

Congrès AFSP 2009

Section thématique 22

Les formes contemporaines de la biopolitique : États, « nouvelle santé publique » et politiques publiques comparées

Axe 2

Comparaisons nationales et internationales

Sébastien Guigner (CRAPE-IEP de Rennes)

s.guigner@gmail.com

L'Union européenne, acteur contemporain de la biopolitique : l'exemple de la lutte contre le tabagisme

En affirmant que le rôle majeur du pouvoir est devenu « d'assurer, de soutenir, de renforcer, de multiplier la vie et de la mettre en ordre », M. Foucault (1976: 181) faisait référence, pour reprendre son expression, au pouvoir souverain, c'est-à-dire à l'Etat. Pour lui avec l'avènement de la bio-politique au XVIIIème siècle la santé est devenue, comme le corps, « l'un des principaux objectifs de l'intervention étatique, l'un des grands objets que l'État lui-même doit prendre en charge » (Foucault 2001: 42-43). D. Fassin est allé plus loin encore en démontrant que le développement des politiques de santé ne trouve pas son origine dans des "faits sanitaires" mais dans le besoin de légitimer la construction étatique. De sorte que l'action publique en matière de santé est « indissociable de la figure de l'État » (Fassin 1996: 280). La santé s'est institutionnalisée comme objet politique et comme objet de politiques grâce à l'institutionnalisation de l'État et l'institutionnalisation de celui-ci doit beaucoup aux politiques de santé qui ont contribué à accroître ses capacités matérielles, son emprise sur les gouvernés et sa légitimité auprès d'eux en attestant de ses avantages dans le domaine qui touche le plus immédiatement à leur vie. Dans la plupart des pays développés, l'État a continué ces vingt dernières années à étendre l'objet de la biopolitique – pensons par exemple au développement de la sécurité sanitaire (Tabuteau 2002). Il a ainsi contribué à une *redéfinition* de la topographie de l'espace politique de la santé, pour reprendre le concept de D. Fassin (1996).

Bien que les grandes orientations des politiques de santé continuent de relever de l'action de l'État et non des institutions politiques infra-nationales, cet espace a également récemment connu une *reterritorialisation*, toujours en reprenant D. Fassin. On a effectivement vu d'autres autorités politiques que le gouvernement central intervenir dans la santé ces deux dernières décennies. En Europe par exemple, malgré de fortes disparités selon les États, partout le poids des échelons régionaux, départementaux et municipaux s'accroît dans le domaine de la santé. Si bien que la santé est désormais « un objet de politiques publiques définies dans une très forte imbrication des différents niveaux de gouvernement (Commune, Département, Région, État) » (Guyot & Laudoyer 2001: 165). La biopolitique n'est clairement plus l'apanage des Etats, si elle l'a un jour été.

Dans la conclusion de son ouvrage phare, D. Fassin (1996) décelait également des signes de reterritorialisation de l'espace politique de la santé incitant à penser les logiques de construction et de fonctionnement de celui-ci au-delà du cadre national. C'est à cette invitation, restée à peu près lettre morte jusqu'à maintenant, que cette communication entend répondre en plaçant l'Union européenne (UE) au cœur de l'analyse. Elle montre d'une part qu'en Europe il est de plus en plus délicat de saisir les politiques de santé étatiques et infra-étatiques sans prendre en considération l'influence plus ou moins directe et de l'UE sur celles-ci. D'autre part, on constate que l'UE intervient elle-même directement de plus en plus nettement dans le champ de la santé. En somme, l'UE participe sans conteste à la

biopolitique contemporaine, en particulier à ce qu'il est convenu d'appeler le renouveau de la santé publique. L'UE exerce elle aussi un pouvoir sur la vie, un biopouvoir, et contribue à son extension et à son intensification globale.

Pour conduire cette démonstration nous nous appuyerons sur le cas de la lutte communautaire contre le tabagisme. Ce cas, typique de l'action de l'UE dans le domaine de la santé, est également emblématique à la fois de la biopolitique et du rôle joué par l'UE en la matière. Engagée au milieu des années 1980 dans le cadre du programme « L'Europe contre le cancer », elle constitue à ce jour l'activité de l'UE la plus visible et la plus reconnue en matière de santé. En 2003, au moment de l'adoption de la Convention Cadre de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) pour la lutte antitabac (FCTC), les principaux dirigeants de cette organisation ont d'ailleurs exprimé leur reconnaissance envers l'UE. Celle-ci ayant à la fois inspiré et favorisé l'adoption de ce texte, premier traité adopté par l'OMS et instrument central de la lutte contre le tabagisme au niveau international (Guigner 2008).

Dans un premier temps nous reviendrons sur le passage du tabagisme de « problème de santé » à « problème communautaire (i.e. européen) de santé ». En effet, si toute politique publique repose sur la construction d'un problème en un problème public, l'engagement de politiques au niveau européen repose sur un cadrage spécifique permettant d'interpréter un problème comme relevant d'enjeux et de compétences européennes. Ce travail de légitimation est d'autant plus important pour les enjeux concernant la santé que la compétence de l'UE et sa légitimité à intervenir en la matière ne sont pas solidement établies. En matière de tabagisme, où les enjeux économiques et politiques sont particulièrement importants, celles-ci sont même très fortement contestées.

Dans un second temps nous reviendrons sur les outils communautaires de la lutte contre le tabagisme, lesquels relèvent à la fois de la hard law et de la soft law. Les premiers sont rares dans la politique de santé de l'UE, les gouvernements souhaitant préserver leur souveraineté dans ce domaine. Ce n'est d'ailleurs que par l'intermédiaire de manipulations juridiques que l'UE est parvenue à légiférer en matière de tabagisme. Les derniers sont eux les outils par défaut de la politique européenne de santé, mais sont souvent dévalorisés parce que, par définition, ils n'imposeraient aucune contrainte sur les décideurs. Or, dans un contexte d'hypersensibilité des questions de santé, ces outils fournissent des ressources exceptionnelles aisément mobilisables dans l'action politique. Elles permettent aux acteurs sociaux, institutionnels ou politiques, de légitimer ou de délégitimer des choix politiques et ainsi de les contraindre.

I. Le tabagisme : d'un « problème de santé » à un « problème communautaire de santé »

La construction du tabagisme comme problème communautaire de santé passe bien sûr par la mobilisation de données démontrant les effets du tabagisme sur la santé. Ces éléments, largement admis et connus, sont toutefois insuffisants pour justifier l'inscription et le maintien de la lutte contre le tabagisme parmi les compétences de l'UE et ses priorités. Pour ce faire, trois rhétoriques sont déployées par les tenants d'une action communautaire en la matière. La première, consiste à affirmer que le tabagisme est un *enjeu de santé majeur* en faisant appel à la notion d'épidémie (« rhétorique de l'épidémie ». La deuxième, s'inscrit dans la droite ligne de la vision foucauldienne du biopouvoir – où celui sert d'abord à la production de forces – puisqu'elle consiste à affirmer que la lutte contre le tabagisme est un *enjeu économique majeur* en insistant sur le coût économique et social du tabagisme (« rhétorique d'économicisation »). La troisième va également dans le sens de M. Foucault (1976: 191) lorsqu'il affirme que « la vie comme objet politique a en quelque sorte été prise au mot et retournée contre le système qui entreprenait de la contrôler » en devenant un droit, de sorte qu'aujourd'hui aucun gouvernement ou ordre politique ne saurait être parfaitement légitime sans s'occuper de soutenir la vie de ses gouvernés (Fassin 1996). En effet, la troisième rhétorique consiste à affirmer que le tabagisme est un *enjeu politique majeur* pour l'UE dans la mesure où le citoyen attend une intervention et que celle-ci peut contribuer à légitimer l'UE (« rhétorique du citoyen »).

Toutes ces rhétoriques sont diffusées par la Commission européenne – du moins par ses services en charge de la santé publique. Mais si celle-ci a su trouver des appuis auprès de différents gouvernements d'Etats membres en fonction des conjonctures politiques nationales, elle a surtout bénéficié d'un soutien

important et régulier de la part d'acteurs sociaux nationaux et transnationaux. Nombre de ces acteurs ont d'ailleurs été associés de près à la construction de la politique communautaire de lutte contre le tabagisme. Certains ont parfois été créés de toutes pièces par la Commission européenne afin de contrer la coalition des opposants regroupant des défenseurs d'intérêts privés, d'intérêts institutionnels et d'intérêts et idéologies politiques. Au total, c'est un vaste espace social européen qui se développe autour de la construction du tabagisme comme problème communautaire de santé.

1) *La rhétorique de légitimation de la lutte contre le tabagisme*

La rhétorique fondant la légitimité de l'UE à intervenir en matière de tabagisme afin de résoudre *un problème de santé* tient toute entière dans l'extrait suivant du site Internet de la Commission européenne :

« *Le tabagisme est la grande cause évitable de décès dans l'Union européenne, représentant plus d'un demi million de morts chaque année et plus d'un million dans l'ensemble de l'Europe. On estime que 25% de tous les décès par cancer et 15% de la totalité des décès de l'Union européenne pourraient être attribués au tabagisme. Afin de freiner cette épidémie, la Communauté européenne développe activement une politique complète de lutte anti-tabac* »¹.

On trouve en effet dans ce passage les trois éléments centraux de la construction du tabagisme comme problème public de santé, lesquels correspondent à plusieurs mécanismes de la construction des problèmes publics. Le premier, des plus classiques, consiste à objectiver le problème à l'aide de données quantitatives. L'utilisation de chiffres permet de rendre le problème « réel » en le matérialisant, mais elle permet aussi de le rendre intelligible par tout à chacun (Lebaron 2000) et de le poser en fait avéré (Gusfield 1984), et cela bien qu'en l'occurrence les sources de ces données ne soient à peu près jamais citées.

