
M.E.S., Numéro 126, Janvier - Février 2023

<https://www.mesrids.org>

Dépôt légal : MR 3.02103.57117

N°ISSN (en ligne) : 2790-3109

N°ISSN (impr.) : 2790-3095

Mise en ligne le 09 février 2023



Revue Internationale des Dynamiques Sociales
Mouvements et Enjeux Sociaux
Kinshasa, janvier - février 2023

**LA MUTATION DES INSTITUTIONS INTERNATIONALES
EN MATIÈRE DE LA SANTÉ :**
Enjeu de la gouvernance mondiale.

par

Jean Paul ILUNGA MULAJA

*Chef de Travaux, Apprenant en DES, Relations Internationales
Université de Kinshasa*

Résumé

La coopération internationale sanitaire a d'abord pris la forme d'une collaboration entre les États qui s'est, par la suite, formalisée par la mise en place d'organisations internationales. Toutefois, l'évolution de la santé internationale vers une santé mondiale a considérablement modifié le paysage institutionnel.

Ainsi, la multiplication d'acteurs non étatiques, par le financement et leur présence dans des instances de gouvernance, a une influence sur la santé au niveau international. Trois mutations relatives aux institutions internationales en matière de santé sont donc identifiées : l'affranchissement du rôle purement technique des organisations internationales en santé, et en particulier de l'OMS, le développement vers une santé mondiale et l'élargissement de la notion d'institution internationale.

Mots-clés : *mutation, institutions internationales, santé, enjeu, gouvernance mondiale*

Abstract

International health cooperation first took the form of collaboration between States, which was later formalized by the establishment of international organizations. However, the evolution of international health towards global health has considerably changed the institutional landscape.

Thus, the multiplication of non-state actors, through funding and their presence in governance bodies, has an influence on health at the international level. Three changes relating to international health institutions have therefore been identified: freedom from the purely technical role of international health organizations, and in particular the WHO, development towards global health and the broadening of the notion of international institution.

Keywords : *mutation, international institutions, health, issue, global governance*

INTRODUCTION

La maladie à virus Zika, déclarée en tant qu'urgence de santé publique de portée internationale le 1^{er} février 2016, constitue, comme tant d'autres événements sanitaires au niveau mondial, une nouvelle preuve du besoin essentiel de coopération internationale pour répondre aux enjeux de santé.

En effet, ces derniers n'ont jamais été aussi diversifiés, nombreux et globalisés en raison notamment de la mondialisation des échanges, de l'évolution des technologies et des bouleversements climatiques.

Il convient de rappeler que la santé est l'un des domaines de coopération institutionnelle internationale les plus anciens, par le biais de la sécurité sanitaire.

En effet, la technique de l'isolement fut à l'origine de la première mise en œuvre de la quarantaine en 1377, à Dubrovnik en Croatie, en interdisant tout échange commercial entre le bateau et le port d'entrée pendant quarante jours afin de faire face à la peste bubonique.

Par la suite, dès le début du XIX^e siècle, l'expansion des relations internationales ainsi que le développement sans précédent des échanges commerciaux offrirent les conditions propices à une propagation rapide de maladies épidémiques.

La première Conférence sanitaire internationale fut organisée à Paris le 23 juillet 1851 en réponse aux épidémies de choléra de 1830 et 1847 qui avaient causé la mort de centaines de milliers de personnes en Europe OMS¹.

L'objectif, difficilement conciliable, était d'éviter toute entrave au commerce et aux transports tout en garantissant la défense de l'Europe contre les maladies épidémiques.

La coopération internationale sanitaire a d'abord pris la forme d'une collaboration entre les États qui s'est, par la suite, formalisée par la mise en place d'organisations internationales.

Toutefois, l'évolution de la santé internationale vers une santé mondiale a considérablement modifié les acteurs non étatiques, par le financement et leur présence dans des instances de gouvernance, a une influence sur la santé au niveau international.

Trois mutations relatives aux institutions internationales en matière de santé sont donc identifiées : l'affranchissement du rôle purement technique des organisations internationales en santé et en particulier de l'OMS, le développement vers une santé mondiale et l'élargissement de la notion d'institution internationale.

La maladie à virus Zika, déclarée en tant qu'urgence de santé publique de portée internationale le 1er février 2016, constitue, comme tant d'autres événements sanitaires au niveau mondial, une nouvelle preuve du besoin essentiel de coopération internationale pour répondre aux enjeux de santé.

