

Les politiques internationales de gouvernance des enjeux de sécurité sanitaire :

Analyse de la négociation, pratique et contestation de la gouvernance globale de la santé dans le cadre du Règlement Sanitaire International de l'Organisation Mondiale de la Santé de 2005

Gabriel Blouin Genest

Thèse soumise à la Faculté des études supérieures et postdoctorales dans le cadre des exigences du programme de doctorat en études politiques

École d'études politiques

Faculté des sciences sociales

Université d'Ottawa

À ma mère

RÉSUMÉ

L'objectif de cette thèse est d'établir pourquoi 194 États ont décidé de coopérer et de collaborer entre eux – par l'intermédiaire du Règlement Sanitaire International (RSI) de 2005 sous l'égide de l'OMS – en ce qui concerne la gouvernance globale de la santé et la surveillance des maladies infectieuses. Avant l'entrée en fonction de ce règlement, il y avait une absence quasi complète de coopération et de respect du précédent RSI (1969). Qui plus est, le nouveau RSI accorde des pouvoirs considérables à l'OMS, celle-ci pouvant, dans certains cas, déclarer une alerte pandémique sans l'accord des pays concernés. Cette situation a été qualifiée par certains chercheurs de « suprasouveraineté » ou de système « postwestphalien », présentant ainsi le RSI 2005 comme un gain majeur pour la concrétisation de la santé comme bien public et droit humain. Nous cherchons donc, par ce travail, à comprendre comment s'est établie cette situation dans laquelle les pays semblent coopérer pour potentiellement limiter leur souveraineté dans un enjeu de relations internationales auparavant si conflictuel. Pour se faire, trois espaces empiriques sont analysés : 1) la négociation ayant mené à l'accord sur cet instrument juridique; 2) la pratique de la gouvernance globale de la santé dans le cadre du RSI de 2005 ; et 3) les critiques qui ont été apportées à cette gouvernance.

Mots clés : Gouvernance globale de la santé ; sécurité sanitaire ; Organisation Mondiale de la Santé ; Relations internationales ; santé publique ; politiques de santé.

TABLES DES MATIÈRES

RESUME.....	I
TABLES DES MATIERES	II
LISTE DES TABLEAUX ET FIGURES	VI
LISTE DES ABREVIATIONS ET ACRONYMES.....	VII
AVANT-PROPOS ET REMERCIEMENTS	IX

INTRODUCTION – LA GOUVERNANCE GLOBALE DE LA SANTE ET LE ROLE AMBIGU DE LA SOUVERAINETE NATIONALE	11
1 <i>Le Règlement Sanitaire International de 2005 et l'introduction de changements majeurs dans la gouvernance globale de la santé</i>	14
2 <i>Problématique et question de recherche : comment problématiser la tension entre États et gouvernance globale de la santé</i>	19
2.1 Le caractère « révolutionnaire » du RSI de 2005 : suprasouveraineté, altruisme global et inégalités de santé dans les relations internationales	19
2.2 Les problèmes analytiques associés à la « révolution » sanitaire engendrée par le RSI de 2005.....	24
2.3 Questions de recherche et justifications.....	27
3 <i>Cadres analytique et méthodologique : la mise en place d'un espace conceptuel pour problématiser la gouvernance globale de la santé.....</i>	31
3.1 Cadre analytique : les apports de la problématisation et de la perspective critique	32
3.2 Cadre méthodologique et matériel empirique : utilisation de l'approche des « méthodes mixtes » en sciences sociales	35
4 <i>Argument général et structure de la thèse.....</i>	39