Cette phase de *naming* est ici poursuivie et approfondie par la qualification du “fait” qui détermine son interprétation en tant que problème spécifique. En l'occurrence la Commission européenne associe fréquemment le tabagisme à une épidémie. Or si le tabagisme est de toute évidence un objet d'étude de l'épidémiologie moderne, en ce qu'il est une cause de problèmes de santé, il est bien plus difficile de le considérer comme une forme d'épidémie. De fait, si l'on suit les assertions d'un manuel classique d'épidémiologie, au sens strict « une épidémie est une augmentation du nombre de nouveaux cas d'une maladie transmissible survenus pendant une période de temps délimitée au sein d'une population donnée [...] » (Czernichow & al. 2001 : 115). Cette définition, qui correspond aussi au sens commun, ne s'applique visiblement pas au tabagisme : le tabagisme ne renvoie pas à une maladie transmissible. Il reste que « par extension, le terme d'épidémie est également employé en cas d'accroissement rapide du nombre de cas de toute maladie, y compris non transmissible » (*Ibidem*). Toutefois, si le tabagisme n'est pas une maladie transmissible il n'est pas non plus une maladie non transmissible ; il s'agit d'un déterminant de santé et d'un facteur de risque. Admettons néanmoins et considérons désormais que « par définition, la notion d'augmentation du nombre de cas suppose : un nombre « habituel » ou un taux de base de cette maladie ; et un seuil qui a été franchi » (*Ibid.*). Là aussi, le tabagisme – ou plutôt les maladies qui lui sont attachées – ne peuvent s'inscrire dans la définition de l'épidémie, au moins en Europe et dans l'ensemble des pays développés puisque le tabagisme y est présent depuis longtemps et sa “prévalence” tend, dans l'ensemble, à diminuer². A la limite, le tabagisme paraît mieux correspondre à la notion d'endémie, c'est-à-dire « à la présence habituelle, dans une région ou au sein d'une population, d'une affection donnée qui s'y manifeste de façon continue ou discontinue [...] sans notion d'augmentation récente du nombre de cas » (*Ibid.*). Et si l'on continue de voir dans le tabagisme une épidémie, alors mieux vaudrait sans doute parler de pandémie, laquelle « est une forme de pandémie particulièrement étendue géographiquement, touchant tout un continent, voire le monde » (*Ibid.*).

¹ http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/Tobacco/tobacco_fr.htm

² En effet, si dans ces pays le tabagisme paraît relativement contenu, par effet de vases communicants (les industriels ciblant de nouveaux débouchés) il est en expansion dans les pays en développement. Il s'agit d'ailleurs de l'une des justifications de la FCTC.

Dans ces conditions pourquoi s'obstiner à évoquer – et à invoquer – une *épidémie* du tabagisme ? En réalité le terme « épidémie » est couramment utilisé de manière métaphorique à des fins stratégiques et rhétoriques, que cela soit par les professionnels des médias, les acteurs politiques, ou ceux du milieu médical. Ce terme permet en effet de « revêtir certains phénomènes sociaux indésirables, mais complaisamment tolérés, de l'urgence émotionnelle associée à une “réelle” épidémie » (Rosenberg 1992: 278). L'invocation du terme épidémie dramatise la situation en faisant songer à une survenue soudaine de la mort, affectant toutes les couches de la population et à grande échelle. Cette situation implique des réactions immédiates des autorités publiques, puisque la garantie de la santé publique est essentielle à leur légitimité et fait partie de leurs prérogatives reconnues (Fassin 1996). Cette intervention est d'autant plus nécessaire que dans le cas du tabac et contrairement à l'idée associée à l'épidémie, l'on affiche que le problème est aisément évitable. Le *blaming*, pour reprendre la notion classique de la sociologie des problèmes publics, est ici implicite mais parfaitement présent. En cas d'inaction, les responsables seront tout désignés.

Malgré la politisation des questions de santé à l'œuvre depuis les années 1990 – qui, avec la crise de l'ESB, a ébranlé les institutions européennes et leur légitimité (Guigner 2008-a) – un tel cadrage n'est pas suffisant pour garantir une intervention européenne, quand bien même le problème est présenté comme affectant l'ensemble de l'UE. En effet, la légitimité et la compétence de l'Union à intervenir dans la santé a longtemps été particulièrement contestée et est encore aujourd'hui soumise à débat – certes plus en matière de soins que de santé publique. Officiellement la santé reste d'abord une compétence des Etats membres. En témoignent le caractère récent de ses compétences en santé publique (qui datent de l'entrée en vigueur du traité de Maastricht en 1993) et leurs multiples limites, que cela soit en termes de portée ou d'instrument d'action publique (Guigner 2009).

Afin de contrer cette difficulté et de passer d'un simple « problème de santé » à un « problème communautaire de santé » justifiant plus nettement l'intervention de l'UE, les services de la Commission européenne en charge de la santé publique et leurs appuis ont tenté d'inscrire la lutte contre le tabagisme et, plus largement, toutes les activités de santé, dans la matrice de l'UE : l'économie. Si l'on ose une parodie du vieil adage médical attribué à Hippocrate, *primum non nocere*, l'un des objectifs primordiaux des “services sanitaires de la Commission” était d'affirmer haut et fort que leur préoccupation première était d'abord de ne pas nuire... à l'économie, mais d'agir de manière profitable à la croissance économique. Cette « rhétorique d'économicisation » tend à être employée par des services marginalisés au sein de la Commission en raison de leurs priorités éloignées des priorités dominantes de la Commission – voire a priori contradictoires avec elles – axées sur l'amélioration de la compétitivité économique³. Dotés de peu de moyens, ces services doivent en effet d'abord s'intégrer à leur environnement avant d'espérer s'en émanciper. De fait, les services les plus faibles (en termes de ressources budgétaires, humaines et politiques) ne peuvent pas se permettre d'engager un rapport de force avec les services les plus puissants. Par ailleurs, un tel cadrage fait apparaître les activités concernées non plus comme une contrainte mais comme une nécessité au regard des objectifs fondamentaux de l'Union.

L'idée des bienfaits économiques des politiques de santé figure ainsi à foison dans les documents produits par les organes sanitaires de la Commission. On le rencontre ainsi fréquemment dans les brochures destinées au grand public, sur le site Internet officiel, dans certains des documents législatifs ou encore dans les discours des principaux responsables de l'administration européenne de la santé. Citons par exemple, l'introduction de la communication rédigée par la Commission en vue de l'adoption du dernier programme de santé :

« La présente communication expose les moyens par lesquels l'UE entend améliorer la santé [...]. Ce faisant, elle vise à rapprocher l'Europe de ses citoyens et à renforcer sa compétitivité. L'amélioration de la santé contribue à la productivité, au taux d'activité de la population et à la croissance durable en Europe. La mauvaise santé, en revanche, constitue un fardeau pour l'économie »⁴.

³ Confrontés aux mêmes difficultés que les services de la Commission en charge de la santé, la DG Environnement (Cini 1996) et de la DG Emploi et affaires sociales (Wendon 1998) ont adopté une stratégie similaire.

⁴ Communication de la Commission, *Améliorer la santé, la sécurité et la confiance des citoyens: une stratégie concertée en matière de santé et de protection des consommateurs* (COM/2005/115 final du 6 avril 2005), p.2.

L'exemple fait quant à lui directement référence aux effets du tabagisme sur l'économie :

« Les conséquences dévastatrices de cette épidémie ne concernent pas seulement la santé humaine, mais aussi d'autres domaines, comme le social et l'économie »⁵.

Mais s'agit-il vraiment d'une stratégie ? N'y a-t-il pas derrière ce discours une simple réalité relayée par les organes sanitaires de la Commission européenne ? En effet, ce propos n'est ni récent ni l'apanage exclusif de la Commission. Ainsi, dans son rapport de 2008 sur « L'épidémie mondiale de tabagisme » l'OMS, consacrait une sous partie au coût du tabagisme pour l'économie⁶. Phénomène que la Banque mondiale a elle aussi largement souligné⁷. Plus largement, lorsque le 11 octobre 1952, la légation de France à Luxembourg soumettait au ministère luxembourgeois des Affaires étrangères une note détaillant les avantages d'une Communauté européenne de la santé, elle insistait sur les avantages économiques attachés à une telle création⁸. Autre exemple, dans son rapport annuel de 2003 l'Organisation pour la coopération et le développement économique avançait que « les politiques de santé sont vitales dans la promotion de populations en bonne santé et productives »⁹. Cela n'infirme toutefois aucunement notre propos : ce n'est pas parce qu'un fait serait vrai qu'il ne pourrait être utilisé stratégiquement dans le discours, le (re-)cadre d'un enjeu n'implique pas nécessairement le mensonge.

L'omniprésence de cette parole joue en faveur de son interprétation en termes d'usage stratégique. De plus, s'il en était vraiment besoin, le recours stratégique à l'économicisation pour appuyer l'action sanitaire de l'UE a été presque explicitement confirmé par David Byrne, ancien Commissaire européen à la santé :

« Pour les ministres des Finances, les mots santé, dépense et gouffre tendent à aller ensemble. Par conséquent, si nous devons gagner la discussion sur une plus grande coopération européenne en matière de protection et de promotion de la santé, nous devons parler aux ministres des Finances dans leurs propres termes et dans leur propre langage.

Ils doivent être convaincus qu'un investissement intelligent dans la santé augmente les choix financiers et alimente la productivité économique. Pour ce faire, la discussion sur la santé doit être renversée. En résumé, nous devons commencer à demander non pas simplement que peuvent faire les économistes pour la santé mais que peut faire la santé pour l'économie »¹⁰.

Cette posture stratégique est en tous les cas tout à fait clairement corroborée par les fonctionnaires de la Commission européenne que nous avons rencontrés, à la direction générale (DG) Emploi et affaires sociales comme à la DG Santé et Consommateurs (DG SANCO) qui gèrent la plupart des affaires de santé :

« C'est une évidence pour nous : la santé est très importante pour le développement général économique. En outre, cet argument peut servir à convaincre les États membres et les autres DG du bien fondé de notre action. Eux ne pensent quasiment qu'en fonction de l'impact économique des différentes politiques de la Commission, alors nous sommes bien obligés de faire comme tout le monde [...] Lier la santé et l'économie dans un cercle vertueux facilite l'acceptation de nos politiques [...] cela nous donne une marge de manœuvre. Sans quoi, les États et le reste de la Commission passeraient leur temps à bloquer nos propositions »¹¹.

⁵ European Commission, DG Development/DG Health and Consumer Protection, *Tobacco Control in EC Development Policy*. A Background paper for the high level round table on tobacco control and development policy, Brussels, 3-4 February 2003.

⁶ WHO Report on the Global Tobacco Epidemic: the MPOWER package, 2008.

⁷ Voir par exemple le document : World Bank, *The economics of tobacco Use & tobacco control in the developing world*, Background paper for the high level round table on tobacco control and development policy, Brussels, 3-4 February 2003.

⁸ Cette note se terminait comme suit : « En outre, la constitution de la Communauté contribuerait indirectement, par un meilleur état sanitaire, à augmenter la productivité, répondant ainsi à une préoccupation actuelle » (archives nationales du Luxembourg, Luxembourg, Conseil de l'Europe-Santé et Moralité, Communauté européenne de la santé-Pool blanc 1952-53, AE 9261).

