, note G. JÈZE.

– 18 janv. 1924, *Soc. laitière Maggi*, *Rec*. tables p. 1212.

– 2 mars 1924, *Sieur Leroux*, n° 75.773, *Rec*. p. 780.

– 9 juin 1924, *Abbé de Boissieu*, n° 75.529, *Rec*. p. 655.

– 7 nov. 1924, *Club indépendant sportif châlonnais*, n° 78.468, *Rec*. p. 863 ; *D*. 1924, 3, p. 58, concl. CAHEN-SALVADOR.

– 12 déc. 1924, *Ville de Dieppe c. Sieur Dufour*, n° 73.246, *Rec*. p. 1006.

– 21 janv. 1925, *Dame Grassan*, *Rec*. tables p. 1160.

– 6 févr. 1925, *Synd. des armateurs à la pêche de Dieppe et du Tréport*, *Rec*. tables p. 1160.

– 27 févr. 1925, *Soc. immo. des héritiers Boyart-Deprès*, *Rec*. tables p. 1161.

– 6 mars 1925, *Sieurs Lapp et Bilger*, *Rec*. tables p. 1160.

– 23 juin 1926, *Cté de défense de l'enseignement libre de Grenoble*, *Rec*. tables p. 1294.

– 24 déc. 1926, *Sieur Walther*, n° 86.481, *Rec*. p. 1140.

– 13 mai 1927, *Carrier*, *D*. 1928, 3, p. 9, note J.-J. CHEVALLIER.

– 11 mai 1928, *Maire de Saint-Nicolas-de-Port*, n° 86.988, *Rec*. p. 601.

1930-1934

– Sect, 10 janv. 1930, *Despujol*, n°s 97.263 et 05.822, *Rec*. p. 29 (note) ; *G.A.J.A.* n° 43 ; *D*. 1930, p. 16, note P.-L. J. ; *S*. 1930, p. 41, note R. ALIBERT.

– Sect., 30 mai 1930, *Chbre synd. du commerce en détail de Nevers*, n° 06.781, *Rec*. p. 583 ; *G.A.J.A.* n° 44 ; *R.D.P*. 1930, p. 530, concl. P.-L. JOSSE ; *S*. 1930, 3, p. 73, concl., note R. ALIBERT.

– 18 févr. 1931, *Sieur Périgaud*, n° 95.384, *Rec*. p. 183.

– 18 mars 1931, *Sieur Berton*, n° 99.844, *Rec*. p. 301.

– 13 janv. 1932, *Soc. La Grande Taverne*, n° 2.871, *Rec*. p. 36.

– 29 janv. 1932, *Soc. des autobus antibois*, n° 99532, *Rec*. p. 117 ; *S*. 1932, 3, p. 65, note P. LAROQUE, concl. R. LATOURNERIE ; *D*. 1962, III, p. 60.

– 25 févr. 1932, *Sieur Bellenger*, n° 8.986, *Rec*. p. 231.

– 17 mars 1932, *Sieur Bedle*, n°s 1.867 et 7.682, *Rec*. p. 326.

---

* Nous nous référons ici à la 12e éd. de 1999, l'arrêt ayant, depuis lors, été supprimé de l'ouvrage.

– Ass., 17 juin 1932, *Ville de Castelnaudary*, n° 12.045, *Rec*. p. 595 ; *D.* 1932, 3, 26, concl. P.-L. JOSSE.

– Sect., 6 janv. 1933, *Sieur Mesnil-Guichard*, n° 20.673, *Rec*. p. 15.

– 25 janv. 1933, *Abbé Coiffier*, n° 27.065, *Rec.* p. 100.

– 19 mai 1933, *Benjamin*, n°s 17413 et 17520, *Rec.* p. 451 ; *G.A.J.A.* n° 47 ; *S.* 1934, 3, 1, concl. J. MICHEL, note MESTRE ; *D.* 1933, 3, p. 354, concl.

– 19 mai 1933, *Sieur Blanc*, n° 22.072, *Rec*. p. 540 ; *S*. 1933, 3, 81, note R. ALIBERT ; *D. H.* 1933, p. 400.

– Ass., 16 juin 1933, *Sieurs Daurade et Dussert*, n° 20.862, *Rec*. p. 638.

– 5 juill. 1933, *Sieur Bertholet*, n°s 19.874 et 20.406, *Rec*. p. 730.

– 22 juill. 1933, *Sieur Heimann*, n° 23.571, *Rec*. p. 843.

– 20 déc. 1933, *Sieur Chamfrault*, n° 19.030, *Rec.* p. 1202.

– Sect., 9 févr. 1934, *Sieur Mabille*, n° 26.843, *Rec*. p. 201 ; *S.* 1934, 3, 9, note M. WALINE ; concl. LATOURNERIE.

– 20 juin 1934, *Soc. lyonnaise des eaux*, n° 23.881, *Rec*. p. 703.

– Sect., 7 déc. 1934, *Sieurs Gasquet et Barbaud*, n° 29.018, *Rec*. p. 1159.

– 19 déc. 1934, *Min. du Commerce et de l'Industrie c. Scherly*, n° 39.910, *Rec*. p. 1201.

1935-1939

– Ass., 4 janv. 1935, *Dame Baron*, n° 37.911, *Rec*. p. 16 ; *D. H.* 1935, p. 150.

– 28 mai 1935, *Dame Vve Fauvel*, n° 29.850, *Rec*. p. 607.

– 4 juin 1935, *Soc. Georges Vincent et fils*, n° 41.867, *Rec.* p. 650.

– 4 juin 1935, *Soc. industrielle de Landrecies*, n° 17.158, *Rec*. p. 651.

– 9 nov. 1935, *Sieurs Botteloup et a.*, n° 44.052, *Rec*. p. 1033.

– Sect., 31 janv. 1936, *Soc. Lustria, Chapal et Cie*, n° 33.914, *Rec*. p. 148.

– Sect., 27 mars 1936, *Assoc. cultuelle israélite de Valenciennes*, n° 32.147, *Rec*. p. 383.

– Sect., 22 mai 1936, *Sieur Germa*, n° 41.497, *Rec*. p. 586.

– 1er juill. 1936, *Dame Schafer*, n° 38.944, *Rec*. p. 713.

– Sect., 23 oct. 1936, *Union parisienne des syndicats de l'imprimerie*, n° 41.995, *Rec.* p. 906.

– 28 oct. 1936, *Sieur Urbano*, n°s 39.981 et 39.982, *Rec*. p. 922.

– 18 nov. 1936, *Cté central des armateurs de France et Union des synd. de mareyeurs, saleurs et expéditeurs du littoral français*, n° 45.116, *Rec*. p. 1003.

– 22 déc. 1936, *Sieur Challou*, n° 43.494, *Rec*. p. 1140.

– 22 déc. 1936, *Sieurs Turpin et a.*, n° 41.856, *Rec*. p. 1138.

– 10 févr. 1937, *Soc. Valrose, Lecoublet, Delmas*, n° 43.371, *Rec.* p. 174.

– 17 févr. 1937, *Sieur Combeau*, n° 51.244, *Rec*. p. 206.

– 10 mars 1937, *Dame Vve Piron*, n° 46.395, *Rec*. p. 291.

– Sect., 4 juin 1937, *Soc. Henri Perrot et Cie*, n°s 38.083 et 38.084, *Rec*. p. 553.

– Sect., 5 nov. 1937, *Cie française de raffinage*, n°s 56.184 à 56.187, *Rec*. p. 905.

– 1er déc. 1937, *Sieur Benoit*, n° 58.312, *Rec*. p. 982.

– Ass., 14 janv. 1938, *Soc. des produits laitiers « La Fleurette »*, n° 51704, *Rec*. p. 25 ; *S*. 1938, 3, p. 25, concl. ROUJOU, note P. LAROQUE ; *R.D.P.* 1938, p. 87, note G. JÈZE ; *D.* 1938, 3, p. 41, note L. ROLLAND.

– Sect., 11 févr. 1938, *Sieur Alliquant*, n° 51.731, *Rec.* p. 146.

– 23 févr. 1938, *Épx Billy*, n° 56.263, *Rec.* p. 188.

– 9 mars 1938, *Union de la propriété bâtie de France et Sieur Lescuyer de Savignies*, n° 59.523, *Rec*. p. 253.

– 23 mars 1938, *Grands magasins économiques c. maire de Mur*, n° 52.753, *Rec*. p. 296.

– Ass., 3 juin 1938, *Soc. des usines Renault et autres*, n°s 39.833, 39.864, 39.866, 39.867 et 39.893 à 39.902, *Rec*. p. 531.

– Sect., 18 nov. 1938, *Soc. languedocienne de T.S.F*., n° 59.492, *Rec*. p. 864.

– 21 déc. 1938, *Soc. française des pétroles*, n° 58.187, *Rec*. p. 966.

– 25 janv. 1939, *Sieur Trébuchet*, n° 58.201, *Rec*. p. 34.

– Sect., 12 mai 1939, *Sieur Gély*, n° 59.164, *Rec*. p. 312.

– 7 juin 1939, *Min. du Commerce c. Soc. Wabrand*, n° 58.614, *Rec*. p. 378.

– Sect., 7 juill. 1939, *Ét. Morillon, Corvol et Cie*, n° 59.663, *Rec*. p. 462.

– Ass., 12 juill. 1939, *Chbre synd. des maîtres buandiers de Saint-Étienne*, n° 61.053, *Rec*. p. 478 ; *D*. 1940, III, p. 1, comm. P.-L. JOSSE.

– 2 nov. 1939, *Sieur Grosdenier*, n° 64.067, *Rec*. p. 549.

– 22 nov. 1939, *Dame Massiot*, n° 66.473, *Rec*. p. 570.

1940-1944

– 9 févr. 1940, *Monier*, n° 58.877, *Rec*. p. 54.

– 1er mars 1940, *Soc. Chardon et Cie*, n° 63.255, *Rec*. p. 82.

– 14 mars 1941, *Cie nouvelle des chalets de commodité*, n° 61.649, *Rec*. p. 44

– 23 déc. 1941, *Soc. « La Brasserie de Vézelise, Moreau et Cie »*, n° 64.045, *Rec*. p. 240.

– Sect., 24 avr. 1942, *Sieur Majchrzak*, n° 65693, *Rec*. p. 137.

– 23 oct. 1942, *Cne de Dompierre-sur-Yon*, n° 68.340, *Rec*. p. 283.

– 23 oct. 1942, *Ville d'Étampes*, n° 66.881, *Rec*. p. 281.

– Ass., 2 avr. 1943, *Bouguen*, n° 72210, *Rec*. p. 46 ; *G.A.J.A*. n° 55 ; *S*. 1944, 4, 1, concl. LAGRANGE, note J. DONNEDIEU DE VABRES ; *J.C.P*. 1944, II, 2565, note CÉLIER.

– 28 juill. 1943, *Ville de Paris c. Dame Vve Lafille*, n° 72.525, *Rec*. tables p. 344.

– 28 juill. 1943, *Ville de Paris c. Sieur Letourneur*, n° 72.550, *Rec*. p. 206.

– 29 juill. 1943, *Épx Crescente*, n° 70.961, *Rec*. p. 218.

– Sect., 29 juill. 1943, *Cie des sablières de la Seine*, n° 70.940, *Rec*. p. 213.

– 5 nov. 1943, *Sieur Leneveu*, n° 66.516, *Rec*. p. 243.

– Sect., 5 mai 1944, *Dame Vve Trompier-Gravier*, n° 69751, *Rec*. p. 133 ; *G.A.J.A*. n° 56 ; *D*. 1945, p. 100, concl. CHENOT, note J. DE SOTO ; *R.D.P*. 1944, p. 256, concl. et note G. JÈZE.

– Ass., 11 août 1944, *Dames Linossier*, n°s 69.046 et 69.047, *Rec*. p. 229.

– 6 oct. 1944, *Dame Vve Forcadel*, n° 74.032, *Rec*. p. 260.

– Sect., 27 oct. 1944, *Sieur Robineau*, n°s 73.158 et 73.159, *Rec*. p. 274.

– 15 déc. 1944, *Sieur Boucher*, n° 75.089, *Rec*. p. 322.

1945-1949

– 14 févr. 1945, *Dr Beuzekdjian, n*° 76.852, *Rec*. p. 32.

– Sect., 29 juin 1945, *Dame Vve Corby*, n° 76.140, *Rec*. p. 144.

– 23 janv. 1946, *Dame Vve Bugeat*, n° 75.213, *Rec*. p. 23.

– 23 janv. 1946, *Dames Hubert et Crépelle*, n° 81.273, *Rec*. p. 300.

– 20 févr. 1946, *Sieur Cauchoix*, n° 69.697, *Rec*. p. 53.

– Sect., 25 oct. 1946, *Dame Vve Cherpin*, n° 77.073, *Rec*. p. 245.

– 11 déc. 1946, *Sieur Gire*, n° 72.719, *Rec*. p. 301.

– Ass., 7 févr. 1947, *Sieur D'Aillières*, n° 79.128, *Rec*. p. 50 ; *G.A.J.A*. n° 60 ; *R.D.P*. 1947, p. 68, concl. R. ODENT, note M. WALINE ; *J.C.P*. 1947, II, 3508, note G. MORANGE.

– Sect., 21 févr. 1947, *Sieur Barsi*, n°s 74.059 et 76.589, *Rec*. p. 75.

– Sect., 21 févr. 1947, *Sieur Varlet*, n° 77.165, *Rec*. p. 74.

– 7 mars 1947, *Sieur Harang*, n° 74.752, *Rec*. p. 102.

– Ass., 16 mai 1947, *Sieur Brocard*, n° 79.883, *Rec*. p. 208 ; *S.* 1948, 3, 30.

– Ass., 16 mai 1947, *Sieur Gourlet*, n° 73.090, *Rec*. p. 207 ; *D.* 1948, p. 256, note G. MORANGE.

– 18 juill. 1947, *Soc. des ét. Rey Frères*, n° 74.613, *Rec*. p. 330.

– 26 juill. 1947, *Dame Vve Jouvion*, n° 74.060, *Rec*. tables p. 707.

– Ass., 21 nov. 1947, *Soc Boulenger*, n° 71.382, *Rec*. p. 436.

– 28 nov. 1947, *Grill*, n° 73.838, *Rec*. tables p. 706.

– 14 janv. 1948, *Sieur Malézieux*, n° 90.342, *Rec*. p. 20.

– Sect., 23 janv. 1948, *Conféd. des Synd. médicaux français*, n° 89.088, *Rec*. p. 36.

– 13 févr. 1948, *C.G.E. c. Cne de Caluire-et-Cuire*, n° 71.155, *Rec*. p. 80.

– 16 avr. 1948, *Laugier*, *S.* 1948, 3, p. 36, concl. LETOURNEUR.

– 12 mai 1948, *Ét. Quicray*, n°s 78.798 et 82.520, *Rec*. p. 205.

– Sect., 14 mai 1948, *Min. de la Production industrielle c. Sieur Courtial*, n° 76.265, *Rec*. p. 210.

– 5 nov. 1948, *Sieur Garnier*, n° 88.916, *Rec*. p. 412.

– 28 janv. 1949, *Sieur Miquet*, n° 86.157, *Rec*. p. 41.

– 6 mai 1949, *Sieur Hamon*, n° 91.345, *Rec*. p. 201.

– 20 mai 1949, *Sieur Parmentier*, n° 94.587, *Rec*. p. 235.

– Sect., 28 oct. 1949, *Féd. nat. des coopératives laitières*, n° 92.812, *Rec*. p. 439.

1950-1954

– 28 avr. 1950, *Dame Vve Millou*, n° 92.214, *Rec*. p. 245.

– Ass., 7 juill. 1950, *Sieur Dehaene*, n° 01645, *Rec*. p. 426 ; *G.A.J.A.* n° 65 ; *S.* 1950, 3, p. 109, note J.D.V. ; *D.* 1959, p. 538, note GERVAIS ; *R.D.P.* 1950, p. 691, concl. J. GAZIER, note M. WALINE ; *J.C.P.* 1950, II, 5681, concl. ; *Rev. adm.* 1950, p. 366, concl., note G. LIET-VEAUX ; *Dr. soc.* 1950, p. 317, concl.

– 29 juill. 1950, *Féd. nat. des Synd. de grossistes, demi-grossistes, commissionnaires et importateurs en produits laitiers et avicoles*, n°s 97.392 et 97.393, *Rec*. p. 482.

– 29 juill. 1950, *Seimandi*, n° 97.367, *Rec*. p. 499.

– Sect., 20 oct. 1950, *Sieur Laborie et Conseil régional de l'ordre des pharmaciens de la 5ème région sanitaire et a.*, n° 86.290, *Rec*. p. 512.

– Ass., 22 juin 1951, *Sieur Daudignac*, n°s 00.590 et 02.551, *Rec*. p. 362 ; *G.A.J.A.* n° 68 ; *D.* 1951, p. 589, concl. F. GAZIER, note J.-C.

– 6 juill. 1951, *Sieur Rouanet*, n° 927, *Rec*. p. 397.

– Sect., 13 juill. 1951, *Union des anciens militaires titulaires d'emplois réservés à la S.N.C.F et aux chemins de fer algériens*, n° 95.629, *Rec*. p. 403.

– 22 févr. 1952, *Soc. des Laboratoires Conan*, n°s 94.441, 98.516 et 99.170, *Rec*. p. 133 ; *D.* 1952, p. 133.

– 14 mars 1952, *Sieurs Rodier et Olivier*, n° 3.337, *Rec*. p. 163.

– 7 mai 1952, *Dame Vve Chassagnac*, n° 7.662, *Rec*. p. 230.

– 17 oct. 1952, *Synd. climatique de Briançon, sieur Dominique et a.* et *Dame Simon et Synd. climatique de Briançon* (2 esp.), n°s 3.868, 4.023 et 4.050 à 4.052, *Rec*. p. 445, concl. J. CHARDEAU ; *Rev. adm*. 1952, p. 591, note G. LIET-VEAUX.

– 20 mars 1953, *Jodet*, n° 99.229, *Rec*. p. 140.

– 27 avr. 1953, *Sieur Collin*, n° 4.752, *Rec*. p. 197.

– 22 mai 1953, *Dame Vve Foucault*, n° 14.279, *Rec*. tables p. 786.

– Sect., 12 juin 1953, *Administration gle de l'Assistance publique à Paris*, n°s 4.065 et 10.603, *Rec*. p. 283, concl. GUIONIN ; *D.* 1954, J., p. 130 ; *R.D.P.* 1953, p. 1089.

– 12 juin 1953, *Delle Tisserand*, n° 6.323, *Rec*. p. 279.

– 17 juin 1953, *Ville de Briançon*, n° 99.752, *Rec*. p. 291.

– Sect., 17 juill. 1953, *Sieur Constantin*, n° 18.244, *Rec*. p. 381 ; *A.J.D.A.* 1956, II, p. 134, obs. H.G.

– 24 juill. 1953, *Hospices civiles de Lyon c. Ferrier*, n° 8.948, *Rec*. tables p. 776.

– 29 juill. 1953, *Sieur Thellier, dit Passy-Thellier*, n° 98.852, *Rec*. p. 430.

– 2 oct. 1953, *Ville de Marseille c. Vinciléoni*, n°s 8.867 et 10.747, *Rec*. p. 447.

– 6 nov. 1953, *Dame Klicher-Mancourt*, n°s 10.296 et 11.341, *Rec*. p. 477.

– 20 nov. 1953, *Soc. Etrefa*, n°s 98.470 et 99.013, *Rec*. tables p. 786.

– Ass., 12 déc. 1953, *Sieur de Bayo*, n° 9.405, *Rec*. p. 544 ; *R.P.D.A.* 1954, p. 3, concl. J. CHARDEAU ; *A.J.D.A.* 1954, p. 2 et p. 138, chron. F. GAZIER et M. LONG, obs. J. DE SOTO ; *D.* 1954, p. 294, concl. ; *Gaz. Pal.* 1954, I, 199 ; *S.* 1954, 3, p. 15.

– Ass., 12 déc. 1953, *Union nat. des assoc. familiales*, n° 16.479 (et décisions du même jour *Arsac, Bellanger, Robin, Perraud, Conf. nat. des assoc. catholiques des chefs de famille*), *Rec*. p. 545 ; *Droit soc.* 1954, p. 241, concl. C. MOSSET ; *S.* 1954, III, p. 45, note G. TIXIER ; *D.* 1954, I, p. 511, note ROSSILLION ; *Le concours médical* 1954, p. 801 et p. 3829, comm. ROLIN.

– Ass., 29 janv. 1954, *Institution Notre-Dame du Kreisker*, n° 7.134, *Rec*. p. 64 ; *R.P.D.A.* 1954, p. 50, concl. TRICOT ; *A.J.D.A.* 1954, p. 5, chron. J. GAZIER et M. LONG.

– 10 mars 1954, *Dame Vve Picard*, n° 4.853, *Rec*. p. 151.

– 19 mai 1954, *Sieur Lagrèze*, n° 14.306, *Rec*. p. 286.

– 19 mai 1954, *Sieur Legrand*, n° 13.775, *Rec*. p. 285.

– 25 juin 1954, *Synd. nat. de la meunerie à seigle*, n° 3.993, *Rec*. p. 379 ; *D.* 1955, p. 49, concl. J. DONNEDIEU DE VABRES.

1955-1959

– 16 janv. 1955, *Andreamissera*, *R.J.P.U.F.* 1955, p. 863, concl. C. MOSSET.

– 9 févr. 1955, *Épx Le Brigand*, n°s 20.342, 20.343 et 20.386, *Rec*. p. 79.

– Sect.,18 févr. 1955, *Ville de Nanterre*, n° 26.133, *Rec*. p. 95.

– 16 mars 1955, *Laboratoires Sareins*, n° 16.044, *Rec*. tables p. 807 ; *D.* 1955, p. 277.

– Sect., 20 mai 1955, *Soc. Lucien, Joseph et Cie*, n° 2.399, *Rec*. p. 276.

– 15 juin 1955, *Sieur Courtial*, n° 17.597, *Rec*. p. 327.

– 12 juill. 1955, *Sieur Chudant*, n° 15.424, *Rec*. p. 409.

– 30 sept. 1955, *Loizement*, n° 21.824, *Rec*. tables p. 807.

– 16 nov. 1955, *Adm. gle de l'Assistance publique à Paris*, n° 79.286, *Rec*. p. 546.

– 8 juin 1956, *Sieur Desaulty*, n° 32.678, *Rec*. p. 241.

– 13 juill. 1956, *Synd. nat. des pyrotechniciens de France*, n° 36.627, *Rec*. p. 332.

– Sect., 2 nov. 1956, *Soc. coopérative laitière de Hermes*, n°s 19.455 et 19.890, *Rec*. p. 402 ; *A.J.D.A.* 1956, p. 491, chron. J. FOURNIER et G. BRAIBANT.

– Sect., 2 nov. 1956, *Sieur Biberon*, n° 23.551, *Rec*. p. 403, concl. C. MOSSET.

– 9 nov. 1956, *Porry*, *Rec*. tables p. 635.

– 16 janv. 1957, *Aveline*, n° 10.458, *Rec*. p. 36.

– 2 févr. 1957, *Sieur Dupé*, n° 34.451, *Rec*. p. 77.

– 20 févr. 1957, *Sieur Gremeau*, n° 25.551, *Rec*. p. 114.

– 15 mars 1957, *Dame Vve Soupeaux*, n° 15.290, *Rec*. p. 176.

– 12 avr. 1957, *Sieur Mimouni*, n° 23.754, *Rec*. p. 262 ; *S.* 1957, p. 254, concl. TRICOT ; *D.* 1957, p. 413, concl., note P.L.J. ; *A.J.D.A.* 1957, p. 272, chron. J. FOURNIER et G. BRAIBANT ; *Rev. adm.* 1957, p. 369, note BRICHET.

– 10 mai 1957, *Marbais*, n° 4.917, *Rec*. p. 307 ; *D.* 1958, J., p. 190, note F. GOLLÉTY.

– Sect., 17 mai 1957, *Sieur Boyer*, n° 19.116, *Rec*. p. 320.

– Ass., 31 mai 1957, *Sieur Balpêtré*, n°s 15.478 et 23.016, *Rec*. p. 362, concl. TRICOT.

– Sect., 5 juill. 1957, *Dép. de la Sarthe c. Delle Artus*, n° 33.519, *Rec*. p. 454 ; *D.* 1958, p. 188, note Ch. BLAËVOËT ; *A.J.D.A.* 1957, p. 395, note J. FOURNIER et G. BRAIBANT.

– 10 juill. 1957, *Ville de Rueil-Malmaison c. Sieur Tournier*, n°s 31.634 et 31.635, *Rec*. p. 457.

– 10 juill. 1957, *Feltin*, n°s 8.157 et 11.409, *Rec*. tables p. 873.

– 26 juin 1957, *Dame Coadou*, n°s 32.530 et 36.315, *Rec*. tables p. 941.

– 27 nov. 1957, *Ville de Meudon*, n° 21.847, *Rec*. tables p. 924.

– 20 déc. 1957, *Cne de Beaumont*, n° 38.116, *Rec*. p. 704.

– Sect., 14 févr. 1958, *Sieur Abisset*, n° 7.715, *Rec*. p. 98, concl. M. LONG ; *A.J.D.A.* 1958, p. 221, note J. FOURNIER et M. COMBARNOUS.

– Ass., 7 mars 1958, *Sec. d'État à la Santé c. Déjous*, n° 38.230, *Rec*. p. 153 ; *R.D.P.* 1958, p. 1087, concl. L. JOUVIN ; *S.* 1958, 2, p. 182, note F. GOLLÉTY.

– Sect., 25 avr. 1958, *Soc. « Laboratoires Geigey »*, n° 26.481, *Rec*. p. 236, concl. L. HEUMANN ; *A.J.D.A.* 1958, p. 227, chron. J. FOURNIER et M. COMBARNOUS ; *J.C.P.* 1958, 10747, note F. G.

– Ass., 9 mai 1958, *Csl. nat. de l'Ordre des pharmaciens*, n° 32.237, *Rec*. p. 269 ; *S.* 1958, II, p. 220, concl. TRICOT.

– Sect., 23 mai 1958, *Cts Amoudruz*, n° 35.737, *Rec*. p. 301 ; *A.J.D.A.* 1958, p. 309, chron. J. FOURNIER et M. COMBARNOUS.

– 25 juin 1958, *Sieur Beurdeley et a*., n° 11.958, *Rec*. p. 382 ; *R.P.D.A.* 1958, p. 311.

– 25 juin 1958, *Sieur Castanet*, n° 38.882, *Rec*. p. 387 ; *R.P.D.A.* 1958, n° 310.

– Ass., 4 juill. 1958, *Sieur Graff*, n° 41.841 (arrêt similaire du même jour *Épx Reyes*, n° 41.980), *Rec*. p. 414 ; *R.D.P.* 1959, p. 315, concl. M. LONG ; *J.C.P.* 1959, II, 11117, concl. ; *A.J.D.A.* 1958, p. 313, chron. J. FOURNIER et M. CAMBARNOUS.

– Sect., 14 nov. 1958, *Sieur Ponard*, n° 35.399, *Rec*. p. 554.

– 28 janv. 1959, *Jomeau*, n° 25.693, *Rec*. tables p. 1108 ; *R.P.D.A.* 1959, n° 69.

– 15 avr. 1959, *Soc. des aciéries et forges de Bonpertuis et Assoc. « Les forces motrices autonomes »*, n° 21.246 et n° 21.294, *Rec*. p. 234 ; *C.J.E.G.* 1959, p. 169, note L. R.

– Sect., 12 juin 1959, *Min. de la Santé publique c. sieur Prat-Flottes et Soc. des Instituts de plein air*, n° 45.331, *Rec*. p. 361 ; *A.J.D.A.* 1960, p. 96, concl. H. MAYRAS ; *R.D.P.* 1959, p. 1032.

– 15 juill. 1959, *Ville de Lille*, n° 42.597, *Rec*. p. 446.

– 15 juill. 1959, *Delle Segrettin*, n° 39.523, *Rec*. p. 474, *A.J.D.A.* 1960, p. 41, obs. F. COULET

– 2 oct. 1959, *Sieur Raynaud*, n° 32.033, *Rec*. p. 484.

– 23 oct. 1959, *Sieur Doublet*, n° 40.922, *Rec*. p. 540 ; *R.D.P.* 1959, p. 1235, concl. A. BERNARD ; *A.J.D.A.* 1960, p. 46 ; *R.D.P.* 1960, p. 802, note M. WALINE ; *D.* 1960, p. 191, note D. G. LAVROFF ; *Départements et communes* 1960, p. 13, note HOURTICQ.

– 4 nov. 1959, *Mantouche*, n° 14.956, *Rec*. tables p. 935.

– Sect., 6 nov. 1959, *Coop. Laitière de Belfort*, n° 39.692, *Rec*. p. 581.

– 25 nov. 1959, *Dame Vve Frère*, n° 45.365, *Rec*. p. 622.

– Sect., 18 déc. 1959, *Soc. Les films Lutetia et Synd. français des producteurs et exportateurs de films*, n°s 36385 et 36428, *Rec*. p. 694 ; *G.A.J.A.* n° 79 ; *S.* 1960, p. 94, concl. H. MAYRAS ; *D.* 1960, p. 171, note P. WEIL ; *A.J.D.A.* 1960, p. 21, chron. M. COMBARNOUS et J.-M. GALABERT ; *R.A.* 1960, p. 31, note JURET ; *J.C.P.* 1961, II, 11898, note MIMIN.

1960-1964

– Sect., 8 janv. 1960, *Laiterie Saint-Cyprien*, n° 39.760, *Rec*. p. 10.

– Sect., 5 févr. 1960, *Cne de Mougins*, n° 42.735, *Rec*. p. 83.

– 25 mars 1960, *Sieur Huertas*, n° 38.999, *Rec*. p. 226.

– 30 mars 1960, *Schiell*, n° 44.340, *Rec*. tables p. 1001.

– 11 mai 1960, *Cne du Teil c. Soc. des chaux et ciments de Lafarge et du Teil*, n° 42.680, *Rec*. p. 306.

– Ass., 13 mai 1960, *S.A.R.L. « Restaurant Nicolas »*, n° 41.084, *Rec.* p. 324 ; *Gaz. Pal.* 1960, 2, 171

– 11 juill. 1960, *Lafosse*, n° 37.491, *Rec*. tables p. 1127.

– 30 sept. 1960, *Jauffret*, n° 46.282, *Rec*. p. 504.

– 16 nov. 1960, *Épx Gachet*, n° 43.439, *Rec.* p. 1137

– 18 nov. 1960, *Savelli*, n° 27844, *Rec*. p. 640 ; *R.D.P*. 1961, p. 1068, note M. WALINE.

– 4 janv. 1961, *Sieur Palmier*, n° 46.795, *Rec*. p. 2.

– Sect. 27 janv. 1961, *Sieur Vannier*, n° 38.661, *Rec*. p. 60, concl. KAHN ; *A.J.D.A.* 1961, p. 74, chron. J.-M. GALABERT et Y. GENTOT.

– Sect., 28 avr. 1961, *Cne de Cormeilles-en-Parisis*, n° 45.424, *Rec*. p. 265, concl. J. CHARDEAU ; *A.J.D.A.* 1961, p. 487, concl.

– 13 juill. 1961, *C.H.R. de Blois*, n°s 48.729 et 50.846, *Rec.* tables p. 1175.

– 4 oct. 1961, *Dame Verneuil*, n° 48.862, *Rec*. p. 533.

– 29 nov. 1961, *Ville d'Agen*, n° 51.803, *Rec*. p. 668.

– 2 févr. 1962, *Vicensini*, n° 51.267, *Rec*. tables p. 1104.

– Sect., 16 févr. 1962, *Cts Bertholet*, n° 46.985, *Rec*. p. 109.

– 23 févr. 1962, *Sieur Meier*, n° 35.778, *Rec*. p. 122.

– Ass., 26 févr. 1962, *Sieur Kervers-Pascalis*, n°s 45.891 et 45.892, *Rec*. p. 475 ; *D*. 1963, J., p. 606, note J.-M. AUBY.

– 30 mai 1962, *Sieur Poplin*, n° 50.018, *Rec.* p. 359 ; *D.A.* 1962, n° 245.

– 8 juin 1962, *Sieur Dibon*, n° 50.287, *Rec*. p. 380.

– Ass., 13 juill. 1962, *Min. de la Santé publique et de la Population c. Sieur Lastrajoli*, n° 54.052, *Rec*. p. 506 ; *D*. 1962, J., p. 726, note J. LEMASURIER ; *R.D.P*. 1962, p. 975, concl. J. MÉRIC ; *A.J.D.A.* 1962, p. 553, chron. J.-M. GALABERT et Y. GENTOT ; *Gaz. Pal*. 1962, 2, p. 242.

– 5 oct. 1962, *Soc. des Laboratoires Lambert*, n°s 54.997 à 54.999, *Rec*. p. 516.

– 10 oct. 1962, *Cts Gloria*, n° 49.047, *Rec*. p. 522.

– 26 oct. 1962, *Ville de Toulouse*, n° 51.538, *Rec*. p. 573.

– 7 nov. 1962, *Sieur Verrando*, n° 53.689, *Rec*. p. 593.

– 10 déc. 1962, *Synd. nat. des vétérinaires et Sieur Quentin*, n°s 53.188 et 53.261, *Rec*. p. 672.

– 10 déc. 1962, *Sieur Bouali-Salah*, n° 54.771, *Rec*. p. 674.

– Sect., 14 déc. 1962, *Doublet*, n° 50.114, *Rec*. p. 680 ; *A.J.D.A*. 1963, p. 85, chron. Y. GENTOT et J. FOURRÉ ; *D*. 1963, p. 117, concl. M. COMBARNOUS.

– Sect., 21 déc. 1962, *Ville de Thiais*, n° 53.706, *Rec.* p. 701 ; *A.J.D.A.* 1963, p. 89, chron. Y. GENTOT et J. FOURRÉ.

– 30 janv. 1963, *Cne de Plancoët*, n° 55.638, *Rec*. tables p. 897.

– 13 févr. 1963, *Impagliazzo*, n° 54.143, *Rec*. tables p. 985.

– Sect., 15 févr. 1963, *Min. de l'Éducation nat. c. Assoc. « Les amis de Chiberta, Chambre d'Amour, Cinq cantons et Fontaine Laborde »*, n° 49.806, *Rec*. p. 92.

– Sect., 22 févr. 1963, *Cne de Gavarnie c. Sieur Benne*, n° 50.438, *Rec.* p. 113 ; *A.J.D.A*. 1963, p. 208, chron. Y. GENTOT et J. FOURRÉ ; *R.D.P*. 1963, p. 1019, note M. WALINE.

– 17 avr. 1963, *Sieur Blois*, n° 56.746, *Rec*. p. 223 ; *J.C.P*. 1963, II, 13227, obs. E.-P. LUCE ; *A.J.D.A.* 1963, p. 486, obs. J. DUFAU.

– 29 avr. 1963, *Dame Rapin*, n° 55.753, *Rec*. tables p. 833 ; *Bull. dr. adm*. mai 1963, n° 161 ; *A.J.D.A.* 1963, p. 343, chron. Y. GENTOT et J. FOURRÉ.

– 31 mai 1963, *Conseil national de l'Ordre des médecins c. Sieur Bourbouloux*, n° 55.843, *Rec.* p. 338.

– Ass., 14 juin 1963, *Épx Hébert*, n° 51.776, *Rec*. p. 364 ; *A.J.D.A.* 1963, p. 63, concl. J. MÉRIC.

– Sect., 11 oct. 1963, *Assoc. « Des amis du site de Clagny »*, n° 54.097, *Rec.* p. 480.

– 11 oct. 1963, *Min. de la Construction c. cts Le Moing*, n° 60.018, *Rec*. p. 481.

– 11 oct. 1963, *C.H. de Dijon c. dame Pernin*, n° 55.839, *Rec*. tables p. 985.

– 26 oct. 1963, *Sieur Bros*, n° 57.495, *Rec*. p. 538.

– 13 nov. 1963, *Sieur Ducatez et Min. de la construction c. Delhaye*, n°s 58.469 et 58.535, *Rec*. p. 554.

– 20 nov. 1963, *Nicolas*, n° 60.187, *Rec*. tables p. 903.

– 29 nov. 1963, *Sieur Ecarot*, n° 58.556, *Rec*. p. 596 ; *A.J.D.A.* 1964, p. 189, obs. J. MOREAU.

– 4 déc. 1963, *Soc. civ. immobilière Timboltaire*, n° 58.329, *Rec*. tables p. 966 ; *D.A.* 1963, n° 402.

– 11 déc. 1963, *Ville de Colombes*, n° 55976, *Rec*. p. 612 ; *A.J.D.A.* 1964, p. 122, obs. P.L.

– Sect., 20 déc. 1963, *Dame et delle Morvan-Clavenna*, n°s 57.666 et 58.758, *Rec*. p. 654 ; *A.J.D.A.* 1965, p. 376.

– 13 mai 1964, *Tonnabel*, n° 55.514, *Rec*. tables p. 849.

– Ass., 27 nov. 1964, *Min. des Finances et des Affaires économique c. Dame vve Renard*, n° 59.068, *Rec*. p. 590, concl. Y. GALMOT ; *R.D.P*. 1965, p. 716, concl. ; *A.J.D.A.* 1964, p. 678, chron. M. PUYBASSET et J.-P. PUISSOCHET ; *D*. 1965, J., p. 632, note J.-M. AUBY.

1965-1969

– Ass., 8 janv. 1965, *Soc. des établissements Aupinel*, n° 59.604 à 59.612, *Rec*. p 15.

– 20 janv. 1965, *Min. de l'Intérieur c. dame Vve Vicini*, n° 62.214, *Rec*. p. 41.

– Sect., 22 janv. 1965, *Cts Alix*, n° 56.871 à 56.873, *Rec*. p. 44.

– 18 juin 1965, *Synd. des copropriétaires de l'immeuble sis à Paris, 9 rue de Crozatier*, n° 63.652, *Rec*. p. 377.

– 29 avr. 1966, *Sieur Penel*, n° 63.373, *Rec*. p. 296 ; *R.D.P.* 1966, p. 1188.

– Sect., 13 mai 1966, *Sieur Vandaele*, n° 64.374, *Rec*. p. 321.

– 25 mai 1966, *Sieur Brulet*, n° 59.341, *Rec*. p. 365 ; *D.A.* 1966, n° 222.

– 6 janv. 1967, *Ville d'Elbœuf*, n° 63.433, *Rec*. p. 1 ; *J.C.P*. 1967, II, 15019, note Y. GALMOT ; *A.J.D.A.* 1967, p. 347, obs. P. LAPORTE.

– 22 mars 1967, *Min. des Aff. sociales c. Mme Kermegoret*, *R.D.P.* 1967, p. 1048.

– Sect., 28 avr. 1967, *Féd. nat. des synd. pharmaceutiques de France et a*., n°s 65471, 65506, 65507 et 65525, *Rec*. p. 180 ; *A.J.D.A.* 1967, p. 401, concl. GALABERT.

– Sect., 28 avr. 1967, *Sieur Lafont*, n° 65.449, *Rec*. p. 182.

– 16 juin 1967, *Ligue nat. pour la liberté des vaccinations*, n° 66.840, *Rec*. p. 259 ; *A.J.D.A.* 1968, p. 166, obs. G. PEISER ; *J.C.P*. 1967, II, 15303, concl. Y. GALMOT.

– 27 oct. 1967, *Épx Gruwez*, n° 69188, *D.A.* 1967, n° 371, p. 77.

– Sect., 10 nov. 1967, *Sieur Augusto*, n° 67.024, *Rec*. p. 422 ; *Gaz. Pal.* 1968, 1, p. 191.

– 22 nov. 1967, *Sieur Ciabrini*, n° 68.660, *Rec*. p. 439.

– 10 janv. 1968, *Sieur Daspre*, n° 69.030, *Rec*. p. 37.

– 7 févr. 1968, *Épx Cherest*, n°s 53.963 et 56.249, *Rec*. tables p. 969.

– 16 févr. 1968, *Sieur Vilain*, n°s 69249, 69289 et 70718, *Rec*. p. 118.

– 15 mars 1968, *Cne de Cassis et sieur Bodin et a.*, n° 69.312, n° 69315 et n°s 69326 à 69334, *Rec*. p. 189.

– 3 avr. 1968, *Sieur Jardin*, n° 72.861, *Rec*. p. 233 ; *A.J.D.A.* 1968, p. 480.

– 21 juin 1968, *Dame Spiaggeri et Delle Courtois*, n° 68.458, *Rec*. p. 380.

– 28 juin 1968, *Soc. mutuelle assurances contre les accidents en pharmacie et Soc. des ét. Février-Decoisy-Champion d'assurances mutuelles de la Seine et Seine-et-Oise* (2 esp.), n° 67593 et n°s 67677 et 67678, *Rec*. p. 411 et p. 412.

– 4 oct. 1968, *Sieur et dame Pascal*, n°s 68.871 et 68.872, *Rec*. tables p. 875.

– Sect., 8 nov. 1968, *Min. des Finances c. Sieur Merez*, n° 72.371, *Rec*. p. 557.

– 13 nov. 1968, *Sieur Brulet*, n° 71.409, *Rec*. tables p. 877.

– Sect., 13 déc. 1968, *Min. des Affaires sociales c. dame Milcent*, n° 73-893, *Rec*. p. 648.

– 3 janv. 1969, *Sieur Menassé et Soc. civ. Immo. « Résidence Bonaparte »*, n°s 70.253 et 70.376, *Rec.* p. 2.

– 15 janv. 1969, *Min des Affaires sociales c. sieur Bros*, n° 70829, *D.A.* 1969, n° 68.

– 31 janv. 1969, *Union nat. des grandes pharmacies de France*, n° 63.074, *Rec*. p. 54 ; *R.D.S.S.* 1969, p. 187, concl. V. BAUDOUIN ; *A.D.J.A.* 1969, p. 161, note J.-L. DEWOST et R. DENOIX DE SAINT-MARC ; *D.* 1969, p. 361, note M. GUIBAL ; *Dr. soc*. 1970, p. 137, note M. BAZEX.

– 14 févr. 1969, *Assoc. synd. nat. des médecins exerçant en groupe ou en équipe*, n° 71.978, *Rec*. p. 369 ; *Dr. soc*. 1969, p. 273, concl. BAUDOIN.

– Sect., 19 mars 1969, *Sieur Aponte et a*, n° 65.025, *Rec*. p. 161.

– 18 avr. 1969, *Soc. « Agence française de papeterie Cenpa » et Soc. « La Rochelle Cenpa »*, n° 70.502, *Rec*. tables p. 975.

– Sect., 23 avr. 1969, *Sieur Froment*, n° 74.421, *Rec*. p. 222.

– Sect., 10 oct. 1969, *Min. de l'Industrie c. Sieur Arnaud*, n° 74.421, *Rec*. p. 430.

– 5 déc. 1969, *Épx Mouton*, n° 74.499, *Rec*. tables p. 964 ; *R.D.S.S.* 1970, p. 308, obs. L. DUBOUIS.

1970-1974

– Sect., 16 janv. 1970, *De Fligue*, n° 59145, *G.A.D.U.* 1996, p. 241,

– Sect., 10 avr. 1970, *Soc. médicale d'assurances « Le sou médical » et Cts Jorcin*, n° 76.175, *Rec*. p. 245.

– 21 juill. 1970, *Sieur Loubat*, n° 74.647, *Rec*. p. 507.

– 13 nov. 1970, *Sieur Parena et Soc. civ. immo. « Le Rabelais »*, n° 71773, *Rec*. p. 682.

– Ass., 7 mai 1971, *Min. de l'Économie et des Finances et Ville de Bordeaux c. Sieur Sastre*, n°s 74.669 et 74.977, *Rec*. p. 334, concl. Y. GENTOT ; *R.D.P.* 1972, p. 443.

– Ass., 28 mai 1971, *Min. de l'Équipement et du Logement c. Féd. de défense des personnes concernées par le projet actuellement dénommé « Ville Nouvelle Est »*, n° 78.825, *Rec*. p. 409, *G.A.J.A.* n° 88 ; concl. G. BRAIBANT ; *A.J.D.A.* 1971, p. 404 et p. 463, chron. D. LABETOULLE et P. CABANES et concl. ; *J.C.P.* 1971, II, 16873, note A. HOMONT ; *D.* 1972, p. 194, note J. LEMASURIER ; *R.D.P.* 1972, p. 454, note M. WALINE ; *C.J.E.G.* 1972, p. 38, note VIROLE.

– 16 juin 1971, *Sieur Picouret*, n° 81609, *Rec*. p. 448 ; *R.D.S.S.* 1972, p. 170, obs. L. DUBOUIS.

– 25 juin 1971, *Ville d'Angoulême*, n° 79.507, *Rec*. p. 481.

– 20 juill. 1971, *Ville de Sochaux*, n° 80.804, *Rec*. p. 561 ; *A.J.D.A.* 1972, p. 227, note A. HOMONT.

– Sect., 20 juill. 1971, *Sieur Mehu et a.*, n° 75.613, *Rec.* p. 567 ; *A.J.D.A.* 1972, p. 251, note F. MODERNE.

– 1er oct. 1971, *Assoc. « Alba-Stella »*, n° 78.506, *Rec*. tables p. 1135.

– 10 nov. 1971, *Soc. civ. particulière du Château-Blanc*, n° 79.515, *Rec*. p. 668.

– 22 déc. 1971, *Cne de Mont-de-Lans*, n° 80.060, *Rec*. p. 789 ; *J.C.P.* 1973, II, 17289, note DE RABINOVITCH.

– Sect., 18 févr. 1972, *Chbre synd. des entreprises artisanales de la Haute Garonne*, n° 77277, *Rec*. p. 153, *A.J.D.A.* 1972, p. 250, chron. D. LABETOULLE et P. CABANES ; *J.C.P.* 1973, II, 17446, note BOUYSSOU ; *Gaz. Pal.* 1973, 2, 761, note MELIN.

– 23 févr. 1972, *Min. de la Santé publique et de la Sécurité sociale c. épx Boghossian*, n° 80.560, *Rec*. p. 166.

– 11 avr. 1972, *Ville de Caen*, n° 78.589, *Rec*. p. 302.

– 12 mai 1972, *Marechallat*, n° 82356, *Rec*. tables p. 974.

– 17 mai 1972, *Csl nat. de l'Ordre des médecins*, n° 81.590, *Rec*. p. 369.

– Sect., 2 juin 1972, *Féd. française des synd. professionnels des pilotes maritimes*, n° 78.410, *A.J.D.A.* 1972, p. 64.

– Sect., 23 juin 1972, *Soc. « La Plage de la Forêt »*, n° 81.486, *A.J.D.A.* 1972, p. 642, chron. D. LABETOULLE et P. CABANES.

– Ass., 20 oct. 1972, *Marabout*, n° 80068, *Rec*. p. 664 ; *A.J.D.A*. 1972, p. 581, chron. P. CABANES et D. LÉGER et p. 625, concl. G. GUILLAUME ; *Gaz. Pal*. 1973, 1, p. 265, note J. ROUGEAUX ; *J.C.P*. 1973, II, 17373, obs. B. ODENT ; *R.D.P*. 1973, p. 832, note M. WALINE.

– 27 oct. 1972, *Néaux*, n° 84796, *Rec*. tables p. 1216.

– 1er déc. 1972, *Sieur Lassieur*, n° 84.743, *Rec*. p. 769.

– 8 déc. 1972, *Boisgard*, n° 81784, *Rec*. p. 739.

– Sect., 8 déc. 1972, *Ville de Dieppe*, n° 82925, *Rec*. p. 794 ; *A.J.D.A.* 1973 , p. 53, chron. P. CABANES et D. LÉGER.

– 26 janv. 1973, *Driancourt*, n° 84768, *Rec*. p. 77 ; *A.J.D.A.* 1973, p. 245, chron. P. CABANES et D. LÉGER ; *Rev. adm.* 1974, p. 29, note F. MODERNE.

– Sect., 26 janv. 1973, *Soc. Leroi et Lardereau, Synd. gl. du commerce en gros des viandes de Paris-la-Villette, Chbre synd. des commissionnaires en bestiaux de Paris-la-Villette*, nos 8.9179 et 89.180, *Rec*. p. 74 ; *A.J.D.A.* 1973, p. 252.

– 31 janv. 1973, *Sieur Touche*, n° 87.557, *Rec*. p. 89.

– 9 févr. 1973, *Sieur Rousseau*, n° 82.080, *Rec*. p. 127.

– 7 avr. 1973, *Épx Bourgeois*, n° 96.367, *Rec*. tables p. 1141.

– 2 mai 1973, *Assoc. cultuelle des Israélites nord-africains de Paris*, n° 81.861, *Rec.* p. 313 ; *R. D. rur.* 1974, p. 13, note J. MOREAU.

– 1er juin 1973, *Delle Ambrigot*, n° 85.244, *Rec*. tables p. 915.

– 6 juin 1973, *Sieurs Verne et Beaugier*, nos 82.207 et 82.208, *Rec.* p. 402.

– 27 juin 1973, *Ville de Marseille c. S.A. « Coop. Marseille-Madrague-ville »*, n° 85.510, *Rec.* p. 444 ; *Dr. fisc.* 1974, n° 267, concl. L. MEHL.

– 3 oct. 1973, *Sieur Caux*, n° 87.725, *Rec*. p. 537.

– 3 oct. 1973, *Féd. nat. des synd. dép. et des unions régionales de médecins électroradiologistes qualifiés et sieur Paschetta*, n° 89.249, *Rec*. p. 545.

– 24 oct. 1973, *Sieur Ruelle*, n° 86.183, *Rec*. p. 592 ; *R.D.S.S.* 1974, p. 650, note F. MODERNE.

– Ass., 25 janv. 1974, *Ctre hospitalier Sainte Marthe d'Avignon*, n° 85307, *Rec.* p. 64 ; *A.J.D.A.* 1974, p. 202, étude M. FRANC et M. BOYON ; *R.D.S.S.* 1975, p. 213, note F. MODERNE ; *D.* 1975, p. 86, note J.-P. DUPRAT ; *J.C.P.* 1975, II, 18012, note DEBENE.

– 30 janv. 1974, *Min. délégué auprès du Premier ministre chargé de la Protection de la nature et de l'Environnement*, n° 89.956, *Rec*. p. 72.

– 15 févr. 1974, *Min. du développement industriel et scientifique c. Sieur Arnaud*, n° 87.119, *Rec*. p. 114.

– Ass., 20 mars 1974, *Min. de l'Aménagement du territoire, de l'Équipement, du Logement et du Tourisme c. Navarra*, n° 90547, *Rec*. p. 200, concl. M. ROUGEVIN-BAVILLE.

– 10 avr. 1974, *Ville de Cannes c. Soc. Ricordel*, n° 87.745, *Rec*. p. 226.

– 3 mai 1974, *Épx Berrebi*, n° 87.908, *Rec*. p. 266 ; *R.D.S.S*. 1974, p. 650, note F. MODERNE.

– Sect., 24 mai 1974, *Sieur Diot*, n° 86.282, *Rec*. p. 307 ; *R.D.S.S.*. 1975, p. 190, concl. G. VUGHT.

– 27 nov. 1974, *Cne de Villenave-d'Ornon c. Sieur Bayens*, n° 89.872, *Rec.* p. 586.

– 27 nov. 1974, *Min. de l'Intérieur c. dame Bertranuc et a.*, n° 93.691, *Rec.* p. 584.

1975-1979

– 29 janv. 1975, *Dame Dupont d'Isigny*, nos 90469 et 90670, *Rec*. p. 325.

– Sect., 11 avr. 1975, *Dép. de la Haute Savoie*, n° 84.846, *Rec*. p. 230, note B. ODENT ; *A.J.D.A.* 1975, p. 528, concl. D. LABETOULLE.

– 16 avr. 1975, *Sieur Boisson*, n° 95.072, *Rec*. p. 233.

– Sect., 18 avr. 1975, *Sieur Guihaumé*, n° 93.134, *Rec*. p. 244.

– 4 juin 1975, *Bouvet de la Maisonneuve et Millet*, nos 92161 et 92685, *Rec*. p. 330.

– 18 juin 1975, *Dame Canu*, n° 95910, *Rec*. p. 362 ; *D.* 1975, IR, p. 219 ;

– 5 nov. 1975, *Montferran*, n° 92.028, *Rec*. tables p. 1274 ; *D.A.* 1975, n° 411.

– Ass., 13 févr. 1976, *Deberon*, n° 97.197, *Rec*. p. 100.

– 3 mars 1976, *Min. de la Santé c. Dame Bidegain*, n° 98.265, *Rec*. tables p. 1038 ; *D.A.* 1976, n° 122.

– 26 mai 1976, *Roustan*, n° 93.295, *Rec*. tables p. 1141.

– 16 juin 1976, *Méric*, n° 97457 ; *R.D.P.* 1977, p. 233.

– 24 oct. 1976, *Dame vve Thiémard*, n° 95270, *Rec*. p. 179 ; *A.J.D.A.* 1976, p. 203, chron. M. BOYON et M. NAUWELAERS.

– Sect., 1er avr. 1977, *Épx Deleersnyder*, n° 00.941, *Rec.* p. 173 ; *A.J.D.A.* 1977, p. 506, concl. J.-M. GALABERT ; *Rev. adm.* 1977, n° 178, p. 377, note DARCY ; *D.* 1979, p. 466, note J.-Y. PLOUVIN ; *D.A.* 1977, n° 150 ; *Quot. Jur.*, 15 mai 1978, note CUSTAGNE.

– 10 juill. 1977, *Cne de Tantonville*, n° 99.716, *Rec*. tables p. 995.

– Ass., 7 oct. 1977, *Nungesser*, n° 5.064, *Rec*. p. 378 ; *A.D.J.A.* 1977, p. 624, chron. M. NAUWELAERS et O. DUTHEILLET DE LAMOTHE.

– 21 oct. 1977, *Cornet*, n° 04.659, *Rec.* p. 401 ; *D.* 1978, p. 96, note F. MODERNE ; *D.A.* 1977, n° 393.

– Sect., 28 oct. 1977, *Cne de Merfy*, nos 95.537 et 01.493, *Rec*. p. 406.

– Sect., 16 déc. 1977, *Min. de l'Équipement c. Cluzeau*, nos 91.542 et 98.117 ; *A.J.D.A.* 1978, concl. M.-A. LATOURNERIE.

– Sect., 20 janv. 1978, *Synd. nat. de l'enseignement technique agricole public*, n° 99.613 et 99.615, *A.J.D.A.* 1979, p. 37, concl. R. DENOIX DE SAINT MARC.

– Sect., 6 juin 1978, *Lebon*, n° 05911, *Rec*. p. 573, concl. B. GENEVOIS, note S.S. ; *D.* 1978, IR, p. 361, obs. P. DELVOLVÉ et 1979, p. 30, note B. PACTEAU ; *J.C.P.* 1979, II, 19159, note S. RIALS, *Rev. adm.* 1978, p. 634, note F. MODERNE ; *R.D.P.* 1979, p. 227, note J.-M. AUBY.

– 9 juin 1978, *Ville de Nice c. Liotard*, n° 99.605, *Rec*. p. 240.

– 5 janv. 1979, *Zaender*, n° 06.785 et 06.797, *Rec*. p. 10 ; *D.A.* 1979, n° 76.

– 26 janv. 1979, *Cts Bourgaux*, n° 99.511, *Rec*. p. 29.

– 16 févr. 1979, *Malisson*, n° 00.139, *Rec*. tables p. 652.

– 14 mars 1979, *Auclair*, n° 04.631, *Rec*. p. 112 ; *J.C.P.* 1980, II, 19452, note KERNINON.

– 30 mars 1979, *Assoc. Laissez les vivre*, nos 04.139 à 04.143 et 04.848, *Rec.* tables p. 888.

– 27 avr. 1979, *Leduc*, *D.A.* 1979, n° 222 ; *R.D.P.* 1980, p. 249, n° 27.

– Sect., 4 mai 1979, *Min. de la Santé c. de Gail*, n° 06.014, *Rec*. p. 190, concl. M. FRANC.

– 19 oct. 1979, *Darlet*, nos 09230 et 09702, *Rec*. p. 380.

1980

– 18 janv. 1980, *Wurtz*, n° 13.339, inédit.

– Sect., 1er févr. 1980, *Rigal*, n° 08.048, *Rec*. p. 64 ; *A.J.D.A.* 1981, p. 43, concl. A. BACQUET.

– 27 févr. 1980, *Min. de l'Environnement et Rouxel c. M. Guesdes*, nos 12.956 et 13.285, *Rec.* p. 115.

– Sect., 27 févr. 1980, *Min. de l'Équipement et de l'Aménagement du territoire et Seropian c. Conan*, nos 11.946 et 12.022, inédit.

– 28 mars 1980, *Min. de la Santé c. Belloc*, n° 06.575, *Rec*. tables p. 822.

– 6 juin 1980, *M. Alain Darvennes*, n° 14.940, *D.A.* 1980, p. 266.

– 20 juin 1980, *Cne d'Ax-les-Thermes et S.A. « Cie Gle des Thermes d'Ax »*, nos 4.592, 4.872 et 15.025, *Rec*. p. 281, *A.J.D.A.* 1980, p. 551, chron. M.-A. FEFFER et M. PINAULT.

– 4 juill. 1980, *Chevrier*, n° 07.353, *Rec*. p. 309.

– 3 oct. 1980, *Synd. de défense et de protection des moyens naturels de culture et de précommercialisation des produits de la mer du Cotentin-Ouest et a.*, nos 14.289 à 14.294, *Rec.* p. 350.

– 15 oct. 1980, *Garnotel*, nos 16199 et 18740, *Rec*. tables p. 627.

– Sect., 28 nov. 1980, *Cne d'Ardres*, n° 04.551, *Rec*. p. 449 ; *D.* 1981, IR, 117, obs. P. DELVOLVÉ.

1981

– 14 janv. 1981, *Mme Josette Barthez*, n° 04.206, *Rec*. tables p. 914 ; *D.A.* 1981, n° 54.

– 4 févr. 1981, *M. Gabas*, n° 9428, inédit.

– 6 févr. 1981, *Dugenest*, n° 03539, *Rec*. tables, p. 829 ; *D.* 1982, p. 308, note PRIEUR.

– 11 févr. 1981, *Synd. intercommunal d'assainissement du Sud-Ouest de Lille*, n° 12.869, *Rec*. tables p. 953.

– 20 févr. 1981, *Min. de la Santé et de la Sécurité sociale c. M. Iniguez*, n° 10.060, inédit.

– Sect., 6 mars 1981, *Pech*, n° 25105, *Rec*. p. 133 ; *R.D.S.S.* 1981, p. 407, note L. DUBOUIS et p. 413, concl. D. LABETOULLE.

– 20 mars 1981, *Mme Yvonne Denier*, n° 19.121, inédit.

– 1er avr. 1981, *M. Claude Cornet*, n° 10.483, *R.D.S.S.* 1981, p. 406, obs. L. DUBOUIS.

– 16 oct. 1981, *M. et Mme Matteuci*, nos 12.146 et 12.147, *Rec*. tables p. 639 ; *R.D.P*. 1982, p. 1721, obs. J.-M. AUBY.

– 6 nov. 1981, *Richefeu*, n° 25.939, *Rec*. p. 402 ; *D*. 1982, I.R., p. 347, obs. P. BON.

– 2 déc. 1981, *M. Robert Stanislas*, n° 18.505, inédit.

– 14 déc. 1981, *Cne de Montmorot*, n° 16.229, *Rec*. tables p. 639 ; *D.* 1982, *IR*, p. 375, obs. F. MODERNE et P. BON.

1982

– 27 janv. 1982, *Benhamou*, n° 10796, *Rec*. tables p. 735, *D.* 1982, I.R., 275, chron. J. PENNEAU.

– 27 janv. 1982, *M. Joseph Bardin et a.*, n° 34.203, *R.D.P*. 1982, p. 1707.

– 19 févr. 1982, *Cté de défense du quartier Saint-Paul*, n° 09899, *Rec*. tables p. 539 ; *D*. 1983, IR, 318, obs. P. BON et F. MODERNE.

– 19 mars 1982, *Laborde*, n° 19.344, inédit.

– 21 mai 1982, *Min. de la Santé c. Csl rég. d'Ile de France de l'Ordre nat. des pharmaciens*, n° 25864, *Rec*. tables p. 751.

– 11 juin 1982, *M. Plottet*, n° 25.839, *Rec*. p. 217

– Sect., 26 juill. 1982, *Vigné* et *Min. de la Santé et de la sécurité sociale c. Copin* (2 esp.), n° 18.297 et n° 33.348, *Rec*. p. 310 ; *A.J.D.A.* 1982, p. 729, concl. Y. ROBINEAU.

– 6 oct. 1982, *Delle Seydoux*, n° 30.710, inédit.

– 22 oct. 1982, *Even*, n° 28.742, *Rec*. tables p. 751, *Gaz. Pal.* 1983, I, Somm. 1961.

– 3 nov. 1982, *Rossi*, n° 25.187, *Rec*. tables p. 695 ; *D.* 1984, IR, p. 25, obs. F. MODERNE et P. BON.

– 10 déc. 1982, *Chbre synd. des centres agréés d'abattage et de conditionnement de produits de basse-cour, synd. nat. des abattoirs de volailles*, n° 20.035, *Rec*. p. 414.

– 17 déc. 1982, *Préfet de la Charente Maritime*, n° 23.293, *Rec*. p. 427 ; *R.J.F.* 1983, p. 262, note F. MODERNE.

1983

– 28 janv. 1983, *Mlle Joëlle Amblard*, n° 24.447, *Rec*. p. 32.

– 11 mars 1983, *Cne de Bures-sur-Yvette*, n° 20837, *Rec*. p. 104 ; *Gaz. Pal*. 1983, 2, 649, note MELIN ; *Quot. jur*. 16 juin 1983, note M. D.

– 11 mars 1983, *Ville de Saint-Étienne*, nos 28.737 et 29.141, *Rec*. tables p. 805.

– 11 mars 1983, *M. Michel Vanderschelden*, n° 23.505, *Rec*. tables p. 818.

– 22 avr. 1983, *Min. de la Santé et de la Sécurité sociale c. Soc. des chantiers de l'Atlantique*, n° 30.633, *Rec*. p. 162.

– 29 avr. 1983, *Assoc. « Œuvre hosp. Christianne Garnier »*, n° 28.979, *Rec*. p. 172.

– 6 mai 1983, *Union rég. des coopératives agricoles*, n° 34404.

– Sect., 13 mai 1983, *Mme Vve Lefebvre*, n° 30.538, *Rec*. p. 194 ; *A.J.D.A.* 1983, p. 476, concl. M. BOYON.

– Sect., 29 juin 1983, *Maignan*, n° 35.578, *Rec*. p. 128.

– 23 sept. 1983, *M. Roy*, n° 46.537, *Rec*. tables p. 848.

– 19 oct. 1983, *M. Arthur Colin*, n° 22.961, inédit.

– 2 déc. 1983, *Ville de Lille c. Ackermann et a*., n° 13.205, *Rec*. p. 470 ; *D*. 1985, p. 388, note R. ROMI ; *Quot. Jur*. du 28 janv. 1984, p. 13, note M. D.

1984

– 20 janv. 1984, *Cocheteux*, n° 35366, *Rec*. tables p. 747 ; D.A. 1984, n° 67.

– 9 mars 1984, *Aucouturier*, n° 18174, *D.A.* 1984, n° 192

– Sect., 4 mai 1984, *Préfet de Police c. Guez*, n° 49.153, *Rec*. p. 164, *A.J.D.A.* 1984, p. 393, concl. O. DUTHEILLET DE LAMOTHE.

– 7 mai 1984, *C.H. d'Aubervilliers et a*., n° 46955, *Rec*. tables, p. 749.

– 18 mai 1984, *Min. de l'Urbanisme et du Logement c. M. Robert Gourrat et a.*, n° 50.090, *Dr. et Ville* 1984, n° 18, note F. BOUYSSOU.

– 6 juin 1984, *Artaud*, n° 4385, *Rec*. tables p. 860 ; *D.* 1986, IR, 28, obs. F. MODERNE et P. BON.

– Ass., 11 juill. 1984, *Blat*, n° 21.733, *Rec*. p. 260.

– 24 oct. 1984, *Diabate*, n° 24815, *D.A.* 1984, n° 529.

– 7 nov. 1984, *Cne de Corbere-les-Cabanes*, n°s 35.045, 35.050, 34.830 et 35.111, *Rec*. tables p. 693.

– 14 déc. 1984, *Mlle Marie-José Gauchon et M. et Mme René Gauchon*, n° 37382, *Rec*. tables p. 735 ; *R.D.S.S.* 1985, p. 130, obs. J.-S. CAYLA.

1985

– 4 janv. 1985, *S.C.I. Résidence du Port*, n° 47.248, *Rec.* p. 5.

– 1er févr. 1985, *Gabail*, n° 46.173, inédit.

– Sect., 25 févr. 1985, *Mourad Mersad*, n° 57.231, *Rec*. p. 58 ; *R.F.D.A.* 1985, p. 418, concl. B. GENEVOIS.

– 8 mars 1985, *Assoc. « Les amis de la terre »*, n° 24.557, *Rec*. p. 73 ; *R.F.D.A.* 1985, p. 363, concl. P.-A. JEANNENEY ; *A.J.D.A.* 1985, p. 382, note J. MOREAU.

– 22 mars 1985, *Synd. des copropriétaires du 16-18 rue Chevalier de la Barre*, n° 36.032, *Rec*. p. 90.

– 26 avr. 1985, *Assoc. centres de loisirs Midi-Pyrénées de l'U.F.C.V.*, n° 42.097, inédit.

– 7 juin 1985, *Soc. A.C.O.P.A. S.A.*, n° 62.196, *Rec*. p. 177 ; *D.A.* 1985, n° 344 ; *R.F.D.A.* 1986, p. 57, concl. D. LATOURNERIE.

– 24 juin 1985, *Cne de Marseillan et a.*, n°s 33.855, 33.889 et 33.890, *Rec*. tables p. 574 ; *R.J.F.* 1985, p. 634.

– 26 juill. 1985, *C.H.R. de Rennes c. Épx Lahier*, n° 34.327, *Rec*. p. 257.

– 26 juill. 1985, *M. Valentini*, n° 47.262, *R.D.S.S.* 1986, p. 28, obs. L. DUBOUIS.

– 26 juill. 1985, *Soc. Glace service*, n° 51.083, *Rec*. p. 236 ; *D.A.* 1985, n° 495.

– 27 sept. 1985, *Min. des Affaires sociales et de la Solidarité nationale c. Mme Alberge et a.*, n° 55220, *Rec*. tables p. 777 ; *Gaz. Pal.* 1986, 1, Somm. 175.

– 23 oct. 1985, *Min. de la Santé c. Mme Guillot*, n° 45.796, *Rec*. p. 221 ; *R.D. imm.* 1986, p. 59.

– 25 oct. 1985, *M. Didier Tabel*, n° 57.187, *Rec*. tables p. 466 ; *R.F.D.A.* 1986, p. 601.

– 11 déc. 1985, *Ville d'Annecy*, n° 67.115, *Rec*. p. 369.

1986

– 15 janv. 1986, *Soc. Pec-Engineering*, n° 47836, *Rec*. tables p. 626 ; *A.J.D.A.* 1986, p. 191. obs. L. RICHER ; *D.A.* 1986, n° 117.

– 17 janv. 1986, *M. Claude Clamens*, n° 46.744, *Rec*. tables p. 706.

– 24 janv. 1986, *Min. de l'Éducation nationale c. M. Hodebert*, n° 45.322, *R.F.D.A.* 1987, p. 231

– 21 févr. 1986, *Vanderschelden et a.*, n° 37.533, *Rec*. tables, p. 570 ; *D.* 1987, S.C., p. 404, obs. P. BON.

– 5 mars 1986, *M. Benitah c. Cons. nat. de l'Ordre des chirurgiens-dentistes et a.*, n° 56.665, *R.D.S.S.* 1986, p. 587, obs. L. DUBOUIS.

– 5 mars 1986, *M. Landron*, n° 72.394, *R.D.S.S.* 1986, p. 589, obs. L. DUBOUIS.

– 7 mars 1986, *Min. de l'industrie c. Cogema et Fletna*, n° 49.644, *R.J.E.* 1986, p. 281, concl. P.-A. JEANNENEY, p. 284, note S. DOUMBÉ-BILLÉ.

– 7 mars 1986, *M. Roland Raymond*, n° 41.629, inédit.

– 12 mars 1986, *Préfet de Police de Paris c. M. Metzler, Coll et Engel*, n° 52.101, *Rec.* p. 70 ; *D.* 1986, p. 422, note Ph. TERNEYRE.

– 11 avr. 1986, *Soc. industrielle armoricaine de légumes (S.I.A.L.E.)*, n° 57.894, *Rec*. p. 90 ; *D.A.* 1988, n° 381.

– Ass., 16 avr. 1986, *Cie Luxembourgeoise de télédiffusion et a.*, n°s 75.040, 75.087, 75.110, 75.144, 75.525, 75.575 et 76.616, *Rec*. p. 97 ; *R.D.P.* 1986, p. 857, concl. O. DUTHEILLET DE LAMOTHE ; *A.J.D.A.* 1986, p. 284, chron. M. AZIBERT et M. FORNACCIARI ; *D.* 1987, p. 97, note F. LLORENS.

– 14 mai 1986, *Mlle Algia Mouadana*, n° 49.511, inédit.

– 30 mai 1986, *Assoc. de défense de l'environnement de la Cne de Courcoue et a.*, n° 62.647, *D.A.* 1986, n° 365.

– 4 juill. 1986, *Min. des Affaires sociales et de la Solidarité nationale c. Mme Reichman*, n° 72.147, *D.A.* 1986, n° 467.

– 25 juill. 1986, *S.A. Grandes distilleries « Les fils d'Auguste Peureux »*, n° 22.692, *Rec.* tables p. 340 ; *R.F.D.A.* 1987, p. 454, concl. FOUQUET.

– 1er oct. 1986, *Assemblée perm. des chbres d'agriculture*, n° 53.047, *Rec*. tables p. 723 ; *D.A.* 1986, n° 593.

– 26 nov. 1986, *Épx Grandmaison*, n° 45.397, inédit.

– 17 déc. 1986, *Synd. de l'Armagnac et des vins du Gers*, n°s 76.115 et 77.265, *Rec*. tables p. 607 ; *R.F.D.A.* 1987, p. 19, concl. M. FORNACCIARI ; *A.J.D.A.* 1987, p. 80, chron. M. AZIBERT et M. DE BOISDEFFRE.

1987

– 30 janv. 1987, *Ouendeno*, n° 82139, *Info. Pharma.* 1987, n° 301, p. 495, obs. G.V. ; *R.D.S.S.* 1987, p. 358, obs. L. DUBOUIS.

– 27 mai 1987, *S.A. « Laboratoires Goupil »*, n° 83292, *Rec*. p. 181.

– 15 juin 1987, *Soc. navale des Chargeurs Delmas-Vieljeux et a*., n°s 39250, 39291 et 39308, *Rec*. p. 216 ; *R.F.D.A.* 1988, p. 508, concl. O. SCHRAMECK.

– 24 juill. 1987, *M. Jean-Pierre Rudich*, n° 68582, *R.D.S.S.* 1988, p. 30, obs. L. DUBOUIS.

– 24 juill. 1987, *M. Amzallag*, n° 78876, *R.D.S.S.* 1988, p. 235, obs. L. DUBOUIS.

– 16 oct. 1987, *Cts Piallat c. Cne d'Uzès*, n° 58465, inédit.

– 4 nov. 1987, *Cie des travaux hydrauliques (S.A.D.E.)*, n° 48007, *Rec.* p. 346 ; *D.* 1988, Somm., p. 254, note Ph. TERNEYRE.

– 11 déc. 1987, *SODERAPOR*, n° 73570, inédit.

1988

– 20 janv. 1988, *S.C.I. la Colline c. Cne de La Benisson-Dieu*, n° 70.719, *Rec.* p. 21 ; *R.F.D.A.* 1988, p. 880, concl. DE LA VERPILLÈRE ; *A.J.D.A.* 1988, p. 407, note J.-B. AUBY ; *C.J.E.G.* 1988, p. 328 et 330, concl., note D. DELPIROU.

– 20 janv. 1988, *M. André Le Saint*, n° 82157, *Rec*. tables p. 910.

– 29 janv. 1988, *Assoc. synd. libre des propriétaires du lotissement privé de Piraillan-la-Forêt*, n° 58.021, *Rec*. tables p. 800.

– 29 janv. 1988, *Mme Labidi*, n° 65135, *J.C.P.* 1989, II, 21222, note G. MÉMETEAU.

– 4 mars 1988, *Mme Laurence Peche*, n° 80.273, *Rec.* p. 109.

– 4 mars 1988, *Cts Pierdet*, n° 55.612, *Rec*. tables p. 1019.

– 15 avr. 1988, *Soc. civile Le Tahiti*, n° 74.008, *Rec*. p. 140 ; *Petites affiches* 1988, n° 148, p. 8, note P.-L. FRIER.

– Sect., 27 avr. 1988, *Soc. Bernard Carant et Cie c. Min. d'État chargé de l'Économie, des Finances et de la Privatisation*, n° 63.772, *Rec*. p. 171.

– 27 mai 1988, *Soc. industrielle armoricaine de légumes (S.I.A.L.E.)*, n° 57.894, *Rec*. tables p. 22 ; *D.A.* 1988, n° 381.

– 1er juin 1988, *M. et Mme Mohammed Guebli*, n° 35.921, inédit.

– 14 oct. 1988, *M. Arnaud*, n° 60.986, inédit.

– 25 nov. 1988, *Min. des Affaires sociales et de l'Emploi c. Mme Reichman*, n° 84.554, inédit.

– 9 déc. 1988, *M. Henri Cohen*, n° 65.087, *Rec.* p. 431 ; *A.J.D.A.* 1989, p. 405, note J. MOREAU ; *Quot. Juri.* 23 févr. 1989, p. 7, note F. MODERNE.

– 9 déc. 1988, *M. Patrick Bazin*, n° 53755, *Rec.* tables p. 1018.