SECTION A – CADRE ANALYTIQUE, CONTEXTE SOCIOHISTORIQUE ET FONCTIONNEMENT DU RSI DE 2005	41
--	-----------

CHAPITRE 1 – CADRE THEORIQUE : LES APPORTS DE LA PENSEE COMPLEXE, DE LA THEORIE DE L'ACTEUR- RESEAU ET DU COSMOPOLITISME METHODOLOGIQUE POUR PENSER LA GOUVERNANCE GLOBALE	42
1.1 <i>La théorie des Relations internationales et l'analyse des organisations internationales et de la gouvernance globale.....</i>	43
1.2 <i>Nouveaux apports théoriques nous permettant de problématiser les Relations internationales et la gouvernance globale.....</i>	59
1.2.1 La pensée complexe d'Edgar Morin et la théorie de la complexité.....	59
1.2.2 La théorie de l'acteur-réseau, ou comment penser l'organisation des systèmes au-delà des métaphores ..	70
1.2.3 Le cosmopolitisme méthodologique et son désenclavement analytique.....	75
1.3 <i>Conclusion : la recherche de la pratique de la gouvernance globale de la santé</i>	82
CHAPITRE 2 – SANTE PUBLIQUE ET COMMUNAUTES POLITIQUES : TRAJECTOIRES COMPLEXES ENTRE ESPACE, ALTERITE ET MALADIES INFECTIEUSES.....	83
2.1 <i>Introduction : la mondialisation et le monopole de la contagion transfrontière.....</i>	83
2.2 <i>Enjeux de santé publique, pouvoir et communautés politiques : un regard sociohistorique sur « nos plus anciens ennemis ».....</i>	86
2.2.1 L'espace viral : aux origines de la compréhension des maladies infectieuses	87

2.2.2	Santé, territoire et dangerosité.....	90
2.2.3	Cartographie du risque et représentation spatiale : la production de « l'espace microbien global ».....	95
2.3	<i>Le lien santé/sécurité : la sécurisation de la santé, ou comment la gouvernance globale de la santé est devenue un enjeu de sécurité internationale.....</i>	<i>101</i>
2.3.1	Les États-Unis et la construction de l'objet « santé globale ».....	101
2.3.2	Le processus de sécurisation des enjeux de santé globaux.....	107
2.3.3	La matérialisation de la sécurisation de la gouvernance globale de la santé.....	110
2.4	<i>Le champ de la gouvernance globale de la santé aujourd'hui.....</i>	<i>119</i>
2.4.1	Définition de la santé globale et de ses concepts.....	120
2.4.2	La mise en application de la gouvernance globale de la santé.....	124
2.5	<i>Conclusion : santé, exclusion et surveillance globale des maladies infectieuses.....</i>	<i>127</i>

CHAPITRE 3 – LE RSI DE 2005 ET LA SURVEILLANCE DES MALADIES INFECTIEUSES : ETUDE D'UN

MOMENT « REVOLUTIONNAIRE » DE LA GOUVERNANCE GLOBALE DE LA SANTE.....	129	
3.1	<i>Introduction : comprendre la gouvernance globale de la santé à « l'ère des jets ».....</i>	<i>129</i>
3.2	<i>Le RSI de 2005: Caractéristiques et modes de fonctionnement du nouveau cadre légal de la gouvernance globale de la santé.....</i>	<i>132</i>
3.2.1	Pourquoi réviser le RSI de 1969 ?.....	132
3.2.2	Le fonctionnement du RSI de 2005: nouveaux pouvoirs et rôles accrus pour l'OMS.....	138
3.2.2.1	L'approche « all-risks ».....	139
3.2.2.2	Le concept de « Public Health Emergency of International Concern ».....	140
3.2.2.3	L'utilisation d'algorithme décisionnelle pour la prise de décision.....	141
3.2.2.4	La surveillance des « événements » sanitaires plutôt que des « cas ».....	141
3.2.2.5	L'utilisation de sources non officielles d'information.....	142
3.2.2.6	Surveillance en temps réel et utilisation des nouvelles technologies de l'information.....	143
3.2.2.7	Mise en place d'un Comité d'urgence pour la prise de décision par l'OMS.....	144
3.2.2.8	La mise en place des « National Focal Points » pour la communication entre les pays et l'OMS.....	144
3.2.3	Le nouveau pouvoir de l'OMS.....	145
3.2.4	Le RSI et l'appareil de surveillance informationnelle : la gouvernance globale de la santé sur « l'autoroute électronique ».....	146
3.3	<i>Problématisation du caractère « révolutionnaire » du RSI dans la gouvernance globale de la santé.....</i>	<i>155</i>
3.3.1	Quelle est la nature juridique du RSI de 2005 ?.....	156
3.3.2	Le RSI est-il orienté vers la production d'un « bien public » global et de l'intérêt commun ?.....	162
3.3.3	Le RSI s'inscrit-il dans un contexte de droits humains ?.....	168
3.3.4	Le RSI signifie-t-il la « mort de la gouvernance westphalienne » ?.....	170
3.4	<i>Conclusion : le RSI comme gouvernance globale « informationnelle ».....</i>	<i>174</i>