⁹ *Rapport annuel 2003*, Paris : Editions de l'OCDE, p. 30.

¹⁰ *Health equals Wealth*, European Health Forum, Gastein, 3 October, SPEECH/03/443.

¹¹ Un membre de la DG Sanco, direction Santé publique. Entretien, 16 mars 2001.

On le voit, même si les individus qui œuvrent au sein des services sanitaires de la Commission européenne croient sincèrement aux vertus économiques des politiques visant à protéger et à améliorer la santé, dont la lutte contre le tabagisme, cela ne les empêche pas de transformer consciemment cette conviction en ressource, en rhétorique. Evidemment celle-ci n'a que plus de poids si elle paraît relever du fait établi. La répétition de l'argumentation joue en ce sens mais la démonstration également. Aussi, le financement attribué par la DG Sanco à la rédaction du rapport « La contribution de la santé à l'économie de l'Union européenne »¹² produit par des économistes bénéficiant d'un soupçon de qualité d'experts, donc de compétence et d'impartialité, et confortant à l'aide de force chiffres, tableaux, et schémas¹³ la vision propagée par la Commission européenne, n'est donc pas anodin.

Il est un dernier argument développé par la Commission européenne afin de légitimer ses activités de santé, dont celles de lutte contre le tabagisme. Ce cadrage, qui est plus spécifique au niveau européen bien qu'il rejoigne des phénomènes connus au niveau national (Fassin 1996) et infranational (Clavier 2007), consiste à déployer une "rhétorique du citoyen". Concrètement, la Commission relaie la parole du citoyen sur deux thèmes : ses préoccupations et ses souhaits. En ce qui concerne le premier point, selon la Commission, le citoyen est éminemment inquiet de sa santé, il s'agit donc de l'un des domaines d'action publique qui le préoccupe le plus. Ainsi, David Byrne de déclarer en lançant le deuxième programme de santé publique :

« Protéger et améliorer la santé publique est en plein cœur des préoccupations et des attentes de nos citoyens. Le programme répond à ces préoccupations et à ces attentes »¹⁴.

Mais dans sa rhétorique du citoyen, la Commission ne se contente pas de légitimer son action en annonçant que le citoyen est préoccupé par la santé, elle précise qu'il exige une intervention de l'UE – sous-entendu de la Commission européenne – pour répondre à ses attentes et à ses préoccupations sur le sujet. En attestent ces extraits de déclarations toujours prononcées par David Byrne :

« Les citoyens européens se soucient que la Communauté joue son rôle dans la protection et l'amélioration de leur santé »¹⁵.

« Les citoyens attendent des autorités publiques qu'elles donnent la priorité maximale à la protection de leur santé. Cela s'applique aux gouvernements nationaux, aux autorités de santé, et de fait [c'est nous qui soulignons] aux institutions européennes »¹⁶.

Lorsque la Commission relaie cette seconde parole du citoyen, elle procède essentiellement par association d'idées : le citoyen est préoccupé ; le citoyen désire que l'on réponde à ses préoccupations ; donc le citoyen souhaite que le niveau européen aide les autres niveaux à répondre aux enjeux de santé. Cependant, la Commission ne prend pas la peine d'apporter la preuve, ni même un semblant de preuve, comme elle le fait dans le premier cas – à partir des sondages eurobaromètres –, que les citoyens exigent véritablement une intervention communautaire dans le domaine de la santé.

Toujours est-il que ce discours alimente un méta-discours particulièrement récurrent de légitimation de son intervention dans le domaine de la santé. Avec celui-ci, il s'agit en quelque sorte, pour prendre appui sur D. Easton (1975), de passer d'un soutien diffus, centré sur une politique, à un soutien au système politique dans son ensemble. D'une intervention au service des citoyens, l'action de l'Union dans le domaine de la santé devient alors une intervention au service de l'Union, plus exactement au service de sa légitimité. D'après les services de la Commission en charge de la santé, puisque les citoyens sont

¹² Commission européenne (DG Santé et protection du consommateur) (2005), *The contribution of health to the economy in the EU*, Luxembourg : Office des publications officielles des Communautés européennes.

¹³ Sur l'aptitude communicative et les effets d'imposition et de validation du réel de ces outils d'énonciation, voir la dernière sous-partie de ce papier.

¹⁴ *Official Launch of the Public Health Programme*, Brussels, 18 March.
http://ec.europa.eu/health/ph_programme/documents/speeches/speeches_20030318_en.htm

¹⁵ *Prescriptions for a future European Health Policy*, Congress on Medicine and Health, Berlin, 18 May.
http://ec.europa.eu/dgs/health_consumer/library/speeches/speech99_en.html

¹⁶ *Enabling health – Empowering citizens*, Conference of the European Health Management Association, 23 June, Potsdam, SPEECH/04/234.

préoccupés au quotidien par la santé et puisqu'ils réclament une action communautaire, une activité communautaire dans ce domaine peut permettre de légitimer la construction européenne. Laquelle, au moins selon les responsables de la santé au sein de la Commission, aurait été mise à mal ces derniers temps en raison de l'incapacité de l'Union à se montrer "proche" des citoyens. Ces extraits de discours de deux anciens Commissaires à la santé témoignent de la prégnance de cet argument :

« Si la nouvelle Europe doit devenir une réalité politique et économique dans les cœurs et les esprits des gens, elle doit être perçue comme leur permettant de vivre pleinement leur vie. Mais comme les récentes élections européennes le montrent, nous avons encore du chemin à parcourir pour parvenir à cela [...] C'est ici que la santé entre en jeu. Un message clair pour le futur doit être que "l'Europe est bonne pour votre santé". [...] Après tout, quelle contribution plus positive peut apporter l'Europe à la vie de ses citoyens qu'améliorer leur santé ? »¹⁷.

«[La santé publique et la protection du consommateur sont des] questions qui concernent la vie quotidienne des citoyens. Par conséquent une perception positive du rôle de la Commission dans ce domaine [...] recèle un potentiel énorme du point de vue de l'image de l'institution »¹⁸.

Avec ces propos, l'on perçoit aisément que l'invocation de la parole du citoyen vise essentiellement une légitimation inter et intra-institutionnelle : il s'agit de convaincre les États membres récalcitrants et les autres institutions de l'UE, dont les autres services de la Commission européenne, de soutenir et de permettre aux services en charge des questions sanitaires de développer leurs activités en la matière. S'y opposer serait non seulement s'opposer à la volonté du peuple mais, *in fine*, ce serait nuire à la légitimité de l'UE.

2) L'espace social européen de la lutte contre le tabagisme

Jusqu'alors nous avons essentiellement évoqué la Commission européenne, si elle est l'acteur central de la politique communautaire de lutte contre le tabagisme, ne serait-ce que pour des raisons de compétences institutionnelles – puisqu'elle est chargée d'initier et de mettre en œuvre les politiques communautaires –, cette politique engage en réalité une multiplicité d'acteurs.

L'étude approfondie de la directive réglementant et limitant la publicité pour les produits du tabac permet de balayer cet espace social. Ce cas est d'autant plus intéressant qu'il a été l'objet d'une mobilisation et d'une controverse sans équivalent, en témoignent les quinze années qui ont été nécessaires à l'adoption de la directive (proposée en 1989 adoptée en 2003). Il permet ainsi d'examiner les coalitions, les rapports de force, ainsi que les stratégies des uns et des autres et de rappeler que la biopolitique est un objet politique, un objet de débat.

La bataille autour de cette directive a ainsi réuni deux coalitions, l'une étant menée par la Commission européenne, du moins par ses organes en charge de la santé, l'autre par les industriels du tabac alliés dans des groupes d'intérêt spécifiques. Parmi ceux-ci, la puissante fédération européenne basée au Royaume-Uni fondée dès 1988 : la Confédération des fabricants de cigarettes de la Communauté européenne (CECCM). Afin de contrer cette directive, l'industrie du tabac tenta de coaliser autour d'elle des responsables politiques nationaux, des responsables de la Commission européenne et divers groupes d'intérêts – au niveau national et européen¹⁹. Cette industrie exerça son lobbying avant tout dans et sur les

¹⁷ *Enabling Good Health for all. A reflection process for a new EU Health Strategy*, 15 July, http://ec.europa.eu/health/ph_overview/Documents/byrne_reflection_en.pdf

¹⁸ Markos Kyprianou, *audition du Parlement européen*, réponse au questionnaire adressé au commissaire désigné, partie A, p. 5 (http://www.europarl.europa.eu/meetdocs/2004_2009/documents/dv/kyprianou-/kyprianou-fr.pdf).

¹⁹ Depuis que le *master settlement agreement* conclu en 1998 entre les procureurs de quarante-six États américains et les quatre principales compagnies de tabac présentes aux États Unis a rendu public les documents internes de l'industrie du tabac, on connaît assez précisément les stratégies de l'industrie du tabac pour lutter contre la législation européenne. Pour une synthèse plus détaillée que la nôtre des stratégies de lobbying de l'industrie du tabac au niveau communautaire, on pourra se reporter au rapport sur le tabac et l'UE produit à la demande de la DG Sanco de la Commission européenne par le consortium Aspect (Aspect consortium, *Tobacco or Health in the European Union. Past, Present and Future*, Report for the DG Health and

États membres. Quatre d'entre eux focalisèrent longtemps son attention ; ils étaient les plus opposés à une directive interdisant la publicité pour le tabac, les plus réceptifs aux arguments des industriels et ils permettaient de conserver une minorité de blocage contre la directive, celle-ci devant être adoptée à la majorité qualifiée. Ces quatre États étaient le Danemark, les Pays-Bas, le Royaume-Uni et l'Allemagne²⁰. La motivation de l'opposition du Danemark et des Pays-Bas, bien qu'elle soit inséparable des intérêts économiques en jeu²¹, semble s'être d'abord située au niveau des valeurs – renvoyant à une opposition libérale à une réglementation vue comme une insertion dans les comportements privés des individus, répulsion renforcée par le caractère supranational de la réglementation. Pour ces deux États, les industriels du tabac ont donc concentré leur stratégie sur la mobilisation de l'opinion publique et des leaders politiques autour de la dénonciation d'une directive liberticide pour les individus, les entreprises et la souveraineté nationale. Ces valeurs étaient également présentes au Royaume-Uni, comme en Allemagne d'ailleurs, mais l'intérêt économique semble avoir cette fois dominé. Intérêt industriel d'une part, le Royaume-Uni étant après les États-Unis la deuxième puissance mondiale de l'industrie mondiale du tabac. Intérêt personnel d'autre part. Il est en effet établi que les industriels du tabac étaient parvenus à établir des liens directs avec deux des plus hauts personnages de l'État dont l'opposition à la directive fut indéfectible²². Mais c'est l'Allemagne qui fut le chef de file des soutiens à l'industrie du tabac et à l'opposition à la directive. Deux raisons à cela. En premier lieu, l'Allemagne a longtemps été un pays sans "conscience anti-tabac" : la communauté médicale et associative a manifesté très peu d'intérêt dans la dénonciation des dangers du tabagisme, certains (Duina & Kurzer 2004) y voient une conséquence de la politique nazie contre le tabagisme²³. En second lieu, le marché allemand de la consommation de tabac était le plus important en Europe au début des années 1990. Il a donc été privilégié par les industriels qui n'ont pas hésité à financer généreusement les trois plus importants partis politiques allemands, partis qui recevaient également d'importants subsides en provenance des groupes de presse, eux-même largement dépendant de la publicité du tabac (Duina & Kurzer 2004). Selon les documents des compagnies du tabac, Helmut Kohl fut ainsi personnellement l'un des plus ardents défenseurs de leur cause. L'Allemagne formula par exemple des propositions de compromis copiés/collés des documents rédigés par les compagnies de tabac.