– 23 déc. 1988, *M. Martin et Soc. « Michel Martin »*, n° 75.201, *Rec.* p. 470 ; *D.* 1989, p. 267, note R. MOULIN ; *D.* 1989, S.C., p. 344, obs. F. MODERNE et P. BON.

1989

– Ass., 3 févr. 1989, *Cie Alitalia*, n° 74052, *G.A.J.A.* n° 94 ; *Rec*. p. 44 ; *R.F.D.A.* 1989, p. 391, note CHADID-NOURAI, notes O. BEAUD et L. DUBOUIS ; *A.J.D.A.* 1989, p. 387, note FOUQUET ; *R.T.D.E*. 1989, p. 509, note VERGÈS.

– 8 févr. 1989, *M. Sallard*, n° 63613, *R.D.S.S.* 1989, p. 429, obs. L. DUBOUIS.

– 15 févr. 1989, *Joulain*, n° 66192, inédit.

– 22 févr. 1989, *Féd. Française des entreprises de transports sanitaires agréées*, n° 58501, inédit.

– Sect., 17 mars 1989, *Cne de Villeneuve-au-Chemin*, n° 76314, *R.D.P.* 1990, p. 90.

– 24 mars 1989, *M. et Mme Albert Delcoigne*, n° 71264, *Rec*. tables p. 899.

– Sect., 19 avr. 1989, *M. Bernard Kerlo*, n° 61740, *R.D.P.* 1990, p. 911 ; *D.A.* 1989, n° 292.

– 12 mai 1989, *Min. des Départements et des Territoires d'Outre-mer c. Mme Piermont*, n° 85851, *Rec*. p. 444.

– 12 juin 1989, *Latchague*, n° 78512, inédit.

– 21 juill. 1989, *Assoc. des médecins pour le respect de la vie*, n° 98889, *Rec.* p. 163 ; *A.J.D.A.* 1991, p. 469, note D. CUSTOS.

– 8 nov. 1989, *M. Sourine*, n° 89540, *R.D.S.S.* 1989, p. 43.

– 8 déc. 1989, *Mme Hairon-Lescure*, n° 80341, *Rec.* p. 251 ; *R.D.S.S.* 1991, p. 65, concl. M. FORNACCIARI ; *D.* 1990, SC, p. 298, obs. P. BON et Ph. TERNEYRE.

1990

– 24 janv. 1990, *M. Painot*, n° 71225, *Rec*. tables p. 895.

– 2 mai 1990, *S.C.I. La Fare*, n° 74596, *Rec.* tables p. 993.

– 13 juin 1990, *Pentsch et S.A. Restaurant des écoles* et *S.A.R.L. « Pub 90 »* (2 esp.), n° 83939 et n° 92523, *Rec*. p. 161 et p. 162 ; *J.C.P.* 1990, IV, p. 279.

– 22 juin 1990, *Raynaud*, n° 93813, inédit.

– 29 juin 1990, *Mlle Salièges*, n° 94775, inédit.

– 27 juill. 1990, *Cne d'Azillé c. M. Andorra*, n° 85741, inédit.

– 31 oct. 1990, *Merger*, n° 73624, inédit.

– Sect., 30 nov. 1990, *Assoc. « Les Verts »*, n° 103889, *Rec*. p. 339 ; *R.F.D.A.* 1991, p. 571, concl. M. POCHARD ; *A.J.D.A.* 1991, p. 114, obs. E. HONORAT et R. SCHWARTZ.

– 5 déc. 1990, *M. Rossi*, n° 78973, inédit.

– Ass., 21 déc. 1990, *Assoc. pour l'objection de conscience à toute participation à l'avortement – Assoc. des médecins pour le respect de la vie*, n° 111417; *A.J.D.A.* 1991, p. 91, étude C.M., F.D. et Y.A. ; *R.F.D.A.* 1990, p. 1076.

– Ass., 21 déc. 1990, *Conféd. nat. des assoc. familiales catholiques*, n°s 105743, 105810, 105811 et 105812, *Rec*. p. 369, concl. B. STIRN ; *R.F.D.A.* 1990, p. 1065, concl. ; *A.J.D.A.* 1991, p. 91, chron. C.M., F.D. et Y.A. ; *R.D.P.* 1991, p. 525, note J.-M. AUBY ; *R.D.S.S.* 1991, p. 228, chron. J.-M. AUBY ; *D.* 1991, p. 283, note SABOURIN ; *R.U.D.H.* 1991, p. 1, note H. RUIZ-FABRI.

1991

– 18 janv. 1991, *M. Sigaud et Mme Duret*, n° 100766, inédit.

– 18 janv. 1991, *Soc. Multypromotion*, n° 104197, *Rec*. p. 16.

– 21 janv. 1991, *Pain*, n° 100596, *Rec*. tables p. 692.

– Sect., 25 janv. 1991, *Conféd. nat. des associations familiales catholiques et a.*, n°s 103143, 107100 et 107101, *Rec.* p. 30 ; *A.J.D.A.* 1991, p. 362, chron. R. SCHWARTZ et C. MAUGÜÉ ; *R.D.P.* 1991, p. 525, note J.-M. AUBY ; *R.D.S.S.* 1991, p. 228, chron. J.-M. AUBY.

– 4 mars 1991, *M. Dupin*, n° 96444, inédit.

– 20 mars 1991, *C.H.U. de Toulouse c. Oulié*, n° 53128, inédit.

– 5 juin 1991, *Épx Montador*, n° 105048, *Rec*. tables p. 1202, *J.C.P.* 1991, IV, 434.

– 14 juin 1991, *M. Maalem*, n° 65459, *Rec*. tables p. 1184 ; *D.A.* 1991, n° 351.

– Sect., 26 juill. 1991, *Cne de Sainte-Marie de la Réunion*, n° 117717, *Rec*. p. 302 ; *R.F.D.A.* 1991, p. 966, concl. H. LEGAL.

– 23 sept. 1991, *Cne de Narbonne c. Préfet de l'Aude*, n° 117118, *Rec*. p. 313 ; *A.J.D.A.* 1992, p. 154, note J. MOREAU.

– 4 oct. 1991, *Milhaud*, n° 100064 (et, du même jour, *Milhaud*, n° 103045), *Rec*. p. 320 ; *D.* 1991, IR, p. 242 ; *A.J.D.A.* 1992, p. 233, obs. J.-P. THÉROND ; *R.D.S.S.* 1992, p. 266, obs. L. DUBOUIS.

– 28 oct. 1991, *Soc. J.-M. Lorcy, S.A. Kerlaanu Locoal Mendon – S.A. Garcia – S.A. Pascual France*, n°s 88551, 88623 et 88666, *Rec*. tables p. 1084 ; *J.C.P.* E 1991, Pan. n° 1310 ; *Contrats conc. consom.* 1992, n° 58, obs. RAYMOND.

1992

– 7 févr. 1992, *M. Jean-Marie Schmitt*, n° 126345, *R.D.S.S.* 1992, p. 587, obs. J.-S. CAYLA.

– 17 févr. 1992, *Synd. des marchands forains de Carcassonne et env*., n° 126222, *Rec*. tables p. 1159.

– 6 avr. 1992, *M. Brault*, n°s 87482 et 96875, inédit.

– Ass., 10 avr. 1992, *M. et Mme V.*, n° 79027, *Rec*. p. 171, concl. H. LEGAL ; *G.A.J.A.* n° 98 ; *A.J.D.A.* 1992, p. 355, concl. ; *R.F.D.A.* 1992, p. 571, concl.; *D.* 1993, SC, p. 146, obs. P. BON et Ph. TERNEYRE ; *J.C.P.* 1992, II, 21881, note J. MOREAU.

– 22 avr. 1992, *Synd. des pharmaciens de Seine-et-Marne*, n° 93020, *Rec*. tables p. 1314 ; *Gaz. Pal*. 25-29 déc. 1992, p. 184.

– 24 avr. 1992, *Min. de l'Équipement, du Logement, de l'Aménagement du territoire et des Transports c. M. Prost*, n° 90937, inédit.

– 15 juin 1992, *Cne de Montmorot et M. Bourdy*, n°s 94528 et 106860, *Rec*. tables p. 1311.

– 17 juin 1992, *Alain Mido*, n° 123305, inédit.

– 3 juill. 1992, *Min. de l'Intérieur c. Soc. Carmag*, n° 120448, *Rec*. p. 280.

– 8 juill. 1992, *Ville de Chevreuse*, n° 80775, *Rec*. p. 281.

– 9 oct. 1992, *Min. des Affaires sociales et de l'Emploi c. Lafarge*, n° 90299, *Rec.* p. 357.

– 30 nov. 1992, *Cie Générale des Eaux*, n° 94260, *Rec.* p. 431 ; *J.C.P.* 1993, IV, 219 ; *Gaz. Pal*. 1993, 2, Pan. dr. adm., p. 95 ; *R.F.D.A.* 1993, p. 198.

– 28 déc. 1992, *Féd. nat. des exploitants d'abattoirs prestataires de service et a.*, n°s 129900, 130779, 130785, 130788, 130789, 131579, 131681 à 131683 et 131739, *Rec*. p. 459.

1993

– 3 mars 1993, *S.A. Carmag*, n° 116550, *Rec.* p. 51.

– 2 avr. 1993, *Min. de l'Intérieur c. S.A.R.L. « L'Étincelle »*, n° 102215, inédit.

– Ass., 9 avr. 1993, *M. G.*, *M. D.* et *M. et Mme B.* (3 esp.), n° 138652, n° 138653 et n° 138663, *Rec*. p. 110, concl. H. LEGAL ; *D.* 1993, p. 312, concl. ; *R.F.D.A.* 1993, p. 583, concl. ; *A.J.D.A.* 1993, p. 344, chron. Ch. MAUGÜÉ et L. TOUVET ; *D.* 1994, SC, p. 63, obs. P. BON et Ph. TERNEYRE ; *J.C.P.* 1993, II, 22110, note C. DEBOUY ; *Rev. adm*. 1993, p. 561, note P. FRAISSEX.

– Ass., 9 avr. 1993, *M. Bianchi*, n° 69336, *Rec*. p. 127, concl. S. DAËL ; *R.F.D.A*. 1993, p. 573, concl. ; *A.D.J.A*. 1993, p. 344, chron. C. MAÜGUE et L. TOUVET ; *Petites affiches* 1993, n° 60, p. 15, note F. THIRIEZ et 1994, n° 70, p. 15, note H. PAULIAT ; *Rev. adm.* 1993, p. 561, note P. FRAISSEX ; *J.C.P*. 1993, II, 22061, note J. MOREAU ; *Quot. Jur*. 1993,n° 56, p. 6, note M. DEGUERGUE ; *R.D.P*. 1993, p. 1099, note M. PAILLET ; *D.* 1994, Somm. p. 65, obs. P. BON et Ph. TERNEYRE.

– 7 mai 1993, *Lavaud*, n° 110947, *Rec.* tables p. 1038 ; *D.* 1994, SC, p. 271, comm. P. BON ; *D.A.* 1993, n° 345.

– 7 mai 1993, *Min. de l'Agriculture c. S.A.R.L. Cevlot*, n° 107221, *Rec.* tables p. 920.

– 23 juin 1993, *M. Louis Beaumier*, n° 85799, inédit.

– Ass., 2 juill. 1993, *Milhaud*, n° 124960, *Rec.* p. 194, concl. D. KESSLER ; *R.D.S.S.* 1994, p. 52, concl. ; *R.F.D.A*. 1993, p. 1002, concl. ; *A.J.D.A.* 1993, p. 530, chron. C. MAUGÜE et L. TOUVET ; *D*. 1994, p. 74, note J.-M. PEYRICAL ; *J.C.P* 1993, II, n° 22163, note P. GONOD ; *Petites affiches* 1994, n° 144, p. 19, note C. SCHAEGIS.

– 7 juill. 1993, *Cazorla*, n° 139329, *Rec*. tables p. 920.

– 9 juill. 1993, *Assoc. « Collectif pour la défense du droit et des libertés »*, n° 139445, *Rec*. tables p. 1039 ; *R.D.S.S.* 1994, p. 30, note J.-S. CAYLA.

– 28 juill. 1993, *Dép. de l'Aisne c. C.G.E.*, n° 118826, *J.C.P.* 1993, IV, 219 ; *Gaz. Pal*. 1993, 2, Pan. Dr. Adm. 95 ; *R.F.D.A.* 1993, p. 198.

– 1er oct. 1993, *Soc. « Le Yacht-Club International de Bormes-les-Mimosas »*, n° 54660, *Rec*. p. 875 ; *A.J.D.A.* 1993, p. 810, concl. M. POCHARD ; *R.F.D.A.* 1994, p. 248, note D. PACTEAU.

– 1er oct. 1993, *Min. de l'Intérieur c. Mme Gomez*, n° 116772, *Rec*. tables p. 929.

– 8 nov. 1993, *M. Renard*, n° 126599, *Rec*. tables p. 1038.

– 15 déc. 1993, *M. Guéniot*, n° 114727, *Rec.* tables p. 1002.

1994

– 14 janv. 1994, *Soc. Spechinor*, n° 125195, *R.J.E*. 1995, p. 166.

– 21 janv. 1994, *Cne de Dammarie-les-Lys c. Soc. Carmag*, n° 120043, *Rec.* tables p. 1087 ; *D*. 1994, SC, 112, obs. D. MAILLARD DESGRÉES DU LOÛ.

– 24 janv. 1994, *Cne de Vauxaillon*, n° 140.685, *Petites affiches* 1994, n° 53, p. 8, note J. MORAND-DEVILLER.

– Sect., 25 févr. 1994, *Min. délégué à la Santé c. Laboratoire d'Artois*, n° 153202, *Rec*. p. 98 ; *A.J.D.A.* 1994, p. 394, concl. G. LE CHATELIER.

– 28 févr. 1994, *M. et Mme Gérard Desboits*, n° 121872, inédit.

– 21 mars 1994, *S.A.R.L. clinique Salles*, n° 114854, *Rec*. tables, p. 1098 ; *R.D.S.S.* 1995, p. 96, obs. J.-M. LEMOYNE DE FORGES.

– 1er avr. 1994, *Soc. Scetauparc Exploitation*, nos 144.152 et 144.241, *Rec*. p. 176.

– 1er avr. 1994, *Cne de Menton et a.*, nos 144152 et 144241, *Rec*. p. 175.

– 8 avr. 1994, *S.A. Ét. Charbonneaux-Brabant*, n° 122652, *Rec*. p. 187.

– 8 avr. 1994, *Mme Benferhat*, n° 109434, *Rec*. p. 188.

– 29 juill. 1994, *Courty*, n° 102334, *Rec*. p. 369 ; *R.D.S.S.* 1995, p. 283, note J.-S. CAYLA ; *J.C.P.* 1994, IV, 2335, obs. M.-C. ROUAULT.

– 29 juill. 1994, *Dumont*, n° 97327, *R.J.E.* 1995, p. 328.

– Sect., 29 juill. 1994, *Garnier*, n° 146978, *Rec*. p. 407 ; *R.D.S.S.* 1995, p. 57, note L. DUBOUIS ; *Gaz. Pal*. 1995, 2, p. 366, note A. GARAY ; *Petites affiches* 1997, n° 6, p. 6, note I. LUCAS-GALLAY.

– Sect., 7 oct. 1994, *M. et Mme Lopez*, n° 124244, *Rec*. p. 340, concl. R. SCHWARTZ ; *R.F.D.A.* 1994, p. 1090, concl. et note D. POUYAUD ; *A.J.D.A.* 1994, p. 914, chron. L. TOUVET et J.-H. STAHL.

– 26 oct. 1994, *Bruguier*, n° 127944, *Rec*. tables p. 1160.

– 25 nov. 1994, *Min. de l'Intérieur et de l'aménagement du territoire et a.*, n° 149962 et n° 149018, *Rec*. tables, p. 832 et p. 1073 ; *Quot. Jur.* 28 mars 1995, p. 5, note D. MORENO ; *R.D.S.S.* 1995, p. 503, note J.-S. CAYLA.

– Sect., 16 déc. 1994, *S.A. Polyclinique des Minguettes*, n° 119420, *Rec*. p. 566 ; *A.J.D.A.* 1995, p. 166, chron. L. TOUVET et J.-H. STAHL ; *R.D.S.S.* 1995, p. 288, concl. C. VIGOUROUX.

1995

– 4 janv. 1995, *Min. de l'Intérieur c. M. Rossi*, n° 94967, *C.J.E.G.* 1995, p. 232, note O. SACHS.

– 4 janv. 1995, *Min. délégué à la Santé, Juan et C.H.G. Bagnols-sur-Cèze*, nos 128490, 128616 et 140933, *Rec*. tables p. 1038.

– 25 janv. 1995, *Min. des Aff. Soc. et de la Solidarité c. Féd. hosp. de France*, n° 120945, *Rec*. p. 41.

– 10 févr. 1995, *Chbre d'agriculture de l'Île-de-France et a.*, n° 153006, *Rec*. tables p. 703.

– 22 févr. 1995, *Cne de Caluire-et-Cuire*, n° 127860, inédit.

– 27 févr. 1995, *Synd. nat. des pilotes professionnels d'U.L.M. et Épx Barbier*, n° 139710, *Rec*. p. 941 ; *J.C.P.* 1995, IV, 1516.

– 10 mars 1995, *Cne de Vesoul*, n° 135563, *Rec*. p. 126.

– 31 mars 1995, *M. Depailler*, n° 123.755, *Nouv. Pharma.* 1995, n° 348, p. 391 ; *R.D.S.S.* 1995, p. 734, obs. J.-M. AUBY.

– 31 mars 1995, *Soc. Laboratoire Lafon*, n° 147131, inédit.

– 26 mai 1995, *Union des industries chimiques et a.*, n° 146668, *Rec*. p. 212.

– Ass., 26 mai 1995, *Cts N'Guyen*, n° 143238, *Rec*. p. 221 ; *R.F.D.A.* 1995, p. 748, concl. S. DAËL ; *A.J.D.A.* 1995, p. 508, chron. J.-H. STAHL ET D. CHAUVAUX ; *J.C.P.* 1995, II, 22468, note J. MOREAU ; *R.D.P.* 1995, p. 1609, note A DE LAJARTE ; *Petites affiches* 1996, n° 60, p. 12, note F. MALLOL.

– 12 juin 1995, *Féd. des industries mécaniques et a.*, nos 150584, 150585, 155006 et 155007, *Rec*. p. 240.

– 7 juill. 1995, *Soc. Tour Pol*, n° 138840, *Rec*. p. 287.

– Ass., 27 oct. 1995, *Cne de Morsang-sur-Orge* et *Ville d'Aix-en-Provence* (2 esp.), n° 136727 et n° 143578, *Rec*. p. 372 (1ère esp.), concl. P. FRYDMAN ; *G.A.J.A.* n° 100 ; *D.A.* 1995, n° 776 (2nde esp.) ; *R.F.D.A.* 1995, p. 1204, concl. ; *A.J.D.A.* 1995, p. 878, chron. J.-M. STAHL et D. CHAUVAUX ; *D.* 1996, p. 177, note G. LEBRETON ; *J.C.P.* 1996, II, 123, obs. M.-C. ROUAULT et 22630, note F. HAMON ; *R.D.P.* 1996, p. 536, note M. GROS et J.-Ch. FROMENT ; *Petites affiches* 1996, n° 11, p. 28, note M.-C. ROUAULT ; *R.T.D.H.* 1996, n° 28, p. 657, note N. DEFFAIRS.

– 8 nov. 1995, *Synd. nat. des chirurgiens esthétiques – Soc. française de chirurgie esthétique*, n° 112264, inédit.

– 4 déc. 1995, *Delavallade*, n° 133880, *Rec*. tables p. 945 ; *Petites affiches* 15 mai 1996, p. 21, note M. PAILLET ; *D.A.* 1996, 49, obs. D. P.

– 4 déc. 1995, *Chbre d'agriculture de la Mayenne*, n° 128057, *Rec*. tables p. 1076.

– Ass., 20 déc. 1995, *Mme Vedel et M. Jannot*, n°s 132183 et 142913, *Rec*. p. 440 ; *A.J.D.A.* 1996, p. 124, chron. J.-H. STAHL et D. CHAUVAUX ; *C.J.E.G.* 1996, p. 215, concl. J.-M. DELARUE ; *Petites affiches* 1996, n° 90, p. 25, note F. ROUVILLOIS ; *E.D.C.E.* 1996, n° 47, p. 360 ; *R.F.D.A.* 1996, p. 313, concl.

– 29 déc. 1995, *Mlle Cabrera*, n° 147685, *Rec*. tables p. 623.

– 29 déc. 1995, *Ville de Nancy*, n° 111704, inédit.

1996

– 10 janv. 1996, *M. Huret*, n° 153477, inédit.

– 2 févr. 1996, *Synd. des médecins d'Aix et région*, n° 169426, *R.D.S.S.* 1996, p. 510, obs. J.-S. CAYLA ; *Info. Pharma.* 1996, n° 352, p. 351.

– 16 févr. 1996, *Synd. des médecins d'Aix et région et a.*, n°s 164712, 165237, 165239, 165240 et 165253, *Rec*. tables p. 1139.

– 21 févr. 1996, *Vanderschelden*, n° 43265, inédit.

– 28 févr. 1996, *Min. de l'Intérieur et de l'Aménagement du territoire c. Baudry*, n° 150878, *Rec*. tables, p. 1060 ; *D*. 1996, IR, n° 132.

– 15 mars 1996, *Cne de Busy*, n° 113884, *Rec*. p. 81.

– 18 mars 1996, *M. et Mme d'Haussen*, n° 168267, inédit.

– 1er avr. 1996, *Dép. de la Loire*, n° 141958, *Rec*. p. 109.

– 5 avr. 1996, S.*A.R.L. Le Club Olympic et Marcu*, n° 147903, *Rec*. tables p. 1054.

– 20 mai 1996, *Soc. Vortex*, n° 167694, *Rec*. p. 189 ; *R.F.D.A.* 1996, p. 845 ; *D.* 1997, p. 82.

– 26 juin 1996, *Cne de Méjannes-les-Alès*, n° 132043, *Rec*. tables p. 1058.

– Ass., 10 juill. 1996, *M. Cayzeele*, n° 138536, *Rec*. p. 274 ; *A.J.D.A.* 1996, p. 732, chron. D. CHAUVAUX et T.-X. GIRARDOT ; *C.J.E.G.* 1996, p. 382, note Ph. TERNEYRE ; *R.F.D.A.* 1997, p. 89, note P. DELVOLVÉ.

– 31 juill. 1996, *Cne de Saint-Mathurin-sur-Loire et Oudin*, n°s 126120 et 126684, *Rec*. p. 340 ; *D.A.* 1996, n° 592.

– 9 oct. 1996, *Assoc. « Ici et Maintenant »*, n° 173073, *Rec*. p. 189 ; *R.F.D.A.* 1996, p. 1296.

– 9 oct. 1996, *Cne d'Ivry-sur-Seine*, n° 121323, *Rec*. tables p. 749.

– 9 oct. 1996, *Soc. Prigest*, n° 170363, *Rec*. tables p. 690 ; *D.A.* 1997, n° 2.

– 9 oct. 1996, *Poupart et Mme Cosic*, n° 90748, *Rec*. p. 1056.

– 25 oct. 1996, *M. Martin*, n° 110511, *D.A.* 1997, n° 1.

– 15 nov. 1996, *A.L.I.S.*, n° 172806, *Rec*. p. 454 ; *R.D.S.S.* 1997, p. 247, comm. J.-S. CAYLA.

– 29 nov. 1996, *Mme Huas – Assoc. pour la sauvegarde de la pointe malouine et a.*, n° 116282, *D.A.* 1997, n° 36, note D.P.

– 30 déc. 1996, *Assoc. « Act-Up Paris »*, n° 151626, inédit.

– 30 déc. 1996, *Levesque*, n° 168574, *Rec*. p. 525 ; *D.A.* 1997, n° 110, note C.M.

1997

– Sect., 6 janv. 1997, *Soc. A.S. Conseil Formation*, n° 132456, *Rec*. p. 8.

– 21 févr. 1997, *Min. de l'Environnement c. Synd. des agriculteurs irrigants du Val d'Allier Bourbonnais*, n° 139504, *Rec*. tables p. 971 ; *D.A.* 1997, n° 137, note D. P.

– 28 févr. 1997, *Préfet des Yvelines*, n° 145983, *Rec*. tables p. 976.

– 3 mars 1997, *Féd. médicale de France et Mme Foucauld*, n°s 169156 et 169163, inédit.

– 11 mars 1997, *Soc. Elf Antargaz*, n° 135974, *Rec*. p. 111.

– 17 mars 1997, *Office des migrations internationales*, n° 124588, *Rec*. p. 86 ; *D.A.* 1997, n° 268, note C.M.

– 21 avr. 1997, *Mme Barbier*, n° 180274, *D*. 1997, IR, p. 123.

– 23 avr. 1997, *S.C.I. Jade*, n° 155586, *Rec*. tables p. 1076 ; *D.* 1997, IR, p. 128.

– 30 avr. 1997, *Assoc. nat. pour l'éthique de la médecine libérale et a.*, n°s 180838, 180839, 180867, *Rec*. p. 174.

– 30 avr. 1997, *Cne de Quevillon*, n° 159224, *Rec*. tables p. 1118 ; *D.A.* 1997, n° 262.

– 7 juillet 1997, *Cne de Porcheville c. Mouni*, n° 156456, *Rec*. tables p. 975.

– 18 juin 1997, *Synd. nat. des centres privés de réadaptation fonctionnelle*, n° 130540, *Rec*. tables p. 1082.

– Sect., 20 juin 1997, *Theux*, n° 139495, *Rec*. p. 253, concl. J.-H. STAHL ; *R.F.D.A.* 1998, p. 82, concl. ; *D.A.* 1997, n° 358, p. 24, obs. C. ESPER ; *D.* 1999, SC, 46, obs. P. BON et D. DE BÉCHILLON.

– 25 juin 1997, *Mme Gleize*, n° 161508, *Rec*. p. 262 ; *D.A.* 1997, n° 393, note R.S.

– 2 juill. 1997, *M. Bricq*, n° 161369, *Rec*. p. 275 ; *D.A.* 1997, n° 323 ; *R.F.D.A.* 1997, p. 1104, n° 27.

– 27 juill. 1997, *Mme Guyot*, n° 138003, *Rec*. p. 266 ; *R.F.D.A.* 1997, p. 894 ; *Petites affiches* 1998, n° 30, p. 26, note C. CLEMENT.

– ord., 29 juill. 1997, *Préfet du Vaucluse*, n°189250, *R.F.D.A.* 1998, p. 383, note P.-L. FRIER.

– 30 juill. 1997, *Assoc. « Nos enfants et leur sécurité »*, n° 150740, inédit.

– 30 juill. 1997, *M. Lucien Boudin*, n° 118521, *Rec*. p. 312 ; *R.F.D.A.* 1997, p. 1100 ; *J.C.P.* 1997, IV, 2245, obs. M.-C. ROUAULT.

– 30 juill. 1997, *Min. de la Santé c. Maulard*, n° 162068, *Rec*. tables p. 1071.

– 30 juill. 1997, *Soc. « John Breheny Developments limites »*, n° 148108, inédit.

– 3 oct. 1997, *Soc. A.T.M.F. et a.*, n° 188369, *Rec*. p. 369.

– Sect., 3 nov. 1997, *Hôpital Joseph-Imbert d'Arles*, n° 153686**,** *Rec*. p. 412 ; *R.F.D.A.* 1998, p. 90, concl. V. PÉCRESSE ; *A.D.J.A* 1997, p. 959, chron. T.-X. GIRARDOT et F. RAYNAUD ; *Gaz. Pal*. 2-6 janv. 1998, p. 1, note J. BONNEAU ; *Petites affiches* 1998, n° 4, p. 16, note de P.-A. LECOCQ et n° 12, p. 20, note S. ALLOITEAU ; *D.A.* 1998, n° 32, p. 28, note C. ESPER ; *D.* 1998, p. 146, note Ph. CHRISTIA ; *J.C.P.* 1998, II, 10016, note J. MOREAU ; *R.D.P.* 1998, p. 891, note J.-M. AUBY ; *R.D.S.S.*. 1998, p. 519, note C. CLEMENT ; *D.* 1999, Somm. p. 45, obs. P. BON et D. DE BÉCHILLON.

– 12 nov. 1997, *Mme Jeanmarie*, n° 165028, inédit.

– 17 nov. 1997, *C.H.S. de Rennes c. M. B.*, n° 168606, *Rec*. p. 433 ; *Jurisprudence de la santé* 1997-1998, p. 201.

– 1er déc. 1997, *Synd. nat. des inspecteurs des affaires sociales* et *synd. nat. des personnels des affaires sanitaires et sociales-F.O.*, n° 18500 et n° 185287, *Rec*. p. 36 ; *R.F.D.A.* 1998, p. 212 ; *R.D.S.S.* 1998, p. 799, obs. J.-M. LEMOYNE DE FORGES.

– 29 déc. 1997, *Cne d'Ostricourt*, n° 170606, *Rec*. tables p. 706 ; *D.A.* 1998, n° 44 ; *J.C.P.* 1998, II, 10139, note X. PRETOT.

1998

– 14 janv. 1998, *Synd. nat. des personnels des affaires sanitaire et sociale – F.O.* et *Synd. interdépartemental Interco 35 C.F.D.T.*, n° 189350 et n° 186125, *Petites affiches* 1998, n° 151, p. 20, concl. J.-C. BONICHOT ; *D.A.* 1998, n° 221, obs. J.-C. B. ; *A.J.D.A.* 1999, p. 164, note J. PETIT.

– 21 janv. 1998, *Min. de l'Environnement c. Plan*, n° 157353, *Rec*. p. 19 ; *D.* 2000, SC, p. 256, obs. P. BON et D. DE BÉCHILLON ; *J.C.P.* 1998, II, 10164, note J. DE MALAFOSSE ; *R.F.D.A.* 1998, p. 565, obs. P BON.

– 6 févr. 1998, *Épx Georges*, n° 154394, *Rec*. tables, p. 735.

– 18 févr. 1998, *Min. délégué à la Santé c. Mme Meyer*, n° 167386, *Rec*. tables p. 693.

– 23 févr. 1998, *Laboratoire Vetinject*, n° 190366, *D.A.* 1998, p. 29, n° 140, note. C.M.

– Sect., 3 mars 1998, *Améon et a.*, n° 89370, *Rec*. p. 82 ; *A.J.D.A.* 1998, p. 418, chron. F. RAYNAUD et P. FOMBEUR *; C.J.E.G.* 1998, p. 197, concl. L. TOUVET ; *D.* 1998, p. 535, obs. G. LEBRETON ; *D.* 2000, SC, p. 246, obs. P. BON et D. DE BÉCHILLON.

– 27 avr. 1998, *Conféd. des synd. médicaux français et a.*, n°s 185645, 185675, 185693 et 185695, *Rec*. tables p. 180.

– 29 avr. 1998, *Cne de Hannappes*, n° 164012, *Rec*. p. 185 ; *D.A.* 1998, n° 219 ; *D.* 1998, p. 535, note G. LEBRETON ; *J.C.P.* 1999, II, 10109, note M. GENOVESE ; *Petites affiches* 1999, n° 49, p. 8, note M.-C. PIERACCINI ; *D.* 2000, SC, p. 248, obs. P. BON et D. DE BÉCHILLON ; *R.D.P.* 1998, p. 1001, note X. PRÉTOT.

– 12 juin 1998, *Assoc. des groupements de pharmacies d'officine et a.*, n° 181718, *Rec*. p. 227.

– 12 juin 1998, *Cne de Chessy et a.*, n° 153546, *Rec*. p. 233 ; *J.C.P.* 1998, IV, 3 185, obs. M.-C. ROUAULT ; *D.A.* 1999, n° 15, note D.C.

– Sect., 3 juill. 1998, *Mme Salva Couderc*, n° 172736, *Rec*. p. 297 ; *A.J.D.A.* 1998, p. 792, chron. F. RAYNAUD et P. FOMBEUR ; *D.* 1999, p. 101, note R. HOSTIOU.

– 29 juill. 1998, *Cie nat. des interprofessionnels des vins et eaux de vie à appellation d'origine contrôlée (A.O.C.)*, n° 180771, inédit.

– Sect., 25 sept. 1998, *Assoc. Greenpeace France et a. c. Min. de l'Agriculture et de la Pêche*, n° 194348, *Rec*. p. 343 ; *D.A.* 1998, n° 310 et 1999, n° 6, p. 4, obs. J. ANDRIANTSIMBAZONIVA ; *J.C.P.* 1998, II, 10126, note J. DE MALAFOSSE ; *Gaz. Pal*. 22-23 janv. 1999, p. 13, note M. RÉMOND-GOUILLOUD ; *Petites affiches* 1999, n° 162, p. 13, note R. ROMI et n° 164, p. 14, note J. LÉONE.

– 18 nov. 1998, *Jaeger*, n° 161612, *Rec*. tables, p. 1063 ; *D.A.* 1999, n° 9 ; *Dr. env*. 1999, n° 97, p. 6, note FONTBONNE *; B.D.E.I.* 1999, p. 16, note COURTIN.

– Sect., 30 nov. 1998, *Féd. nat. de l'industrie hôtelière*, n° 182925, *Rec*. p. 449 ; *R.F.D.A.* 1999, p. 393, concl. D. CHAUVAUX.

– Sect., 11 déc. 1998, *Assoc. Greenpeace France et a.* n°s 194348, 195511, 195576, 195611 et 195612, *Rec*. p. 469.

– 30 déc. 1998, *Portejoie et a.*, n°s 183827 à 183831 et 184105, *Rec*. p. 510 ; *D.A.* 1999, n° 31, obs. L. T.

1999

– 22 févr. 1999, *M. Zaaf*, n° 188872, *D.A.* 1999, n° 178, note R.S.

– 24 févr. 1999, *Assoc. des patients de la médecine d'orientation anthroposophique et a.*, n° 195354, *A.J.D.A.* 1999, p. 823, note R. RICCI.

– 24 févr. 1999, *Soc. Pro-Nat*, n° 192465, *Rec*. tables, p. 614 et p. 674 ; *D.A.* 1999, n° 239, note J.-C. BONICHOT ; *R.F.D.A.* 2000, p. 266, note A. ROUYÈRE ; *Contrats Conc. Consom*. 1999, n° 185, obs. RAYMOND.

– 24 févr. 1999, *Union hospitalière privée*, n° 192594, *D.A.* 1999, n° 204, note C. ESPER.

– Sect., 26 mars 1999, *Soc. Hertz France*, n°s 202256, 202258, 202259 et 202262, *Rec*. p. 96 ; *A.J.D.A.* 1999, p. 427, concl. J.-H. STAHL ; *R.F.D.A.* 1999, n° 5, note D. POUYAUD.

– 31 mars 1999, *A. P. à Marseille*, n° 181709, *Rec*. p. 114 ; *J.C.P.* 1999, IV, 2629, note M.-C. ROUAULT.

– 31 mars 1999, *C.P.A.M. du Vaucluse*, n° 181735, inédit.

– 14 avr. 1999, *Soc. AGF*, n° 194462, *Rec*. tables p. 921 ; *D.A.* 1999, n° 180, obs. L. T.

– 11 mai 1999, *Csl rég. de l'Ordre des pharmaciens de Lille c. S.A.R.L. « Pharmacie Cauwell-Samaille »*, *Info. Pharma*. 1990, p. 720, obs. G. V.

– Sect., 2 juin 1999, *Meyet*, n° 207752, *Rec*. p. 160 ; *Petites affiches* 1999, n° 113, p. 11, concl. J.-C. BONICHOT ; *A.J.D.A.* 1999, p. 560, chron. F. RAYNAUD et P. FOMBEUR ; *R.D.P.* 2000, p. 371, obs. C. GUETTIER et p. 563, note DESMOULIN ; *R.F.D.C.* 2000, p. 359, note M. VERPEAUX

– 30 juin 1999, *Mme Catherine Germain*, n° 202814, *Rec*. tables p. 583.

– 2 juill. 1999, *Cne de Volvic*, n° 178013, *Rec*. p. 238 ; *A.J.D.A.* 1999, p. 1185, note R. HOSTIOU.

– 5 juill. 1999, *S.A. 3M France*, n° 188925, inédit.

– 24 sept. 1999, *Baroche*, n° 194421, inédit.

– 29 nov. 1999, *Féd. Française des pompes funèbres*, n° 200777, *A.J.D.A*. 2000, p. 178.

– 29 nov. 1999, *Polyclinique des Alpilles*, n° 177140, *D.* 2000, SC, p. 253. obs. P. BON et D. DE BÉCHILLON.

– 29 déc. 1999, *Cté urbaine de Lille*, n° 197502, *J.C.P*. 2000, IV, 1951 ; *D.* 2000, IR, p. 31.

– 29 déc. 1999, *Soc. Rustica Porgrain Génétique S.A. et a.* et *Soc. Bayer*, n° 206687 et n° 207303, *Rec*. tables p. 601 ; *R.D. rur.* 2000, p. 76 et p. 441 ; *Dr. env*. 2000, p. 12, note R. ROMI ; *R.F.D.A.* 2000, p. 285, obs. A. ROUYÈRE.

– 29 déc. 1999, *Synd. nat. du commerce extérieur des produits congelés et surgelés et a.*, n° 206945, *Rec.* p. 435 ; *R.F.D.A.* 2000, p. 287 ; *D.* 2000, I.R., p. 26 ; *J.C.P*. 2000, IV, 1953 ; *Jurisprudence de la santé* 1999-2000, p. 56.

2000

– 22 nov. 2000, *Assoc. Greenpeace France et a.*, n°s 194348, 195511, 195576, 195611 et 195612, *Rec*. p. 548 ; *D.A.* févr. 2000, p. 33, note L.T.

– 21 juin 2000, *S.A.R.L. Plage Chez Joseph*, n°s 212100 et 212101, *Rec.* p. 282 ; *R.F.D.A.* 2000, p. 797, concl. C. BERGEAL ; *C.J.E.G.* 2000, p. 374 ; *B.J.C.P*. 2000, n° 12, p. 355.

– Sect., 5 janv. 2000, *Cts Telle c. A.P.-H.P.*, n° 181899, *Rec*. p. 5, concl. D. CHAUVAUX ; *D*. 2000, IR, p. 28 ; *R.F.D.A.* 2000, p. 646, concl. et note P. BON ; *Gaz. Pal*. 28-29 juin 2000, concl. ; *A.J.D.A.* 2000, p. 137, chron. M. GUYOMAR et P. COLLIN ; *D.A.* 2000, p. 46, note C. ESPER ; *J.C.P*. 2000, II, 10271, note J. MOREAU ; *R.D.P*. 2001, p. 4012, note C. GUETTIER ; *R.D.S.S.* 2000, p. 357, note L. DUBOUIS.

– 28 févr. 2000, *Mme Delphine Galceran-Jennet*, n° 203010, inédit.

– 20 mars 2000, *Groupement d'Information et de Soutien aux Immigrés (G.I.S.T.I.)*, n° 205266, *Rec*. p. 122 ; *R.F.D.A.* 2000, p. 705 ; *A.J.D.A.* 2001, p. 188, note S. HENNETTE-VAUCHEZ ; *Jurisprudence de la Santé* 1999-2000, p. 63.

– 16 juin 2000, *M. B.*, n° 196741, *D.A.* 2000, n° 171 ; *Jurisprudence de la santé* 2000-2001, p. 119.

– 23 juin 2000, *Agence foyers et résidences hôtelières privées*, n° 167258, *Rec.* p. 244 ; *D.* 2000, IR, 240 ; *R.F.D.A.* 2000, p. 905 ; *D.A.* 2000, n° 217, note D.C.

– Ass., 30 juin 2000, *Ligue française pour la défense des droits de l'homme et du citoyen*, n° 210412, *Rec*. p. 252 ; *A.J.D.A.* 2000, p. 831, concl. P. FOMBEUR ; *J.C.P*. 2000, IV, 2742, obs. M.-C. ROUAULT ; *R.F.D.A.* 2000, p. 913.

– 28 juill. 2000, *F.O. Consommateurs et a.*, n°s 212115 et 212135, *Rec.* p. 352 ; *Dr. envir*. 2001, n° 86, p. 46

– 6 oct. 2000, *A.L.I.S.*, n° 210124, inédit.

– Sect., 15 déc. 2000, *M. Castanet*, n° 214065, *Rec*. p. 616 ; *A.J.D.A.* 2001, p. 158, chron. M. GUYOMAR et P. COLLIN ; *Cahiers de la fonction publique* mars 2001, p. 34, concl. D. CHAUVAUX.

– 15 déc. 2000, *Mme Vankemmel et Synd. des professeurs hospitalo-universaires*, n°s 194807, 200887 et 202841, *Rec.* p. 630 ; *A.J.F.P.* 2001, p. 39 ; *Cahiers de la fonction publique* 2001, p. 40 ; *Jurisprudence de la Santé* 2000-2001, p. 250.

– 29 déc. 2000, *M. Claude Gubler*, n° 211240, *Rec*. p. 676 ; *D.A.* avril 2001, p. 37, note R.S. ; *R.D.S.S.* 2001, p. 274, obs. L. DUBOUIS.

2001

– 15 janv. 2001, *Mme Courrech*, n° 184386, *Rec*. tables p. 1184 ; *D.* 2001, J., p. 2924, note D. DENDONCKER.

– 23 févr. 2001, *Min. de l'Intérieur c. Traikia*, n° 229540, *Rec.* p. 83.

– 14 mars 2001, *Soc. Rouge Petrus le Media Taxi*, n° 196199 et n° 196203, inédit.

– Sect., 25 avr. 2001, *Assoc. Choisir la vie – Assoc. pour l'objection de conscience à l'avortement*, n° 216521, *Rec.* p. 190 ; *R.F.D.A.* 2002, p. 541, concl. S. BOISSARD ; *A.J.D.A.* 2002, p. 158, note J.-J. MENURET.

– 16 mai 2001, *M. et Mme Duffau*, n° 230.631, *Rec.* p. 241 ; *D.* 2002, Somm., p. 2223, obs. R. VANDERMERMEERER.

– 28 mai 2001, *National Farmers' Union*, n° 221747, *C.J.E.G.* 2001, p. 389, concl. S. AUBY et p. 395, obs. J. SEILLER.

– ord., 1er juin 2001, *Ploquin*, n° 234321, *Rec.* tables, p. 831 ; *R.D. rur.* 2001, p. 320 et p. 563.

– ord., 9 juill. 2001, *Préfet du Loiret*, n° 235638, *Rec.* p. 337 ; *D.* 2002, J., p. 1582, note A. LEGRAND ; *A.J.D.A.* 2002, p. 351, note G. ARMAND.

– ord., 27 juill. 2001, *Ville d'Étampes*, n° 236489, *Rec.* tables p. 1101 ; *A.J.D.A.* 2002, p. 351, note G. ARMAND ; *D.* 2002, p. 1582.

– 10 août 2001, *Cne de Meyreuil*, n° 237008, *Rec.* tables p. 1101.

– 10 oct. 2001, *Assoc. « œuvre d'assistance aux bêtes d'abattoirs »*, n° 219645, *Envir.* 2002, comm., n° 24, note P. TROUILY.

– Sect., 12 oct. 2001, *Soc. Produits Roche*, n° 237376, *Rec.* p. 463 ; *R.F.D.A.* 2002, p. 315, concl. P. FOMBEUR ; *D.* 2002, Somm., p. 2226, obs. R. VANDERMEESEN ; *A.J.D.A.* 2002, p. 123, chron. M. GUYOMAR et P. COLLIN ; *Petites affiches* 2001, n° 249, p. 16, note J.-M. FÉVRIER ; *Cahiers de la fonction publique* 2002, p. 28, comm. M. GUYOMAR ; *J.C.P.* 2002, II, 10020, note D. CRISTOL.

– 24 oct. 2001, *Cne de Marennes et a.*, nos 228543 et 233258, *Rec.* tables p. 957 ; *D.A.* févr. 2002, p. 31, note C.M. ; *C.T.I.* 2002, p. 11, note L. ESTREIN.

– Ass., 26 oct. 2001, *Mme Catherine Sénanayake*, n° 198546, *Rec.* p. 514 ; *R.F.D.A.* 2002, p. 146, concl. D. CHAUVAUX et p. 156, note D. DE BÉCHILLON ; *A.J.D.A.* 2002, p. 259, note M. DEGUERGUE ; *R.D.S.S.* 2002, p. 41, note L. DUBOUIS ; *J.C.P.* 2002, II, 10025, note J. MOREAU ; *Petites affiches* 2002, n° 11, p. 18, note C. CLÉMENT ; *D.A.* 2002, n° 40, note E. AUBIN et chron. A. MERSCH.

– 26 oct. 2001, *M. Ternon*, n° 197018, *Rec.* p. 497, concl. F. SÉNERS ; *R.F.D.A.* 2002, p. 77, concl. et p. 88, P. DELVOLVÉ ; *A.J.D.A.* 2001, p. 1034, chron. M. GUYOMAR et P. COLLIN ; *Petites affiches* 2002, n° 31, p. 7, note F. CHALTIEL ; *B.J.D.U.* 2001, p. 353, obs. J.-Cl. BONICHOT ; *Rev. gén. coll. territ.* 2001, p. 1183, note A. LAQUIÈZE ; *A.J.D.A.* 2002, p. 738, étude Y. GAUDEMET.

– 26 nov. 2001, *A.L.I.S. et a.*, nos 222741, 223639, 224342, 224358, 224384 et 224428, *R.F.D.A.* 2002, p. 65, concl. S. BOISSARD ; *R.D.S.S.* 2002, p. 471, comm. J.-S. CAYLA ; *Jurisprudence de la santé* 2001-2002, p. 64.

– 26 nov. 2001, *Soc. Laboratoires Negma*, n° 233787, *Rec.* p. 586 ; *R.F.D.A.* 2002, p. 202.

– 21 déc. 2001, *F.*, n° 224856, *Rec.* tables p. 1168.

– 28 déc. 2001, *M. Michel Valette*, n° 213931, *Rec.* p. 680 ; *D.A.* mars 2002, p. 31, note C. ESPER ; *A.J.D.A.* 2002, p. 359, concl. R. SCHWARTZ ; *Gaz. Pal.* 2002, Jurisp., p. 1015, note S. PETIT ; *Cahiers de la fonction publique* 2002, p. 37, comm. M. GUYOMAR ; *B.J.S.P.* 2002, n° 51, p. 19.

2002

– 16 janv. 2002, *M. et Mme Wernert*, n° 210340, *Rec.* tables, p. 903 ; *B.J.D.U.* 2002, n° 2, p. 261, concl. D. CHAUVAUX.

– 11 févr. 2002, *S.A. Gillot*, n° 231873, *Envir.* 2002, p. 20, n° 60, obs. TROUILLY.

– 22 févr. 2002, *M. Michel*, n° 224809, *Rec.* p. 52 ; *R.F.D.A.* 2002, p. 438 ; *D.A.* juill. 2002, p. 27, note Y. CARIUS ; *Envir.* juin 2002, p. 18, n° 87, obs. TROUILLY ; *R.D. rur.* 2002, p. 442 ; *R.T.D. Com.* 2002, p. 455, obs. ORSINI ; *D.A.* 2002, n° 97 et n° 131, obs. CARIUS.

– 3 avril 2002, *Soc. Labo'life espana*, n° 232628, *Rec.* p. 120 ; *D.* 2002, IR, 1883, *Nouv. pharm.* 2003, n° 379, p. 210.

– Ord., 25 avr. 2002, *Soc. Saria Industries*, n° 245414, *Rec.* p. 155.

– Ass., 28 juin 2002, *M. Villemain*, nos 220361 et 228325, *Rec.* p. 229 ; *D.A.* 2002 (10), n° 162, p. 21, note R.S. ; *A.J.D.A.* 2002, p. 586, chron. Fr. DONNAT et D. CASAS ; *R.F.D.A.* 2002, p. 723, concl. S. BOISSARD.

– 29 juill. 2002, *Laboratoires Arion*, n° 230584, *Rec*. tables, p. 588 ; *A.J.D.A.* 2002, p. 1362.

– 29 juill. 2002, *S.C.P. Polytech Silimed Europe GmbH*, n° 232829, *Rec*. tables, p. 928 ; *A.J.D.A.* 2002, p. 1395, note D. COSTA.

– ord., 16 août 2002, *Mme Valérie Feuillatey. c. C.H.U. de Saint-Étienne*, n° 249552, *Rec*. p. 309 ; *D.* 2002, IR, 2581, obs. M.-C. M. ; *A.J.D.A.* 2002, p. 723, obs. M.-C. DE MONTECLER ; *J.C.P.* 2002, II, 10184, note P. MISTRETTA ; *J.C.P.* A 2002, 1, p. 27, note A. MERSCH ; *Gaz. Pal*. 15-17 sept. 2002, p. 9, obs. F.-J. PANSIER ; *B.J.S.P.* 2002, n° 56, p. 13, obs. D. CRISTOL ; *Resp. civ. et assurances* 2002, p. 4, note S. PORCHY-SIMON ; *R.F.D.A.* 2003, p. 528, note A. DORSNER-DOLIVET ; *Petites affiches* 2003, n° 61, obs. C. CLÉMENT.

– ord., 22 août 2002, *Soc. S.F.R.*, n° 245624, *Dr. envir.* 2002, n° 103, p. 269, note R. R. ; *J.C.P.* 2003, II, n° 10012, note P. MOREAU.

– 27 sept. 2002, *Mme Martine N.*, n° 211370, *Rec*. p. 315, concl. T. OLSON ; *J.C.P.* A 2002, n° 1268 ; *J.C.P.* 2003, IV, 2189 ; *A.J.D.A.* 2003, p. 72, étude J. SAISON.

– 27 sept. 2002, *Mme Sainty*, n° 223429, *A.J.D.A.* 2002, p. 1512.

– 30 sept. 2002, *M. Dupuy*, n° 230154, *Rec*. tables p. 921 ; *A.J.D.A.* 2003, p. 445, note N. ALBERT.

– 30 sept. 2002, *M. O.*, n° 211361, inédit.

– 9 oct. 2002, *Union nationale de l'apiculture française*, n° 233876, *Rec*. p. 330 ; *R.F.D.A.* 2002, p. 1175 ; *A.J.D.A.* 2002, p. 948, obs. M.-C. DE MONTECLER et p. 1180, concl. F. SENERS.

– 14 oct. 2002, *Mme Favre*, n°s 2106627 et 210884, inédit.

– 25 oct. 2002, *Conseil national de l'Ordre des Médecins*, n° 233551, *Rec*. p. 360 ; *A.J.D.A.* 2002, p. 1153, obs. J. AUBERT.

– Sect., 18 déc. 2002, *Duvignères*, n° 233618, *Rec*. p. 463, concl. P. FOMBEUR ; *G.A.J.A.* n° 114 ; *J.C.P.* A 2003, n° 1064, comm. J. MOREAU ; *A.J.D.A.* 2003, p. 487, chron. F. DONNAT et D. CASAS ; *R.F.D.A* 2003, p. 169 et p. 510, note J. PETIT ; *Petites affiches*, 23 juin 2003, p. 12, note P. COMBEAU.

– 30 déc. 2002, *Soc. française d'endoscopie digestive*, n° 241518, *Rec*. tables p. 928 ; *A.J.D.A.* 2003, p. 695.

2003

– 7 févr. 2003, *Sec. d'État au Logement c. S.N.C. Empain Graham*, n° 223882, *Rec*. tables p. 984 ; *B.J.D.U.* 2003, p. 217, concl. T. OLSON.

– 26 févr. 2003, *Mekhantar* n° 241385, *Rec*. p. 57 ; *A.J.D.A.* 2003, p. 1234, concl. P. FOMBEUR ; *Petites affiches* 2005, n° 127, p. 12, note L. DOMINGO.

– 14 mars 2003, *Ville de Paris*, n° 233545, *Rec*. p. 129 ; *B.J.D.U.* 2003, p. 85, concl. M.-H. MITJAVILE ; *R.F.D.A.* 2004, p. 346, Étude A. NOURY.

– Sect., 31 mars 2003, *Min. de l'Économie, des Finances et de l'Industrie c. S.A. Laboratoires pharmaceutiques Bergaderm*, n°s 188833 et 211756, *Rec*. p. 159 ; *R.F.D.A.* 2003, p. 1185, concl. D. CHAUVAUX ; *A.J.D.A.* 2003, p. 640, obs. M.-C. DE MONTECLER et p. 935, chron. F. DONNAT et D. CASAS ; *J.C.P.* E 2003, II, 10198, note M.-F. DELHOSTE ; *B.J.S.P.* 2003, n° 64, p. 20.

– ord., 31 mars 2003, *Union nat. de l'apiculture française*, n° 254638 ; *Rec*. tables p. 922 ; *A.J.D.A.* 2003, p. 1388, note S. BOUSSARD ; *R.D. rur.* 2003, p. 703.

– 23 mai 2003, *Cté de cnes Artois-Lys*, n° 249995, *Rec*. p. 234 ; *R.F.D.A.* 2004, p. 299, note B. FAURE ; *R.J.F.* 2003, n° 1068, p. 734 et n° 1069, p. 736 ; *B.J.C.L.* 2003, p. 753, concl. P. COLIN.

– 9 juill. 2003, *A.P.-H.P. de Paris c. Mme Marzouk*, n° 220437, *Rec*. p. 338 ; *A.J.D.A.* 2003, p. 1946, note M. DEGUERGUE.

– 9 juill. 2003, *M. Lecomte et Assoc. A.C. Conflent*, n° 229618, *Rec*. tables p. 888 ; *A.J.D.A.* 2003, p. 2710 ; *B.J.C.L.* 2003, p. 816, concl. T. OLSON ; *Coll. terri – intercomm*. 2003, n° 194, comm. J. MOREAU.

– 29 sept. 2003, *Houillères du bassin de Lorraine*, n° 218217, *A.J.D.A.* 2003, p. 1797, obs. Y. J. et p. 2164, concl. T. OLSON ; *J.C.P.* A 2003, n° 2109, note BRILLET ; *Coll. terr.* 2003, n° 233, obs. J. MOREAU ; *R.D. imm.* 2004, p. 82, obs. Y. J. ; *Dr. env*. 2004, n° 116, p. 35, obs. ROMI.

– 10 oct. 2003, *Mme Tato et a.*, n° 249416, *Rec*. p. 393 ; *A.J.D.A.* 2004, p. 228, concl. D. CHAUVAUX ; *J.C.P.* A 2004, n° 2007, note G. CHAVRIER.

– 24 nov. 2003, *Soc. National Farmers' Union*, n° 221747, *Rec*. p. 46 ; *R.D. rur.* 2004, p. 306, obs. ROCHARD ; *Envir.* 2004, p. 28, note TROUILLY ; *Gaz. Pal.* des 11-12 août 2004 ; *D.A.* 2004, n° 53, note E.G.

– 24 nov. 2003, *Labrousse, Assoc. « La Méridienne » et Assoc. contre l'heure* d'été, n°s 232590, 233333 et 234438, *Rec*. tables, p. 994.

– 28 nov. 2003, *Cne de Moissy-Cramayel*, n° 238349, *Rec*. p. 464 ; *B.J.C.L.* 2004, p. 60, concl. G. LE CHÂTELIER et obs. J.-C. BONICHOT ; *A.J.D.A.* 2004, p. 988, note C. DEFFIGIER ; *D.A.* 2004, n° 36, obs. G.L.C. ; *J.C.P.* A 2004, n° 1053, obs. J. MOREAU.

– 9 déc. 2003, *Mme Aiguillon et a.*, n° 262186, *R.F.D.A.* 2004, p. 190 et p. 306, concl. J.-H. STAHL et note D. CASSIA ; *A.J.D.A.* 2004, p. 1138, note O. LE BOT ; *J.C.P.* A 2004, n° 1054, obs. J. MOREAU et n° 1096, note D. MAILLARD DESGRÉES DU LOÛ ; *J.C.P.* 2004, II, 10076, note X. PRÉTOT.

– 12 déc. 2003, *S.C.E.A. Les Bernardents, S.N.C. Maurice Laforêt*, n° 236906, inédit.

2004

– 7 janv. 2004, *Nouque*, n° 229101, *Rec*. tables p. 905 ; *A.J.D.A.* 2004, p. 1099, note N. CHAUVIN ; *B.J.D.U.* 2003, n° 6, p. 408, concl. E. GLASER.

– 4 févr. 2004, *Soc. Syngenta Agro et a.*, n° 242782, *Rec*. tables, p. 584 ; *R.D. rur.* 2004, p. 370, obs. ROCHARD.

– Ass., 3 mars 2004, *A.L.I.S*, n° 222918, *Rec*. p. 112 ; *D.* 2004, p. 1257, note RITLENG ; *R.F.D.A* 2004, p. 581, concl. G. LE CHÂTELIER ; *A.J.D.A.* 2004, p. 971, chron. F. DONNAT et D. CASAS ; *R.D.S.S.* 2004, p. 608, note M. DEGUERGUE.

– Ass., 3 mars 2004, *Min. de l'Emploi et de la Solidarité c. Bourdignon*, n° 241150, *Min. de l'Emploi et de la Solidarité c. Botella*, n° 241151, *Min. de l'Emploi et de la Solidarité c. Cts Thomas* n° 241152 et *Min. de l'Emploi et de la Solidarité c. Cts Xueref*, n° 241153 ; *A.J.D.A.* 2004, p. 473, obs. M.-C. DE MONTECLER et. p. 974, chron. F. DONNAT et D. CASAS ; *R.F.D.A.* 2004, p. 612, concl. E. PRADA-BORDENAVE ; *D.* 2004, p. 974, note H. ARBOUSSET ; *D.A.* 2004, n° 87, p. 35, note G. DELALOY.

– 15 mars 2004, *Cne de Villasavary*, n° 261130, *Rec*. p. 132 ; *A.J.D.A.* 2004, p. 1311, concl. D. CHAUVAUX ; *B.J.D.U.* 2004, p. 223, obs. J.-Cl. BOUICHOT.

– Sect., 12 mai 2004, *Soc. Gillot*, n° 236834, *Rec*. p. 221 ; *C.J.E.G.* 2004, p. 346, concl. F. SENERS ; *J.C.P.* A 2004, n° 1422, note J. MOREAU ; *A.J.D.A.* 2004, p. 1487, note M. DEGUERGUE ; *Dr. Rur.* 2005, p. 46, note M. CARIUS ; *D.* 2005, J., p. 261, note C. WEISSE-MARCHAL.

– Ass., 19 mai 2004, *C.R.A.M. d'Ile-de-France et C.P.A.M. du Val de Marne*, n° 216039 et n° 218040, *Rec*. p. 228 ; *A.J.D.A.* 2004, p. 1361, chron. C. LANDAIS et F. LENICA ; *J.C.P.* A 2004, n° 1781, note C. GUETTIER et n° 1807, note M.-L. MOQUET-ANGER.

– 23 juin 2004, *Baudry*, n° 261245, inédit.

– 5 juill. 2004, *Lescure*, n° 243801, *Rec*. tables, p. 838 ; *A.J.D.A.* 2005, p. 66, obs. F.-G. TRÉBULLE ; *Envir.* 2004, n° 119, obs. D. GILLIG.

– Ass., 7 juill. 2004, *Min. de l'Intérieur, de la Sécurité intérieure et des Libertés locales c. M. Benkerrou*, n° 255136, *Rec*. p. 298 ; *R.F.D.A.* 2004, p. 913, concl. M. GUYOMAR et p. 1130, note M. DEGOFFE et A. HAQUET ; *A.J.D.A.* 2004, p. 1389, obs. S. BRONDEL et p. 1695, chron. C. LANDAIS et F. LENICA ; *D.A.* nov. 2004, p. 27, note E. BREEN ; *Petites affiches* 2004, n°s 226-227, p. 13, note A. SAILLARD ; *C.J.E.G.* 2004, p. 545, note M. V. (v. également *www.conseil-etat.fr*).

– 15 juill. 2004, *M. André X.*, n° 352551 ; *A.J.D.A.* 2005, p. 274, note V. DONIER.

– 25 oct. 2004, *E.A.R.L. Établissements Riquet*, n° 251660, *R.D. rur.* 2005, inf. 331.

– 25 oct. 2004, *Soc. Francefert*, n° 251930, *Rec*. tables p. 611 ; *Contrats. Conc. Consom.* mars 2005, comm. 57, note G. RAYMOND ; *D.A.* 2005, n° 22, p. 675, note E. GLASER.

– 17 nov. 2007, *Soc. gle d'Archives*, n° 252514, *Rec*. tables p. 777 ; *A.J.D.A.* 2005, p. 675, note F. BRAUD et A. MOUSTAROLIER ; *J.C.P.* A 2005, n° 1176, note Ph. BILLET.

2005

– 5 janv. 2005, *Deprez et Baillard*, n° 257341 et n° 257534, *Rec*. p. 1 ; *J.C.P. A* 2005, n° 1075, concl. D. CHAUVAUX et n° 1168, note M.-C. ROUAULT ; *A.J.D.A.* 2005, p. 845, note L. BURQUORGUE-LARSEN ; *R.T.D. eur*. 2006, p. 183, note A. ONDOUA.

– 12 janv. 2005, *Kerkerian*, n° 256001, *Rec*. p. 20 ; *A.J.D.A.* 2005, p. 1008, note J.-P. MARKUS ; *Petites affiches* 2007, n° 7, p. 3, chron. C. MASCRET.

– Sect.,1er avr. 2005, *Mme L.*, n° 264627, *Rec*. p. 134 ; *A.J.D.A*. 2005, p. 1231, chron. C. LANDAIS et Fr. LENICA ; *R.D.S.S.* 2005, p. 450, note FOSSIER ; *Coll. terr*. 2005, n° 80, obs. ESTREIN ; *Petites affiches* 2005, n° 201, p. 12, chron. MELLERAY ; *B.J.S.P*. 2005, n° 83, Pan. p. 4.

– 25 juin 2005, *C.H. d'Albertville*, n° 261574, inédit.

– 27 juill. 2005, *Ville de Noisy-le-Grand*, n° 257394, *Rec*. tables p. 758 ; *Coll. terr*. 2005, n° 207, p. 26, obs. ESTREIN ; *R.L.C.T.* 2005, n° 8, p. 20, obs. GLASER ; *A.C.L*. 2006, p. 38.

– 27 juill. 2005, *M. Rodet*, n° 264412, inédit.

– ord., 8 sept. 2005, *Garde des Sceaux – Min. de la Justice c. M. Brunet*, n° 284803, *Rec*. p. 388 ; *D.* 2006, J., p. 124, note X. BIOY ; *A.J.D.A.* 2006, n° 7, p. 376, note M. LAUJIDOIS ; *Gaz. Pal*. mars-avr. 2006, J., p. 1077, note J.-L. PISSALOUX.

– 25 sept. 2005, *Cons. nat. de l'Ordre des médecins*, n° 270234, *Rec*. p. 395 ; *A.J.D.A.* 2005, p. 1873, obs. F. AUBERT et 2006, p. 308, note J.-P. MARKUS ; *R.D.S.S.* 2006, p. 53, note D. CRISTOL ; *Petites affiches* 2007, n° 7, p. 3, chron. C. MASCRET.

– 26 sept. 2005, *Assoc. « Collectif contre l'handiphobie »*, n° 248357, *Rec*. p. 391 ; *A.J.D.A.* 2005, p. 1874, obs. S. BRONDEL ; *B.J.S.P*. 2005, n° 88, Pan., p. 4.

– 28 sept. 2005, *Louis*, n° 266208 et n° 266210, *Rec*. p. 343 ; *B.J.C.L.* 2006, p. 60, concl. A.-F. ROUL et obs. J.-Cl. BONICHOT ; *A.J.D.A.* 2006, p. 103, note A.-M. MAZETIER.

– 2 nov. 2005, *Soc. coopérative agricole Ax'ion*, n° 266564, *Rec*. p. 468 ; *R.D.P.* 2006, p. 534, chron. C. GUETTIER, p. 1441, concl. M. GUYOMAR et p. 1427, note C. BROYELLE ; *R.F.D.A.* 2006, p. 349, concl. et note C. GUETTIER ; *A.J.D.A*. 2006, p. 142, chron. C. LANDAIS et F. LENICA ; *Dr. env*. 2006, p. 94, note E. NAIM-GESBERT.

– ord., 14 nov. 2005, *Rolin*, n° 286835, *Rec*. p. 562 ; *A.J.D.A.* 2005, p. 2148 ; *J.C.P.* A 2005, act. 739, obs. M.-C. ROUAULT ; *B.J.C.L.* 2005, p. 754, obs. J.-Cl. BONICHOT ; *A.J.D.A.* 2006, p. 142, chron. C. LANDAIS et F. LENICA.

– ord., 21 nov. 2005, *Boisvert*, n° 287217, *Rec*. p. 517 ; *J.C.P.* A 2005, act. 802, obs. M.-C. ROUAULT ; *B.J.C.L.* 2005, p. 754, obs. J.-Cl. BONICHOT ; *A.J.D.A.* 2006, p. 357, chron. C. LANDAIS et F. LENICA.

– ord., 9 déc. 2005, *Mme Allouache et a*, n° 287777, *Rec*. p. 562 ; *J.C.P.* A 2005, act. 850, obs. M.-C. ROUAULT ; *A.J.D.A.* 2005, p. 2421 ; *Dr. adm.* 2006, n° 1 ; *A.J.D.A.* 2006, p. 1875, étude T.-X. GIRARDOT.

2006

– 6 janv. 2006, *Fédération canine d'Aquitaine et a.*, n° 272905, *Rec*. tables, p. 987 ; *A.J.D.A.* 2006, p. 623 ; *RD. rur*. 2006, p. 35, concl. D. CHAUVAUX.

– 11 janv. 2006, *Assoc. des familles victimes du saturnisme*, n° 267251, *Rec*. p. 11 ; *A.J.D.A.* 2006, p. 116, obs. M.-C. DE MONTECLER ; *R.F.D.A.* 2006, p. 440.

– Sect., 24 févr. 2006, *Féd. des synd. agricoles M.O.D.E.F.*, nos 274458 et 275549, *Rec*. tables p. 719 (*www.conseil-etat.fr*).

– 1er mars 2006, *M. B.*, n° 279822, *A.J.D.A.* 2006, p. 951.

– 6 mars 2006, *C.H. d'Alès*, n° 261517, *A.J.D.A.* 2006, p. 1406.

– ord., 15 mars 2006, *Min. de l'Agriculture et de la Pêche c. G.A.E.C. de Beauplat*, n° 286648, *Rec*. tables p. 721 ; *A.J.D.A.* 2006, p. 1063 ; *R.D. rur*. 2006, p. 28 ; *Gaz. Pal*. des 27-28 sept. 2006, p. 14.

– Ass., 24 mars 2006, *Rolin et Boisvert*, nos 286834 et 287218, *Rec*. p. 171 ; *J.C.P.* 2006, I, 150, p. 1230, chron. B. PLESSIX ; *A.J.D.A.* 2006, p. 1033, chron. C. LANDAIS et F. LENICA.

– 28 avr. 2006, *Assoc. gén. des producteurs de maïs*, n° 269103, *Envir.* juin 2006, inf. 76 ; *R.D. rur.* 2006, p. 42 ; *Gaz. Pal.* des 1er-3 oct. 2006, p. 13.

– 28 avr. 2006, *C.R.A.M. Nord-Picardie*, n° 286533, inédit.

– 15 mai 2006, *Synd. des médecins d'Aix et région*, n° 280212, *Rec*. tables p. 1047.

– Ass., 31 mai 2006, *Ordre des avocats au Barreau de Paris*, n° 275531, *Rec.* p. 272 ; *R.F.D.A.* 2006, p. 1048, concl. D. CASAS ; *C.J.E.G.* 2006, p. 430, concl. ; *B.J.C.P.* 2006, n° 47, p. 295, concl. et obs. R.S. ; *A.J.D.A.* 2006, p. 1592, chron. C. LANDAIS et F. LENICA ; *D.A.* août-sept. 2006, p. 21, note M. BAZEX ; *Gaz. Pal.* nov.-déc. 2006, J., p. 3962, note V. RENAUDIE ; *J.C.P.* 2006, I, 170, chron. B. PLESSIX.

– 7 juin 2006, *Assoc. Aides et a.*, n° 285576, *Rec*. p. 282 ; *R.D.S.S.* 2006, p. 1047, note L. GAY.

– 10 juill. 2006, *Assoc. pour l'interdiction des véhicules inutilement rapides*, n° 271835, *Rec.* p. 336 ; *J.C.P.* A, act. 665, obs. M.-C. ROUAULT ; *A.J.D.A.* 2006, p. 2061, concl. E. PRADA-BORDENAVE.

– 26 juill. 2006, *S.A. Clinique chirurgicale Saint-Bernard*, n° 283156, inédit.

– 27 sept. 2006, *Cne Baalon*, n° 284022, *J.C.P.* A 2006, act. 816, obs. M.-C. ROUAULT et n° 1305, note G. PELISSIER ; *Procédures* 2006, comm. 252, obs. S. DEYGAS.

– 12 oct. 2006, *M. Pic*, n° 278899, *Rec.* tables p. 868 ; *A.J.D.A.* 2006, p. 2359 ; *B.J.S.P.* 2007, n° 100, Pan. p. 6 ; *Gaz. Pal.* des 6-7 juin 2007, p. 42, chron. J. MORET-BAILLY.

– 18 oct. 2006, *Féd. française des généralistes*, n° 281277, inédit.

– 18 oct. 2006, *Région des pays de la Loire*, n° 284563, *Rec.* tables p. 700.

2007

– ord., 5 janv. 2007, *Min. de l'Intérieur c. Assoc. « Solidarité des Français »*, n° 300311, *A.J.D.A.* 2007, p. 601, note B. PAUVERT

– 26 janv. 2007, *M. L.*, n° 277393, *A.J.D.A.* 2007, p. 873.

– 7 févr. 2007, *Soc. P.P.N. S.A.*, n° 292615, *Rec*. p. 50 ; *Petites affiches* 2007, n° 142, p. 13, note C. ALFONSO.

– Ass., 8 févr. 2007, *Soc. Arcelor Atlantique et Lorraine et a.*, n° 287110, *Rec*. p. 56, concl. M. GUYOMAR ; *G.A.J.A.* n° 118 ; *Petites affiches* 2007, n° 157, p. 11, note Ph. CHRESTIA ; *D.A.* 2007, n° 5, p. 9, note M. GAUTIER et F. MELLERAY ; *R.F.D.A.* 2007, p. 5, note X. MAGNON, p. 348, note M. GUYOMAR et p. 564, étude A. LEVADE ; *R.D.P.* 2007, p. 1031, note J. ROUX ; *D.* 2007, p. 2273, note M. VERPEAUX et p. 2742, note P. DEUMIER .

– 22 févr. 2007, *Mbarga*, n° 289562, *J.C.P.* A 2007, act. 292, obs. M.-C. ROUAULT (Sera mentionné aux tables du *Rec. Lebon*).

– 9 mars 2007, *Mme Nadine X. c. C.H. général de Sarguemines*, n° 267635 (et 3 autres esp. du même jour n° 278665, n° 285288 et n° 283067) ; *Rec*. p. 118 ; *D.A.* 2007, n° 75 ; *A.J.D.A.* 2007, p. 681, concl. T. OLSON ; *J.C.P.* 2007, act. 138 et 2007, II, 10142, comm. A. LAUDE ; *J.C.P.* A 2007, act. 297, obs. M.-C. ROUAULT ; *J.C.P.* A 2007, n° 2108, note D. JEAN-PIERRE et n° 2277, note S. CARPI-PETIT ; ; *Gaz. Pal.* des 6-7 juin 2007, p. 47, note S. HOCQUET-BERG.

– 19 mars 2007, *Le Gac et a.*, nos 300467 300500, 300680, 300681, 300682 et 300683, *Rec.* p. 124 ; *J.C.P.* A 2007, n° 2225, p. 36, comm. D. MAILLARD DEGRÉES DU LOÛ ; *R.F.D.A.* 2007, p. 770, concl. L. DEREPAS.

– ord., 11 mai 2007, *Assoc. interdépartementale et intercommunale pour la protection du lac de Sainte-Croix et a.*, n° 305427, *A.J.D.A.* 2007, p. 2262, note K. FOUCHER.

– 21 mai 2007, *Assoc. nat. des industries alimentaires*, n° 286764 (Sera mentionné aux tables du *Rec. Lebon*), *J.C.P.* A 2007, act. 746, obs. M.-C. ROUAULT.

– 13 juill. 2007, *O.N.I.A.M.*, n° 293196, (Sera publié au *Rec. Lebon*), *J.C.P.* A 2007, act. 684, obs. M.-C. ROUAULT ; *B.J.S.P.* 2007, n° 106, Pan., p. 5 ; *A.J.D.A.* 2007, p. 1440 ; *R.D.S.S.* 2007, p. 847, note D. CRISTOL.

– 13 juill. 2007, *Cne de Taverny*, n° 293210, *A.J.D.A.* 2007, p. 2266, note M.-F. DELHOSTE.

– 25 juill. 2007, *Leberger*, n° 278190 (Sera publié au *Rec. Lebon*), *J.C.P.* A 2007, act. 786, obs. M.-C. ROUAULT.

– 25 juill. 2007, *Soc. France Télécom et Soc. Axa Corporate Solutions assurances S.A.*, n° 283000, (Sera mentionné aux tables du *Rec. Lebon*), *J.C.P.* A 2007, act. 803, obs. M.-C. ROUAULT.

– 25 juill. 2007, *Établissement français du sang*, n° 271247, *A.J.D.A.* 2007, p. 1558 ; *B.J.S.P.* 2007, n° 107, Pan., p. 3 ; *J.C.P.* 2007, act. 804, obs. M.-C. ROUAULT.

– 3 sept. 2007, *Déchelotte*, n° 293283, *J.C.P.* 2007, act. 410 ; *J.C.P.* A 2007, act. 840, obs. M.-C. ROUAULT et n° 2302, concl. R. KELLER.

– 21 nov. 2007, *Cne de Sausheim*, n° 280969, *A.J.D.A.* 2007, p. 2229, obs. E. ROYER.

– 30 nov. 2007, *S.A.R.L. Coucou*, n° 284124 (Sera mentionné aux tables du *Rec. Lebon*), *J.C.P.* A 2007, act. 1076, obs. M.-C. ROUAULT.