SECTION B – ANALYSE EMPIRIQUE DE LA GOUVERNANCE GLOBALE DE LA SANTE : LE RSI DE 2005 ENTRE NEGOCIATION, PRATIQUE ET CONTESTATION..... 176

CHAPITRE 4 – UNE SANTE GLOBALE A NEGOCIER : LA NEGOCIATION DU RSI DE 2005 ENTRE RELATIONS DE POUVOIR, MONDIALISATION ET « NOUVELLE » REALITE EPIDEMIOLOGIQUE.....	177	
4.1	<i>Introduction : objectifs de santé publique et processus de négociation du RSI.....</i>	<i>177</i>
4.2	<i>Remarques méthodologiques : la généalogie entre genèse des origines et dissipation historique.....</i>	<i>178</i>
4.3	<i>Politique et épidémiologie : le « nouveau » contexte épidémiologique et la réorganisation de la gouvernance globale de la santé.....</i>	<i>181</i>
4.3.1	La mondialisation des risques sanitaires et la menace des maladies émergentes et ré-émergentes.....	181
4.3.2	Gouvernance de la santé et commerce international : protéger la santé, ou sécuriser la mondialisation ?	187

4.4	<i>Objets de gouvernance et enjeux politiques : la négociation des objets, sujets et principes de fonctionnement de la surveillance globale des maladies infectieuses.</i>	192
4.4.1	Nouveaux mécanismes de surveillance globale de la santé et enjeux de souveraineté	192
4.4.2	Utilisation de sources non officielles d'information et négociations parallèles	199
4.5	<i>Politique et enjeux de « sécurité » sanitaire : rapports de pouvoir et instrumentalisation de l'OMS</i>	206
4.5.1	L'apparition du concept de « global health security » comme enjeu de négociation	206
4.5.2	Les événements sanitaires non intentionnels : débats concernant l'inclusion du bioterrorisme dans le RSI de 2005	212
4.6	<i>Conclusion</i>	219
CHAPITRE 5 – LA PRATIQUE DE LA GOUVERNANCE GLOBALE DE LA SANTE : ANALYSE DE LA SURVEILLANCE GLOBALE DES MALADIES INFECTIEUSES PAR L'OMS DE 1996 A 2010		221
5.1	<i>Introduction : de la négociation à la mise en pratique du RSI de 2005</i>	221
5.2	<i>Remarques méthodologiques : l'analyse quantitative de la surveillance globale des maladies infectieuses à l'OMS</i>	222
5.3	<i>La surveillance en contexte : brève histoire de la dissémination des informations épidémiologiques par l'OMS</i>	224
5.4	<i>Les résultats de la surveillance globale des maladies infectieuses : quelle gouvernance pour quels objectifs de santé publique ?</i>	228
5.4.1	L'état des connaissances empiriques de la surveillance globale de la santé à l'OMS	228
5.4.1.1	Analyse qualitative des capacités et mécanismes de surveillance de l'OMS	228
5.4.1.2	Analyse quantitative des capacités et mécanismes de surveillance de l'OMS	231
5.4.2	Résultats d'analyse : évidences empiriques de la pratique de la surveillance globale des maladies infectieuses par l'OMS	233
5.4.2.1	Maladies et enjeux sanitaires sous surveillance	234
5.4.2.2	Nouveau cas ou mise à jour ?	238
5.4.2.3	La distribution géographique de la surveillance	244
5.4.2.4	La surveillance dans le temps	252
5.5	<i>Conclusion : résumé et interprétation de la pratique de la surveillance des maladies infectieuses par l'OMS</i>	258
CHAPITRE 6 – CRITIQUES ET CONTESTATIONS DE LA GOUVERNANCE GLOBALE DE LA SANTE : IMPACTS ET CONSEQUENCES D'UNE GOUVERNANCE AXEE SUR LE MARCHÉ		261
6.1	<i>Introduction : pandémie mondiale, barre Nutri-grains et « problèmes » de gouvernance</i>	261
6.2	<i>Virus souches indonésiens et H1N1 : autopsie de deux crises sanitaires de la période après 2005</i>	266
6.2.1	La crise du partage des virus souches indonésiens (2006)	267
6.2.2	La crise issue de la pandémie de H1N1 (2009-2010)	270
6.3	<i>Les critiques de la gouvernance globale de la santé : analyse qualitative et quantitative des récits problématisant la gestion des crises sanitaires après RSI 2005</i>	274
6.3.1	Remarques méthodologiques : l'analyse qualitative et quantitative des critiques de la gouvernance globale de la santé	274
6.3.2	Résultats de l'analyse qualitative des critiques formulées à l'encontre de l'OMS dans le cadre de la pandémie de H1N1	276
6.4	<i>Une gouvernance de la santé axée sur le marché : impacts et conséquences d'un système non problématisé</i>	286
6.4.1	L'influence du secteur privé sur la gouvernance globale de la santé	288
6.4.2	L'OMS et la reproduction des inégalités entre pays	294