En effet, ces derniers n'ont jamais été aussi diversifiés, nombreux et globalisés en raison notamment de la mondialisation des échanges, de l'évolution des technologies et des bouleversements climatiques.

Il convient de rappeler que la santé est l'un des domaines de coopération institutionnelle internationale les plus anciens, par le biais de la sécurité sanitaire.

En effet, la technique de l'isolement fut à l'origine de la première mise en œuvre de la quarantaine en 1377, à Dubrovnik en Croatie, en interdisant tout échange commercial entre le bateau et le port d'entrée pendant quarante jours afin de faire face à la peste bubonique.

Par la suite, dès le début du XIX^e siècle, l'expansion des relations internationales ainsi que le développement sans précédent des échanges commerciaux, offrirent les conditions propices à une propagation rapide de maladies épidémiques.

La première Conférence sanitaire internationale fut organisée à Paris le 23 juillet 1851 en réponse aux épidémies de choléra de 1830 et 1847 qui avaient causé la mort de centaines de milliers de personnes en Europe.

L'objectif, difficilement conciliable, était d'éviter toute entrave au commerce et aux transports tout en garantissant la défense de l'Europe contre les maladies épidémiques.

Après plusieurs tentatives infructueuses de mise en place d'une organisation sanitaire à vocation mondiale dont l'Office international d'hygiène publique (1907).² Puis l'Organisation

¹ OMS, Les dix premières années de l'OMS, chapitre 1, « Les conférences sanitaires internationales », Genève, 1958, p. 5 ; N. Howard-Jones, « The scientific background of the International Sanitary Conferences, 1851- 1938 », History of International Public Health, No. 1, OMS, 1975 ; M. McCarthy, « A brief history of the World Health Organization », The Lancet, 360, 9340, 1111-1112, 2002.

² Sur le plan régional, la première véritable organisation sanitaire intergouvernementale fut le Bureau sanitaire panaméricain (BSP), créé en 1902, qui avait pour objectif de s'occuper de façon permanente des questions de santé.

d'hygiène de la Société des Nations (1923) et dans la continuité du développement du système onusien après la Seconde Guerre mondiale, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) fut créée en 1948. Considérée comme une institution spécialisée de santé publique selon l'article 57 de la Charte des Nations unies, elle avait pour vocation principale d'être une agence technique et opérationnelle non politisée, à la différence de l'Organisation des Nations unies (Onu).

Ainsi, la coopération sanitaire internationale a d'abord pris la forme d'une collaboration entre les États qui s'est par la suite formalisée par la mise en place d'organisations internationales, seuls sujets reconnus en droit international. Dès lors, la notion même d'institution internationale fait référence, en droit international classique, aux organisations internationales, c'est-à-dire des associations d'États, constituées par traités, dotées d'une constitution et d'organes communs et possédant une personnalité juridique distincte de celle des États membres.

Toutefois, l'évolution de la santé internationale à une santé mondiale a considérablement modifié le paysage institutionnel en matière de santé. En effet, on observe une multiplication d'acteurs non étatiques qui, par le financement et leur présence dans des instances de gouvernance, ont une influence sur la santé au niveau international, ce qui remet en cause la notion même d'institution internationale en matière de santé.

Trois mutations sont donc identifiées : d'une part, l'affranchissement du rôle purement technique des organisations internationales en santé, et en particulier de l'OMS, d'autre part le développement d'une santé mondiale et, enfin, l'élargissement de la notion d'institution internationale³.

I. L'AFFRANCHISSEMENT DU RÔLE PUREMENT TECHNIQUE

Dans un premier temps, les organisations internationales en matière de santé, dont l'OMS en tant que chef de file, ont eu pour mission d'améliorer la santé des populations par le biais de travaux techniques et scientifiques.

En effet, à la différence de l'Onu, les activités de l'OMS sont majoritairement d'ordre scientifique et technique.

L'OMS est reconnue pour cette expertise, façonnée depuis des décennies. À ce titre, dès sa création, l'OMS a eu pour but « d'amener tous les peuples au niveau de santé le plus élevé possible » (article 1er de la Constitution de l'OMS).

Incluant une définition large de la santé, l'article 2 de la Constitution prévoit également vingt-deux « fonctions » que l'on peut regrouper ainsi : une fonction normative et de standardisation, une fonction de recherche, une fonction de formation, une fonction d'information, une fonction opérationnelle.