– 30 nov. 2007, *Luneaut*, n° 294768 (Sera mentionné aux tables du *Rec. Lebon*), *J.C.P.* A 2007, act. 1077, obs. M.-C. ROUAULT.

– 19 déc. 2007, *Soc. Sogeparc-C.G.C.T.-Cie gle de stationnement*, n° 260327, *A.J.D.A.* 2008, p. 16, obs. E.R.

– Sect., 21 déc. 2007, *C.H. de Vienne*, n° 289328 (en texte intégral sur *www.conseil-etat.fr*), *A.J.D.A.* 2008, p. 11, obs. C. FAIVRE et p. 135, chron. J. BOUCHER et B. BOURGEOIS-MACHUREAU ; *J.C.P.* A 2008, n° 2078 (7), obs. C. PAILLARD.

2008

– 16 janv. 2008, *Cté de l'agglomération de Maubeuge-Val de Sambre*, n° 283020, *A.J.D.A.* 2008, p. 120, obs. Z. AÏT-EL-KADI.

– 22 févr. 2008, *Synd. mixte central de traitement des ordures ménagères de l'agglomération parisienne*, n° 280931, *A.J.D.A.* 2008, p. 437, obs. E. ROYER.

– 21 mars 2008, *C.H.U. de Bordeaux*, n° 266154, (Sera mentionné aux tables du *Rec. Lebon*), *J.C.P.* A 2008, act. 289, obs. M.-C. ROUAULT.

– 27 févr. 2008, *Soc. Top SA*, n° 270727, *A.J.D.A.* 2008, p. 437, obs. M.-C. DE MONTECLER.

– ord., 19 mars 2008, *Assoc. gén. des producteurs de maïs et a.*, n° 313547, (Sera mentionné aux tables du *Rec. Lebon*), *J.C.P.* A 2007, act. 285, obs. M.-C. ROUAULT ; *A.J.D.A.* 2008, p. 561, obs. M.-C. DE MONTECLER.

– 26 mars 2008, *Assoc. les amis de la terre Paris*, n° 300952, (Sera mentionné aux tables du *Rec. Lebon*), *J.C.P.* A 2008, act. 307, obs. M.-C. ROUAULT ; *A.J.D.A.* 2008, p. 670, obs. C. FAIVRE.

AVIS

– Sect. soc., 30 sept. 1958, n° 275.048, *G.A.C.E.* n° 4, note G. FALALA.

– Sect. soc., 28 avr. 1977, *A.J.D.A.* 1978, p. 586, obs. A. DE LAUBADÈRE.

– Sect. de l'Intérieur, 7 oct. 1986, n° 340.609, *G.A.C.E.* n° 24.

– 8 nov. 1988, *E.D.C.E.* 1989, n° 40, p. 294 (également publié en annexe II à la circ. du 14 juin 1989 relative aux règles d'hygiène, *J.O.* du 16 juill., p. 9334).

– Sect., 10 avr. 1992, *S.A.R.L. Hofmiller*, n° 132539, *Rec.* p. 159 ; *A.J.D.A.* 1992, p. 688, note X. PRÉTOT ; *C.J.E.G.* 1992, p. 480, note LACHAUME ; *Gaz. Pal.* 1992, 2, 74, note M.-F. PORTNOI ; *R.F.D.A.* 1994, p. 159, concl. J. ARRIGHI DE CASANOVA.

– 27 oct. 2000, *Mme Torrent*, n° 222672, *D.A.* 2000, n° 254 ; *A.J.D.A.* 2001, p. 394, concl. D. CHAUVAUX ; *Petites affiches* 2001, n° 132, p. 23, note C. GUETTIER ; *D.* 2002. Somm., p. 448, obs. P. BON et D. DE BÉCHILLON ; *Jurisprudence de la santé* 2000-2001, p. 37.

– 3 déc. 2001, *S.C.I. des 2 et 4 rue de la Poisonnière et a.*, n° 236910, *Rec.* p. 627 ; *A.J.D.A.* 2002, p. 177, note H. JACQUOT ; *R.F.D.A.* 2002, p. 982, note N. CHAUVIN.

– 12 juin 2002, *Préfet de la Charente-Maritime*, n° 244634, *Rec.* p. 213 ; *B.J.D.U.* 2002, p. 220, concl. S. BOISSARD ; *A.J.D.A.* 2002, p. 1080, note J.-P. LEBRETON.

B.- COURS ADMINISTRATIVES D'APPEL

1988-1994

– Lyon, 23 juin 1988, *S.I.V.O.M. Rhône-Gier*, n° 95LY01517, inédit.

– Lyon, 23 févr. 1990, *Min. des Affaires sociales et de l'Emploi c. M. Soubeyrand*, n° 89LY00972, *Rec*. tables p. 994 ; *J.C.P.* 1990, IV, 224.

– Lyon, 7 mars 1990, *Union centrale alimentaire*, n° 89LY01107, inédit.

– Lyon, 13 mars 1990, *Cne de la Ciotat*, n° 89LY01084, *Rec*. p. 421 ; *J.C.P.* 1990, IV, 224.

– Nantes, 23 mai 1990, *Boudin*, n° 89NT00987, *Rec*. p. 450.

– Nantes, 10 oct. 1990, *M. Bernard Goupil et M. Bernard Brunet-Beaumel c. Min. chargé de l'Environnement*, n°s 89NT00984, 89NT00985 et 89NT00986, *A.J.D.A.* 1991, p. 131, chron. J.-P. JOUGUELET et F. LOLOUM.

– Nancy, 2 avr. 1991, *Min. de l'Environnement c. Soc. Elipol*, n° 90NC00359, *Rec*. p. 1080.

– Lyon, 26 sept. 1991, *M et Mme Bessière*, n° 90LY00366, inédit.

– Paris, 26 sept. 1991, *M. Bernard*, n° 89PA01158, *Rec*. tables p. 772 ; *A.J.D.A.* 1992, p. 121, obs. J.-P. JOUGUELET et J.-F. GIPOULON.

– Paris, 17 oct. 1991, *S.A. Hellot*, n° 90PA00292, *Rec*. p. 569 ; *A.J.D.A.* 1992, p. 127, chron. J.-P. JOUGUELET et J.-F. GIPOULON.

– Nantes, 8 avr. 1992, *Cts Tanguy*, n° 89NT00916, *Rec*. p. 1290 ; *A.J.D.A.* 1992, p. 98, chron. J.-P. JOUGUELET, J.-F. GIPOULON et P. CADENAT.

– Bordeaux, 16 avr. 1992, *Mme D. Brunet*, n° 90BX00586, *Rec*. tables p. 1163.

– Paris, 16 juin 1992, *M. X., Min. des Affaires sociales et de l'Intégration c. M. Z. et M. M. Y.* (3 esp.), n° 92PA00050, n° 92PA00156 et n° 92PA00098, *Rec*. p. 541 ; *A.J.D.A.* 1992, p. 678, note L. RICHER.

– Nancy, 25 juin 1992, *Cne de Tombelaine*, n° 90NC00240, *Rec*. tables p. 1163.

– Bordeaux, 8 juill. 1992, *Care*, n° 90BX00139, *Rec*. tables p. 1291.

– Lyon, 9 juill. 1992, plén., *A.P. de Marseille et C.H.R. Font-Pré de Toulon*, n° 91LY00714, *Rec*. p. 569.

– Paris, 20 oct. 1992, *A.G.-A.P. de Paris c. X.*, n°s 91PA00142, 92PA00070 et 92PA00083, *Rec.* p. 578.

– Bordeaux, 25 févr. 1993, *Secrétaire d'État chargé de l'Environnement et Cne de Saint-Pée-sur-Nivelle*, n° 90BX00281 et n° 90BX00349, *Rec*. tables p. 897.

– Paris, 8 avr. 1993, *M. X.*, n° 92PA00595.

– Nancy, 22 avr. 1993, *Mlle Lefevre et Mlle Massin*, n° 92NC00465 et n° 92NC00466, *A.J.D.A.* 1993, p. 670, obs. M. LASCOMBE.

– Bordeaux, 19 mai 1993, *M. et Mme Hébert Néis*, n° 91BX00503, *Petites affiches* 1996, n° 92, p. 46, note J.-P. AMADÉIS.

– Bordeaux, 1er juill. 1993, *Min. de la Santé et de l'Action humanitaire c. Sarrazy*, n° 92BX00371, *Rec*. tables p. 921.

– Nancy, 13 nov. 1993, *Min. de la Solidarité, de la Santé et de la Protection sociale*, n° 89NC00716, inédit.

– Paris, 26 oct. 1993, *M. Dif*, n° 92PA00306, *Rec*. tables p. 921.

– Paris, 28 déc. 1993, *M. X. et Mme Y.*, n° 93PA00380.

– Paris, 17 févr. 1994, *Mlle Duong*, n° 91PA01069, inédit.

– Lyon, 8 mars 1994, *Soc. Elf France*, n° 92LY00635, inédit.

– Lyon, 21 juin 1994, *Terrolle*, *R.J.E.* 1995, p. 103 (n° spéc.) ; *B.D.E.I.* 1995, p. 28, note E. CARLIER ; *Dr. env.* 1995, n° 33, note RAZAFINDRATAR.

1995-1999

– Bordeaux, 11 janvier 1996, *S.C.I. Résidence-Hôtel Palmeria*, n° 94BX01781, *A.J.D.A.* 1996, p. 198, note J. BRÉNIER.

– Bordeaux, 16 janv. 1996, *Galinier c. Soc. lyonnaise des eaux*, inédit.

– Paris, 15 févr. 1996, *Mme Aubry-André et Cts*, n° 95PA02756, inédit.

– Paris, 6 janv. 1997, *Mme Janvier*, n° 95PA03747, *Rec*. tables p. 660.

– Paris, 13 mai 1997, *S.A. Laboratoires pharmaceutiques Bergaderm*, n° 94PA01436, *Rec*. tables p. 977 ; *D.A.* 1997, n° 331, p. 25.

– Paris, 27 mai 1997, *Min. du Travail et des Affaires sociales c. M. Périnet*, n° 96PA01997, *Rec*. tables p. 975.

– Paris, 25 sept. 1997, *Forget*, *R.J.E.* 1998, p. 412.

– Paris, 21 oct. 1997, *De Cambronne*, n° 95PA03986, *Rec*. tables p. 1081.

– Paris, 26 févr. 1998, *C.H.G. Léon Binet de Provins c. Cts Savouré*, n°s 96PA04239 et 97PA02207, *Les Fiches de la jurisprudence hospitalière* 1999, n° 2, p. 4.

– Marseille, 5 mai 1998, *Cne de Vauvenargues*, n°s 96MA02069 et 96MA02068, inédit.

– Paris, 9 juin 1998, *Mme Donyoh* et *Mme Sénanayake* (2 esp.), n° 95PA03104 et n° 95PA03653, *Rec*. p. 582 (1ère esp.) ; *R.F.D.A.* 1998, p. 1231, concl. M. HEERS ; *R.D.P.* 1999, p. 235, note J.-M. AUBY.

– Bordeaux, 16 juill. 1998, *Préfet de l'Ariège*, n° 98BX00634, *D.A.* 1998, n° 369, note M.-Y. BENJAMIN.

– Lyon, 15 oct. 1998, *M. Christian Duport, M. Jean-Pierre Sloan, M. Fernand Laborey, M. Jean-Louis Bourdin et Mlle Laurence Kasier* (5 esp.), n° 97LY02714, n° 97LY02718, n° 97LY02737, n° 97LY02740 et n° 97LY02742, inédit.

– Lyon, 15 oct. 1998, *Predo*, n° 97LY02711, *Rec*. tables p. 1061.

– Bordeaux, 16 nov. 1998,*Cne de Marmande*, n° 96BX01439, inédit.

– Bordeaux, 30 nov. 1998, *Mme Léonardi*, n° 96BX00397, inédit.

– Marseille, 16 févr. 1999, *M. Marcel Jean Perrier*, n° 96MA11956, inédit.

– Bordeaux, 18 mars 1999, *Soc. Tonnellerie Ludonnaise*, n° 96BX01194 ; *R.J.E.* 1999, p. 622, note R. SCHNEIDER.

– Lyon, 4 avr. 1999, *Ctre hospitalier d'Auxerre c. M. et Mme Tomada*, n° 96LY22322, *Les Études hospitalières* 2000, n° 99, p. 351.

– Lyon, 11 mai 1999, *Wernert*, n° 98LY01435, *R.J.E.* 1999, p. 624, note R. SCHNEIDER.

2000-2005

– Marseille, 13 juin 2000, *Clinique La Candolle*, *R.D.S.S.* 2001, p. 749, obs. M. CORMIER.

– Nantes, 30 juin 2000, *Soc. française maritime*, n°s 97NT00539 et 97NT00559, *R.J.E.* 2001, p. 122, note SCHNEIDER.

– Bordeaux, 28 juin 2001, *C.H. intercommunal de Tarbes-Vic de Bigorne*, n° 97BX00517, *Jurisprudence de la santé* 2001-2002, p. 210.

– Marseille, 18 oct. 2001, *Min. de l'Emploi et de la Solidarité c. Cts Thomas*, n° 00MA01665, *Min. de l'Emploi et de la Solidarité c. Cts Xueref*, n° 00MA01666, *Min. de l'Emploi et de la Solidarité c. Botella*, n° 00MA01667 et *Min. de l'Emploi et de la Solidarité c. Bourdignon*, n° 00MA01668, *Envir.* 2002, p. 8, concl. L. BENOIT ; *A.J.D.A.* 2002, p. 259, note L. BENOIT.

– Bordeaux, 4 déc. 2001, *S.A. Wyjolab*, n° 97BX01589, inédit.

– Lyon, 6 déc. 2001, *M.X., Me Gladel, Min. de l'Agriculture*, nos 97LY02939 et 97LY02940, *A.J.D.A.* 2003, p. 1831, note Fr. BOURRACHOT.

– Nantes, 23 avr. 2002, *M. Gonneau*, n° 00NT00717, inédit.

– Douai, 3 juin 2002, *Min. de l'Éducation nationale, de la Recherche et de la Technologie*, n° 99DA20384, *A.J.D.A.* 2002, p. 918, note J. MICHEL.

– Bordeaux, 18 juin 2002, *S.A.R.L. Protex et Soc. de droit étranger Gl Accident*, *A.J.D.A.* 2002, p. 968, note C. DEFFIGIER.

– Bordeaux, 27 juin 2002, *Cne de Mauses*, n° 00BX02614, inédit.

– Lyon, 28 juin 2002, *Mlle Charbonnier*, n° 01LY00683, *A.J.D.A.* 2002, p. 1200.

– Douai, 31 oct. 2002, *Cne de Tatighem c. M. Philippe Hermant*, n° 00DA01003, *A.J.D.A.* 2003, p. 199.

– Nancy, 24 oct. 2002, *Cne de Hegenheim*, *J.C.P.* A 2003, n° 1038, obs. J. MOREAU.

– Paris, 24 oct. 2002, *Cne d'Aubervilliers*, *B.J.C.L.* 2003, p. 272, concl. V. HAÏM.

– Paris, 17 déc. 2002, *Cne de Yerres c. Préfet de l'Essonne*, n° 02PA01102, *A.J.D.A.* 2003, p. 296, concl. V. HAÏM.

– Marseille, 6 mai 2003, *M. X. c. Min. de la Santé*, n° 00MA00611, *A.J.D.A.* 2003, p. 1676.

– Lyon, 7 mai 2003, *Cté de communes des Vallons du Lyonnais*, n° 01LY02009, *A.J.D.A.* 2003, p. 1999.

– Lyon, 19 juin 2003, *M. Y. c. Min. de l'Agriculture* et *M. Z. c. Min. de l'Agriculture* (2 esp.), n° 97LY00779 et n° 97LY00428, *A.J.D.A.* 2003, p. 1832, note Fr. BOURRACHOT.

– Nantes, 27 juin 2003, *Cts Martinot*, n° 02NT01704, *A.J.D.A.* 2003, p. 1871, concl. J.-F. MILLET.

– Paris, 30 juin 2003, *Min. de l'Agriculture, de l'Alimentation, de la Pêche et des Affaires rurales, Min. de la Santé, de la Famille et des Personnes handicapées*, n°s 03PA00155 à 03PA00158 et 03PA01576, *A.J.D.A.* 2003, p. 2054.

– Douai, 22 juill. 2003, *Min. de l'Emploi et de la Solidarité c. Soc. Cape Socap*, n° 01DA00834, *A.J.D.A.* 2003, p. 2336.

– Douai, 12 févr. 2004, *Coop. Agricole Ax'ion*, n° 02DA00575, *Envir*. 2004, n° 82, obs. D. GILLIG ; *R.D. immo.* 2004, p. 426, obs. JEGOUZO.

– Marseille, 11 mars 2004, *S.A.R.L. Clinique de la Licorne*, n° 99MA01998, inédit.

– Limoges, 25 mars 2004, *Sources et rivières du Limousin et a.*, *Petites affiches* 2004, n° 119, p. 5, note J. MORAND-DEVILLER.

– Nantes, 12 avr. 2004, *Cne de Montreuil-Bellay*, n° 01NT00893, *Envir*. 2005, chron. n° 4, obs. D. DEHARBE et PODREZA ; *R.J.E.* 2006, p. 211, obs. SCHNEIDER.

– Nancy, 21 juin 2004, *Cne de Maizières-les-Metz*, n° 00NC00716, *J.C.P.* A 2005, n° 1628, note J. MOREAU.

– Paris, 29 juin 2004, *Préfet de la Seine-Saint-Denis*, n° 03PA02867, *Envir*. 2004, n° 94, note D. GILLIG et 2005, chron. n° 6, obs. D. DEHARBE.

– Lyon, 8 juill. 2004, *Groupement forestier de Murat*, n° 01LY01676, *R.F.D.A.* 2004, p. 2014.

– Nancy, 5 août 2004, *Préfet de la Haute-Saône c. Cne de Saulnot*, n° 02NC00779, *A.J.D.A.* 2004, p. 2039, note J.-M. ADRIEN ; *R.F.D.A.* 2005, p. 173, note P. LAGRANGE.

– Bordeaux, ord., 22 sept. 2004, *Préfet de la Haute-Garonne*, n° 04BX01452, *A.J.D.A.* 2004, p. 1788, obs. C. B.

– Marseille, 18 nov. 2004, *Centre hospitalier d'Ales*, n° 00MA00897, inédit.

– Paris, 21 déc. 2004, *Assoc. Droit au logement Paris et env.*, n° 03PA03824, *Lettre de la C.A.A. de Paris* n° 2005/70, n°s 8 et 9 ; *B.J.S.P.* 2005 n° 82, Pan., p. 5 ; *A.J.D.A.* 2005, p. 341 ; *J.C.P.* A 2005, n° 1064, p. 342, note J. MOREAU.

– Marseille, 10 janv. 2005, *Min. de l'Agriculture et de la Pêche c. Soc. Durance Crau*, n°s 00MA01810, 04MA01991 et 04MA02176, *Rec*. tables p. 992 ; *A.J.D.A.* 2005, p. 1249, note Ph. MOREAU.

– Bordeaux, 1er mars 2005, *C.H. d'Ussel c. M. Henri X et Mme Gaby Y.*, n° 01BX01307, *B.J.S.P.* 2005, n° 83, Pan. p. 5.

– Bordeaux, 29 mars 2005, *X*, n° 00BX02120 ; *J.C.P.* A 2005, n° 1338 (11), p. 1554, chron. B. PACTEAU.

– Marseille, 4 avr. 2005, *Assoc. PLUCE*, n° 01MA02513, *B.J.C.L.* 2005, n° 6, p. 384, concl. J.-J. LOUIS.

– Bordeaux, 7 avr. 2005, *S.A.R.L. Maison de convalescence de Rouffiac Tolosan*, n° 00BX01535, inédit.

– Nantes, 24 mai 2005, *Cne de Mûrs-Erigné*, n° 04NT00628 ; *J.C.P.* A 2005, n° 1326 (11), p. 1478, chron. R. VANDERMEEREN ; *A.J.D.A.* 2005, p. 1919.

– Lyon, 26 août 2005, *Cne de Ménat*, n° 03LY00696, *A.J.D.A.* 2006, p. 38, note E. KOLBERT ; *Envir*. 2005, n° 82.

– Douai, 29 déc. 2005, *Cne de Waziers*, n° 05DA00726 ; *B.J.C.L.* 2006, p. 261, concl. LEPERS et obs. B. P.

2006-2008

– Versailles, ord., 12 janv. 2006, *Consorts P.*, n° 05VE01557, *R.D.S.S.* 2006, p. 68, note F. BLANCO.

– Versailles, 8 mars 2006, *Cne de Taverny*, n° 03VE04692, *A.J.D.A.* 2007, p. 2266, note M.-F. DELHOSTE ; *Envir*. 2006, n° 84, obs. D. GILLIG ; *Coll. terr.* 2006, n° 81, note PELISSIER.

– Nantes, 20 avr. 2006, *Mme Luce X.*, n° 04NT00534, inédit.

– Versailles, 18 mai 2006, *Cne de Dourdan*, n° 05VE00098 ; *B.J.C.L.* 2006, p. 566, concl. PELISSIER et obs. B. P.

– Bordeaux, 1er juin 2006, *Féd. de la santé et de l'action sociale*, n° 03BX00419, *A.J.D.A.* 2006, p. 1743 ; *B.J.S.P.* 2006, n° 98, Pan. p. 5.

– Bordeaux, 17 oct. 2006, *M. Philippe X. c. Cne de Toulouse*, n° 03BX01503, *A.J.D.A.* 2006, p. 2413.

– Bordeaux, 14 nov. 2006, *Cne d'Ardin c. Préfet des Deux-Sèvres*, n° 04BX00265, *J.C.P.* A 2007, n° 2016 (11), obs. L. GARRIDO.

– Paris, 29 nov. 2006, *A.R.H. d'Île-de-France c. S.A.R.L. Clinique Victor Hugo Spontini*, n° 02PA02090, inédit.

– Nantes, 29 déc. 2006, *M.M.*, n° 05NT00014, *A.J.D.A.* 2007, p. 873.

– Bordeaux, 13 mars 2007, *M. O.*, n° 04BX01159, inédit.

– Nancy, 5 avr. 2007, *C.H. de Chalons-en-Champagne c. N.*, n° 06NC01191, *J.C.P.* A 2007, n° 2271 (11), obs. M. DUBUY.

– Bordeaux, 3 mai 2007, *C.H. de Tarbes*, *B.J.S.P.* 2007, n° 108, p. 7, obs. C. DURRIEU-DIEBOLT.

– Lyon, 10 mai 2007, *Soc. des établissements Verdannet*, nos 02LY01154 et 02LY01650, *A.J.D.A.* 2007, p. 1986, concl. D. BESLE.

– Paris, 24 mai 2007, *Thomas*, n° 05PA03142, *J.C.P.* A 2007, n° 2327 (16), obs. D. POUYAUD.

– Bordeaux, 26 juin 2007, *Cne de Montgeard*, n° 05BX00570, inédit.

– Douai, 3 juill. 2007, *M. et Mme C.*, n° 06DA01178, *A.J.D.A.* 2007, p. 1999.

– Marseille, 3 juill. 2007, *Mme Malika Y.*, n° 05MA02929, *A.J.D.A.* 2007, p. 2033, note L. MARCOVICI.

– Paris, 11 juill. 2007, *Cne de Mitry-Mory*, n° 05PA01942, *J.C.P.* A 2007, n° 2327 (14), obs. N. FOULQUIER.

– Nancy, 2 août 2007, *G.A.E.C. des Varennes et a.*, n° 05NC01255, *A.J.D.A.* 2007, p. 1949.

– Paris, 24 sept. 2007, *Cts Eboli*, n° 04PA03858, *A.J.D.A.* 2008, p. 63.

– Lyon, 30 oct. 2007, *Hospices civils de Lyon c. Trubelle*, *J.C.P.* A 2008, n° 2078 (5), obs. É. PÉCHILLON.

– Marseille, 10 déc. 2007, *Mme Dalila Slimani*, n° 60MA00572, *B.J.S.P.* 2008, n° 111, Pan. p. 4 ; *A.J.D.A.* 2008, p. 37, note L. MARCOVICI.

– Lyon, 20 déc. 2007, *Poussardin, C.H.U. de Besançon, Min. de l'Éducation nationale*, nos 03LY01329, 03LY01366, 06LY00239, 06LY00568 et 06LY00569, *J.C.P.* A, n° 2073 (26), chron. N. RICHON.

– Douai, 10 janv. 2008, *Mme H. et a.*, nos 06DA01012 à 06DA01014, *A.J.D.A.* 2008, p. 766, concl. J. LEPERS (1ère esp.).

C.- TRIBUNAUX ADMINISTRATIFS

Conseils de préfecture

– Seine, 9 juill. 1879, *Chemin de fer de l'Est*, *D.* 1880, 3, p. 39.

– Seine, 18 févr. 1880, *Minoret*, *D.* 1880, 3, p. 39.

– Seine, 17 mars 1880, *Camann Lévy*, *D.* 1880, 3, p. 38.

– Lille, 18 mai 1933, *Maire de Mouveaux*, *D.* 1933, J, p. 470.

1933-1969

– Bordeaux, 29 févr. 1956, *Sieur Meunier et Caisse primaire de sécurité sociale de la Gironde*, *Rec*. p. 515 ; *D.* 1956, p. 52, note J.-M. AUBY.

– Lyon, 14 juin 1957, *Épx Reyes*, *Rec*. p. 761.

– Caen, 23 déc. 1957, *Cts Prévost*, *Rec*. p. 807.

– Rennes, 1er déc. 1958, *Épx Gueguen*, *Rec*. p. 781.

– Strasbourg, 4 févr. 1959, *Graff*, *A.J.D.A.* 1959, p. 216.

– Marseille, 10 juill.1959, *Sieur Bourquin*, *Rec*. p. 833.

– Lyon, 17 juin 1960, *Gaz. Pal.* 1960, 2, 154.

– Clermont-Ferrand, 1er juill. 1960, *Dame Geneix*, *Rec*. p. 800.

– Paris, 17 mai 1961, *Csl nat. de l'Ordre des pharmaciens*, *Rec*. p. 793.

– Grenoble, 17 janv. 1962, *Finas*, *Rec*. p. 714.

– Paris, 4 déc. 1962, *Épx Dehaut*, *Rec*. p. 800.

– Paris, 13 mars 1963, *Delle Pliot*, *Rec*. p. 694.

– Lyon, 14 juin 1963, *Giraud*, *D.* 1964, p. 343, note R. SAVATIER.

– Grenoble, 20 janv. 1965, *Dubois*, *Rec*. tables p. 888 ; *D.* 1965, Somm., p. 85 ; *J.C.P.* 1965, II, 14239, note M. RAVAT.

– Rouen, 12 mars 1965, *Épx Hanryon*, *Rec*. p. 733.

– Paris, 31 mars 1965, *Soc. des Ét. Février-Decoisy-Champion*, *Rec*. p. 739.

– 4 juill. 1967, *Dame Milcent*, *Rec*. p. 595.

– Poitiers, 27 mars 1968, *Sieur Froment*, *Rec*. p. 712.

– Paris, 11 juill. 1968, *Soc. Gélin et Cie pour le synd. des copropriétaires de l'immeuble, 30, rue de Sambre et Meuse à Paris*, *Rec*. p. 599.

– Nice, 2 avr. 1969, *Soc. Virginie*, *Rec*. p. 627.

– Rouen, 4 juin 1969, *Sieur Cottenet*, *Rec*. p. 638.

1970-1979

– Nice, 25 sept. 1970, *Sieur Launay et a.*, *Rec*. p. 858.

– Limoges, 5 nov. 1970, *Sieur Rousseau*, *Rec*. p. 864.

– Nantes, 30 juill. 1971, *Épx Debuisson et cts Maxime c. Hôpital Jeanne-Delanoue à Saumur*, *A.J.D.A.* 1972, p. 179.

– Paris, 12 janv. 1972, *Sieurs Nicolici et Baumgartner*, *Rec*. p. 844.

– Lyon, 10 juill. 1975, *Sieur Cote et a.*, *Rec*. p. 746.

– Pau, 2 oct. 1975, *Puyo*, *Rec*. p. 760.

– Paris, 26 mai 1976, *Cornet*, *R.D.S.S.* 1977, p. 210, note F. MODERNE ; *D.* 1978, J., p. 96, note F. MODERNE.

– Paris, 13 juill. 1976, *Brion c. préfet de Paris*, *Rec*. p. 667.

1980-1989

– Caen, 22 janv. 1980, *S.A. Clinique chirurgicale de l'Aigle*, *Rec*. tables p. 837.

– Versailles, 17 avr. 1980, *De Fresnoye*, *Rec*. tables p. 889.

– Marseille, 22 avr. 1980, *Dame Bauchagour et a.*, *Rec*. p. 532.

– Strasbourg, 7 sept. 1982, *Épx Weigel*, *Gaz. Pal.* 1983, 2, Somm. 308.

– Rennes, 3 févr. 1983, *Gourronc*, cité au n° 50 sous l'art. L. 512-12 du *Code de l'Environnement* 2007 des éd. Dalloz.

– Strasbourg, 21 avr. 1984, *Comm. de la République de la Moselle*, *Rec*. tables p. 690.

– Grenoble, 8 juin 1984, Michallon, *R.J.E.* 1984, p. 20.

– Bastia, 3 mai 1985, *Marchietti*, *Rec*. tables p. 709.

– Versailles, 14 juin 1985, *Soc. de nivellement du Val d'Oise*, *Rec*. tables p. 522 et p. 707 ; *C.J.E.G.* 1986, p. 138, note D. DELPIROU.

– Limoges, 15 janv. 1986, *Assoc. contre la pollution de la haute vallée de la Gartempe c. Min. de l'Environnement*, *R.J.E.* 1986, p. 289.

– Paris, 30 janv. 1986, *Ctre hospitalier de Créteil c. X.*, cité par J.-M. AUBY, La responsabilité de l'hôpital en cas d'infection nosocomiale, *Petites affiches* 1992, n° 22, p. 17.

– Dijon, 23 nov. 1988, *Soc. D.S. Environnement*, *R.J.E.* 1991, p. 99.

– Paris, 14 févr. 1989, *Min. des Affaires sociales et de l'Emploi c. Ténot*, n° 89PA00013, *Rec*. tables p. 819 ; *Petites affiches* 1989, n° 73, p. 4.

1990-1999

– Strasbourg, 19 juin 1990, *Assoc. Lindenkuppel c. Préfet du Haut-Rhin*, *R.J.E.* 1991, p. 221.

– Marseille, 21 mai 1991, *Giraud*, *Rec*. tables p. 1202.

– Paris, 30 déc. 1991, *R.F.D.A.* 1992, p. 552, concl. STAHLBERGER.

– Lille, 7 août 1995, *Thellier*, n° 93-1177, *Rec*. tables p. 647.

– Lyon, 19 mars 1996, *Cne de Vaulx-en-Velin*, *Dr. Env.* 1996, n° 37, p. 8.

– Rennes, 6 nov. 1996, *M. Monnerais*, n° 924-940, *Petites affiches* 1996, n° 143, p. 4, concl. L. GROS.

– Marseille, 7 janv. 1997, *Préfet du Vaucluse et M. Thierry Mariani c. Cne d'Orange*, *Petites affiches* 1997, n° 99, p. 14, note G. FEDOU.

– Strasbourg, 16 juin 1997, *R.J.E 1995*, p. 507, obs. SCHNEIDER.

– Besançon, 11 sept. 1997, *M. Pierre Nicod c. Préfet du Doubs*, n° 96PA1271, *Petites affiches* 1998, n° 13, p. 16, note F. LAMBERT.

– Versailles, 23 janv. 1998, *Préfet de l'Essonne c. cne de Lonjumeau*, n° 971245, *Rec*. p. 623.

– Caen, 3 nov. 1998, *Assoc. pour la protection de la Chapelle-sur-Vive*, *R.J.E.* 1999, p. 634.

– Nantes, 10 nov. 1999, *C.H.U. de Nantes*, n° 96.1278, *Jurisprudence de la santé* n° 1999-2000, p. 218.

2000-2007

– Nantes, 6 janv. 2000, *C.H.U. de Nantes*, *D.* 2000, IR, p. 101 ; *Jurisprudence de la Santé* 1999-2000, p. 230.

– Lille, 19 avr. 2000, *Féd. Nord-Nature c. Synd. mixte pour la révision et le suivi de la mise en œuvre du schéma directeur de l'arrondissement de Lille*, n° 98-552, *A.J.D.A.* 2000, p. 751, note DEHARBE ; *Droit de l'environnement* 2000, p. 9, note BARALLE.

– Toulouse, 20 avr. 2000, *Féd. du Tarn pour la pêche*, *R.J.E.* 2000, p. 645.

– Marseille, 30 mai 2000, *Min. de l'Emploi et de la Solidarité* (4 esp.), *Envir.* 2000, p. 5, concl. C. FÉDI ; *Petites affiches* 2000, n° 176, p. 12, note P. VILLENEUVE ; *Gaz. Pal*. 2001, p. 167, note B. PAUVERT ; *D.A.* 2001, n° 50, p. 32, note C. ESPER ; *A.J.D.A.* 2001, p. 529, chron. C. GUETTIER.

– Paris, 21 juin 2000, *Beaumer et a.*, n° 9412460, *Rec*. tables, p. 1224.

– Lille, 29 juin 2000, 3e ch., *UNPF et Mme Virginie S.*, n° 97-170.

– Paris, 24 avr. 2001, *M. Connan*, n° 9717294/6, *A.J.D.A.* 2002, p. 806, note S. NICINSKY.

– Rennes, 2 mai 2001, *Soc. Suez-Lyonnaise des Eaux*, *J.C.P.* 2002, II, 10066, note F. NICOUD ; *A.J.D.A.* 2001, p. 593, concl. J.-Fr. COËNT ; *R.D.S.S.* 2001, p. 472, obs. J.-S. CAYLA.

– Paris, 29 mai 2001, *Coïa*, n° 98-11705, *Rec*. p. 725.

– Nice, ord., 4 oct. 2001, *Préfet du Var c. Cne de Ceres*, n° 01.3523.

– Lille, 31 déc. 2001, *Synd. nat. des IASS c. Min. de l'Emploi et de la Solidarité*, n° 98-0259, inédit.

– Strasbourg, 22 févr. 2002, *Assoc. de défense des intérêts des quartiers centre-est de Strasbourg et a. c. Préfet du Bas-Rhin, Soc. Sogema*, n° 01-00951, *A.J.D.A.* 2002, p. 766, concl. R. COLLIER ; *D.* 2002, p. 2501, note E. DESCHAMPS.

– Nancy, 20 mars 2002, *B.J.S.P*. 2002, n° 51, p. 12.

– Rennes, 24 avr. 2002, *Joris Collin*, *R.D.S.S.* 2002, p. 472, obs. J.-S. CAYLA.

– Paris, 21 juin 2002, *Soc. Kerry*, nos 0100491-7 et 0107043-7, *A.J.D.A.* 2002, p. 1174.

– Lille, ord., 25 août 2002, *M. Jérôme G. et Mme Carole G*, n° 02-3138 ; *Resp. civ. et assurances* 2002, p. 4, note S. PORCHY-SIMON ; *Gaz. Pal.* des 14-15 févr. 2003, p. 19, note A. GARAY.

– Poitiers, ord., 22 oct. 2002, *Préfet des 2 Sèvres c. Cne d'Ardin*, n° 021677, *A.J.D.A.* 2002, p. 1351, note Y. JEGOUZO.

– Marseille, 5 nov. 2002, *Mme Molard*, n° 01.5367, *A.J.D.A.* 2002, p. 1317, obs. E. ROYER ; *A.J.D.A.* 2003, p. 1502, note B. PAUVERT.

– Nice, ord. réf., 4 déc. 2002, *M. Jacques J.*, n° 02-5077.

– Nice, 28 janv. 2003, *M. J. c. Préfet des Alpes Maritime*, n° 02-5086, *A.J.D.A.* 2003, p. 359, obs. M.-C. DE MONTECLER.

– Paris, 28 mai 2003, *M. Bernard Brousset*, n° 9915863, *A.J.D.A.* 2003, p. 2054.

– Paris, 1er juill. 2003, *Assoc. droit au logement Paris et ses environs*, n° 0302245/4, *A.J.D.A.* 2004, p. 836.

– Caen, 18 nov. 2003, *Préfet du Calvados*, n° 03-462, *A.J.D.A.* 2003, p. 2175, obs. C. BIGET.

– Nancy, 2 mars 2004, *Préfet des Vosges*, n° 031105, *A.J.D.A.* 2004, p. 517, obs. C. BIGET ; *Envir*. 2004, inf. 57, obs. TROUILLY ; *R.D. rur*. 2004, p. 638.

– Amiens, 9 mars 2004, *M. et Mme T. c. CHU d'Amiens*, n° 021451, *A.J.D.A.* 2004, p. 1546, note S. HENNETTE-VAUCHEZ ; *R.F.D.A.* 2004, p. 786, concl. B. BOUTON.

– Marseille, 9 mars 2004, *Soc. Orange France*, n° 023527, *Envir*. 2004, n° 68, note BENOIT.

– Strasbourg, 29 avr. 2004, *M. et Mme Jean-Paul Durringer*, n° 0001034, *A.J.D.A.* 2004, p. 1666, concl. R. COLLIER.

– Toulouse, 18 janv. 2005, *Préfet de la Haute-Garonne c. Cne de Bax*, nos 042388 et 042374, *Dr. adm*. 2005, n° 72 ; *A.J.D.A.* 2005, p. 1188, concl. M. FABIEN ; *R.R.J.* 2005, p. 347, concl. FABIEN.

– Lyon, 3 mars 2005, *Mme X.*, n° 0204909, *A.J.D.A.* 2005, p. 1366.

– Rennes, 10 mars 2005, *Préfet d'Ille-et-Vilaine c. Cne d'Etrelle et c. Cne de Torcé* (2 esp.), n° 0500757 et n° 0500742, *Coll. terr*. 2005, n° 121, note ROUCHAUD.

– Cergy-Pontoise, 21 juill. 2005, *Soc. Jasmeen*, n° 0409171, *A.J.D.A.* 2006, p. 439, concl. R. FOURNALES.

– Nantes, ord., 25 août 2005, *M. B.*, n°0504305, *A.J.D.A.* 2005, p. 1653, obs. M.-C. de MONTECLER.

– Melun, 23 févr. 2006, *Soc. Auroy et a.*, nos 05-778/2, 05-780/2, 05-781/2 et 05-782/2, *A.J.D.A.* 2006, p. 832, note S. DEWAILLY.

– Lille, 20 avr. 2006, *Didier Marsal c. Mangin*, n° 0400118, *R.D. rur*. juin-juill. 2006, p. 37, note B. BERNABEU.

– Lille, 23 mai 2006, *Mme Sandrine M.*, n° 0300297, *A.J.D.A.* 2006, p. 1569, note F. LEMAIRE.

– Toulouse, 19 sept. 2006, *Préfet de la Haute-Garonne c. Cne de Bax*, n° 0503972, *A.J.D.A.* 2006, p. 2406, concl. TRUILHÉ.

– Rennes, 19 avr. 2007, *MM. L. et C.*, n° 034361, *B.J.S.P.* 2007, n° 107, Pan., p. 4.

– Rouen, 27 mars 2008, *M. Donat*, n° 0602590, *A.J.D.A.* 2008, p. 668, obs. J.-M. PASTOR.

III.- TRIBUNAL DES CONFLITS

– 2 déc. 1902, *Soc. immo. de Saint-Just, S.* 1904, 3, p. 17, concl. J. ROMIEU.

– 11 juill. 1933, *Dame Mélinette*, *Rec*. p. 1237, concl. E. ROUCHON-MAZERAT ; *D.* 1933, 3, p. 65, concl., note Ch. BLAEVOET ; *R.D.P.* 1933, p. 426, concl., note G. JÈZE ; *S.* 1933, 3, 97, note R. ALIBERT.

– 27 nov. 1933, *Verbanck*, *Rec*. p. 1248 ; *S.* 1934, 3, 33, note ALIBERT ; *D.* 1934, 3, 9, concl. E. ROUCHON-MAZERAT, note WALINE.

– 25 mars 1957, *D.* 1957, concl. J. CHARDEAU ; *J.C.P.* 1957, II, 10004, note R. SAVATIER.

– 28 mai 1979, *Synd. d'aménagement de la ville nouvelle de Cergy-Pontoise c. Cie gle d'entreprise automobile*, n° 02120, *Rec*. tables, p. 658 ; *D.* 1979, IR, p. 386, obs. P. DELVOLVÉ.

– 12 janv. 1987, *Cie des Eaux et de l'Ozone c. S.A. Ét. Vetillard*, n° 2432, *Rec*. p. 442 ; *R.F.D.A.* 1987, p. 284, concl. MASSOT ; *Petites affiches* 1987, n° 45, obs. J. MORAND-DEVILLER ; *Gaz. Pal.* 1987, 1, 365, note M.-F. PORTNOI ; *R.J.F.* 1988, p. 284, étude R. TEXIDOR.

– 19 déc. 1988, *Pernin* et *Soc. de distribution d'eau intercommunal (S.D.E.I.)*, n° 2549 ; *R.J.F.* 1990, n° 604, p. 375 ; *Dr. fisc.* 1989, n° 1418, p. 944, note F. MODERNE ; *A.J.D.A.* 1989, p. 269, note J.-B. AUBY.

– 7 oct. 1996, *Mme Breton c. Cne de Gennes*, n° 2976, *Rec*. p. 755 ; *Gaz. Pal.* 1997, 1, 164.

– 14 févr. 2000, *Ratinet*, n° 02929, *Rec*. p. 759 ; *R.F.D.A.* 2000, p. 1232, note D. POUYAUD ; *D.A.* 2000, n° 121, note R. S.

– 23 juin 2003, *Soc. Clinique de la Pointe Rouge c. Cté urbaine de Marseille-Provence-Métropole*, n° C3367, *R.J.F.* 2003, n° 1330, p. 934.

– 13 déc. 2004, *Cts Tiberghein c. S.A. des eaux du Nord et de la Communauté de Lille*, n° 3424, *Rec*. tables p. 626 ; *J.C.P.* A 2005, n° 1065, note J. MOREAU.

– 26 juin 2006, *M. Rosset c. État*, n° 3524, *Rec*. p. 633 ; *A.J.D.A.* 2006, p. 1891, concl. STAHL.

– 18 juin 2007, *Ousset*, n° 3620, Sera publié au *Rec. Lebon* ; *J.C.P.* A 2007, act. 785, obs. M.-C. ROUAULT ; *B.J.S.P.* 2007, n° 108, Pan., p. 4.

III.- JURIDICTIONS JUDICIAIRES

A.- COUR DE JUSTICE DE LA RÉPUBLIQUE

– 9 mars 1999, n° 99-001, *R.D.P.* 1999, n° 2, p. 329.

B.- COUR DE CASSATION

XIXe siècle

– 15 juill. 1864, *D.* 1865, 1, p. 43.

– 23 juill. 1864, *D.* 1865, 1, p. 326.

– 16 mars 1867, *D.* 1867, 1, p. 415.

– 19 févr. 1876, *D.* 1877, 1, p. 45.

– 25 juill. 1885, *Beaujour*, *D.* 1885, 1, p. 180.

– crim., 7 nov. 1885, *François Cruège*, *Bull.* n° 299, p. 479.

– crim., 7 nov. 1885, *Bull.* n° 300, p. 482.

– crim., 24 juin 1887, *Guillaume-Marie Bostcazo*, *Bull.* n° 240, p. 377.

– crim., 13 mars 1897, *Bull. crim.* n° 95, p. 147 ; *S.* 1898, I, 425.

– crim., 29 juill. 1898, *Ribeyrolles* et *Bouvier* (2 esp.), *Bull.* n° 7, p. 488 ; S. 1900, 1, p. 157.

1900-1949

– 22 juin 1900, *Dame Vve Dujardin*, *Bull*. n° 223, p. 360 ; S. 1901, I, p. 377, note M. HAURIOU.

– 2 juin 1906, *S.* 1909, 1, 412.

– crim., 31 août 1922, *S.* 1923, p. 237.

– civ., 19 juill. 1922, *Ville de Bourges*, *Gaz. Pal.* du 16 oct. 1922.

– crim., 15 juin 1928, *S.* 1929, I, p. 277.

– civ. 1ère, 20 mai 1936, *Dr. Nicolas c. Épx Mercier*, *J.C.P.* 1936, 1079 ; *D.P.* 1936, I, 88, concl. MATTER, rapport JOSSERAND et note E.P. ; *S.* 1937, 1, 321, note BRETON.

– civ., 9 mars 1937, *Société générale des Eaux minérales de Vittel et a.*, *Gaz. Pal.* 1937, 1, 883.

– crim., 11 févr. 1941, *Bull. crim.*, p. 7.

– civ., 28 janv. 19942, *Teyssier*, *D.C.* 1942, 63.

– civ., 6 mars 1945, *Clinique de Sainte-Croix*, *D.* 1945, p. 217.

1950-1959

– crim., 2 févr. 1955, *Bouget*, *D.* 1955, p. 275.

– crim., 23 juin 1955, *Lemaire*, *Bull. crim.* n° 324, p. 582.

– crim, 20 oct. 1955, *Dury*, *Bull. crim*. n° 423, p. 748.

– crim., 1er févr. 1956, *Mlle Flavien*, *D.* 1956, p. 365.

– crim., 23 juill. 1956, *Closse*, *Bull. crim.* n° 565, p. 1018.

– civ., 15 janv. 1957, *S.* 1957, p. 135 ; *D.* 1957, p. 146.

– crim., 25 avr. 1957, *D. P.* 1957, I, 269.

– crim., 14 mai 1958, *Billiard*, *Bull.* n° 390, p. 689 ; *Gaz. Pal.* 1958, 2, p. 51.

– crim., 9 oct. 1958, *Debeurme*, *Bull. crim*. n° 613, p. 1081 ; *Gaz. Pal.* 1958, 2, p. 318.

– crim., 6 nov. 1958, *Deschacht*, *Bull. crim.* n° 671, p. 1201.

– crim., 14 janv. 1959, *Carteron*, *Bull.* n° 41, p. 71.

– crim., 12 mars 1959, *Bull. crim.* n° 175, p. 350.

1960-1969

– civ. 1ère, 2 févr. 1960, *Surmont c. Vve Cheftel*, *Bull.* civ. I, n° 71, p. 58.

– civ. 1ère, 28 déc. 1960, *Delle Céline Bomont*, *Bull.* civ. I, n° 575, p. 467.

– crim., 21 déc. 1961, *Dame Le Roux*, *J.C.P.* 1962, II, 12680, obs. J. LARMAQUE.

– civ. 1ère, 26 oct. 1964, *Soc. lyonnaise des eaux et de l'éclairage c. Soc. des ét. Necobas*, *Bull. civ.* I, n° 468, p. 362.

– civ. 1ère, 30 oct. 1967, *Soto c. Faure*, *Bull.* civ. I n° 317, p. 238.

– crim., 19 janv. 1968, *Zaegel*, *D.* 1968, p. 549.

– crim, 3 juill. 1969, *Pourpour c. Sieur Reynaud*, n° 68-93493, *Bull. crim*. n° 216, p. 521 ; *J.C.P.* 1970, II., 16447, note R. SAVATIER.

1970-1979

– civ. 1ère, 27 oct. 1970, *Verdez et a. c. Boussard et a.*, n° 69-13385, *Bull. civ.* I n° 283, p. 232.

– civ. 1ère, 15 nov. 1972, *Grimaldi c. Michas et a.*, n° 71-10367, *Bull. civ.* I n° 245, p. 213.

– crim., 3 janv. 1973, *Gatineau*, n° 71-91820, *Bull. crim.* n° 2, p. 4 ; *D.* 1973, p. 220, note LEVASSEUR.

– crim., 30 oct. 1974, *Tolle*, n° 73-93381**,** *Bull. crim* n° 308, p. 790 ; *J.C.P.* 1975, II, 18038, note L. MOURGEON.

– crim., 17 avr. 1975, *Couturier*, *Bull. crim.* n° 100, p. 279 ; *D.* 1975, Somm., p. 61.

– crim., 20 mars 1978, *Smissaert*, *Bull. crim.* n° 104, p. 263 ; *D.* 1978, IR, p. 346, obs. G. ROUJOU DE BOUBÉE ; *Gaz. Pal.* 1978, 2, 353, note J.-P. DOLL.

1980-1989

– crim., 28 oct. 1981, *Bazin*, n° 80-95223, *Bull. crim*. n° 288, p. 749.

– crim., 25 mai 1982, *Christian Y.*, n° 80-95056, *Bull. crim* n° 134, p. 368.

– civ. 1ère, 26 avr. 1983, *Csl département de l'Ordre des médecins de la ville de Paris*, n° 82-11541, *Bull. civ.* I, n° 133 ; *D.* 1983, n° 18 ; *R.D.S.S.* 1984, p. 49, note L. DUBOUIS ; *Gaz. Pal*. 2, 600, note A. DORSNER-DOLIVET et SCEMANA.

– civ. 1ère, 29 oct. 1985, *M. Bismuth c. Mme Djabbour*, n° 83-17091, *Bull. civ.* I, n° 273, p. 244.

– Ass. Plén., 30 mai 1986, *Rende Henriette, épouse Farcat*, n° 85-91432, *Bull. crim.* n° 184, p. 470 ; *D.* 1987, p. 109, note J. PENNEAU.

– civ. 1ère, 1er déc. 1987, *Csl.départemental des médecins du Rhône c. Mme Colin*, n° 86-11.156, *Bull. civ.* I, n° 317, p. 228.

– crim., 17 juill. 1987, *Info. Pharma*. 1987, n° 305, p. 1021, obs. G.V.

– civ. 1ère, 15 nov. 1988, *M. Nadjar c. M. Bordas*, n° 86-16443, *Bull. civ*. I, n° 319, p. 217 ; *J.C.P.* 1989, IV, 21.

– civ. 1ère, 31 oct. 1989, *S.A.R.L. Clinique du Croise Laroche*, n° 88-15352, inédit.

1990-1994

– civ. 1ère, 7 févr. 1990, *M. Sauvage c. M. Marène*, n° 88-18.441, *Bull. civ*. I, n° 38, p. 29 ; *Defrénois* 1990, art. 34837, p. 1018, obs. J.-L. AUBERT ; *D*. 1991, Somm., p. 319, obs. J.-L. AUBERT ; *R.T.D. civ*. p. 561, obs. F. ZENATI

– civ. 1ère, 12 juin 1990, *M. Balbi c. Mlle Vambre*, n° 89-11.909, *Bull. civ*. I, n° 162, p. 115.

– crim., 15 nov. 1990, *Jaqueline Plancke*, n° 90-80147, *Bull. crim.* n° 369, p. 982 ; *J.C.P.* 1991, IV, p. 71.

– plén., 31 mai 1991, *Mme Y.*, n° 90-20.105, *Bull.* I, p. 5 ; *J.C.P.* 1991, II, 21752, concl. DONTENWILLE, note F. TERRÉ ; *D.* 1991, J., p. 417, rapport Y. CHARTIER, note D. THOUVENIN et Somm., p. 318, obs. J.-L. AUBERT ; *D.* 1992, Somm., p. 59, obs. F. DEKEUWER-DÉFOSSEZ.

– civ. 1ère, 16 juill. 1991, *M. Gosse-Gardet c. époux X. et a.*, n° 90-14645, *Bull. civ*. I, n° 248, p. 162.

– soc., 26 févr. 1992, *Soc.U.T.E.C.*, n° 90-15459, *Bull*. V, n° 125, p. 77.

– crim., 2 avr. 1992, *Bernard Y.*, n° 90-87579, *Bull. crim.* n° 140, p. 366 ; *J.C.P.* 1993, II, 22105.

– civ. 1ère, 23 juin 1992, *Csl. départemental de l'Ordre des médecins de la Loire c. Mme Jacquemond*, n° 91-12.122, *Bull. civ*. I, n° 199, p. 133 ; *D.* 1993, Somm., p. 23, obs. J. PENNEAU.

– crim., 17 mai 1993, *Ali Bitam*, n° 92-84.172, *Bull*. *crim*. n° 178, p. 452.

1995-1999

– crim., 14 juin 1995, *M. Leveille*, n° 94-83.025, *Bull. crim* n° 218, p. 597.

– crim., 9 févr. 1996, *Bull. crim.* n° 38, p. 78.

– crim. 25 juin 1996, *Mme Graignic*, n° 95-86.205, *Bull. crim* n° 274, p. 228.

– civ. 1ère, 7 janv. 1997, *Mme Franchot*, n° 95-10939, *Bull. civ.* I, n° 7, p. 4 ; *D.* 1999, p. 189 ; *R.D.S.S.* 1997, p. 340, note G. MÉMETEAU.

– crim, 22 janv. 1997, *Cté de lutte contre le tabagisme c. J.-P. et J.-C. Decaux. Régie publicitaire de mobilier urbain (R.P.M.U.)*, n° 95-82674, *Bull. crim.*, n° 29, p. 74 ; *R.D.S.S.* 1997, p. 541, note J.-S. CAYLA ; *Petites affiches* 1997, n° 21, p. 11, note F. GRAS.

– crim., 19 févr. 1997, *Carole A.*, n° 96-82377, *Bull. crim.* n° 67, p. 217 ; *D.* 1998, p. 236, note LEGROS ; *J.C.P.* 1997, II, 22889, note LE CHEVALLIER ; *Jurisprudence de la santé* 1997-1998, p. 161, obs. P. CHICHÉ.

– civ. 1ère, 25 févr. 1997, *Hédreul*, n° 94-19685, *Bull. civ.* I, n° 75, p. 49 ; *Petites affiches* 1997, n° 85, p. 17, note A. DORSNER-DOLIVET ; *R.D.S.S.* 1997, p. 288, note L. DUBOUIS ; *Gaz. Pal.* 1997, 1, 274, rapport P. SARGOS, note J. GUIGNE ; *D.* 1997, Somm., p. 319, obs. J. PENNEAU ; *R.T.D.Civ.* 1997, p. 434, note P. JOURDAIN ; *Contrats-Concurrence-Consommation*, 1997, n° 5, p. 4, note L. LEVENEUR.

– civ. 2e, 19 mars 1997, *Mutuelle du Mans et a. c. Cie La Mondiale et a.*, n° 93-10914, *Bull. civ.* II, n° 86, p. 48 ; *Médecine et droit* 1997, n° 27, p. 16, note I. LUCAS-GALLAY ; *R.T.D.Civ.* 1997, p. 675, obs. P. JOURDAIN ; *J.C.P.*, I, 4070, chron. G. VINEY.

– crim. 10 avr. 1997, *Mme Pillods*, n° 95-86.134, *Bull. crim.* n° 139, p. 464 ; *Nouv. Pharma.* 1997, n° 357, p. 504.

– civ. 1ère, 30 sept. 1997, *S.A. Médical de France et a.*, n° 95-16500 ; *Bull. civ.* I, n° 259, p. 175 ; *R.D.S.S.* 1998, p. 288, obs. L. DUBOUIS.

– civ 1ère, 14 oct. 1997, *Cts X.*, n° 95-19609 *Bull. civ.* I, n° 278, p. 188 ; *J.C.P.* 1998, II, 22942, rapport P. SARGOS ; *R.D.S.S.* 1998, p. 62, note L. DUBOUIS et p. 68, note M. HARICHAUX.

– crim., 26 nov. 1997, n° 97-80069, *Gamm Info* 1999, n° 9, p. 7.

– civ. 1ère, 3 mars 1998, *Soc. Les Laboratoires Léo*, n° 96-12078, *Bull.* I, n° 95, p. 63 ; *Lamy droit des affaires* 1998, n° 5, p. 8, note P. STORRER ; *J.C.P.* E 1998, n° 27, p. 1102, note J. REVEL ; *Droit et patrimoine* 1998, n° 66, p. 68, note O. MAINGUY ; *D.* du 21 janv. 1999, n° 3, p. 36, note G. PIGNARRE et P. BRUN.

– civ. 1ère, 28 avr. 1998, *Mme X. c. C.R.T.S. de Bordeaux*, n° 96-2041 ; *Bull. civ.* I, n° 158, p. 104 ; *R.T.D.C.* 1998, p. 684, note P. JOURDAIN ; *J.C.P.* 1998, II, 10088, rapport. P. SARGOS.

– crim., 2 juill. 1998, *Claude Y.*, n° 98-80529, *Bull. crim.* n° 211, p. 607 ; *D.* 1998, J., p. 457, note J. PRADEL et 2000, somm. 26, obs. MAYAUD ; *J.C.P.* 1998, II, 10132, note M.-L. RASSAT et 1999, I, 112, n° 3, obs. VÉRON ; *Gaz. Pal.* 1999, 1, 13 ; *Petites affiches* 1998, n° 126, p. 9, note F. COURTRAY ; *R.S.C.* 1999, p. 98, obs. Y. MAYAUD.

– civ. 1ère, 27 mai 1998, *Bull. civ.* I, n° 187 ; *Resp. civ. et assur.* 1998, comm. 276.

– civ. 1ère, 7 oct. 1998, *Clinique du Parc*, n° 97-12185, *Bull. civ.* I, n° 287, p. 199 *J.C.P.* 1998, II, 10179, concl. J. SAINTE-ROSE, note P. SARGOS ; *Petites affiches* 1999, n° 89, p. 4, note C. NOIVILLE et n° 114, p. 4, obs. E. GOUESSE, et p. 12, obs. C. CLÉMENT.

– crim., 30 sept. 1998, *Cts Antunes c. Jean Jouannes et a.*, n° 97-80705, *Gaz. Pal* 1999 (343), 2, Somm. 735.

– civ. 1ère, 29 juin 1999, *Clinique Ambroise-Paré c. M. Méchin*, n° 97-14254, *Bull. civ*, I, n° 220, p. 141.

– civ. 1ère, 29 juin 1999, *M. X.* (2 esp.), n° 97-21903 et n° 97-15818, *Bull. civ*, I, n° 222, p. 143.

– crim., 29 juin 1999, *Jean Michel Quatre et Josette Forestier épouse Borie*, n° 98-86244, *Bull. crim.* n° 160, p. 441 ; *L'Entreprise médicale* 2000, n° 107, p. 12, obs. S. RENARD.

– civ. 1ère, 26 mai 1999, *Clinique Victor Parchet de Butler*, n° 97-15608, *Bull. civ.* I, n° 175, p. 115.

– civ. 1ère, 13 oct. 1999, *M. et a. c. Cts C. et a.*, n° 97-21451, *Petites affiches* 2000, n° 133, p. 25 ; *Jurisprudence de la Santé* 1999-2000, p. 177 ;

– civ. 1ère, 9 nov. 1999, *Mme Morisot c. M. X.*, n° 98-10010, *Bull. civ.* I, n° 300, p. 195 ; *J.C.P.* 1999, IV, 3145 ; *D.* 2000, J., p. 117, note P. JOURDAIN ; *J.C.P.* du 16 févr. 2000, p. 301, note P. BRUN ; *Répertoire du notariat Defrénois* 29 févr. 2000, n° 4, p. 251, note D. MAZEAUD ; *Gaz. Pal.* 2001, n° 34, p. 38, note F. CHABAS.

– crim., 23 nov. 1999, *M. Alain Y. et Soc. Labo-life*, n° 98-80.687, *D.* 2000, IR, p. 60.

– civ. 1ère, 7 déc. 1999, *Daudet c. Mme Rodriguez*, n° 97-19.262, *Bull. civ.* I, n° 1943 ; *D.* 2000, IR, p. 28 ; *Jurisprudence de la santé* 1999-2000, p. 187.

– civ. 1ère, 15 déc. 1999, *Clinique gle d'Annecy c. Épx Sence*, n° 97-22652, *Bull. civ.* I, n° 35, p. 227 ; *D.* 2000, IR, p. 28.

2000-2004

– civ. 1ère, 18 janv. 2000, *Mme X. c. Mme Y. et a.*, n° 97-17716, *Bull. civ*. I, n° 13, p. 8 ; *D.* 2001, n° 44, p. 3159, note M.-L. MATHIEU-ZORCHE.

– crim., 15 févr. 2000, n° 98-87282, *Bull. crim.* n° 69, p. 189

– crim., 10 mai 2000, *M. Messad*, *B.I.C.C.* 519, n° 977.

– civ. 1ère, 23 mai 2000, *Soc. Le Sou Médical et a. c. Mlle Y,* n° 98-20440, *Bull. civ.* I, n° 153, p. 101 ; *D.* 2000, IR, p. 183 ; *Jurisprudence de la Santé* 1999-2000, p. 197.

– civ. 1ère, 23 mai 2000, *D. c. M.*, n° 98-18513, *Bull. civ*. I, n° 159, p. 103 ; *J.C.P.* 2000, II, 10342, Rapport P. SARGOS.

– civ. 1ère, 20 juin 2000, *M. X. c. M. Y et a.*, n° 98-23046**,** *Bull. civ*. I, n° 193 p. 125 ; *J.C.P.* 2000, IV, 2385.

– civ. 1ère, 8 nov. 2000, *M. X. c. M. Y et a.*, n° 99-11735, *Bull. civ*. I, n° 287, p. 186 ; *D.* 2001, Somm., p. 2236, obs. D. MAZEAUD ; *J.C.P.* 2001, II, 10493, rapport P. SARGOS, note F. CHABAS ; *R.T.D. civ*. 2001, p. 154, obs. P. JOURDAIN.

– civ. 1ère, 27 mars 2001, *Micas*, n° 99-17 672, *R.D.S.S.* 2001, p. 705, obs. L. DUBOUIS ; *Jurisprudence de la Santé* 2000-2001, p. 174.

– civ. 1ère, 9 oct. 2001, *M. Franck X.*, n° 00-14564, *Bull. civ*. I, n° 249, p. 157 ; *D.* 2001, p. 3470 et p. 3475, note P. SARGOS et obs. D. THOUVENIN ; *R.T.D.Civ*. 2002, p. 176, note R. LIBCHABER et p. 507, note J. MESTRE et B. FAGES ; *R.J.P.F.* 2002, p. 21, note F. CHABAS.

– crim., 23 oct. 2001, n° 01-8130, *Bull. crim.* n° 217, p. 689

– crim., 23 oct. 2001 n° 01-81227, *Bull. crim* n° 218, p. 692 ; *Jurisprudence de la santé* 2001-2002, p. 204.

– soc., 28 févr. 2002, *Soc. Eternit*, nos 99-17201, 99-18389, 00-11793, 99-21255, 00-10051, 00-13172 et 99-17221, *Bull. civ.* V, n° 81, p. 74 ; *Dr. soc.* 2002, p. 445, note A. LYON-CAEN ; *R.T.D.Civ.* 2002, p. 310, note P. JOURDAIN ; *D.* 2002, II, 35, p. 2696, note X. PRETOT ; *R.J.S.* n° 06/02, chron., p. 495, note P. MORVAN.

– civ. 1ère, 9 avr. 2002, *B. c. P.*, n° 00-21014, *Bull. civ.* I, n° 114, p. 87 ; *Jurisprudence de la Santé* 2001-2002, p. 197.

– crim., 29 oct. 2002, *Jacques X.*, n° 01-87374, *Bull. crim.* n° 196, p. 728 ; *B.J.S.P.* 2003, p. 10, obs. P. CHICHÉ.

– soc., 31 oct. 2002, *M. Clabaut c. Soc. Guintoli frères et a.*, n° 01-20445, *Bull.* V, n° 335, p. 323.

– civ. 1ère, 13 nov. 2002, n° 00-22432, *Bull* I, n° 35, p. 227.

– civ. 1ère, 18 déc. 2002, *Mme Sylvia X. c. M. Philippe Y. et a.*, n° 01-03231, *Bull*. I, n° 314, p. 246 ; *Resp. civ. et assurance* 2003, comm. 76

– civ. 1ère, 4 févr. 2003, n° 00-15572, *Bull.* I, n° 40, p. 31 ; *Resp. civ. et assur*. 2003, comm. 143

– soc., 2 avr. 2003, n° 00-21768, *Bull.* V, n° 132, p. 130.

– civ. 1ère, 23 sept. 2003, *Soc. X… c. Mme Armelle Z. et a.*, n° 01-1306323, *Bull. civ.* I, n° 188, p. 146 ; *R.T.D.civ*. 2004, n° 1, p. 101, note P. JOURDAIN ; *J.C.P.* 2007, I, 101, obs. G. VINEY.

– civ. 2e, 20 nov. 2003, *Cts Gourlain c. Soc. S.E.I.T.A.*, n° 01-17977, *Bull.* II, n° 355, p. 289 ; *D.* 2004, p. 653, note A. BUGADA.

– civ. 2e, 3 juin 2004, *Communauté urbaine du Mans*, n° 02-14128, *Bull.* II n° 270, p. 227 ; *A.J.D.A.* 2004, p. 1213, obs. M.-C. DE MONTECLER.

– civ. 1ère, 15 juin 2004, *M. X. c. Clinique Saint Joseph*, n° 02-12530, inédit.

– civ. 1ère, 26 oct. 2004, *M. Rusterucci c. Soc. Swiss life*, n° 03-15120, *Bull. civ*. I, n° 236, p. 197.

– civ. 1ère, 9 nov. 2004, *Mme Patricia X.*, n° 01-16739, *B.J.S.P.* 2005, n° 80, Pan. p. 5 et p. 7, obs. C. DURRIEU-DIEBOLT.

– civ. 1ère, 9 nov. 2004, *Soc. Le Sou médical*, n° 01-17908, *Bull.* I, n° 262, p. 219 ; *B.J.S.P.* 2005, n° 80, p. 7, obs. C. DURRIEU-DIEBOLT.

– civ. 1ère, 14 déc. 2004, *Cté de Cnes de l'île d'Oléron c. Épx Broussier*, n° 03-10.058 ; *Bull. civ.* I, n° 323, p. 268 ; *J.C.P.* A 2005, n° 1066, note O. RENARD-PAYEN.

– civ. 2e, 14 déc. 2004, *Soc. Atofina*, n° 03-30247 ; *Bull. civ.* II, n° 520, p. 444.

Depuis 2005

– civ. 3e, 19 janv. 2005, *S.A. H.L.M. Immobilière 3 F*, n° 03-15631, inédit.

– crim., 22 févr. 2005, *M. Philippe C.*, n° 03-87.877, inédit.

– civ. 1ère, 1er mars 2005, *Cts Guyet c. Société d'exploitation clinique de Mérignac et a.*, n° 03-016789, *Bull. civ.* I, n° 111, p. 96 ; *B.J.S.P.* 2005, n° 84, Pan., p. 5.

– civ. 2e, 22 mars 2005, *C.P.A.M. de Lyon c. M. Grau et a.*, n° 03-30551, *Bull. civ.* II, n° 75, p. 68.

– civ. 1ère, 5 avr. 2005, *Soc. Laboratoire Glaxosmithkline*, n° 02-11947, *Bull. civ.* I, n° 173, p. 146 ; *B.J.S.P* 2005, n° 84, Pan., p. 4

– civ. 2e, 21 juin 2005, n° 04-30100, inédit.

– civ. 1ère, 4 avr. 2006, *M. Y. et Polyclinique de Saint-Jean*, n° 04-17491, *Bull. civ.* I, n° 191, p. 167 ; *B.J.S.P.* 2006, n° 94, p. 7, obs. C. DURRIEU-DIEBOLT.

– civ. 1ère, 30 mai 2006, *Syndicat d'adduction d'eau du Trégor* n° 03-16335, *Bull. civ.* I, n° 279, p. 244 ; *D.* 2006, IR, 1705.

– crim. 12 sept. 2006, *Mme Véronique X.*, n° 05-86700, *Bull. crim.* n° 219, p. 772.

– civ. 2e, 14 sept. 2006, n° 04-30.642, *R.D.S.S.* 2007, p. 281, note S. FANTONI-QUINTON.

– crim 13 févr. 2007, *Martine X.*, n° 06-81.089, *Bull crim.* n° 43, p. 257.

– crim 13 févr. 2007, *Françoise Y.*, n° 06-82.202, *Bull crim.* n° 44, p. 261.

– crim 13 févr. 2007, *Emilson X.*, n° 06-82.264, *Bull crim.* n° 45, p. 265.

– civ. 1ère, 27 févr. 2007, n° 06-10063.

– civ. 1ère, 17 oct. 2007, *Fare sud et a. c. Soc. Evere*, n° 06-21.054, *J.C.P.* A 2007, 2344, note O. RENARD-PAYEN.

– civ. 1ère, 31 oct. 2007, *Préfet de la Drôme c. M. Boiron*, n° 06-17.499, *Bull. civ.* I, n° 340, p. 299 ; *A.J.D.A.* 2007, p. 2395.

– civ. 1ère, 8 nov. 2007, *Suzanne Y.*, n° 06-15873, *Bull. civ.* I, n° 350 ; *D.* 2008, p. 50, obs. J. REVEL ; *B.I.C.C.* n° 677 du 1er mars 2008, p. 5, comm. et p. 48, inf. 352.

– civ. 1ère, 22 nov. 2007, n° 05-20974, *B.I.C.C.* n° 678 du 15 mars 2008, inf. 443.

– civ. 1ère, 6 déc. 2007, n° 06-19.301, *B.I.C.C.* n° 679 du 1er avr. 2008, p. 64, inf. 542.

– civ. 1ère, 20 déc. 2007, n° 06-20575, *B.I.C.C.* n° 679 du 1er avr. 2008, p. 66, inf. 553.

B.- COURS D'APPEL

– Paris, 30 avr. 1957, *D.* 1957, p. 551 ; *J.C.P.* 1957, II, 10088, concl. LINDON.

– Douai, 22 févr. 1961, *Gaz. Pal.* 1961, 1, 1268).

– Versailles, 30 mars 1989, *J.C.P.* 1990, II, 21205, note A. DORSNER-DOLIVET ; *R.T.D.C.* 1990, p. 86, obs. JOURDAIN.

1990-1999

– Paris, 13 juill. 1993, *Gaz. Pal.* du 25 janv. 1994.1.2, obs. J.-P. DELMAS SAINT HILAIRE ; *D.* 1994, p. 118, note A. PORTHAIS.

– Paris, 28 mai 1996, *Soc. Benetton S.P.A. et a. c. Assoc. Aides Fédération nationale*, *D.* 1996, J., p. 617, note B. EDELMAN.

– Nîmes, 3 nov. 1998, *J.C.P.* 1999, IV, 1435 ; *Jurisprudence de la santé* 1999-2000, p. 169.

– Pau, 10 févr. 1999, *J.C.P.* 1999, IV, 3119 ; *Jurisprudence de la Santé* 1999-2000, p. 173.

– Rouen, 22 sept. 1999, *J.C.P.* 2000, IV, 2736.

– Paris, 10 déc. 1999, *D.* 2000, IR, p. 37 ; *Jurisprudence de la santé* 1999-2000, p. 189.

Depuis 2000

– Amiens (ch. d'acc.), 9 mai 2000, *Gaz. Pal.* 11 juill. 2000, p. 32, note S. PETIT.

– Toulouse, 30 oct. 2000, *Castex*, *R.D.S.S.* 2001, p. 704, obs. L. DUBOUIS.

– Pau, 21 déc. 2000, *Juille c. Caisse maladie régionale d'Aquitaine Pyrénées-Atlantiques Mutualité*, *J.C.P.* 2001, IV, 2329 ; *Jurisprudence de la santé* 2000-2001, p. 1687.

– Versailles, 2 mai 2001, *Smithkline Beecham*, *D.* 2001, p. 1592 ; *Jurisprudence de la santé* 2001-2002, p. 172.

– Orléans, 10 sept. 2001, *S.A. S.E.I.T.A c. Cts Gourlain*, *J.C.P.* 2002, II, 10133, note B. DAILLE-DUCLOS ; *R.D.S.S.* 2002, p. 28, note A. SAILLARD.

– Amiens, 1ère, 11 oct. 2001, *Jurisprudence de la santé* 2001-2002, p. 188.

– Paris, 17 déc. 2001, *R.D.S.S.* 2002, p. 467, obs. J.-S. CAYLA.

– Paris, 12 avr. 2002, *Tucat et Weiss c. Mme Gorin-Hubert*, *R.D.S.S.* 2002, p. 484, obs. L. DUBOUIS.

– Metz, 17 avr. 2003, *B. c. Hôpital Maternité Sainte Croix*, n° 02/00752, *J.C.P.* 2004, II, 10100, note P. MISTRETTA.

– Paris, 23 sept. 2004, *Soc. Ferring-S.A.S. c. M. M.*, n° 253, *Nouv. Pharma.* 2005, n° 386, p. 104.

– Colmar, 4 janv. 2005, *Christophe X.*, *R.D.S.S.* 2005, p. 415, note P. MISTRETTA

– Paris, 25 oct. 2007, *B.J.S.P.* 2008, n° 110, p. 7, obs. C. DURRIEU-DIEBOLT.

C.- JURIDICTIONS DE PREMIÈRE INSTANCE

1.- Instance et grande instance

– Trib. civ. de la Seine, 28 juin 1955, *D.* 1955, p. 640.

– Paris, 13 mai 1981, *Ouamer c. Soc. des Transports Normands et a.*, *J.C.P.* 1982, II, 19887, note F. CHABAS.

– Paris, 23 oct. 1992, *D.* 1993, 222, note PORTHAIS ; *Gaz. Pal.* 1993, I, somm. 118, note DOUCET

– Rennes, 9 févr. 1994, n° 549/94, inédit.

– Caen, 8 mars 1994, n° 698/94, inédit.

– Chaumont, 17 mai 1994, *Proc. Rép. Chaumont c. X. D.* 1995, p. 191, note D. GUIHAL.

– Saint-Brieuc, 18 juill. 1994, *Usagers c. C.G.E.*, *R.D.S.S.* 1995, p. 35, obs. J.-S. CAYLA.

– Lyon, 21 janv. 1997, *Petites affiches* 1997, n° 18, p.13, note F. GRAS.

– Lille, 16 janv. 2001, *D.* 2001, p. 1913, note P. LABBÉE.

– Paris, 1er juill. 1991, *J.C.P.* 1991, II, 21762, note HARICHAUX.

– Paris, 7 juill. 1989, *Gaz. Pal.* 1989, p. 23.

– Versailles, 30 mars 1989, *J.C.P.* 1990, II, 21505, note A. DORSNER-DOLIVET.