6.4.3	Les impacts sur les infrastructures de santé publique à l'échelle nationale/locale	299
6.5	<i>Conclusion : gouvernance par le marché et changement de paradigme dans la relation entre États et organisations internationales</i>	<i>302</i>
CONCLUSION – LA COMPLEXITE DE LA GOUVERNANCE GLOBALE : COMMENT REPENSER LES RELATIONS INTERNATIONALES AU-DELA DES OPPOSITIONS DICHOTOMIQUES ET DU NATIONALISME METHODOLOGIQUE		304
1	<i>Nos observations et conclusions empiriques comme point de départ d'une autre théorisation des Relations internationales</i>	<i>304</i>
2	<i>L'émergence de l'approche de la complexité en Relations internationales</i>	<i>309</i>
3	<i>Conclusion : L'approche de la complexité, un nouveau champ de recherche pour les Relations internationales.....</i>	<i>324</i>
ANNEXES.....		326
ANNEXE 1 – ALGORYTHME DECISIONNELLE DE L'OMS		326
ANNEXE 2 – CLASSIFICATION GEOGRAPHIQUE UTILISEE PAR L'OMS		327
BIBLIOGRAPHIE		328

LISTE DES TABLEAUX ET FIGURES

Tableaux

TABLEAU 2.1 – COMPARAISON DES DIFFERENTES DEFINITIONS DE LA « SANTE GLOBALE » ET DE LA « GOUVERNANCE GLOBALE DE LA SANTE »	121
TABLEAU 3.1 – RAISONS JUSTIFIANT LA REVISION DU RSI DE 1969.....	137
TABLEAU 5.1 – LES PRINCIPALES MALADIES REPRESENTANT PLUS DE 1 % DE L'ENSEMBLE DES DONNEES	235
TABLEAU 5.2 – COMPARAISON DES DIX PRINCIPALES MALADIES POUR 2008 AVEC LEUR PREPONDERANCE DANS LE SYSTEME DE SURVEILLANCE	238
TABLEAU 5.3 – NOMBRE DE MISES A JOUR	239
TABLEAU 5.4 – LES EVENEMENTS SANITAIRES LES PLUS MIS A JOUR	241
TABLEAU 5.5 – COMPARAISON DES MALADIES SURVEILLEES PAR LE SYSTEME DE L'OMS ET LES PRINCIPALES EPIDEMIES POUR LA PERIODE 1996-2007	243
TABLEAU 5.6 – PAYS/REGION REPRESENTANT PLUS DE 1 % DES CAS.....	246
TABLEAU 5.7 – MOYENNES DE CERTAINES VARIABLES PAR REGION	250
TABLEAU 5.8 – NOMBRE MOYEN DE MISES A JOUR PAR REGION	252
TABLEAU 5.9 – INDICE DE CORRELATION (R^2) ENTRE LE NOMBRE DE CAS PAR REGION.....	257
TABLEAU 7.1 – RESUME DES OBSERVATIONS EMPIRIQUES DE LA GOUVERNANCE GLOBALE DE LA SANTE.....	306