L'OMS visait offrir une assistance technique aux États par le biais de ces différentes fonctions. Par exemple, sa fonction normative s'est cantonnée, pendant longtemps, aux aspects techniques comme en témoigne l'adoption des dénominations communes internationales, de la liste des médicaments essentiels, de la classification internationale des maladies ou encore du Codex alimentarius.

Toutefois, l'OMS n'avait pas vocation à être l'unique organisation internationale disposant de compétences en matière de santé. À cet égard, si à l'origine les organisations internationales ont été construites suivant le principe de spécialité pour « agir de façon isolée

³ Sa mission principale était de communiquer aux États participants des informations de caractère général intéressant la santé publique, et spécialement des renseignements sur les maladies transmissibles ainsi que sur les mesures prises pour les combattre.

et non dans le cadre d'objectifs communs », l'enjeu de la santé dépasse « cette approche purement sectorielle⁴».

À ce titre, et dans la continuité de l'approche technique, il existe près d'une dizaine d'organisations internationales liées à la santé de près ou de loin, dont la FAO, le Pnud, le Pnue, le Fnuap, l'Unesco, l'OIT, l'Onudi, l'Unicef et l'Onusida.

Dans un second temps, les organisations internationales en santé se sont, affranchies de leur rôle purement technique, comme l'illustre l'OMS elle-même. Dans les années 1970, elle va ainsi politiser son activité dans le cadre des discussions relatives au premier Code international de commercialisation des substituts du lait maternel adopté en 1981 conjointement avec l'Unicef. Ce code propose des mesures et un cadre afin de limiter la commercialisation des substituts du lait maternel. Preuve de sa politisation, l'OMS est apparue comme l'arbitre entre deux camps opposés⁵.

D'un côté, la vision étatsunienne, contre la réglementation contraignante imposée aux industries nationales et du commerce international, contraire au « dogme » du libéralisme économique, et d'un autre côté la campagne menée par les ONG, jugée « parfois excessive et trop globale concernant les pays du tiers monde⁶.

Cette expérience a fait entrer l'OMS dans un débat public politique. Vu l'énergie dépensée et le crédit politique engagé, pendant longtemps cette expérience a cristallisé la méfiance de l'OMS à l'égard de sa capacité normative en la cantonnant aux enjeux scientifiques⁷.

Toutefois, dans les années 2000, preuve d'une volonté d'élargissement de son activité, l'OMS a mis en œuvre son activité normative en y intégrant des aspects juridiques. Ainsi, en 2003, l'OMS a utilisé pour la première fois son pouvoir conventionnel, prévu à l'article 19 de sa constitution, en adoptant la Convention cadre pour la lutte antitabac (CCLAT).

Cet instrument contraignant prévoit des mesures de réduction de la demande du tabac au même titre que de réduction de l'offre⁸.

En tant que convention cadre, la CCLAT, considérée comme un traité en droit international, vient étoffer le contenu de l'activité contraignante de l'OMS.

De même, en révisant le Règlement sanitaire international en 2005 et en élargissant son champ d'application, tout en prévoyant des obligations à l'égard des États et des responsabilités au directeur général, l'OMS a démontré sa capacité à s'affranchir de son rôle « d'agence technique », malgré les déclarations de Margaret Chan, directrice générale⁹.

⁴ Le déclenchement de la Seconde Guerre mondiale suspendit presque complètement l'action sanitaire internationale qui résista néanmoins grâce au travail de l'administration des Nations unies pour les secours et la reconstruction, permettant l'établissement d'un pont indispensable entre les activités sanitaires intergouvernementales d'avant la guerre et celles d'après la guerre.

⁵ Préambule de la Constitution de l'OMS : « 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 V. Tomkiewicz, « Concurrence, chevauchements de compétences et coordination entre organisations internationales », in : E. Lagrange, J.-M. Sorel (dir.), *Droit des organisations internationales*, LGDJ, 2013, p. 892 (p. 891-931).

⁷ G.L. Burci, C.-H. Vignes, *The World Health Organization*, Kluwer Law International, 2004, p. 144. V. également : « Unease prelude to meeting on infant feeding », éditorial, *The Lancet*, n° 8144, 29 septembre 1979.

⁸ Y. Beigbeder, *L'OMS en péril*, Éditions de Santé, coll. Balises, 2011, p.132.

Enfin, cette évolution de leur rôle s'observe également dans le cadre d'organisations internationales qui, initialement, n'avaient pas de compétences particulières en matière de santé.