– Marseille, ord. du J.A.F. du 9 mars 2000, *J.C.P.* 2001, II, 10590, note A. BUGADA.

2.- Police et correctionnelle

– Paris, 7 févr. 1885, *D.* 1886, 1, p. 369.

– Reims, 9 janv. 1905, *S.* 1907, 2, 249 ; Pan. Pén. 1905, 2, 48.

– Versailles, 26 janv. 1905, *D.* 1905, 3, p. 31.

– Bordeaux, 11 févr. 1905, *S.* 1905, 2, p. 249, note J. A. ROUX ; *D.* 1905, 2, p. 123.

– Seine, 12 janv. 1944, *D.A.* 1944, n° 55.

– Domfront, 21 déc. 1945, *Gaz. Pal.* 1946, 1, 153 ; *D.* 1947, 2, 65.

– Quimper, 19 mai 1994, *C.N.C.T. c. Decaux et a.*, *Petites affiches* 1994, n° 135, note F. GESTERMANN.

– Pau, 12 oct. 1998, n° 2593, *GAMM Info* 1999, n° 9, p. 2.

– Paris, 4 mars 2002, *R.D.S.S.* 2002, p. 474, obs. J.-S. CAYLA.

– Vesoul, 28 mars 2002, *B.J.S.P.* 2002, n° 52, p. 11, obs. P. CHICHÉ.

– Nancy, 21 juin 2002, *B.J.S.P.* 2002, n° 3, p. 11, obs. P. CHICHÉ.

– Brest, 13 mai 2003, *B.J.S.P.* 2003, n° 63, p. 10.

– Paris, 3 sept. 2003, *Guide des responsabilités juridiques et professionnelles des personnels des établissements de santé*, Chap. 4/2.1, p. 16.

– Tarbes, 24 janv. 2004, *Guide des responsabilités juridiques et professionnelles des personnels des établissements de santé*, Chap. 4/2.1, p. 16.

– Paris, 23 oct. 1992 (notamment cité par A. GALLOU, Sida et droit pénal, in *Le Sida. Aspects* juridiques, sous la dir. de B. FEUILLET-LE-MINTIER, Paris, Economica, 1995, p. 158).

IV.- DIVERS - AUTRES

– Trib. des Pensions de la Marne, 27 sept. 1957, *Gaz. Pal.* 1960, 2, 154.

– C.N.O.M., 24 oct. 1979, *Bull. de l'ordre des médecins* mars 1980, p. 13.

– C.N.O.M., 31 mars 1998, n° 2580, *GAMM Info* 1999, n° 9, p. 8.

– C.N.O.M., Sect. des assurances sociales, 21 juin 2001, *Nouv. Pharma.* 2001, n° 372, p. 347 ; *Jurisprudence de la santé* 2001-2002, p. 143.

§ 2.- DROIT EUROPÉEN

I. - DROIT EUROPÉEN DES DROITS DE L'HOMME

– 10 décembre 1984 (commission), *Acmann et a. c. Belgique*, n° 10435/83, *D. R.* 40, p. 251, cité par G. ARMAND, L'ordre public de protection individuelle, *op. cit.*, p. 1595, note 89.

– 27 mai 1987, *Le Compte Van Leven et De Myer*, *R.D.S.S.* 1982, p. 57, note L. DUBOUIS ; Cass. civ. 1ère, 26 avr. 1983 (2 esp.), *D.* 1983, n° 18 ; *R.D.S.S.* 1984, p. 49, note L. DUBOUIS ; *Gaz. Pal.* 2, 600, note DORSNER-DOLIVET et SCEMANA.

– 9 juin 1988, *L.C.B. c. Royaume-Uni*, *Rec*. CEDH 1998-III, § 36 et – 3 avr. 1992, *Keenan c. Royaume-Uni*, n° 27229/95, § 89, *Rec*. CEDH 2001-III ; *A.J.D.A.* 2001, p. 1060, chron. J.-F. FLAUSS

– 15 janv. 1998, *Boffa et a. c. Saint-Marin*, n° 26536/95, *Ann. de la C.E.D.H.* 1998, 41, vol. I, p. 71

– 14 déc. 1999, *Vie c. France*, n° 41781/98.

– 29 avr. 2002, *Diane Pretty c. R.U.*, *R.T.D.H.* 2003, p.71, note O. DE SCHUTTER ; *R.D.S.S.* 2002, p. 475, obs. Ph. PEDROT ; *A.J.D.A.* 2003, p. 1383, note B. LE BAUT-FERRASÈRE.

– 7 juin 2007, *Murillo Espinosa c. Espagne*, n° 37938/03, cité par L. MARCOVIVI, La responsabilité de l'État du fait du décès d'un étranger en centre de rétention, *A.J.D.A.* 2008, n° 1, p. 38.

II.- DROIT COMMUNAUTAIRE

A.- COUR DE JUSTICE DES COMMUNAUTÉS EUROPÉNNES

1974-1979

– 11 juill. 1974, *Dassonville*, aff. 8/74, *Rec*. 1974, p. 837.

– 4 déc. 1974, *Van Duyn c. Home Office*, aff. 41/74, *Rec*. 1974 p. 01337.

– 26 févr. 1975, *Carmelo Angelo Bonsignore c. Oberstadtdirektor des Stadt Kôln*, aff. 67/74, *Rec*. 1975, p. 297

– 28 oct. 1975, *Rutili*, aff. 36/75, *Rec*. 1975, p. 1219 ; *Gaz. Pal.* 1976, 1, p. 134.

– 20 mai 1976, *De Peijper*, aff. 104/75, *Rec*. 1976, p. 613.

– 15 déc. 1976, *Simmenthal SpA c. Ministère des finances italien*, aff. 35/76, *Rec*. 1976, p. 1871.

– 25 janv. 1977, *Bauhuis c. Pays-Bas*, aff. 46/76, *Rec*. 1977, p. 5.

– 27 oct. 1977, *Bouchereau*, aff. 30/77, *Rec*. 1977, p. 1999.

– 20 févr. 1979, *Rewezentral Ag* dit « *Cassis de Dijon* », aff. 120/78, *Rec*. 1979, p. 649.

1980-1989

– 18 mars 1980, *Commission c. République Italienne*, aff. 92/79, *Rec*. 1980, p. 1099 et p. 1115.

– 5 févr. 1981, *Officier van justitie contre Koninklijke Kaasfabriek Eyssen*, aff. 53/80, *Rec*. 1981, p. 0409.

– 14 juill. 1983, *Sandoz Bv*, aff. 174/82, *Rec*. 1983, p. 2445.

– 30 nov. 1983, *Leendert van Bennekom*, aff. 227/82, *Rec*. 1983, p. 3883 ; *R.D.S.S.* 1984, p. 195, note J.-M. AUBY.

– 10 déc. 1985, *Motte*, aff. C-344/90, *Rec*. p. I-04719.

– 6 mai 1986, *Müller-Kampfmeyer*, aff. 304/84, *Rec*. 1986, p. 1511.

1990-1999

– 5 mai 1998, *Royaume-Uni c. Commission* et *National Farmer's Union* (2 esp.), aff. C-157/96 et C-180/96, *Rec*. 1998, p. I-2211 et p. I-2265 ; *C.J.E.G.* 1998, p. 419, note J.-D. COMBREXELLE. ; *Europe* 1998, n° 262, comm. D. RITLENG.

Depuis 2000

– 4 juill. 2000, *Labo. Pharmaceutique Bergaderm S.A. et Jean-Jacques Goupil*, aff. C-352/98 P, *curia.eu.int*, concl. M. FENNELY ; *Rec*. 2000, p. I-5291.

– 5 déc. 2000, *Eurostock Meat Marketing ltd*, aff. C-477/98, *Rec*. 2000, p. I-10695.

– 8 mars 2001, *Commission c. France*, aff. C-266/99, *J.O.C.E.* n° C 173 du 16 juin 2001, p. 16 ; *D*. 2001, IR, 1073 ; *R.D.S.S.* 2001, p. 470, obs. J.-S. CAYLA.

– 13 déc. 2001, *Commission des communautés européennes c. République française*, aff. C-1/00 ; *J.O.C.E.* n° C 44 du 16 févr. 2002, p. 2 ; *Rec*. p. I-9989 ; *D*. 2002, IR, 254 ; *Dr. rur*. 2002, p. 9 ; *Gaz. Pal*. du 27 juin 2002, p. 13 ; *Envir*. 2002, p. 23, n° 31 ; *Europe* févr. 2002, p. 27, n° 67 ; *A.J.D.A.* 2002, p. 164, note T. HAMONIAUX et p. 369 ; *J.C.P.* 2002, II, 10127, note Ph. ICARD.

– 8 janv. 2002, *H. Van der Boor*, n° C-428/99, *J.O.C.E.* du 6 avr. 2002, n° C 84, p. 12.

– 25 avr. 2002, *Commission des communautés européennes c. France*, aff. C-52/00, *J.O.C.E.* n° C 144 du 15 juin 2002, p. 5 ; *D*. 2002, p. 2462, note C. LARROUMET

– 22 oct. 2002, *National Farmers' Union*, n° C-241/01, *J.O.C.E.* du 7 déc. 2002, n° C 305/08 ; *D*. 2002, IR, 3059, *Europe* 2002, inf. 411 ; *J.C.P.* 2003, 10185, note ICARD ; *Envir*. 2003, inf. 9, note TROUILLY ; *R.D. rur*. 2004, obs. VIALE ; *A.J.D.A.* 2003, p. 378, chron. J.-M. BELORGEY, S. GARVASONI et C. LAMBERT.

– 10 déc. 2002, *British American Tabacco et .a.*, aff. C-491/01, *Rec*. 2002, p. I-11453 ; *A.J.D.A.* 2003, p. 380, chron. J.-M. BELORGEY, S. GERVASONI et C. LAMBERT.

– 11 déc. 2003, *DocMorris NV*, aff. C-322/01, *J.O.U.E.* du 21 févr. 2004, n° C 47/5 ; *Europe* 2004, comm. 37, obs. M. PIETRI.

– 10 juill. 2003, *Booker Aquaculture Ltd et Hydro Seafood GSP Ltd/The Scottish Ministers*, aff. C-20/00 et C-64/00, *Rec*. 2003, p. I-7411 ; *Gaz. Pal*. des 11-12 juin 2004, p. 4.

– 1er avr. 2004, *Bellio F.*, n° C-286/02, *Rec*. 2004, p. I-3465 ; *Europe* 2004, inf. 237.

– 29 avril 2004, *Orfanopoulos et Oliveri*, aff. C-482/01 et C-493/01, *Rec*. 2004, p. I-5257 ; *Europe* juin 2004, n° 200, comm. D. SIMON.

– 15 juill. 2004, *Commission des Communautés européennes c. République française*, aff. C-419/03, *J.O.C.E.* n° C 228 du 11 sept. 2008, p. 15 ; *D*. 2004, IR, 2346.

– 14 oct. 2004, *Omega Spielhallen und Automatenaustellungs Gmbh*,, aff. C-36/02, *A.J.D.A.* 2005, p. 152, note A. VON WALTER et p. 308, chron. J.-M. BELORGEY, S. GERVASONI et C. LAMBERT.

– 14 déc. 2004, *Swedish Match et a.* et *Arnold André* (2 esp.), aff. C-210/03 et C- 434/02, *Rec*. 2004, p. I-11893, *B.I.C.C.* n° 615 du 15 mars 2005 (n° 453).

– 12 janv. 2006, *Agraproduktion Staebelow GmBh Landrat des Land Kreises Bad Doberan*, aff. C-504/04, *Europe* 2004, p. 14, note MEISSE.

– 14 mars 2006, *Commission des Communautés européennes c. France*, n° C-177/04, *Rec*. 2006, p. I-02461 ; *B.J.S.P.* 2006, n° 93, Pan., p. 4.

B.- TRIBUNAL DE PREMIÈRE INSTANCE DES COMMUNAUTÉS EUROPÉENNES

– 16 juill. 1998, *Soc. Bergaderm*, aff. T-199/96, *Rec*. 1998, p. II-2805 ; *C.J.E.G.* 1998, p. 420.

– 11 janv. 2002, *Biret International c. Csl*, n° T-174/00 et *Briet c. Csl*, n° T-210/00, *J.O.C.E.* n° C 156 du 29 juin 2002, p. 19 (n° 35 et n° 36) ; *Envir.* 2000, n° 100, comm. F. MARIOTTE.

– 11 septembre 2002, *Pzizer Animal Health SA* et *Alpharma Inc.* (2 esp.) n° T-13/99 et T-70/99, *J.C.P.* A. 2002, n° 1021, note N. CHAHID-NOURAÏ et C. BOCCARD.

BIBLIOGRAPHIE

I.- OUVRAGES GÉNÉRAUX – MANUELS

ALFANDARI (E.),
Action et aide sociale, 3e éd., Paris, Dalloz, 1987, 689 p., coll. Précis.

ANKIN (J.), *v.* J.-C. HENRAD.

AUBY (J.-M.),
Le droit de la santé, Paris, P.U.F, 1981, 508 p., coll. Thémis Droit.
v. également R. SAVATIER.

AUBY (J.-M.) et BON (P.),
Droit administratif des biens, 3è éd., Paris, Dalloz, 1995, 537 p., Précis.

BARTHÉLÉMY (J.),
Répétitions écrites de principes du droit public, Paris, Les Cours de droit, 1937 (spéc. p. 240-250).

BEAUTÉ (J.),
Droit administratif spécial, capacité 2e année, Paris, Les Cours de droit, 1976 (spéc. p. 87-90).

BÉLANGER (M.),
Droit international de la santé par les textes, Paris, Berger-Levrault, 1989, Manuels B.-L. Santé, Préface de J.-M. AUBY, 470 p.

BEQUET (L.),
Répertoire du droit administratif, Paris, 1904, t. XXII, « Police », p. 261-601.

BERGEL (J.-L.),
Théorie générale du droit, Paris, Dalloz, 4e éd., 2003, 374 p., coll. Méthodes du droit.

BERTHÉLÉMY (H.),
Traité élémentaire de droit administratif, Paris, Éd. Arthur Rousseau, Librairie nouvelle de droit et de jurisprudence, 1933, 1185 p.

BERTHIAUX (D.),
Droit de la Santé, Paris, Gualino éd., 2007, 273 p., coll. Mémentos LMD.

BLOCK (M.),
Dictionnaire de l'Administration française, Paris, Nancy, Berger-Levrault, 1898.

BOLOT-GITTLER (A.), *v.* M.-T. JOIN-LAMBERT.

BON (P.), *voir* J.-M. AUBY.

BONNICI (B.),
Politique de santé en France, Paris, P.U.F, 1ère éd., 1993 et 3e éd., 2003, 127 p., coll. Que sais-je ?, n° 39724.

BOUINEAU (J.),
Histoire des institutions. Ier-XVe siècles, Paris, Litec, 1994, 648 p.

BRAIBANT (G.), *v.* M. LONG.

BRAIBANT (G.) et STIRN (B.),
Le droit administratif français, Paris, Presses de Sciences Po et Dalloz, 4e éd., 1997, 567 p.

BRISSON (J.-F.) et ROUYÈRE (A.),
Droit administratif, Paris, Montchrestien, 2004, 664 p., coll.Pages d'Amphi.

BRUCKER (G.) et TABUTEAU (D.), dir.,
Traité de santé publique, Paris, Flammarion, 2004, 536 p., coll. Traité. Médecine-Sciences.

BURDEAU (F.),
Histoire du droit administratif, Paris, P.U.F., 1ère éd., 1995, 494 p., coll. Thémis. Droit public.
Histoire de l'administration française. Du 18e au 20e siècle, Paris, Montchrestien, 1989, 373 p., coll. Domat. Droit public.

BURDEAU (G.),
L'État, Paris, Seuil, 1970, 182 p., coll. Points. Politique.
Les libertés publiques, Paris, L.G.D.J., 4e éd., 1972, 457 p.

CABRILLAC (R.), FRISON-ROCHE (M.-.A), REVET (T.),
Droits et libertés fondamentaux, Paris, Dalloz-Sirey, 1ère éd., 1994, et 8e éd., 2002, 890 p.

CARBASSE (J.-M.),
Introduction historique au droit pénal, Paris, P.U.F., 1990, 348 p., coll. Droit fondamental. Droit pénal.

CENTRE EUROPÉEN DE LA CULTURE,
La Santé en Europe 1, Arles, Actes Sud, 1999, coll. L'Europe en Bref, t. 6, vol. : Les politiques de santé, 105 p., vol. : La formation et la Recherche, 90 p., vol. : Les déterminants de la santé, 81 p., vol. : La question bioéthique, 106 p.

CHAMINADE (A.), *v.* C. LECLERCQ.

CHAPUS (R.),
Droit administratif général, Paris, Montchrestien, 14 e éd., 2000, t. 1, 1399 p., coll. Domat. Droit public.

Droit du contentieux administratif, Paris, Montcherstien, 11e éd., 2004, 1442 p., coll. Domat. Droit public.

CHRÉTIEN (P.), *v.* G. DUPUIS.

CLÉMENT (J.-M.),
Mémento de droit hospitalier, Paris, Berger-Levrault, 6e éd., 1995 et 12e éd., 2007, 414 p., coll. Les indispensables, Préface de Jean-Marie AUBY.

Les grands principes du droit de la santé, Paris, 2005, Les Études hospitalières, 209 p.

COMITI (V.-P.),
Histoire du droit sanitaire en France, Paris, P.U.F, 1994, 126 p., coll. Que sais-je ?, n° 2831.

CONGE (E.), dir.,
Le Guide des responsabilités juridiques et professionnelles des personnels des établissements de santé, Paris, Weka (mise à jour permanente).

CORNU (G.), dir.,
Vocabulaire juridique, Assoc. Henri Capitant, Paris, P.U.F., coll. Quadrige, 1ère éd., 2000, 925 p. et 8e éd., 2007, 986 p.

COSTA (J.-L.),
Liberté, ordre public et justice en France, Cours à l'Institut d'Études Politiques, Paris, Les Cours du droit, 1964-1965 (3 fasc.), 382 p. + XIII.

CUCHE (P.),
Conférences de philosophie du droit, Paris, Dalloz, 1928, 127 p.

DAL FARRA (T), *v.* Y. GAUDEMET.

DANIEL (Ch.), *v.* M.-T. JOIN-LAMBERT.

DAUDIN (H.),
La liberté de la volonté. Significations des doctrines classiques, Paris, P.U.F., 1950, 250 p., coll. Bibl. de Philosophie contemporaine.

DE LANVERSIN (J.), *v.* J.-P. GILLI.

DEBBASCH (Ch.) et RICCI (J.-C.),
Contentieux administratif, 7e éd., Paris, Dalloz, 1999, 893 p., coll. Droit public.

DEBEYRE (G.), *v.* P. DUEZ

DELVOLVÉ (P.), (*v.* également M. LONG et G. VEDEL),
L'acte administratif, Paris, Sirey, 1983, coll. Droit public, 293 p.

DEMICHEL (A.),
Le droit de la santé, Bordeaux, Les Études hospitalières, 1998, 137 p.

DENOIX DE SAINT-MARC (R.), *v.* M. ROUGEVIN-BAVILLE.

DOUCET (J.-P.),
La protection pénale de la personne humaine, vol. 1 : « La protection de la vie et de l'intégrité corporelle », Paris, Gazette du Palais / Diffusion Litec, 2e éd., 1994, 248 p.

DUEZ (P.) et DEBEYRE (G.),
Traité de droit administratif, Paris, Dalloz, 1952, VIII + 984 p.

DUGUIT (L.),

L'État, le droit objectif et la loi positive, 1901, A. Fontemoing, rééd. Dalloz-Sirey, 2003, XII-623 p., coll. Bibl. Dalloz, Préface de Franck Moderne.

Les transformations du droit public, Paris, Armand Colin, 1913, rééd. La Mémoire du droit, 1999, 285 p.

Leçons de droit public général, Paris, 1926, rééd. La Mémoire du droit, 2000, 340 p.

Traité de droit constitutionnel, Paris, E. Borcard, 3e éd., 1928, t. 2 : La théorie générale de l'État, 888 p.

DUHAMEL (O) et MÉNY (Y), dir.,
Dictionnaire constitutionnel, Paris, P.U.F., 1992, 424 p.

DUMONT (G.), *v.* M. LOMBARD.

DUPONT (M.), ESPER (C.), MUZZIN (L.) et PAIRE (C.),
Droit hospitalier. Établissements publics et privés, Paris, Dalloz, 1997, coll. Cours Dalloz. Droit public – science politique, 479 p.

DUPUIS (G.) et GUEDON (M.-J.),
Droit Administratif, 3e éd., Paris, Armand Colin, 1991, coll. U.-Droit, 542 p.

DUPUIS (G.), GUÉDON (M.-J.) et CHRÉTIEN (P.),
Droit administratif, Paris, Dalloz - Armand Colin, 1999, 6e éd., 633 p.

DURIEZ (M.), LANCRY (P.-J.), LEQUET-SLAMA (D.) et SANDIER (S.),
Le système de santé en France, Paris, P.U.F, 1996, 128 p., Que sais-je ?, n° 3066.

EISENMANN (Ch.),
Cours de droit administratif, Réunis par Stéphane RIALS (2 tomes), Paris, L.G.D.J., 1982, t. 1, 775 p. et 1983, t. 2, 908 p.

ESPER (C.), dir., (*v.* également M. DUPONT)
Droit médical et hospitalier, Paris, Litec (LexisNexis), 3 vol.

FAVOREAU (L.), GAÏA (P.) et alii,
Droit des libertés fondamentales, Paris, Dalloz, 4e éd., 2007, 622 p., coll. Précis.

FENET (A.),
Les libertés publiques en France, Paris, P.U.F., 1976, 352 p., coll Thémis.

FREMINVILLE (E. DE LA POIX DE),
Dictionnaire ou traité de la police générale des villes, bourgs, paroisses et Seigneuries de la campagne, Paris, Gissey, 1758, XVI + 588 p.

FRIER (P.-L.),
Précis de droit administratif, Paris, 2004, 3e éd., Montchrestien, coll. Domat Droit public, 531 p.

FRIER (P.-L.) et PETIT (J.),
Précis de droit administratif, Paris, 2006, 4e éd., Montchrestien, coll. Domat Droit public, 536 p.

FRISON-ROCHE (M.-.A), *v.* R. CABRILLAC.

GAÏA (P.), *v.* L. FAVOREU.

GAUDEMET (Y.), *v.* A. DE LAUBADÈRE.

GAUDEMET (Y.), STIRN (B.), DAL FARRA (T). et ROLIN (F.),
Les grands avis du Conseil d'État, Paris, Dalloz, 1997, 834 p.

GENEVOIS (B.), (*v.* également M. LONG),
La jurisprudence du Conseil constitutionnel, principes directeurs, Paris, éd. STH, 1988, n° 111, 406 p.

GERNEZ-RIEUX (Ch.) et GERVOIS (M.),
Éléments de médecine préventive, santé publique et hygiène, Paris, Flammarion, 1976, 4e éd., 480 p, coll. Médecine-Sciences.

GERVOIS (M.), *v.* Ch. GERNEZ-RIEUX.

GILLI (J.-P.), HUBERT (Ch.) et DE LANVERSIN (J.),
Grands arrêts du droit de l'urbanisme, Paris, Dalloz, 4e éd., 1996, 995 p.

GODFRIN (P.),
Droit administratif des biens, Paris, Masson, 4e éd., 1994, 412 p., coll. Droit. Sciences économiques,

GONDOUIN (G.), *v.* A. VAN LANG.

GOUBERT (P.) et ROCHE (D.),
Les Français de l'Ancien Régime, Paris, Armand Colin, 1995, t. 2 : culture et société, 391 p.

GREWE (C.), RUIZ-FABRI (H.),
Droits constitutionnels européens, P.U.F., 1995, 661 p., coll. Droit fondamental. Droit politique et théorique.

GUÉDON (M.-J.), *v.* G. DUPUIS.

HARICHAUX (M.) et MONROCHE (A.),
Droit de la santé. Dictionnaire commenté, Paris, Masson, 2003, 293 p., coll. Droit médical pratique.

HAURIOU (M.),
Aux sources du droit. Le pouvoir, L'ordre et la liberté, in Cahiers de la nouvelle journée, n° 23, 1933, 191 p., rééd. P.U. de Caen, 1998.
Précis de droit administratif et de droit public général, Paris, L. Larose, 4e éd., 1900-1901, 896 p.
Précis élémentaire de droit administratif, Paris, Sirey, 1943, 534 p.

HENRAD (J.-C.) et ANKIN (J.),
Systèmes et politiques de santé, Rennes, éd. E.N.S.P., 1996, 223 p., avec la collaboration de Fernando BERTOLOTTO.

HUBERT (Ch.), *v.* J.-P. GILLI.

IMBERT (L.),
Droit Public constitutionnel - administratif, Capacité 1ère année 1974-1975, Paris, Les Cours de droit, 1976.

INSERGUET-BRISSET (V.), *v.* A. VAN LANG.

JOIN-LAMBERT (M.-Th.), BOLOT-GITTLER (A.), DANIEL (Ch.), LENOIR (D.) MÉDA (D.),
Politiques sociales, 2e éd., Paris, Presses de Sciences Po et Dalloz, 1997, 717 p., coll. Amphithéatre.

LABETOULLE (D.), *v.* M. ROUGEVIN-BAVILLE.

LABROUSSE (E.) et alii,
Histoire économique et sociale de la France, Paris, P.U.F., 1970, t. II (1660-1789), 779 p.

LACHAUME (J.-F.) et PAULIA (H.),
Droit administratif (les grandes décisions de la jurisprudence), Paris, P.U.F., 14e éd., 2007, 908 p.

LANCRY (P.-J.), *v.* M. DURIEZ.

LAROQUE (P.), dir.,
Les institutions sociales de la France, Paris, La documentation française, 1980, 1180 p.

LAUBADÈRE (A. DE),
Traité élementaire de droit administratif, Paris, 1953, 889 p.

LAUBADÈRE (A. DE), VÉNÉZIA (J.-C.), GAUDEMET (Y.),
Traité de droit administratif, Paris, L.G.D.J, 13e éd., 1994, tome 1, 975 p.

LAUDE (A.), MOURALIS (J.-L.) et PONTIER (J.-M.), dir.,
Droit de la santé, Paris, Lamy, 2 vol.

LAUDE (A.), TABUTEAU (D.) et. MATHIEU (B.),
Le droit de la santé, Paris, P.U.F., 2007, 686 p., coll. Thémis Droit.

LE MIRE (P.),
L'action administrative, Paris, La documentation française, 1989, t. 1 : Les activités de réglementation, 50 p., coll. Documents d'études. Droit administratif.

LEBRETON (G.),
Libertés publiques et droits de l'Homme, Paris, Armand Colin, 6e éd., 2003, 538 p.
Droit administratif général, Paris, Dalloz, 2007, 563 p.

LECLERCQ (C.),
Libertés publiques, Paris, Litec, 3e éd., 1996, 321 p. ; 4e éd. 2000, 310 p.

LECLERCQ (C.) et CHAMINADE (A.),
Droit administratif, 3e éd., Paris, Litec, 1992, coll. C.F.P., 739 p.

LEMOYNE DE FORGES (J.-M.),
Droit administratif, Paris, P.U.F., 5e éd., 1998, 391 p.
Le droit de la santé, Paris, P.U.F, 1ère éd., 1986 et 6e éd., 2007, 127 p., coll. Que sais-je ?, n° 2038.

LENOIR (D.), *v.* M.-T. JOIN-LAMBERT.

LEQUET-SLAMA (D.), *v.* M. DURIEZ.

LIGNEAU (Ph.),
Droit de la protection sanitaire et sociale, Paris, Berger-Levrault, 1980, 510 p.

LOMBARD (M.) et DUMONT (G.),
Droit administratif, Paris, Dalloz, 7e éd., 2007, 625 p. coll. HyperCours.

LONG (M.), WEIL (P.), BRAIBANT (G.), DELVOLVÉ (P.) et GENEVOIS (B.),
Les grands arrêts de la jurisprudence administratif, Paris, Dalloz, 16e éd., 2007, 998 p., coll. Grands arrêts.

MADIOT (Y.),
Droits de l'homme, Paris, Masson, 1991, 2e éd., 230 p., coll. Droit Sciences Économiques.

MANDROU (R.),
Introduction à la France moderne. 1500-1640. Essai de psychologie collective, Paris, Albin Michel, 1989, 408 p., coll. l'Évolution de l'Humanité, Préface de Pierre GOUBERT.

MARROT (B.),
L'Administration de la santé en France, Paris, L'Harmattan, 1995, 489 p.

MÉDA (D.), *v.* M.-T. JOIN-LAMBERT.

MÉNY (Y), *v.* O. DUHAMEL.

MESTRE (J.- L.),
Introduction historique au droit administratif français, Paris, P.U.F, 1985, 294 p., coll. Droit fondamental.

MESTRE (M.),
Répétitions écrites de droit administratif, 2e année, Paris, Les cours de droit, 1939, spéc. p. 200-206.

MILLION-DELSOL (Ch.),
Les idées politiques au XXe siècle, Paris, P.U.F., 1991, 257 p., coll. Premier cycle.

MONROCHE (A.), *v.* M. HARICHAUX.

MORANGE (J.),
Libertés publiques, Paris, P.U.F, 1985, 384 p., coll. Droit fondamental. Droit, politique et théorie.
Manuel des droits de l'homme et des libertés publiques, Paris, P.U.F., 2007, 278 p., coll. Droit fondamental.

MOREAU (J.),
Droit administratif, Paris, P.U.F, 1989, Droit fondamental, 569 p.

MOREAU (J.) et TRUCHET (D.),
Le droit de la santé publique, Paris, Dalloz, 4e éd., 1998, 231 p. ; 6e éd., 2004, 261 p., coll. Mémento. Droit public, Science politique

MOURALIS (J.-L.), *v.* A. LAUDE.

MOUTOUH (H.), *v.* J. RIVERO.

MUZZIN (L.), *v.* M. DUPONT.

OLIVIER-MARTIN (F.),
Histoire du droit français des origines à la Révolution, Paris, éd. du C.N.R.S., 1998, 763 p.

PACTEAU (B.),
Contentieux administratif, Paris, P.U.F., 7e éd., 2005, 530 p., coll. Droit fondamantal. Classiques.

PAIRE (C), *v.* M. DUPONT.

PAULIA (H.), *v.* J.-F. LACHAUME.

PEDROT (Ph.), dir.,
Dictionnaire de droit de la santé et de la biomédecine, Paris, Ellipses, 2006, 476 p., Préface de Jean-François MATTÉI.

PÉQUIGNOT (H.), *v.* R. SAVATIER.

PEISER (G.),
Droit administratif général, Paris, Dalloz, 23e éd., 2006, 256 p., coll. Mémentos.

PETIT (J.), dir.,
Droit administratif et administration, Paris, La Documentation Française, 1998, 160 p., coll. Les notices.

PICOT (G.),
Histoire des États Généraux considérés au point de vue de leur influence sur le Gouvernement de la France de 1355 à 1614, Genève, Mégariotis Reprints, 1979, t. 2, 582 p.

PONTIER (J.-M.), *v.* A. LAUDE.

RAUCH (A.),
Histoire de la santé, Paris, P.U.F, 1995, 127 p. , coll. Que sais-je ?, n° 2924.

REVET (T.), *v.* R. CABRILLAC.

RICCI (J.-C.), *v.* Ch. DEBBASCH.

RIVERO (J.),
Droit administratif, Paris, Dalloz, 1994., 484 p., coll. les Précis.
Libertés publiques, Paris, P.U.F., 1995, 394 p., coll. Témis.

RIVERO (J.) et MOUTOUH (H.),
Les libertés publiques, Paris, P.U.F., 9e éd., 2003, 2 t., 271 p. et 269 p., coll. Thémis. Droit.

RIVERO (J.) et WALINE (J.),
Droit administratif, Paris, Dalloz, 17e éd., 1998, 529 p., 21e éd., 2006, 645 p., coll. Droit public – Science politique.

ROBERT (J.), avec la collaboration de Jean DUFFAR,
Droits de l'homme et libertés fondamentales, Paris, Montchrestien, 1993, 808 p., coll. Domat. Droit public.

ROCHE (D.), *v.* P. GOUBERT.

ROLIN (F.), *v.* Y. GAUDEMET.

ROLLAND (L.),
Précis de droit administratif, Paris., Dalloz, 9e éd, 1947, 733 p., coll. Petits précis Dalloz.

ROMI (R.),
Droit et administration de l'environnement, Paris, Montchrestien, 6e éd., 2007, 647 p., coll. Domat. Droit Public.

ROUGEVIN-BAVILLE (M.),
La responsabilité administrative, Paris, Hachette, 1992, 159 p., coll. Les Fondamentaux.

ROUGEVIN-BAVILLE (M.), DENOIX DE SAINT-MARC (R.) et LABETOULLE (D.),
Leçons de droit administratif, Paris, Hachette, 1989, 639 p., coll. P.E.S.

ROUYÈRE (A.), *v.* J.-F. BRISSON.

RUIZ-FABRI (H.), *v.* G. GREWE.

SANDRIER (S.), *v.* M. DURIEZ.

SAVATIER (R.), AUBY (J.-M.), SAVATIER (J.) et PÉQUIGNOT (H.),
Traité de droit médical, Paris, Librairies techniques, 1956, 574 p.

SEILLER (B.),
Droit administratif, Paris, Flammarion, 2e éd., t. 1. Les sources et le juge, 2004, 329 p. ; t. 2. L'action administrative, 2005, 345 p., coll. Champs. Université.

SOTO (J. DE),
Grands services publics et entreprises nationales, Paris, Montchrestien, 1971, 599 p., Précis Domat, coll. Université nouvelle.

STARCK (B.),
Introduction générale au droit, Paris, Litec, 3e éd., 1991, 681 p.

STIRN (B.), *v.* G. BRAIBANT et Y. GAUDEMET.

TABUTEAU (D.), *v.* A. LAUDE ET G. BRUCKER.

TARDIEU (A.),
Dictionnaire d'hygiène publique et de salubrité, Paris, 1852, J.-B. Baillière, 508 p.

TCHOBROUTSKY (G.) et WONG (O.),
La Santé, Paris, P.U.F, 1995, 127 p., coll. Que sais-je ?, n° 2960.

TERRÉ (F.),
Introduction générale au droit, Paris, Dalloz, 1991, 525 p., coll. Précis Dalloz.

TRUCHET (D.), *v.* J. MOREAU.

VAN LANG (A.), GONDOUIN (G.) et INSERGUET-BRISSET (V.),
Dictionnaire de droit administratif, Paris, Armand-Colin, 2e éd., 1999, 303 p., 4e éd., 2005, 354 p., coll. Cursus-Droit.

VEDEL (G.),
Cours de droit administratif, Paris, Les Cours de droit, 1967-1968.

Droit administratif, Paris, P.U.F., 1973, 902 p., coll. Thémis.

VEDEL (G.) et DELVOLVÉ (P.),
Cours de droit administratif, Paris, P.U.F, 12e éd., 1992, 802 p, coll. Thémis, 2 vol.

VÉNÉZIA (J.-C.), *v.* A. DE LAUBADÈRE.

WACHSMANN (P.),
Libertés publiques, Paris, Dalloz, 1996, 480 p. ; 5e éd., 2005, VI-676 p.

WALINE (M.), (*v.* également J. RIVERO),
Cours de droit public, Paris, Les Cours de droit, 1945-1946.

WEIL (P.), *v.* M. LONG.

WONG (O.), *v.* G. TCHOBROUTSKY.

II.- OUVRAGES SPÉCIALISÉS

A.- MONOGRAPHIES ET ESSAIS

AUBERT (J.) et PETIT (R.),
La police en France. Service public, Paris, Berger-Levrault, 1981, 316 p., coll. L'administration nouvelle.

BARDET (J.-P.), BOURDELAIS (P.) et alii.,
Peurs et Terreurs face à la contagion. Choléra, tuberculose, syphilis. XIXe-XXe siècles, Paris, Fayard, 1988, 442 p., Préface par François LEBRUN

BEAUD (O.),
Le sang contaminé, Paris, P.U.F., 1999, 171 p., coll. Béhémoth.

BEIGBEDER (Y.),
L'Organisation mondiale de la santé, Paris, P.U.F., 1995, 191 p., Publications de l'Institut des Hautes Études Internationales de Genève.

BENABOU (E.-M.),
La prostitution et la police des mœurs au XVIIIe siècle, Paris, Perrin, 1987, 547 p.

BÉNOIT (F.-P.),
La responsabilité de la puissance publique du fait de la police administrative, Paris, Sirey, 1946, 117 p.

BOURGEOIS (L.),
Politique de la prévoyance sociale, t. 1, La doctrine et la méthode, Paris, 1914.

BOUTET (D.),
Vers l'État de droit. La théorie de l'État et du droit, Paris, L'Harmattan, 1991, 271 p., coll. Logiques Juridiques.

BRUNEAU (P.),
Le Maire, autorité de police, Paris, Delmas, 1995, 335 p., coll. Encyclopédie pour la vie des affaires.

BUISSON (J.-Ph.) et GIORGI (D.),
La Politique du médicament, Paris, Montchrestien, 1997, 159 p., coll. Clefs. Économie.

CARBONNIER (J.),
Droit et passion du droit sous la Ve République, Paris, Flammarion, 1996, 276 p., coll. Forum.
Flexible droit. Pour une sociologie du droit sans rigueur, Parisn L.G.D.J., 10e éd., 2001, 493 p.

CASTERET (A.-M.),
L'affaire du sang, Paris, 1992, La Découverte, 283 p., coll. « enquêtes ».

CHESTER (T. E.),
Organiser le changement : le service national de santé en Grande-Bretagne, Paris, 1975, 46 p., Organisation de Coopération et de Développement Économiques, Centre pour la Recherche dans l'Enseignement

CHEVALLIER (J.),
L'État de droit, 2e éd., Paris, Montchrestien, 1994, 158 p., coll. Clefs / Politique.

CIPOLLA (C. M.),
Contre un ennemi invisible. Épidémies et structures sanitaires en Italie au XVIIe siècle, Paris, Balland, 1992, 357 p., coll. Fondements.

CLAIR (V.),
La lutte contre le bruit en droit communautaire, Rennes, Apogée, 1997, 141 p., Centre de Recherches Européennes de l'Université de Rennes I.

DAB (W.),
La décision en santé publique. Surveillance épidémiologique, urgences et crises, Rennes, éd. E.N.S.P., 1993, 292 p.

DAURY-FAUVEAU (M.),
La responsabilité pénale du médecin, Paris, Les Études Hospitalières, 2003, 93 p., coll. essentiel.

DELBLOND (A.),
La police administrative, Lyon, L'Hermès, 1997, 128 p., coll. Guides essentiels.

DELLIS (G.),
Droit pénal et droit administratif. L'influence des principes du droit pénal sur le droit administratif répressif, Th. Droit, Paris II, Paris, L.G.D.J., 1997, coll. Bibl. de droit public, t. 184, 464 p., Préface de Yves GAUDEMET.

DELUMEAU (J.),
La peur en Occident (XIVe-XVIIIe siècles). Une citée assiégée, Paris, Fayard, 1978, 607 p., coll. Pluriel.

DOUENCE (J.-C.),
La commune, Paris, Dalloz, 1994, 136 p., coll. Connaissance du droit.

DOURLENS (C.) et VIDAL-NAQUET (P.-A.),
L'autorité comme prestation, Paris, Plan urbain, 1993, 189 p.

DUPÂQUIER (J.),
Histoire de la population française, Paris, P.U.F., 1988, coll. Quadrige, 1995, t. 2 : De la Renaissance à 1789, 597 p.

EISENMANN (Ch.),
Centralisation et décentralisation. Esquisse d'une théorie générale, Paris, L.G.D.J., 1948, 330 p.

EVIN (Cl.),
Les droits des usagers du système de santé, Paris, Berger-Levrault, 2002, 575 p., coll. Les Indispensables.

FAURE (O.) et DESSERTINE (D.),
La Maladie entre libéralisme et solidarités (1850-1940), Paris, Mutualité française, 1994, 163 p., Racines mutualistes.

FOUCAULT (M.),
Surveiller et punir, Paris, Gallimard, 1975, 318 p., coll. Bibl. des Histoires.

Histoire de la folie à l'âge classique, Paris, Gallimard, 1972, 583 p., coll. Tel.

Naissance de la clinique, Paris, 1963, rééd. P.U.F., 1997, 214 p., coll. Quadrige.

FOYER (J.) ET KHAÏAT (L.),
Droit et Sida, Paris, C.N.R.S. Éditions., 1994, 482 p., coll. C.N.R.S. Droit, Préface de Jean-Paul LÉVY.

GIRARD (J.-F.),
Quand la Santé devient publique, Paris, Hachette, 1998, coll. Littérateurs, 258 p., collaboration et de Jean-Michel EYMERI.

GOMIEN (D.), HARRIS (D.) et ZWAAK (L.),
Convention européenne des Droits de l'Homme et Charte sociale européenne : droit et pratique, Strasbourg, Éd. du Conseil de l'Europe, 1997, 498 p.

GOT (C.),
La santé, Paris, Flammarion, 1992, 456 p.

L'expertise en santé publique, Paris, P.U.F., 2005, 127 p., coll. Que sais-je ?.

GOUBERT (J.-P.),
La conquête de l'eau. L'avènement de la santé à l'âge industriel, Paris, Robert Lafont, 1986, 302 p., coll. Pluriel, Introduction de Emmanuel LE ROY LADURIE.

GOUBERT (P.) et ROCHE (D.),
Les Français de l'Ancien Régime, Paris, Armand Colin, 1995, t. 2 : culture et société, 392 p. (rééd. 2000).

GUERRAND (R.-H.),
Les lieux. Histoire des commodités, Paris, La Découverte. Poche, 1997, 206 p., coll. Essais.

HAURAY (B.),
L'Europe du médicament, Paris, Les Presses de Sciences-Po, 2006, 378 p.

HAYAT (P.),
L'individualisme, Paris, Quintette, 1998, 62 p., coll. « Philosopher ».

HERMITTE (M.-A.),
Le sang et le droit. Essai sur la transfusion sanguine, Paris, Seuil, 1996, 477 p., coll. Science ouverte.

HERZLICH (C.),
Santé et maladie. Analyse d'un représentation sociale, Paris, La Haye, Mouton, 1969 (spéc. p. 57 à 59).

IMBERT (J.),
Les hôpitaux en droit canonique, Paris, Vrin, 1947, 334 p.

Le droit hospitalier de l'Ancien régime, Paris, P.U.F., 1993, 307 p., coll. Histoires, Préface de Pierre CHENU.

JOLY (P.),
Le système de santé des français. Un défi pour tous !, Paris, Les éditions d'organisation, 1993, 143 p.

JONAS (H.),
Le Principe responsabilité, 3e éd., Frankfurt, Insel Verlag, 1979, trad. J. GREISCH, Paris, Les Éditions du Cerf, 1990, Paris, 1995, Flammarion, 1998, 470 p., coll. Champs.

JOUVENEL (B. de),
Du pouvoir, Paris, Hachette, 1972, 462 p., coll. Pluriel.

KOURISLSKY (Ph.),
Du bon usage du principe de précaution, Paris, Odile Jacob, 2002, 174 p.

LANDOUSY (J.),
La liberté du commerce et de l'industrie et la police locale, Paris, P.U.F, 1934, 268 p.

LÉONARD (J.),
Archives du corps. La Santé au XIXe siècle, Rennes, Ouest-France Université, 1986, 329 p., coll. de mémoire d'homme : l'histoire.

La Médecine entre les pouvoirs et les savoirs, Paris, Aubier Montaigne, 1981, 384 p., coll. Historique.

Médecins, malades et société dans la France du XIXe siècle, Paris, Sciences en situation, 1992, 287 p., textes réunis et présentés par Claude BÉNICHOU, Avant-propos de François LEBRUN, Préface de Jean-Pierre PETER.

LUCAS-BALOUP (I.),
Infections nosocomiales. 40 questions sur les responsabilités encourues, Paris, Éditions SCROF, 1997, 509 p., Préface du Docteur Jean CARLET.

MALISSARD (A.),
Les Romains et l'eau. Fontaines, salles de bains, thermes, égouts, aqueducs…, Paris, Realia, Les Belles Lettres, 1994, 342 p.

MARSAUDON (É.),
Les infections hospitalières, Paris, P.U.F., 1988, 127 p., coll. Que sais-je ?, n° 3386.

MAYMAT (J.-C.),
L'élu et le risque pénal, Paris, Berger-Levrault, 1999, 273 p., coll. Administration locale.

MÉMETEAU (G.),
Traité de responsabilité médicale, Paris, Les Études hospitalières, 1996, 316 p. (mis à jour déc. 1997).

MILLON-DELSOL (Ch.),
L'État subsidiaire. Ingérence et non-ingérence de l'État : le principe de subsidiarité aux fondements de l'histoire européenne, Paris, P.U.F., 1992, 232 p., coll. Léviathan.

MINET (C.-E.),
Droit de la police administrative, Paris, Vuibert, 2007, 414 p.

MONOD (H.),
La santé publique (législation sanitaire de la France), Paris, Hachette, 1904, 374 p.

MONOD (J.-C.),
Foucault. La police des conduites, Paris, Michalon, 1997, 122 p., coll. Le bien commun.

MORABIA (A.),
L'épidémiologie clinique, Paris, P.U.F., 1996, 127 p., coll. Que sais-je ?, n° 3158.

MORELLE (A.),
La défaite de la santé publique, Paris, 1996, Flammarion, 389 p., coll. Forum.

MORGAND (L.),
La loi municipale. Commentaire de la loi du 5 avril 1884 sur l'organisation et les attributions des conseils municipaux, Paris, Librairie administrative Berger-Levrault, 1923, 2 tomes, 874 p.

MURARD (L.) et ZYLBERMAN (P.),
L'hygiène de la République. La santé publique en France, ou l'utopie contrariée 1870-1918, Paris, Fayard, 1996, 805 p.

NEMO (Ph.),
La société de droit selon F. A. Hayek, Paris, P.U.F., 1988, 436 p., coll. Libre Échange.

NOZICK (R.),
Anarchie, État et utopie, Paris, P.U.F, 1988, 442 p., coll. Libre échange.

ÖZER (A.),
L'État, Paris, Flammarion, 1998, 256 p., coll. Corpus.

PELICIER (Y.) et THUILLIER (G.),
Le citoyen et sa santé, Paris, Economica, 1980, 141 p.

PINELL (P.),
Naissance d'un fléau. Histoire de la lutte contre le cancer en France (1890-1940), Paris, Métailié, 1992, 366 p.

PISIER-KOUCHNER (E.),
La responsabilité de la police, Paris, P.U.F, 1972, 96 p., Dossiers Thémis.

REY (A.), dir.,
Dictionnaire historique de la langue française, Paris, Dictionnaires Le Robert, 1992-1998, 4304 p.

RICHER (D.),
Le maire et la police municipale, Paris, Litec, 1994, 294 p., coll. Guides pratiques de l'administration territoriale.

RIPERT (G.),
Le déclin du droit. Étude sur la législation contemporaine, Paris, L.G.D.J., 1949, reprint, VIII-225 p.

ROSANVALLON (P.),
La crise de l'État-providence, 3e éd., Paris, Seuil, 1992, 192 p., coll. Points. Essais, n° 243.

L'État en France de 1789 à nos jours, Paris, Seuil, 1990, 370 p., coll. Points. Histoire, n° H172.

ROUX (J.),
Sang contaminé : priorités de l'État et décision politique, Montpellier, éd. Espaces 34, 1995, 236 p.

RUFFIÉ (J.) et SOURNIA (J.-C.),
Les épidémies dans l'histoire de l'homme. De la Peste au Sida. Essai d'anthropologie médicale, Paris, Flammarion, 2e éd., 1984, 302 p., coll. Champs.

SETBON (M.),
Pouvoirs contre sida. De la transfusion sanguine au dépistage : décisions et pratiques en France, Grande-Bretagne et Suède, Paris, Seuil, 1993, 421 p., coll. Sociologie.

SFEZ (L.),
La Santé parfaite. Critique d'une nouvelle utopie, Paris, Seuil, 1995, 398 p.,coll. L'Histoire immédiate.

SWANN (A. DE),
Sous l'aile protectrice de l'État, Paris, P.U.F., 1994, 377 p., coll. Sociologies, traduction de Laurent BURY (*In Care of the State*, 1ère éd., 1988, Polity Press in association with Basil Blackwell,).

TABUTEAU (D.),
La Sécurité sanitaire, Paris, Berger-Levrault, 1994, 1ère éd., 152 p. et 2002, 2e éd., 390 p., coll. Santé, méthodes et pratiques.

Risque thérapeutique et responsabilité hospitalière, Paris, Berger-Levrault, 1995, 210 p., coll. Santé, méthodes et pratiques.

Les Contes de Ségur. Les coulisses de la politique de santé (1988-2006), Paris, éd. Orphys Santé, 2006, 420 p.

TENGSTAM (A.),
L'organisation des services de santé et de l'enseignement médical en Suède, Paris, Organisation de coopération et de développement économiques, Centre pour la Recherche et l'Innovation dans l'Enseignement, 1975, 43 p.

TERNEYRE (Ph.),
La grève dans les services publics, Paris, Sirey, 1991, 152 p., coll. Droit public.

TRIPIER (L.),
Les Codes français collationnés sur les textes officiels, Paris, Cotillon, 10e éd., 1859, 1642 p.

TRONCHON (P.),
Risques majeurs, environnement et collectivités locales, Paris, Berger-Levrault, 2005, coll. Administrations locales, 195 p.

VIGARELLO (G.),
Le sain et le malsain. Santé et mieux-être depuis le Moyen Âge, Paris, Seuil, 1993, 399 p., coll. L'Univers Historique.

B.- ÉTUDES ET OUVRAGES COLLECTIFS

Actes de la troisième journée Henri SOULEAU du 26 mai 1998, colloque organisé par l'Association des amis du professeur Henri SOULEAU et l'Institut de recherche en droit des affaires de l'Université Paris 13, *La responsabilité médicale*, in *Petites affiches* 1999, n° 189, n° spécial, 46 p.

Actes du Colloque de Sienne : « La responsabilité pénale des personnes morales », 25 et 26 mai 1996, *Petites affiches* 1996, n° 149 (CD-Rom, éd. 1999).

Actes du colloque tenu à l'Université de Bourgogne les 27 et 28 avr. 2000, *Le principe de précaution*, *R.J.E.* 2000, n° spéc., 119 p.

Association française de droit de la santé, « Les obligations du patient », Actes du colloque du 13 juin 2003, *R.G.D.M.* 2003, n° 11, 92 p.

« La protection de la santé publique », Actes du colloque du 17 mars 2005, *R.D.G.M.* 2005, n° spéc., 134 p.

BARBIN (B.), BOISSIER RAMBAUD (C.), CHAMPION DAVILLER (M.N.), FESSLER (J.-M.) et NEBESAROVA (J.),
Hôpitaux, cliniques : De l'accréditation à la qualité, Paris, Lamarre, 1997, 141 p.

BARDET (J.-P.), BOURDELAIS (P.), GUILLAUME (P.), LEBRUN (F.) et QUÉTEL (Cl), dir.,
Peurs et Terreurs face à la Contagion. Choléra, tuberculose, syphilis. XIXe-XXe siècles, Paris, Fayard, 1988, 442 p., Préface par François LEBRUN.

BOULET-SAUTEL (M.), CARDASCIA (G.) et alii.,
La Responsabilité à travers les Âges, Paris, Economica, 1989, 153 p., Préface Jean IMBERT, p. V-VII.

CADIET (L.), LABRUSSE-RIOU (C.) et LAMBERTERIE (I. DE), dir.,
Santé, marché, droits de l'homme, Paris, Dalloz, 1996, 68 p., coll. Thémis et Commentaires.

Centre de droit des obligations de l'Université Paris I,
L'indemnisation des accidents médicaux, Actes du colloque du 24 avril 1997, Paris, L.G.D.J., 1997, 137 p., coll. Bibl. de droit privé, t. 289, Avant-Propos de Geneviève VINEY.

C.E.R.D.E.S.-A.F.D.S.,
« La France à l'O.M.S. La protection internationale de la santé aujourd'hui, hier, demain. Cinquantenaire de l'Organisation mondiale de la santé », Actes du colloque du 27 novembre 1998, *R.G.D.M.* 1999, n° 1, p. 61-185.

COLAS (D.), dir.,
L'État de droit, Paris, P.U.F., 1987, Questions, Travaux sur la modernisation de l'État, 254 p.

CORMIER (M.) et MONÉGER (F.), dir.,
« La loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé », *R.D.S.S.* 2002, n° 4, 819 p.

C.U.R.A.P.P.,
Le droit administratif en mutation, Paris, P.U.F., 1993, 321 p.

ÉCOLE NATIONALE D'ADMINISTRATION,
Les nouveaux enjeux des politiques de santé, Paris, La Documentation française, 1995, 676 p.

« Épidémies et populations », *Annales de démographie historique* 1997, 215 p.

« Faut-il codifier le droit ? Expériences comparées », *R.F.A.P.* 1997, n° 82, 375 p.

FERRENCZI (T.), textes réunis et présentés par,
De quoi sommes-nous responsables ?, Huitième forum *Le Monde* Le Mans des 25, 26 et 27 octobre 1996, Paris, Le Monde Éditions, 1997, 410 p.

FEUILLET-LE MINTIER (B.), dir.,
Le Sida. Aspects juridiques, Paris, Economica, 1995, 270 p.

GHESTIN (J.), dir.,
Sécurité des consommateurs et responsabilité des produits défectueux, Colloque des 6 et 7 novembre 1986, Paris, Centre de Droit des Obligations de l'Université de Paris I, L.G.D.J., 1987, 236 p., Bibl. droit privé, t. CXCIII.

GIRARD (C.) et HENNETTE-VAUCHEZ (S.), dir.,
La dignité de la personne humaine. Recherche sur un processus de juridicisation, Paris, P.U.F., 2005, coll. Droit et Justice, 318 p.

GODARD (O.), dir.,
Le principe de précaution dans la conduite des affaires humaines, Paris, Éditions de la Maison des sciences de l'homme, 1997, 351 p., Institut National de la Recherche Agronomique, Avant-Propos de Marcel Jollivet, Préface de Marceau LONG.

GODARD (O.), HENRY (Cl.), LAGADEC (P.) et MICHEL-KERJAN (E.),
Traité des nouveaux risques, Paris, Gallimard, 2002, 620 p., coll. Folio/actuel, n° 100.

GUIGNÉ (J.), dir.,
« Droit de la Santé », n° spéc. de la *Gazette du Palais*, 23-24 oct. 1998, n°s 296-297, 104 p.

GUILLAUME-HOFNUNG (M.), dossier réalisé par,
Droits des malades. Vers une démocratie sanitaire ?, Paris, 2003, La documentation française, Problèmes politiques et sociaux n° 885, 124 p.

GUTMANN (D.), dir.,
La Convention du Conseil de l'Europe sur les droits de l'homme et la biomédecine, Centre de droit privé et de sciences criminelles d'Amiens, *Petites affiches* 1998, n° 127, p. 3-21.

HEILMANN (É.), textes réunis par,
Sida et libertés. La régulation d'une épidémie dans un État de droit, Paris, Actes Sud, 1991, 334 p., Avant-propos de Dominique CHARVET, Préface de Françoise HÉRITIER-AUGÉ.

HENNETTE-VAUCHEZ (S.), dir.,
Bioéthique, biodroit, biopolitique. Réflexions à l'occasion du vote de la loi du 4 août 2004, Paris, L.G.D.J., 154 p. coll. droit et société. Série éthique n° 43.

HIRSCH (E.),
Le Sida, rumeurs et faits, Paris, éd. du Cerf, 1987.

« Infections nosocomiales : quels enjeux pour l'an 2000 ? », *Communication Partenaires Santé*, n° spéc. 1995, Préface de J. CARLET, Président du Comité technique national des infections nosocomiales.

Institut d'Études Politiques de Rennes,
L'inspection et le contrôle en matière sanitaire et sociale, Journée d'étude du 21 oct. 2003, in *Rev. fondamentale des questions hospitalières* 2004, n° 9, p. 9-141.

« L'adaptation des systèmes de santé. Maîtrise des dépenses et défis de santé publique », *R.F.A.P.* 1995, n° spéc. 76, 734 p.

« L'administration sanitaire et sociale », Actes du colloque organisé par la Mission recherche de la D.R.E.E.S., Paris, juin 2001, *R.F.A.S.* 2001, n° 4, p. 7-136.

« L'intervention publique dans le domaine de la santé », *A.J.D.A.* 1995, n° 10, p. 587-634.

« La démocratie sanitaire », *R.F.A.S.* 2002, n° 2, 164 p.

« La prévention sanitaire », *R.D.S.S.* 1987, n° spéc.

« La responsabilité médicale ». Troisième journée Henri Souleau, *Petites affiches* 1999, n° 189, 47 p.

« La santé est-elle sous-administrée ? », *R.F.A.P.* 1987, n° 43, 547 p.

« La santé publique, une affaire d'État », *Après-Demain* 1996, n° spéc. 389.

« La santé, à quel prix ? », *Esprit* 1997, n° spéc. 229.

« La santé. Usages et enjeux d'une définition », *Prévenir* 1996-30, n° spéc. Cahiers d'étude et de réflexion édités par la coopération d'édition de la vie mutualiste, 227 p.

« La sécurité sanitaire : enjeux et questions », *R.F.A.S.* 1997, n°s 4-5, 322 p.

LAUDE (A.), dir.,
La loi du 4 mars relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, *Petites affiches* 2002, n° 122, 103 p.

LE ROY LADURIE (E.), dir.,
La ville des temps modernes de la Renaissance à la Révolution, Paris, Seuil, 654 p., coll. Points. Histoire.

« Les droits fondamentaux. Une nouvelle catégorie juridique ? », *A.J.D.A.* 1998, n° spéc. annuel, 208 p.

« Les métamorphoses des politiques de santé », *R.F.A.P.* 2005, n° 113, 204 p.

« Les nouvelles règles d'information du patient », *Cahier Pratique Tissot*, sept. 2002, n° 11, 31 p.

« Les pouvoirs publics et la sécurité sanitaire », *R.F.A.S.* 1999, n° 1, 150 p.

« Les sanctions administratives – Actualité et perspectives, *A.J.D.A.* 2001, n° spéc. annuel, 151 p.

LIGNEAU (Ph.), dir.,
La prévention sanitaire en France, *R.D.S.S.* 1983, n° 2, 523 p.

LINOTTE (D.), dir.,
La police administrative existe-t-elle ?, Paris/Aix-en-Provence, Economica/P.U.A.M., 1985, 140 p., coll. Droit public positif.

Mélanges CHARLIER, *Services publics et libertés*, Paris, Ed. de l'Université et de l'enseignement moderne, 1981, 896 p. + XXX.

Mélanges en hommage à Roland DRAGO, *L'Unité du droit*, Paris, Economica, 1996, 503 p.

Mélanges offerts à Marcel WALINE, *Le juge et le droit public*, 2 tomes, Paris, L.G.D.J., 1974, 858 p.

MONNIER (J.), DESCHAMPS (J.-P.), FABRY (J.), MANCIAUX (M.) et RAIMBAULT (A.-M.),
Santé publique. Santé de la communauté, Villeurbanne, Simep, 1980, 444 p.

MOQUET-ANGER (M.-L.), dir.,
De l'hôpital à l'établissement public de santé, Paris, L'Harmattan, 1998, 477 p., coll. Logiques Juridiques, Préface de Jacques MOREAU, Avant-propos de Didier TRUCHET.

L'Education en santé : enjeux, obstacles, moyens, Actes du colloque pluridisciplinaire de la Faculté de droit et de Science politique de Rennes des 24 et 25 sept. 1998, Vanves, éd. C.F.E.S., 2001, 197 p., coll. Séminaires.

PAVIA (M.-L.) et REVET (T),
La dignité de la personne humaine, Paris, Economica, 1999, 181-VII p., coll. Études Juridiques, vol. 7.

PEDROT (Ph.), dir.,
Éthique, droit et dignité de la personne. Mélanges en l'honneur de Christian BOLZE, Paris, Economica, 1999, XVII-427 p.

PERELMAN (Ch.) et VANDER ELST (R.), études publiées par,
Les notions à contenu variable en droit, Bruxelles, Bruylant, 1984, 374 p., coll. des travaux du centre national de recherches de logiques.

POLIN (R.), dir.,
L'ordre public, Actes du colloque de Paris des 22 et 23 mars 1995, Académie des sciences morales et politiques, Fondation Singer-Polignac, Paris, P.U.F, 1995, 116 p. coll. Politique d'aujourd'hui.

« Principe de précaution », *D.* 2007, n° 22, dossier spéc.

REDOR (M.-J.), dir.,
L'ordre public : Ordre public ou ordres publics ? Ordre public et droits fondamentaux, Actes du Colloque du Centre de recherche sur les droits fondamentaux de l'Université de Caen des jeudi 11 et vendredi 12 mai 2000, Bruxelles, Bruylant, 2001, 436 p., coll. Droit et Justice n° 29, 434 p.

« Réforme de l'hôpital », dossier spéc., *A.J.D.A.* 2006, n° 8, p. 401-428.

REVET (T.), coord,
L'ordre public à la fin du XXe siècle, Actes du colloque du Laboratoire de Génétique Juridique de la Faculté des Sciences Juridiques, Politiques et Économiques de l'Université d'Avignon du 7 oct. 1994, Paris, Dalloz, 1996, 111 p., coll. Thèmes et Commentaires.

SALOMON-BAYET (C.), dir.,
Pasteur et la révolution pastorienne, Paris, Payot, 1986, 436 p., préface André LWOFF.

« Sang contaminé », *R.D.P.* 1999, n° 2, dossier spéc., p. 313-455.

« Santé et environnement », *R.D.S.S.* 2006, n° 2, p. 187-247.

« Santé et société. Les découvertes biologiques et la médecine sociale au service de l'homme », *Semaines sociales de France*, n° XXXVIII, Montpellier, 1951, éd. de la chronique sociale, 408 p.

« Santé, responsabilité et décision : les enjeux du risque », *R.F.A.S.* 1996, n° 2, 207 p.

SÉRIAUX (A), NEIRINCK (Cl.), LABRUSSE-RIOU (C.) et alii.,
Le droit, la médecine et l'être humain. Propos hétérodoxes sur quelques enjeux vitaux du XXIe siècle, Aix-en-Provence, P.U.A.M., 1996, 269 p., coll. du Laboratoire et Théorie Juridique, vol. 9, Avant-propos d'Alain SÉRIAUX.

SICARD (D.), éd.,
Travaux du Comité consultatif national d'éthique. 20ème anniversaire, Paris, P.U.F., 2003, coll. Quadrige.

SOREL (J.-M.), dir.,
« La Santé », *R.J.O.* 1996, 242 p.

TRUCHET (D.), dir.,
Études de droit et d'économie de la santé, Paris, Economica, 1982, « Travaux et recherche ». Série Faculté des sciences juridiques de Rennes.

« Veille et Sécurité sanitaires », *Horizons stratégiques* 2007, n° 3, dossier spéc., p. 7-79, Introduction de Jean-François GIRARD (également sur *www.strategie.gouv.fr*)

VINEY (G.), dir.,
L'indemnisation des accidents médicaux, Colloque du 24 avril 1997, Centre de droit des obligations de l'Université de Paris I, Paris, L.G.D.J., t. 289, 1997, 137 p., Bibl. de droit privé.

C.- THÈSES

BEC (F.),
Les pouvoirs du maire en matière d'hygiène publique de 1789 à 1902, Paris, Librairie nouvelle de droit et de jurisprudence, Arthur Rousseau, 1907, 233 p.

BERNARD (P.),
La notion d'ordre public en droit administratif, Paris, L.G.D.J., 1962, 286 p., coll. Bibl. du droit public, Préface de Georges PÉQUIGNOT.

BÉRIAC (F.),
Des lépreux aux cagots. Recherches sur les sociétés marginales en Aquitaine médiévale (Th. Histoire, Bordeaux, 1983), Fédération Historique du Sud-Ouest, 1990, coll. Recherches et travaux d'histoire sur le sud-ouest de la France.

BIOY (X.),
Le concept de personne humaine en droit public. Recherche sur le sujet des droits fondamentaux, Paris, Dalloz, 2003, 913 p., coll. Nouvelle bibl. de Thèses

BLAEVOET (Ch.),
Des recours juridictionnels contre les mesures de police, Paris, Imprimerie Bonvalot-Jouve, 1908, 246 p.

BON (P.),
La police municipale, Bordeaux, 1975, dactyl., 359 p.

BOURCIER (D.),
Analyse des standards de la police municipale. Approche décisionnelle, Paris I, 1988, sous la dir. de Georges DUPUIS, dactyl., 624 p.

BOURGUIGNON (Ch.),
Des attributions de l'autorité municipale en matière d'hygiène, Bordeaux, Y. Cadoret-imprimeur, 1910, 332 p.

BOURGUIGNON (Ph.-E.),
De l'intervention des pouvoirs publics en matière d'hygiène des habitations, (Th. Sciences politiques et économiques), Paris, Librairie nouvelle de droit et de jurisprudence, Arthur Rousseau éditeur, 1905, 134 p.

BRAUD (Ph.),
La notion de liberté publique en droit français, Paris, L.G.D.J., 1968, 477 p.

BROYELLE (C.),
La responsabilité de l'État du fait des lois, L.G.D.J., 2003, 454 p., Bibl. de droit public, t. 236, Préface de Yves GAUDEMET.

BRUNET (Ph.),
Recherches sur le droit communautaire positif de la santé (étude critique), Bordeaux I, 1990, sous la dir. de Jean-Marie AUBY, dactyl., 308 p.

CAMPANA (Ch.),
Du rôle de l'autorité municipale dans la lutte contre les maladies transmissibles (Loi du 15 février 1902), Paris, Imprimerie Henri Jouve, 1904,166 p.

CASTAGNÉ (J.),
Le contrôle juridictionnel de la légalité des actes de police administrative, Paris, L.G.D.J., 1964, 216 p.

CLAPS-LIENHART (M.),
L'ordre public. Essai, in *Annales de l'Université de Lyon*, Fasc. 46, 1934, 250 p.

DEGUERGUE (M.),
Jurisprudence et doctrine dans l'élaboration du droit de la responsabilité administrative, Paris, L.G.D.J., 1994, 884 p., Bibl. de droit public, n° 171, Préface de Jacqueline MORAND-DEVILLER.

DELAUNAY (B.),
La faute de l'administration, Paris, L.G.D.J., 2007, 474 p., coll. Bibl. de droit public, t. 252, Préface de Yves GAUDEMET.

DELHOSTE (M.-F.),
Les polices administratives spéciales et le principe d'indépendance des législations, Paris, L.G.D.J., 2001, 290 p., coll. Bibl. de droit public, t. 214.

DELLIS (G.),
Droit pénal et droit administratif. L'influence des principes du droit pénal sur le droit administratif répressif, Paris, L.G.D.J., 1997, 464 p., coll. Bibl. de droit public, t. 184, Préface de Yves GAUDEMET (mise à jour janvier 1996).

DI QUAL (L.),
La compétence liée, Paris, L.G.D.J., 1964, 626 p., coll. Bibl. de droit public, t. LIX, Préface de Roland DRAGO.

DONNADIEU DE LAVIT (A.),
Des abus commis au nom de l'hygiène publique contre les droits et les libertés des individus, Montpellier, 1909, 231 p.

DORSNER-DOLIVET (A.),
Contribution à la restauration de la faute, condition des responsabilités civile et pénale dans l'homicide et les blessures par imprudence : à propos de la chirurgie, Paris, L.G.D.J., 1986, 495, coll. Bibl. de droit privé, t. C LXXX VIII, Préface de Pierre RAYNAUD.

DUROY (S.),
La distribution d'eau potable en France, Paris L.G.D.J., 1996, 436 p., coll. Bibl. de droit public, t. 177, Préface de Jacques MOREAU, Avant-propos de Marc FORNACCIARI.

ELSCHOUD (S.),
La politique de santé publique en France dans la période de l'entre-deux-guerres (1920-1940), Th. Histoire du droit, Paris II, 1997, sous la dir. de André CASTALDO, dactyl., 491 p.

FARJAT (G.),
L'ordre public économique, Paris, L.G.D.J., 1963, 543 p., coll. Bibl. de droit privé.

FOUCHER (K.),
Principe de précaution et risque sanitaire, Paris, L'Harmattan, 2002, 560 p., coll. Logiques juridiques, Préface de Raphaël ROMI.

FRIER (P.-L.),
L'urgence, Paris, L.G.D.J., 1987, 599 p. coll. Bibliothèque de droit public, t. CL, Préface de Georges DUPUIS.

GASTINES (L. DE),
Les présomptions en droit administratif, Paris, L.G.D.J., 1991, 140 p., Bibl. de droit public, t. 163.

GOGNETTI (J.),
La notion d'ordre public (étude limitée au droit administratif), Th. Droit, Reims, 1997, sous la dir. de Bernard TOURET, dactyl., 295 p.

HALBECQ (M.),
L'État, son autorité, son pouvoir (1880-1962), Paris, L.G.D.J., 1964, 651 p.

HENNETTE-VAUCHEZ (S.),
Disposer de soi ? Une analyse du discours juridique sur les droits de la personne sur son corps, Paris, L'Harmattan, 2004, coll. Logiques Juridiques, 447 p., Préface de Étienne PICARD.

JOUARRÉ (L.),
Des pouvoirs de l'autorité municipale en matière d'hygiène et de salubrité, Paris, V. Giard et E. Brière Libraires-Éditeurs, 1899, 245 p.

LAGARDE (P.),
Recherches sur l'ordre public en droit international privé, Paris, L.G.D.J., 1959, 254 p.

LARZUL (T.),
Les mutations des sources du droit administratif, Paris, L'Hermès, 1994, 445 p., Préface de Didier TRUCHET.

LE BOS-LE POURHIET (A.-M.),
Les substitutions de compétence en droit public français, Th. Droit, Paris I, 1985, dactyl., 513 p.

LEROY (M.),
Le concours des polices générales et des polices spéciales, Lille, Imprimerie l'Indépendant du Pas-de-Calais, 1938, 139 p.

LIVET (P.),
L'autorisation administrative préalable et les libertés publiques, Paris, L.G.D.J, 1974, coll. Bibl. de droit public, t. CXVII, 333 p., Préface de Jean RIVERO.

LLORENS-FRAYSSE (Fr.),
La présomption de faute dans le contentieux administratif de la responsabilité, Paris, L.G.D.J., 1985, 380 p., coll. Bibl. de droit public, t. CIL, Préface de Jean-Arnaud MAZÈRES.

MAESTRE (Ph.),
Les Agences sanitaires nationales, Aix-en-Provence, P.U.A.M., 2006, coll. de droit de la Santé, 2 vol., 712 p., Préface de Louis DUBOUIS.

MAILLARD DEGRÉES DU LOÛ (D.),
Police générale et police spéciale, Th. Droit, Rennes, 1988, sous la dir. de Jacques MOREAU, 2 vol., dactyl., 764 p.

MANSOURI (A.),
Vers un nouvel ordre sanitaire international, Th. Droit, Rennes, 1990, sous la dir. de Didier TRUCHET, dactyl., 457 p.

MATHON-PÉCHILLON (S.),
La contribution du Conseil d'État à la protection de la personne humaine, Th. Droit, Rennes I, 2000, sous la dir. de Marie-Laure MOQUET-ANGER, dactyl., 489 p.

MOREAU (Ph.),
La sécurité sanitaire et l'ordre public, Th. Droit, Paris I, 2004, sous la dir. de Maryse DEGUERGUE, dactyl., 995 p.

MOURGEON (J.),
La répression administrative, Paris, L.G.D.J., 1967, 644 p.

NIZARD (L.),
Les circonstances exceptionnelles dans la jurisprudence administrative, Paris 1959, Paris, L.G.D.J., 1962, 282 p.

PAILLET (M.),
La faute du service public en droit administratif français, Paris, L.G.D.J., 1980, 434 p., coll. Bibl. de droit public, t. CXXXVI, Préface de Jean-Marie AUBY.

PAPANICOLAÏDIS (D.),
Introduction générale à la théorie de la police administrative, Paris, L.G.D.J., 1960, 102 p., Préface de Charles EISENMANN.

PENNEAU (J.),
Faute et erreur en matière de responsabilité médicale, Paris, L.G.D.J., 1973, 409 p., coll. Bibl. de droit privé, t. CXXXIII, Préface de André TUNC.

PHILIPPE (X.),
Le contrôle de proportionnalité dans les jurisprudences constitutionnelles et administratives françaises, Paris/Aix-en-Provence, Economica/P.U.A.M., 1990, 542 p., coll. Science et Droit Administratif.

PICARD (É.),
La notion de police administrative, Paris, L.G.D.J., 1984, 2 t., 926 p.

POUYAUD (D.),
La nullité des contrats administratifs, Paris, L.G.D.J., 1991, 598 p., Bibl. de droit public, Préface de Prosper WEIL.

PRIEUR (S.),
La disposition par l'individu de son corps, Paris, Les Études hospitalières, 1999, 453 p., coll. Thèse, Préface de ÉRIC LOQUIN.

RAÏCU (J.),
Légalité et nécessité, Paris, F. Loviton, 1933, 306 p.

REDOR (M.-J.),
De l'État légal à l'État de droit. L'évolution des conceptions de la doctrine publiciste française 1879-1914, Paris/Aix-Marseille, Economica/ P.U.A.M., 1992, coll. Droit public positif, 389 p., Préface de Jean COMBACAU.

RIALS (S.),
Le juge administratif français et la technique du standard (essai sur le traitement juridictionnel de l'idée de normalité), Paris, L.G.D.J., 1980, 564 p., coll. Bibl. de droit public, t. CXXXV, Préface de Prosper WEIL.

ROCHE (H.),
Le propriétaire vis-à-vis de l'État hygiéniste, Paris, Arthur Rousseau éditeur, 1909, 134 p.

ROLLAND (P.),
La liberté morale et l'ordre public, Th. Droit, Paris II, 1976, dactyl., 750 p.

SAINT-BONNET (F.),
L'État d'exception, Paris, P.U.F., 2001, 393 p., coll. « Léviathan ».