L'Allemagne a également été une ressource essentielle pour les industriels au sein du Parlement européen. Elle y constitue la délégation nationale la plus importante. Or l'on sait (par exemple Hix 1999) que les gouvernements donnent des consignes de vote au parlement européen, bien qu'il soit censé en être indépendant. Néanmoins, tous les parlementaires ne suivent pas les consignes du gouvernement de leur État d'origine, surtout s'ils sont membres d'un parti de l'opposition au niveau national, mais cette nuance n'a pas complètement joué dans le cas de la directive sur la publicité puisque les principaux partis allemands étaient affectés dans les mêmes proportions par la directive²⁴. Toujours au niveau du triangle

Consumer protection of the European Commission, 2004, Luxembourg : Office for Official Publications of the EU.). Par ailleurs, les archives de l'industrie du tabac sont elles disponibles sur les sites Internet suivants :

<http://www.philipmorris.com> ; <http://www.rejrt.docs.com> ; <http://www.libraryuscf.edu/tobacco/batco>

²⁰ En réalité la Grèce défendant l'intérêt de ses cultivateurs de tabac faisait également partie de ce camp au tout début des années 1990. Sa position a toutefois rapidement évolué en faveur de la directive à mesure que les agriculteurs grecs bénéficiaient des aides communautaires à la reconversion.

²¹ Les Pays-Bas étaient au début des années 1990 le second producteur de cigarettes de l'OCDE en volume et les taxes très élevées sur le tabac au Danemark fournissaient des ressources essentielles au gouvernement (Duina & Kurzer 2004).

²² Il s'agit de Margaret Thatcher – premier ministre britannique jusqu'en novembre 1990 – et de Kenneth Clarke – ministre de la santé à la fin des années 1980 avant, notamment, d'être chancelier de l'échiquier de septembre 1993 à novembre 1997. Ces liens devinrent évidents après que ces personnalités quittèrent leurs fonctions gouvernementales. Ainsi, dès juillet 1992, en propre ou via sa fondation, Margaret Thatcher s'est vue attribuer 500 000 US\$ par an par la compagnie Philip Morris au titre de consultante géopolitique. De son côté, Kenneth Clarke a perçu lui 100 000£ par an par la même entreprise au titre d'administrateur (Neuman & al. 2002).

²³ Les scientifiques allemands ont été parmi les premiers à déceler les risques liés au tabagisme. Suite à quoi les nazis mirent en place une politique de lutte contre le tabagisme correspondant à leur idéologie : le tabagisme fut dénoncé comme un risque pour la force militaire allemande, pour la fertilité et pour la pureté de la race. Les consommateurs de tabac ont alors été associés aux communistes, aux capitalistes et aux juifs (Duina & Kurzer 2004).

²⁴ Globalement, au Parlement européen les parlementaires qui ont soutenu la directive sont ceux dont le gouvernement national soutenait la proposition, ou qui faisaient partie de l'opposition nationale dans les pays s'y opposant – à l'exception donc de l'Allemagne. Les parlementaires qui se sont opposés à la directive sont ceux dont le parti national était un parti de gouvernement dans les pays s'opposant au projet, députés auxquels il faut bien sûr ajouter les parlementaires souverainistes.

institutionnel européen, les industriels du tabac tentèrent également d'obtenir un soutien au sein même de la Commission européenne. Alors que les commissaires successivement en charge de la santé et de la directive en question ont toujours fermement soutenu le projet, l'industrie du tabac parvint à rallier auprès d'elle Martin Bangemann, vice-président de la Commission européenne de 1989 à 1993, commissaire en charge des relations avec le Parlement européen jusqu'en 1993 et commissaire en charge du marché intérieur et de l'industrie de 1989 à 1999. Il n'est pas possible d'établir un lien direct entre la position de Martin Bangemann et ses origines allemandes. Néanmoins, conformément à ce que l'on pouvait attendre au vu de la littérature des *European Studies* (Nugent 2001), le commissaire s'est tenu aux côtés du gouvernement qui l'avait proposé à ce poste. Ce qui peut apparaître d'autant plus normal que le commissaire défendait les intérêts attachés à son portefeuille. Toujours est-il que le commissaire a été un relais direct avéré des arguments de l'industrie du tabac et des solutions alternatives proposées par ces acteurs (Neuman & al. 2002). Celui-ci n'est toutefois jamais parvenu à imposer son point de vue à la Commission européenne. La position collective de cette institution a toujours correspondu à celle avancée par les services chargés de la rédaction de la directive, c'est-à-dire ceux en charge de la santé publique. Enfin, la CECCM mobilisa des soutiens extérieurs directement ou indirectement affectés négativement par les propositions communautaires, ce qui permettait à l'industrie du tabac, isolée et stigmatisée, de rester à l'arrière-plan et de ne pas décrédibiliser ses arguments d'entrée et d'accroître la légitimité de ses revendications. L'industrie du tabac obtint ainsi l'appui, plus ou moins indépendant, de syndicats d'agriculteurs, de grands groupes de médias, des acteurs sportifs, industriels et politiques du sport mécanique, d'associations européennes de publicitaires ou encore d'associations pour la liberté de la presse. En parallèle, les industriels du tabac développèrent un argumentaire soulignant « l'effet domino »²⁵ potentiel de la législation communautaire anti-tabac. La stratégie consistait à mobiliser les industriels d'autres secteurs – comme ceux de l'alcool ou de l'alimentation – en leur démontrant qu'à terme, ils pouvaient devenir la cible de réglementation du même type si celle-ci aboutissait.

Face à cette coalition, l'autre camp était structuré autour de la Commission européenne comité européen des experts cancérologues, lequel regroupait des experts nationaux et a en fait initié et défini la politique communautaire de lutte contre le tabagisme jusqu'au milieu des années 1990. Ceux-ci formaient une véritable « communauté épistémique » (Haas 1992) en ce que ces acteurs professionnels/scientifiques partageaient une vision commune de la lutte contre le cancer – qui reposait avant tout sur la prévention. La communauté s'accordait également parfaitement sur la relation causale entre le tabagisme et la maladie. Enfin, les experts adhéraient tous à la même solution pour régler le problème, c'est-à-dire une solution législative contraignante pour les industriels. La renommée et l'accès direct aux décideurs politiques (en particulier à Jacques Delors, alors président de la Commission européenne) dont bénéficiait ce comité – liés notamment aux figures de marginaux sécants des professeurs Maurice Tubiana et Umberto Veronesi, les deux présidents successifs du comité – ont ensuite facilité la diffusion de cette vision du monde du « forum scientifique » à l'« arène politique » (Fouilleux 1998).

En mars 1990 le Parlement européen, allant plus loin que les premières intentions de la Commission et du comité d'expert, suggéra une interdiction totale de la publicité. Ce n'est toutefois qu'en mai 1991 que la Commission formula une proposition allant en ce sens. Entre temps effectivement, la France, l'Espagne et la Belgique avaient adopté ou étaient en passe de voter une législation rejoignant l'Italie et le Portugal qui avaient déjà introduit de telles dispositions au niveau national. Ce faisant, ils permettaient à la Commission de prendre légitimement ce niveau de restriction élevé comme base de l'harmonisation au niveau européen (voir sous-partie suivante) en même temps qu'ils accroissaient son soutien au Conseil.

Néanmoins, du fait de la mobilisation de la coalition « anti-directive » et des rapports de force au sein du Conseil, au milieu des années 1990, la coalition favorable à la directive se trouva au creux de la vague, au point que l'industrie du tabac crut fermement au retrait définitif de la proposition de directive²⁶. En réaction la Commission tenta notamment d'élargir ses soutiens en favorisant la constitution de groupes

Dans l'ensemble, le Parlement européen, plus ou moins nettement, a toujours soutenu la démarche de la Commission européenne.

²⁵ Aspect consortium, *Tobacco or Health in the European Union. Past, Present and Future*, op.cit, p. 207.

²⁶ Source : <http://www.philipmorris.com/gettling.asp?DOCID=2501476512/6514>

d'intérêt favorables à sa proposition et, plus largement, à son action en matière de lutte contre le tabagisme. C'est ainsi qu'est né le célèbre BASP (European Bureau for Action on Smoking Prevention):

« En 1998, j'ai été approché par la Commission européenne pour créer un bureau d'information sur la prévention du tabagisme à Bruxelles mais qui soit spécifiquement européen. Avant, on était plutôt implantés au niveau belge. [...] Le BASP servait à la Commission de consultant technique. Elle nous fournissait des subventions, on lui fournissait des rapports, on faisait des comparaisons, des études scientifiques, on discutait des propositions législatives, on diffusait ça aussi dans les États membres et on essayait de coordonner les actions nationales. Oui, on était un peu des lobbyistes chargés de lutter contre ceux du tabac »²⁷.

Finalement ce sont les revirements politiques nationaux qui ont modifié l'équilibre des forces au sein du Conseil qui ont débloqué la situation. En 1994, le gouvernement conservateur des Pays-Bas est renversé par le gouvernement travailliste. En 1997, c'est au Royaume-Uni de connaître le même enchaînement. L'arrivée au pouvoir de ces deux partis, moins liés aux intérêts industriels, modifia la position nationale sur la directive, d'autant que le contexte était celui d'une amplification de l'activisme anti-tabac, de la multiplication des travaux scientifiques dénonçant les méfaits du tabac et d'une stigmatisation croissante de cette industrie – la vague des grands procès contre l'industrie du tabac débute en 1996 aux États-Unis. Rapidement, le Royaume-Uni et les Pays-Bas annoncèrent leur soutien. Aussitôt, la directive fut mise au vote. Le 4 décembre 1997, en dépit des votes négatifs de l'Allemagne et de l'Autriche, de l'abstention du Danemark et du revirement de dernière minute de l'Espagne²⁸, le Conseil parvint à atteindre une majorité qualifiée et donc à adopter la directive. Après son annulation par la Cour en 2000, elle fut à nouveau votée en 2003 avec cette fois la seule opposition de l'Allemagne et, étonnamment, du Royaume-Uni²⁹.