Figures

FIGURE 2.1 – CONSTRUCTION SOCIOHISTORIQUE DU LIEN ENTRE SANTE ET SECURITE	119
FIGURE 2.2 – REPRESENTATION DES MODES D'INTERVENTION DE SANTE PUBLIQUE GLOBALE	125
FIGURE 3.1 – LA CONCEPTION DU GOARN PAR L'OMS	149
FIGURE 4.1 – LE CONCEPT DE « GLOBAL HEALTH SECURITY » SELON L'OMS	210
FIGURE 4.2 – GENEALOGIE DU RSI DE 2005.....	220
FIGURE 5.1 – LES PRINCIPAUX CANAUX DE COMMUNICATION ET MECANISMES D'ALERTE SANITAIRE A L'OMS	225
FIGURE 5.2 – LES CINQ PLUS IMPORTANTES MALADIES SURVEILLEES PAR L'OMS.....	236
FIGURE 5.3 – LA PROPORTION DES MISES A JOUR A TRAVERS LE TEMPS.....	240
FIGURE 5.4 – NOMBRE D'ALERTES PANDEMIQUES PAR REGION.....	247
FIGURE 5.5 – LA DISTRIBUTION GEOGRAPHIQUE DE LA SURVEILLANCE (LES 30 PAYS LES PLUS SURVEILLES REPRESENTANT PLUS DE 60 % DES CAS)	248
FIGURE 5.6 – POURCENTAGE DES CAS MIS A JOUR PAR REGION.....	251
FIGURE 5.7 – NOMBRE DE CAS PAR ANNEE.....	253
FIGURE 5.8 – ÉVOLUTION DU NOMBRE DE CAS PAR MOIS.....	255
FIGURE 5.9 – ÉVOLUTION DE L'IMPORTANCE DE CHAQUE REGION PAR ANNEE	256
FIGURE 6.1 – IMPORTANCE DES CATEGORIES DE CRITIQUES EXPRIMEES A L'ENCONTRE DE L'OMS.....	279
FIGURE 6.2 – PROXIMITE ET SIMILARITE DES DIFFERENTES CATEGORIES DE CRITIQUES	281
FIGURE 6.3 – DISTRIBUTION DES CATEGORIES DE CRITIQUES EN FONCTION DES DIFFERENTS ACTEURS.....	283
FIGURE 6.4 – INDICE DE SIMILARITE ENTRE LES DIFFERENTES SOURCES DE CRITIQUES.....	284
FIGURE 6.5 – REPRESENTATION SPATIALE DE LA DISTRIBUTION DES DIFFERENTES SOURCES DE CRITIQUE.....	285
FIGURE 7.1 – LES APPORTS THEORIQUES DE L'APPROCHE DE LA COMPLEXITE POUR (RE)PENSER LES RELATIONS INTERNATIONALES.....	320

LISTE DES ABRÉVIATIONS ET ACRONYMES

ANT	<i>Actor Network Theory</i>
ASEAN	<i>Association of Southeast Asian Nation</i>
BMJ	<i>British Medical Journal</i>
CDC	<i>Center for Disease Control and prevention</i>
CESCR	<i>Comité des Droits Économiques, Sociaux et Culturels</i>
CFR	<i>Council on Foreign Relations</i>
GHG	<i>Global Health Governance</i>
GIP	<i>Global Influenza Program</i>
GISN	<i>Global Influenza Surveillance Network</i>
GOARN	<i>Global Outbreak Alert and Response Network</i>
GPG	<i>Global Public Good</i>
GPHIN	<i>Global Public Health Information Network</i>
GSK UK	<i>GlaxoSmithKline United Kingdom</i>
IOM	<i>Institute of Medicine</i>
MTS	<i>Maladies Transmises Sexuellement</i>
Nb	<i>Nombre</i>
NIC	<i>National Intelligence Council</i>
OMS	<i>Organisation Mondiale de la Santé</i>
ONG	<i>Organisation Non Gouvernementale</i>
ONS	<i>Outbreak News System</i>
ONU	<i>Organisation des Nations Unies</i>
OVL	<i>Outbreak Verification List</i>
PHEIC	<i>Public Health Emergency of International Concern</i>

RSI	<i>Règlement Sanitaire International</i>
SRAS	<i>Syndrome Respiratoire Aigu Sévère</i>
WER	<i>Weekly Epidemiological Record</i>

AVANT-PROPOS ET REMERCIEMENTS

Les pages qui suivent sont le fruit de quatre années de travail qui ont été à la fois enrichissantes, stimulantes et riches en rencontres de toute sorte, mais qui ont été également parsemées d'embûches, de défis et de difficultés. Je suis donc énormément redevable à plusieurs personnes qui ont, chacune à leur façon, marqué m'ont parcours professionnel, mais aussi personnel. Qu'elles se sachent remerciées le plus sincèrement du monde. S'il est impossible de nommer toutes celles et ceux qui m'ont permis de compléter ce vaste et ardu projet, je tiens tout de même à en remercier personnellement quelques-unes.