SAUVAT (C.),
Réflexions sur le droit à la santé, Aix-en-Provence, P.U.A.M., 2004, coll. du Centre Pierre Kayser, 538 p., Préface de Anne LEBORGNE.

SCHAEGIS (C.),
Progrès scientifiques et responsabilité administrative, Paris, C.N.R.S. Éd., 1998, 304 p., coll. C.N.R.S. Droit.

SERGENT (H.),
De l'étendue des pouvoirs de la police municipale en matière de salubrité et de santé publiques, Paris, Imprimerie Bonvalot-Jouve, 1906, 147 p.

SIMON (A.),
L'ordre public en droit privé, Rennes, Imprimeries Réunies, 1941, 351 p.

TEITGEN (P-H.),
La police municipale. Étude de l'interprétation jurisprudentielle des articles 91, 94 et 97 de la loi du 5 avril 1884, Paris, Sirey, 1934, 519 p.

TRUCHET (D.),
Les fonctions de la notion d'intérêt général dans la jurisprudence du Conseil d'État, Paris, L.G.D.J., 1977, 394 p., coll. Bibl. de droit public, t. CXXV, Préface de Jean BOULOUIS.

VAN-LANG (A.),
Juge judiciaire et droit administratif, Paris, L.G.D.J., 1996, 359 p., coll. Bibl. de droit public, Préface de Didier TRUCHET.

VIMBERT (C.),
La tradition républicaine en droit public français, Rouen, L.G.D.J. et P.U. de Rouen, 1992, 392 p., coll. Bibl. constitutionnelle et de science politique, t. 72, Préface de Étienne PICARD.

VINCENT-LEGOUX (M.-C.),
L'ordre public. Étude de droit comparé interne, Th. Droit, Paris, 1996, sous la dir. Jean-Pierre DUBOIS, dactyl., 766 p. (Paris, P.U.F., 2001, 558 p., coll. Les grandes thèses du droit français).

D.- RAPPORTS OFFICIELS ET BILANS D'ACTIVITÉS

(Ne sont ici cités que les textes les plus importants pour notre sujet et les plus utilisés dans notre travail, à l'exclusion des travaux parlementaires non cités dans le texte).

ACADÉMIE NATIONALE DE MÉDECINE,

« Plaidoyer en faveur d'un principe de protection » (*www.academie-medecine.fr*)

AGENCE FRANÇAISE DE SÉCURITÉ SANITAIRE DES PRODUITS DE SANTÉ,

Responsabilité de l'expert et sécurité juridique, Séminaire du 3 oct. 2001, Paris, 55 p.

Sécurité sanitaire : du médicament aux produits de santé, 1ères Journées de l'A.F.S.S.A.P.S. (*www.afssaps.santé.fr*).

AGENCE NATIONALE D'ACCRÉDIATION ET D'ÉVALUATION EN SANTÉ,

Manuel d'accréditation des établissements de santé, février 1999.

ASSEMBLÉE NATIONALE,

Le Sida, questions de société, Rapport d'information n° 1090 de l'Assemblée nationale, présenté par M. HANNOUN, 2 déc. 1987, 104 p.

Rapport n° 591 (IXe législature) sur la proposition de loi, adoptée par le Sénat, relative au renforcement de la veille sanitaire et du contrôle de la sécurité sanitaire des produits destinés à l'homme, présenté par A. CALMAT au nom de la commission des affaires culturelles, familiales et sociale.

De la « vache folle » à la « vache émissaire », Rapport d'information n° 3292, enregistré le 15 janvier 1997.

L'ESB : une crise de société ?, Rapport de commission d'enquête n° 3138, enregistré le 13 juin 2001.

Rapport n° 3263 présenté le 26 sept. 2001 par M. PRÉEL et J.-M. DUBERNARD au nom de la commission des affaires culturelles, familiales et sociales de l'Assemblée nationale, XIe législature.

Rapport n° 1092 sur le projet de loi (n° 877) relatif à la politique de santé publique, présenté par J.-M. DUBERNARD au nom de la commission des affaires culturelles, familiales et sociales le 25 sept. 2003 (XIIe législature), *J.O. Ass. nat.* (doc. annexes), 2e partie.

Rapport n° 1708 de la mission parlementaire d'information sur l'accompagnement de la fin de vie présenté par M. LÉONETTI, le 30 juin 2004, t. I.

Troisième bilan de la mise en application de la loi du 9 août 2004, Rapport n° 3614 présenté le 24 janv. 2007 par M. Jean-Michel DUBERNARD au nom de la commission des Affaires culturelles, familiales et sociales.

CANIARD (E.),

Les recommandations de bonnes pratiques : un outil de dialogue, de responsabilité et de diffusion de l'innovation, Rapport à M. Bernard KOUCHNER, Ministre chargé de la Santé, avr. 2002, 93 p.

COMITÉ CONSULTATIF NATIONAL D'ÉTHIQUE POUR LES SCIENCES DE LA VIE ET DE LA SANTÉ,

Refus de traitement et autonomie de la personne, avis n° 87 du 14 avr. 2005, 39 p.

La santé et la médecine en prison, avis n° 94 du 13 déc. 2006, 48 p.

Consentement éclairé et information des personnes qui se prêtent à des actes de soin ou de recherche, avis n° 58 du 12 juin 1998, 33 p.

Le dépistage de la tuberculose et la vaccination par le B.C.G., avis n° 92 du 6 juill. 2006, 9 p.

COMMISSARIAT GÉNÉRAL DU PLAN,

Système de santé, pouvoir publics et financeurs : qui contrôle quoi ?, Paris, La documentation française, 1987, 407 p.

Santé 2010. Rapport général, Rapport du Groupe « Prospective du système de santé », sous la dir. de R. SOUBIE, Paris, La documentation française, 1993, 151 p.

Santé 2010. Santé, maladies et technologies, Rapport du Groupe « Prospective du système de santé », sous la dir. de R. SOUBIE, Paris, La documentation française, 1993, 379 p.

La décision publique face aux risques, Rapport du séminaire « Risques » animé par M. MATHEU, Paris, 2002, La documentation française, 168 p. (v. les observations de F. AUBERT, *A.J.D.A.* 2002, p. 892).

CONSEIL CONSTITUTIONNEL,

Trente ans de jurisprudence. 1959-1988, Paris, Imprimerie nationale, 1988.

Jurisprudence du Conseil constitutionnel. 1989-1993, Paris, Dalloz, 1993.

CONSEIL D'ÉTAT,

Sciences de la vie : de l'éthique au droit, sous la dir. de Guy BRAIBANT, Paris, La documentation française, 1988, 208 p.

Les pouvoirs de l'Administration dans le domaine des sanctions, Étude adoptée par l'Assemblée générale du Conseil d'État le 8 décembre 1994, Paris, La documentation française, 1995, 197 p., Les Études du Conseil d'État.

La responsabilité pénale des agents publics en cas d'infractions non-intentionnelles, Étude adoptée par l'Assemblée générale du Conseil d'État le 9 mai 1996, Paris, La documentation française, 1996, 198 p., Les Études du Conseil d'État.

Rapport public 1998. Réflexions sur le droit de la santé, Paris, La documentation française, 1998, 509 p., E.D.C.E. n° 49.

Rapport public 1999. L'intérêt général, Paris, La documentation française, 1999, 449 p., E.D.C.E. n° 50.

Rapport public 2005, Responsabilité et socialisation des risques, Paris, La documentation française, 2005, 399 p., E.D.C.E., n° 56.

Sécurité juridique et complexité du droit. Rapport public 2006., Paris, La documentation française, 2006, 412 p., E.D.C.E. n° 57.

CONSEIL DE L'ENVIRONNEMENT D'ÉLECTRICITÉ DE FRANCE,

Le principe de précaution, 22 mai 2001, *C.J.E.G.* 2001, n° 580, p. 357-388.

CONSEIL ÉCONOMIQUE ET SOCIAL,

Environnement et développement durable. L'indispensable mobilisation des acteurs économiques et sociaux, Rapport publié par *La Gazette des communes*, cahier détaché n° 2 du 2 juin 2003, p. 205-240.

Avis n° 22 du 14 nov. 2001 sur le rapport présenté par M. Gilbert CAPP, *La sécurité sanitaire des aliments : un enjeu majeur*, Paris, 2001, Les éd. des Journaux officiels, 135 p.

CONSEIL NATIONAL DE L'ORDRE DES MÉDECINS,

La déontologie médicale et son environnement juridique, Rapport présenté par le Dr J. LUCAS le 19 juin 2004 (en texte intégral sur *www.ordre-national.medecins.fr*).

Vulnérabilité des phases successives de la vie, Rapport du 30 juin 2007 (en texte intégral sur *www.ordre-national.medecins.fr*)

Du droit au consentement au droit au refus de soins, Rapport adopté les 29-30 janv. 2004 (en texte intégral sur *www.ordre-national.medecins.fr*).

CONSEIL NATIONAL DU SIDA,

Avis du 25 juin 1991 sur la pénalisation de la dissémination d'une maladie transmissible épidémique, Paris, 1991, Direction des Journaux officiels, 60 p.

Avis du 14 mars 2002, *Jurisprudence de la santé* 2001-2002, p. 40.

CONSEIL SUPÉRIEUR DE L'HYGIÈNE PUBLIQUE DE FRANCE,

100 recommandations pour la surveillance et la prévention des infections nosocomiales, Paris, juin 1992, *B.E.H.*, n° spéc., 71 p.

COUR DES COMPTES,

Rapport public annuel 2004, Paris, 2004, La documentation française.

EWALD (F.),

Le problème français des accidents thérapeutiques. Enjeux et solutions. Rapport à M. Bernard KOUCHNER, ministre de la Santé et de l'Action humaine, Paris, 1992, La documentation française, éd. du S.I.C.O.M., 260 p., Préface de Bernard KOUCHNER.

GRZEGRZULKA (O.) ET ASCHIÉRI (A.),

Propositions pour le renforcement de la sécurité sanitaire environnementale, Rapport au Premier ministre, 18 nov. 1998.

HAUT COMITÉ DE LA SANTÉ PUBLIQUE,

La santé en France. Rapport général, La documentation Française, Paris, 1994, 333 p.

La santé en France. Rapport général, La documentation Française, Paris, 1995

La santé en France. Rapport général, La documentation Française, Paris, 1996.

INSPECTION GÉNÉRALE DES AFFAIRES SOCIALES,

Synthèse des bilans de la loi d'orientation du 29 juill. 1998 relative à la loi contre les exclusions, Rapport n° 2004-054 de l'I.G.A.S. mai 2004, w*ww.ladocumentationfrancaise.fr*.

INSTITUT NATIONAL DE LA SANTÉ ET DE LA RECHERCHE MÉDICALE,

Tuberculose. Place de la vaccination dans la maîtrise de la maladie, Rapport du Centre d'expertise collective, 2004, *www.inserm.fr*.

INSTITUT NATIONAL DE VEILLE SANITAIRE,

L'alerte sanitaire en France – Principe et organisation, Rapport spéc. mai 2005, 77 p.

« Veille sanitaire : nouveau système, nouveaux enjeux », *B.E.H.* 2005, n°s 27-28, p. 133-140.

Les principes du nouveau dispositif de surveillance des maladies à déclaration obligatoire, *www.invs.sante.fr/surveillance/mdo/dispositif.htm.*

Surveillance nationale des maladies infectieuses (1998-2000), 340 p. *(www.invs.sante.fr).*

KOURILSKY (Ph.) et VINEY (G.),

Le principe de précaution, Rapport au Premier ministre remis le 29 novembre 1999, Paris, Éditions Odile Jacob, La Documentation française, 2000, 405 p.

LE DÉAUT (J.-Y.), RÉVOL (H.),

L'amiante dans l'environnement de l'homme : ses conséquences et son avenir, Assemblée nationale, Office parlementaire d'évaluation des choix scientifiques et techniques, 11ème législature, 16 octobre 1997, n° 329, Sénat [1997-1998], n° 41, 190 p.

MINISTÈRE DE L'INTÉRIEUR ET DE L'AMÉNAGEMENT DU TERRITOIRE,

Les compétences juridiques du préfet. Recensement des attributions exercées par le représentant de l'État dans la région et le département, t. IV (Action sanitaire et sociale), Paris, 1994, Direction des Journaux officiels, n° 1639-IV, 288 p.

MINISTÈRE CHARGÉ DE LA SANTÉ,

La réforme de l'administration centrale, 2000, doc. du Ministère de l'Emploi et de la Solidarité, Secteur Santé-Solidarité (*www.sante.gouv.fr*).

Sécurité sanitaire dans les établissements de santé : réglementation applicable, doc. de la D.H.O.S., 2e éd., août 2001, 90 p.

Actualisation de la définition des infections nosocomiales et des infections liés au soins, Étude du Comité technique des infections nosocomiales et des infections liées aux soins du 16 nov. 2006, présenté au H.C.S.P. le 11 mai 2007 et publié par la D.H.O.S. et la D.G.S. en mai 204, 43 p. (*www.sante.gouv.fr* et *Hygiène* 2007, vol. XV, n° 2, p. 113-116.

La nouvelle organisation de la D.G.S., 2007, doc. du Ministère de la Santé, de la Jeunesse et des Sports (*www.sante.gouv.fr*).

NEURWIRH (L.),

Prendre en charge la douleur, Commission des Affaires sociales, Les rapports du Sénat, 1994-1995, n° 138, 224 p.

OFFICE NATIONAL D'INDEMNISATION DES ACCIDENTS MÉDICAUX,

Second *Rapport semestriel 2004* (*www.oniam.fr).*

Premier *Rapport semestriel 2007* (*www.oniam.fr).*

OFFICE PARLEMENTAIRE DES CHOIX SCIENTIFIQUES ET TECHNIQUES,

Rapport sur le risque épidémique, Rapport n° 2327 déposé à l'Assemblée nationale le 11 mai 2005 par J.-P. DOOR et M.-C. BLANDIN (*www.assemblee-nationale.fr*).

Compte-rendu de l'audition publique sur l'expertise scientifique du 6 décembre 2005, Rapport du 23 févr. 2006 présenté à l'Assemblée nationale par M. BIRRAUX (n° 2890) et au Sénat par M. REVOL (n° 220), Librairies-Imprimeries Réunis, 120 p.

Radiothérapie : piste de réflexion et orientations de politique publiques, Rapport déposé au Sénat le 27 novembre 2007 (*www.senat.fr*).

Santé : la tuberculose, un problème majeur de santé publique ?, Rapport n° 3791 déposé à l'Assemblée nationale le 28 mars 2007 (*www.assemblee-nationale.fr*).

Risques chimiques au quotidien : éthers de glycol et polluants de l'air intérieur. Quelle expertise pour notre santé ?, Rapport du 23 janvier 2008 de M.-C. BLANDIN (2 tomes*), www.assemblee-nationale.fr ou www.senat.fr*.

OFFICE PARLEMENTAIRE D'ÉVALUATION DES POLITIQUES DE SANTÉ,

Vaccins : convaincre et innover pour mieux protéger, Rapport n° 476 (2006-2007) de P. BLANC, déposé les 26 et 27 sept. 2007 (disponible en texte intégral sur les sites internet des assemblées parlementaires).

PICQ (J.),

L'État en France. Servir une nation ouverte sur le monde, Rapport sur les responsabilités et l'organisation de l'État, Paris, 1995, La Documentation française.

RAOULT (D.),

Le bioterrorisme. Rapport au Ministère de la Santé, de la Famille et des Personnes handicapées, Paris, 2003.

Rapport au Président de la République sur l'ord. n° 96-346 du 24 avr. 1996 relative à la réforme de l'hospitalisation publique et privé, *J.O.* du 24 avr., p. 6322.

SÉNAT,

Rapport présenté par C. JOLIBOIS *au nom de la commission spécialement élue pour l'examen de la proposition de résolution n° 48, J.O. Sénat*, Doc. Annexe n° 101 (1992-1993), p. 48.

Renforcer la sécurité sanitaire en France, Rapport n° 196 (1996-1997) présenté par C. HURIET pour la mission d'information sur les conditions du renforcement de la veille sanitaire et du contrôle de la sécurité sanitaire des produits destinés à l'homme, Les rapports du Sénat, 512 p.

Rapport n° 288 (1996-1997) sur le projet de loi, adopté par l'Assemblée nationale, relatif à la qualité sanitaire des denrées destinées à l'alimentation humaine ou animale présenté par M. DENEUX au nom de la commission des Affaires économiques et du Plan, *www.senat.fr*.

La sécurité sanitaire après la loi du 1er juillet 1998 : état des lieux et perspectives en France et en Europe, Rapport d'information n° 445 (1999-2000) fait par J. DELANEAU au nom de la commission des Affaires sociales, *www.senat.fr*.

Sécurité alimentaire : le Codex alimentarius, Rapport d'information n° 450 (1999-2000) fait par M. BIZET au nom de la délégation du Sénat pour l'Union européenne sur le codex alimentarius, Les rapports du Sénat, 48 p.

Rapport présenté par Mme BRICQ, pour la mission « Sécurité sanitaire » de la commission des Finances, juillet 2007, *www.senat.fr*.

III.- ARTICLES DE FOND

(Sont inclus dans cette rubrique les commentaires de textes législatifs ou réglementaires ainsi que les notes bibliographiques les plus importantes).

La police municipale, *Nouv. Rep. Dalloz*, t. 3.

La police rurale, *Nouv. Rep. Dalloz*, t. 3, p. 656-662.

Santé et salubrité publiques, *Nouv. Rep. Dalloz*, tome IV, 2e éd., 1965, p. 265-297.

C. J.,

A propos de la dépénalisation des drogues douces, *Rev. adm.* 1996, n° 290, p. 184-187.

AÏACH (P.),

La santé et ses inégalités, *Esprit* 1997, n° 2, p. 63-71.

ALBERTON (G.),

L'applicabilité des normes communautaires en droit interne. Les autorités administratives françaises : obligation de faire et de ne pas faire, *R.F.D.A.* 2002, p. 1-19

ALEMANNO (A.),

Principe de précaution et contrôle de légalité par les juridictions communautaires, *D.* 2007, p. 1527-1532.

ALFANDARI (E.),

Faut-il, au nom des droits de l'homme, supprimer l'Ordre des médecins ?, *R.D.S.S.* 1977, p. 1-9.

ALFANDARI (E.) et PEDROT (Ph.),

La fin de vie et la loi du 22 avril 2005, *R.D.S.S.* 2005, n° 5, p. 751-765.

AMSELEK (P.),

Le service public et la puissance publique. Réflexions autour d'une étude récente, *A.J.D.A.* 1968, p. 492-514.

L'évolution générale de la technique juridique dans les sociétés occidentales, *R.D.P.* 1982, n° 2, p. 275-294.

ANDRIANTSIMBAZOVINA (J.),

Quel avenir pour la jurisprudence *Couitéas* ? La responsabilité pour refus de concours de la force publique en question, *D. A.* 1998 (10), chron. 17, p. 4-7.

Le Conseil d'État et le principe de précaution. L'affaire du maïs transgénique, *D.A.* 1999 (6), chron. n° 11, p. 4-8.

ARDANT (Ph.),
Bulletin d'information bibliographique sur P. BERNARD, *La notion d'ordre public en droit administratif, R.D.P.* 1964, p. 750-756.

ARMAND (G.),
L'ordre public de protection individuelle, *R.R.J.* 2004, n° 3, p. 1583-1646.

ARON (G.-C.),
L'infection nosocomiale : une législation complexe, une législation incomplète, *R.G.D.M.* 2004, n° 14, p. 127-141.

AUBIN (E.),
Le sang contaminé. Essai critique sur la criminalisation de la responsabilité des gouvernants par Olivier BEAUD, *Petites affiches* 1999, n° 196, p. 18-20.

AUBY (J.-B.),
Le droit administratif dans la société du risque. Quelques réflexions, in Conseil d'État, *Rapport public pour 2005. Responsabilité et socialisation du risque*, Paris, 2005, La documentation française, E.D.C.E. n° 56, p. 351-357.

AUBY (J.-F.),
Eau et assainissement : les responsabilités locales, *Petites affiches* 1991, n° 143, p. 16-21.

AUBY (J.-M.),
Emprise irrégulière et voie de fait, *J.C.P.* 1955, I, 1259.

Droits de l'homme et droit de la santé. En particulier dans le régime juridique des services publics administratifs, in *Services publics et libertés, Mélanges CHARLIER*, Paris, éd. de l'Université et de l'enseignement moderne, 1981, p. 673-685.

La légitimité de l'intervention publique, *A.J.D.A.* 1995, n° 10, dossier spéc. : « L'intervention publique dans le domaine de la santé », p. 588-591.

La responsabilité de l'hôpital en cas d'infection nosocomiale, *Petites affiches* 1992, n° 22, p. 14-17.

L'obligation à la santé, *Annales de la Faculté de Droit de l'Université de Bordeaux*, Série juridique, 1955, n° 1, p. 7-19.

L'obligation gouvernementale d'assurer l'exécution des lois, *J.C.P.* 1953, I, 1080.

BACHMANN (C.), BACHMANN (R.) et CATTACIN (S.),
L'analyse discursive de la gouvernance des risques, in *Risques majeurs : perception, globalisation et management*, Actes du 5e colloque transfrontalier C.L.U.S.E., Université de Genève, 21-22 sept. 2000, *http://rel.unige.ch.*

BAGHESTANI-PERREY (L.),
La valeur juridique du principe de précaution, in *Le principe de précaution*, colloque de l'Université de Bourgogne des 27 et 28 avr. 2000, *R.J.E.* 2000, n° spéc., p. 19-27.

La recherche d'un équilibre entre la protection des droits fondamentaux et les exigences de santé publique et de sécurité sanction, *R.G.D.M.* 2008, n° 8, p. 7-20

BAILLEUL (D.),
Le droit de mourir au nom de la dignité humaine. à propos de la loi relative aux droits des malades et à la fin de la vie, *J.C.P.* 2005, I, 142.

BALDIN (B.), CHICHMANIAN (R. M.) et SREUX (A.),
Sécurité sanitaire et pharmacovigilance, *B.J.S.P.* 1998, n° 12, p. 8-10.

BALLANDRAS-ROZET (C.),
Réflexions sur la dimension morale du détournement de pouvoir, *A.J.D.A.* 2007, n° 41, p. 2236-2242

BARANGER (D.),
Une tragédie de la responsabilité. Remarques autour du livre d'Olivier BEAUD : *Le sang contaminé*, *R.D.P.* 1999, n° 1, p. 27-36.

BARBERGER (C.),
Protection du corps humain et/ou protection du corps médical ? Réflexions sur les dispositions pénales des lois 94-653 et 94-654 du 29 juillet 1994, relatives à la protection du corps humain, *Petites affiches* 1996, n° 25, p. 4 (CD-Rom, éd. 1999).

BARLOY (F.),
Le Conseil constitutionnel, la liberté individuelle et l'ordre public, *Rev. adm.* 1995, n° 287, p. 483-492.

BART (J.),
Le Bourgeois et le mendiant, *Histoire du droit social. Mélanges en hommage à Jean IMBERT*, sous la dir. de Jean-Louis HAROUEL, Paris, P.U.F., 1989, p. 41-48.

BARTHÉLÉMY (J.),
Établissements de santé. Autorisations de fonctionner, *Juris-Classeur administratif*, 1993, fasc. n° 229-3.

BATAILLER (F.),
Les « *Beati possidentes* » du droit administratif. (Les actes unilatéraux créateurs de privilèges), *R.D.P.* 1965, p. 1051-1096.

BAUD (J.-P.),
Les maladies exotiques, *Sida et libertés. La régulation d'une épidémie dans un État de droit*, textes réunis par Éric HEILMANN, Paris, Actes sud, 1991, 334 p., Avant-propos de Dominique CHARVET, Préface de Françoise HÉRITIER-AUGÉ, p. 17-35.

BAVOILLOT (F.),
La sanction administrative en droit de l'environnement, *Petites affiches* 1994, n° 50, dossier : « Protection de l'environnement : de la contrainte au contrat » (CD-Rom éd. 1999).

Libre circulation et droit de l'environnement dans l'Union européenne, *Petites affiches* 1994, n° 129 (CD-Rom éd. 1999).

BEAUD (O.),
Le traitement constitutionnel de l'affaire du sang contaminé. Réflexions critiques sur la criminalisation de la responsabilité des ministres et sur la criminalisation du droit constitutionnel, *R.D.P.* 1997, n° 4, p. 995-1022.

BÉLANGER (M.),
La situation juridique des patients d'après le droit communautaire, *Petites affiches* 1997, n° 61, dossier spéc. : « La situation juridique des patients », p. 23 (CD-Rom, éd. 1999).

Une solution dans le débat sur le droit à la santé ? Le droit à la sécurité sanitaire, in *Au carrefour des droits. Mélanges en l'honneur de Louis DUBOUIS*, Paris, Dalloz, 2002, p. 767-775.

La protection de la santé publique : aspects européens et internationaux, *R.G.D.M.* 2005, n° spéc. : « La protection de la santé publique », p. 21-30.

Le droit à la santé, droit fondamental de la personne humaine, *Digesta Turcica*, 2006, n° 2, p. 214-222.

BELL (J.),
Le règne du droit et le règne du juge. Vers une interprétation substantielle de l'État de droit, in *L'État de droit. Mélanges BRAIBANT*, Paris, Dalloz, 1996, p. 15-28.

BÉNOIT (F.),
La police municipale, *Encyclopédie des collectivités locales, Dalloz*, t. 3, 1995-2, fasc. 2205 à 2223.

BÉQUET (L.),
La police, *Répertoire du droit administratif*, tome XXII, 1904, p. 262-349.

BERGER-FORESTIER (C.),
Essai d'introduction sur la santé, *Rev. « Pour »* 1981, n° 78 : « La santé, enjeu individuel et social », p. 5-7.

BERRANGER (T. de),
Les compétences des régions en matière de santé dans les quinze États membres de l'Union européenne. Approche comparative pour contribuer à la réflexion sur une éventuelle décentralisation du système de santé français, *R.D.S.S.* 1996, n° 2, p. 249-271.

BERTHÉLEMY (H.),
De l'exercice de la souveraineté par l'autorité administrative, *R.D.P.* 1904, p. 209-227.

BECET (J.-M.) et VASAK (K.),
De quelques problèmes de droits de l'homme de la fin du 20e siècle, in *Présence du droit public et des droits de l'homme. Mélanges offerts à Jacques VELU*, Bruxelles, Bruylant, 1992, coll. de la Faculté de droit. Université libre de Bruxelles, 3 t., t. 2e, p. 1179-1191.

BELLOUBET-FRIER (N.) et FRIER (P.-L.),
La deuxième mort de Jean Romieu, in *Droit public. Études en l'honneur de Georges DUPUIS*, Paris, L.G.D.J.,1997, Préface de Georges VEDEL, p. 1-18.

BÉVIÈRE (B.),
L'obligation vaccinale, *R.G.D.M.* 2005, n° spéc. : « La protection de la santé publique », p. 53-74.

BILLET (Ph.),
Double mort et résurrection du régime de publicité et de gestion des périmètres de captage d'eau potable, *J.C.P.* A 2007, act. 1, p. 3-5.

Élimination des déchets : l'avenir en plans, note sous le décr. n° 2005-1472 du 29 nov. 2005 relatif aux plans d'élimination des déchets, *J.C.P.* A 2005, n° 1386.

BIOT (R.),
Les exigences d'une politique de la santé, in *Santé et Société. Découvertes biologiques et la médecine sociale au service de l'homme*, Montpellier, 1951, éd. de la chronique sociale, Semaine sociale de France n° XXXVIII, p. 383-404.

BIRAUD (Y.),
L'organisation internationale de la santé, in *Santé et Société. Découvertes biologiques et la médecine sociale au service de l'homme*, Montpellier, 1951, éd. de la chronique sociale, Semaine sociale de France n° XXXVIII, p. 133-151.

BLANC (É.),
L'obligation légale d'abroger les règlements illégaux pou devenus sans objet, comm. sur l'art. 1 de la loi n° 2007-1787 du 20 décembre 2007 relative à la simplification du droit, *A.J.D.A.* 2008, n° 8, p. 399-401.

BLANC (F.),
Le régime de la responsabilité pour faute en matière de police de l'ordre public, in *La police administrative existe-t-elle ?*, sous la dir. de D. LINOTTE, Aix-Marseille/Paris, P.U.A.M./Economica, 1985, p. 85-119.

BLET-PFISTER (V.),
L'ordre public (Fragments pour une étude sur l'appareil d'État), in *Mélanges dédiés à la mémoire de Jacques TENEUR*, Lille, Université de Droit et de la Santé de Lille, 1977, coll. des travaux de la Faculté des Sciences Juridiques, politiques et sociales de Lille, t. I, p. 63-90.

BLUMANN (C.) et ADAM (V.),
La politique agricole commune dans la tourmente : la crise de la « vache folle », *R.T.D.E.* 1997, p. 239-293.

BOIREAU (J.),
Un apprentissage à l'autonomie dans la relation avec autrui et une défense des droits de l'Homme, *Revue « Pour »* 1981, n° 78 : « La santé, enjeu individuel et social, p. 8-11.

BOLTHO-MASSARELLI (V.) et O'BOYLE (M.),
Droits de l'homme et santé publique, une nouvelle alliance, in *Sida et libertés. La régulation d'une épidémie dans un État de droit*, textes réunis par Éric HEILMANN, Paris, Actes Sud, 1991, p. 37-60.

BON (P.),
La police municipale, *Encyclopédie des collectivités locales F.-P. BÉNOIT, Dalloz*, t. 3.

BON (P.) et BÉCHILLON (D. de),
Responsabilité de la puissance publique, *D.* 2000, Somm, p. 253.

BONNEAU (J.),
Examen critique de la loi du 1er juillet 1998 relative à la veille sanitaire, *Gaz. Pal.* 1998, nos 296-297, n° spéc. « Droit de la Santé », p. 35-38.

BONNICCI (B.),
La sécurité sanitaire. De l'obsession étatique à la paralysie professionnelle, in *Au carrefour des droits. Mélanges en l'honneur de Louis DUBOUIS*, Paris, Dalloz, 2002, spéc. p. 777-794.

BONNICHOT (J.-C.),

Devoir d'agir ou droit de ne pas agir : l'État entre les exigences de l'ordre public et celles du droit européen, *A.J.D.A.* 1999, n° spéc. : « Puissance publique ou impuissance publique ? Une réévaluation des pouvoirs et procédures régaliens », p. 86-88.

BORDELOUP (J.),

Les agences régionales de l'hospitalisation : clarification ou nouvelles ambiguïtés, *Dr. soc.* 1996, n°s 9-10, p. 878-887.

BOURDELAIS (P.),

Compte-rendu sur L. MURARD et P. ZYLBERMAN,

L'Hygiène dans la République. La santé publique en France ou l'utopie contrariée (1870-1918), Annales de démographie historique, 1997, Épidémies et populations, p. 211-212.

Épidémies et population : bilan et perspectives de recherches, *Annales de démographie historique*, 1997, p. 9-26.

BOURILLON (F.),

La loi du 13 avril 1850 ou lorsque la Seconde République invente le logement insalubre, *Rev. d'Histoire du XIXe siècle* 2000, n° 20/21.

BOUTARD LABARDE (M.-Ch.),

L'ordre public en droit communautaire, *L'ordre public à la fin du XXe siècle*, avec la coord. de Thierry REVET, Paris, Dalloz, 1996, coll. Thèmes et Commentaires, p. 83-88.

BOUTEILLE (M.),

La démocratie sanitaire, *R.G.D.M.* 2007, n° 23, p. 23-41.

BOUTONNET (M.) et GUÉGAN (A.),

Historique du principe de précaution, in *Le principe de précaution*. Rapport de Philippe KOURILSKY et de Geneviève VINEY au Premier ministre du 29 nov. 1999, Paris, Éd. Odile Jacob / La Documentation française, 2000, p. 253-276.

BOUYSSOU (J.),

L'affaire des vaches folles : le rôle du soupçon, *Rev. adm.* 1996, n° 290, p. 182-184.

L'affaire de la vache folle : perspectives à 10 – 15 ans, *Rev. adm.* 1996, n° 292, p. 421-423.

BOY (L.),

La référence au principe de précaution et l'émergence de nouveaux modes de régulation, *Petites affiches* 1997, n° 4, p. 4-8.

BRACONNIER (S.),

Les arrêtés anti-coupures d'eau : une réponse juridique inadaptée à un problème social réel, *A.J.D.A.* 2005, n° 12, p. 644-651.

BRAIBANT (G.),

Le principe de proportionnalité, *Mélanges offerts à Marcel WALINE, Le juge et le droit public*, L.G.D.J., Paris, 1974, t. II, p. 297-306.

BRAUD (C.),

La notion d' « agence » en France : réalité juridique ou mode administrative ?, *Petites affiches* 1995, n° 104, p. 4 (CD-Rom, éd. 1999).

BRAUD (Ph.),

Science politique et santé publique, in *Études de droit et d'économie de la santé*, sous la dir. de Didier TRUCHET, Paris, Economica, 1982, « Travaux et recherche ». Série Faculté des sciences juridiques de Rennes, p. 71-77.

BREEN (E.),

Responsabilité pénale des agents publics : l'exemple de l'affaire du sang contaminé, *A.J.D.A.* 1995, n° 11, p. 781-791.

BREILLAT (J.),

Ordre public, ordre social, ordre politique : quelles interactions ?, in *L'Ordre public : Ordre public ou ordres publics ? Ordre public et droits fondamentaux*, Actes du colloque du Centre de recherche sur les droits fondamentaux de l'Université de Caen des 11 et 12 mai 2000, sous la dir. de Marie-Joëlle REDOR, Bruxelles, Bruylant, 2001, coll. Droit et Justice, n° 29, p. 247-283.

BROCAL VON PLAUEN (F.),

La responsabilité de l'État et le risque alimentaire et sanitaire. Entre prévention et précaution, *A.J.D.A.* 2005, n° 10, p. 522-530.

BROSSET (E.),

Différenciations nationales et harmonisation communautaire. L'exemple des organismes génétiquement modifiés, *R.D.S.S.* 2006, n° 2, p. 215-228.

BRÜCKER (G.),

Les nouveaux horizons de la politique de santé, in *Les métamorphoses des politiques de santé*, *R.F.A.P.* 2005, n° 113, p. 127-138.

Réflexions sur l'application du principe de précaution dans le domaine de la santé, *D.* 2007, p. 1546-1548.

BUNIET (Ch.),

Régime contentieux des polices administratives spéciales, *R.D.P.* 1981, p. 1017-1064.

BURDEAU (F.),

Le résistible essor des politiques de santé publique sous la Troisième République (1870-1914), *Annuaire d'histoire administrative européenne*, t. V, 1993, Bureaucratisation et professionnalisation de la politique sociale en Europe (1987-1918), p. 101-123.

Propriété privée et santé publique. Étude sur la loi du 15 février 1902, in *Histoire du droit social. Mélanges en hommage à Jean IMBERT*, sous la dir. de Jean-Louis HAROUEL, Paris, P.U.F., 1989, p. 125-133.

BURGELIN (J.-F.),

L'obligation d'informer le patient expliquée aux médecins, in *Rapport pour 1999* de la Cour de cassation, *www.courdecassation.fr*.

BYK (Ch.),

Le Sida (Mesures de santé publique et protection des droits individuels), *J.C.P.* 1991, I, 3541, p. 381-386.

Urgence et thérapie : rigueur et évolution du droit, *R.G.D.M.* 1999, n° 3, p. 16.

CADEAU (E.) et RICHEUX (J.-Y.),

Le juge communautaire et le médicament. Libre circulation des marchandises et protection de la santé publique, *Petites affiches* 1996, n° 7, p. 4-15.

CAILLE (P.),

L'état d'urgence. La loi du 3 avril 1955 entre maturation et dénaturation de l'État de droit, *R.D.P.* 2007, p. 323-353.

CAILLÉ (C.) et DANTI-JUAN (M.),

La responsabilité pénale des établissements de santé, in *Mélanges en l'honneur de Jean-Henri SOUTOUL*, Paris, Les Études Hospitalières, 2000, p. 41-55.

CALDERADO (N.),

Le juge administratif et la prévention des risques naturels, *Petites affiches* 1996, n° 63, p. 7 (CD-Rom éd. 1999).

CALLENS (S.),

La mesure du risque : une histoire récente, *R.F.A.S.* 1996, n° 2 : « Santé, responsabilité et décision : les enjeux du risque », p. 73-84.

CALLU (M.-F.),

Autour de la mort : variations sur " Madame se meurt, Madame est morte " », *R.T.D.Civ*. 1999, p. 313-342.

CALVO (J.),

La responsabilité du fait des effets secondaires des produits de santé, *Petites affiches* 1999, n° 33, p. 14-21.

CAMBY (J.-P.),

Bibliographie, *La responsabilité administrative* par Jean-Pierre DUBOIS, *Petites affiches* 1996, n° 112, p. 5 (CD-Rom éd. 1999).

CAMPION (M.-D.) et VIALA (G.),

La nouvelle législation des « produits biologiques à effet thérapeutiques », *Petites affiches* 1996, n° 143, p.11 (CD-Rom éd. 1999).

CANS (Ch.),

Le principe de précaution, nouvel élément du contrôle de légalité, *R.F.D.A.* 1999, n° 4, p. 750-762.

CANS (R.),

Le bruit qui nuit, *Universalia* 1997, Encyclopaedia Universalis, p. 305-308.

CARBONNIER (J.),
Exorde, in *L'ordre public à la fin du XXe siècle*, Actes du colloque d'Avignon du 7 oct. 1994, sous la coord. de Thierry REVET, Paris, Dalloz, 1996, coll. Thèmes et Commentaires, p. 2.

CARCASSONNE (G.),
Société de droit contre État de droit, in *L'État de Droit. Mélanges BRAIBANT*, Paris, Dalloz, 1996, p. 37-45.

CARLET (J.),
Politique nationale de lutte contre les infections nosocomiales, *R.F.A.S.* 1997, n° 3-4, p. 155-160.

CARPENTIER (É.),
Autour de la Peste noire : Famines et épidémies dans l'histoire du XIVe siècle, *Annales E.S.C.*, 1962.

CARTIER (M.-E.),
Nature et fondement de la responsabilité pénale des personnes morales dans le nouveau code pénal français, Colloque de Sienne : « La responsabilité pénale des personnes morales », 25 et 26 mai 1996 *Petites affiches* 1996, n° 149, p. 18 (CD-Rom éd. 1999).

CARVAIS (R.),
La maladie, la loi et les mœurs, in *Pasteur et la révolution pastorienne*, sous la dir. de Claire SALOMON-BAYET, Paris, Payot, 1986, Préface par André LWOFF, p. 280-330.

CASAGRANDE (T.),
De l'intérêt juridique de définir les infections nosocomiales au regard de la responsabilité médicale, *L'Entreprise médicale* 1999, n° 189, p. 14-16.

CASSAIGNE (G.),
Évolution du contrôle sanitaire aux frontières, *R.F.A.S.* 1972, n° 3, p. 11-26.

CASTAING (C.),
La mise en œuvre du principe de précaution dans le cadre du référé-suspension, *A.J.D.A.* 2003, n° 43, p. 2290-2297.

CASTELNAU (R),
Précaution, prévention, responsabilité : le droit contre l'insécurité juridique, *A.J.D.A.* 2001, n° 11, p. 907.

CAYLA (J.-S.),
La santé scolaire, *R.D.S.S.* 1985, p. 134-137.

L'infection par le virus de l'immunodéficience humaine (SIDA), fléau social, *R.D.S.S.* 1987, n° 4, p. 596-603.

Organisation et fonctionnement des consultations de dépistage de l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine, *R.D.S.S.* 1988, n° 2, p. 226-229.

Réglementation de la procréation humaine médicalement assistée, *R.D.S.S.* 1988, n° 3, p. 455-462.

Protection de la couche d'ozone atmosphérique contre les modifications préjudiciables à la santé humaine et à l'environnement, *R.D.S.S.* 1989, n° 2, p. 177-181.

Les eaux destinées à la consommation humaine, *R.D.S.S.* 1989, n° 3, p. 424-426.

La réglementation sanitaire, *R.D.S.S.* 1990, n° 1, p. 35-43.

Mesures d'application de la loi du 20 décembre 1988 relative à la protection des personnes se prêtant à des recherches biomédicales, *R.D.S.S.* 1991, n° 1, p. 22-29.

La lutte contre le tabagisme et l'alcoolisme (Commentaire de la loi du 10 janvier 1991 et de la décision du Conseil constitutionnel du 8 janvier 1991), *R.D.S.S.* 1991, n° 2, p. 204-210.

La protection de la santé publique dans l'Union européenne selon le Traité de Maastricht du 7 février 1992, *R.D.S.S.* 1992, n° 2, p. 259-263.

L'interdiction de fumer dans les lieux à usage collectif : décret du 23 mai 1992, *R.D.S.S.* 1992, n° 4, p. 597-600.

Les maladies transmissibles par contact sexuel, *R.D.S.S.* 1993, n° 29, p. 27-32.

La santé et le droit, *R.D.S.S.* 1996, n° 2, p. 278-287.

Attributions respectives de la Conférence nationale de santé et du Haut comité de la santé publique, *R.D.S.S.* 1997, n° 2, p. 259-264.

Le principe de précaution, fondement de la sécurité sanitaire, *R.D.S.S.* 1998, n° 3, p. 491-495.

Veille sanitaire et transmission à l'autorité sanitaire des données individuelles de certains malades, *R.D.S.S.* 1999, n° 4, p. 718-722.

Limitations du commerce des produits alimentaires pour protéger la santé des consommateurs, *R.D.S.S.* 2000, n° 2, p. 334-339.

« Maladie de la vache folle » : de l'épizootie bovine de l'encéphalite spongiforme (ESB) aux cas humains d'une variété de la maladie de Creutzfeldt-Jakob (nvMCJ), *R.D.S.S.* 2001, n° 2, p. 267-271.

Déclaration aux autorités sanitaires des malades atteints de certaines maladies transmissibles, *R.D.S.S.* 2003, n° 3, p. 391-394.

CAYLA (O.),

Le coup d'État de droit ?, *Le Débat* 1998, n° 100, p. 108-133.

Jeux de nains, jeux de vilains, in *Les droits fondamentaux de la personne humaine en 1995 et 1996*, Actes de la 1ère journée d'étude du groupe de recherches et d'études en droit fondamental international et comparé du 15 mai 1997, sous la dir. de Gilles LEBRETON, Paris, L'Harmattan, 1998, p. 150-164.

CEOARA (M.),

La responsabilité des élus à raison des délits liés au manque de précaution, in Actes du colloque de l'A.S.T.R.A.F.I. : « La responsabilité pénale des maires et des élus », *Petites affiche*s 1995, n° 20, p. 15.

CHABAS (F.),

L'obligation médicale d'information en danger, *J.C.P.* 2000, I, 212.

CHALTIEL (F.),

Devoir d'information du patient et responsabilité hospitalière, *R.D.P.* 2002, n° 4, p. 1163-1186.

Le juge administratif, juge européen, *A.J.D.A.* 2008, n° 6, p. 283-290.

CHARLIER (R.-E.),

Les fins du Droit public moderne, *R.D.P.* 1947, p. 127-162.

CHAUMET (F.) et EWALD (F.),

Petite bibliothèque d'actualité autour de la précaution, *Risques* 1992, n° 11, p. 99-104.

CHAUVIN (F.),

Les incidences de la création des agences régionales de l'hospitalisation sur les services déconcentrés des affaires sanitaires et sociales, in *De l'hôpital à l'établissement public de santé*, sous la dir. de Marie-Laure MOQUET-ANGER, Paris, L'Harmattan, 1998, coll. Logiques Juridiques, p. 123-138.

CHÉROT (J.-Y.),

La notion d'ordre public dans la théorie de l'action administrative, in *La police administrative existe-t-elle ?*, sous la dir. de Didier LINOTTE, Aix-Marseille/Paris, P.U.A.M./Economica, 1985, p. 29-35.

CHEVALLIER (J.),

L'État de droit, *R.D.P.* 1988, p. 313-380.

Vers un droit post-moderne ? Les transformations de la régulation juridique, *R.D.P.* 1998, n° 3, p. 659-690.

CHEVÈNEMENT (J.-P.),

Difficultés et légitimité de la contrainte, *A.J.D.A.* 1999, n° spéc. « Puissance publique ou impuissance publique ? Une réévaluation des pouvoirs et procédures régaliens », p. 6-10.

CHICHE (P.),

La réforme de l'indemnisation des accidents médicaux par la loi du 4 mars 2002, *B.J.S.P.* 2002, n° 53, p. 12-15.

L'établissement français du sang est désormais l'opérateur unique de la transfusion sanguine, *B.J.S.P* 2000, n° 30, p. 14.

CLÉMENT (C.),

La responsabilité des établissements de santé du fait des infections nosocomiales, *Petites affiches* 1999, n° 175, p. 12-15.

Le « référé-liberté » et le refus de soins », *Petites affiches* 2003, n° 61, p. 4-10.

CLÉMENT (J.-N.),

Le décret du 4 mai 1995 : vers une autorisation unique pour l'exploitation des installations nucléaires, *Petites affiches* 1996, n° 37, p. 7 (CD-Rom, éd. 1999).

CLERCKX (J.),

L'abandon par le Conseil d'État de la faute lourde en matière de responsabilité médicale : incertitudes et réticences, *R.R.J.* 2001, p. 1811-1821.

Une liberté en péril ? Le droit au refus de soins, *R.D.P.* 2006, n° 1, p. 139-168.

CLIQUENNOIS (M.),

Essai sur la responsabilité de l'État du fait de ses activités de contrôle et de tutelle, *Petites affiches* 1995, n° 98, p. 4 (CD-Rom, éd. 1999).

COLLIARD (C. A.),

La sanction administrative, *Annales de la Faculté de droit d'Aix*, 1943, n° 36, p. 3-74.

COLLIÈRE (Ph.),

Le retrait des décisions individuelles créatrices de droits : un régime juridique peu satisfaisant, *A.J.D.A.* 2008, n° 7, p. 334-337.

CORMIER (M.),

Mise au point : l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé, *L'Entreprise médicale*, 21 juin 1999, n° 186, p. 2-10.

Les interventions de la puissance publique en matière sanitaire et sociale, *Droit administratif et administration*, sous la dir. de Jacques PETIT, Paris, La documentation française, 1998, coll. Les notices, Notice 24, p. 119-123.

L'obligation de signalement des infections nosocomiales, *L'Entreprise médicale* 2001, n° 217, p. 15.

La décentralisation en matière sanitaire, sociale et médico-sociale : une étape transitoire ?, *J.C.P.* A 2005, n° 1 008.

CORMIER-PAILLARD (C.),

L'établissement français du sang, *R.D.S.S.* 2001, n° 4, p. 763-777.

COSTA (J.-P.),

Le principe de proportionnalité dans la jurisprudence du Conseil d'État, *A.J.D.A.* 1988, p. 434-437.

COSTIOU (G.),

La responsabilité du fait des infections nosocomiales, *B.J.S.P.* 2007, n° 108, p. 10-12.

COTTERET (J.-M.),

Le régime de la responsabilité pour risque, in *Études de droit public*, Paris, Cujas, 1964, Préface de Jean RIVERO, p. 375-407.

COULY (S.),

L'homicide involontaire et les principaux acteurs hospitaliers, *Cahiers hosp.* 2000, n° 153, p. 23-25.

CRISTOL (D.),

Transfusion contre volonté du patient : un conflit de valeurs juridiques toujours d'actualité, *B.J.S.P* 2002, n° 56, p. 13-14.

DAB (W.),

Crises de santé publique et crise de la santé publique, *R.F.A.S.* 1998, n°s 4 et 5, p. 193-200.

DARCY (G.),

La responsabilité des établissements publics hospitaliers, *Petites affiches* 1999, n° 189, n° spéc. : « La responsabilité médicale ». Troisième journée Henri Souleau, p. 37-42.

DAUBECH (L.),

Le statut du patient hospitalisé : vers l'incertitude juridique ?, *Petites affiches* 1997, n° 61, p. 9-14.

DAUSES (M. A.),

L'interdiction des mesures d'effet équivalent, *R.T.D.E.* 1992, n° 4 (28), p. 624-626.

DAVER (F.),

L'appréhension jurisprudentielle du risque nosocomial dans les établissements de santé privés à but lucratif : l'évolution vers l'obligation de sécurité-résultat, *Petites affiches* 1999, n° 198, p. 6-13 (1ère partie) et n° 199, p. 11-15 (2e partie).

DAVID-PÉCHEUL (T.-M.),
La contribution de la jurisprudence constitutionnelle à la théorie de la police administrative, *R.F.D.A.* 1998, n° 2, p. 362-383.

DAVIGNON (J.-F.),
Quelle place pour la répression administrative dans notre ordonnancement juridique ?, *Petites affiches* 1997, n° 83, p. 5 (CD-Rom, éd. 1999).

DE CORAIL (J.-L.),
L'approche fonctionnelle du service public : sa réalité et ses limites, *A.J.D.A.* 1997, n° spéc. : « Le service public », p. 20-28.

DEBBASCH (Ch.),
Le droit administratif face à l'évolution de l'administration française, in *Mélanges offerts à Marcel WALINE, Le juge et le droit public*, L.G.D.J., Paris, 1974, t. II, p. 343-354.

DEBOUY (C.),
La responsabilité de l'Administration française du fait de la contamination par le virus du SIDA, *J.C.P.* 1993, I, 3646, p. 53-58.

Le droit administratif français : tendances récentes, Conférence à l'Université du Saint Esprit de Kaslik (Liban), 1995, et à Sapporo (Japon), 1997, *Petites affiches* 1997, n° 146, p. 4 (CD-Rom, éd. 1999).

DECAUX (E.),
Les droits fondamentaux en droit international, *A.J.D.A.* 1998, n° spéc. : « Les droits fondamentaux. Une nouvelle catégorie juridique ? », p. 66-74.

DEGUERGUE (M.),
Le contentieux de la responsabilité : politique jurisprudentielle et jurisprudence politique ?, *A.J.D.A.* 1995, n° spéc., p. 211-226.

L'ordre public et la doctrine, in *Les polices municipales en perspectives*, colloque de Tours des 27 et 28 janvier 1999, Paris, éd. C.N.F.P.T., 1999, p. 71-86.

La perte de chance en droit administratif, in *L'égalité des chances*, sous la dir. de G. KOUBI et G. GUGLIELMI, Paris, La découverte, 2000, p. 197-212.

La responsabilité administrative et le principe de précaution, in *Le principe de précaution*, colloque de l'Université de Bourgogne des 27 et 28 avr. 2000, *R.J.E.* 2000, n° spéc., p. 105-119.

Sanctions administratives et responsabilité, *A.J.D.A.* 2001, n° spéc. annuel : « Les sanctions administratives. Actualité et perspectives », p. 81-89.

Droits des malades et qualité du système de santé, comm. de la loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, *A.J.D.A.* 2002, n° 6, p. 508-516.

Y a-t-il une « subsidiarisation » dans le droit de la responsabilité administrative ?, in *Vers de nouvelles normes en droit de la responsabilité publique ?*, Actes du colloque organisé sous la présidence du M. Christian Poncelet, Président du Sénat, par l'Université Paris 13, les 11 et 12 mai 2001, Paris, Les colloques du Sénat, 2003, p. 105-116.

L'obligation de mener une vie saine ?, in *Les obligations du patient*, Actes du colloque de l'A.F.D.S. du 13 juin 2003, *R.G.D.M.* 2003, n° 11, p. 13-23.

Précaution et sécurité sanitaire à la lumière de quelques arrêts récents de la Cour de justice des Communautés européennes, *R.D.S.S.* 2004, n° 1, p. 80-91.

DELOMÉNIE (P.) et FLAHAUT (A.),
Les vigilances sanitaires, *R.F.A.S.* 1997, n° spéc. : « La Sécurité sanitaire : enjeux et questions », p. 91-106.

DELARUE (J.-M.),
Rapport général, *A.J.D.A.* 1999, n° spéc. : « Puissance publique ou impuissance publique ? Une réévaluation des pouvoirs et procédures régaliens », p. 108-118.

DELVOLVÉ (P.),
Responsabilité pénale des maires et des élus, Synthèse sur le colloque de l'ASTRAFI : « Responsabilité pénale des maires et des élus », *Petites affiches* 1995, n° 20, p. 37 (CD-Rom, éd. 1999).

DEMONT (L.),
4 000 ans de responsabilité pénale médicale, *B.J.S.P.* 1999, n° 21, p. 11-13 (1ère partie) et n° 22, p. 9-11 (2ème partie).

DENIS-LIPTON (M.),
La responsabilité pénale des agents publics pour les délits non intentionnels, *Regards sur l'actualité* 1997, n° 227, p. 37-43.

DENQUIN (J.-M.),
Sur les conflits de libertés en droit administratif français, in *Mélanges CHARLIER, Service public et libertés*, Paris, éd. de l'Université et de l'enseignement moderne, 1981, p. 545-561.

DERIEUX (E.),
Règles de droit et libertés de la personne, Conférence à la Faculté de médecine Saint-Antoine, Université Pierre-et-Marie-Curie, *Petites affiches* 1995, n° 69, p. 11 (CD-Rom, éd. 1999).

DEROZIER (G.),
Le juge administratif et la force majeure : vers une disparition de l'imprévisibilité, *Petites affiches* 1996, n° 84, p. 15 (CD-Rom, éd. 1999).

DESBARATS (I.),
Le droit à réparation des victimes directes du tabagisme, *D.* 1998, I, p. 167-173.

DESIDERI (J.-P.),
La précaution en droit privé, *D.* 2000, chron., p. 238-242.

DESSAINT (L.) et LIGNEAU (Ph.),
La spécificité du champ de la santé et de l'action sociale à l'épreuve de la codification, *Petites affiches* 1997, n° 152, p. 4 (CD-Rom, éd. 1999).

DESURVIRE (D.),
Les lois des 29 avril et 13 mai 1996 relatives à la lutte contre le trafic des stupéfiants et le blanchiment de l'argent, *Petites affiches* 1996, n° 75, p. 8 (CD-Rom, éd. 1999).

DEWARTE (M.-P.),
Intérêt général, bien commun, *R.D.P.* 1988, p. 1289-1313.

L'intérêt général dans la jurisprudence du Conseil constitutionnel, *R.F.D.C.* 1993, n° 13, p. 23-58.

Droits sociaux et État de droit, *R.D.P.* 1995, p. 951-985.

DHOMMEAUX (J.),
Convention européenne des droits de l'homme et supraconstitutionnalité, *R.I.D.C.* 1993, n° spéc. : « Journées de la Société de législation comparée », p. 369-387.

Les dimensions internationales de la pandémie de V.I.H./ SIDA, in *Le SIDA. Aspects juridiques*, sous la dir. de Brigitte FEUILLET-LE MINTIER, C.R.J.O., Paris, Economica, 1995, p. 217-263.

DIEU (F.),
Le pouvoir de substitution d'action du préfet en matière de police administrative n'engage que rarement la responsabilité de l'État, *D.A.* 2008, n° 1, p. 23-31.

DOLL (P.-J.),
De quelques cas de responsabilité de l'État en l'absence de toute faute : accidents de vaccination, rubéole contractée en service, *R.D.S.S.* 1969, n° 20, p. 297-303.

DOUBLET (J.),
Population et eugénisme, in *Santé et Société. Découvertes biologiques et la médecine sociale au service de l'homme*, Montpellier, 1951, éd. de la chronique sociale, Semaine sociale de France n° XXXVIII, p. 265-299.

DORSNER-DOLIVET (A.),
Le consentement au traitement médical : une liberté fondamentale en demi-teinte, *R.F.D.A.* 2003, n° 3, p. 528-535.

DORSNER-DOLIVET (A.) et SCEMAMA (A.),
La responsabilité des cliniques privées et des hôpitaux : faute ou risque ?, *R.D.S.S.* 1980, n° 2, p. 167-180.

DRAGO (G.),
L'éducation pour la santé : attribut du droit à la protection de la santé, in *L'Éducation en santé : enjeux, obstacles, moyens*, Actes du colloque pluridisciplinaire de Rennes des 24 et 25 sept. 1998, Paris, 2001, éd. du C.F.E.S., p. 57-65.

DRAGO (R.),
Le contrôle administratif en France, *R.I.D.C.* 1989, n° spéc. : « Journées de la Société de législation comparée », p. 23-33.

Les atteintes à l'ordre public, in *L'Ordre public*, Académie des sciences morales et politiques. Fondation Singer-Polignac, sous la dir. de Raymond POLIN, Paris, P.U.F., 1996, coll. Politique d'aujourd'hui, p. 47-52.

DROPSY (S.),
Requiem pour les règlements départementaux sanitaires, *Administrer* 1988, n° 196, p. 45-46.

DRUESNE (G.),
Puissance publique et libertés : les limite à la liberté de circulation des personnes dans la Communauté économique européenne, in *Services publics et libertés. Mélanges Robert-Édouard CHARLIER*, Paris, 1981, Éd. de l'Université et de l'enseignement moderne, p. 721-723.

DRULHE (M.),
Comment mesurer la santé ?, *Esprit* 1997, n° 2, p. 56-62.

DUBOS (O.),
Police administrative et droit communautaire : kaléidoscope, *D.A.* 2007, n° 6, p. 20-25.

DUBOUIS (L.),
Le juge administratif, le malade et le médecin, in *Le juge et le droit public. Mélanges offerts à Marcel WALINE*, L.G.D.J., Paris, 1974, t. II, p. 389-406.

SIDA et transfusion sanguine : l'assouplissement des conditions classiques de mise en jeu de la responsabilité des professions de santé, *R.D.S.S.* 1991, p. 574-578.

L'Ordre des médecins à nouveau en question, in *Les orientations sociales du droit contemporain. Écrits en l'honneur du Professeur Jean SAVATIER*, Paris, P.U.F., 1992, p. 191-199.

La réparation des conséquences des risques sanitaires, *R.D.S.S.* 2002, n° 4, p. 803-816.

La responsabilité, l'établissement hospitalier et le corps humain, in *Vers de nouvelles normes en droit de la responsabilité publique ?*, Actes du colloque organisé sous la présidence du M. Christian Poncelet, Président du Sénat, par l'Université Paris 13, les 11 et 12 mai 2001, Paris, Les colloques du Sénat, 2003, p. 349-358.

Contenu du droit des patients, *R.G.D.M.* 2004, n° spéc. : « Droits des malades et qualité du système de santé », p. 109-116.

DUCOS-ADER (R.),
De quelques éléments de comparaison entre le droit de la santé et le droit de la consommation, *Études offertes à Jean-Marie AUBY*, Paris, Dalloz, 1992, p. 739-746.

DUCOULOUX-FAVARD (C.),
La responsabilité des personnes morales. Avant-propos au Colloque de Sienne : « La responsabilité pénale des personnes morales », 25 et 26 mai 1996, *Petites affiches* 1996, n° 149, p. 3 (CD-Rom, éd. 1999).

DUCOULOUX-FAVARD (C.) et MAGLIE (Ch. DE),
Défense et illustration de la responsabilité pénale des personnes morales, Colloque de Sienne : « La responsabilité pénale des personnes morales », 25 et 26 mai 1996, *Petites affiches* 1996, n° 149, p. 36 (CD-Rom, éd. 1999).

DUPONT (M.),
Le libre choix du médecin : son évolution depuis la loi du 4 mars 2002, *R.D.S.S.* 2007, n° 5, p. 759-765.

DUPRAT (J.-P.),
L'aléa médical, in *Vers de nouvelles normes en droit de la responsabilité publique ?*, Actes du colloque organisé sous la présidence du M. Christian Poncelet, Président du Sénat, par l'Université Paris 13, les 11 et 12 mai 2001, Paris, Les colloques du Sénat, 2003, p. 359-375.

Protection de la santé publique et liberté, *R.G.D.M.* 2005, n° spéc. : « La protection de la santé publique », p. 85-103.

DURAND (C.),
La carence fautive de l'État en matière de protection de la santé au travail. De l'enrichissement mutuel du droit du travail et des principes de prévention et de précaution, *R.D.S.S.* 2002, n° 1, p. 1-19.

DURAND (G.),
Ambiguïté et dérives de l'éthique. Le cas de la bioéthique, *Rev. Thémis* 1995, n° 2 (29), p. 531-543.

DUVAL (J.-M.),

Faute personnelle, faute disciplinaire et faute pénale en matière d'activité médicale hospitalière, *R.D.P.* 2001, n° 6, p. 1843-1885.

DUVAL-ARNOULD (D.),

La responsabilité civile des professionnels de santé et des établissements de santé privés à la lumière de la loi du 4 mars 2002, in *Rapport de la Cour de cassation pour 2002, www.courdecassation.fr*, 14 p.

EDELMAN (B.),

La dignité de la personne humaine, un concept nouveau, in *La dignité de la personne humaine*, sous la dir. de Marie-Luce PAVIA et Thierry REVET, Paris, Economica, 1999, coll. Études Juridiques, p. 25-34.

EVANS (R. J.),

Épidémies et révolutions. Le choléra dans l'Europe du XIXe siècle, in *Peurs et Terreurs face à la Contagion*, sous la dir. de Jean-Pierre BARDET, Patrice BOURDELAIS et alii., Paris, Fayard, 1988, p. 107-155.

EVEILLARD (Gw.),

Existe-t-il encore une responsabilité administrative pour faute lourde en matière de police administrative ?, *R.F.D.A.* 2006, n° 4, p. 733-747.

EVIN (C.),

La portée de la définition O.M.S. de la santé, in *La France à l'O.M.S. La protection internationale de la santé aujourd'hui, hier, demain*, Actes du colloque C.E.R.D.E.S.-A.F.D.S. du 27 nov. 1998, *R.G.D.M.* 1999, n° 1, p. 117-127.

EWALD (F.),

Philosophie de la précaution, *L'année sociologique* 1996, n° 46, p. 383-412.

Le retour du malin génie. Esquisse d'une philosophie de la précaution, in *Le principe de précaution dans la conduite des affaires humaines*, sous la dir. d'Olivier GODARD, I.N.R.A., Paris, éd. de la Maison des sciences de l'homme, 1997, p. 99-126.

Risques technologiques : les nouvelles figures de la responsabilité, *Universalia* 1998, Encyclopaedia Universalis, p. 98-105.

L'État de précaution, in *Responsabilité et socialisation des risques. Rapport public 2005* du Conseil d'État, Paris, La documentation française, 2005, E.D.C.E., n° 56, p. 359-367.

La construction du régime juridique du principe de précaution, *D.* 2007, p. 1548-1552.

FABERON (J.-Y.),

2ème chronique des textes d'application de la loi sur l'air et l'utilisation rationnelle de l'énergie du 30 décembre 1996, *Petites affiches* 1999, n° 5, p. 16-21.

FATÔME (É.),

Audaces et prudences en matière de responsabilité de la puissance publique, *A.J.D.A.* 1999, n° spéc. : « Puissance publique ou impuissance publique ? Une réévaluation des pouvoirs et procédures régaliens », p. 94-95.

Ordre public et domaine public, in *L'ordre public : Ordre public ou ordres publics ? Ordre public et droits fondamentaux*, Actes du Colloque du Centre de recherche sur les droits fondamentaux de l'Université de Caen des jeudi 11 et vendredi 12 mai 2000, sous la dir. de Marie-Joëlle REDOR, Bruxelles, Bruylant, 2001, coll. Droit et Justice n° 29, p. 187-198.

FAUCHON (P.),

La responsabilité pénale des décideurs publics locaux, in *Vers de nouvelles normes en droit de la responsabilité publique ?*, Actes du colloque organisé sous la présidence du M. Christian Poncelet, Président du Sénat, par l'Université Paris 13, les 11 et 12 mai 2001, Paris, Les colloques du Sénat, 2003, p. 73-87.

FAUGÈRES (J.-P.),

La pratique des sanctions administratives dans le domaine des installations classées, *A.J.D.A.* 2001, n° spéc. annuel : « Les sanctions administratives », p. 48-50.

FAUGEROLAS (P.),

Sécurité, précaution et responsabilité du directeur d'hôpital, *R.D.S.S.* 1999, n° 3, p. 546-562.

FEINGOLD (J.),

La génétique médicale est-elle eugénique ?, in *Le droit, la médecine et l'être humain. Propos hétérodoxes sur quelques enjeux vitaux du XXIe siècle*, Aix-en-Provence, P.U.A.M., 1996, coll. Laboratoire de Théorie juridique de la Faculté de Droit et de science politique d'Aix-Marseille, vol. 9, p. 237-244.

FERREIRA (N.),
La notion d'exécution d'office, *A.J.D.A.* 1999, n° spéc. : « Puissance publique ou impuissance publique ? Une réévaluation des pouvoirs et procédures régaliens », p. 41-44.

FETTER (B.),
Trois siècles de politiques gouvernementales en faveur de la santé publique : un premier aperçu, *Annales de démographie historique* 1997, p. 27-46.

FÉVRIER (F.),
Les lois du service public hospitalier. Renouveau des principes et principes d'un renouveau, in *De l'hôpital à l'établissement public de santé*, sous la dir. de Marie-Laure MOQUET-ANGER, Paris, L'Harmattan, 1998, coll. Logiques Juridiques, p. 63-88.

FÉVRIER (J.-M.),
Remarques sur la notion de norme permissive, *D.* 1998, I, p. 271-274.

FIALAIRE (J.),
Les délégations de service public d'eau et d'assainissement, *Petites affiches* 1996, n° 78, p. 14 (CD-Rom, éd. 1999).

FINEL (L.),
La responsabilité du médecin en matière de diagnostic des anomalies fœtales, *R.D.S.S.* 1997, n° 2, p. 223-238.

FLAUSS (J.-F.),
Les droits sociaux dans la jurisprudence du Conseil constitutionnel, *Dr. soc.* 1982, n°s 9-10, p. 644-656.

Droit communautaire, Convention européenne des droits de l'homme et droit administratif, *A.J.D.A.* 1996, n° spéc. : « Droit communautaire et droit administratif », p. 156-177.

FOLLIET (J.),
Sécurité et responsabilité, in *Santé et Société. Découvertes biologiques et la médecine sociale au service de l'homme*, Montpellier, 1951, éd. de la chronique sociale, Semaine sociale de France n° XXXVIII, p. 209-228.

FOMBEUR (P.),
Les évolutions jurisprudentielles de la responsabilité sans faute, *A.J.D.A.* 1999, n° spéc. : « Puissance publique ou impuissance publique ? Une réévaluation des pouvoirs et procédures régaliens », p. 100-102.

FONBAUSTIER (L.),
Le contrôle de légalité à la française comme mode de traitement du principe de précaution, *D.* 2007, p. 1523-1527.

FOUASSIER (É) et VAN DEN BRINK (H.),
A la frontière du médicament : compléments alimentaires, alicaments, cosmétiques internes…, *R.G.D.M.* 2003, n° 11, p. 93-107.

FOUCAULT (M.),
La politique de la santé au XVIIIe siècle, in *Dits et écrits 1954-1988*, Paris, Gallimard, 1994, nrf, coll. Bibl. des histoires, t. III, p. 13- 27 (1976) et p. 725-742 (1979).

Crise de la médecine ou crise de l'anti-médecine ?, in *Dits et écrits 1954-1988*, Gallimard, nrf, t. III, Paris, 1994, p. 40-58.

La naissance de la médecine sociale, in *Dits et écrits 1954-1988*, Gallimard, nrf, t. III, Paris, 1994, p. 207-228.

Naissance de la biopolitique, in *Dits et écrits 1954-1988*, Gallimard, nrf, t. III, Paris, 1994, p. 818-825.

FRAISSEIX (P.),
La déconcentration des décisions administratives individuelles, *A.J.D.A.* 1999, n° 2, p. 113-121.

FRANC (M.),
Traitement juridique du risque et principe de précaution, *A.J.D.A.* 2003, n° 8, p. 361-365.

FRIER (P.-L.),
L'exécution d'office : principe et évolutions, *A.J.D.A.* 1999, n° spéc. annuel : « Puissance publique ou impuissance publique ? Une réévaluation des pouvoirs et procédures régaliens », p. 45-48.

FRIOURET (L.),
Le refus de soins salvateurs ou les limites de la volonté du malade face à l'ordre public de conservation de la vie, *R.G.D.M.* 2005, n° 15, p. 99-123.

GABOLDE (C.),
Hygiène publique, *Juris-Classeur administratif*, fasc. 220, 5, 1991, 23 p.

GARAY (A),
Choix thérapeutique et transfusion sanguine, *Petites affiches* 1994, n° 154 (CD-Rom, éd. 1999).

La nouvelle législation française relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, *R.R.J.* 2002, n° 3, p. 1305-1319.

La nécessaire clarification du dispositif juridique de lutte contre les infections nosocomiales, *R.G.D.M.* 2007, n° 25, p. 195-212.

GAUDEMET (Y.),
Avant-propos sur *Le principe de précaution*, étude du Conseil de l'environnement de l'électricité de France, *C.J.E.G.* 2001, n° 580, p. 356.

GAUTIER (C.),
À propos du « gouvernement des conduites » chez FOUCAULT : quelques pistes de lectures, in *La Gouvernabilité*, C.U.R.A.P.P., Paris, P.U.F., 1996, p. 19-33.

La loi de 1955, « simple voile » ou « véritable viol » des libertés ?, *J.C.P.* A 2006, n° 1373.

GAY (J.),
La voirie parisienne au temps d'Haussmann. Société et droit, in *Histoire du droit social. Mélanges en hommage à Jean IMBERT*, sous la dir. de Jean-Louis HAROUEL, Paris, P.U.F., 1989, p. 253-265.

GAY (L.),
Le principe constitutionnel de protection de la santé peut-il être au fondement d'une liberté ? Réflexions à partir de l'ordonnance de référé du Conseil d'État du 8 septembre 2005, in *Renouveau du droit constitutionnel. Mélanges en l'honneur de Louis FAVOREU*, Paris, Dalloz, 2007, p. 1577-1606.

GAYET (S.) et BIENTZ (M.),
Épidémiologie des maladies contagieuses, *La Revue du praticien*, 1996, n° 46, p. 1527.

GAZZANIGA (J.-L.),
Droit de l'eau et organisation sociale, in *Histoire du droit social. Mélanges en hommage à Jean IMBERT*, sous la dir. de Jean-Louis HAROUEL, Paris, P.U.F., 1989, p. 267-275.

GEFFROY (J.-B.),
Service public et prérogatives de puissance publique. Réflexions sur les déboires d'un couple célèbre, *R.D.P.* 1987, n° 1, p. 49-88.

GESTERMANN (B.),
La loi Evin du civil au pénal, *Petites affiches* 1994, n° 135 (1ère partie) et n° 137 (2e partie) (CD-Rom, éd. 1999).

GHEBALI-BAILLY (M.),
Les agences régionales de l'hospitalisation, ou l'État éclaté, *R.D.S.S.* 1997, n° 3, p. 571-588.

GIMBERT (B.),
Responsabilité médicale et transfusion sanguine, *Petites affiches* 1998, n° 27, p. 10-15.

GIRARD (J.-F.),
L'action administrative et les objectifs sanitaires, *R.F.A.P.* 1987, n° 43, p. 423-426.

GODARD (O.),
L'ambivalence de la précaution et la transformation des rapports entre science et décision, in *Le principe de précaution dans la conduite des affaires humaines*, sous la dir. d'Olivier GODARD, I.N.R.A., Paris, éd. de la Maison des sciences de l'homme, 1997, p. 37-83.

Précaution : un principe à élaborer collectivement, *Courrier de la Planète* 1998, n°46, *www.transnationale.org/Sources/alimentation/alim_industrielle_precaution.html.*

Le principe de précaution est un principe d'action, *Recherche* 2000, n° 330, *www.larecherche.fr/view/330/03301111.html.*

GONZALEZ VAQUÉ (L.), EHRING (L.) et JACQUET (C.),
Le principe de précaution dans la législation communautaire et nationale relative à la protection de la santé publique, *R.M.U.E.* 1999, p. 79-120.

GROS (M.) et DEHARBE (D.),
La controverse du principe de précaution, *R.D.P.* 2002, n° 3, p. 821-845.

GUÉRIN (D.),
L'introduction en droit français de la responsabilité pénale des personnes morales, Colloque de Sienne : « La responsabilité pénale des personnes morales », 25 et 26 mai 1996, *Petites affiches* 1996, n° 149, p. 4 (CD-Rom, éd. 1999).

GUETTIER (C.),
L'État face aux contaminations liées à l'amiante, *A.J.D.A.* 2001, n° 6, p. 529-537.

L'obligation d'information des patients par le médecin, *Resp. civ. ass.* mai 2002, p. 4.

Le contentieux administratif des contaminations transfusionnelles par le virus de l'hépatite C, *A.J.D.A.* 2004, n° 24, p. 1283-1292.

L'amiante : une affaire d'État, *R.D.S.S.* 2006, n° 2, p. 202-214.

GUIBAL (M.),
Le retard des textes d'application des lois, *R.D.P.* 1974, p. 1039.

GUIGNARD (L.),
Les ambiguïtés du consentement à l'acte médical en droit civil, *R.R.J.* 2000, n° 1, p. 45-65.

GUILLEN (D.),
Dignité de la personne humaine et Police administrative. Essai sur l'ambivalence d'un standard, in *Éthique, droit et dignité de la personne humaine. Mélanges Christian BOLZE*, sous la dir. de Philippe PEDROT, Paris, Economica, 1999, p. 175-204.

GUTTON (J.-P.),
Aux origines d'un ministère de l'Assistance et de la Santé, in *Histoire du droit social. Mélanges en hommage à Jean IMBERT*, sous la dir. de Jean-Louis HAROUEL, Paris, P.U.F., 1989, p. 287-293.

HANICOTTE (R.),
Le juge face au retard des textes d'application, *R.D.P.* 1986, p. 1667.

HARRICHAUX (M.),
Les droits à l'information et consentement de l'« usager du système de santé » après la loi n° 2002-303 du 4 mars 2002, *R.D.S.S.* 2002, n° 4, p. 673-685.

HASSLER (T.),
Le point sur l'obligation de sécurité, *Petites affiches* 1997, n° 19, p. 17 (CD-Rom, éd. 1999).

HASSLER (T.) et LAPP (V.),
Droit à la dignité, le retour !, *Petites affiches* 1997, n° 14, p. 12-14.