II. Les outils communautaires de la lutte contre le tabagisme : entre contrainte et persuasion

En matière de lutte contre le tabagisme l'action publique communautaire procède principalement de deux façons. D'une part, comme on vient de le voir, elle s'appuie sur une législation qui s'impose aux États membres. Cette législation est particulièrement intéressante. En effet, l'UE n'est normalement pas autorisée à légiférer en la matière. Aussi la législation communautaire en matière de lutte contre le tabagisme, la plus conséquente et la plus ambitieuse dans le domaine de la santé, est justifiée non par des objectifs de santé mais par la réalisation des objectifs du marché commun. D'autre part, l'action communautaire passe par la diffusion d'idées et de connaissances scientifiques. Pour les États ce mode d'action publique aurait l'avantage de ne les contraindre en rien, c'est d'ailleurs ce qui justifie son déploiement. En réalité, la manière dont les institutions européennes, Commission européenne en tête, diffuse ces idées et ces données peut engendrer un changement dans l'administration étatique des corps plus basé sur la contrainte que sur la persuasion.

1) La législation communautaire contre le tabagisme

C'est le traité de Maastricht, en son article 129, qui a introduit la santé publique parmi les compétences communautaires. Toutefois, il ne permettait pas à la Communauté d'harmoniser les dispositions

²⁷ Luk Joosens, fondateur du BASP. Entretien, 20 juin 2006, Bruxelles.

²⁸ L'Espagne se serait abstenue à la suite de la menace allemande de réduire sa contribution aux Fonds structurels européens ; l'Espagne aurait alors été l'un des pays les plus affectés au moment de la redistribution (Duina & Kurzer 2004).

²⁹ Le retournement britannique est surprenant puisque le Royaume-Uni avait adopté une loi allant dans le sens de la directive dès 2002, comme l'avaient fait les Pays Bas en 1997 et le Danemark en 2001. Officiellement, le Royaume-Uni n'a pas voté la directive de 2003 parce qu'elle n'était pas suffisamment stricte. Il semble toutefois que Tony Blair a opté pour cette position afin de satisfaire les instances internationales de la Formule 1 exigeant une mise en œuvre plus tardive de la directive. Sachant que son vote ne nuirait pas à l'adoption de la directive, le gouvernement britannique aurait décidé d'agir de la sorte pour sauvegarder "son" Grand Prix et les intérêts économiques et politiques qui y sont attachés. D'ailleurs, l'Autriche, qui a subi une pression similaire mais a voté en faveur de la directive, s'est vue privée de Grand Prix de formule 1 en 2004 (Duina & Kurzer 2004).

nationales sur la base d'une législation contraignante. Le traité d'Amsterdam, actuellement en vigueur, y a remédié en modifiant l'article 129, devenu 152. Malgré tout il y a là un signe du caractère limitatif du cadre juridique de l'action communautaire en santé publique. De fait, et une telle précision est exceptionnelle dans le traité, seules les « normes [...] de qualité et de sécurité des organes et substances d'origine humaine, du sang et des dérivés du sang » et « les domaines vétérinaire et phytosanitaire ayant directement pour objectif la protection de la santé publique » (art. 152 § 4 a et b) peuvent être l'objet d'une harmonisation juridiquement contraignante à des fins de protection de la santé publique. Toujours est-il qu'au vu de cet article, au niveau communautaire la lutte contre le tabagisme, qui est clairement une politique de santé publique, ne peut pas recourir à une harmonisation juridique des dispositions nationales.

Pourtant, la législation communautaire contraignante de lutte contre le tabagisme est particulièrement développée. Elle passe essentiellement par des directives³⁰. Plusieurs ont été adoptées dans le cadre de la législation sur la santé et la sécurité au travail et visent à réduire l'exposition au tabac. Parmi les autres directives, les plus significatives sont la directive de 2001 relative à la fabrication, la présentation et la vente des produits du tabac³¹, et la directive de 2003 relative à la publicité et au parrainage en faveur des produits du tabac³². La première (qui agrège trois directives précédentes) prévoit des teneurs maximales en goudron, en nicotine et en monoxyde de carbone et les modalités de mesure des niveaux fixés. Elle rend également obligatoire l'inscription de ces teneurs sur les unités de conditionnement des produits du tabac. De même, la directive exige l'inscription d'avertissements sur les risques inhérents à la consommation de tabac. Dans les deux cas elle précise la surface couverte. Dans le dernier cas elle précise dans le détail le contenu des indications – dont le fameux fumer tue – et les modalités d'inscription (police, taille de la police, couleur des caractères, etc.). La directive relative à la publicité et au parrainage en faveur des produits du tabac interdit quant à elle toutes les formes de publicité radiodiffusée en faveur des produits du tabac, y compris le parrainage par des entreprises dont l'activité consiste à fabriquer ou à vendre des produits du tabac. La publicité dans les médias imprimés est limitée aux publications exclusivement destinées aux professionnels du commerce du tabac, tout comme la publicité dans les services de la société de l'information. Par ailleurs, la directive interdit également le parrainage de manifestations ou d'activités concernant, plusieurs États membres, ne serait-ce que potentiellement. La distribution de produits du tabac dans le cadre du parrainage de ces manifestations est également prohibée.

L'article 30 CEE (art. 28 CE) interdisait « les restrictions quantitatives à l'importation, ainsi que toutes mesures d'effet équivalent », c'est-à-dire, selon la CJCE, toute disposition « susceptible d'entraver directement ou indirectement actuellement ou potentiellement, le commerce intra-communautaire »³³. Toutefois, l'article 36 CEE (art. 30 CE), précisé par le célèbre arrêt *Cassis de Dijon*³⁴, disposait que si ces règles restrictives étaient destinées, notamment, à protéger la santé publique et apparaissaient justifiables comme telles, elles pouvaient être maintenues et être opposées à la circulation des produits.

Par conséquent, la seule possibilité de lever ces dispositions entrant en contradiction avec les principes fondamentaux de libre circulation tenait en l'harmonisation des dispositions nationales. Une telle option était prévue à l'article 100 du traité CEE (art. 94 CE) qui stipulait que « le Conseil, statuant à l'unanimité sur proposition de la Commission, arrête des directives pour le rapprochement des dispositions législatives, réglementaires et administratives des États membres qui ont une incidence directe sur

³⁰ Les directives lient les États membres quant aux résultats à atteindre mais laissent une marge de manœuvre quant à la forme et aux moyens de la mise en œuvre. Elles nécessitent donc une transposition dans le cadre juridique national à la différence des règlements (obligatoires dans tous leurs éléments et directement applicable dans tous les États membres) et des décisions (obligatoire dans tous leurs éléments mais qui ne lient que les destinataires expressément désignés).

³¹ Directive 2001/37/CE du 5.6.2001 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, *JO L 194 du 18.7.2001*, p. 26–35.

³² Directive 2003/33/CE du 26.5.2003 concernant le rapprochement des dispositions législatives, réglementaires et administratives des États membres en matière de publicité et de parrainage en faveur des produits du tabac, *JO L 152 du 20.6.2003*, p. 16–19.

³³ Affaire 8-74, arrêt du 11.7.1974, *Dassonville*, attendu n°5.

³⁴ Affaire 120/78, arrêt du 20.2.1979, *Rewe/Bundesmonopolverwaltung für Branntwein*.

l'établissement ou le fonctionnement du marché commun ». Depuis l'Acte unique européen, les mesures relatives au rapprochement des législations qui ont pour objet l'établissement et le fonctionnement du marché intérieur sont adoptées – sauf exception – à la majorité qualifiée (art. 100A CEE, art. 95 CE).

C'est sur ce fondement que reposent les directives évoquées ci-avant. Revenons sur les deux premières à avoir été. L'une traitait de l'étiquetage des produits du tabac et introduisait des avertissements au consommateur³⁵, l'autre concernait la teneur maximale en goudron des cigarettes³⁶. Dans les deux cas, il existait des législations différentes au sein des États membres. Aussi elles interdisaient ou gênaient l'entrée sur un marché d'un État membre de produits du tabac pourtant adaptés à l'entrée sur le marché d'un autre État membre. Ce qui a permis de justifier les textes. En attestent la base juridique choisie (l'article 100A) et les deux premiers considérants de la directive attendant à l'étiquetage qui sont ainsi rédigés : « considérant qu'il existe des divergences entre les dispositions législatives, réglementaires et administratives des États membres en matière d'étiquetage des produits du tabac ; que ces disparités sont de nature à créer des entraves aux échanges et à faire ainsi obstacle à l'établissement et au fonctionnement du marché intérieur » ; « considérant qu'il y a lieu d'éliminer ces entraves éventuelles et, à cette fin, de soumettre la mise sur le marché et la libre circulation des produits du tabac à des règles communes en ce qui concerne leur étiquetage ». Or, l'alinéa 3 de l'article 100A dispose que « la Commission, dans ses propositions prévues au paragraphe 1 [c'est-à-dire celles destinées à réaliser le marché intérieur] en matière de santé, [...] prend pour base un niveau de protection élevé ». Les effets nocifs du tabac n'étant plus discutés à cette époque et les règles nationales visant manifestement à réduire ces effets – sans quoi l'article 30 aurait joué –, la législation communautaire a donc fixé des normes supérieures à celles qui existaient dans la plupart des États membres en prenant pour base les législations nationales les plus strictes, et cela sans le soutien de l'ensemble des États membres.

En fait, et non en droit, les directives tabac n'ont donc pas d'abord été adoptées – non sans affres juridiques (Guigner 2009) – afin de permettre l'établissement du marché intérieur mais afin de mener une politique de santé communautaire de lutte contre le tabagisme. C'est un secret de polichinelle que de dire que la motivation politique de ces directives ne correspond pas à leur motivation juridique. Dans tous ses discours et documents la Commission présente elle-même ces directives comme relevant de sa politique anti-tabac³⁷. D'ailleurs, le fait que toutes les directives concernant le tabac ont été adoptées par le Conseil des ministres de la santé et présentées par les services en charge de la santé au sein de la Commission, et non par ceux en charge du marché commun, est manifeste de la priorité de l'objectif sanitaire sur l'objectif économique.