Par exemple, la Banque mondiale, qui était à l'origine une organisation financière de développement sans mandat officiel en matière de santé, est devenue le premier contributeur de la santé au niveau mondial⁹.

Il en va de même pour l'Organisation mondiale du commerce (OMC), dont les accords sur les obstacles techniques au commerce et sur l'application des mesures sanitaires et phytosanitaires prévoient le droit de restreindre le commerce pour réaliser des objectifs légitimes, dont celui de protéger la santé ou la sécurité des personnes.

Par le biais de son organe de règlement des différends, l'OMC a développé une compétence juridique en matière de santé. Enfin, il convient d'évoquer le cas de l'Onusida, créée au milieu des années 1990 afin de répondre à l'échec de l'OMS dans la lutte contre le sida.

On constate donc, au sein des organisations internationales, une double évolution : la prolifération des mandats sanitaires *ab initio* ou *ex ante*, d'une part, et l'évolution de leur rôle en matière de santé afin de répondre au développement de la notion de santé au niveau mondial, d'autre part.

II. VERS UNE SANTE MONDIALE

La mondialisation des échanges, des transports, de la communication, de l'information et des habitudes de vie a durablement modifié la distinction entre santé nationale et mondiale. Elle a eu pour principale conséquence de modifier les contours de la santé au niveau international. À cet effet, il apparaît que la terminologie « santé mondiale » (ou « globale »)¹⁰ remplace celle de « santé internationale ».

La santé internationale est un terme faisant référence, à l'origine, au contrôle des épidémies transfrontalières entre les nations. À ce titre, héritage de sa formation historique,¹⁰ elle se concentrait sur les activités de santé à l'étranger avec une préférence géographique donnée aux pays en développement et aux maladies infectieuses et tropicales. À l'inverse, la notion de santé mondiale, qui apparaît pour la première fois en 1950¹¹.

Cette dernière évoque alors un changement de paradigme et considère démodée la notion de santé internationale¹²

La santé mondiale, définie pour la première fois en 1997 par l'Institute of Medicine¹³

⁹ Après la crise Ebola, Margaret Chan a beaucoup insisté sur le fait que l'OMS est une « agence technique » (V.S. Fink, « WHO leader describes the Agency's Ebola operations », entretien, *New York Times*, 4 septembre 2014).

¹⁰ Ces deux notions seront utilisées indifféremment. On constate également une évolution, dans les pays francophones, vers « santé globale » (V. Lapaige, *La santé publique globalisée*, Presses de l'Université Laval, coll. Société, culture et santé, 2009 ; P. Buekens *et al.*, « Santé globale : une santé publique mondialisée », éditorial, *Revue d'épidémiologie et de santé publique*, 59, 2, 73-75, 2011). Toutefois, cette terminologie n'a pas véritablement de différence de contenu avec la santé mondiale (D. Kerouedan, « Globaliser n'est pas sans risques pour les populations les plus pauvres du monde », *Revue Tiers Monde*, 3, 215, 116, 2013).

¹¹ Le terme « mondial » a fait son apparition dans le Programme mondial d'éradication du paludisme à l'OMS adopté en 1950.

¹² J.E. Banta, « From international health to global health », *Journal of Community Health*, 26, 2, 76, 2001.

¹³ Institute of Medicine, *America's Vital Interest in Global Health*, National Academy Press, 1997.

Institute of Medicine, America's Vital Interest in Global, est « un domaine d'étude, de recherche et de pratique dont la priorité est l'amélioration de la santé et la réalisation de l'équité en santé pour l'ensemble de la population mondiale¹⁴

À la différence de la santé internationale, la santé mondiale s'éloigne de considérations purement étatiques en s'intéressant davantage aux besoins de santé des personnes sur l'ensemble de la planète.

A ce titre, la qualification de « mondiale » implique de ne pas se limiter aux enjeux purement transfrontaliers.

L'approche mondiale tient davantage à son étendue et à son champ d'application qu'à sa localisation.

Ainsi, la santé mondiale s'intéresse aussi bien aux enjeux transfrontaliers qu'aux inégalités nationales de santé. Elle prend en compte l'ensemble du spectre des menaces directes ou indirectes sur la santé.