HAUKSSON-TRECH (N.),
La détermination par le juge du mode de réparation, *Petites affiches* 1998, n° 64, p. 4 (CD-Rom, éd. 1999)

HAURIOU (M.),
Police juridique et fond du droit, *R.T.D.Civ.* 1926, p. 265-312.

HENNETTE-VAUCHEZ (S.),
Kant contre Jéhovah ? Refus de soins et dignité de la personne humaine, *D.* 2004, p. 3154-3160.

HENNION-JACQUET (P.),
Quelques aspects de l'ambivalence des responsabilités pénale et civile du praticien, *R.G.D.M.* 2004, n° 14, p. 285-306.

Le paradigme de la nécessité médicale, *R.D.S.S.* 2007, n° 6, p. 1038-1049.

HERMITTE (M.-A.),
Le principe de précaution à la lumière du drame de la transfusion sanguine en France, in *Le principe de précaution dans la conduite des affaires humaines*, sous la dir. d'Olivier GODARD, I.N.R.A., Paris, éd. de la Maison des sciences de l'homme, 1997, p. 179-198.

Les O.G.M. et la précaution… comme un parfum de nostalgie, in *Génie génétique. Des chercheurs citoyens s'expriment. Appel des scientifiques et des* médecins, réunis par Jean-Marie PELT, Paris, éd. Sang de la Terre, 1997, p. 131-132 et *www.ecoropa.org/hermitte.htm.*

Le rôle du droit dans les phénomènes de crise. L'expérience de la transfusion sanguine (Point de vue), Séminaire du programme Risques Collectifs et Situations de Crise du C.N.R.S., Actes de la sixième séance du 6 juin 1996, Paris, C.N.R.S., p. 11-24.

Relire l'ordre juridique à la lumière du principe de précaution, *D.* 2007, p. 1518- 1523.

HERMITTE (M.-A.) et NOIVILLE (Ch.),
L'obligation d'information en matière de santé publique à la lumière de la loi du 1er juillet 1998 sur la sécurité sanitaire, *Gaz. Pal.* 1998, nos 296-297, n° spéc. : « Droit de la Santé », p. 42-49.

HEURTÉ (A.),
La notion d'ordre public dans la procédure administrative, *R.D.P.* 1953, p. 615-648.

HUET (D.),
Droit à la santé ou Droit de la santé ?, *B.J.S.P* 1999, n° 18, p. 11-13 (1ère partie) et n° 19, p. 11-13 (2nde partie).

HUGLO (Ch.),
Les délits liés au manque de précaution : risques et environnement, *Petites affiches* 1995, n° 20, p. 22 (CD-Rom, éd. 1999).

HUGLO (Ch.), LEPAGE-JESSUA (C.),
Les innovations du décret n° 94-484 du 9 juin 1994 sur les installations classées pour la protection de l'environnement au regard du projet de directive sur la prévention et la réduction intégrée de la pollution, *Petites affiches* 1994, n° 83 (CD-Rom, éd. 1999).

ICARD (Ph.),
L'articulation de l'ordre juridique communautaire et des ordres nationaux dans l'application du principe de précaution, in *Le principe de précaution*, colloque de l'Université de Bourgogne des 27 et 28 avr. 2000, *R.J.E.* 2000, n° spéc., p. 29-54.

JACOTOT (D.),
L'inclusion des produits sanguins labiles dans le régime du médicament, *R.D.S.S.* 1997, n° 3, p. 558-569.

Le principe de précaution et le renforcement de l'action en responsabilité pour faute, in *Le principe de précaution*, colloque de l'Université de Bourgogne des 27 et 28 avr. 2000, *R.J.E.* 2000, n° spéc., p. 91-104

Le management des risques créés par les produits alimentaires, Actes du 5e colloque transfrontalier C.L.U.S.E. : *Risques majeurs : perception, globalisation et management*, 21-22 sept. 2000, Université de Genève, *http://rel.unige.ch*.

Le renforcement de la sécurité sanitaire, *Petites affiches* 2002, n° 122, p. 37-47.

JEANNEAU (B.),
Autour de l'arrêt « *Commune de Gavarnie* ». La responsabilité du fait des règlements légalement pris, in *Mélanges offerts à René SAVATIER*, Paris, Dalloz, 1965, p. 375-403.

JORION (B.),
La dignité de la personne humaine ou la difficile insertion d'une règle morale dans le droit positif, *R.D.P.* 1999, n° 1, p. 197-233.

JOURDAN (Ph.),
La formation du concept de service public, *R.D.P.* 1987, n° 1, p. 89-118.

JOYE (J.-F.),
Le nouveau pouvoir de police du président d'un établissement public de coopération intercommunale, *A.J.D.A.* 2005, n° 1, p. 21-29.

JULIEN-LAFFERRIÈRE (F.),
L'État de droit et les libertés, in *Pouvoir et Liberté. Étude offertes à Jacques MOURGEON*, Bruxelles, Bruylant, 1998, p. 153-176.

KACI (M.),
Voie de fait, *quo vadis* ?, *Petites affiches* 1997, n° 23, p. 6-11.

KARILA DE VAN (J.),
Le corps et la morale. Réflexions sur trois lois récentes, *Petites affiches* 1995, n° 72, p. 10 (CD-Rom, éd. 1999).

KOUBI (G.),
Respect du droit et droit au respect : le respect des droits, *R.R.J.* 2000, n° 1, p. 13-23.

KRIEF-VERBAERE (C.),
Recherches sur la notion d'ordre public en droit interne russe à l'aune du droit français, *R.I.D.C.* 2003, n° 1, p. 151-175.

KRINGS (E.),
Droit de la sécurité et droit à la sécurité, in *Présence du droit public et des droits de l'homme. Mélanges offerts à Jacques VELU*, Bruxelles, Bruylant, 1992, coll. de la Faculté de droit. Université libre de Bruxelles, tome 3, p. 1547-1573.

LABAYLE (H.),
Droits fondamentaux et droit européen, *A.J.D.A.* 1998, n° spéc. annuel : « Les droits fondamentaux. Une nouvelle catégorie juridique ? », p. 75-91.

LABOURDETTE (A.),
La prévention dans le domaine de la santé, *R.F.A.S.* 1996, n° 2 : « Santé, responsabilité et décision : les enjeux du risque », p. 141-169.

LABROUSSE (F.),
Amiante et responsabilité, *Petites affiches* 1996, n° 42, p. 4-9.

LACHAUD (Y.),
Le droit au refus de soins après la loi du 4 mars 2002, *Gaz. Pal.* des 15-17 déc. 2002, p. 19-22.

LACHAUME (J.-F.),
Droits fondamentaux et droit administratif, *A.J.D.A.* 1998, n° spéc. annuel : « Les droits fondamentaux. Une nouvelle catégorie juridique ? », p. 92-105.

LAGET-ANNAMAYER (A.),
Occupation du domaine public et intérêt général. D'un pouvoir de gestion étendu des autorités domaniales à une liberté d'action encadrée, *A.J.D.A.* 2003, n° 19, p. 1201-1208.

LALANDE (F.),
Sécurité et veille sanitaire : concept, historique, évolution des structures et des doctrines, *R.F.A.S.* 1997, n°s 3-4 : « La sécurité sanitaire : enjeux et questions », p. 31-38.

LAMBERT (P.),
La mise en place de la H.A.S., *Les Cahiers hospitaliers* mars 2006, p. 4-6.

LAMBERT-FAIVRE (Y.),
La loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, *D.* 2002, chron., p. 1217-1220 (1ère partie) et p. 1291-1374 (2e partie).

LAMBOLEY (A.),
Le refus de soins : le point de vue du juriste, *R.G.D.M.* 2004, n° spéc. : « L'éthique et la mort », p. 123-129.

LAPOUBLE (J.-C.),
Les droits de l'homme et la lutte contre le dopage : le cas français, *Petites affiches* 1997, n° 28, p. 10 (CD-Rom, éd. 1999).

LARRALDE (J.-M.),
La constitutionnalisation de l'ordre public, in *L'Ordre public : Ordre public ou ordres publics ? Ordre public et droits fondamentaux*, Actes du Colloque du Centre de recherche sur les droits fondamentaux de l'Université de Caen des jeudi 11 et vendredi 12 mai 2000, sous la dir. de Marie-Joëlle REDOR, Bruxelles, Bruylant, 2001, coll. Droit et Justice n° 29, p. 213-145.

LASCOUMES (P.),
La précaution comme anticipation des risques résiduels et hybridation de la responsabilité, *L'Année sociologique* 1996, n° 46, p. 359-382.

Le principe de précaution en questions, *R.F.A.S.* 1997, n°s 4-5, p. 201-207.

La précaution, nouveau standard de jugement, *Esprit*, 1997, p. 129-140.

LATOURNERIE (R.),
Sur un Lazare juridique. Bulletin de santé de la notion de service public. Agonie ? Convalescence ? ou Jouvence ?, *E.C.D.E.* 1960, p. 61-159.

LAUBADÈRE (A. DE),
Crise du droit administratif, *D.* 1952, chron, p. 5-8 ; *Pages de doctrine*, collectif, Paris, L.G.D.J., 1982, vol. 2, p. 177-186.

LAUDE (A.),
La traçabilité des produits de santé, in *Traçabilité et responsabilité*, sous la dir. de Philippe PEDROT, Paris, Economica, 2003, p. 287-297.

Commentaire de l'avis du Comité consultatif national d'éthique relatif au dépistage de la tuberculose et de la vaccination par le B.C.G., *Gaz. Pal.* des 8-9 décembre 2006, n° spéc. : « Droit de la santé », p. 25.

LAVENU (N.),
Du risque médical à la responsabilité sociale, *R.F.A.S.* 1996, n° 2, p. 53-56.

LE COHENNEC (F.),
La responsabilité civile à raison des produits défectueux, *Petites affiches* 1998, n° 130, p. 9-10.

LE GUNEHEC (F.),
Loi n° 2000-647 du 10 juillet 2000 tendant à préciser la définition des délits non-intentionnels, *J.C.P.* 2000, p. 1587-1591.

LE POURHIET (A.-M.),
Le Conseil constitutionnel et l'éthique biomédicale, in *Droit public. Études en l'honneur de Georges DUPUIS*, Paris, L.G.D.J., 1997, Préface de Georges VEDEL, p. 213-225.

LEBRETON (G.),
Le juge administratif face à l'ordre moral, in *Doit public. Mélanges en l'honneur du Professeur Gustave PEISER*, Grenoble, P.U.G., 1995, p. 364-378.

Ordre public et dignité de la personne humaine : un problème de frontière, in *L'ordre public : Ordre public ou ordres publics ? Ordre public et droits fondamentaux*, Actes du Colloque du Centre de recherche sur les droits fondamentaux de l'Université de Caen des jeudi 11 et vendredi 12 mai 2000, sous la dir. de Marie-Joëlle REDOR, Bruxelles, Bruylant, 2001, coll. Droit et Justice n° 29, p. 351-367.

LECA (A.),

Un siècle de droit médical en France (1902-2002) : De la lutte contre les épidémies aux droits des patients, 32 p.,

w*ww.victoria.ac.nz/law/documentation/VUWLR%20PDFS/35(2)/01%20Leca.pdf.*

Introduction historique au droit de la protection de la santé publique, *R.G.D.M.* 2005, n° spéc. : « La protection de la santé publique », p. 11-20.

LECLERC (S.) et MONDÉSERT (X.),
Vers une responsabilité des collectivités territoriales en cas de violation du droit communautaire, *A.J.D.A.* 2002, n° 3, p. 201-109.

LECORPS (Ph.),
Les niveaux de l'intervention et l'absence de cohésion entre les différents acteurs, in *L'Éducation en santé : enjeux, obstacles, moyens*, Actes du colloque pluridisciplinaire de Rennes des 24 et 25 sept. 1998, Paris, 2001, éd. du C.F.E.S., p. 107-112.

LÉCUYER (B. P.),
L'hygiène en France avant Pasteur, in *Pasteur et la révolution pastorienne*, sous la dir. de Claire SALOMON-BAYET, Paris, Payot, 1986, p. 65-139.

LELONG (C.),
« Le droit médical doit préserver la frontière entre la faute et l'aléa », entretien avec François STASSE, rapporteur général de la Section du rapport et des études du Conseil d'État, *Petites affiches* 1998, n° 34, p. 4-8.

LEPAGE (C.),
Quelles innovations pour les installations classées ? Le nouveau décret d'application de la loi du 19 juillet 1976, *Petites affiches* 1994, n° 50 (CD-Rom, éd. 1999).

Que faut-il entendre par principe de précaution ?, *Gaz. Pal.* des 8-9 oct. 1999, p. 7-11.

Responsabilité des maires et des élus, Introduction au colloque de A.S.T.R.A.F.I. : « La responsabilité pénale des maires et des élus, *Petites affiches* 1995, n° 20, p. 3 (CD-Rom, éd. 1999).

LEMOYNE DE FORGES (J.-M.),
Les autorisations dérogatoires de création ou d'extension d'établissements hospitaliers privés, *R.D.S.S.* 1987, n° 3, p. 388-395.

La réforme hospitalière de 1991, *R.D.S.S.* 1991, n° 4, p. 527-540.

Sida : responsabilité et indemnisation des préjudices résultant de contamination par transfusion sanguine, *R.D.S.S.* 1992, n° 4, p. 557-570.

L'intervention de l'État en matière sanitaire. Quelques repères historiques, *E.C.D.E.* 1998, n° 49, p. 489-501.

La prévention dans la loi du 4 mars 2002 : organisation ou politique ?, *R.D.S.S.* 2002, n° 4, p. 745-751.

Collectivités locales et protection de la santé publique, in *Les collectivités locales. Mélanges en l'honneur de Jacques MOREAU*, contributions rassemblées par Jacques PETIT, Paris, Economica, 2003, p. 253-261.

Qu'est-ce que le droit de la santé ?, *R.G.D.M.* 2005, n° 15, p. 15-19.

Le droit des politiques publiques de protection sanitaire. Rapport de synthèse du colloque de l'A.F.D.S. du 17 mars 2005, *R.G.D.M.* 2005, n° spéc. : « La protection de la santé publique », p. 127-134.

LÉONARD (J.),

Les guérisseurs, *R.H.M.C.*, 1980, rééd. in *Médecins, malades et société dans la France du XIXe siècle*, Paris, Sciences en situation, textes réunis et présentés par Claude BÉNICHOU, p. 13.

LERIQUE (F.),

La loi du 1er août 2003 sur la rénovation urbaine, *A.J.D.A.* 2003, n° 41, p. 2195-2202.

LEROY (P.),

Le juge judiciaire et le lien de causalité médicale, *Petites affiches* 1994, n° 90 (CD-Rom, éd. 1999).

LÉVY (G.),

La prévention : l'avers et le revers de la médaille, *R.F.A.S.* 1996, n° 2 : « Santé, responsabilité et décision : les enjeux du risque », p. 133-139.

LIET-VEAUX (G.),

La technique des règlements sanitaires départementaux et communaux, *Rev. adm.* 1964, p. 145 à 147.

LIGNEAU (Ph.),

Le procédé de la déclaration préalable, *R.D.P.* 1976, p. 679-743.

Quelle santé ? Quelle prévention ?, *R.D.S.S.* 1983, n° 2 : « La prévention sanitaire en France », sous la dir. de Philippe LIGNEAU, p. 183-198.

Les régions, nouveaux acteurs dans le secteur social et la santé, *R.D.S.S.* 1996, n° 3, p. 485-501.

Le droit à la santé à l'épreuve du droit, in *Mélanges en l'honneur de Jean-Henri SOUTOUL*, Paris, Les Études Hospitalières, 2000, p. 147-164.

LINOTTE (D.),

L'unité fondamentale de l'action administrative ou l'inexistence de la police administrative en tant que catégorie juridique autonome, in *La police administrative existe-t-elle ?*, sous la dir. de Didier LINOTTE, Paris/Aix-en-Provence, Economica-P.U.A.M., 1985, coll. Droit public positif, p. 11-28.

LONG (M.),

Préface sur *Le principe de précaution dans la conduite des affaires humaines*, sous la dir. d'Olivier GODARD (O.), Paris, Éd. de la Maison des sciences de l'homme, 1997, I.N.R.A., p. 13-22.

LONGCHAMPS (F.),

Sur le problème du droit subjectif dans les rapports entre l'individu et le pouvoir, in *Mélanges en l'honneur de Paul ROUBIER*, Paris, Librairies Dalloz et Sirey, 1961, tome 1 : Théorie générale du Droit et Droit transitoire, p. 20-322.

LONDON (C.),

Le contrôle de pollution intégré en droit communautaire, *Petites affiches* 1996, n° 130, p. 7. (CD-Rom, éd. 1999).

Santé et environnement : des approches complémentaires, *Petites affiches* 2001, n° 48, p. 4-12.

LUCAS-GALLAY (I.),

Le domaine d'application du droit au refus de soins, une « peau de chagrin, *Petites affiches* 1997, n° 6, p. 6-8.

LUSSIER (L.),

L'ordre public et la police sanitaire au Québec, in *Études offertes à Jean-Marie AUBY*, Paris, Dalloz, 1992, p. 609-615.

LYON-CAEN (G.),
La réserve d'ordre public en matière de liberté d'établissement et de libre circulation. Chronique. Droit social européen, *R.T.D.E.* 1966, n° 4, p. 692-705.

MACHELON (J.-P.),
Pouvoir municipal et pouvoir central sous la Troisième République, *Rev. adm.* 1996, n° 290, p. 150-156.

MAILLARD DESGRÉES DU LOÛ (D.),
Police municipale. Cadre juridique. Police générale, *Juris-Classeur des collectivités territoriales*, Fasc. 710, 2, 1995, 19 p.

L'encadrement législatif du pouvoir de réquisition des préfets et la police administrative, *J.C.P.* A 2003, n° 1475.

Les soins obligatoires, in *Les obligations du patient*, colloque A.F.D.S. du 13 juin 2003, *R.G.D.M.* 2003, n° 11, p. 25-39.

MANAOUIL (C.) et GIGNON (M.),
Mise en œuvre de la loi sur la fin de vie, *R.G.D.M.* 2006, n° 20, p. 267-278.

MANAOUIL (C.), MARGRAFF (A.), GRASER (M.) et JARDÉ (O.),
Indemnisation des infections nosocomiales : qu'en est-il en 2005 ?, *R.G.D.M.* 2005, n° 15, p. 175-191.

MANITAKIS (A.),
Le respect de la valeur humaine comme limite et règle de jugement de l'expérimentation biomédicale, *R.I.D.C.* 1992, n° spéc. : « Journées de la Société de législation comparée », p. 297-309.

MANSART (B.),
La responsabilité médicale dans la fourniture de prothèses, *Petites affiches* 1999, n° 196, p. 4-13.

MARKUS (J.-P.),
Sursis à exécution et intérêt général, *A.J.D.A.* 1996, p. 251-263.

La refonte de la procédure disciplinaire devant les ordres des professions de santé, *R.D.S.S.* 2007, n° 4, p. 651-662.

MARTIN (G.),
Précaution et évolution du Droit, in *Le Principe de précaution dans la conduite des affaires humaines*, sous la direction d'Olivier GODARD, INRA, Paris, éd. de la Maison des sciences de l'homme, 1997, p. 331-351 (une première version est publié au *D.* 1995, chron., p. 299-306).

La responsabilité de la puissance publique pour retard, *Petites affiches* 1999 n° 174, p. 4-9 (1ère partie) et n° 175, p. 4-11 (2e partie).

La mise en œuvre du principe de précaution et la renaissance de la responsabilité pour faute, *Cahiers. Dr. Entr.* 1999, n° 1, p. 3.

MASCRET (C.),
La loi sur les produits défectueux et les « éléments ou produits du corps humain », *Petites affiches* 1999, n° 23, p. 15-19.

MASUREL (H.),
L'exécution des mesures de police administrative, *A.J.D.A.* 1999, n° spéc. annuel : « Puissance publique ou impuissance publique ? Une réévaluation des pouvoirs et procédures régaliens », p. 39-40.

MATHIEU (B.),
L'Affaire du sang contaminé et la Haute Cour de Justice, *R.F.D.C.* 1993, p. 427-435.

La Responsabilité pénale des ministres devant la Cour de Justice de la République, *R.F.D.C.* 1993, n° 15, p. 601-610.

Pour une reconnaissance de « principes matriciels » en matière de protection constitutionnelle des droits de l'homme, *D.* 1995, I, p. 211-212.

La dignité de la personne humaine : du bon (et du mauvais ?) usage en droit positif français d'un principe universel, in *Le droit, la médecine et l'être humain. Propos hétérodoxes sur quelques enjeux vitaux du XXIe siècle*, Aix-en-Provence, P.U.A.M., 1996, coll. Faculté de droit et de science politique d'Aix-Marseille. Laboratoire de Théorie Juridique, vol. 9, p. 213-236.

Force et faiblesse des droits fondamentaux comme instruments du droit de la bioéthique : le principe de dignité et les interventions sur le génome humain, *R.D.P.* 1999, n° 1, p. 93-111.

Les contraintes constitutionnelles pesant sur l'exécution d'office des mesures de police administrative, *A.J.D.A.* 1999, n° spéc. : « Puissance publique ou impuissance publique ? Une réévaluation des pouvoirs et procédures régaliens », p. 53-55.

Le droit des personnes malades, *Petites affiches* 2002, n° 122, p. 10-18.

De la difficulté de choisir entre la liberté et la vie. Réflexions sur la jurisprudence administrative relative à la transfusion des témoins de Jéhovah, *R.G.D.M.* 2003, n° 9, p. 97-104.

MAURAIN (C.) et VIALA (G.),
La nouvelle « responsabilité sans faute » des fabricants de produits pharmaceutiques, *R.D.S.S.* 1986, n° 4, p. 551-561.

MAZIAU (N.),
Le consentement dans le champ de l'éthique biomédicale française, *R.D.S.S.* 1999, n° 3, p. 469-492.

MEINERTZHAGEN-LIMPENS (A.),
Quelques aspects de l'ordre public en droit comparé, in *L'Ordre public. Concept et application*, Bruxelles, Bruylant, 1995, coll. de la Faculté de droit-ULB, Les conférences du centre de droit privé et de droit économique, vol. III, p. 220-256.

MELLERAY (F.),
L'obligation de prendre des mesures de police administrative initiales, *A.J.D.A.* 2005, n° 2, p. 71-76.

MÉMETEAU (G.),
Contrat hospitalier et obligation de soins, *R.D.S.S.* 1988, n° 3, p. 517-523.

Accréditation et responsabilité – Hypothèses, Colloque Institute for International Research, « De l'évaluation à l'accréditation », Paris, 28 janv. et 6 oct. 1998, *Gaz. Pal*. 1998, n°s 296-297, n° spéc. : « Droit de la Santé », p. 15-21.

A l'abordage ! de l'article 16 du Code civil, *Petites affiches* 1994, n° 149, p. 41-48.

Le décret du 28 décembre 1999 relatif à l'évaluation des pratiques professionnelles et à l'analyse de l'évolution des dépenses médicales et la liberté thérapeutique, *R.D.S.S.* 2000, n° 3, p. 533-541.

MEMLOUK (M.),
L'état du droit dans le domaine des installations classées, *A.J.D.A.* 2001, n° spéc. annuel : « Les sanctions administratives », p. 38-47.

MEYER-HEINE (A.),
La liberté de pensée, de conscience et de religion et la protection de la santé : deux aspects de la dignité de la personne protégés par le droit européen et parfois contradictoires, in *Éthique, droit et dignité de la personne humaine. Mélanges en l'honneur de Christian BOLZE*, sous la dir. de Philippe PEDROT, Paris, Economica, 1999, p. 301-315.

MODERNE (F.),
Le régime juridique des vaccinations obligatoires, *A.J.D.A.* 1965, p. 195-211.

Un nouveau progrès législatif dans la réparation des conséquences dommageables des vaccinations obligatoires, *R.D.S.S.* 1986, p. 583-586.

A propos des taxes dites « redevances d'assainissement » : le désordre des qualifications en droit fiscal, *R.J.F.* 1976, p. 157-161.

Le pouvoir de sanction administrative au confluent du droit interne et des droits européens, *R.F.D.A.* 1997, n° 1, p. 1-26.

La sanction administrative (éléments d'analyse comparée), *R.F.D.A.* 2002, n° 3, p. 483-495.

MOINE (I.) et JACOTOT (D.),
La « mélatonine » ou la peur de vieillir, *R.D.S.S.* 1996, n° 3, p. 549-563.

MOLINARI (P. A.),
La prestation des soins de santé et la protection des droits fondamentaux : esquisse d'une problématique, in *Études offertes à Jean-Marie AUBY*, Paris, Dalloz, 1992, p. 771-783.

MONDIELLI (É.),
Le droit de la responsabilité face aux infections nosocomiales : quoi de nouveau ?, *R.G.D.M.* 2003, n° 11, p. 137-157.

MONOD (H.),
Les mesures sanitaires en Angleterre depuis 1875 et leurs résultats, *Bull. de la société de Médecine Publique* 1891, n° 14, p. 79.

MOQUET-ANGER (M.-L.),

À propos des droits des personnes hospitalisées : le discours et la méthode, in *De l'hôpital à l'établissement public de santé*, sous la dir. de Marie-Laure MOQUET-ANGER, Paris, L'Harmattan, 1998, p. 369-386.

Ordre public et santé publique, in *L'Ordre public : Ordre public ou ordres publics ? Ordre public et droits fondamentaux*, Actes du colloque du Centre de recherche sur les droits fondamentaux de l'Université de Caen des 11 et 12 mai 2000, sous la dir. de Marie-Joëlle REDOR, Bruxelles, Bruylant, 2001, coll. Droit et Justice, n° 29, p. 199-212.

Le droit des personnes hospitalisées, *R.D.S.S.* 2002, n° 4, p. 657-672.

La régionalisation du système de santé, in *Les collectivités locales. Mélanges en l'honneur de Jacques MOREAU*, Paris, Economica, 2002, p. 313-323.

Les obligations du patient et l'assurance maladie : les exemples du carnet de santé et du médecin référent, in *Les obligations du patients*, Actes du colloque de l'A.F.D.S. du 13 juin 2003, *R.G.D.M*. 2003, n° 11, p. 49-59.

La représentation des usagers dans les instances hospitalières ou de santé publique, *J.C.P.* A 2006, n° 1094, p. 518-524.

Droit de la santé, unité ou dualité de l'ordre juridique, in *Le dualisme juridictionnel : limites et mérites*, sous la dir. d'Agathe VAN LANG, Paris, Dalloz, 2007, coll. thèmes et commentaires, p. 115-128.

MORANGE (G.),

Réflexions sur la notion de sécurité publique (à propos d'une prescription contestée de police de la circulation : l'obligation de port de la ceinture de sécurité), *D.* 1977, chron., p. 61-66.

MORANGE (J.),

Génétique et droits de l'homme, in *Études offertes à Jean-Marie AUBY*, Paris, Dalloz, 1992, p. 785-798.

La crise de la notion de liberté publique, in *Mélanges en hommage à Roland DRAGO. L'unité du droit*, Paris, Economica, 1996, p. 91-117.

Éthique et droits de l'homme, in *Présence du droit public et des droits de l'homme. Mélanges offerts à Jacques VELU*, Bruxelles, Bruylant, 1992, coll. de la Faculté de droit. Université libre de Bruxelles, t. 2, p. 1153-1166.

MOREAU (J.),

De l'interdiction faite à l'autorité de police d'utiliser une technique d'ordre contractuel. Contribution à l'étude des rapports entre police administrative et contrat, *A.J.D.A.* 1965, n° 1, p. 3 -17.

Droit administratif fondamental et droit administratif appliqué : l'exemple du droit de la santé publique, in *Études de droit et d'économie de la santé*, sous la dir. de Didier TRUCHET, Paris, Economica, 1982, « Travaux et recherche ». Série Faculté des sciences juridiques de Rennes, p. 27-41.

Police administrative. Théorie générale, *Juris-classeur administratif*, fasc. 2000.

La police administrative. Introduction générale, *Encyclopédie Dalloz*, Collectivités locales, t. 2, fasc. 2215.

La police de la salubrité publique, *Encyclopédie Dalloz*, Collectivités locales, t. 3, fasc. 2700 à 2812.

La responsabilité de la puissance publique en droit administratif français, *R.I.D.C.* 1992, n° spéc. : « Journées de la Société de législation comparée », p. 165-188.

La responsabilité pénale des établissements publics de santé et le Nouveau Code pénal, *A.J.D.A.* 1995, n° 10, dossier spéc. : « L'intervention publique dans le domaine de la santé », p. 620-624.

La responsabilité pénale des personnes morales de droit public en droit français, Colloque de Sienne : « La responsabilité pénale des personnes morales », 25 et 26 mai 1996, *Petites affiches* 1996, n° 149, p. 41 (CD-Rom, éd. 1999).

Le droit à la santé, *A.J.D.A.* 1998, n° spéc. annuel : « Les droits fondamentaux », p. 185-190.

Les « matières contractuelles », *A.J.D.A.* 1998, n° 10, p. 747-752.

Polices administratives. Théorie générale, *Juris-Classeur Administratif*, Fasc. 200, 2, 1993, 25 p.

Responsabilité administrative et sécurité publique. Droit positif et perspectives d'évolution, *A.J.D.A.* 1999, n° spéc. : « Puissance publique ou impuissance publique ? Une réévaluation des pouvoirs et procédures régaliens », p. 96-99.

MOREL (A.),

La gestion des risques sanitaires : vers une administration de la santé rénovée, *R.F.A.S.* 1997, n° spéc. : « La sécurité sanitaire : enjeux et questions », p. 39-47.

MORELLE (A),

Le retour de la santé publique ?, *Après-demain* 1996, n° 389 : « La santé publique, une affaire d'État », p. 12-17.

Le principe de précaution, in *De quoi sommes-nous responsables ?*, Huitième forum *Le Monde*, Le Mans, 25, 26 et 27 oct. 1996, textes réunis et présentés par Thomas FERENCZI, Paris, Le Monde-Éditions, 1997, p. 168-179.

MORET-BAILLY (J.),

Les ordres professionnels des professions d'auxiliaires médicaux, *R.D.S.S.* 2007, n° 3, p. 472-483

MOUTOUH (H.),

La dignité de l'homme en droit, *R.D.P.* 1999, n° 1, p. 159-196.

MOYSAN (H.),

La codification à droit constant ne résiste pas à l'épreuve de la consolidation, *D.A.* 2002, n° 4, p. 6-14.

La codification devant le Conseil constitutionnel, *A.J.D.A.* 2004, n° 34, p. 1849-1856.

MURARD (L.),

La santé publique, matière administrative extraordinaire, *R.F.A.S.* 2001, n° 4, p. 77-83.

MURARD (L.) et ZYLBERMAN (P.),

Science, administration centrale et liberté locale : la France hygiéniste entre l'Allemagne et l'Angleterre (1877-1902), *Annuaire d'histoire administrative européenne* 1993, n° 5 : « Bureaucratisation et professionnalisation de la politique sociale en Europe (1870-1918) », p. 125-154.

La République contre l'hygiène ? (1870-1940), *Après-demain*, 1996, n° 389 : « La santé publique. Une affaire d'État », p. 5-11.

NOIVILLE (C.),

La lente maturation jurisprudentielle du principe de précaution, *D.* 2007, p. 1515-1518.

NSIE (É.),

Les fautes des membres du « personnel » hospitalier, *Petites affiches*. 1998, n° 15, p. 9-18.

ODENT (R.),

Les droits de la défense, *E.D.C.E.* 1953, p. 55-70.

OLLIER (P.),

La responsabilité de l'employeur en matière d'accidents du travail et de maladies professionnelles. Jurisprudence récente de la Chambre sociale, in *Rapport annuel 2002* de la Cour de cassation, *www.courdecassation.fr*.

OLOUMI (Z.),

Vers un nouveau principe général du droit : Le respect du « principe de précaution » ?, *www.rajf.org*, 27 p.

Le principe de précaution, outil effectif du processus de décision publique, 12 juin 2004, *www.rajf.org*, 19 p.

OST (F.),

Le milieu, un objet hybride qui déjoue la distinction public-privé, in *Public-Privé*, C.U.R.A.P.P., Paris, P.U.F., 1995, p. 97-107.

OURLIAC (P.),

Le droit social au Moyen Âge, in *Histoire du droit social. Mélanges en hommage à Jean IMBERT*, sous la dir. de Jean-Louis HAROUEL, Paris, P.U.F., 1989, p. 447-456.

PAILLET (M.),

Vers un renouveau des sources de la responsabilité administrative en droit français, *Études offertes à Jean-Marie AUBY*, Paris, Dalloz, 1992, p. 259-279.

PAPIN (J.-P.),

La responsabilité de la puissance publique dans le contentieux des installations classées, *C.J.E.G.* 1984, n° 394, p. 365-376.

PARIENTE (A.),

Le refus de soins : réflexions sur un droit en construction, *R.D.P.* 2003, n° 5, p. 1419-1447.

PAVIA (M.-L.),

Éléments de réflexions sur la notion de droit fondamental, Congrès français de droit constitutionnel de Bordeaux des 13, 14 et 15 mai 1993, *Petites affiches* 1994, n° 54 (CD-Rom, éd. 1999).

La découverte de la dignité de la personne humaine, in *La dignité de la personne humaine*, sous la dir. de Marie-Luce PAVIA et Thierry REVET, Paris, Economica, 1999, coll. Études Juridiques, p. 3-23.

PEDRAZZI (C.),

La responsabilité pénale des personnes morales, Rapport de synthèse sur le Colloque de Sienne : « La responsabilité pénale des personnes morales », 25 et 26 mai 1996, *Petites affiches* 1996, n° 149, p. 62 (CD-Rom, éd. 1999).

PÉDROT (Ph.),

La dignité de la personne : principe consensuel ou valeur incantatoire ?, Avant-propos sur *Éthique, droit et dignité de la personne humaine. Mélanges Christian BOLZE*, sous la dir. de Philippe PEDROT, Paris, Economica, 1999, p. XI-XVII.

Libres propos sur la démocratie sanitaire, *Petites affiches* 2002, n° 122, p. 5-9.

PELLOUX (R.),

Vrais et faux droits de l'homme. Problèmes de définition et de classification, *R.D.P.* 1981, p. 53-68.

PÉQUIGNOT (H.),

La Santé, *Encyclopaedia Universalis*, *verbo* « Santé ».

PERELMAN (Ch.),

Les notions à contenu variable en droit, essai de synthèse, in *Les notions à contenu variable en droit*, sous la dir. de Chaïm PERELMAN et de Raymond VANDER ELST, Bruxelles, Bruylant, 1984, coll. Travaux du Centre national de recherche de logique, p. 363-374.

PERREAU (E.-H.),

Police administrative et Police médico-pharmaceutique, in *Mélanges Maurice HAURIOU*, Paris, Sirey, 1929, p. 599-621.

PETIT (J.),

Nouvelles d'une antinomie : contrat et police, in *Les collectivités locales. Mélanges en l'honneur de Jacques MOREAU*, contributions rassemblées par Jacques PETIT, Paris, Economica, 2003, p. 345-360.

Police et contrat, *A.C.C.P.* 2007, p. 20-44.

PETIT (S.),

Une nouvelle définition des délits d'imprudence, *Gaz. Pal.* des 9-10 juill. 2000, p. 2-31.

PETIT (Y.),

La notion de médicament en droit communautaire, *R.D.S.S.* 1992, n° 4, p. 571-586.

PEYRICAL (J.-M.),

Le juge administratif et la sauvegarde des actes de l'annulation. Étude sur la neutralisation et la substitution des motifs, *A.J.D.A.* 1996, n° 1, p. 22-34.

PEYSSARD (L.),

Les problèmes de la santé dirigée, *Semaine sociale de France* 1951-XXXVIII, *Santé et Société*, p. 229-264.

PEZARD (A.) et INSOLERA (G.),

Notions de responsabilité individuelle et de responsabilité collective, Colloque de Sienne : « La responsabilité pénale des personnes morales », 25 et 26 mai 1996, *Petites affiches* 1996, n° 149, p. 12 (CD-Rom, éd. 1999).

PHILIPP (D.),

De la responsabilité à la solidarité des personnes publiques, *R.D.P.* 1999, n° 2, p. 593-631.

PICARD (É.),

Le pouvoir discrétionnaire en droit administratif français, *R.I.D.C.* 1989 : *Journées de la Société de législation comparée*, p. 295-319.

L'influence du droit communautaire sur la notion d'ordre public, *A.J.D.A.* 1996, n° spéc. annuel : « Droit administratif et droit communautaire », p. 55-75.

L'émergence des droits fondamentaux en France, *A.J.D.A.* 1998, n° spéc. annuel : « Les droits fondamentaux. Une nouvelle catégorie juridique ? », p. 6-42.

L'impuissance publique en droit, *A.J.D.A.* 1999, n° spéc. annuel : « Puissance publique ou impuissance publique ? Une réévaluation des pouvoirs et procédures régaliens », p. 11-20.

La fonction de l'ordre public dans l'ordre juridique. Introduction générale, in *L'Ordre public : Ordre public ou ordres publics ? Ordre public et droits fondamentaux*, Actes du colloque du Centre de recherche sur les droits fondamentaux de l'Université de Caen des 11 et 12 mai 2000, sous la dir. de Marie-Joëlle REDOR, Bruxelles, Bruylant, 2001, coll. Droit et Justice, n° 29, p. 17-61.

PINIOT (M.-C.),
Sanctions administratives et personnes morales : une autre forme de répression, Colloque de Sienne : « La responsabilité pénale des personnes morales », 25 et 26 mai 1996, *Petites affiches* 1996, n° 149, p. 54 (CD-Rom, éd. 1999).

PISSALOUX (J.-L.),
Réflexions sur les moyens d'ordre public dans la procédure administrative contentieuse, *R.D.P.* 1999, n° 3, p. 781-828.

PLANTEY (A.),
Définition et principes de l'ordre public, in *L'Ordre public*, Académie des sciences morales et politiques. Fondations Singer-Polignac, sous la dir. de Raymond POLIN, Paris, P.U.F., 1996, coll. Politique d'aujourd'hui, p. 27-45.

PLATEAUX (A.),
Moralité et police administrative du maire, *Gaz. Pal.* 1997, 2, p. 1266-1272.

POILLOT-PERUZZETTO (S.),
Ordre public et droit communautaire, *D.* 1993, chron, p. 177-182.

POLIN (R.),
L'ordre public, in *L'ordre public, Actes du colloque de Paris des 22 et 23 mars 1995*, Paris, P.U.F, 1995, Académie des sciences morales et politiques, Fondation Singer-Polignac, Politique d'aujourd'hui, p. 7-25.

PONSEILLE (A.),
Le droit de la personne malade au respect de sa dignité, *R.G.D.M.* 2003, n° 11, p. 159-178.

PONTIER (J.-M.),
Sida, de la responsabilité à la garantie sociale (à propos de la loi du 31 décembre 1991), *R.F.D.A.* 1992, n° 3, p. 532-545.

L'intérêt général existe-t-il encore ?, *D.* 1998, I, p. 327-333.

A quoi servent les lois ?, *D.* 2000, I, p. 57-60.

Le dommage et le préjudice, in *Vers de nouvelles normes en droit de la responsabilité publique ?*, Actes du colloque organisé sous la présidence du M. Christian PONCELET, Président du Sénat, par l'Université Paris 13, les 11 et 12 mai 2001, Paris, Les colloques du Sénat, 2003, p. 117-148.

La puissance publique et la prévention des risques, *A.J.D.A.* 2003, n° 33, p. 1752-1761.

Prévenir pour se prémunir, *A.J.D.A.* 2006, n° 14, p. 729.

Pourquoi tant de normes ?, *A.J.D.A.* 2007, n° 15, p. 769

PORTHAIS (A.),
N'empoisonnez donc plus à l'arsenic !, *D.* 1998, chron., p. 334-336.

PORTIER (Ph.),
Droit et liberté dans la pensée politique au XIXe siècle, *Droits* 1994, n° 19, p. 49-61.

POSCHOUD (A.-C.),
L'interdiction de fumer : une règle encore difficile à observer, *Petites affiches* 1994, n° 9 (CD-Rom, éd. 1999)

POULET-GIBOT LECLERC (N.),
La contractualisation des relations entre personnes publiques, *R.F.D.A.* 1999, n° 3, p. 551-565

POURRIAT (J.-L.) et KIERZEK (G.),
La responsabilité du médecin face à l'urgence, *Médecine et Droit* 2006, p. 91-97 (1ère publication dans la revue *Experts* 2005, n° 68, p. 35-40).

PY (P.),
Vers un statut de l'homme biologique. Les lois sur la bioéthique, *R.D.P.* 1996, n° 5, p. 1319-1346.

RADÉ (C.),
Le principe de précaution, une nouvelle éthique de la responsabilité ?, in *Le principe de précaution*, colloque de l'Université de Bourgogne des 27 et 28 avr. 2000, *R.J.E.* 2000, n° spéc., p. 75-89.

RASSON-ROLLAND (A.),

Le pouvoir réglementaire des ordres professionnels en matière d'art de guérir, in *Présence du droit public et des droits de l'homme. Mélanges offerts à Jacques VELU*, Bruxelles, Bruylant, 1992, coll. de la Faculté de droit. Université libre de Bruxelles, t. 3, p. 1855-1870.

REDOR (M.-J.),

Ouverture du colloque du Centre de recherche sur les droits fondamentaux de l'Université de Caen des 11 et 12 mai 2000, *L'Ordre public : Ordre public ou ordres publics ? Ordre public et droits fondamentaux*, sous la dir. de Marie-Joëlle REDOR, Bruxelles, Bruylant, 2001, coll. Droit et Justice, n° 29, p. 9-15.

RÉGNIER (F.),

Prévoir la santé, *Prospective et santé* 1978, n° 7, p. 45-57.

REGOURD (S.),

Le service public et la doctrine. Pour un plaidoyer dans le procès en cours, *R.D.P.* 1987, n° 1, p. 5-48.

RIERA (R.),

Zones d'ombre, *A.J.D.A.* 1999, n° spéc. annuel : « Puissance publique ou impuissance publique ? Une réévaluation des pouvoirs et procédures régaliens », p. 103-104.

RENARD (D.),

Logiques politiques et logiques de programme d'action : la création des administrations sociales sous la IIIe République, *R.F.A.S.* 2001, n° 4, p. 33-39.

RENARD (S.),

L'hygiène hospitalière dans la lutte contre les infections nosocomiales, in *De l'hôpital à l'établissement public de santé*, sous la dir. de Marie-Laure MOQUET-ANGER, Paris, L'Harmattan, 1998, coll. Logiques juridiques, p. 239-257.

Le droit de pétition sous la Cinquième République, *R.R.J.* 2000, n° 1, p. 223-240.

La politique nationale de lutte contre les infections nosocomiales, *B.J.S.P* 2000, n° 25, p. 9-12.

La préparation du système de santé aux menaces sanitaires de grande ampleur, *B.J.S.P.* 2007, n° 105, p. 10-12.

REVEAU (R.),

Information médicale : l'élaboration d'un régime commun de responsabilité civile et administrative, *D.A.* 2002, n° 6, p. 4.

RIALS (S.),

Les standards, notions critiques du Droit, in *Les notions à contenu variable en droit*, sous la dir. de Chaïm PERELMAN et Raymond VANDER ELST, Bruxelles, Bruylant, 1984, coll. des travaux du centre national de recherches de logiques, p. 39-53.

RIVERO (J.),

Les transformations sociales et le développement de la protection légale de la santé, in *Santé et Société. Découvertes biologiques et la médecine sociale au service de l'homme*, Montpellier, 1951, éd. de la chronique sociale, Semaine sociale de France n° XXXVIII, p. 71-88.

Existe-t-il un critère du droit administratif ?, *R.D.P.* 1953, n° 2, p. 279-296 (rééd. in *Pages de doctrine*, Paris, L.G.D.J., 1982, vol. 2, p. 187-202).

État de droit, état du droit, in *L'État de Droit. Mélanges BRAIBANT*, Paris, Dalloz, 1996, p. 609-614.

Les limites de la liberté, in *Libertés. Mélanges Jacques ROBERT*, sous la coord. de Xavier ROBERT, Paris, Montchrestien, 1998, 569-X p., Préface de Georges VEDEL, p. 189-194.

RIVIÈRE (M.),

L'humanisation de la médecine collective, in *Santé et Société. Découvertes biologiques et la médecine sociale au service de l'homme*, Montpellier, 1951, éd. de la chronique sociale, Semaine sociale de France n° XXXVIII, p. 359-381.

ROBERT (G.),

La médecine au XVIIIe siècle, Conférence prononcée le 19 mai 1994 à l'Institut catholique dans le cadre du C.E.J.E.P., *Petites affiches* 1994, n° 144 (CD-Rom, éd. 1999).

ROGER (C.),

La qualité et la sécurité sanitaire des produits alimentaires : un des enjeux du Millénium Round de l'O.M.C., *Pour mieux comprendre l'actualité* (INRA – Département ESR), janv. 2000, *www.inra.fr*.

Analyse de risque et principe de précaution : vers de nouveaux rapports « connaissance » / « politique » ?, in *Pour mieux comprendre l'actualité* (INRA Département E.S.R.) mars 2000, *www.inra.fr*.

ROMAIN (J.-F.),
L'ordre public et les droits de l'Homme, in *L'Ordre public. Concept et applications*, Bruxelles, 1995, éd. Bruylant, coll. de la Faculté de droit-ULB, Les conférences du centre de droit privé et de droit économique, vol. III, p. 9-12.

ROMAN (D.),
Le respect de la volonté du malade : une obligation limitée ?, *R.D.S.S.* 2005, n° 3, p. 423-441.

« A corps défendant ». La protection de l'individu contre lui-même, *D.* 2007, I, p. 1284-1293.

Les sans-abri et l'ordre public, *R.D.S.S.* 2007, n° 6, p. 952-964.

ROMI (R.),
La responsabilité pour carence des autorités de police administrative, *Petites affiches* 1986, n° 148, p. 28-36.

Les contrôles du respect des normes de protection de l'environnement par les collectivités locales dans les pays du Conseil de l'Europe, *Petites affiches* 1995, n° 83, p. 46 (CD-Rom, éd. 1999).

Sur les tendances modernes en matière de réparation, Journée de l'École doctorale « Normes et société » de Nantes du 30 mai 1996 : « La réparation », *Petites affiches* 1997, n° 91, p. 12 (CD-Rom, éd. 1999).

L'ancrage du droit de l'environnement : aspects institutionnels, réglementaires et jurisprudentiels, *R.D.P.* 1999, n° 3, p. 901-918.

Du « paradoxe des conséquences » de l'interventionnisme sanitaire du législateur illustré par la répression du « purin d'ortie », *A.J.D.A.* 2007, n° 4, p. 177-179.

ROUGÉ-MAILLART (C.), SOUSSET (N.) et PENNEAU (M.),
Influence de la loi du 4 mars 2002 sur la jurisprudence récente en matière d'information du patient, *Médecine et droit* 2006, p. 64-70.

ROUQUIÉ (S.),
Les rapports actuels entre le droit et les sciences de la vie, *Petites affiches* 1998, n° 57, p. 12 (CD-Rom, éd. 1999).

ROUVILLOIS (F.),
Le raisonnement finaliste du juge administratif, *R.D.P.* 1990, n° 4, p. 1817-1857.

ROUYÈRE (A.),
L'exigence de précaution saisie par le juge. Réflexions inspirées par quelques arrêts récents du Conseil d'État, *R.F.D.A.* 2000, n° 2, p. 266-287.

Responsabilité et principe de précaution, in *Vers de nouvelles normes en droit de la responsabilité publique ?*, Actes du colloque organisé sous la présidence du M. Christian Poncelet, Président du Sénat, par l'Université Paris 13, les 11 et 12 mai 2001, Paris, Les colloques du Sénat, 2003, p. 225-244.

Protection de la santé publique et droit de la responsabilité, *R.G.D.M.* 2005, n° spéc. : « La protection de la santé publique », p. 105-126.

Principe de précaution et responsabilité civile des personnes publiques, *D.* 2007, p. 1537-1542.

SACHS (O.),
Principe de précaution et contrôle de légalité, *C.J.E.G.* 1999, n° 560, p. 420-426.

SAINT-AFFRIQUE (D.),
Regard sur la loi relative aux droits des malades et à la fin de vie, *Médecine et droit* 2005, n°s 74-75, p. 133-145.

SAINT-JAMES (V.),
Le droit à la santé dans la jurisprudence du Conseil constitutionnel, *R.D.P.* 1997, n° 2, p. 457-485.

Réflexions sur la dignité de l'être humain en tant que concept juridique du droit français, *D.* 1997, p. 61-66.

SAINT-JOURS (Y.),
Variation sur la qualification de la faute inexcusable, *R.D.S.S* 1985, n° 2, p. 173-177.

SAISON-DEMARS (J.),
Le médecin inspecteur de santé publique : contribution à la réhabilitation d'un fonctionnaire méconnu, *R.D.S.S.* 2007, n° 3, p. 458-471.

SALAS (D.),

Criminalisation de la responsabilité, in *De quoi sommes-nous responsables ?*, Huitième forum *Le Monde*, Le Mans, 25, 26 et 27 oct. 1996, textes réunis et présentés par Thomas FERRENCZI, Paris, Le Monde éditions, p. 90-103.

SALES (E.),

Vers l'émergence d'un droit administratif des libertés fondamentales ?, *R.D.P.* 2004, n° 1, p. 207-241.

SARGOS (P.),

L'obligation d'informer le patient, *Petites affiches* 1999, n° 189, n° spéc. : « La responsabilité médicale ». Troisième journée Henri Souleau, p. 9-14.

L'aléa thérapeutique devant le juge judiciaire, *J.C.P.* 2000, I, 202.

Approche judiciaire du principe de précaution en matière de relation médecin/patient, *J.C.P.* 2000, I, 226.

SAVATIER (R.),

L'ordre public économique, *D.* 1965, chron. VI, p. 37-44.

Responsabilité de l'État dans les accidents de vaccination obligatoire reconnus imparables, in *Le juge et le droit public, Mélanges offerts à Marcel WALINE*, Paris, L.G.D.J.,1974, t. II, p. 751-758.

SAUVÉ (J.-M.),

État de droit et efficacité, *A.J.D.A.* 1999, n° spéc. annuel : « Puissance publique ou impuissance publique ? Une réévaluation des pouvoirs et procédures régaliens », p. 119-128.

Les sanctions administratives en droit public français, *A.J.D.A.* 2001, n° spéc. annuel : « Les sanctions administratives. Actualité et perspectives », p. 16-24.

SCHINAR (O.),

Libre circulation des personnes : politique intérieure ou affaires étrangères ?, *R.I.D.C.* 1997, p. 245-253.

SCHOETTL (J.-E.),

Intérêt général et Constitution, in *L'intérêt général. Rapport public 1999* du Conseil d'État, Paris, La documentation française, 1999, E.D.C.E. n° 50, p. 375-386.

SCHNEIDER (A.),

Réparation et répression : histoire d'une transformation par la notion de risque, *Petites affiches* 1999, n° 123, p. 13-20.

SCHWARTZ (R.),

Éloge de la codification, *D.A.* 2003, n° 10, p. 11.

SÉBASTIEN (G.),

Quelques propos sur le don de sang en France, *Petites affiches* 1998, n° 19, p. 23 (CD-Rom, éd. 1999).

SEGUR (Ph.),

Prévoir en politique, *Petites affiches* 1997, n° 11, p. 5 (CD-Rom, éd. 1999).

SEILLER (B.),

Pourquoi ne rien voter quand on peut adopter une loi inutile ? A propos de l'article 1er de la loi du 20 décemebre 2007 relative à la simplification du droit, *A.J.D.A.* 2008, n° 8, p. 402-406.

SELIGMANN (F.),

Une affaire d'État, *Après-Demain* 1996, n° 389, p. 4.

SÉRIAUX (A.),

Le principe d'ordre public de l'indisponibilité du corps humain, in *Le droit, la médecine et le corps humain. Propos hétérodoxes sur quelques enjeux vitaux du XXIe siècle*, Aix-en-Provence, P.U.A.M., 1996, coll. du Laboratoire de Théorie Juridique, vol. 9, p. 147-164.

SETBON (M.),

Le risque comme problème politique. Sur les obstacles de nature politique au développement de la santé publique, *R.F.A.S.* 1996, n° 2 : « Santé, responsabilité et décision : les enjeux du risque », p. 11-28.

Le principe de précaution en questions, *R.F.A.S.* 1997, nos 4-5, p. 201-207.

SEUVIC (J.-F.),

Variations sur l'humain, comme valeurs pénalement protégées, in *Éthique, droit et dignité de la personne humaine. Mélanges en l'honneur de Christian BOLZE*, sous la dir. de Philippe PEDROT, Paris, Economica, 1999, p. 339-385.

SIERPINSKY (B.),
La police administrative au secours de la permission de minuit, *Rev adm.* 1998, n° 306, p. 723-730 (1ère partie), n° 307, p. 28-34 (2nde partie).

SMALLWOOD (O.),
La normalisation des règles de l'art médical : une nouvelle source de responsabilité pour les professionnels de santé ?, *Médecine et Droit*, 2006, n° 79-80, p. 121-126.

SOLER-COUTEAUX (P.),
Les témoins de Jéhovah : synthèse du colloque tenu à l'Assemblée nationale : « Les témoins de Jéhovah, le droit de la famille, de la santé, du service nationale et les libertés publiques », *Petites affiches* 1994, n° 95 (CD-Rom, éd. 1999).

SOURNIA (J.-Ch.),
La notion de santé, in *L'homme et la santé*, sous la dir. de Marie-Agnès BERNADIS, Paris, Seuil, 1992, p. 85-89.

SOUSSE (M.),
Quelle réforme en matière de responsabilité médicale ?, *Petites affiches* 1994, n° 122 (CD-Rom, éd. 1999).

SOUTEYRAND (É.),
La responsabilité de l'administration, *A.J.D.A.* 1999, n° spéc. annuel : « Puissance publique ou impuissance publique ? Une réévaluation des pouvoirs et procédures régaliens », p. 92-93.

SUDRE (F.),
Existe-t-il un ordre public européen ?, in *Quelle Europe pour les droits de l'homme ?*, sous la dir. de Paul TAVERNIER, Bruxelles, Bruylant, 1996, p. 39-81.

SUEUR (Ph.),
La loi du 22 mars 1841. Un débat parlementaire : l'enfance protégée ou la liberté offensée, in *Histoire du droit social. Mélanges en hommage à Jean IMBERT*, sous la dir. de Jean-Louis HAROUEL, Paris, P.U.F., 1989, p. 493-508.

SUEUR (V.),
Le juge administratif devant le risque médical. Du risque spécial au risque social, *R.F.A.S.* 1996, n° 2 : « Santé, responsabilité et décision : les enjeux du risque », p. 41-52.

TABUTEAU (D.),
Le droit à la santé : quelques éléments d'actualité, *Dr. soc.* 1991, n° 4, p. 332-337.

La sécurité sanitaire, une obligation collective, un droit nouveau, in *La sécurité sanitaire : enjeux et questions*, *R.F.A.S.* 1994, nos 3-4, p. 15-18.

Les pouvoirs publics et le risque sanitaire, *R.F.A.S.* 1996, n° 2 : « Santé, responsabilité et décision : les enjeux du risque », p. 29-40.

Sécurité sanitaire et agences, le renouveau de la santé publique, in *Réflexions sur le droit de la santé. Rapport public 1998* du Conseil d'État, Paris, La documentation française, 1998, E.D.C.E. n° 49, p. 473-487.

La sécurité sanitaire dans les politiques de santé, colloque du C.E.R.D.P.E., tenu à l'Université de Bourgogne les 27 et 28 avr. 2000 (publié à la *R.J.E.* 2000, n° spéc.)

Les nouvelles ambitions de la politique de prévention, *Dr. soc.* 2001, n° 12, p. 1085-1089.

La politique de santé : entre sécurité sociale et sécurité sanitaire, *Dr. soc.* 2001, n° 2, p. 186-189.

Les interdictions de santé publique, *Sève* 2007, n° 12, p. 21-38.

Sécurité sanitaire et droit de la santé, *R.D.S.S.* 2007, n° 5, p. 823-842.

TCHEN (V.),
L'influence des revirements de jurisprudence sur l'action de l'administration, *Petites affiches* 1994, n° 88 (CD-Rom, éd. 1999).

TERRÉ (F.),
Rapport introductif, in *L'ordre public à la fin du XXe siècle*, Actes du colloque d'Avignon du 7 oct. 1994, sous la coord. de Thierry REVET, Paris, Dalloz, 1996, coll. Thèmes et Commentaires, p. 3-12.

TERNEYRE (Ph.),
Les adaptations aux circonstances du principe de constitutionnalité. Contribution du Conseil constitutionnel à un droit de la nécessité, *R.D.P.* 1987, n° 3, p. 1489-1515.

TEXIDORE (R.),
Nature juridique de la redevance : une clarification bienvenue, *R.J.F.* 1988, p. 379-384.

TEYSSEIRE (D.),

Aux origines de la médecine sociale et de la politique de la santé publique, in *L'Avis au peuple sur sa santé* de Tissot, *Mots / Les langages du politique*, 1991, n° 26, p. 47-64.

THÉROND (J.-P.),

Dignité et libertés. Propos sur une jurisprudence contestable, in *Pouvoir et Liberté. Études offertes à Jacques MOURGEON*, Bruxelles, Bruylant, 1998, p. 295-306.

THIBAULT-PAYEN (J.),

L'exil des cimetières et des morts à la veille de 1789 : l'exemple de la primitive Église, in *Histoire du droit social. Mélanges en hommage à Jean IMBERT*, sous la dir. de Jean-Louis HAROUEL, Paris, P.U.F., 1989, p. 509-517.

THIERRY (D.),

Le nouveau règlement sanitaire international : vers plus d'efficacité pour combattre les épidémies, *R.D.S.S.* 2007, n° 3, p. 447-457.

THIRIEZ (F.),

L'irruption du juge pénal dans le paysage administratif, *A.J.D.A.* 1999, n° spéc. annuel : « Puissance publique ou impuissance publique ? Une réévaluation des pouvoirs et procédures régaliens », p. 105-106.

THUILLIER (G.),

Les secours publics dans les villes en l'an II : le projet du deuxième rapport Barère, in *Histoire du droit social. Mélanges en hommage à Jean IMBERT*, sous la dir. de Jean-Louis HAROUEL, Paris, P.U.F., 1989, p. 529-536.

TISSEYRE-BERRY (M.),

La coopération pharmaceutique internationale, *R.D.S.S.* 1982, n° 70, p. 254-264.

TORRELLI (M.),

Le Sida et la lutte anti épidémiologique, *A.F.D.I.* 1987, p. 195-209.

Le Sida, une pandémie, *R.G.D.I.* 1991, p. 93-107.

TOUBLANC (A.),

De la prétendue disparition de la faute lourde en matière de responsabilité médicale, *A.J.D.A.* 2004, n° 22, p. 1173-1178.

THOUVENIN (D.),

Les droits des personnes malades ne peuvent être transformés en obligations, in « Les droits et obligations des patients », XVIe entretiens du Centre Jacques Cartier, Université Jean Moulin, Lyon 3, déc. 2003*R.G.D.M.* 2004, n° 13, p. 79-99.

TRAORÉ (S.),

La nature juridique des plans de prévention, *A.J.D.A.* 2003, n° 41, p. 2185-2194.

TREMEUR (M.),

La responsabilité des services publics hospitaliers. Évolution / perspectives, *Petites affiches* 1995, n° 83, p. 17 (CD-Rom, éd. 1999).

TROUILLY (P.),

Étiquetage et traçabilité des produits alimentaires contenant des O.G.M., note sous décr. n° 2001-1072 du 15 nov. 2001 portant application du Code de la consommation en ce qui concerne l'étiquetage des denrées et des ingrédients alimentaires contenant des additifs et des arômes génétiquement modifiés ou produits à partir d'organismes génétiquement modifiés, *Environnement* 2002, comm. 17.

TRUCHET (D.),

L'autorité juridique des principes d'exercice de la médecine, in *Études de droit et d'économie de la santé*, Paris, Economica, 1982, « Travaux et recherche ». Série Faculté des sciences juridiques de Rennes, p. 43-54.

Pour une approche juridique des mesures de prévention, *R.D.S.S.* 1983, n° spéc. : « La prévention sanitaire en France », p. 453-474.

La loi n° 91-748 du 31 juillet 1991 relative à la réforme hospitalière (*J.O.* 2 août 1991, p. 10255), *A.J.D.A.* 1992, n° 2, p. 130- 139.

« Tout dommage oblige la personne publique à laquelle il est imputable à le réparer ». À propos et autour de la responsabilité hospitalière, *R.D.S.S.* 1993, n° 1, p. 1-13.

L'intervention publique dans le domaine de la santé, *A.J.D.A.* 1995, n° 10, dossier spéc. : « L'intervention publique dans le domaine de la santé », p. 587-596.

La décision médicale et le droit, *A.J.D.A.* 1995, n° 10, dossier spéc. : « L'intervention publique dans le domaine de la santé », p. 611-619.

Unité et diversité des « grands principes » du service public, *A.J.D.A.* 1997, n° spéc. annuel : « Le service public », p. 38-46.

L'autorité de police est-elle libre d'agir ?, *A.J.D.A.* 1999, n° spéc. annuel : « Puissance publique ou impuissance publique ? Une réévaluation des pouvoirs et procédures régaliens », p. 81-82.

La décision publique et le droit de la responsabilité face au principe de précaution, Rapport de synthèse du colloque du C.E.R.D.P.E., tenu à l'Université de Bourgogne les 27 et 28 avr. 2000 (*R.J.E.* 2000, n° spéc.).

L'obligation d'agir pour la protection de l'ordre public : la question d'un droit à la sécurité, in *L'Ordre public : Ordre public ou ordres publics ? Ordre public et droits fondamentaux*, Actes du colloque du Centre de recherche sur les droits fondamentaux de l'Université de Caen des 11 et 12 mai 2000, sous la dir. de Marie-Joëlle REDOR, Bruxelles, Bruylant, 2001, coll. Droit et Justice, n° 29, p. 299-316.

L'intervention publique face au respect des libertés individuelles, in *L'Éducation en santé : enjeux, obstacles, moyens*, Actes du colloque pluridisciplinaire de Rennes des 24 et 25 sept. 1998, Paris, 2001, éd. du C.F.E.S., p. 94-100.

La loi du 4 mars 2002 et la prévention : une double lecture, *Petites affiches* 2002, n° 122, p. 43-47.

Avant-propos au colloque annuel de l'A.F.D.S. du 17 mars 2005 : *La protection de la santé publique*, *R.G.D.M.* 2005, n° spéc., p. 9-10.

L'urgence sanitaire, *R.D.S.S.* 2007, n° 3, p. 411-425.

TURLAN (J. M.),

Jalons pour l'histoire d'un mot, in *La responsabilité à travers les Âges*, sous la dir. de Marguerite BOULET-SAUTEL, Guillaume CARDASCIA et alii., Paris, Economica, 1989, 153 p., Préface de Jean IMBERT, p. 115-124.

VALLAR (C.),

Infections nosocomiales et responsabilité après la loi du 4 mars 2002, *B.J.S.P.* 2002, n° 51, p. 13-16.

VAN GYSEL (A.-Ch.) et ROMAIN (J.-F.),

Conclusions générales : l'ordre public entre hétérogénéité et homogénéité, in *L'Ordre public. Concept et application*, Bruxelles, 1995, éd. Bruylant, coll. de la Faculté de droit-ULB, Les conférences du centre de droit privé et de droit économique, vol. III, p. 306-327.

VEDEL (G.),

Les bases constitutionnelles du droit administratif, *E.D.C.E.* 1954, n° 8, p. 21-53 (rééd. in *Pages de doctrine*, Paris, L.G.D.J., 1982, vol. 2, p. 129-176).

VELTCHEFF (C.),

Le risque : un écueil étymologique, une aventure sémantique, *R.F.A.S.* 1996, n° 2 : « Santé, responsabilité et décision : les enjeux du risque », p. 69-72.

VANDERMEEREN (R.),

Police administrative et service public : quand la police administrative et le service public se rencontrent dans les salles de casino et s'unissent sur les pistes de ski, *A.J.D.A.* 2004, n° 35, p. 1916-1922.

VERKINDT (P.-Y.),

Sécurité sociale et sécurité sanitaire : bref retour sur la loi du 1er juillet 1998 relative au renforcement de la veille sanitaire, *R.D.S.S.* 1999, n° 1, p. 37-45.

VÉRON (M.),

La responsabilité pénale du médecin, *Petites affiches* n° 189, n° spéc. : « La responsabilité médicale ». Troisième journée Henri Souleau, p. 23-28.

VIALA (G.),

Les « bonnes pratiques » : une source de droit pharmaceutique en extension, *R.D.S.S.* 1986, n° 4, p. 598-602.

La loi du 1er juillet sur la veille sanitaire : incidences sur la pharmacie, *R.D.S.S.* 1998, n° 4, p. 782-790.

VIALA (G.) et CAMPION (M.-D.),

Le médicament et l'Union européenne : la nouvelle donne, *Petites affiches* 1994, n° 59 (CD-Rom éd. 1999).

La nouvelle législation des « produits biologiques à effet thérapeutique » (Loi n° 96-542 du 28 mai 1996), *Petites affiches* 1996, n° 143, p. 11 (CD-Rom éd. 1999).

VIALA (G.) et VION (D.),

Le monopole pharmaceutique : une auberge espagnole, *R.D.S.S.* 1988, n° 3, p. 486-493.

Une nouvelle réglementation des substances vénéneuses, *R.D.S.S.* 1989, n° 3, p. 454-466.

La loi n° 94-43 du 18 janvier 1994 et la pharmacie, *R.D.S.S.* 1994, n° 2, p. 239-250.

VIEL (M.-T.),

Errements des sanctions administratives, *A.J.D.A.* 2007, n° 19, p. 1006-1010.

VIGOUROUX (C.),

Planification, autorisation, schéma, *A.J.D.A.* 1995, n° 10, dossier spéc. : « L'intervention publique dans le domaine de la santé », p. 592-603.

VILLEY (M.),

Esquisse historique sur le mot responsable, in *La Responsabilité à travers les Âges*, sous la dir. de Marguerite BOULET-SAUTEL, Guillaume CARDASCIA et alii., Paris, Economica, 1989, 153 p., Préface de Jean IMBERT, p. 75-88.

VIMBERT (Ch.),

L'ordre public dans la jurisprudence du Conseil constitutionnel, *R.D.P.* 1994, p. 693-745.

VINCENT (J.),

La procédure civile et l'ordre public, in *Mélanges en l'honneur de Paul ROUBIER*, Paris, Librairies Dalloz et Sirey, 1961, t. II : Droit privé-Propriété industrielle, littéraire et artistique, p. 303-341.

VINEY (G.),

Principe de précaution et responsabilité civile des personnes privées, *D.* 2007, p. 1542-1546.

VOISSET (M.),

La reconnaissance en France, d'un droit des citoyens à la qualité dans les services publics, *R.F.D.A.* 1999, n° 4, p. 743-749.

WACHSMANN (P.),

Les droits de l'homme, *R.T.D.E.* 1997, p. 883-902.

La recevabilité du recours pour excès de pouvoir à l'encontre des contrats. Pour le centenaire de l'arrêt *Martin*, *R.F.D.A.* 2006, n° 1, p. 24-31.

WEIL (L.),

La dignité de la personne humaine en droit administratif, in *La dignité de la personne humaine*, sous la dir. de Marie-Luce PAVIA et Thierry REVET, Paris, Economica, 1999, coll. Études Juridiques, p. 85-106.

WEIL (P.),

Le Conseil d'État statuant au contentieux : politique jurisprudentielle ou jurisprudence politique ?, *Annales de la Faculté de droit d'Aix-en-Provence* 1959, p. 285.

WELSCH (S.),

Responsabilité médicale : la nouvelle donne, *Petites affiches* 1998, n° 43, p. 6-12.

WERTENSCHLAG (B.),

Nouvelles infractions et nouveaux responsables en matière de droit pénal de l'environnement, *Petites affiches* 1994, n° 115 (CD-Rom éd. 1999).

IV.- OBSERVATIONS, NOTES ET CHRONIQUES DE JURISPRUDENCE

(V. également les tables de jurisprudence)

Anonymes,

La dissimulation délibérée d'une erreur médicale grave constitue une faute personnelle du médecin, obs. sous C.E., 28 déc. 2001, *M. Valette*, *B.J.S.P.* 2002, n° 51, p. 19-20.

note sous C.A.A. de Paris 12 septembre 1996, *C.H.R.* de Grasse, *Quot. Jur*. du 18 dévr. 1997, n° 14, p. 2.

note sous Cass. crim., 9 oct. 1958, *Debeurm*, *Gaz. Pal*. 1958, II, p. 318-319.

note sous C.E., sect., 25 sept. 1998, *Assoc. Greenpeace France*, *D.A.* 1998 (10), n° 310, p. 18-19 (note de la rédaction).

note sous C.E., 20 mars 2000, *G.I.S.T.I.*, *Jurisprudence de la Santé 1999-2000*, p. 63-65.

note sous T.A. Bordeaux, 29 févr. 1956, *Meunier et Caisse primaire de Sécurité sociale de la Gironde c/ Ministre de l'Intérieur, de l'Éducation nationale, de la Santé publique et de la Population, D.* 1956, p. 462-464.

C.B.,

note sous C.E., 24 févr. 1999, *Sté Pro-Nat, D.A.* 1999, n° 239, p. 33.

C. M.,

note sous C.E., 23 févr. 1998, *Laboratoire Vetinject, D.A.* 1998, n° 140, p. 29-30.

C. M., F.D. et Y.A.,

Le Conseil d'État, le droit à la vie et le contrôle de conventionalité, étude sous C.E., Ass., 21 décembre 1990, *Assoc. pour l'objection de conscience à toute participation à l'avortement – Assoc. des médecins pour le respect de la vie* et *Conféd. nat. des assoc. familiales catholiques* (2 esp.), *A.J.D.A.* 1991, n° 2, p. 91 (CD-Rom éd. 1999).

D. C.,

note sous CE, 12 juin 1998, *Cne de Chessy, D.A.* 1999, n° 15, p. 23-24.

D. P.,

note sous C.E., 9 oct. 1996, *Soc. Solvay, D.A.* 1997, n° 8, p. 16.

note sous C.E., 21 févr. 1997, *Ministre de l'Environnement, D.A.* 1997, n° 137, p. 23-24.

F. G.,

note sous C.E., Sect., 25 avr. 1958, *Soc. « Laboratoires Geigey », J.C.P.* 1958, 10747.

J.C.,

note sous C.E., Ass., 22 juin 1951, *Sieur Daudignac, D.* 1951, J., p. 582-593.

M. D.,

note sous C.E., 2 déc. 1983, *Ville de Lille c. Ackermann et a., Quot. Jur.* du 28 janv. 1984, p. 13 (*Lextenso*).

P.L.J.,

C.E., 12 juill. 1939, *Chambre syndicale des maîtres buandiers de Saint-Étienne, D.* 1940, 3, p. 1-2.

R. S.,

note sous CE, 22 févr. 1999, *Zaaf, D.A.* 1999, n° 178, p. 31.

note sous C.E., 25 juin 1997, *Gleize, D.A.* 1997, n° 393, p. 23-24.

Transfusion sanguine : un cas de cumul de responsabilité publique et privée, note sous T.C., 14 févr. 2000, *Ratinet, D.A.* 2000, n° 121, p. 31-32.

ADRIEN (J.-M.),

Les limites du pouvoir de police du maire face à une police spéciale, note sous C.A.A. de Nancy, 5 août 2004, *Préfet de la Haute-Saône c. Cne de Saulnot*, n° 02NC00779, *A.J.D.A.* 2004, n° 37, p. 2039-2040.

ALBERT (N.),

Une illégalité n'engage pas nécessairement la responsabilité de l'administration, note sous C.E., 30 septembre 2002, *M. Dupuy*, n° 230154, *A.J.D.A.* 2003, n° 9, p. 445-448.

ALLOITEAU (S.),

L'extension de la jurisprudence *Bianchi* aux anesthésies générales pratiquées lors d'interventions dépourvues de fin thérapeutiques, note sous C.E., 3 nov. 1997, *Petites affiches* 1998, n° 12, p. 20-26.

Du refus d'engager la responsabilité sans faute de l'État pour la contamination d'un chirurgien par le V.I.H. lors d'un accident du travail, note sous CAA Paris, 5 mai 1998, *Ministre de l'Emploi et de la Solidarité c/ M. X., Centre hospitalier intercommunal de Poissy-Saint-Germain-en-Laye Petites affiches* 1999, n° 56, p. 6-13.

ARMAND (G.),

Le couvre-feu imposé aux mineurs : une conception nouvelle de la sécurité, note sous C.E., ord., 9 juill. 2001, *Préfet du Loiret* et 27 juill. 2001, *Ville d'Étampes, A.J.D.A.* 2002, n° 4, p. 351-359.

AUBY (J.-B.),

note sous T.C., 19 déc. 1988, *Soc. de distribution d'eau intercommunale, A.J.D.A.* 1989, p. 269-270.

Concours de police et déchets, obs. sous C.E., 11 janvier 2007, n° 287674, *D.A.* 2007, 2, p. 1-2.

AUBY (J.-M.),

note sous C.E., 25 juill. 1975, *Sieur Chaigneau*, *R.D.P.* 1975, p. 342-354.

note sous T.A. Bordeaux, 29 févr. 1956, *Meunier et Caisse primaire de Sécurité sociale de la Gironde c/ Ministre de l'Intérieur, de l'Éducation nationale, de la Santé publique et de la Population*, *D.* 1956, II, p. 620-621.

note sous C.E., Ass., 26 févr. 1962, *Sieur Kervers-Pascalis*, *D.* 1963, J., p. 606-609.

Des problèmes posés par les produits abortifs devant le Conseil d'État, chron. sous C.E., 17 octobre 1990, *Association pour l'objection de conscience à toute forme d'avortement* ; 21 décembre 1990 et 21 janvier 1991, *Confédération nationale des associations catholiques familiales*, *R.D.S.S.* 1991, n° 2, p. 228-236.

note sous C.E., Sect., 3 novembre 1997, *Hôpital Joseph Imbert d'Arles*, *R.D.P* 1998, n° 3, p. 891-899.