Toujours est-il que ces directives, par définition, fixent des dispositions contraignantes au niveau national, dispositions que la Commission s'est toujours montrée déterminée à faire appliquer. Prenons à nouveau l'exemple de la directive concernant la publicité en faveur des produits du tabac. Celle-ci devait être transposée en droit national au 31 juillet 2005 et les mesures de transposition devaient être communiquées par les États membres à la Commission. Or, quelques mois plus tard la Commission a fait parvenir une lettre de mise en demeure à douze États membres qui n'avaient pas communiqués leurs mesures de transposition. Une fois ces informations communiquées, la Commission a relevé certains problèmes de conformité concernant l'interdiction de parrainage et, en avril 2006, a mis en demeure quatre États membres (Espagne, Hongrie, République tchèque et Italie) pour non-conformité des mesures de transposition. Les infractions avaient essentiellement trait aux dérogations à l'interdiction de parrainage que ces États membres ont prévues lors de la transposition de la directive dans le droit national : l'Espagne avait adopté une disposition transitoire en vertu de laquelle l'interdiction de la publicité et du parrainage à l'occasion de courses automobiles ne serait appliquée que trois ans après l'entrée en vigueur de la loi espagnole ; la Hongrie prévoyait une dérogation à l'interdiction de publicité en faveur des produits du tabac dans certaines circonstances liées à des manifestations revêtant une importance économique pour le pays ; la République tchèque prévoyait une dérogation générale de trois ans pour les

³⁵ Directive 89/622/CEE du 13.11.1989 concernant le rapprochement des dispositions législatives, réglementaires et administratives des États membres en matière d'étiquetage des produits de tabac, *JO L 359 du 8.12.1989*, p. 1–4.

³⁶ Directive 90/239/CEE du 17.5.1990 relative au rapprochement des dispositions législatives, réglementaires et administratives des États membres concernant la teneur maximale en goudron des cigarettes, *JO L 137 du 30.5.1990*, p. 36–37.

³⁷ Voir par exemple le discours de David Byrne, *The European dimension of tobacco control legislation*, Office of Tobacco Control Conference, SPEECH/01/505 du 1.11.01.

contrats signés avant l'entrée en vigueur de la législation ; et l'Italie n'interdisait pas le parrainage des événements qui avaient lieu exclusivement sur son territoire, or l'interdiction de parrainage prévu par la directive doit s'appliquer à toutes les manifestations qui ont des effets transfrontaliers (comme les événements retransmis dans d'autres États membres par la télévision ou l'Internet). Finalement, en octobre suivant la Commission a poursuivi la procédure en adressant un « avis motivé » à la République tchèque et à l'Espagne, un « avis motivé complémentaire » à la Hongrie, et en assignant l'Italie devant la Cour de justice européenne. Après quoi tous les États membres ont rapidement modifié leur législation, et la Commission a mis fin aux procédures d'infraction.

2) Informer³⁸ et comparer : des outils d'action publique pas si « soft »

Malgré l'importance de cette législation de lutte contre le tabagisme, il reste que les réticences, sinon l'opposition, des États membres et des opinions publiques envers une délégation à l'UE de compétence et surtout de pouvoir trop importante en matière de santé a conduit à limiter au maximum ses compétences juridiquement contraignantes et à favoriser des instruments d'action publique participant de « nouveaux modes de gouvernance » et s'appuyant sur des instruments de soft law d'usage courant dans les organisations internationales. Ces nouveaux modes de gouvernance se caractérisent par une flexibilité accrue. D'une part ils cherchent à mettre en relation les pairs afin de leur permettre d'échanger et d'évaluer leurs idées et expériences. D'autre part, les acteurs publics européens peuvent préconiser aux acteurs publics et privés domestiques des objectifs et des comportements à suivre selon les situations et le contexte, mais ils ne peuvent pas sanctionner juridiquement le non-respect de ces consignes. Les nouveaux modes de gouvernance s'opposeraient ainsi radicalement à la méthode communautaire et moderniseraient la gouvernance européenne non seulement en raison des instruments déployés mais aussi du fait de leur logique de fonctionnement. Parce qu'ils ne relèvent pas de la hard law, parce qu'ils reposent sur la diversité et la confrontation des points de vue, parce qu'il s'agit souvent de processus itératifs, parce qu'ils supposent que les acteurs participent au processus en vue d'acquérir de nouvelles et meilleures pratiques grâce aux discussions menées sur la base d'informations fournies par les différents acteurs, ces nouveaux modes de gouvernance contribueraient à modifier les comportements domestiques à partir d'une dynamique d'« apprentissage collectif et continu [où] le rôle de l'acteur public devient ainsi celui de créer les conditions et de coordonner le processus d'apprentissage »³⁹.

Le terme d'apprentissage utilisé ici par la cellule de prospective européenne est également d'usage en science politique. Ceci n'est probablement pas anodin puisque plusieurs participants à cette réflexion sont des politistes de renom (R. Dehousse, G. Majone, Y. Meny, J. Paterson, F. Scharpf, P. Schmitter et J-C. Thoenig). En science politique, la notion d'apprentissage permet de penser les politiques publiques en termes de savoir et d'incertitude et, par là, de dépasser une analyse centrée sur les seuls rapports de force. Ainsi, pour H. Hecl (1974: 304), la notion d'apprentissage permet de mettre en avant le fait que « les gouvernements ne font pas qu'user du pouvoir [...], ils doutent également ». Par conséquent, on peut considérer que le changement dans les politiques publiques n'est pas qu'une question d'évolution des rapports de force mais est également une réponse à de nouvelles informations à disposition des décideurs et à leurs expériences de succès ou d'échec des politiques mises en œuvre auparavant (Hall 1993). La notion d'apprentissage laisse donc penser implicitement que les acteurs modifient leur comportement non pas parce qu'ils y ont été forcés mais parce qu'ils ont été convaincus de la pertinence de nouvelles options. Ainsi, selon G. Majone (1997: 264), alors que les instruments juridiques fonctionnent selon une logique de « l'ordre et du contrôle », l'information, la connaissance, déployée à partir d'outils relevant de la soft law doit permettre de « constituer les politiques publiques » par la « persuasion ».

³⁸ On n'évoquera ici que les actions indirectes de santé publique, c'est-à-dire l'information sur les politiques de lutte contre le tabagisme et non le financement de campagnes d'informations sur les effets du tabagisme – qui, soit dit au passage, visent moins la santé publique que des objectifs institutionnels stratégiques (Guigner 2008).

³⁹ Cellule de prospective de la Commission européenne, *Accroître l'efficacité et la légitimité de la gouvernance de l'UE. Une synthèse de l'atelier de Genval (21-22 mai 1999) et une proposition d'un agenda de réformes pour la Commission*, CdP (99) 750, p.39.

Le benchmarking et la comparaison sont des outils d'apprentissage centraux dans les nouveaux modes de gouvernance. Ils mettent effectivement en avant des différences entre les politiques domestiques et formulent des préconisations et des critiques plus ou moins explicites. Par exemple, dans le cadre de son nouveau cheval de bataille consistant à promouvoir des environnements sans tabac, la Commission a mis en ligne un schéma, accompagné d'une carte, figurant l'existence de lois relatives aux environnements sans tabac dans les différents Etats membres (voir la figure 1 ci-dessous). L'Irlande et le Royaume-Uni y apparaissent clairement comme de bons élèves – avec une interdiction totale, et avant-gardiste, de fumer dans les lieux publics et sur les lieux de travail clos. A l'inverse, la Grèce et l'Autriche y sont peints comme des mauvais élèves – avec une interdiction très partielle, et non encore mise en œuvre. Autre exemple de cette démarche : le projet *Effective Tobacco Control Policies in 28 European Countries*, financé par le programme de santé publique 2003-2008 de la Commission européenne, et mené par une vingtaine de lobbyistes spécialisés et d'experts techniques (chercheurs en santé publique, cancérologues...) du tabagisme de nationalités très diverses⁴⁰. Ce rapport quantifie les politiques de contrôle du tabagisme des Etats membres en notant les différentes politiques des Etats membres selon leur niveau d'engagement et leur évolution puis en additionnant les politiques de chaque Etat membre, chaque politique rapportant un nombre de points maximal correspondant à ses effets sur la prévalence du tabagisme. Par exemple, les politiques de contrôle de la publicité en faveur du tabac rapportent au maximum 13 points sur 100 (le prix des cigarettes 30, les interdictions de fumer dans certains lieux 22...), dont 3 points pour une interdiction de publicité à la télévision, 2 pour une interdiction dans les medias imprimés, etc. L'étude, qui prend également en compte la prévalence nationale, résume ses résultats sous la forme d'un tableau et d'un histogramme (voir la figure 2 ci-dessous) – classant les pays par ordre de score total (Islande en tête, Luxembourg en queue de peloton). Ce rapport précise que « le but du système de score n'est pas de faire l'éloge ou de condamner des politiques nationales de contrôle du tabagisme, mais plutôt d'encourager ceux qui en ont la charge à regarder le score de leur pays, d'analyser leurs politiques de lutte contre le tabagisme et de faire des propositions pour améliorer leurs composantes les plus faibles » (p. 6). Il s'agirait donc d'un exemple idéal-typique des outils d'action publique correspondant aux nouveaux modes de gouvernance.