Tout d'abord, rien de tout ceci n'aurait été possible sans le support et l'amour indéfectible d'Amina. Aucun mot ne pourrait exprimer le bonheur que j'ai de partager ma vie avec elle. Je lui dois tout.

Je tiens aussi à remercier mes parents, Alain et Chantal, qui m'ont toujours soutenu dans mes projets les plus fous, incluant celui-ci. Leur support, à tous les niveaux, a été à la base de ma réussite et du plaisir que j'y ai pris.

Un grand merci également à David Grondin, mon directeur, qui m'a toujours épaulé dans cette aventure, malgré, quelquefois, mon cynisme et ma négativité. Ses savants conseils m'ont permis d'y voir plus clair dans les dédales du milieu académique. Je lui suis extrêmement reconnaissant de m'avoir fait confiance. S'il a été mon directeur durant ces quatre années, c'est en ami que je lui dis aujourd'hui merci. Je tiens aussi à remercier les membres de mon comité de thèse, Michael Orsini, Kevin McMillan et Sylvie Paquerot. Un énorme merci également à François Debrix pour ses apports et commentaires à titre d'examineur externe.

Je veux, en ce sens, dire un merci tout spécial à Sylvie Paquerot. Il serait trop long d'énumérer tout ce qu'elle m'a apporté en support, aide et ressource, mais elle a su, durant ces quatre années, être une véritable mentore pour moi. Si un jour je suis professeur, elle sera le modèle qui guidera mes actions.

Merci également aux ProfesseurEs Hélène Pellerin, Marie-Josée Massicotte, Claire Turenne-Sjolander, Sophie Bourgault et Lucie Lamarche pour leur support ainsi que leurs judicieux conseils tout au long de mon cursus doctoral.

Puisque le milieu académique n'est pas tout dans la vie, je tiens aussi à remercier mes amiEs qui ont su si bien me changer les idées (ou me forcer à le faire !) lorsque j'étais collé à mon ordinateur. Gaétan, Marie-Chantal, Félix, Lili et sa petite famille, Joel, Fred, Marc... je vous remercie.

Enfin, cette thèse a été rendue possible par le programme de bourse doctorale du FQRSC ainsi que le support financier de l'Université d'Ottawa.

INTRODUCTION – LA GOUVERNANCE GLOBALE DE LA SANTÉ ET LE RÔLE AMBIGU DE LA
SOVERAINETÉ NATIONALE

L'entreprise médicale menace la santé.

Ivan Illich (1975, p. 3)

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) a établi ses quartiers principaux à Genève, capitale mondiale de la bureaucratie internationale – et accessoirement, du secret bancaire. Pour se rendre à l'OMS, le visiteur doit tout d'abord passer devant le Palais des Nations et ses magnifiques espaces boisés pour ensuite prendre, sur la gauche, une large avenue bordée d'arbres – l'avenue Appia – à partir de laquelle il lui sera possible de reconnaître, d'un côté, les bureaux du Comité International de la Croix-Rouge, de l'autre, ceux de l'Organisation Internationale du Travail, plus loin, l'Organisation Internationale pour les Migrations, pour finalement aboutir, au bout de l'avenue, à l'OMS. Cette institution onusienne fait face à l'ONUSIDA, dans une sorte de dialogue sanitaire interrompu par les flots incessants de diplomates, de visiteurs et de stagiaires internationaux. La première chose que l'on constate lorsque l'on se rend à l'OMS est la beauté et la quiétude des lieux extérieurs. Arbres magnifiquement feuillus, parterres fleuris aux couleurs flamboyantes, pelouses fraîchement tondues, statuts, sculptures, et autres monuments rendent aux visiteurs le reflet d'un monde vivant en harmonie. On est donc bien loin, à première vue, de se douter de la gravité des drames et des enjeux globaux qui y sont abordés. Quelques signes discrets rappellent tout de même la nature du travail de l'OMS. On remarque ainsi, juste avant l'entrée principale du bâtiment, un manifestant anonyme, imperturbable peu importe le climat, revendiquant une reconnaissance pour les conséquences sanitaires de l'accident de Tchernobyl. Plus loin, on peut observer deux sculptures rappelant, pour l'une, la victoire proclamée par l'OMS en 1980 sur la variole, pour l'autre, un enfant d'Afrique noire guidant son père aveugle affecté par l'onchocercose.