Pour certains auteurs, la santé globale s'articule autour de trois principes : la santé pour tous (visant à atteindre tous les individus), la santé par tous (promue par l'étendue très large d'acteurs) et la santé dans tous (la santé dans toutes les politiques, y compris celles influençant les déterminants sociaux et environnementaux)¹⁵. Cette évolution de la notion de santé mondialisée a eu pour conséquence l'élargissement de la notion même d'institution internationale puisque l'aspect mondial va au-delà des acteurs étatiques et interétatiques traditionnels et souligne l'importance des acteurs non étatiques.

III. L'ÉLARGISSEMENT DE LA NOTION D'INSTITUTION INTERNATIONALE

Initialement, la question des institutions internationales était abordée uniquement par le prisme du droit international traditionnel qui ne reconnaissait que l'organisation internationale en sus de l'État comme sujet de droit en lui conférant la personnalité juridique.

Toutefois, force est de constater que de nombreux acteurs non étatiques existent dans le paysage de la santé mondiale. Selon l'OMS¹⁶, l'appellation « acteurs non étatiques » recouvre les organisations non gouvernementales (ONG), les entités du secteur privé, les fondations philanthropiques et les établissements universitaires.

Premièrement, les ONG, dès l'origine, sont apparues comme des acteurs opérationnels essentiels de santé mondiale. En particulier, ils aident à la mise en œuvre des activités techniques des organisations internationales.

Toutefois, il est difficile de considérer les ONG comme un ensemble homogène d'acteurs. Ces derniers peuvent varier surtout quant à leur portée géographique et leur capacité financière.

Ainsi, une dichotomie existe entre les ONG locales et les ONG internationales, qui n'ont pas le même rôle en matière de santé. Si les deux offrent une assistance opérationnelle, seules les ONG internationales ont un impact sur la gouvernance de la santé mondiale.

En effet, par exemple dans le cadre de l'OMS, seules les ONG en relation officielle ont la possibilité de participer, sans droit de vote, aux activités de l'organisation. Or, les conditions permettant cette reconnaissance ne sont pas favorables aux ONG de petite taille (relation de travail antérieure de plus de trois ans et accord de l'État d'origine notamment).

¹⁴ J.P. Koplan *et al.*, « Towards a common definition of global health », *The Lancet*, 373, 1995, 6 juin 2009.

¹⁵ J. Garay, L. Harris, J. Wlask, « Global health: evolution of the definition, use and misuse of the term », *Revue Face à Face*, n° 12, 2013.

¹⁶ OMS, « Cadre de collaboration avec les acteurs non étatiques », Rapport du Secrétariat, A67/6, 67e AMS, 5 mai 2014.

Si aujourd'hui il existe plus de deux cents ONG en relation officielle avec l'OMS, cela profite aux ONG importantes issues de quelques pays développés, d'autant plus que cette relation officielle ne permet pas une véritable participation aux travaux de l'OMS.

Ainsi, la crédibilité démocratique de la gouvernance de la santé mondiale apparaît très limitée alors que la présence des acteurs privés ne fait que s'accroître.

Deuxièmement, les acteurs privés en matière de santé, groupe composé des entités du secteur privé, mais également des fondations philanthropiques, jouent un rôle primordial dans la gouvernance de la santé mondiale.

D'abord, les acteurs privés participent grandement au financement de la santé mondiale. En effet, en 2013, et pour la première fois, la Fondation Bill et Melinda Gates est devenue le premier contributeur de l'OMS avec une participation à hauteur de 301,3 millions de dollars, dépassant la contribution combinée (fixe et volontaire) des États-Unis, de 289,6 millions de dollars¹⁷.

Ensuite, les acteurs privés apparaissent aujourd'hui incontournables en raison du foisonnement de partenariats public-privé en santé mondiale (PPPSM).

Ces derniers peuvent être définis comme des relations de coopération institutionnalisées à dimension internationale entre des acteurs des secteurs public et privé comprenant au moins un acteur à but lucratif, qui s'engagent, par la formation d'une structure de gouvernance identifiable et permanente, à fournir un bien collectif sanitaire¹⁸.

Le nombre de partenariats n'a cessé d'augmenter depuis les années 2000.

On compte plus de cent partenariats de santé mondiale, dont Roll Back Malaria (Faire reculer le paludisme, créé en 1998), Partenariat Stop TB (afin d'éliminer la tuberculose, créé en 1998), Safe Injection Global Network (créé en 1999), l'Alliance GAVI (Alliance globale pour les vaccins et l'immunisation, créée en 2000, dont le secrétariat est hébergé à l'Unicef) et le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme (créé en 2002).