⁴⁰ *Effective Tobacco Control Policies in 28 European Countries*, European Network for Smoking Prevention, October 2004. (<http://www.ensp.org/files/effectivefinal2.pdf>)

Figure 1 : Document diffusé sur le site Internet de la Commission européenne (http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/Tobacco/Documents/tobacco_map.pdf)

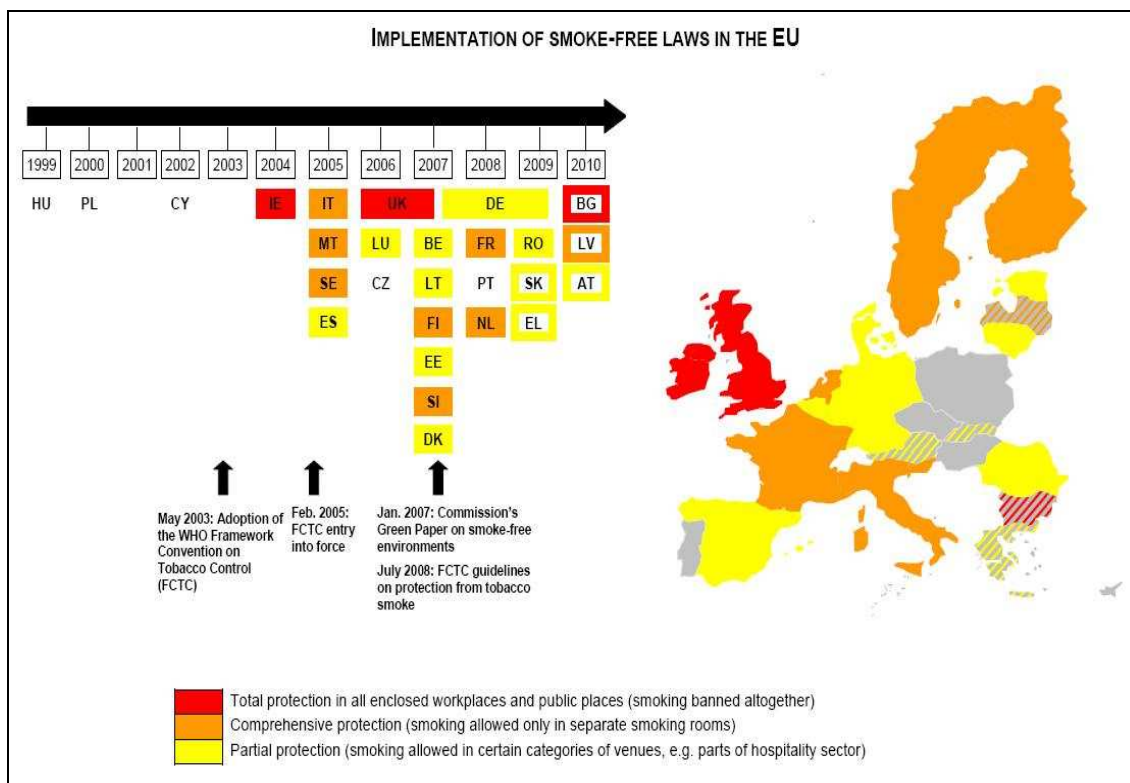
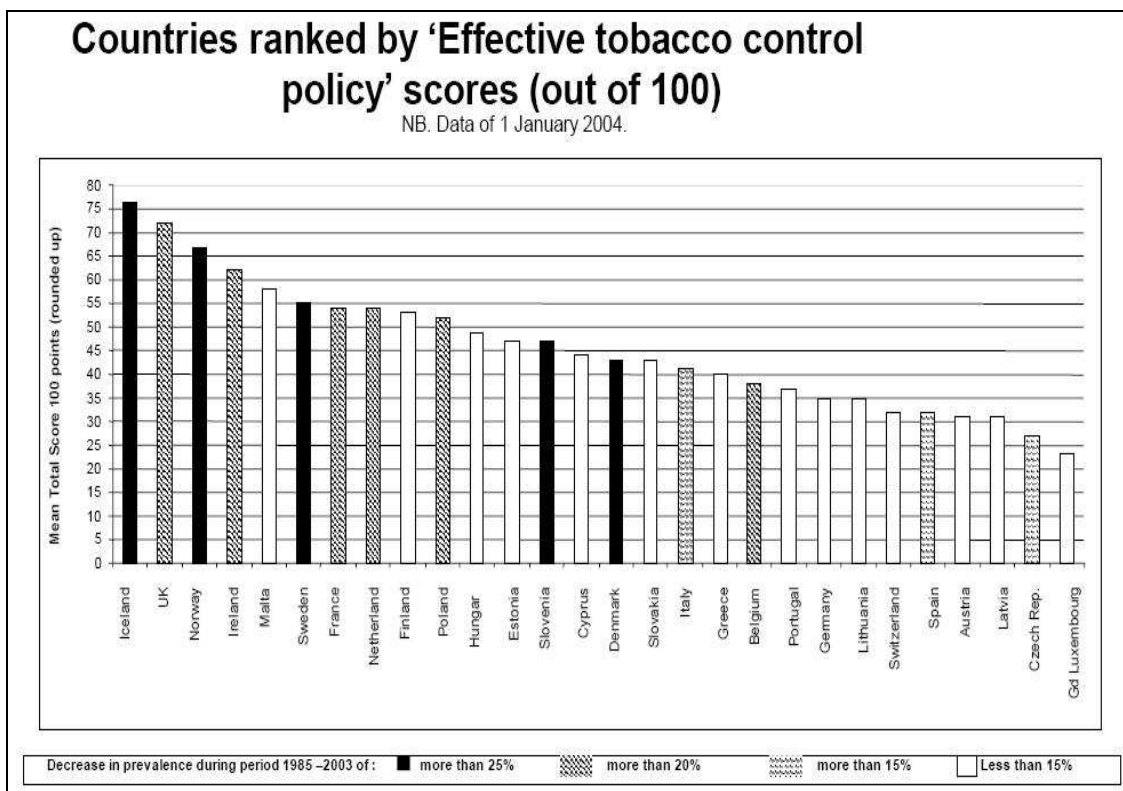


Figure 2 : Document extrait du rapport *Effective Tobacco Control Policies in 28 European Countries* (p. 29)



En réalité, ces deux exemples illustrent le fait que l'apprentissage peut n'être que l'explication par défaut d'un changement par l'information. Bien que non contraignants légalement, les instruments d'action publique qui la diffusent peuvent donner jour à une pression à l'adaptation des pratiques et politiques

domestiques aux idées formulées au niveau communautaire ou transitant par lui. Ce pouvoir de l'information repose sur la logique bien connue de construction des problèmes publics par la dénonciation publique (Felstiner & al. 1981) qui, grossièrement, consiste à « changer le comportement des régulateurs en exposant leur comportement » (Hériter 2001: 63). Dit plus clairement encore, il s'agit de jeter l'anathème sur les mauvaises politiques, soit en les dénonçant directement, soit en valorisant d'autres choix.

Afin de déclencher le dispositif de dénonciation publique, la phase de diffusion des données révélées par les indicateurs est essentielle. L'information doit être en mesure d'atteindre "l'opinion publique" pour pouvoir donner jour à une pression politique. Or, les instruments d'action publique évoqués ci-avant offrent aux informations qu'ils produisent et/ou font circuler une importante capacité de pénétration de l'espace public. Effectivement, les rapports financés ou réalisés par la Commission européenne sont non seulement diffusés sous format papier mais aussi, pour la plupart, publiés sur l'Internet et accessibles gratuitement. Surtout, ces idées sont souvent diffusées sous une forme qui leur procure une grande « aptitude communicative » (Szreter 1991, cité dans Desrosières 1993: 208), c'est-à-dire que ces informations se voient conférer une capacité à "parler" à une audience large. C'est le cas des indicateurs comparatifs et des classements hiérarchiques qui permettent à chacun de tirer des conclusions sans avoir à comprendre la complexité du réel qui explique les différences. Les outils de présentation privilégiés de ces données, comme les schémas, tableaux et statistiques (voir les figures 1 et 2 ci-dessus), augmentent encore l'aptitude communicative particulière des informations produites. Les tableaux et graphiques simplifient le réel déjà simplifié par les indicateurs et objectivent matériellement des hiérarchies tout en les rendant universellement intelligibles (Lebaron 2000). En d'autres termes, tout le monde n'est pas en mesure de déconstruire ces informations mais chacun peut distinguer qui occupe le haut et le bas d'un tableau ou quelle courbe se trouve au-dessus ou en dessous des autres. Avec ces outils, les données prennent sens aisément même si en fait elles renvoient à des situations complexes. Ce type d'outils est alors particulièrement adapté à une audience large. C'est pourquoi les médias de tous types en sont friands, et ce d'autant que ce type de documents graphiques leur permet de donner des informations compréhensibles dans un format concis, quitte à livrer des informations superficielles ou tronquées⁴¹.

Une fois ces informations entrées dans l'espace public, le risque de voir apparaître une contrainte politique est d'autant plus important que les acteurs dont les choix sont dénoncés implicitement ou explicitement peuvent difficilement contester ces reproches. D'une part, ils devront développer des contre-arguments précis, ce qui réduira d'autant leur accès aux médias pour les raisons inverses de celles que l'on vient d'évoquer. D'autre part, en adoptant le plus souvent le langage de la science – qui passe par la construction d'indicateurs chiffrés, de graphiques, de tableaux et la publication dans des revues scientifiques ou qui en ont l'apparence⁴² –, les instruments d'un changement par l'apprentissage transforment les idées en données « au-dessus de la mêlée » (Desrosières 1993: 7), donc en vérité. Le langage scientifique est effectivement celui « par lequel l'ordre se présente comme une obligation de nature extérieure » (Gusfield 1984: 194) puisqu'il rend compte d'une démarche impartiale reposant sur la preuve. La difficulté de contrer ces informations et, donc, la capacité de contrainte de cette « européanisation par le chiffre » (Bruno & al. 2004: 23) étant renforcée par l'image positive de modernité et de transparence attachée à l'Europe (Dehousse 2002, Neveu 2004) et par la légitimité instinctive attachée aux déclarations des institutions européennes ainsi, par contrecoup, qu'aux résultats des projets européens, comme nous le signifiait un responsable de l'administration française :

« Quand les chiffres qui sortent sont des "chiffres européens", tout de suite ils semblent plus crédibles que des chiffres nationaux parce que la Commission est perçue comme une institution neutre, en tout cas au-dessus des intérêts des États et même au-dessus des intérêts particuliers. En

⁴¹ Pensons par exemple au rapport sur la santé dans le monde de l'OMS de 2000 dont la méthodologie a été très contestée par les spécialistes et les acteurs concernés, mais dont le classement des systèmes de santé auquel il a abouti a, et lui seul, été largement diffusé dans les médias (Pierru 2003).

⁴² Par exemple, les résultats des projets menés et financés dans le cadre de l'axe information des programmes de santé publique successifs sont fréquemment publiés dans le *European Journal of Public Health* qui se présente, dans tous les sens du terme, comme une revue scientifique. Cette revue, éditée par les presses universitaires d'Oxford, est toutefois gérée par l'EPHA (European Public Health Alliance), l'un des groupes d'intérêt public européen les plus puissants dans le domaine de la santé...

plus, cela laisse penser que ces chiffres sont le résultat d'un travail qui a rassemblé des gens de plusieurs pays, donc que plus de personnes, et des personnes de pays différents en plus, ont dit que ces chiffres sont les bons. Un peu comme si ces chiffres descendaient de l'Olympe »⁴³.