À propos du refus de transfusion sanguine, note sous C.A.A. Plén., 9 juin 1998, *Mme Senanayake et Mme Donyoh* (2 esp.), *R.D.P.* 1999, n° 1, p. 235-247.

BALLOUHEY (B.),

Les séropositifs sont-ils juridiquement malades ?, note sous Cass. civ. 1ère, 7 oct. 1998, *Mme P. c/ Soc. Générali France*, *Petites affiches* 1999, n° 59, p. 8-12.

BAS (J.-A.),

La responsabilité des centres hospitaliers en cas de contamination par le virus de l'hépatite C à la suite d'une transfusion sanguine, note sous C.A.A. Lyon, 2 oct. 1997, *Petites affiches* 1998, n° 55, p. 9-13.

BELORGEY (J.-M.), GARVASONI (S.) et LAMBERT (C.),

chron. sous C.J.C.E., 22 oct. 2002, *National Farmers' Union*, C-241/01; *A.J.D.A.* 2003, n° 8, p. 378.

chron. sous C.J.C.E., 10 déc. 2002, *British American Tobacco*, *A.J.D.A.* 2003, n° 8, p. 380-382.

chron. sous C.J.C.E., 14 oct. 2004, *Omega Spielhallen und Automatenaustellungs Gmbh*, *A.J.D.A.* 2005, n° 6, p. 308.

BENJAMIN (M.-Y.),

note sous C.A.A. Bordeaux, 16 juill. 1998, *Préfet de l'Ariège*, *D.A.* 1998, n° 369, p. 15-16.

BENOIT (L.),

note sous C.A.A. de Marseille, 18 oct. 2001, *Min. de l'Emploi et de la Solidarité* (4 esp.), *A.J.D.A.* 2002, n° 3, p. 257-259.

BILLET (Ph.),

La guerre des polices n'aura plus lieu, note sous C.E., 17 novembre 2007, *Sté générale d'Archives*, *J.C.P.* A 2005, n° 1176.

BLAEVOET (Ch.),

note sous C.E., 5 juill. 1957, *Département de la Sarthe*, *D.* 1958, J., p. 188-190.

BON (P.),

obs. sous C.E., 6 novembre 1981, *Richefeu*, *D.* 1981, S.C., p. 347.

obs. sous C.E., 21 février 1986, *Vanderschelden et a.* (2 esp.) et C.E., 11 juill. 1986, *Assoc. des copropriétaires du terrain des peupliers et Evrard*, *D.* 1987, S.C., p. 404-405.

obs. sous C.E., 7 mai 1993, *Lavaud*, *D.* 1994, S.C., p. 271-272.

BON (P.) et DE BÉCHILLON (D.),

obs. sous C.E., 21 janv. 1998, *Min. de l'Environnement*, *D.* 2000, S.C., p. 256.

obs. sous C.E., 29 nov. 1999, *Polyclinique des Alpilles*, *D.* 2000, S.C., p. 253.

obs. sous C.E., 31 mars 1999, *Assistance publique à Marseille*, *D.* 2000, SC, p. 241-243.

BONNET (A.),

obs. sous T.A. de Clermont-Ferrand, 30 janv. 1986, *M. René Lambert c. Min. de l'Environnement*, *A.J.D.A.* 1986, p. 522-523.

BOUCHER (J.) et BOURGEOIS-MACHUREAU (B.),

Indemnisation de la perte de chance : le Conseil d'État poursuit sa conversion au probabilisme, chron. sous C.E., Sect., 21 déc. 2007, *Centre hospitalier de Vienne*, n° 289328, *A.J.D.A.* 2008, n° 3, p. 135-140.

BOURRACHOT (F.),

La responsabilité en matière de police sanitaire, note sous C.A.A. de Lyon, 6 déc. 2001, *M. X., Me Gladel, Min. de l'Agriculture*, 19 juin 2003, *M. Y. c. Min. de l'Agriculture* et *M. Z. c. Min. de l'Agriculture* (3 esp.), *A.J.D.A.* 2003, n° 34, p. 1831-1838.

BOUSSARD (S.),

Comment sanctionner la violation du droit à l'information de l'usager du système de santé ? Les incertitudes de la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, *R.D.P.* 2004, n° 1, p. 169-205.

Principe de précaution et référé suspension, note sous C.E., ord., 31 mars 2003, *Union nat. de l'apiculture française*, *A.J.D.A.* 2003, n° 26, p. 1388-1389.

BRAIBANT (G.), *v.* FOURNIER (J.)

BRAUD (Fr.) et MOUSTAROLIER (A.),

Les limites de l'obligation de remise en état des sols pollués par une installation classée, note sous C.E., 17 novembre 2007, *Société générale d'Archives*, *A.J.D.A.* 2005, n° 12, p. 675-679.

BRÉNIER (J.),

note sous C.A.A. Bordeaux, 11 janv. 1996, *SCI Résidence Hôtel Palmeria*, *A.J.D.A.* 1996, n° 3, p. 198-199.

BUGADA (A.),

note sous T.G.I. de Marseille, ord. J.A.F., 9 mars 2000, *X. c. Y.*, *J.C.P.* 2001, II, 10590.

Nul n'est censé ignorer les méfaits du tabac, note sous Cass. civ. 2e, 20 nov. 2003, *D.* 2004, p. 653,

CABANES (P.) et LÉGER (D.),

obs. sous C.E., 8 déc. 1972, *Ville de Dieppe*, *A.J.D.A.* 1973, p. 28-31.

chron. sous C.E., Ass., 20 oct. 1972, *Ville de Paris c/ Sieur Marabout*, *A.J.D.A.* 1972, p. 581-583.

CABANES (P.), *v.* également LABETOULLE (D.).

CALVO (J.),

Importations parallèles en droit communautaire : l'exception de santé publique, note sous C.J.C.E., 12 nov. 1996 (aff. C-201/94), *The Quenne et The Medecines Control Agency, Smith and Nephew Pharma Central Ltd/Prime crown Ltd*, *Petites affiches* 1997, n° 83 (CD-Rom éd. 1999).

CARPI-PETIT (S.),

Considérations sur la causalité entre la vaccination contre l'hépatite B et la sclérose en plaques, note sous sous C.E., 9 mars 2007, *Schwartz*, *J.C.P.* A 2007, n° 2277

CASSIA (D.),

Le droit de grève comme liberté fondamentale et la réquisition des personnels de santé, note sous C.E., 9 décembre 2003, *Mme Aiguillon*, *R.F.D.A.* 2004, n° 2, p. 311-321.

CASTILLO (M.),

La circulation des stupéfiants en droit communautaire, note sous C.J.C.E., 28 mars 1995 (aff. C-324/93 *Petites affiches* 1996, n° 96, p. 26 (CD-Rom éd. 1999).

CAYLA (J.-S.),

Décision administrative d'urgence pour prévenir une épidémie d'origine alimentaire, note sous C.E., 25 nov. 1994, *Ministre de l'Intérieur et de la l'aménagement du territoire c/ Grégoire*, *R.D.S.S.* 1995, p. 503-507.

Limitations légitimes de la liberté de fumer, note sous C.E. 9 juill. 1993, *Association Collective pour la défense des droits et des libertés*, *R.D.S.S.* 1994, p. 30-34.

Exclusion d'un crèche pour non respect des obligations vaccinales, note sous C.E., 29 juillet 1994, *Roland Courty c/ Association Espace pour la petite enfance et département des Pyrénées Atlantique*, *R.D.S.S.* 1995, n° 2, p. 283- 287.

Publicité indirecte en faveur du tabac, note sous Cass., 22 janv. 1997, *Comité de lutte contre le tabagisme c/ J.-P. et J.-C. Decaux, Régie publicitaire de mobilier urbain (RPMU)*, *R.D.S.S.* 1997, p. 541-544.

La protection de la santé publique comme justification des restrictions d'échanges commerciaux entre les États membres de la C.E.E., note sous C.J.C.E., 12 mars 1984, aff. C-178 / 84, *C.E.E. c/ R.F.A.*, et C- 176 / 84, *C.E.E. c/ République hellénique*, *R.D.S.S.* 1987, p. 345-354.

Réparation du préjudice subi par les transfusés et hémophiles contaminés par le virus de l'immuno-déficience humaine, note sous C.E., 31 janv. 1996 (4 esp.), *R.D.S.S.* 1996, p. 518-521.

Obligation de moyens et de résultats dans l'exécution des directives communautaires de protection sanitaire, obs. sous C.J.C.E. 8 et 15 mars 2001, *R.D.S.S.* 2001, n° 3, p. 470-471.

Commentaire sous C.E., 15 nov. 1996, *Assoc. « liberté, information, santé » c. Ministère de l'Agriculture et de la Pêche*, *R.D.S.S.* 1997, n° 2, p. 247-248.

CHABAS (F.),

Un important arrêt de la Cour de cassation sur les infections nosocomiales, obs. sous Cass. civ. 1ère, 21 mai 1996, *Cl. Bouchard c. Caillol*, n° 94-16586, *La Revue du Praticien* du 13 févr. 1997, n° 363.

CHARLES (H.),

note sous C.E., Sect., 16 janv. 1970, *De Fligue*, *G.A.D.U.*, 4e éd., Paris, Dalloz, 1996, p. 239-245, n° 16.

CHAUVAUX (D.) et GIRARDOT (T.-X.),

note sous C.E., Ass., 10 juill. 1996, *M. Cayzeele*, *A.J.D.A.* 1996, n° 10, p. 732-738.

CHAUVIN (N.),

Les rapports complexes entre règlement sanitaire et plans d'urbanisme, note sous C.E., 7 janv. 2004, *Nouque*, *A.J.D.A.* 2004, n° 20, p. 1099-1101.

CLÉMENT (C.),

La responsabilité sans faute de l'hôpital pour un acte médical non thérapeutique, note sous C.E., 3 nov. 1997, *Hôpital Saint-Joseph Imbert d'Arles*, *R.D.S.S.* 1998, n° 3, p. 519-533.

L'obligation d'information médicale : les divergences des juges administratif et civil, *Petites affiches* 1999, n° 114, dossier spéc. : « L'obligation d'information du médecin (à propos de deux arrêts de la Cour de cassation du 7 oct. 1998 », p. 12-14.

Le médecin, son obligation de soins et la volonté du malade, note sous C.E., 26 octobre 2001, *Petites affiches* 2002, n° 11, p. 18-21.

COMBARNOUS (M.),

concl. sur C.E., 14 déc. 1962, *Doublet*, *D.* 1963, J., p. 117-120.

COSTA (D.),

L'influence du droit européen sur la procédure administrative française, note sous C.E., 29 juillet 2002, *Mme R.* et *Soc. Polytech Silimed Europe GmbH* (2 esp.), *A.J.D.A.* 2002, n° 22, p. 1394-1398.

COULET (F.),

obs. sous T.A. de Clermont-Ferrand, 11 avril1958, *Chabaud*, *A.J.D.A.* 1958, p. 299-300.

COURTRAY (F.),

De l'empoisonnement en matière de contamination sexuelle par le V.I.H., note sous Cass. crim., 2 juill. 1998, *Claude Y.*, *Petites affiches* 1998, n° 126, p. 9-18.

CRISTOL (D.),

Le possible contrôle, par le juge de l'excès de pouvoir, des recommandations de bonne pratique, note sous C.E., 26 septembre 2005, *Conseil national de l'Ordre des médecins*, *R.D.S.S.* 2006, n° 1, p. 53-67.

DE BÉCHILLON (D.),

Satisfecit pour un *self-restraint*, note sous C.E., Ass., 26 oct. 2001, *Mme Catherine Senanayake*, *R.F.D.A.* 2002, n° 1, p. 156-162.

DEBOUY (C.),

La responsabilité de l'État pour faute simple du fait de la contamination des hémophiles par le virus du SIDA, note sous C.E., Ass., 9 avril 1993, *M. D...*, *M. G... et M. et Mme B.…* (3 esp.), *J.C.P.* 1993, II, 22 110 (p. 331-336).

DEFFIGIER (C.),

note sous C.A.A. de Bordeaux, 18 juin 2002, *S.A.R.L. Protex et Soc. de droit étranger Général Accident*, *A.J.D.A.* 2002, n° 14, p. 968-969.

La responsabilité en matière de police des bruits du voisinage, note sous C.E., 28 novembre 2003, *Commune de Moissy-Cramayel*, *A.J.D.A.* 2004, n° 18, p. 988-991.

DEGUERGUE (M.),

note sous C.E., Ass., 9 avr. 1993, *M. G.*, *M. D.* et *M. et Mme B.* et , *M. Bianchi*, *Quot. Jur.* du 15 juillet 1993, n° 56, p. 6 (*Lextenso*, 5 p.).

Ne constitue pas une faute de nature à engager la responsabilité de l'hôpital un acte médical indispensable à la survie du patient même transfusé contre sa volonté, note sous C.E., 26 octobre 2001, *A.J.D.A.* 2002, n° 3, p. 259-263.

La responsabilité du fait des produits et appareils de santé défectueux à l'hôpital, note sous C.E., 9 juillet 2003, *A.P.-H.P. c. Mme Marzouk*, *A.J.D.A.* 2003, n° 36, p. 1946-1950.

L'autorité compétente pour imposer des vaccinations obligatoires à certains militaires, note sous C.E., Ass., 3 mars 2004, *A.L.I.S*, *R.D.S.S.* 2004, n° 3, p. 608-618.

La responsabilité en matière de police sanitaire, note sous C.E., 12 mai 2004, *Soc. Gillot*, *A.J.D.A.* 2004, n° 27, p. 1487-1492.

DEHARBE (D.),

Vers un juge-administrateur au contentieux des installations classées ?, note sous C.E., Sect., 4 mai 1998, *M. Téallier*, *Petites affiches* 1999, n° 159, p. 18-24.

note sous T.A. de Lille, 19 avril 2000, *Fédération Nord-Nature c. Syndicat mixte pour la révision et le suivi de la mise en œuvre du schéma directeur de l'arrondissement de Lille*, *A.J.D.A.* 2000, n° 9, p. 751-755.

DELALOY (G.),

Amiante : le Conseil d'État confirme la responsabilité de l'État, note sous C.E., Ass., 3 mars 2004, *Min. de l'Emploi et de la Solidarité c. Xueref* et *Min. de l'Emploi et de la Solidarité c.Thomas* (2 esp.), *D.A.* 2004, n° 87, p. 35-37.

DELHOSTE (M.-F.),

Carence dans l'usage de la police des installations classées : partage de responsabilité entre l'État et le maire, note sous C.E., 13 juill. 2007, *Cne de Taverny*, n° 293210 et C.A.A. de Versailles, 8 mars 2006, *Cne de Taverny*, *A.J.D.A.* 2007, n° 41, p. 2266-2270.

DELPIROU (D.),

note sous T.A. Versailles, 14 juin 1985, *Société de nivellement du Val d'Oise*, *C.J.E.G.* 1986, p. 138-142.

DELVOLVÉ (P.),

chron. sous C.E., 22 déc. 1978, *Union des chambres.....*, *.D.*1979, IR, p. 91.

note sous C.E., Ass., 10 juill. 1996, *M. Cayzeele*, *R.F.D.A.* 1997, n° 1, p. 89-99.

DONIER (V.),

La protection de la victime d'un dommage dû à l'utilisation de produits de santé défectueux, note sous C.E., 15 juillet 2004, *M. André Dumas*, *A.J.D.A.* 2005, n° 5, p. 274-280.

DONNAT (F.) et CASAS (D.),

Les dispositions impératives à caractère général d'une circulaire ou d'une instruction font grief, chron. sous C.E., Sect., 18 décembre 2002, *Mme Duvignère*, *A.J.D.A.* 2003, n° 10, p. 487-490.

Responsabilité de la puissance publique et recommandation émise par une instance consultative, chron. sous C.E., Sect., 31 mars 2003, *Ministre de l'Économie, des Finances et de l'Industrie c. S.A. Laboratoires pharmaceutiques Bergaderm*, *A.J.D.A.* 2008, n° 18, p. 935-938.

Le pouvoir réglementaire « autonome » du ministre de la Défense, chron. sous C.E., Ass., 3 mars 2004, *A.L.I.S.*, *A.J.D.A.* 2004, n° 18, p. 971-974.

Lorsque l'administration ne peut plus, sans faute, rester inactive, chron. sous C.E., Ass., 3 mars 2004, *Min. de l'Emploi c. Botella* et *Min. de l'Emploi c. Cts Thomas* (2 esp.), *A.J.D.A.* 2004, n° 18, p. 974-977.

DORSNER-DOLIVET (A.),

note sous Cass. civ. 1ère, 17 févr. 1993, *Mme Masson c/ Bilheauro et autres*, *J.C.P.* 1994, II, 22 226.

Le défaut de précision du geste chirurgical peut engager la responsabilité du praticien, note sous Cass. civ. 1ère, 13 oct. 1999, *M. et a. c. Cts C. et a.*, *J.C.P.* 2000, II, 10 270.

DRAGO (R.),

note sous C.E., Ord. du Président de la Section du Contentieux, 15 févr. 1982, *Commune de Garches*, *R.D.P.* 1983, p. 211-215.

DUBOUIS (L.),

Vaccination obligatoire. Responsabilité de l'État, obs. sous C.E., 5 décembre 1969, *Époux Mouton*, *R.D.S.S.* 1970, p. 308-309.

Doit-on sanctionner le médecin qui respecte le refus du malade de consentir à un traitement ?, note sous C.E., 29 juill. 1994, *Garnier*, *R.D.S.S.* 1995, p. 57-61.

Le refus de soins : qui, du patient ou du médecin doit arbitrer entre la vie et Dieu ?, note sous C.E., 26 oct. 2001, *Mme X.*, *R.D.S.S.* 2002, n° 1, p. 41-49.

DUBUY (M.),

obs. sous C.A.A. de Nancy, 5 avr. 2007, *C.H. de Châlons-en-Champagne c. N.*, *J.C.P.* A 2007, n° 2271 (11), p. 23-24.

DUFAU (J.),

obs. sous C.E., 30 mars 1962, *Denegri*, *A.J.D.A.* 1963, p. 488-489.

obs. sous C.E., 17 avr. 1963, *Sieur Blois*, *A.J.D.A.* 1963, p. 486.

DUPRAT (J.-P.),

La recherche d'une protection constitutionnelle du corps humain : la décision 94-343-344 DC du 27 juillet 1994, *Petites affiches* 1994, n° 149 (CD-Rom éd. 1999).

DUTHEILLET DE LAMOTHE (O.) et ROBINEAU (Y.),

chron. sous T.C., 5 décembre 1977, *Delle Motsch* et 12 juin 1978, *Société Le Profil*, *AJDA* 1978, p. 444-446.

EDELMAN (B.),

note sous C.A. Paris, 28 mai 1996, *Soc. Benetton S.P.A. et a. c. Assoc. Aides Fédération nationale*, *D.* 1996, J., p. 617-620.

ESPER (Cl.),

Stérilisation des dispositifs médicaux. Une obligation de résultat, note sous C.E., 24 févr. 1999, *Union hospitalière privée*, *D.A.* 1999, n° 204, p. 26.

FALALA (G.),

comm. sous C.E., Sect. soc., avis n° 275.048 du 30 sept. 1958, *G.A.C.E.* n° 4.

FAVOREU (L.),

note sous les décisions n° 90-283 et 90-287 DC du 16 janv. 1991, *R.F.D.C.* 1991, p. 293.

FAVOREU (L.) et PHILIP (L.),

note sous n° 75-54 DC du 15 janv.1975, *G.D.C.C.*, 8e éd., Paris, Dalloz, 1995, n° 23, p. 295-323.

note sous n° 94-343 DC et 94-344 DC du 27 juill. 1994, *G.D.C.C.*, 8e éd., Paris, Dalloz, 1995, n° 47, p. 847-863.

FOUASSIER (É.),

La responsabilité du fait des produits défectueux s'étend-elle au préjudice moral ?, note sous Cass. civ. 1ère, 28 avr. 1998, *Petites affiches* 1999, n° 9, p. 17-20.

FOUCHER (K.),

Le droit à l'environnement est-il utilement invocable dans le cadre du référé-liberté ?, note sous C.E., ord., 11 mai 2007, *Assoc. interdépartementale et intercommunale pour la protection du lac de Sainte-Croix et a.*, n° 305427, *A.J.D.A.* 2007, n° 47, p. 2262-2265.

FOULQUIER (N.),

obs. sous C.A.A. de Paris, 11 juill. 2007, *Cne de Mitry-Mory*, n° 05PA01942, *J.C.P.* A 2007, n° 2327 (14), p. 19-20.

FOURNIER (J.) et CAMBARNOUS (M.),

note sous C.E., 23 mai 1958, *Dame veuve Jacques Amoudruz et époux Amoudruz*, *A.J.D.A.* 1958, p. 309-310.

chron. sous C.E., sect., 14 févr. 1958, *Sieur Abisset*, *A.J.D.A.* 1958, p. 221-222.

chron. sous C.E., Sect., 25 avr. 1958, *Soc. « Laboratoires* Geigey, *A.J.D.A.* 1958, p. 227- 228.

chron. sous C.E., Ass., 4 juill. 1958, *Sieur Graff*, *A.J.D.A.* 1958, p. 314-315.

FOURNIER (J.) et BRAIBANT (G.),

obs. sous C.E., Sect., 2 nov. 1956, *Société coopérative laitière de Hermes*, *A.J.D.A.* 1956, p. 491.

FRIER (P.-L.),

Couvre-feu pour les enfants ?, note sous C.E., ord., 29 juill. 1997, *Préfet du Vaucluse*, *R.F.D.A.* 1998, p. 383-389.

FROMENT (J.-Ch.),

note sous C.E., Ass., 27 oct. 1995, *Commune de Morsang-sur-Orge*, *R.D.P.* 1996, n° 2, p. 549-564.

GALABERT (J.-M.) et GENTOT (Y.),
chron. sous C.E., Ass., 13 juill. 1962, *Min. de la Santé publique et de la Population c. Sieur Lastrajoli*, *A.J.D.A.* 1962, p. 553-555.

GARRIDO (L.),
chron. sous C.A.A. de Bordeaux, 14 nov. 2006, *Cne d'Ardin c. Préfet des Deux-Sèvres*, n° 04BX00265, *J.C.P.* A 2007, n° 2016 (11), p. 21-22.

GENTOT (Y.) et FOURRÉ (J.),
chron. sous C.E., Ass., 13 juill. 1962, *Min. de la Santé publique et de la Population c. Sieur Lastrajoli*, *A.J.D.A.* 1962, p. 580-581.

chron. sous C.E., Sect., 14 déc. 1962, *Doublet*, *A.J.D.A.* 1963, p. 85-87.

chron. sous C.E., 29 avr. 1963, *Dame Rapin*, *A.J.D.A.* 1963, p. 343-344.

GESTERMANN (B.),
La loi Évin du civil au pénal, note sous Trib. correct. de Quimper, 19 mai 1994, *C.N.C.T. c. Decaux et a.*, *Petites affiches* 1994, n° 135 (1ère partie) et n° 137 (2nde partie) (CD-Rom éd. 1999).

GIRARDOT (T.-X.) et RAYNAUD (F.),
chron. sous C.E., Sect., 3 nov. 1997, *Hôpital Joseph-Imbert d'Arles*, *A.J.D.A.* 1997, n° 12, p. 959-962.

GOLLÉTY (F.),
La non-responsabilité de l'État, en l'absence de faute manifeste et de particulière gravité, pour refus d'examen de la valeur thérapeutique d'un vaccin, note sous C.E., 10 mai 1957, *Marbais*, *D.* 1958, J., p. 190-191.

GOUESSE (É.),
Consentement, aléa thérapeutique et responsabilité médicale, note sous Cass. civ. 1ère, 7 oct. 1998 (2 esp.), *Petites affiches* 1999, n° 114, p. 4-11.

GRAS (F.),
La publicité indirecte en faveur du tabac, note sous C.A. de Paris, 9 mars 1995, *Decaux et autres* et C.A. de Rennes, 6 avr. 1996, *C.N.C.T. c. Decaux et autres*, *Petites affiches* 1995, n° 95, p. 33 (CD-Rom éd. 1999).

Première décision de la Cour de cassation en matière de publicité indirecte en faveur du tabac, note sous Cass. crim., 22 janv. 1997, *Petites affiches* 1997, n° 21, p. 11-16.

Tabagisme actif et passif, la nécessaire conciliation des droit, note sous T.G.I. de Lyon, 21 janv. 1997, *Petites affiches* 1997, n° 18, p. 10-14.

GROS (M.),
note sous C.E., Ass., 27 oct. 1995, *Commune de Morsang-sur-Orge*, *R.D.P.* 1996, n° 2, p. 536-549.

GOUESSE (É.),
Consentement, aléa thérapeutique et responsabilité médicale, *Petites affiches* 1999, n° 114, dossier spéc. : « L'obligation d'information du médecin (à propos de deux arrêts de la Cour de cassation du 7 oct. 1998) », p. 4-11.

GUYOMAR (M.) et COLLIN (P.),
chron. sous C.E., Sect., 5 janvier 2000, *Cts Telle* et *A.P.-H.P.* (2 esp.), *A.J.D.A.* 2000, n° 2, p. 137-141.

chron. sous C.E., Sect., 15 décembre 2000, *M. Castanet* et *Mme Bernard* (2 esp.), *A.J.D.A.* 2001, n°2, p. 158-164.

chron. sous C.E., Ass., 26 octobre 2001, *M. Ternon*, *A.J.D.A.* 2001, n° 12, p. 1034-1038.

chron. sous C.E., Sect., 12 octobre 2001, *Soc. Produits Roche*, *A.J.D.A.* 2002, n° 2, p. 123-127.

chron. sous C.E., Ass., 30 novembre 2001, *Min. de l'Économie, des Finances et de l'Industrie c. M. et Mme Kechichian et a.*, *A.J.D.A.* 2002, n° 2, p. 133-137.

HALLIEZ (D.),
Le devoir d'information du chirurgien esthétique, note sous Cass. civ. 1ère, 17 février 1998, *Dr B. et Soc. U.A.P. c. Mme V.*, *Petites affiches* 1999, n° 90, p. 19-24.

HAMONIAUX (T.),
Principe de précaution et refus de la France de lever l'embargo sur la viande bovine britannique, note sous C.J.C.E., 13 décembre 2001, *Commission des communautés européennes c. République française*, aff. C-1/00, *A.J.D.A.* 2002, n° 2, p. 164-169.

HAURIOU (M.),
note sous C.E., 5 juin 1908 *Marc et Chambre synd. des propriétés immobilières de la ville de Paris*, *S.* 1909, III, p. 133-115.

note sous C.E., 29 juin 1906, *Carteron*, *S.* 1907, III, p. 97.

HENNETTE-VAUCHEZ (S.),
note sous C.E., 20 mars 2000, *Groupement d'Information et de Soutien aux Immigrés (G.I.S.T.I.)*, *A.J.D.A.* 2001, n° 1, p. 188-193.

« De la « chance » d'être parent, note sous TA d'Amiens, 9 mars 2004, *M. et Mme Tellier c. CHU d'Amiens*, *A.J.D.A.* 2004-28, p. 1546-1551.

HOLLEAUX (G.),
note sous Cass. civ. 1ère, 11 juill. 1961, *A… c. H…* et *Soc. R… c. Soc. V…* (2 esp.), *D.* 1961, II, p. 577.

HOMONT (A.),
note sous C.E., Ass., 28 mai 1971, *Min. de l'Équipement et du Logement c. Fédération des personnes concernées par le projet actuellement dénommé « Ville Nouvelle Est »*, *J.C.P.* 1971, II, 16 873.

HONORAT (E.) et SCHWARTZ (R.),
note sous C.E., Sect., 30 nov. 1990, *Assoc. Les Verts* et *Élections cantonales de Chauffailles* (2 esp.), *A.J.D.A.* 1991, p. 114-117.

JACQUOT (H.),
Les plans de prévention des risques naturels sont des documents d'urbanisme au sens de l'article T. 600-1 du Code de l'urbanisme, *A.J.D.A.* 2002, n° 2, p. 177-180.

JEGOUZO (Y.),
Le maire ne peut utiliser ses pouvoirs de police générale pour interdire la culture en plein champ des espèces végétales génétiquement modifiées, note sous T.A. de Poitiers, 22 oct. 2002, *Préfet des Deux-Sèvres c. Cne d'Ardin*, *A.J.D.A.* 2002, p. 1351-1353.

JORION (B.),
note sous Conseil constitutionnel, 19 janvier 1995, décision n° 94-359 DC : Loi relative à la diversité de l'habitat, *A.J.D.A.* 1995, n° 6, p. 455-462.

JOUGUELET (J.-P.) ET GIPOULON (J.-F.),
obs. sous C.A.A. de Paris, 26 sept. 1991, *M. Bernard*, *A.J.D.A.* 1992, p. 121.

JOUGUELET (J.-P.), GIPOULON (J.-F.), CADENAT (P.), BARROS (J.-C.) et PIÉTRI (J.-P.),
obs. sous C.A.A. de Bordeaux, 25 févr. 1993, *S.A. Fametal*, *A.J.D.A.* 1993, n° 10, p. 704-705.

JOUGUELET (J.-P.), et LOLOUM (Fr.),
obs. sous C.A.A. de Nantes, 10 octobre 1990, *M. Bernard Goupil et M. Bernard Brunet-Beaumel c. Ministre chargé de l'Environnement*, *A.J.D.A.* 1991, p. 131-133.

KOLBERT (E.),
L'intervention du maire en matière de cultures d'organismes génétiquement modifiés, note sous C.A.A. de Lyon, 4e ch., 26 août 2005, *Commune de Ménat*, *A.J.D.A.* 2006, n° 1, p. 38-40.

LABETOULLE (D.) et CABANES (P.),
note sous C.E., Sect., 18 févr. 1972, *Chambre syndicale...*, *A.J.D.A.* 1972, p. 215-217.

chron. sous C.E., Sect., 23 juin 1972, *Soc. « La Plage la Forêt »*, *A.J.D.A.* 1972, p. 452-456.

LAMARQUE (J.),
obs. sous Cass. crim. 21 déc. 1961, *Dame Le Roux*, *J.C.P.* 1962, II, 12 680.

LAMBERT (F.),
La vache folle et le juge administratif, note sous T.A. Besançon, 11 sept. 1997, *Petites affiches* 1998, n° 13, p. 16-18.

LAMBERT (M.) et VIALA (G.),
L'affaire *Cantoni c/ France*, note sous C.E.D.H., 15 nov. 1996, *Petites affiches* 1997, n° 26, p. 19-24.

LANDAIS (C.) et LENICA (F.),
Pouvoir réglementaire et retrait de l'autorisation d'exercice d'une profession, chron. sous C.E., Ass., 7 juillet 2004, *Ministre de l'Intérieur, de la Sécurité intérieure et des Libertés locales c. M. Benkerrou*, *A.J.D.A.* 2004, n° 31, p. 1695-1698.

LASCOMBE (M.),
obs. sous C.A.A. de Nancy, 22 avr. 1993, *Mme Lefèvre et Mlle Massin*, *A.J.D.A.* 1993, n° 9, p. 670- 672.

LAUDE (A.),
Dans l'exercice de ses pouvoirs de police l'A.F.S.S.A.P.S. est tenue de respecter le principe du contradictoire, obs. sous C.E., 6 nov. 2000, *R.D.S.S.* 2001, n° 2, p. 290-291.

LAUJIDOIS (M.),
Le droit à la santé n'est pas une liberté fondamentale, note sous C.E., ord., 8 sept. 2005, *Min. de la Justice c. M. X.*, *A.J.D.A.* 2006, n° 7, p. 376-380.

LEMAIRE (F.),
L'État est-il responsable de la consommation d'alcool pendant la grossesse, note sous T.A. de Lille, 23 mai 2006, *Mme Sandrine M.*, *A.J.D.A.* 2006, n° 28, p. 1569-1572.

LEMASURIER (J),
note sous C.E., Ass., 13 juil. 1962, *Min. de la Santé publique et de la Population c. Lastrajoli*, *D.* 1962, J., p. 726-734.

note sous C.E., Ass., 28 mai 1971, *Min. de l'Équipement et du Logement c. Fédération des personnes concernées par le projet actuellement dénommé « Ville Nouvelle Est »*, *D.* 1972, p. 194-201.

LEONE (J.),
Les O.G.M. à l'épreuve du principe de précaution, note sous C.E., Sect., 25 sept. 1998, *Assoc. Greenpeace France*, *Petites affiches* 1999, n° 164, p. 12-16.

LAUBADÈRE (A. DE),
note sous C.E., Sect., 18 nov. 1966, *Sieur Froment* et *Dame veuve Clément* (2 esp.), *A.J.D.A.* 1967, p. 45-48.

LE BOT (O.),
Le juge des référés, le droit de grève et le pouvoir de réquisition des préfet, note sous C.E., 9 décembre 2003, *Mme Aiguillon et a.*, *A.J.D.A.* 2004, n° 21, p. 1138-1140.

LE CORNEC (E.),
note sous C.A.A. Lyon, 7 juill. 1998, *Assoc. Quétigny Env.*, *D.A.* 1999, n° 28, p. 34.

LEBRETON (J.-P.),
Les plans de prévention des risques naturels s'analysent comme des documents d'urbanisme, *A.J.D.A.* 2002, n° 16, p. 1080-1084.

LECOCQ (P.-A.),
Une nouvelle avancée du risque comme fondement de la responsabilité de l'hôpital public, note sous C.E., 3 nov. 1997, *Petites affiches* 1998, n° 4, p. 16-24.

LEGAL (H.),
note sous C.J.C.E., 21 mars 2000, *Assoc. Greenpeace France et autres c. Ministère de l'Agriculture et de la Pêche*, *A.J.D.A.* 2000-5, p. 448-452.

LEMOYNE DE FORGES (J.-M.),
obs. sous C.E., 1er déc. 1997, *Synd. nat. des inspecteurs des affaires sociales* et *synd. nat. des personnels des affaires sanitaires et sociales-F.O.*, *R.D.S.S.* 1998, p. 801-802.

LEROY (J.),
Responsabilité des cliniques en matière de transfusion sanguine, note sous Cass. civ. 1ère, 12 avr. 1995, *R.D.S.S.* 1995, p. 766-772.

LIET-VEAUX (G.),
A propos de santé publique : polices générales et polices spéciales, note sous C.E., 17 oct. 1952, *Syndicat climatique de Briançon*, *Rev. adm.* 1952, p. 591-600.

LONDON (C.),
Droit communautaire des déchets, libre circulation et concurrence : précisions complémentaires, note sous C.J.C.E. 25 juin 1998, *Beside, B.V., I.M., Besselsen et Minister van Volkshuisveting, Ruimtelijke Ordening en Milieubeheer* et *Chemische Afvastoffen Dusseldorp B.V. e.a. et Minister van Volkshuisveting, Ruimtelijke Ordening en Milieubeheer* (2 esp.), *Petites affiches* 1999, n° 90, p. 25-30.

LUCAS-GALLAY (I.),
Le domaine d'application du droit au refus de soins : une peau de chagrin, note sous C.E., Sect., 29 juill. 1994, *Garnier*, *Petites affiches* 1997, n° 6, p. 8. (CD-Rom éd. 1999).

Le domaine d'application du droit au refus de soins : du nouveau ?, *Petites affiches* 1999, n° 47, p. 16-17.

LUCE (E.-P.),
obs. sous C.E., 17 avr. 1963, *Sieur Blois, J.C.P.* 1963, II, 13227.

LONG (M.), WEIL (P.), BRAIBANT (G.), DELVOLVÉ (P.) et GENEVOIS (B.),
obs. sous C.E., 18 avr. 1902, *Commune de Néris-les-Bains, G.A.J.A.*, 11e éd., Paris, Dalloz, n° 10, p. 57-61.

obs. sous T.C., 2 déc. 1902, *Société immobilière de Saint-Just, G.A.J.A.*, n° 11.

obs. sous C.E., 27 oct. 1995, *Commune de Morsang-sur-Orge, G.A.J.A.*, n° 119.

obs. sous C.E. 10 févr. 1905, *Tomaso Grecco, G.A.J.A.*, n° 15.

obs. sous C.E. 8 févr. 1873, *Blanco, G.A.J.A.*, n° 1.

obs. sous C.E. 19 mai 1933, *Benjamin, G.A.J.A.*, n° 52.

obs. sous C.E., Sect., 18 déc. 1959, *Société Les films Lutétia et Syndicat français des producteurs et exportateurs de films, G.A.J.A.*, n° 93.

MAILLARD DEGRÉES DU LOÛ (D.),
L'interdiction de fumer dans les lieux publics entre-t-elle dans le pouvoir de police générale du Premier ministre ?, comm. sous C.E., 19 mars 2007, *Mme Le Gac et a.*, n° 300467, *J.C.P.* A 2007, n° 2225.

MALLOL (F.),
Développements récents du contentieux administratif de la transfusion sanguine : vers la prise en charge de l'aléa thérapeutique ?, note sous C.E., Ass., 26 mai 1995, *Cts. N G.*, *M. J.* et *Cts P.* (3 esp.), *Petites affiches* 1995, n° 60, p. 12 (CD-Rom éd. 1999).

MARCOVICI (L.),
Le degré de gravité qualifiable d'invalidité, note sous C.A.A. de Marseille, 3 juill. 2007, *Mme Malika Y.*, *A.J.D.A.* 2007, n°3, p. 2033-2034.

La responsabilité de l'État du fait du décès d'un étranger en centre de rétention, note sous C.A.A. de Marseille, 10 déc. 2007, *Mme Dalila Slimani*, *A.J.D.A.* 2008, n° 1, p. 37-40.

MARKUS (J.-P.),
La faute du médecin et les bonnes pratiques médicales, note sous C.E., 12 janvier 2005, *M. K.*, *A.J.D.A.* 2005, n° 18, p. 1008-1011.

Nature juridique des recommandations de bonnes pratiques médicales, note sous C.E.,26 septembre 2005, *Conseil national de l'ordre des médecins*, *A.J.D.A.* 2006, n°6, p. 308-311.

MATHIEU (B.),
note sous C.C., n° 94-343 et n° 94-344 DC du 27 juillet 1994 (*Lois relatives à la bioéthique*), *D.* 1995, J., p. 238-241.

note sous C.C., n° 98-411 DC, 18 juin 1999 (*Loi portant diverses mesures relatives à la sécurité routière et aux infractions sur les exploitants de réseau de transport public de voyageurs*), *Petites affiches* 1999, n° 188, p. 12-18.

La protection du droit à la santé par le juge constitutionnel. À propos et à partir de la décision de la Cour constitutionnelle italienne n° 185 du 20 mai 1998, *Les Cahiers constitutionnel* 1998, n° 6, *www.conseil-constitutionnel.fr*

MAUGÜÉ (C.) et TOUVET (L.),
chron. sous C.E., Ass., 9 avr. 1993, *M. G.*, *M. et Mme B et M. D* et *M. Bianchi* (4 esp.), *A.J.D.A.* 1993, p. 344-353.

chron. sous C.E., Ass., 2 juill. 1993, *Milhaud*, *A.J.D.A.* 1993, n° 7, p. 530-534.

MAZETIER (A.-M.),
note sous C.E., 28 septembre 2005, *M. Louis*, *A.J.D.A.* 2006, n° 2, p. 103-105.

MEDOUZE (R.-M.),
L'arrêt *Gomez*, ou la naissance d'une responsabilité sans faute dans les hôpitaux publics pour risque d'utilisation de thérapeutique nouvelle, note sous C.A.A. Lyon, 21 déc. 1990, *Consorts Gomez*, *R.D.S.S.* 1991, n° 2, p. 258-268.

MÉMETEAU (G.),
Refus de soins et traitement imposé par le médecin : la conciliation de valeurs opposés, note sous C.A.A. Paris, 9 juin 1998, *Mme S.* et *Mme D.* (2 esp.), *Petites affiches* 1993, n° 81, p. 10-19.

MENURET (J.-J.),

La compétence directe du Conseil d'État pour connaître des actes autorisant la commercialisation de spécialités pharmaceutiques, note sous C.E., Sect., 25 avril 2001, *Association Choisir la vie-Association pour l'objection de conscience à l'avortement* (2 esp.), *A.J.D.A.* 2002, n° 2, p. 158-164.

MERSCH (A.),

Le refus de soins devant le Conseil d'État, chron. sous C.E., Ass., 26 oct. 2001, *Mme Senanayake*, *D.A.* 2002, chron. 13, p. 5-9.

MICHEL (J.),

L'intoxication alimentaire des usagers d'un restaurant scolaire révèle par elle-même une faute dans le fonctionnement du service, note sous C.A.A. de Douai, 3 juin 2002, *Min. de l'Éducation nationale, de la Recherche et de la Technologie*, *A.J.D.A.* 2002, n° 13, p. 918-921.

MILLET (J.-F.),

Conservation des corps et respect des dernières volontés, concl. sur C.A.A. de Nantes, 27 juin 2003, *Cts Martinot*, *A.J.D.A.* 2003, n° 35, p. 1871-1876.

MISTRETTA (P.),

Transmission volontaire du sida par voie sexuelle : les tourments du droit pénal, note sous C.A. de Colmar, 4 janv. 2005, *M. Christophe X.*, *R.D.S.S.* 2005, n° 3, p. 415-423.

MODERNE (F.),

note sous C.E., 20 juill. 1971, *Sieur Mehu et autres*, *A.J.D.A.* 1972, p. 251-256.

La place de la présomption de faute dans le droit de la responsabilité hospitalière, note sous C.E., Ass., 25 janv. 1974, *Centre hospitalier Sainte-Marthe d'Avignon*, *R.D.S.S.* 1975, p. 213-220.

La responsabilité administrative au cas d'accidents de vaccination : mise au point sur une jurisprudence controversée, note sous C.E., 24 octobre 1973, *Ruelle* et C.E., 3 mai 1974, *Époux Berrebi*, *R.D.S.S.* 1974, p. 650-659.

note sous C.E., 21 oct. 1977, *Cornet*, *D.* 1978, II, p. 96-97.

L'application de l'article L. 43 du Code de la santé publique et la lutte contre l'habitat insalubre, note sous T.A. Paris, 26 mai 1976, *Cornet*, *R.D.S.S.* 1977, p. 210-215.

note sous TC, 19 déc. 1988, *M. Pernin*, *Dr. fisc.* 1989, n° 1418, p. 944-948.

MODERNE (F.) et BON (P.),

obs. sous C.E., 14 déc. 1981, *Commune de Montmorot*, *D.* 1982, IR, p. 375.

obs. sous C.E., 25 juin 1982, *Chouchana*, 9 juill. 1982, *Cne d'Oroux-en-Morvan* et 3 nov. 1982, *Rossi*, *D.* 1984, IR, p. 25-27.

MONCHAMBERT (S.),

Responsabilité administrative et contamination accidentelle du personnel hospitalier, concl. sur T.A. Paris, 20 déc. 1990, *M. et Mme B. c/ Ministre de la Défense*, *R.F.D.A.* 1992, n° 3, p. 545-551.

MOQUET-ANGER (M.-L.),

À propos de l'obligation d'information du patient. Réponses et questions, comm. des deux arrêts du Conseil d'État du 5 janvier 2000, *Cts Telle* et *A.P.-H.P.*, *R.J.O.* 2000, n° 2, p. 177-195.

note sous C.E., Ass., 19 mai 2004, *C.R.A.M. d'Ile-de-France et C.P.A.M. du Val de Marne*, n° 216039 et n° 218040 ; *J.C.P.* A 2004, n° 1807.

MORANGE (G.),

note sous C.E., 25 juill. 1977, *Millet*, *D.* 1977, J., p. 73-74.

note sous C.E., 16 mai 1947, *Gourlet*, *D.* 1948, p. 256-258.

MOREAU (J.),

obs. sous C.E., 29 nov. 1963, *Sieur Ecarot*, *A.J.D.A.* 1964, p. 189-190.

note sous C.E., 2 mai 1973, *Assoc. culturelle des Israélites nord-africains de Paris*, *R.D. rur* 1974, p. 13-15.

note sous C.E., 9 déc. 1988, *M. Henri Cohen*, *A.J.D.A.* 1989, p. 406.

note sous C.E., 23 sept. 1991, *Cne de Narbonne c. Préfet de l'Aude*, *A.J.D.A.* 1992, n° 2, p. 154 (CD-Rom, éd. 1999).

Les médecins et chirurgiens doivent informer les patients des risques encourus même si ces derniers ne se réalisent qu'exceptionnellement, note sous C.E., Sect., 5 janv. 2000, *Cts Telle, J.C.P.* 2000, II, 10 270.

Le préfet peut légalement prescrire que, par grand froid, les sans-abris soient pris en charge d'autorité, note sous C.A.A. de Paris, 21 déc. 2004, *Assoc. Droit au logement Paris et env., J.C.P.* A 2005, n° 1064.

MOREAU (Ph.),

La responsabilité de l'État du fait des mesures de police phytosanitaire, note sous C.A.A. de Marseille, 10 janvier 2005, *Min. de l'Agriculture et de la Pêche c. Soc. Durance Crau*, n° 00MA01810, *A.J.D.A.* 2005, n° 22, p. 1249-1252.

MORENO (D.),

De la légalité d'une mesure préfectorale de fermeture provisoire d'un commerce menaçant la santé publique, note sous C.E., 25 nov. 1994, *Min. de l'Intérieur et de l'Aménagement du territoire c. Grégoire*, *Quot. Jur.* n° 25, 28 mars 1995, p. 5-7.

NEYRET (L.),

La reconnaissance du préjudice d'exposition au Distilbène, note sous T.G.I. de Nanterre, 1ère ch. B, 24 mai 2002, *Mlle X. c. Laboratoire Y.*, *R.D.S.S.* 2002, p. 502-517.

NICOUD (F.),

Confusion entre maladie des os de verre et maltraitance : l'erreur de diagnostic, source de responsabilité, obs. sous C.A.A. de Lyon, 18 janvier 2005, *Bouricha c. Hospices civ. de Lyon*, *R.G.D.M.* 2005, n° 16, p. 181-194.

NOIVILLE (Ch.),

L'extension du contenu de l'obligation d'information du médecin, note sous Cass. civ. 1ère, 7 oct. 1998, *Mme C. c. Clinique du Par cet autres* et *M. R. c. M. et autres* (2 esp.), *Petites affiches* 1999, n° 89, p. 4-12.

ODENT (B.),

obs. sous C.E., Ass., 20 oct. 1972, *Ville de Paris c/ sieur Marabout*, *J.C.P.* 1973, II, 17 373.

PACTEAU (B.),

note sous C.E., 22 janv. 1982, *Association autodéfense et autres*, *D.* 1982, p. 494-496.

chron. sous C.A.A. de Bordeaux, 29 mars 2005, *X.*, n° 00BX02120, *J.C.P.* A 2005, n° 1338 (11), p. 1554-1555.

PAUVERT (B.),

Mise en cause de la responsabilité de l'État pour les contaminations liées à l'amiante, note sous T.A. de Marseille, 3e, 30 mai 2000 (4 esp.), *Gaz. Pal.* 2001, doctr., p. 167-170.

Responsabilité de l'État pour le développement d'une sclérose en plaques après une vaccination contre l'hépatite B, note sous T.A. de Marseille, 5 nov. 2002, *Mme Molard*, *A.J.D.A.* 2003, p. 1502-1506.

À propos de l'interdiction de distribution d'une soupe populaire contenant du porc, note sous C.E., ord., 5 janv. 2007, *Min. de l'Intérieur c. Assoc. « Solidarité des Français »*, *A.J.D.A.* 2007, n° 11, p. 601-604.

PEDROT (Ph.),

Existe-t-il un droit de mourir dans la dignité ? L'affaire *Pretty c. Royaume-Uni* de la Cour européenne des droits de l'homme du 29 avril 2002, *R.D.S.S.* 2002, n° 3, p. 475-480.

PEIGNÉ (J.),

Quelle responsabilité hospitalière du fait de la greffe d'un organe contaminé ?, note sous C.A.A. de Paris, 18 oct. 2003, *Mme Véronique T. c. A.P.-H.P. et E.F.S.*, *R.D.S.S.* 2007, p. 290-303.

PEISER (G.),

obs. sous C.E., 16 juin 1967, *Ligue nationale pour la liberté des vaccinations*, *A.J.D.A.* 1968, p. 166-168.

PETIT (J.),

note sous C.E., 14 janv. 1998, *Synd. Départemental Interco 35 CFDT*, *A.J.D.A.* 1999, n° 1, p. 164-172.

PIERACCINI (M.-C.),

L'évolution du régime de la faute lourde en matière de services de secours et de lutte contre l'incendie, note sous Conseil d'État, 29 avr. 1998, *Cne de Hannapes*, *Petites affiches* 1999, n° 49, p. 8-12.

PORCHY-SIMON (S.),

Le refus de soins vitaux à l'aune de la loi du 4 mars 2002 (à propos de deux ordonnances des juridictions administratives des 16 et 25 août 2002), *Resp. civ. et assurances*, déc. 2002, p. 4-11.

POUYAUD (D.),

obs. sous C.A.A. de Paris, 24 mai 2007, *Thomas*, n° 05PA03142, *J.C.P.* A 2007, n° 2327 (16), p. 20-21.

PRÉTOT (X.),

obs. sous C.E., Sect., 10 avr. 1992, *S.A.R.L. Hofmiller*, *A.J.D.A.* 1992, p. 688-690.

note sous C.E., 29 avr. 1998, *Cne de Hannappes*, *R.D.P.* 1998, n° 4, p. 1001-1013.

PRIEUR (S.),

La réparation par le médecin des conséquences dommageables d'un accident médical fondée sur une « obligation de résultat », note sous T.G.I. Paris, 30 juin 1997, *Petites affiches* 1998, n° 75, p. 26-32.

RAYNAUD (F.) et FOMBEUR (P.),

chron. sous C.E., Sect., 13 mars 1998, *M. Améon et a.*, *A.J.D.A.* 1998, n° 5, p. 418-424.

chron. sous C.E., Sect., 3 juillet 1998, *Mme Salvat-Couderc*, *A.J.D.A.* 1998, n° 10, p. 792-796.

chron. sous C.E., Sect., 30 oct. 1998, *M. et Mme Czekaj*, *A.J.D.A.* 1999, n° 2, p. 122-134.

RENOUX (T. S.),

note sous la décision n° 90-276 DC du 5 juillet 1990 *(Résolution complétant l'article 56 du Règlement de l'Assemblée nationale*), *R.F.D.C.* 1990, p. 727-729.

REVEL (J.),

Fumer tue, mais le tabac n'est pas la cause de la mort, obs. sous Cass. civ. 1ère, 8 nov. 2007, *Suzanne Y.*, *D.* du 3 janv. 2008, n° 1, p. 50-52.

RICCI (R.),

note sous C.E., 24 févr. 1999, *Assoc. des patients de la médecine d'orientation anthroposophique et autres*, *A.J.D.A.* 1999, n° 10, p. 823-829.

RICHER (L.),

obs. sous C.E., 15 janv.1986, *Société Pec-Engineering*, *A.J.D.A.* 1986, p. 191.

ROMI (R.),

note sous C.E., 2 déc. 1983, *Ville de Lille c/ Ackermann et autres*, *D.* 1985, p. 388-390.

La valeur, la nature et l'influence du principe de précaution, note sous C.E., Sect., 25 sept. 1999, *Assoc. Greenpeace France*, *Petites affiches* 1999, n° 162, p. 12-13.

note sous C.J.C.E., 21 mars 2000, *Assoc. Greenpeace France et autres c. Ministère de l'Agriculture et de la Pêche*, *A.J.D.A.* 2000, n° 5, p. 452-458.

ROSSILLION (C.),

note sous C.E., 12 déc. 1953, *Conféd. nat. des assoc. catholiques de chefs de famille*, *D.* 1954, II, p. 510-515.

ROUAULT (M.-C.),

L'interdiction par un maire de l'attraction dite de « lancer de nain », note sous C.E., Ass., 27 oct. 1995, *Cne de Morsang-sur-Orge* et *Ville d'Aix-en-Provence*, *Petites affiches* 1996, n° 11 (CD-Rom éd. 1999).

SAILLARD (A.),

La SEITA n'est pas responsable des dommages causés aux fumeurs par l'usage du tabac, note sous C.A. d'Orléans, 10 sept. 2001, *SEITA c. Cts Gourlain*, *R.D.S.S.* 2002, n° 1, p. 28-40.

SAINT-GUILHEM (J. DE),

chron. sous C.A.A. de Paris, 12 novembre 1999, Cts X. c. A.P.-H.P., *A.J.D.A.* 2000, n° 3, p. 235-236.

SAISON (J.),

Controverse sur l'étendue d'information médicale, étude sous C.E., 27 septembre 2002, *Mme Martine N.*, *A.J.D.A.* 2003, n° 2, p. 72-78.

SAULNIER (E.),

De l'incidence de l'adoption d'une directive communautaire sur l'engagement de la responsabilité de l'État français pour violation du principe de précaution, obs. sous T.A. de Marseille, 30 mai 2000 (2 esp.), *M. Xueref et Cts Botella*, *D.A.* 2001, n° 2, p. 7-8.

SAVATIER (R.),

note sous T.A. de Lyon, 14 juin 1963, *Giraud*, *D.* 1964, J., p. 343-347.

SCHAEGIS (C.),

Le Conseil d'État et la bioéthique, note sous C.E., Ass., 2 juill. 1993, *Milhaud*, *Petites affiches* 1994, n° 144, p. 19 (CD-Rom éd. 1999).

SCHOETTL (J.-E.),

chron. sous décision n° 99-421 DC du 16 décembre 1999 : Loi habilitant le gouvernement à procéder par voie d'ordonnances à l'adoption de certains codes, *A.J.D.A.* 2000, n° 1, p. 31-37.

SCHWARTZ (R.) et MAUGÜÉ (C.),

note sous C.E., Sect., 25 janvier 1991, *Conféd. nat. des associations familiales catholiques et a.*, *A.J.D.A.* 1991, n° 5, p. 362-365.

SEFTON-GREEN (R.),

Plaidoyer pour la reconnaissance de règles de droit préventives, à propos de l'avis de la Cour de cassation du 6 juillet 1998 relatif à la stérilisation des incapables majeurs, *Petites affiches* 1999, n° 134, p. 22-27.

STAHL (J.-H.) et CHAUVAUX (D.),

chron. sous C.E., Ass., 26 mai 1995, *Cts N'Guyen*, *A.J.D.A.* 1995, p. 508-516.

chron. sous C.E., Ass., 27 oct. 1995, *Cne de Morsang-sur-Orge* et *Ville d'Aix-en-Provence* (2 esp.), *A.J.D.A.*1995, n° 12, p. 878-882.

chron. sous C.E., Ass., 20 déc. 1995, *Mme Vedel et M. Jannot*, *A.J.D.A.* 1996, p. 124-128.

TAGLIONE (C.),

L'émergence du contentieux de la responsabilité en matière d'assistance médicale à la procréation, note sous T.A. Clermont-Ferrand, 15 déc. 1998, *Petites affiches* 1999, n° 191, p. 10-16.

TERNEYRE (Ph.),

note sous C.E., 12 mars 1986, *Préfet de police c. Metzler et a.*, *D.* 1986, J., p. 422-424.

obs. sous C.E., 4 nov. 1987, *Cie des travaux hydrauliques SADE*, *D.* 1986, SC, p. 369.

TIFINE (P.) et TOWO KAMGA (V.),

Jurisprudence de la Cour Administrative d'Appel de Nancy n°4, *Petites affiches* 1998, n° 68, p. 8 (CD-Rom éd. 1999).

TIXIER (G.),

note sous C.E., Ass., 12 déc. 1953, *Union nat. des assoc. familiales*, *S.* 1954, III, p. 45-46.

TOUVET (L.) et STAHL (J.-H.),

note sous Sect., 7 oct. 1994, *M. et Mme Lopez*, *A.J.D.A.* 1994, p. 867-873.

note sous C.E., Sect., 16 déc. 1994, *S.A. Polyclinique des Minguettes*, *A.J.D.A.* 1995, p. 120-123.

TRICOT (B.),

note sous C.E., Ass., 9 mai 1958, *Csl. nat. de l'Ordre des pharmaciens*, *S.* 1958, II, p. 220-222.

TROUILLY (P.),

note sous C.E., 1er oct. 2001, *Assoc. Greenpeace France et coordination rurale union nat.*, n° 225008, *Environnement* 2002, comm. 18, p. 26.

Abattage rituel des animaux. Illégalité de la circulaire de 1er mars 2000, note sous C.E., 10 oct. 2001, *Assoc. « œuvre d'assistance aux bêtes d'abattoirs »*, *Environnement* 2002, comm. 14.

VANDERMEEREN (R.),
chron. sous C.A.A. de Nantes, 24 mai 2005, *Cne de Mûrs-Erigné*, n° 04NT00628, *J.C.P.* A 2005, n° 1326 (11), p. 1478-1479.

VIALA (G.),
note sous C.A.A. de Bordeaux, 17 nov. 1998, *Mlle Durand*, *A.J.D.A.* 1999, n° 3, p. 222-224.

VIALA (G.) et LAMBERT (M.),
La vitamine C sera-t-elle – enfin – un « médicament » ?, note sous CAA Versailles, 22 janv. 1996, *Petites affiches* 1996, n° 34, p. 4 (CD-Rom éd. 1999).

VIALA (G.) et SIMONET (M.),
La publicité en faveur de l'officine pharmaceutique, note sous C.E., 12 juin 1998, *Assoc. des groupements de pharmaciens d'officines et autres*, *Petites affiches* 1999, n° 136, p. 17-23.

VILLENEUVE (P.),
La responsabilité de l'État en matière de contamination par l'amiante, note sous T.A. de Marseille, 30 mai 2000, *Xueref c. Min. de l'Emploi et de la Solidarité*, *Petites affiches* 2000, n° 176, p. 12-17.

VIMBERT (C.),
note sous T.A. de Versailles, 25 févr. 1992, *Soc. Fun Productions et M. Wachenein c. Cne de Morsang-sur-Orge*, *A.J.D.A.* 1992, n° 7, p. 525-527.

VIVIANO (M.),
Le recours pour excès de pouvoir contre les clauses réglementaires : nouvelle avancée de l'excès de pouvoir sur le bloc contractuel, note sous C.E., Ass., 10 juill. 1996, *Cayzeele*, *Petites affiches* 1996, n° 152, p. 26 (CD-Rom éd. 1999).

VON WALTER (A.),
La protection de la dignité humaine face au droit communautaire, note sous C.J.C.E., 14 octobre 2004, *Omega Spielhallen und Automatenaustellungs Gmbh*, *A.J.D.A.* 2005, n° 3, p. 152-155.

WACHSMANN (P.),
note sous la décision n° 85-187 DC du 25 janvier 1985 (*Loi relative à l'état d'urgence en Nouvelle-Calédonie et dépendances*), *A.J.D.A.* 1985, p. 362-365.

note sous la décision n° 90-283 DC du 18 janvier 1991, *A.J.D.A.* 1991, n° 5, p. 382-388.

WALINE (M.),
note sous C.E., Sect., 18 nov. 1966, *Sieur Froment* et *Dame veuve Clément*, (2 esp.), *R.D.P.* 1967, p. 543.

note sous C.E., 7 juill. 1950, *Dehaene*, *R.D.P.* 1950, p. 691-702.

note sous C.E., Ass., 20 oct. 1972, *Ville de Paris c/ Sieur Marabout*, *R.D.P.* 1973, p. 832-841.

note sous C.E., 6 févr. 1970, *Préfet de police c. Kerguélen*, *R.D.P.* 1970, p. 1226-1236.

WEIL (P.),
note sous C.E., 18 déc. 1969, *Soc. Les Films Lutetia*, *D.* 1960, J., p. 171-175.

V.- CONCLUSIONS DES COMMISSAIRES DU GOUVERNEMENT

ARRIGHI DE CASANOVA (J.),
Les critères de la distinction entre police administrative et police judiciaire, concl. sur Tribunal des Conflits, 19 oct. 1998, *Mme Bolle veuve Laroche*, *Petites affiches* 1999, n° 134, p. 18-20.

AUSTRY (S.),
concl. sur C.E., Sect., 28 mai 2001, *National Farmers' Union (NFU)*, *C.J.E.G.* 2001, n° 580, p. 389-399.

BACQUET (A.),
concl. sur C.E., Sect., 1er févr. 1980, *Rigal*, *A.J.D.A.* 1981, p. 43-48.

BENOIT (L.),
Les travailleurs de l'amiante et la responsabilité de l'État, concl. sur C.A.A. de Marseille, 18 oct. 2001 (2 esp.), *Envir.* 2002, chron. n° 1, p. 8-11.

BESLE (D.),

Conditions requises pour une réquisition dans le cadre du service de l'équarrissage, concl. sur C.A.A. de Lyon, 10 mai 2007, *Soc. des établissements Verdannet*, n°s 02LY01154 et 02LY01650, *A.J.D.A.* 2007, n° 36, p. 1986-1988.

BOISSARD (S.),

concl. sur C.E., 26 nov. 2001, *A.L.I.S. et a.*, *R.F.D.A.* 2002, p. 65-72.

BONICHOT (J.-C.),

La mise en place des agences régionales de l'hospitalisation : recevabilité des recours et compétence pour en connaître, concl. sur C.E., 14 janv. 1998, *Synd. Départemental Interco 35* CFDT, *Petites affiches* 1998, n° 151, p. 20-23.

concl. sur C.E., Sect., 2 juin 1999, *Meyet*, *Petites affiches* 1999, n° 113, p. 11-18.

BOYON (M.),

concl. sous C.E., Sect., 13 mai 1983, *Mme Vve Lefebvre*, *A.J.D.A.* 1983, p. 476-478.

BRAIBANT (G.),

C.E., Ass., 28 mai 1971, *Min. de l'Équipement et du Logement c. Féd. de défense des personnes concernées par le projet actuellement dénommé « Ville Nouvelle Est »*, *Rec*. p. 410-423 (également publiées à l'*A.J.D.A.* 1971, p. 463).

CHARDEAU (J.),

concl. sur C.E., 17 oct. 1952, *Syndicat climatique de Briançon, sieur Dominique et autres*, *Rec*. 1952, p. 445-453.

concl. sur C.E., Sect., 28 avr. 1961, *Commune de Cormeilles-en-Parisis*, *Rec*. 1961, p. 265-270 (également publiées à l'*A.J.D.A* 1961, p. 487).

CHAUVAUX (D.),

La dénaturation de la loi « Évin » par le décret d'application, concl. sur C.E., Sect., 30 novembre 1998, *Fédération nationale de l'industrie hôtelière*, *R.F.D.A.* 1999, n° 2, p. 392-398.

concl. sur C.E., avis, 20 octobre 2000, *Mme T.*, n° 222672, *A.J.D.A.* 2001, n° 4, p. 394-398.

Transfusion contre la volonté du patient, concl. sur C.E., Ass., 26 octobre 2001, *Mme Senanayake*, *R.F.D.A.* 2002, n° 1, p. 146-156.

La responsabilité de l'État du fait des recommandations d'un organisme consultatif, concl. sur C.E., Sect., 31 mars 2003, *Ministre de l'Économie, des Finances et de l'Industrie c. S.A. Laboratoires pharmaceutiques Bergaderm*, *R.F.D.A.* 2003, p. 1185-1193.

Les éléments permettant de présumer l'origine transfusionnelle d'une contamination par l'hépatite C, concl. sur C.E., 10 octobre 2003, *Mme. T. et a.*, *A.J.D.A.* 2004, n° 4, p. 228-230.

La substitution de motifs devant le juge des référés, concl. sur C.E., 15 mars 2004, *Commune de Villasavary*, *A.J.D.A.* 2004, n° 24, p. 1311-1314.

COËNT (J.-F.),

concl. sur T.A. de Rennes, 2 mai 2001, *Sté Suez-Lyonnaise des* eaux, *A.J.D.A.* 2001, n° 6, p. 593-598.

COLLIER (R.),

Le principe de précaution opposé au stockage de farines animales, concl. sur T.A. de Strasbourg, 22 février 2002, *Assoc. de défense des intérêts des quartiers centre-est de Strasbourg et a. c. Préfet du Bas-Rhin, Soc. Sogema*, *A.J.D.A.* 2002, n° 10, p. 766-768.

CORNEILLE (L.),

concl. sur C.E., 10 août 1917, *Baldy*, *Rec*. p. 637-646.

DAËL (S.),

L'affaire du sang contaminé : la responsabilité des centres de transfusion sanguine, concl. sur C.E., Ass., 26 mai 1995, *Consorts N'Guyen, M. Jouan, Consorts Pavan* (3 esp.), *R.F.D.A.* 1995, n° 11 (4), p. 748-765.

DEREPAS (L.),

L'interdiction de fumer dans les lieux affectés à un usage collectif, concl. sur C.E., 19 mars 2007, *Mme Le Gac et a.*, *R.F.D.A.* 2007, n° 4, p. 770-779.

DUTHEILLET de LAMOTHE (O.),

concl. sur C.E., Sect., 4 mai 1984, *Préfet de police c. M. Guez*, *A.J.D.A.* 1984, p. 393-395.

FABIEN (M.),

concl. sur T.A. de Toulouse, 18 janv. 2005, *Préfet de la Haute-Garonne*, *A.J.D.A.* 2005, n° 21, p. 1188-1191.

FOMBEUR (P.),

concl. sur C.E., Ass., 30 juin 2000, *Ligue française pour la défense des droits de l'homme et du citoyen, A.J.D.A.* 2000, n° 10, p. 831-841.

Le mécanisme d'indemnisation des victimes de l'amiante ne méconnaît pas le droit d'accès à un tribunal, concl. sur C.E., 26 février 2003, *M. Mekhantar, A.J.D.A.* 2003, n° 23, p. 1234-1237.

FOURNIER (J.),

concl. sur C.E., 5 janv. 1968, *Préfet de police c/ Chambre syndicale des enseignants de conduite des véhicules à moteur, R.D.P.* 1968, p. 905-923.

FRYDMAN (P.),

concl. sur C.E., Ass., 27 oct. 1995, *Cne de Morsang-sur-Orge,* n° 136727, *Rec.* p. 374-383 (également publiées à la *R.F.D.A.* 1995, p. 1204)

GALABERT (M.),

concl. sur C.E., Sect., 18 nov. 1966, *Sieur Froment et Dame veuve Clément* (2 esp.), *R.D.P.* 1967, p. 987-1007.

concl. sur C.E., Sect., 1er avr. 1977, *Époux Deleersnyder, A.J.D.A.* 1977, p. 506-511.

GALMOT (Y.),

concl. sur C.E., 6 janv. 1967, *Ville d'Elbœuf, J.C.P.* 1967, II, 15109.

concl. sur C.E., 16 juin 1967, *Ligue nat. pour la liberté des vaccinations, J.C.P.* 1967, II, 15303.

GAZIER (L.),

concl. sur C.E., 7 juill. 1950, *Dehaene, R.D.P.* 1950, p. 702-709.

concl. sur C.E., Ass., 22 juin 1951, *Sieur Daudignac, D.* 1951, J., p. 589-592.

GENEVOIS (B.),

concl. sur C.E., 25 févr. 1985, *Mourad Mersad, R.F.D.A.* 1985, n° 3, p. 418-425.

GOMEL,

concl. sur C.E., 28 mars 1885, *Languellier, Rec.* p. 388-397.

GROS (L.),

La responsabilité de police municipale pour divagation d'animaux, concl. sur T.A. Rennes, 6 nov. 1996, *Petites affiches* 1996, n° 143, p. 4-6.

GUILLAUME (G.),

concl. sur C.E., 7 janv. 1970, *Sieur Lorjou et dame Mottet, D.* 1970, p. 209-211.

concl. sur C.E., Ass., 20 oct. 1972, *Ville de Paris c/ Marabout, A.J.D.A.* 1972, p. 625-628.

GUYOMAR (M.),

La compétence du pouvoir réglementaire autonome pour retirer une carte professionnelle à titre de sanction, concl. sur C.E., Ass., 7 juillet 2004, *Ministre de l'Intérieur, de la Sécurité Intérieure et des Libertés locales c. Benkerrou, R.F.D.A.* 2004, p. 913-922.

concl. sur C.E., Ass., 8 févr. 2007, *Soc. Arcelor Atlantique et Lorraine et a., Rec.* p. 60-78.

HAÏM (V.),

concl. sur C.A.A. de Paris, 17 déc. 2002, *Cne de Yerre c. Préfet de l'Essonne, A.J.D.A.* 2003, n° 6, p. 296-300.

HEERS (M.),

Qu'en est-il de la responsabilité sans faute de l'État à l'égard d'un chirurgien contaminé par le V.I.H. dans l'exercice de sa profession ?, concl. sur C.A.A. Paris, 5 mai 1998, *Ministre de l'Emploi et de la Solidarité c/ M. X et Centre hospitalier intercommunal de Poissy-St-Germain-en-Laye, Petites affiches* 1998, n° 118, p. 11-20.

Responsabilité médicale et transfusion sanguine contre la volonté du patient, concl. sur C.A.A. de Paris, 9 juin 1998, *Mme Donyoh* et *Mme Senanayake* (2 esp.), *R.F.D.A.* 1998, n° 6, p. 1231-1242.

HEUMANN (L.),

concl. sur C.E., Sect., 25 avr. 1958, *Société Laboratoires Geigy, Rec.* p. 236-245.

JOUVIN (L.),

concl. sur C.E., 7 mars 1958, *Secrétaire d'État à la santé publique c. Sieur Déjous, R.D.P.* 1958, p. 1087-1100.

KELLER (R.),

L'obligation d'abroger un décret devenu incompatible avec une loi nouvelle, concl. sur C.E., 3 sept. 2007, *Déchelotte, J.C.P.* A 2007, n° 2302.

KESSLER (D.),

Principes déontologiques fondamentaux et expérimentation médicale après la mort, concl. sur C.E., Ass., 2 juill. 1993, *M. Milhaud*, *R.F.D.A.* 1993, n° 5, p. 1002-1017 (également publiées au *Rec. Lebon*, p. 196 et à la *R.D.S.S.* 1994, p. 52).

LABETOULLE (D.),

concl. sur C.E., Sect., 10 mars 1978, *Société Le Profil*, *A.J.D.A.* 1978, p. 452-455.

concl. sur C.E., Sect., 23 avr. 1982, *Ville de Toulouse c. Mme Aragnou*, *Rec.* p. 152-156.

LATOURNERIE (D.),

Compétence du Conseil d'État et champ d'application d'un acte administratif. À propos de l'interdiction de l'importation et de la mise sur le marché d'un produit alimentaire, concl. sur C.E., 7 juin 1985, *Soc. ACOPA S.A.*, n° 62.196, *R.F.D.A.* 1986, n° 1, p. 57-59.

LE CHATELIER (G.),

concl. sur C.E., Sect., 25 févr. 1994, *Min. délégué à la santé c. Laboratoires d'Artois*, *A.J.D.A.* 1994, n° 5, p. 394-399.

Vaccinations obligatoires : les pouvoirs du chef de service, concl. sur C.E., Ass., 3 mars 2004, *Association Liberté, Information, Santé*, *R.F.D.A* 2004, n° 4, p. 581-587.

LEGAL (H.),

concl. sur Ass., 10 avr. 1992, *M. et Mme V.*, *A.J.D.A.* 1992, n° 5, p. 355 (également publiées au *Rec. Lebon*, p. 171 et à la *R.F.D.A.* 1992, p. 571)

La responsabilité de l'État dans la contamination des hémophiles par le virus du SIDA, concl. sur C.E., Ass., 9 avr. 1993, *M. G.*, *M. D.* et *M. et Mme B.* (3 esp.), *R.F.D.A.* 1993, n° 9 (3), p. 583-601 (également publiées au *Rec. Lebon*, p. 112 et au *D.* 1993, p. 312).

LEGLISE (E.),

Légalité d'une interdiction générale de vente et de circulation d'animaux pour parer à l'abattage rituel par des particuliers, concl. sur T.A. de Versailles, 30 déc. 2004, Earl de la Brosse, *A.J.D.A.* 2005, n° 12, p. 679-683

LEPERS (J.),

L'État peut-il être responsable d'un manquement d'infirmatioon concernant les risques liés au syndrome d'alcoolisation fœtale ?, concl. sur C.A.A. de Douai, 10 janv. 2008, *Mme H. et a.*, n° 06DA011012, *A.J.D.A.* 2008, n°14, p. 766-771.

LETOURNEUR (M.),

concl. sur C.E., 16 avr. 1948, *Laugier*, *S.* 1948, 3, p. 36 (*Lextenso*).

LONG (M.),

concl. sur C.E., 4 juill. 1958, *Sieur Graff et Reyes* (2 esp.), *R.D.P.* 1959, p. 315-332 (également publiées au *J.C.P.* 1959, II, 11117).

concl. sur C.E., Sect., 14 févr. 1958, *Sieur Abisset*, *Rec*. p. 98-103.

MAYRAS (H.),

concl. sous C.E., sect., 12 juin 1959, *Min. de la Santé publique c. Prat-Flottes*, *A.J.D.A.* 1960, p. 96-100.

MÉRIC (J.),

concl. sur C.E., 13 juill. 1962, *Ministère de la Santé c/ Sieur Lastrajoli*, *R.D.P.* 1962, p. 975-994.

MOSSET (C.),

concl. sur C.E., Sect., 2 nov. 1956, *Sieur Biberon*, *Rec.* 1956, p. 403-409.

concl. sur C.E., 16 janv. 1955, *Andreamisera*, *R.J.P.U.F.* 1955, p. 863.

OLSON (T.),

Les limites du pouvoir de police du maire face à une police spéciale, concl. sur C.E., 29 sept. 2003, *Houillères du bassin de Lorraine*, *A.J.D.A.* 2003, n° 40, p. 2164-2165.

Liens de causalité reconnu entre une maladie et le vaccin contre l'hépatite B, concl. sur C.E., 9 mars 2007 (4 esp.), *A.J.D.A.* 2007, n° 16, p. 861-869.

POCHARD (M.),

concl. sur 1er oct. 1993, *Soc. « Le Yacht-Club International de Bormes-les-Mimosas »*, *A.J.D.A.* 1993, n° 11, p. 810-814.