Ainsi, les acteurs privés jouent un rôle opérationnel, mais également décisionnel en matière de santé. Au vu de leur importance, alors qu'ils ne sont pas considérés comme des organisations internationales, ils participent à la réponse institutionnelle en santé.

Toutefois, cette reconnaissance du rôle important des acteurs privés dans la gouvernance de santé mondiale n'est pas sans risque : ceux liés aux conflits d'intérêts, à l'influence sur les normes de santé mondiale et au contrôle de l'agenda des priorités en matière de santé.

Un exemple symptomatique est le discours prononcé par Bill Gates lors de la 64e Assemblée mondiale de la santé en 2011.

Malgré la volonté affichée d'affirmer que les priorités de l'Assemblée mondiale de la santé sont également les siennes¹⁹, le propos de ce discours apparaît comme une liste d'actions de santé à mettre en œuvre selon ses priorités, et en particulier les vaccins. Il expose

¹⁷ OMS, *Financial Report and Audited Financial Statements for the Year Ended 31 December 2013*, Annexe, « Voluntary contributions by fund and by contributor », 17 Avril 2014, p. 5.

¹⁸ A. Guilbaud, « Les partenariats public-privé sanitaires internationaux : diffusion et incarnation d'une norme de coopération », *Mondes en développement*, n° 170, 100-101, 2015.

¹⁹ « Nos priorités sont vos priorités » (OMS, « Allocution de M. Bill Gates à la 64e Assemblée mondiale de la santé », A64/ DIV/6, 23 mai 2011, p. 2). Il répertorie ainsi ces priorités communes : « rendre la maternité plus sûre ; faire en sorte que les nouveau-nés survivent à leurs trente premiers jours ; apporter aux enfants des éléments nutritifs ».

sa vision des programmes et autres activités à entreprendre dans ce domaine précis et en appelle aux États membres afin d'agir en conséquence.

Le risque est de voir les fondations philanthropiques devenir de facto prescriptrices d'orientations de santé²⁰.

Or, l'utilisation des fonds de cette Fondation ne reflète pas toujours la charge des maladies qui pèsent sur les pays²¹.

Toutefois, il faut reconnaître que les États ne sont pas exempts de tout reproche puisqu'eux-mêmes participent à la mise en place de ces partenariats, notamment par des contributions financières.

En effet, certains pays investissent davantage dans les PPPSM qu'au sein de l'OMS. Par exemple, le total de la contribution française fixe (environ 300 millions sur cinq ans) cumulée à la contribution volontaire (50 millions sur cinq ans) à l'OMS reste inférieur au financement du Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme, à hauteur de 360 millions.

S'il ne faut pas remettre en cause l'importance des acteurs privés aussi bien dans le financement que dans la gouvernance de la santé mondiale afin d'améliorer le niveau de la santé dans le monde, il faut mettre en place un encadrement de ces nouvelles institutions internationales.

CONCLUSION

Aujourd'hui, le rôle des institutions internationales en matière de santé est en plein renouveau. Un équilibre doit être trouvé entre les acteurs traditionnels, qui ont évolué mais atteignent leurs limites, notamment en raison du manque criant de financements, et les nouveaux acteurs non étatiques qui, certes, disposent de moyens de financement mais apparaissent insuffisamment encadrés (acteurs privés) ou entendus (ONG).

À cet égard, l'OMS, qui est en pleine réforme, développe un cadre de collaboration avec les acteurs non étatiques depuis 2010. On regrettera que ce dernier n'ait toujours pas abouti en raison de l'absence de compromis entre les différents acteurs, en particulier étatiques, de la santé mondiale.

NOTES BIBLIOGRAPHIQUES

[1] OMS, Les dix premières années de l'OMS, chapitre 1, « Les conférences sanitaires internationales », Genève, 1958, p. 5 ; N. Howard-Jones, « The scientific background of the International Sanitary Conferences, 1851-1938 », *History of International Public Health*, No. 1, OMS, 1975 ; M. McCarthy, « A brief history of the World Health Organization », *The Lancet*, 360, 9340, 1111-1112, 2002.

[2] Sur le plan régional, la première véritable organisation sanitaire inter-gouvernementale fut le Bureau sanitaire panaméricain (BSP), créé en 1902, qui avait pour objectif de s'occuper de façon permanente des questions de santé.