La politisation des questions de santé à l'œuvre depuis les années 1990 amplifie encore la force d'imposition de l'information. En effet, les crises sanitaires qui ont touché l'Europe dans les années 1990 ont rappelé que l'intervention publique dans le domaine de la santé est, en plus d'un élément de légitimité étatique, un important facteur de légitimité politique des gouvernements. Aussi depuis lors, les représentants politiques se montrent particulièrement attentifs aux critiques et soucieux des réactions de l'opinion publique face à leurs activités, ou à leur inactivité, dans le domaine de la santé. Les propos de plusieurs de nos interlocuteurs gouvernementaux tendent à prouver que ceci ne relève pas que du discours politique et que les gouvernements considèrent réellement les réactions de l'opinion publique comme un élément essentiel orientant leur action dans le secteur de la santé. Du reste, les fonctionnaires européens sont convaincus que depuis les crises sanitaires, les gouvernements doivent composer avec la pression et l'attention de l'opinion publique pour définir leurs politiques de santé et que ces gouvernements ont pris en considération cette nouvelle donne. Par conséquent, selon ces mêmes acteurs, et en toute vraisemblance, la politisation de la santé devrait apporter un surplus d'efficacité aux idées et informations qu'ils font circuler. Plutôt qu'à une stratégie d'« harmonisation cognitive » (Palier 2000: 27), la Commission européenne semble alors être passée à une stratégie « d'imposition cognitive ». Il ne s'agit plus tant désormais d'harmoniser des connaissances pour influencer les choix domestiques par la persuasion que de diffuser des informations – sous les formes particulières que nous venons de souligner – pour mettre les décideurs de ce niveau sous pression et imposer certaines options au niveau domestique⁴⁴.

Conclusion

Au total, grâce au financement de campagnes d'information destinées au grand public, au cadre législatif qu'elle a développé, et à la diffusion d'idées et de pratiques dans l'UE et en dehors, l'UE est donc incontestablement devenue un acteur incontournable de la lutte contre le tabagisme. Son rôle reste toutefois méconnu parce que faute de légitimité et de compétences suffisamment ancrées, elle doit cacher son action derrière des artifices rhétoriques et juridiques, et parce que in fine l'influence de l'UE est la plupart du temps indirecte (elle passe par d'autres acteurs, notamment étatiques) bien qu'elle puisse être très contraignante, juridiquement ou politiquement.

Au terme de cette communication il convient d'insister sur le fait que la lutte contre le tabagisme n'est qu'un exemple, relativement typique, de l'intervention de l'UE dans la biopolitique et en particulier dans la santé publique. Par exemple, elle y intervient également par l'intermédiaire de la promotion d'une alimentation saine afin de lutter contre l'obésité, par l'intermédiaire de programmes de prévention des blessures, par l'intermédiaire de programme de prévention du sida, ou encore par des programmes portant sur la sécurité sanitaire ou sur le contrôle des maladies transmissibles.

L'UE participe ainsi directement au renouveau de la santé publique dont elle contribue en outre à la diffusion et qu'elle a préfiguré dans de nombreux pays. Il ne faut toutefois pas y voir un objectif

⁴³ Un membre de la direction française de la Sécurité sociale, division des Affaires communautaires et internationales. Entretien, 5 janvier 2004, Paris.

⁴⁴ D'après certains auteurs, l'apparition d'une contrainte politique par l'information serait faible toutefois parce que cette idée repose « sur des suppositions irréalistes à propos d'un espace public européen » (Kröger 2004: 17). Or, « le lobbying par l'information » (Mazey & Richardson 2002: 148) peut se passer de l'existence d'un espace public européen « idéal » « Habermasien » pour être efficace. Pour qu'un changement imposé apparaisse, il suffit que des médias domestiques ou des entrepreneurs politiques se saisissent des informations rendues disponibles par les instruments d'action publique communautaires et les publicisent dans l'espace public domestique, menacent de le faire ou aient la capacité de le faire. Les décideurs domestiques peuvent effectivement se trouver contraints d'effectuer certains choix en anticipation de la publicisation des informations au niveau domestique.

stratégique des institutions européennes et de la politique de santé européenne, mais plutôt un choix par défaut. L'UE a investi la santé publique car elle a pu le faire. Ceci parce qu'il s'agit d'un espace politique non préempté : malgré son renouveau évident, celle-ci ne joue qu'un rôle accessoire dans les politiques de santé nationales. Celles-ci restent centrées sur les soins de santé, lesquels demeurent des activités sur lesquels les États membres s'acharnent à préserver leur souveraineté, certes de plus en plus difficilement.

Références académiques citées

- Cini M. (1996), *The European Commission. Leadership, organization and culture in the EU administration*, Manchester : Manchester University Press.
- Clavier C. (2007), *Le politique et la santé publique. Une comparaison transnationale de la territorialisation des politiques de santé publique (France, Danemark)*, Thèse de doctorat en science politique, Université de Rennes I.
- Czernichow P., Chaperon J., Le Coutour, X. (2001), *Epidémiologie*, Paris : Masson.
- Dehousse R. (2002), The open method of coordination : a new policy paradigm ?, *1st Pan-European Conference on European Union Politics*, Bordeaux, 26-28 September 2002.
- Desrosières A. (1993), *La politique des grands nombres. Histoire de la raison statistique*, Paris : La Découverte.
- Duina F., Kurzer P. (2004), Smoke in your eyes : the struggle over tobacco control in the European Union, *Journal of European Public Policy*, vol. 11, n° 1, p. 57-77.
- Easton D. (1975), A Re-Assessment of the Concept of Political Support, *British Journal of Political Science*, vol. 5, p. 435-457.
- Fassin D. (1996), *L'espace politique de la santé. Essai de généalogie*, Paris : Presses universitaires de France.
- Felstiner W., Abel R., Sarat A. (1981), The Emergence and Transformation of Disputes : Naming, Blaming, Claiming, *Law and Society Review*, vol. 15, p. 631-654.
- Foucault M. (1976), *Histoire de la sexualité. Tome 1. La volonté de savoir*, Paris : Gallimard.
- Foucault M. (2001), *Dits et écrits 1954-1988*, Paris : Gallimard.
- Fouilleux E. (1998), *Idées, institutions et dynamiques du changement de politique publique. Les transformations de la politique agricole commune*, Thèse de doctorat en science politique, Université Pierre Mendès France.
- Guigner S. (2008), The EU and the health dimension of globalisation: playing the WHO card, in Jan Orbie & Lisa Tortell (dirs.), *The European Union and the social dimension of globalisation: how the influences the world*, London/New York: Routledge, p. 131-147
- Guigner S. (2008-a), *L'institutionnalisation d'un espace européen de la santé. Entre intégration et européanisation*, Thèse de doctorat en science politique, Université de Rennes I.
- Guigner S. (2009), Le Marché commun, un écran de fumée pour la législation communautaire contre le tabagisme, *Revue du Marché commun et de l'Union européenne*, n° 527, 2009, p. 257-264.
- Gusfield J. (1984), *The culture of public problems : drinking-driving and the symbolic order*, Chicago : The University of Chicago Press.
- Guyot J.-C., Laudoyer P. (2001), Figures sanitaires de la gestion municipale, in Guyot J.-C., Herault B. (dir.), *La santé publique. Un enjeu de politique municipale*, Pessac : Maison des sciences de l'Homme d'Aquitaine, p. 133-168.
- Haas E. (1958), *The Uniting of Europe : Political and Economical Forces, 1950-1957*, Stanford : Stanford University Press.

- Haas P. (1992), Introduction : epistemic communities and international policy coordination, *International Organization*, vol. 49, n° 1, p. 1-35.
- Hecló H. (1974), *Modern Social Politics in Britain and Sweden. From Relief to Income Maintenance*, New Haven : Yale University Press.
- Héritier A. (2001), Overt and Covert Institutionalization in Europe, in Stone Sweet A., Sandholtz W., Fligstein N. (eds) (2001), *The Institutionalization of Europe*, Oxford : Oxford University Press, p. 56-71.
- Hay C., Rosamond B. (2002), Globalization, European Integration and the discursive of construction of economic imperatives, *Journal of European Public Policy*, vol. 9, n° 2, p. 47-167.
- Hix S. (1999), *The Political System of the European Union*, Basingstoke/New York : Palgrave.
- Kröger S. (2004), "Let's talk about it"-Theorizing the OMC (inclusion) in light of real life application, *Rencontres doctorales européennes*, Ecole doctorale de l'Institut d'études politiques de Paris, 11 juin 2004.
- Lebaron F. (2000), *La croyance économique. Les économistes entre science et politique*, Paris : Seuil.
- Majone G. (1997), The new European agencies : regulation by information, *Journal of European Public Policy*, vol. 4, n° 2, p. 262-275.
- Mazey S., Richardson J. (2002), Pluralisme ouvert ou restreint ? Les groupes d'intérêt dans l'Union européenne, in Balme R., Chabanet D., Wright V. (dir.), *L'action collective en Europe*, Paris : Presses de Sciences Po, p. 123-162.
- Neuman M., Bitton A., Glantz S. (2002), Tobacco industry strategies for influencing European Community tobacco advertising legislation, *The Lancet*, vol. 359, p. 1323-1330.
- Neveu E. (2004), L'Europe comme « communauté inimaginable » ? L'échec du magazine français L'Européen (mars-juillet 1998), in Marchetti D. (dir.), *En quête d'Europe. Médias européens et médiatisation de l'Europe*, Presses Universitaires de Rennes, p. 177-202.
- Nugent N. (2001), *The European Commission*, Basingstoke/New York : Palgrave.
- Palier B. (2000), Does Europe matter ? Européanisation et réforme des politiques sociales des pays de l'Union européenne, *Politique européenne*, n° 2, p. 7-28.
- Pierru F. (2003), Un classement révélateur. Les voies de l'économicisation de la doctrine de l'Organisation Mondiale de la santé, in Hassenteufel P., Hennion-Moreau S. (dir.), *Concurrence et protection sociale en Europe*, Rennes : Presses universitaires de Rennes, p. 265-290.
- Rosenberg C. (1992), *Explaining epidemics and other studies in the history of medicine*, Cambridge: Cambridge University Press.
- Szreter S. (1991), The GRO and the Public Health Movement in Britain, 1837-1914, *Social History of Medicine*, vol. 4, n° 3, p. 435-463.
- Tabuteau D. (2002), *La sécurité sanitaire*, Paris : Berger-Levrault
- Wendon B. (1998), The Commission as image-venue entrepreneur in EU social policy, *Journal of European Public Policy*, vol. 5, n° 2, p. 339-353.

NB. Toutes les références des pages Internet citées ont été vérifiées le 9 août 2009.