PRADA-BORDENAVE (E.),

Les carences de l'État dans la prévention des risques liés à l'amiante, concl. sur C.E., Ass., 3 mars 2004, *Min. de l'Emploi et de la Solidarité c. Cts Bourdignon, Min. de l'Emploi et de la Solidarité c. Cts Botella, Min. de l'Emploi et de la Solidarité c.Cts Thomas* et *Min. de l'Emploi et de la Solidarité c. Cts Xueref, R.F.D.A.* 2004, p. 612-625.

La France ne peut pas imposer le bridage du moteur des véhicules, concl. sur C.E., 10 juillet 2006, *A.P.I.V.I.R., A.J.D.A.* 2006, n° 37, p. 2061-2064.

RIGAUD (J.),

concl. sur C.E., Sect., 13 déc. 1968, *Ministre des affaires sociales c/ Dame Milcent, A.J.D.A.* 1969, p. 40-45.

ROBINEAU (Y.),

concl. sur C.E., Sect., 26 juill. 1982, *M. Vigné* et *Ministre de la Santé et de la Sécurité Sociale c/ Consorts Copin* (2 esp.), *A.J.D.A.* 1982, p. 729-733.

ROUGEVIN-BAVILLE (M.),

concl. sur C.E., Ass., 20 mars 1974, *Ministre de l'Aménagement du territoire, de l'Équipement, du Logement et du Tourisme c/ sieur Navarra, Rec.* 1974, p. 200-213.

concl. sur C.E., Ass., 24 janv. 1975, *Ministre de l'information c/ Société Rome-Paris Films, R.D.P.* 1975, p. 286-299.

ROUSSELLE (P.),

concl. sur C.A.A. de Nancy, 9 déc. 1999, *Cne de Saint-Avold, C.J.E.G.* 2000, p. 162-165.

SARGOS (P.),

Rapport sur Cass. civ. 1ère, 23 mai 2000, *D. c. M., J.C.P.* 2000, II, 10 342, p. 1247-1249.

SCHRAMECK (O.),

concl. sur C.E., 15 juin 1987, *Société navale des Chargeurs Delmas-Vieljeux et autres, R.F.D.A.* 1988, p. 508-511.

SCHWARTZ (R.),

Une erreur médicale commise dans le service peut constituer une faute personnelle, concl. sur C.E., 28 décembre 2001, *M. Valette, A.J.D.A.* 2002, n° 4, p. 359-362.

SENERS (F.),

Le principe de précaution, le juge, l'insecticide et les abeilles, concl. sur C.E., 9 oct. 2002, *Union nat. de l'apiculture française, A.J.D.A.* 2002, n° 18, p. 1180-1186.

SOGNO (C.),

concl. sur T.A. de Grenoble, 21 février 2000, *M. Syord, A.J.D.A.* 2000, p. 665-667.

STAHL (J.-H.),

concl. sur C.E., Sect., 20 juin 1997, *Theux, Rec.* p. 254-261 (également publiées à la *R.F.D.A.* 1998, n° 1, p. 86).

Le droit de grève comme liberté fondamentale et la réquisition des personnels de santé, concl. sur C.E., 9 déc. 2003, *Mme Aiguillon et a.*, n° 262186, *R.F.D.A.* 2004, n° 2, p. 306-310.

Juridiction compétente pour indemniser un médecin réquisitionné par un préfet, concl. sur T.C., 26 juin 2006, *M. Rosset c. État, A.J.D.A.* 2006, n° 34, p. 1891-1895.

STAHLBERGER (E.),

Responsabilité administrative et contamination par transfusion sanguine, concl. sur T.A. de Paris, 20 décembre 1991, *MM. D., B et G. c/ État (Ministère de la Santé), R.F.D.A.* 1992, n° 8 (3), p. 552-565.

TEISSIER (G.),

concl. sur C.E., 5 juin 1908, *Marc et syndicat des propriétés immobilières de Paris, Rec.* 1908, p. 611-623.

THÉRY (J.-F.),

concl. sur C.E., 9 déc. 1977, *Conseil national de l'Ordre des pharmaciens, R.D.S.S.* 1978, p. 338-345.

VIGOUROUX (C.),

Les critères d'une dérogation à la carte sanitaire dans le cadre d'une agglomération urbaine, concl. sur C.E., 16 décembre 1994, *Polyclinique des Minguettes, R.D.S.S.* 1995, n° 2, p. 288-297.

VUGHT (G.),

La suspension temporaire du droit d'exercer au cas d'état pathologique rendant dangereux l'exercice de la profession pharmaceutique, concl. sur C.E., 24 mai 1974, *Sieur D..., R.D.S.S.* 1975, p. 190-195.

INDEX THÉMATIQUE

A

Abrogation : 130-135

v. Mutabilité

Abstention

v. Carence et Incompétence négative

Acceptabilité des risques : 490, 492, 497-499

v. Bénéfices-risques et Normalité

Accessibilité et complexité du droit : 307, 355

v. Code de la santé publique et Dispersion du droit de la santé publique

Accidents domestiques : 436, 628

Activités de santé (prévention, diagnostic, soins) : 219, 259, 410-412, 431, 618, 621

v. Établissements de santé, Professions de santé, Sécurité sanitaire et Réglementations sectorielles

Adéquation :

* des mesures aux faits : 81-82, 109, 116, 127, 130-131, 150, 153, 156-159, 161-162, 173-175, 184-186, 191-192, 221, 231-232, 272, 273-276, 287, 500-502, 511, 561, 565-566, 573, 588, 599-600, 715

* des moyens aux fins : 84-87, 154, 183, 221, 232, 278-280, 284, 460, 464, 478-502, 505-510, 512-516, 519-520, 562, 566-567, 571, 573, 628, 648, 715-716

v. Expertise, Procédés du maintien de l'ordre public sanitaire et Proportionnalité

Administration de la santé :

* centrale : 64, 325-338. *v. Ministère de la Santé*
* déconcentrée : 308-314, 354, 538
* décentralisée : 315-322, 538, *v. Communes*
* centralisation : 209, 292-307, 316-317, 322
* décentralisation fonctionnelle : 313 , 348, 421. *v. Agences de police sanitaire*
* complexité et dispersion des compétences : 289-290, 308-354, 356, 396, 419, 426
* coordination : 290, 336-338
* réforme : 348, 353-355, 413-417

Aérisme : 226

Agences sanitaires : 348-353, 413-414

* diversité: 348, 353
* statuts juridiques: 338, 349, 414 (note), 424
* fonction, missions et compétences communes: 350, 414, 424, 538
* Agence française de sécurité sanitaire des aliments (A.F.S.S.A.) : 338, 340, 348-350, 353, 420-421
* Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (A.F.S.S.A.P.S.) : 338, 340, 348-352, 414-416, 434-435, 498
* Agence française de sécurité sanitaire de l'environnement et du travail (A.F.S.S.E.T). : 338, 340, 348-350, 353, 424-425
* InVs : 265, 414, 420, 536-541
* Agence de la biomédecine : 340, 348-350, 353, 414
* Agence du médicament : 348, 353, 413
* Autorité de sûreté nucléaire (A.S.N.) : 340, 353, 414, 424-425
* Haute autorité de santé (H.A.S.) : 340-341, 356, 414, 550 (note)
* Agences régionales de l'Hospitalisation (A.R.H.) : 313, 349-352, 375 (note), 412,
* Agences régionales de santé : 313 (note), 354
* Agence européenne du médicament : 254

Agence de police sanitaire : 351, 416

v. A.F.S.S.A.P.S., A.R.H., Agence de la biomédecine

Alcoolémie fœtale (syndrome d'_) : 511

Aléa : 141, 205, 626

* thérapeutique : 662, 667, 672-674

Alerte sanitaire :

* des autorités sanitaires : 264, 266, 268, 320, 329, 414, 537-538, 540, 543. *v. Veille sanitaire et Vigilance*

* des administrés : 39, 278, 416, 510-511, 590, 696. *v. Information*

* plan d'alerte et de gestion des risques sanitaires : 518, 538, 637. *v. Menaces sanitaires de grande ampleur*

Amiante :

* réglementation : 117, 259, 267, 306 *v. Sécurité sanitaire environnementale*

* carence fautive de l'État : 116, 180, 190-191, 477-482, 499-502, 514, 534, 546-553, 555-558, 562-563, 567, 606, 623-624

* carence fautive des employeurs (faute inexcusable) : 623, 669

* indemnisation par la solidarité nationale : *v. Socialisation des risques*

Ancien régime : 6, 55, 71, 226, 295

Assainissement : 84-85, 109, 180, 201, 221-222, 226, 238, 270-272, 279, 294-298, 318-321, 343

v. Eaux et Immeubles insalubres

Autonomie de la volonté : 648, 689-691

v. Droit à la libre disposition de soi

Autoritarisme sanitaire : 102, 402

Autorisation :

* régimes d'_ **:** 151-154, 262

* suspension et révocation des _ : 135-136, 139-140, 270

v. Procédés du maintien de l'ordre public sanitaire et Produits et biens de santé

* sanitaires : 313, 456. *v. Établissements de santé*

Avis :

* préalable (obligation d'_) : 272, 343

- simple : 343, 560-562, 581

- conforme : 343, 562

* *a posteriori* : 565, 567, 637. *v. Menaces sanitaires de grande ampleur*

B

Bénéfices-risques (rapport) : 488-502, 517, 549, 578, 581

v. Évaluation, Précaution et Sécurité sanitaire

Bilan coûts-avantage : 490, 519

v. Proportionnalité

Bioterrorisme : 235, 334, 635, 637

Bonnes pratiques : 351, 411, 415, 420, 621

C

Carence (inertie) :

* des autorités municipales (XIXe siècle) : 292-298

* de l'État-providence : 393-399

Carence fautive de la puissance publique :
* faute civile : 178-180, 185, 187-198, 406, 477-481, 514
* faute pénale : 199-202
* totale : 189, 514, 567. *v. Refus d'agir*
* partielle : 189-192, 514, 567, 606. *v. Diligence et Suffisance*
v. Obligation d'agir de la puissance publique et Responsabilité des autorités de police sanitaire

Charlatan (charlatanisme) : 374
v. Professions de santé

Charte de l'environnement : 423, 570 (note), 574

Chikungunya : 235, 635

Circonstances :
* de fait, de temps et de lieu : 81, 154, 158, 173, 272, 518, 566
* exceptionnelles : 81, 154, 174-175, 232, 276, 405, 565, 590, 637. *v. Précaution et Urgence*
* locales particulières : 154, 231, 646

Codes :
* de déontologie médicale: 347, 683. *v. Ordres professionnels et Professions de santé*
* de la santé publique :
- 1953 : 7, 211
- 2000 : 211, 236-238, 356
* de « précaution » : *v. Bonnes pratiques*

Codification à droit constant : 237-238

Collectivisation des relations interpersonnelles : 29, 411, 436, 614, 618, 622, 625-628, 723
v. Droits fondamentaux, Normalisation, Paternalisme.

Combinaison des polices (règles de _) :
* polices juxtaposées : 241-243
* polices superposées : 240
* entre polices spéciales : 243-245
* police générale-polices spéciales : 172-175, 240-242, 255, 259, 274

Communes : 294-297, 316, 343
* mortalité excessive : 85, 271, 321
* insuffisance des moyens locaux : 320
v. Administration et Police municipale

Conflits :
* de l'ordre et de la liberté : 31, 94-98, 158-163, 472, 475
* entre intérêt généraux concurrents : 162-163
* de lois : 11
* de polices : *v. Combinaison des polices*
* de libertés : 31, 162, 475, 644

Contrôle : *v. Inspection*
* de santé : 267. *v. Dépistage*
* sanitaire aux frontières : 55, 217, 235

Contrôle de légalité : 156-163, 272
* retreint : 157. *v. Exactitude matérielle des faits et Erreur manifeste d'appréciation*
* normal : 157. *v. Qualification juridique des faits*
* de disproportionnalité manifeste : 599. *v. Erreur manifeste d'appréciation et Précaution*
* de proportionnalité : 157-159, 161-162, 272. *v. Adéquation et Proportionnalité*

Contrôle-qualité : 436, 620.
v. Traçabilité

Crises sanitaires :
* rôle moteur des _ : 235
* gestion des _ : 266, 518, 637. *v. Menaces sanitaires de grande ampleur et Urgence*

D

Décentralisation et Déconcentration : *v. Administration*

Déchets :
* enlèvement : 85, 217, 259, 286
* réglementation : 284, 286, 306, 426
* plan d'élimination des _ : 509

Déclaration obligatoire : 543-546
* des cas de maladies **:** 77, 264-265, 538, 542-543, 545-546, 632
  - procédure de signalement : 264, 267, 543, 554
  - procédure de notification : 264, 554
* des effets indésirables, incidents ou risques d'incidents : *v. Vigilance*
* des causes de décès : 543
* des risques sanitaires liés à la santé animale ou végétale : 543
  v. Évaluation et Veille sanitaire

Déclaration préalable (régimes de _) : 152, 154, 262

Décontamination : *v. Désinfection*

Défense sanitaire :
* fonction primaire de conservation de l'ordre public sanitaire : 56, 80-83, 359, 432, 441, 450, 506, 525, 554, 567, 597
* système de défense sanitaire : 235, 328, 334, 636. *v. Menaces sanitaires de grande ampleur et Règlement sanitaire international*

Délégation de service public : 285

Démocratie sanitaire : 25, 680, 699-700, 707

Déontologie :
* médicale : 25, 347, 373, 376, 493, 683, 688, 694
* de l'expertise : 563

Dépendances (lutte contre les _) : 45, 216, 218, 221, 334, 628, 633, 635, 646
v. Dopage, Tabac et Toxicomanie

Dépistages et contrôles de santé : 77 , 113 , 117, 221, 266-267, 506, 633, 644

Dérogations : 181-182

Désinfection : 85, 217, 267, 270, 279, 321, 343

Détournement :
* de pouvoir : 112, 175
* de procédure : 175

Dignité humaine : 21, 23-25-, 27, 149, 480
v. Droits fondamentaux et État de droit

Diligence (obligation de _) : 164**,** 190, 526, 561, 564, 566-568, 591, 624
v. Obligation d'agir de la puissance publique

Dispersion et parcellisation du droit de la santé publique : 210-212, 236, 288, 355-356

Dopage (lutte contre le _) : 235, 633

Droit à la protection de la santé :
* droit économique et social :
  - sources formelles du _ : 7, 26, 66
  - sources matérielles (fondements) : 37, 68, 118

- valeur constitutionnelle : 13, 20, 26
- sens et objectifs : 15, 20, 26, 66-68, 302, 304, 396, 506
- extension à la santé publique : 26, 449, 455, 457, 459-462, 467

* droit fondamental de la personne : 26, 363, 448-449, 463-468, 613, 655-659, 711
- contenu matériel : 26, 35-36, 363, 641
¤ droit à la prévention : 366, 463, 466, 525, 653
¤ droit d'accès à la prévention et aux soins : 463, 525, 641, 653
¤ droit à la sécurité sanitaire : 455, 463, 466, 489, 525, 653, 658
- sens : 35-36, 304, 363, 465-466, 525-526, 641
¤ droit à la protection de la santé publique : 26, 458-462, 465, 655
¤ droit à la sécurité pour la santé : 28, 36, 198, 412, 525, 531, 641, 658, 660-662, 696, 717
- portée : 37, 612, 614
¤ droit-prestation: 652, 663, 664. *v. Droit à la sécurité pour la santé*
¤ droit-garantie : 652, 662-669
¤ obligation de moyens (caractère relatif et contingent) : 657-658
¤ obligation de résultat (droit à la santé) : 654-659, 665-669

Droit à l'intégrité physique et à l'inviolabilité du corps humain :
* principe : 9 (note), 20, 23, 149, 634, 636, 680-682, 690
* portée : 23, 31
- principe de la libre disposition de soi : 106, 679, 693, 695-697, 703, 705-706
v. Droit au consentement et Refus de soins
- exception et limites : 23-24, 149-150, 630-631, 644, 648-650, 685-686, 691, 698-700
v. Obligations à la santé et Protection de la personne contre elle-même

Droit communautaire : 246-255
* transposition du droit communautaire : 255
* responsabilité du fait du _ : 144
* application du principe de précaution : 574, 581, 583

Droits des personnes malades : 24-25, 411, 465, 641, 661
* droit à la qualité et à la sécurité des soins : 455-457, 463, 466, 489, 525, 653, 658
v. Droit à la protection de la santé
* droit à l'information médicale : 25, 510, 661-662, 688, 693-697
* droit au consentement libre et éclairé aux soins : 24-25, 106, 633, 681-682, 695
v. Droit à l'intégrité physique et à l'inviolabilité du corps humain
* droit au refus de soins :
- principe et portée : 24-25, 683-684, 690-691, 693
- exceptions et limites : 685-686, 691
v. Obligations à la santé et Protection de la personne contre elle-même

Droits fondamentaux : 22, 463, 467, 480-481, 512, 525, 610-611, 639, 707, 710, 722-725

Droit international de la santé : 26 (note), 460
* Organisation mondiale de la Santé : 66, 107, 235, 393

E

Eau : 312
* alimentation en _ potable : 85, 136, 221, 259, 261-263
* de consommation : 261, 267
* évacuation des _ usées : 85, 217, 221, 238, 259
* minérales naturelles : 262
* protection des _ : 201, 431
* schémas directeurs d'aménagement et de gestion des _ : 509

Éducation sanitaire : 510, 661, 701-702, 705

Efficacité (obligation d'_) : *v. Suffisance*

Égalité :

* principe : 204, 479
* égalité dans la protection de la santé publique : 303-307
* rupture d'égalité devant les charges publiques : 144, 238, 384, 479. *v. Responsabilité*
* valorisation de l'_ des conditions : 479, 516, 529, 642-643, 645
  v. Personnes vulnérables

Empirisme de l'intervention sanitaire de l'État : 208, 226, 233-236, 288
v. Crises sanitaires et Subsidiarité

Épidémies (lutte contre les _) : 260, 274, 635
v. Menaces sanitaires de grande ampleur et Urgence

Épizooties (lutte contre les _) : 419
v. E.S.B., grippe aviaire, sécurité sanitaire des aliments

Erreur de droit : 602

Erreur de fait : 156-158, 602
v. Exactitude matérielle des faits, Erreur manifeste d'appréciation et Qualification juridique des faits

Erreur manifeste d'appréciation :

* premier degré : 157, 552, 561, 583 (contrôle restreint)
* second degré : 599, 608 (disproportionnalité manifeste)

E.S.B. (« vache folle ») : 239, 403, 581, 583, 635

Établissements dangereux, incommodes et insalubres : *v. Installations classées*

Établissements de santé :

* qualité et sécurité des soins : 412, 456-457
* réglementation et contrôle : 273, 313, 432, 637
  v. Autorisations sanitaires, A.R.H. et Menaces sanitaires de grande ampleur
* responsabilité :
  - responsabilité civile
    ¤ principe et régime de la faute : 197, 381, 661
    ¤ présomption de faute et/ou de responsabilité : 382-390, 661, 669
    ¤ responsabilité de plein droit : 386, 664-668, 674
  - responsabilité pénale : 379
  v. Droits des personnes malades, Évaluation et Infections nosocomiales

Établissements sociaux et médico-sociaux : 314

État :

* gendarme (« veilleur de nuit ») : 80, 431
* providence : 38, 67-68, 206, 302, 305, 390, 391, 396
* de précaution : 364, 627
* paternel ou paternaliste : 526, 530, 611, 614, 624, 722-725

État de droit :

* c. État de police : 101**,** 614
* libéral : 93, 97, 204, 724
* évolution des valeurs substantielles de l'_ : 474, 480, 525, 528-529, 722-725

Eugénisme : 101

Évaluation :

* des risques sanitaires : 502, 550-552, 581, 602-603. *v. Bénéfices-risques et Expertise*
* des mesures de santé publique : 264, 554-556. *v. Mutabilité et Réévaluation*
* médicale : 550. *v. Établissements de santé*

Exactitude matérielle des faits : 109, 158, 561, 587 595

Exclusion (lutte contre l'_) : 25, 474, 644

Exécution d'office : 222, 272, 275, 647-649
v. Hospitalisation forcée ou sous contrainte

Expertise scientifique :
* structures : 278, 340-343, 420. *v. Agences sanitaire et Instances consultatives*
* modalités
- indépendance : 563.
- régularité de l'_ : 552, 581, 583, 602
- caractère obligatoire : 552
* influence
- portée juridique des avis : 226, 272, 343, 552, 560-563
- limites : 227, 564-568
* rapports entre la science et le droit : 223-227, 547-549, 551, 560-563, 579
v. Évaluation, Normalité, Obligation d'agir, Proportionnalité et Précaution

F

Faillite sanitaire de l'État : 14, 235, 391-399, 710

Faute :
* illégalité fautive : 143
* faute d'action : 39, 143, 148, 280, 498, 510, 678
* faute d'imprudence ou de négligence : 143, 178, 180, 188, 190-192, 199-202, 287, 321, 360, 378-380, 383-390, 482, 498, 510, 514, 554, 556, 562, 567, 588, 605-608, 623, 669, 675, 685. *v. Carence fautive*
* faute médicale : *v. Établissements et Professions de santé*
* faute de la victime : 667, 685, 701. *v. Comportement à risque*
* régime de la faute (responsabilité civile) : 17, 143, 188, 193-198, 383-390, 404, 500-501, 514, 516, 556, 661, 669
* faute pénale : *v. Infractions pénales*

Fléaux sociaux : 78, 218, 301-302, 316

H

Habilitation à agir de l'administration-puissance publique : 478**,** 712
* habilitation implicite : 120, 126, 154, 161, 173-174, 203, 478, 510, 636-637
v. Ordre public général
* habilitation législative ; 157, 173, 243, 347, 638
v. Polices spéciales
* extension de l' _ : 274, 479, 516, 522, 575, 590-592, 594-597, 609-610, 636, 713, 720
* habilitation et compétences d'action : 95, 156, 173, 272, 406, 561-563
* appréciation de l'_ : 156-157, 173, 243, 274, 496, 498

Hépatite B : 39, 482, 498, 511, 581, 603

Hospitalisation forcée (ou sous contrainte) : 44, 77, 637
v. Quarantaine

Hygiène :
* publique : 217, 219, 221, 238, 312, 431
* industrielle (santé urbaine) : 55, 295
* du milieu : 221, 423. *v. Assainissement, Salubrité et Sécurité sanitaire environnementale*

Hygiénisme : 6, 60, 76, 101, 226, 302, 363

I

Îlots insalubres : 270, 272

Immeubles insalubres : 55 , 59, 117, 235, 238, 343
* compétences
- centralisation des compétences : 312, 317
- combinaison des compétences : 173, 222, 243
* procédure : 272, 343
* insalubrité irrémédiable : 222, 343
* interdiction d'habiter : 272, 343
* exécution d'office des mesures : 222, 318
* injonction de travaux : 270, 272, 343
* contrôle des mesures : 157

Immeubles surpeuplés : 117, 238

Inaliénabilité des pouvoirs de police : 167-170, 287

Incompétence (sanction de l'_) :
* positive : 272, 336, 405-406
* négative : 168, 178-179, 184-186, 203, 336 (note)
v. Habilitation et Obligation à agir

Indépendance :
* des législations (principe d'_) : 243-245
* des experts : 563

Infections nosocomiales :
* notion : 388 (note)
* lutte contre les _ : 117, 219, 390, 412
* régimes d'indemnisation : 386-390, 665-666, 675. *V. Présomption et Socialisation des risques*

Information :
* droit des personnes à l'_ : 510-511
- information médicale : 25, 510, 661-662, 688, 693-697
- information générale et de santé publique : 39, 278, 416, 424, 482, 510-511, 516, 590, 662, 696, 701-702
v. Alerte et Éducation sanitaire
* droit d'accès de l'administration à l'_ : 190, 434, 536-546
v. Déclaration obligatoire, Veille sanitaire et Vigilance

Infractions pénales :
* infractions intentionnelles : 106, 377, 379
* infractions non-intentionnelles :
- délits d'imprudence ou de négligence : 11, 199, 201-202, 379, 404, 411
- homicide ou blessures involontaires : 201
- administration de substances nuisibles à la santé : 11, 106
- mise en danger d'autrui : 11
- non assistance à personne en danger : 684
* infractions spécifiques :
- manquements aux lois et règlements sanitaires : 8, 45, 80, 200, 260, 267 (note), 637
- manquements aux règles d'exercice des professions de santé : 377-378
v. également Primum non nocere et Professions de santé

Injonctions :
* administratives : 85, 173, 270, 351-352 *v. Procédés du maintien de l'ordre public sanitaire*
* de soins : 44 , 506, 633, 635.

Inspection et contrôle sanitaires : 264, 420, 434, 539. *v. Agences de police sanitaire*

Installations classées pour la protection de l'environnement : 126, 139, 154, 173, 194, 217, 226, 237, 262, 312, 334, 343

Instances consultatives :

* diversité : 340
* Conseil Supérieur d'Hygiène publique de France (C.S.H.P.F.) : 305, 340, 565, 637
* Haut Conseil de la Santé Publique (H.C.S.P.) : 338-343, 538, 637
* Conseil départemental de l'environnement et des risques sanitaires et technologiques (ex-Comité départemental d'hygiène) : 340, 342-343
* Comité national de santé publique (C.N.S.P.) : 290, 338, 340, 538
* Conférence nationale de santé : 338
* Conférences régionales ou territoriales de santé : 318
* Conseil supérieur de la prévention des risques professionnels : 637

  v. Règlements sanitaires nationaux
* Institution de Radioprotection et de Sûreté Nucléaire (I.R.S.N.) : 340, 414, 424-425

  v. Agences sanitaires, Ordres professionnels et Expertise

L

Légalité des délits et des peines (principe de _) : 137

Libre choix des moyens :

* principe du _ : 59 , 63, 81, 127, 158
* par l'administration : 157, 161, 191-192, 272, 274, 284-287, 406, 444, 463-464, 501-503, 507-508, 511, 514-516, 518, 520-521, 560-563, 566, 590, 610, 628, 637-638

  v. Adéquation des moyens aux fins, Proportionnalité et Suffisance

Lieux publics : 116

Loi :

* facultative : 58, 295
* responsabilité du fait de la _ : 144
* de santé publique :

  - loi du 15 février 1902 : 61-68 , 82, 294, 297, 321

  - loi du 9 août 2004 : 290, 316-317. *v. Politique de santé publique*

M

Maladies :

* chroniques : 216
* épidémiques : *v. Épidémies et Menaces sanitaires de grande ampleur et Urgence*
* infectieuses : 267, 635
* mentales : 44
* transmissibles : 218
* vectorielles : 267. *v. Hygiène, Saturnisme et Sécurité environnementale*
* vénériennes et sexuellement transmissibles : 150, 218, 260, 632, 644

Médicament :

* à usage humain. *v. A.F.S.S.A.P.S. et Produits et biens de santé*
* vétérinaire : 420. *v. A.F.S.S.A.*

Maire : 318-321. *v. Commune, Police générale et Règlements sanitaires*

Menaces sanitaires de grande ampleur :

* pouvoirs exceptionnels de police : 274, 518, 565-567, 637-638
* organisation du système de santé : 273-274
* responsabilité et régime d'indemnisation : 677

Ministère de la Santé :
* création : 325-326
* organisation : 327-331
* compétences : 331-334, 343, 416, 516, 518, 565, 637-638

Mutabilité :
* adaptation des mesures de protection de l'ordre public sanitaire : 554-558, 568
* du service public de santé : 456
v. Abrogation et Évaluation

N

Nécessité (principe de _) : 120, 154, 203, 227, 402, 518-521, 623
v. Adéquation, Normalité et Proportionnalité

Normalisation sanitaire : 615-650, 725

Normalité :
* notion et contenu : 232
* qualification du trouble à l'ordre public sanitaire : 228-232, 492, 580, 584, 596

Normes techniques et de fonctionnement : 219, 411, 436, 621
v. Bonnes pratiques et Réglementation sectorielles

Nuisances sonores (lutte contre les _) : 78, 259, 306

O

Obligation d'agir de la puissance publique pour la protection de la santé publique :
* principe de la compétence liée des autorités de police : 10, 38, 164, 184, 193-198, 203, 405-406, 478, 514, 623, 715
* nature et portée de l'_ :
  - obligation de moyens : 192, 202, 500-501, 514, 566, 610
  - obligation de résultat ou de quasi-résultat : 192, 501-502, 522, 566, 610
  - permanence de l'_ : 32, 558. *v. Mutabilité*
  - limites à l'_ : 180, 192, 556, 601-609
* teneur de l'_ : 203, 564, 566-568, 610
  - obligation fonctionnelle :
    ¤ application des règles de protection de la santé publique : 177-183, 240, 532
    ¤ action initiale : 184-186, 189-190, 532. *v. Diligence*
    ¤ surveillance du risque : 534. *v. Veille et Vigilance*
    ¤ information et alerte : 39. *v. Ces mots*
    ¤ expertise et évaluation : 547. *v. Ces mots*
  - obligation matérielle : *v. Adéquation, Efficacité et Proportionnalité*

Obligations d'ordre public sanitaire :
* obligations personnelles (obligations à la santé) : 77, 106, 113, 218, 221, 506, 518, 630-639, 647-650. *v. Prévention médicale*
* obligations réelles : 217. *v. Assainissement, Hygiène, Immeubles insalubres ou surpeuplés, Installations classées pour la protection de l'environnement*
* obligations générales et absolues : 218, 221
* obligations relatives : 221. *v. Injonctions de soins*

Ordre public :
* complexité de la notion : 41
* définition : 3, 11, 42, 46, 91
  - fondements : 10, 38, 97
  - fonction : 3, 11, 38, 42, 46, 97

- homogénéité : 454
- axiologie : 9 , 89-98, 480
- nature libérale : 93-98, 160-163, 204-205, 472

* valeur juridique : 97, 470
* contenu :
- composantes matérielle (variabilité) : 9, 41, 89, 96, 454, 470-471
- ordre public général : 41, 478
- ordre public spécial : 300-301
- ordre public de protection individuelle : 23-24, 113, 640, 646-650

* subjectivisation : 473, 510

Ordre public sanitaire :

* définition :
- sources et fondements : 48-54, 99-102, 161, 204, 448, 467-472, 478. *v. Ordre public*
- ordre public sanitaire de protection (fonction primaire) : 80-83, 545, 576 *v. Défense sanitaire*
- ordre public sanitaire de direction (fonction secondaire) : 84-86, 300-307, 433, 443, 454, 615, 707, 712. *v. Polices spéciales et Normalisation*

* principes directeurs et caractéristiques :
- caractère régalien : 2-3, 8, 10-12, 38, 42, 47, 50-59, 64, 118, 120, 164, 203-206, 214, 291, 294, 309, 475, 612, 710-711, 714-717
- approche préventive de la santé : 105-106
- caractère normatif : 122-131, 195-196, 203, 360, 406, 518, 590-591, 719
- gratuité : 113, 141
- restriction des libertés par l'_ : 147-154, 406, 471, 518
- protection des libertés par _ : 155-163, 204-205, 472, 711
- complexité du droit de l'_ : 207-356
- diversité des instruments du maintien de l'_ : 128, 256-288 *v. Procédés du maintien de l'ordre public sanitaire*

* évolution :
- renouveau : 368-370, 430-436, 454, 707
- enrichissement matériel : 437-445, 475-476, 525, 712
- rénovation fonctionnelle : 482-484, 510,-511, 516, 519, 521-522, 524, 720
- refondation et instrumentalisation de l'_ : 448, 467-472, 484-485, 512, 522, 524, 707, 712-713. *v. Droit fondamental à la protection de la santé*
- subjectivisation : 473-475
- individualisation : 475, 630, 641-645. *v. Ordre public de protection individuelle, Protection de la personne contre elle-même et Vulnérabilité*
- perte d'homogénéité : 609-610, 718-719

Ordres professionnels : 345-347, 375-376. *v. Professions de santé*

Organismes génétiquement modifiés (O.G.M.) : 255, 334, 581

P

Pastorisme : 60, 62, 115, 225

Paternalisme :

* médical : 680, 696 (note)
* sanitaire de l'État : 526, 530, 611, 624, 614, 641-645, 647-650, 703

Péril imminent : 174-175, 405.

Permis de construire : 130 (note), 180 (note), 244-245, 262

Perte de chance : 633 (note), 696

Piscines et baignades : 238, 259, 263, 436

Planification sanitaire : 273**,** 338**,** 509, 532, 637

Police administrative:
* notion : 39, 482, 498, 512, 516, 522, 716
* typologie :
- police générale : *v. Ce mot*
- polices spéciales : 116, 172, 175, 243, 300-301, 478
* régime :
- compétence liée des autorités de police administrative : 164-198, 514
- caractère attractif de la police administrative : 137-140
- police administrative et contrat : 169-170, 285
- police administrative et service public : 85, 161, 277-288, 464, 505-507
v. Carence fautive, Obligation d'agir et Procédés du maintien de l'ordre public sanitaire

Police générale :
* régime : 126-127
- permanence de la police générale : 80, 172-175 *v. Inaliénabilité des pouvoirs de police*
- _ et précaution : 597
* police générale (police municipale) : 295-297, 301. *v. Maire*
- caractère conservatoire de la _ : 81, 153, 516
- rôle subsidiaire : 171
- caractère complémentaire : 173-174, 274
- permanence : 172-175, 240
- intervention du préfet : 297
* police générale du préfet : 312
* police générale du Premier ministre (police nationale) : 126, 161, 336, 516
v. Combinaison des polices

Polices sanitaires :
* enchevêtrement : 238. v. Combinaison et Dispersion
* schéma municipal (XIXe siècle) : 294-296
* centralisation : 207-307
* déconcentration : 308-314.
* indemnisation des conséquences dommageables : 141-145. *v. Socialisation du risque et Vaccinations obligatoires*

Politique de santé publique (art. L. 1411-1 C.S.P.) : 8, 28, 303, 317, 338, 355, 363, 366, 464, 506, 509, 555, 641

Pollutions (lutte contre les _) : 238**,** 259, 306,334
* air : 267, 312, 426, 474, 509
* eau : 426. *v. Ce mot*
v. Assainissement, Hygiène sécurité et Sécurité sanitaire environnementale

Pragmatisme du juge administratif : 150, 239-245, 685

Précaution (principe de _) : 435, 492, 495, 541
* définition : 569-576, 585, 628
* standard de comportement : 572, 578-580
* validité du critère de l'incertitude scientifique : 586-588, 589-591, 596, 606
* application à la santé publique : 577-581, 637
* règle d'action : 495, 581-588, 603, 720
- extension de l'habilitation à agir des autorités de police sanitaire : 516, 590-591, 592-597
- aggravation de la contrainte de police sanitaire : 598-600
- contrôle du juge de l'excès de pouvoir : 588, 595-596, 599
- obligation de la puissance publique : 601-609
* affirmation : 602-603
* sanction (absence) : 604-609

Préfet :
* de département : 273, 297, 311-312, 314, 342, 375
* de région : 313-314
Premier ministre : 126, 336, 516
Présomption :
* de faute : 383-390, 661, 669
* de trouble à l'ordre public : 585, 595. *v. Précaution*
* de causalité : 661
* de responsabilité : 388, 662, 665-669. *v. Infections nosocomiales et Produits de santé*

Prévention médicale : 77, 82, 144, 218, 221, 279, 635
v. Déclaration obligatoire, Dépistages, Prophylaxie et Vaccinations obligatoires

Prévention sanitaire : *v. Procédés du maintien de l'ordre public sanitaire*
* caractère attractif de la _ : 137-140
* diversité matérielle : *v. Alerte, Information et Évaluation*
- dispersion du droit de la santé publique : 210-212, 236, 288, 355
- complexité du droit de la santé publique : 233-245, 355
- typologie des mesures de prévention : 216-222
* typologies des régimes de prévention
- par le degré d'atteinte portée aux libertés
¤ régimes répressifs : 1, 6, 12, 80-83 , 151-152, 154, 184, 259-261, 287, 435
¤ régimes permissifs : 151-152, 262-263, 435
- par le but
¤ prévention-anticipation : 258-268, 532
¤ prévention-réaction : 269-276.
* systématisation d'une méthodologie de la prévention efficace : 478, 533-568

***Primum non nocere* :** 372-373. *v. Professions de santé et Sécurité sanitaire*
Principes de la sécurité sanitaire : 414
* évaluation : 414. *v. Ce mot*
* indépendance : 414-417, 563
* transparence : 414, 510

Principe du contradictoire : 125**,** 137-140

Privatisation de l'action publique : 32, 526, 530, 611, 624, 627, 723
v. Diligence, Efficacité et Paternalisme sanitaire

Procédés du maintien de l'ordre public sanitaire : 522, 716
* instruments disciplinaires :
- régimes répressifs :
¤ interdictions générales : 154
¤ réglementation : 184, 259, 270. *v. Ce mot*
¤ mesures individuelles : 77, 85, 106, 113, 173, 184, 218, 221, 260, 270, 351-352, 506, 518, 630-636, 647, 650
- régimes permissifs : 151-154, 262
v. Autorisations et Déclarations
- opérations complexes : 270
v. Police, Réglementation, Autorisation, Déclaration
* instruments non disciplinaires :
- procédés de gestion et contrats : 85, 285
- prestation de service public : 86, 270, 278, 284, 287, 464, 505-507, 637
- alerte et information : 278, 510-511, 516. *v. Ces mots*
- planification : 509. *v. Ce mot*
* activités matérielles : 184, 194, 270, 272, 318

Produits et biens de santé :
* notion : 618
* régime :
- autorisation de mise sur le marché : 254, 351, 490, 492-495, 581. *v. Bénéfices-risques*
- réglementation et contrôle : 431, 434-435, 554, 581. *v. Agences sanitaires*
* responsabilité du fait des produits :
- dangereux : 667
- défectueux : 666-667

Professions de santé :
* conditions d'accès et d'exercice : 374-376
- réglementation : 259, 376, 411, 431, 618, 621
- suspension du droit d'exercer : 313, 375
* responsabilité :
- disciplinaire et/ou ordinale : 347, 376, 378, 380, 685, 695
- pénale :
¤ exercice illégal : 374, 376-377
¤ manquements aux obligations professionnelles : 378-379
- civile : 374, 376, 377, 381, 661
- faute personnelle : 379-380
v. Charlatans et Ordres professionnels

Prophylaxie : 84, 144, 150, 216, 260, 518
v. Prévention médicale

Proportionnalité :
* sens et application du principe : 162
* contrôle : 157-159, 162-163, 191-192, 516
* et modération : 81, 203, 514, 519, 575, 599, 624
* et efficacité : *v. Suffisance*
* dans le temps : 555-557
* appréciation scientifique de la _ : 499, 502, 517-520, 561-562
v. Adéquation, Bénéfices-risques, Précaution et Mutabilité

Protection de la personne contre elle-même: 23-24, 479, 646-650, 703, 705, 720, 723
v. Ordre public de protection individuelle

Protection des consommateurs : 334, 336, 510
v. Sécurité sanitaire

Q

Quarantaine : 82, 226, 637

Qualification juridique des faits : 109, 175, 561, 575, 579-580, 584-585, 596, 600
v. Erreur manifeste d'appréciation et Normalité

R

Radioprotection :
* organisation : 341, 423-425. *v. A.S.N. et I.R.S.N.*
* réglementation : *v. Sécurité sanitaire environnementale*
- lutte contre les rayonnements ionisants : 78, 136 (note), 336, (note), 494
- lutte contre les rayonnements non ionisants : 217, 431

Raisonnement finaliste du juge administratif : 140, 516

Redevances : 85**,** 113, 286

Réévaluation : 491, 554-558. v. *Évaluation*

Refus d'agir de la puissance publique :
* légalité : 143, 184-186. *v. Incompétence négative*
* responsabilité : 185, 189. *v. Carence fautive*

Refus de soins : 24-25, 683-686, 690-691, 693
v. Droits des personnes malades

Règlement sanitaire international : 235
v. Droit international de la santé

Règlements sanitaires : 69, 82, 85, 127, 141, 238, 259, 297
* champ matériel / contenu : 259
* compétences :
- règlements sanitaires nationaux : 259, 305-307.
- règlements sanitaires départementaux : 259, 298, 307
- règlements sanitaires municipaux : 259, 319
- règlements sanitaires « types » : 306
- application : 259, 298, 305
- exécution : 259, 274, 318, 321
- règles de combinaison : 240, 244-245, 298, 305

Réglementations sectorielles : 259
* développement quantitatif : 288, 355, 411, 421, 431-432, 436, 616-619
* développement qualitatif : 620-621
v. Normalisation

Régulation des libertés publiques : 146-154

Réquisition : 273, 275, 312, 602, 637 (note)

Retard : *v. Diligence*

Réserve de santé publique : *v. Droit communautaire*

Réserve sanitaire : 273, 637. *v. Menaces sanitaires de grande ampleur*

Responsabilité des autorités sanitaires :
* responsabilité pour faute
- principe : 142, 145, 501, 510, 608
- régime de la faute : 193-198, 404, 500
- action fautive (conception étroite de la faute d'action) : 143, 510. *v. Faute*
- carence fautive : 287 *v. Carence*
- défaut de précaution (absence) : 605-609
* responsabilité sans faute : 144, 280, 383-384
* responsabilité pénale : 199-202

Responsabilité des professionnels, services et établissements de santé :
* principe de la responsabilité pour faute : 381, 661
- faute prouvée (régime) : 198
- faute présumée : 382-390, 669
* limites et exceptions au principe de la responsabilité pour faute :
- présomption de responsabilité : 661
- responsabilité de plein droit : 665-669, 671
¤ théorie du risque : 667, 674, 701
¤ produits et biens de santé défectueux : 667
¤ infections nosocomiales : 386, 666
v. Socialisation des risques

Responsabilité individuelle : 623, 701-702, 705

Risques sanitaires :
* acceptabilité des risques : *v. Ce mot et Bénéfices-risques*
- intolérance aux _ : 626, 628. *v. Société du risque et Vulnérabilité*
- risques et troubles à l'ordre public sanitaire : 569. *v. Normalité et Qualification juridique des faits*
* diversité des risques
- polymorphie : 215-223
- caractère transversal : 323
- complexification des : 419, 627
* nature des risques : *v. Maladies*
- risque naturel : 441
- risque épidémique : 635, 367 *v. Épidémies*
- risque vectoriel : 216, 267
- risque iatrogène : 219, 384-390, 412, 431, 438, 441, 577, 626
- risque anthropique (positif ou endogène) : 86, 216, 221, 425, 431, 433, 438, 577
- risque sériel : 396, 419, 588, 626
- risques globaux : 626
- risque connu et avéré : 81, 576, 585
- risque potentiel ou incertain : 479, 569, 575-576, 581, 583, 585, 594, 606. *v. Précaution*
- risque futur : 580. *v. Précaution*
- risque de développement : 667
* gravité des risques :
- risque de dommages graves et irréversibles : 569, 572, 581, 589-591, 594 *v. Précaution*
- risque mortel : 479, 647-648, 720. *v. Précaution, Protection de la personne contre elle-même et Risque de dommages graves et irréversibles*
- risque zéro : 362, 489, 492, 585, 628, 653, 657, 662-664, 668-669, 675
* socialisation des risques : *v. Ce mot*
* comportement à _ : 216, 701. *v. Faute de la victime*

S

Salubrité publique : 58
* notion : 71-75, 453
* régimes : 238, 259. *v. Assainissement et Hygiène*

Sanction des manquements aux obligations de santé publique :
* sanction administrative : 80, 137-139
* sanction pénale : *v. Infractions pénales*
v. également Professions de santé et Responsabilité

Sang contaminé (affaire du _) : 397-399
* responsabilité de l'État : 206, 360, 399, 404, 500-502, 514, 606-607
* indemnisation des victimes : 667, 672, 674. *v. Socialisation du risque*
* responsabilité pénale des ministres : 201, 360, 404, 510
* impact de l'affaire du sang : 13-17, 360
- social et politique : 206, 360, 399-400, 407, 522, 710
- juridique : 404-407, 446, 500-502, 522-524

Santé :
* scolaire et universitaire : 312, 334, 506
* au travail : 334, 478, 506. *v. Amiante et Sécurité sanitaire environnementale*

Santé publique :
* histoire et évolution :
- essor : 58, 60-63
- développement : 300-307

- résistances : 59, 295-296, 395, 471
- faillite : 14, 235, 391-399. *v. Sang contaminé*
- renouveau : 13-18, 209, 360-361, 363-364, 367, 408-427, 508.
- refondation : 448. *v. Droit fondamental à la santé et Ordre public sanitaire*

* définition :
- matérielle : 324, 332-338
- téléologique : 324, 504, 505-507, 515, 619
- santé publique et santés individuelles : 113-114 , 116-117, 450, 478, 505-506, 641-645, 647-650, 698-703

Saturnisme (lutte contre _) : 117**,** 644

Scientisme : 394, 403. *v. Paternalisme médical*

Secours : 270, 273. *v. Menaces sanitaires de grande ampleur*

Sécurité et sûreté : 453

* sécurité publique : 44, 49, 214, 284, 287, 454, 632, 636, 644, 646-647
* fonction régalienne : 10, 15, 46-48, 50-53, 358-359, 364, 369-370, 404, 428, 444, 446, 452, 475, 611, 712
- sécurité de la collectivité : 4, 8, 12, 37, 48, 50-54, 62, 64, 66, 86, 232, 358, 374, 384, 431-432, 545, 637, 705
- sécurité des personnes : 10, 11, 17, 47, 54, 385-386, 431-432, 443-444, 467, 471, 476, 616, 624, 636, 646-647
* droit fondamental à la sécurité : 18, 25, 28, 32, 36-37, 198, 361, 446, 474, 530, 610, 613, 650, 707
* valorisation du principe de sécurité :
- revendication sociale : 391, 401-404, 407, 409, 532, 578, 615, 625-627, 676, 703
- valorisation juridique : 16, 18, 25, 32, 36, 40, 288, 360, 362-363, 365-366, 368, 400, 410, 412, 427, 431-441, 445, 447, 475-476, 479, 489, 495, 525-526, 529, 575-577, 580-581, 584-585, 600, 610-611, 613-614, 619-622, 624-628, 636-637, 644, 646-647, 649, 652, 703-704, 707-709, 713, 725 *v. Droit à la sécurité pour la santé, Précaution et Sécurité sanitaire*

Sécurité sanitaire : *v. Agences sanitaires et Sécurité*

* origine et définition :
- notion : 362, 366, 438-439
- prémices : v. *Primum non nocere*
- consécration : 17-18, 369, 371, 391-399, 408. *v. Affaire du sang contaminé*
- extension : 418-427, 436-440
* champ d'application : 365, 408-445
- sécurité des soins et des activités de santé : 385-387, 410-417, 431. *v. Droits des personnes malades*
- des aliments : 235, 419-421, 306, 334, 431
- environnementale : 235, 422-427, 306, 334, 431, 509 (v. Précaution)
* principes :
- sources matérielles : 451-457.
- principes de la _ : 414
- méthodologie : *v. Bénéfices-risques*
* portée et influence : *v. Sécurité et Droit à la sécurité pour la santé*
- mission régalienne : 428, 432-433, 440, 446, 452, 454
- sécurité sanitaire et santé publique : 362-365, 408-427, 433, 446
- sécurité sanitaire et droit à la protection de la santé : 455-457
- sécurité sanitaire et précaution : 577-578. *v. Ce mot*
- sécurité sanitaire et ordre public sanitaire :
¤ distinction : 425, 432, 436, 438, 441, 708
¤ points communs : 428-445, 453
¤ enrichissements mutuels : 209, 367, 369, 430-432, 440-446, 452-454

Service public : 277

* qualification de la police administrative comme activité de service public : 199, 283

* participation du service public au maintien de l'ordre public sanitaire :

- activité complémentaire de la police administrative : 85-86, 127, 278-281, 464, 505-507, 637, 510, 700-702

- activité alternative à la police administrative : 282, 284-287, 510-511, 700-702. *v. Alerte*

* services publics obligatoires : 318

Servitudes : 141

Socialisation des risques : 575, 662, 670-678

* définition et champ d'application : 671-672, 674, 677-678

* fonds d'indemnisation : 672

- Office National d'Indemnisation des Accidents Médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales (O.N.I.A.M.) : 662, 672, 677

- Fonds d'Indemnisation des Victimes de l'Amiante (F.I.V.A.) : 425, 672

* enjeux : 676-678

Société du risque : 403, 447, 497, 575, 626-627

v. Vulnérabilité

Solidarisme sanitaire : 62, 623. *v. Pastorisme*

Standard : *v. Normalité*

* ordre public : 9, 72

* standards de comportement :

- état des connaissances scientifiques : 492, 499, 502, 559

- précaution : 495, 570, 572-573, 575, 584

Subjectivisation du droit : 474-475, 725

Subsidiarité : 116, 246, 299, 623-624

Substitution :

* de police : 174-175 ; 184
* d'autorité : 126, 175, 273, 297, 321

Suffisance et efficacité (obligation de _) : 162, 185, 191-192, 200-203, 406, 500-502, 503, 512, 514-516, 546, 556-558, 560-563, 566-567, 575, 600, 602, 606, 610, 623-624, 628, 636, 715

T

Tabac et lutte contre le tabagisme: 78, 217-218, 221, 232, 459, 511, 516, 628, 645, 657-658, 701. *v. Dépendances*

Toxicomanie : 633. *v. Dépendances*

Traçabilité : 411, 419, 436, 588, 606, 620

Tranquillité publique : 78, 454. *v. Nuisances sonores*

Transfusion sanguine : 414-415

Transports sanitaires : 312

Tuberculose (lutte contre la _) : 183, 218, 260, 301, 316, 343, 520, 632, 635. *v. Déclaration obligatoire, Prévention médicale, Prophylaxie et Vaccination*

U

Urbanisme : 238, 244, 259

Urgence :

* droit commun :

- notion-définition : 276

- effets dérogatoires : 273, 406, 567

- pouvoirs exceptionnels : 274-276, 321, 406, 518, 637
- contrôle par le juge administratif : 276, 406
* état d'urgence : 638
* état d'urgence sanitaire : *v. Menaces sanitaires de grande ampleur*
* urgence de santé publique de portée internationale : 235. *v. Droit international de la santé*

V

Vaccinations obligatoires : 1, *v. Prévention médicale et Obligations à la santé*
* cadre juridique et régime des obligations vaccinales
- fondements et nature juridique : 1, 82, 221, 461
- conditions de légalité : 31, 149-150, 343, 630, 636, 645
- champ d'application : 260, 633, 636-637
- régimes : 135, 139, 150, 183, 225, 260, 274, 336, 633. *v. Circonstances exceptionnelles, Menaces sanitaires de grande ampleur et Urgence*
- sanction des manquements : 221, 260, 637
- conditions d'exonération : 225, 260
- services de vaccination : 316, 384
* indemnisation des victimes d'accidents de vaccination
- contentieux de la réparation : 280, 383-385
- indemnisation de plein droit : 383-384, 672, 677. *v. Socialisation des risques*
- cas particulier de la vaccination contre l'hépatite B : 482 (dont les notes)

Veille sanitaire : 235, 264-268, 278, 414, 420, 534-546

Vice :
* de forme: 272, 343
* de procédure : 272, 343, 562, 581, 583, 602. *v. Avis*

Vigilance (systèmes de _) : 266, 268, 412, 414, 415, 537, 543, 554

Voie de fait : 272 (note), 679 (note)

Volontarisme sanitaire : 76, 117, 299-307
v. Adéquation, Empirisme et Normalité

Vulnérabilité :
* de la société aux risques sanitaires : 15, 403, 447, 577, 626-627. *v. Société du risque*
* protection des personnes vulnérables : 479, 516, 641-650

TABLES DES MATIÈRES

LISTE DES ABRÉVIATIONS 7

SOMMAIRE 13

INTRODUCTION GÉNÉRALE 15

SECTION 1.- L'ORDRE PUBLIC SANITAIRE, ÉLÉMENT PREMIER DE L'INTERVENTION SANITAIRE DE LA PUISSANCE PUBLIQUE 17

SECTION 2.- LES MUTATIONS CONTEMPORAINES DU DROIT DE LA SANTÉ PUBLIQUE 25

I.- LE RENOUVEAU DE LA SANTÉ PUBLIQUE 26

II.- L'ANCRAGE DU DROIT DE LA SANTÉ DANS LA FONDAMENTALITÉ DES DROITS DE LA PERSONNE HUMAINE 28

1) La consécration du principe constitutionnel du respect de la dignité de la personne humaine 29

2) La participation de la protection de la santé à la garantie de la dignité de la personne humaine 33

SECTION 3.- L'ÉVOLUTION SUBSÉQUENTE DE L'ORDRE PUBLIC SANITAIRE 40

PREMIÈRE PARTIE.- LA RÉCEPTION DE LA SANTÉ PUBLIQUE PAR L'ORDRE PUBLIC 45

TITRE 1.- LA DIMENSION SANITAIRE DE L'ORDRE PUBLIC 48

CHAPITRE 1.- LA SANTÉ PUBLIQUE, COMPOSANTE DE L'ORDRE PUBLIC 50

SECTION 1.- LA PROTECTION DE LA SANTÉ PUBLIQUE, CONDITION DU MAINTIEN DE L'ORDRE PUBLIC 51

§1.- UN ÉLÉMENT DÉRIVÉ DE LA SÛRETÉ 51

A.- La prise en compte de la maladie comme facteur de désordre 51

1) La protection de la santé publique, élément de la sécurité intérieure 51

2) La protection de la santé publique, un objectif aux proportions limitées 53

B.- La consécration de la santé publique comme intérêt général dominant 55

1) Le vote de la loi du 15 février 1902 relative à la protection de la santé publique 55

2) Le maintien des liens unissant la santé publique à la sécurité 58

§2.- L'APPROFONDISSEMENT PROGRESSIF DE LA DIMENSION SANITAIRE DE L'ORDRE PUBLIC 61

A.- Une perspective élargie des exigences sanitaires de l'ordre public 61

1) La salubrité publique, élément traditionnel de l'ordre public 61

2) Le dépassement manifeste de la salubrité publique 64

B.- Le dynamisme de l'ordre public sanitaire 67

1) Une fonction primaire de défense sanitaire de la collectivité 67

2) Une fonction secondaire d'organisation des conditions sanitaires de sécurité 71

SECTION 2.- L'ORDRE PUBLIC, CADRE DE DÉFINITION DE L'ORDRE PUBLIC SANITAIRE ... 74

§1.- LA VALEUR DE LA SANTÉ PUBLIQUE COMME COMPOSANTE DE L'ORDRE PUBLIC 74

A.- L'axiologie de la notion d'ordre public 74

1) Une notion tributaire des valeurs sociales fondamentales 75

2) Une notion consubstantielle à la liberté 76

B.- La protection de la santé publique, une modalité du maintien de l'ordre étrangère à l'autoritarisme sanitaire 78

§2.- LA DÉFINITION DE LA SANTÉ PUBLIQUE COMME COMPOSANTE DE L'ORDRE PUBLIC 80

A.- Une approche restrictive de la santé 80

1) Une définition négative de la santé 81

2) Une perspective médicalisée de la santé 82

B.- Une approche collective de la santé 85

1) Le caractère public de l'ordre sanitaire recherché 85

2) Le contenu de la notion de « public » 87

CONCLUSION DU CHAPITRE 1 92

CHAPITRE 2.- L'ORDRE PUBLIC SANITAIRE, SOURCE D'UN « DROIT DE LA NÉCESSITÉ SANITAIRE » 93

SECTION 1.- L'APPLICATION D'UN RÉGIME DÉROGATOIRE DE PUISSANCE PUBLIQUE 94

§1.- LA FORMULATION D'UNE RÈGLE DE PRIORITÉ JURIDIQUE 94

A.- Un mécanisme d'éviction de la règle normale de droit 94

1) Les dérogations aux exigences normales de la légalité 94

2) L'ordre public, source de légalité 98

B.- L'application d'un régime particulièrement dense de puissance publique 101

1) L'exemple du régime des décisions administratives individuelles 102

a) Des pouvoirs étendus de l'administration pour la révocation des décisions individuelles contraires aux intérêts de la santé publique 102

b) Des pouvoirs d'intervention renforcés par une définition prétorienne extensive de la mesure individuelle de police sanitaire 104

2) La protection de la santé publique, charge normale de la vie en société 108

§2.- UN INSTRUMENT DE RÉGULATION DES LIBERTÉS PUBLIQUES 114

A.- La limitation des libertés par l'ordre public sanitaire 114

1) Un impératif prévalant sur l'ensemble des libertés 114

2) La diversité des régimes de limitation des libertés 118

B.- La protection des libertés par l'ordre public sanitaire 121

1) L'ordre public sanitaire, objet d'une appréciation *in concreto* 121

2) L'ordre public sanitaire, synthèse d'exigences contradictoires 125

SECTION 2 - L'AFFIRMATION D'UN RÉGIME OBLIGÉ DE PUISSANCE PUBLIQUE 129

§1.- L'EXERCICE D'UNE COMPÉTENCE LIÉE 129

A.- La permanence de la fonction administrative du maintien de l'ordre 129

1) L'interdiction faite aux autorités de police administrative de porter atteinte à l'intégrité de leurs compétences 130

2) L'impossible dessaisissement de la police générale 132

B.- L'obligation d'agir des autorités de police sanitaire 138

1) L'obligation de respecter les règles établies de protection de la santé publique 138

a) L'obligation d'appliquer les règles de protection de la santé publique 138

b) L'interdiction de méconnaître la portée des règles de protection de la santé publique : l'exemple des dérogations 141

2) L'obligation de prendre les mesures initiales nécessaires au maintien de l'ordre public sanitaire 144

§2.- LA CONSÉCRATION D'UNE OBLIGATION DE MOYENS RENFORCÉE 146

A.- Le développement de la responsabilité administrative pour carence fautive 146

1) La définition large de la carence fautive 146

2) Le recul de la faute lourde 151

B.- La pénalisation des fautes d'inaction 156

CONCLUSION DU CHAPITRE 2 159

CONCLUSION DU TITRE 1 160

TITRE 2.- LA COMPLEXITÉ DU DROIT DE L'ORDRE PUBLIC SANITAIRE 162

CHAPITRE 1.- LA DIVERSITÉ DES MODALITÉS DU MAINTIEN DE L'ORDRE PUBLIC SANITAIRE 164

SECTION 1.- LA DIVERSITÉ MATÉRIELLE DES MESURES DE PROTECTION DE LA SANTÉ PUBLIQUE 165

§1.- LA SPÉCIFICITÉ DU RISQUE SANITAIRE 165

A.- Un risque polymorphe 166

1) La diversité des types de risque sanitaire 166

2) La diversité des causes de risque sanitaire 168

B.- Un risque évolutif et contingent 171

1) La science, support de connaissance du risque sanitaire 171

2) La normalité, référentiel de qualification du trouble sanitaire 174

§2.- L'ABSENCE DE SYSTÈME GLOBAL DE PRÉVENTION SANITAIRE 177

A.- L'empirisme de l'engagement sanitaire de l'État 177

1) Une intervention souvent ponctuelle et toujours partielle 177

2) Le rôle clef du juge administratif dans la mise en cohérence du droit de la santé publique 181

B.- L'influence actuelle du droit communautaire 189

1) Une intervention indirecte liée à une conception restrictive de la réserve de santé publique 190

2) Le développement de législations communautaires positives de santé publique 194

SECTION 2.- LA DIVERSITÉ DES INSTRUMENTS JURIDIQUES DU MAINTIEN DE L'ORDRE PUBLIC SANITAIRE 198

§1.- LA MULTIPLICITÉ DES RÉGIMES DE POLICE SANITAIRE 198

A.- La prévention-anticipation 199

1) L'importance (et la diversité) des régimes préventifs de police sanitaire 199

2) La nécessité d'un suivi permanent du risque sanitaire 206

B.- La prévention-réaction 211

1) La gestion des risques émergents 211

2) L'urgence sanitaire 216

§2.- L'INSUFFISANCE DE LA POLICE SANITAIRE POUR LA PROTECTION DE LA SANTÉ PUBLIQUE 221

A.- Les activités d'accompagnement de la prescription de police : l'exemple des prestations de service public 221

B.- Le service public, activité alternative à l'action de police administrative 224

1) Un rôle consacré par le droit positif 225

2) Une illustration de la complétude des activités administratives 229

CONCLUSION DU CHAPITRE 1 233

CHAPITRE 2.- LA DISPERSION DE L'ADMINISTRATION CHARGÉE DU MAINTIEN DE L'ORDRE PUBLIC SANITAIRE 234

SECTION 1 - LA POLICE SANITAIRE, FONCTION RÉGALIENNE ET AFFAIRE DE PROXIMITÉ 235

§1.- LA CENTRALISATION PROGRESSIVE DE LA POLICE SANITAIRE 235

A.- La volonté de pallier la carence des autorités municipales 235

1) La commune, unité sanitaire de la France (XIXe siècle) 235

2) Le dessaisissement progressif des autorités municipales 239

B.- L'application du principe de subsidiarité 242

1) L'approfondissement des exigences de la protection de la santé publique 243

2) La recherche d'une harmonisation territoriale des règles de protection de la santé publique 245

§2.- LA NÉCESSITÉ D'UNE GESTION DE PROXIMITÉ 250

A.- La priorité donnée à la déconcentration territoriale 250

B.- La participation des collectivités territoriales au maintien de l'ordre public sanitaire 257

1) Des compétences subsidiaires pour la protection de la santé publique 258

2) Un rôle complémentaire laissé à l'autorité de police municipale 261

SECTION 2.- LA DIVERSIFICATION CONSTANTE DES INTERVENANTS 263

§1.- LES DIFFICULTÉS LIÉES AU CARACTÈRE TRANSVERSAL DU RISQUE SANITAIRE 263

A.- Le rôle limité du ministère de la Santé 264

1) La création tardive du ministère de la Santé 264

2) Les vicissitudes contemporaines du ministère de la Santé 265

B.- La dispersion des responsabilités ministérielles 269

1) Les contraintes liées à l'approche matérielle de la protection de la santé publique 269

2) Des problèmes de coordination inévitables 272

§2.- LA PRISE EN COMPTE DE LA TECHNICITÉ DU RISQUE SANITAIRE 274

A.- L'importance des instances consultatives : le recours nécessaire à l'expertise scientifique 274

B.- Le développement des organismes délégués 281

1) Le modèle ancien des structures corporatives 282

2) Le phénomène contemporain des agences de police sanitaire 286

CONCLUSION DU CHAPITRE 2 293

CONCLUSION DU TITRE 2 294

CONCLUSION DE LA PREMIÈRE PARTIE 296

DEUXIÈME PARTIE.- LA CONTRIBUTION DE LA SANTÉ PUBLIQUE À LA REDÉFINITION DE L'ORDRE PUBLIC SANITAIRE 299

TITRE 1.- LA SÉCURITÉ SANITAIRE, FERMENT DE LA RENAISSANCE DE L'ORDRE PUBLIC SANITAIRE 302

CHAPITRE 1.- LA RÉNOVATION DE L'ORDRE PUBLIC SANITAIRE 304

SECTION 1.- LA SÉCURITÉ SANITAIRE, UN IMPÉRATIF NOUVEAU DE SANTÉ PUBLIQUE 305

§1.- LES PRÉMICES DE LA SÉCURITÉ SANITAIRE : « *PRIMUM NON NOCERE* » 305

A.- Un principe traditionnel du droit médical 305

1) Une justification première de l'encadrement des professions de santé 306

2) La sanction du principe 309

B.- Un principe adapté au service public de santé par le juge administratif 315

1) Une reconnaissance fondée sur un paradoxe : le régime jurisprudentiel de réparation des accidents de vaccination obligatoire 315

2) L'extension du régime de la présomption de faute à la réparation des dommages résultant d'une infection nosocomiale 320

§2.- LA CONSÉCRATION DE LA SÉCURITÉ SANITAIRE 325

A.- La remise en cause du schéma médicalisé de la santé 325

1) Les déséquilibres du système sanitaire français 325

2) L'échec du système sanitaire français : « *la faillite sanitaire* » 328

B.- Une valorisation nouvelle de la santé publique 331
1) Une conception transformée de la fonction sanitaire de l'État 331
2) Une évolution s'inscrivant dans la continuité 335

SECTION 2.- LA SÉCURITÉ SANITAIRE, DYNAMIQUE DE RÉACTUALISATION DE LA SANTÉ PUBLIQUE 340

§1.- UNE COMPOSANTE MAJEURE DES POLITIQUES DE SANTÉ 340
A.- La réforme du système de santé français 341
1) Un encadrement nouveau des activités de santé 341
2) La création d'institutions spécifiquement chargées de la sécurité sanitaire 345
B.- L'extension matérielle de la sécurité sanitaire 350
1) La sécurité sanitaire des aliments 350
2) La sécurité sanitaire environnementale 354

§2.- LE RENOUVEAU DE L'ORDRE PUBLIC SANITAIRE 358
A.- La résurgence de l'ordre public sanitaire 359
1) L'emprunt des instruments de l'ordre public sanitaire par la sécurité sanitaire 359
2) L'approfondissement de la lutte contre les risques sanitaires 362
B.- L'enrichissement de l'ordre public sanitaire par la sécurité sanitaire 364
1) La constitution de nouveaux liens entre santé et sécurité 364
2) La redéfinition de l'ordre public sanitaire par la sécurité sanitaire 367

CONCLUSION DU CHAPITRE 1 369

CHAPITRE 2.- LA TRANSFORMATION DE LA NORME D'ORDRE PUBLIC SANITAIRE 370

SECTION 1.- LA REFONDATION DE L'ORDRE PUBLIC SANITAIRE SUR LE DROIT FONDAMENTAL À LA PROTECTION DE LA SANTÉ 371

§1.- L'INSCRIPTION DE LA SANTÉ PUBLIQUE DANS LE CHAMP DE LA FONDAMENTALITÉ 371
A.- La dualité apparente des sources de la sécurité sanitaire 372
1) Le rattachement de la sécurité sanitaire à l'ordre public 372
2) Un impératif tiré du droit constitutionnel à la protection de la santé 373
B.- La reconnaissance de la dimension collective du droit à la protection de la santé 376
1) L'extension de l'alinéa 11 du Préambule de la Constitution du 27 octobre 1946 par le Conseil constitutionnel 376
2) La consécration du droit fondamental à la protection de la santé 380

§2.- LA RÉNOVATION DE L'ORDRE PUBLIC SANITAIRE PAR LE DROIT FONDAMENTAL À LA PROTECTION DE LA SANTÉ 382
A.- Une fonction régalienne légitimée 383
1) Une assise constitutionnelle nouvelle donnée à l'ordre public sanitaire 383
2) La subjectivisation de l'ordre public sanitaire 386

B.- Une fonction régalienne réévaluée 389
1) L'enrichissement matériel de l'ordre public sanitaire 389
2) La rénovation fonctionnelle de l'ordre public sanitaire 394

SECTION 2.- L'INSTRUMENTALISATION DE L'ORDRE PUBLIC SANITAIRE PAR LE DROIT À LA PROTECTION DE LA SANTÉ 396

§1.- UNE EXIGENCE ACCRUE DE PROTECTION SANITAIRE 396
A.- La généralisation de la méthodologie du rapport bénéfices-risques 397
1) Un concept clef de la sécurité sanitaire 397
2) Le développement du champ d'application du rapport bénéfices-risques 401
B.- L'enrichissement de l'ordre public sanitaire par le rapport bénéfices-risques 403
1) Une méthode d'appréciation de l'acceptabilité des risques 403
2) Une exigence renforcée d'adéquation des mesures aux faits 405

§2.- LA VALORISATION DU PRINCIPE DE L'EFFICACITÉ DE L'ACTION DE SANTÉ PUBLIQUE 407
A.- L'apport de la définition téléologique de la santé publique 407
1) La complétude des moyens de la garantie du droit fondamental à la protection de la santé 407
2) Une nouvelle diversification des instruments de l'ordre public sanitaire 409
B.- Une hiérarchisation inédite des moyens et de la fin 416
1) Une inversion des logiques classiques du contrôle de l'adéquation des mesures 417
2) Vers une redéfinition du principe de proportionnalité ? 421

CONCLUSION DU CHAPITRE 2 425

CONCLUSION DU TITRE 1 427

TITRE 2.- L'ÉMERGENCE DU PATERNALISME SANITAIRE DE L'ÉTAT 429

CHAPITRE 1.- L'APPROFONDISSEMENT DE L'OBLIGATION D'AGIR POUR LA PROTECTION DE LA SANTÉ PUBLIQUE 431

SECTION 1.- LA SYSTÉMATISATION D'UNE MÉTHODOLOGIE DE LA PRÉVENTION SANITAIRE 432

§1.- LA RÉNOVATION DE LA FONCTION DE SURVEILLANCE DES RISQUES SANITAIRES 432
A.- Le perfectionnement du système de veille sanitaire 432
1) La constitution d'un réseau national organisé de veille sanitaire 433
2) L'extension matérielle du champ de la veille sanitaire 436
B.- Une approche rénovée de la fonction de surveillance des risques sanitaires : l'exemple des systèmes de déclaration obligatoire 439
1) La diversification croissante des informations soumises à la déclaration obligatoire 439
2) La rénovation fonctionnelle de la surveillance des risques sanitaires 442

§2.- L'AFFIRMATION D'UNE OBLIGATION GÉNÉRALISÉE D'EXPERTISE SANITAIRE 443
A.- Une garantie de l'efficacité dans le temps de l'action de police sanitaire 444
1) Un perfectionnement de l'articulation entre connaissance et décision 444

2) Un gage de la mutabilité de l'action de protection de la santé publique 448

B.- Une obligation propice au renforcement de l'influence des experts sur la décision de police sanitaire 452

1) Une compétence liée de l'administration dans la définition matérielle des mesures..... 453

2) Une obligation matérielle subséquente à l'obligation fonctionnelle 456

SECTION 2.- LA CONSTITUTION D'UNE RÈGLE DE PRÉCAUTION SANITAIRE 459

§1.- LA RÉCEPTION DU PRINCIPE DE PRÉCAUTION PAR L'ORDRE PUBLIC SANITAIRE 460

A.- La définition d'une nouvelle méthodologie de prévention des risques sanitaires..... 460

1) Une approche originale de la gestion des risques 460

2) La transposition de la précaution dans le domaine de la santé publique 463

B.- La construction d'un nouveau cadre d'action de la police sanitaire par le juge de l'excès de pouvoir 467

1) La consécration d'une règle d'action anticipée de police sanitaire..... 468

2) Une hiérarchisation matérielle de l'ordre public sanitaire ? 474

§2.- L'APPORT INCERTAIN DE LA PRÉCAUTION AU DROIT DE L'ORDRE PUBLIC SANITAIRE..... 475

A) Un pouvoir d'intervention renforcé de la police sanitaire 476

1) L'élargissement des motifs de mise en œuvre de la police sanitaire..... 476

2) L'aggravation de la contrainte sanitaire 478

B) Une obligation d'agir de la puissance publique restée à l'état virtuel 480

1) L'affirmation d'une obligation de précaution par le juge de l'administration 480

2) Une obligation d'agir non sanctionnée..... 481

CONCLUSION DU CHAPITRE 1..... 486

CHAPITRE 2.- L'EXTENSION CONTINUE DE L'EMPRISE SANITAIRE DE L'ÉTAT..... 488

SECTION 1.- LA NORMALISATION SANITAIRE DE LA SOCIÉTÉ 489

§1.- L'ENCADREMENT SANITAIRE DES ACTIVITÉS HUMAINES 489

A.- La densification de la réglementation sanitaire..... 490

1) L'extension du champ matériel de la réglementation sanitaire..... 490

2) L'approfondissement des objets de la réglementation sanitaire..... 492

B.- Le recul des frontières de la sphère privée..... 496

1) Un aboutissement de la construction juridique de l'ordre public sanitaire..... 496

2) Un interventionnisme accru par le développement des exigences de sécurité..... 498

§2.- LA RÉGULATION SANITAIRE DES COMPORTEMENTS INDIVIDUELS 501

A.- La permanence des obligations individuelles à la santé 501

1) Le recul apparent des mesures de soins obligatoires..... 502

2) Le renforcement latent des obligations à la santé 504

B.- Le développement de l'ordre public sanitaire de protection individuelle 510

1) L'individualisation progressive de l'ordre public sanitaire 511

2) La juridicisation croissante de la protection de la personne contre elle-même 514

SECTION 2.- LA RECHERCHE DE NOUVEAUX ÉQUILIBRES ENTRE SÉCURITÉ ET LIBERTÉ 520

§1.- L'AFFIRMATION DU DROIT À LA SÉCURITÉ POUR LA SANTÉ 520

A.- Un droit fondamental dissocié du « droit à la santé » 521

1) L'exclusion du « droit à la santé » du champ des libertés fondamentales protégées par l'article L. 521-2 du Code de la justice administrative 522

2) La négation du « droit à la santé » par le législateur du 4 mars 2002 526

B.- La persistance du mirage du risque zéro 529

1) Le maintien d'obligations de sécurité de résultat 530

2) Les illogismes de la politique de socialisation des risques 534

a) Une politique justifiée par le droit à la sécurité pour la santé 535

b) Une politique propice au renforcement des exigences de sécurité pour la santé 538

§2.- UNE CONCEPTION SÉCURISÉE DE LA LIBERTÉ EN MATIÈRE DE SANTÉ 541

A.- La promotion législative de la libre disposition de soi 541

1) La consécration du droit fondamental au consentement et au refus de soins 542

2) L'affirmation légale du droit du malade de se laisser mourir 547

B.- Une liberté conditionnée à la sécurité 552

1) Une liberté associée au droit de choisir librement les risques pour sa santé 552

2) Une liberté distinguée du droit de prendre des risques pour sa santé 558

CONCLUSION DU CHAPITRE 2 563

CONCLUSION DU TITRE 2 564

CONCLUSION DE LA SECONDE PARTIE 566

CONCLUSION GÉNÉRALE 569

I.- L'ACHÈVEMENT DE LA CONSTRUCTION JURIDIQUE DE L'ORDRE PUBLIC SANITAIRE 570

II.- LE RENOUVELLEMENT DES PRINCIPES FONDATEURS DE L'ORDRE PUBLIC SANITAIRE 572

TABLES DE JURISPRUDENCE 577

BIBLIOGRAPHIE 626

INDEX 699

TABLES DES MATIÈRES 719