[3] Sa mission principale était de communiquer aux États participants des informations de caractère général intéressant la santé publique, et spécialement des renseignements sur les maladies transmissibles ainsi que sur les mesures prises pour les combattre.

[4] Le déclenchement de la Seconde Guerre mondiale suspendit presque complètement l'action sanitaire internationale qui résista néanmoins grâce au travail de l'administration des Nations unies pour les secours et la reconstruction, permettant l'établissement d'un pont indispensable entre les activités sanitaires intergouvernementales d'avant la guerre et celles d'après la guerre.

²⁰ M. Buissonnière, « La nouvelle donne de la santé globale : dynamiques et écueils », *Revue internationale de politique de développement*, n° 3, 2012, p. 83.

²¹ D. McCoy *et al.*, « Global health funding: how much, where it comes from and where it goes », *Health Policy and Planning*, 24, 407- 417, 2009.

- [5] Préambule de la Constitution de l'OMS : « 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] V. Tomkiewicz, « Concurrence, chevauchements de compétences et coordination entre organisations internationales », in : E. Lagrange, J.-M. Sorel (dir.), *Droit des organisations internationales*, LGDJ, 2013, p. 892 (p. 891-931).
- [7] G.L. Burci, C.-H. Vignes, *The World Health Organization*, Kluwer Law International, 2004, p. 144. V. également : « Unease prelude to meeting on infant feeding », éditorial, *The Lancet*, n° 8144, 29 septembre 1979.
- [8] Y. Beigbeder, *L'OMS en péril*, Éditions de Santé, coll. Balises, 2011, p.132.
- [9] Après la crise Ebola, Margaret Chan a beaucoup insisté sur le fait que l'OMS est une « agence technique » (V.S. Fink, « WHO leader describes the Agency's Ebola operations », entretien, *New York Times*, 4 septembre 2014).
- [10] Ces deux notions seront utilisées indifféremment. On constate également une évolution, dans les pays francophones, vers « santé globale » (V. Lapaige, *La santé publique globalisée*, Presses de l'Université Laval, coll. Société, culture et santé, 2009 ; P. Buekens et al., « Santé globale : une santé publique mondialisée », éditorial, *Revue d'épidémiologie et de santé publique*, 59, 2, 73-75, 2011). Toutefois, cette terminologie n'a pas véritablement de différence de contenu avec la santé mondiale (D. Kerouedan, « Globaliser n'est pas sans risques pour les populations les plus pauvres du monde », *Revue Tiers Monde*, 3, 215, 116, 2013).
- [11] Le terme « mondial » a fait son apparition dans le Programme mondial d'éradication du paludisme à l'OMS adopté en 1950.
- [12] J.E. Banta, « From international health to global health », *Journal of Community Health*, 26, 2, 76, 2001.
- [13] Institute of Medicine, *America's Vital Interest in Global Health*, National Academy Press, 1997.
- [14] J.P. Koplan et al., « Towards a common definition of global health », *The Lancet*, 373, 1995, 6 juin 2009.*
- [15] J. Garay, L. Harris, J. Wlash, « Global health: evolution of the definition, use and misuse of the term », *Revue Face à Face*, n° 12, 2013.
- [16] OMS, « Cadre de collaboration avec les acteurs non étatiques », Rapport du Secrétariat, A67/6, 67e AMS, 5 mai 2014.
- [17] OMS, *Financial Report and Audited Financial Statements for the Year Ended 31 December 2013*, Annexe, « Voluntary contributions by fund and by contributor », 17 avril 2014, p. 5.
- [18] A. Guilbaud, « Les partenariats public-privé sanitaires internationaux : diffusion et incarnation d'une norme de coopération », *Mondes en développement*, n° 170, 100-101, 2015.
- [19] « Nos priorités sont vos priorités » (OMS, « Allocution de M. Bill Gates à la 64e Assemblée mondiale de la santé », A64/DIV/6, 23 mai 2011, p. 2). Il répertorie ainsi ces priorités communes : « rendre la maternité plus sûre ; faire en sorte que les nouveau-nés survivent à leurs trente premiers jours ; apporter aux enfants des éléments nutritifs ».
- [20] M. Buissonnière, « La nouvelle donne de la santé globale : dynamiques et écueils », *Revue internationale de politique de développement*, n° 3, 2012, p. 83.
- [21] D. McCoy et al., « Global health funding: how much, where it comes from and where it goes », *Health Policy and Planning*, 24, 407-417, 2009.