Ce n'est toutefois que lorsque l'on pénètre à l'intérieur de l'OMS que l'on réalise réellement ce qui s'y trame. Après avoir passé les inévitables mesures de sécurité et avoir

reçu un badge temporaire, sur dépôt du passeport, ainsi qu'une carte des bâtiments signifiant explicitement où l'on peut, et ne peut pas, circuler, le visiteur est à nouveau surpris par l'ambiance bon enfant et joviale qui y règne. Une journée, on y célèbre la lutte contre le VIH/SIDA en distribuant tasses, crayons et carnets à l'effigie de cette cause ; une autre, ce sont des stagiaires venus des quatre coins du globe qui célèbrent la fin de leur stage en échangeant autour de leurs différents plats nationaux ; ou encore, on y fait la promotion d'un spectacle-bénéfice pour une cause quelconque à coup de slogans alcoolisés vantant la scène musicale genevoise. On y croise, aussi, de jeunes bureaucrates en quête d'une carrière internationale, des vieux loups de la diplomatie internationale qui ont vu dépérir le fax au profit des courriels, des stagiaires résolument plus intéressés par la vie nocturne de Genève que par les enjeux de santé dans le monde, des hommes de ménage à l'accent polonais, voire des personnalités publiques dont le garde du corps vient en rappeler la notoriété. On croirait difficilement, aux premiers abords, que l'on traite ici de diarrhée, de maladies transmises sexuellement, de pandémies meurtrières, de famines ou de mortalité infantile. Un employé de l'OMS au ton légèrement cynique et rencontré au hasard du principal comptoir à café a admirablement bien résumé le sentiment que l'on ressent lorsque l'on circule dans les couloirs de l'OMS : « Ici, tu verras, c'est un peu comme une élite internationale, en habits trois pièces valant dix fois le salaire annuel d'un Soudanais, qui gèrent les problèmes de santé des pauvres ».

Et ce n'est pas long pour que l'on prenne le pli de cette ambiance, pour que l'on adopte les formulations creuses, les concepts dépersonnalisés ou les expressions aux relents de néocolonialisme qui s'y déploient quotidiennement. Entre « développement des infrastructures locales de santé publique », « équité dans les soins de santé », « luttes aux inégalités de santé », « accessibilité universelle aux soins de santé », ou « pratiques équitables en matière de prix des médicaments », on se fait vite prendre aux jeux de la place centrale que cherche à occuper l'OMS dans la gestion de la santé dans le monde. On se met à vouloir mieux « gouverner » certains enjeux ou certaines maladies ; on cherche à établir des « plans d'action » pour le « mieux-être » de populations préalablement identifiées, catégorisées, sectorisées, etc. ; on espère « coordonner plus efficacement » telle ou telle campagne de promotion ; on « rentabilise », « réoriente », « restructure », « gouverne », « administre », etc. On veut mettre en place une multitude de « plans de gouvernance » ou

« d'outils stratégiques ». L'OMS, c'est donc avant tout cette volonté d'administration de la santé, dans une logique d'action collective certes, mais de ceux qui ne peuvent le faire par eux-mêmes, car, au final, ceux qui décident restent bien assis dans leurs bureaux genevois.

Fondée en 1946 au sortir de la 2^e Guerre mondiale, et entrée officiellement en fonction en 1948, l'OMS a comme fondement un objectif d'action collective et coordonnée en matière de santé publique. La situation catastrophique de la santé dans la période suivant la 2^e Guerre, notamment en raison de l'effondrement des systèmes de santé nationaux en Europe, mais également des maladies transmises par les armées, spécialement celles de nature sexuelle (Lee, 2009a, p. 1), a rappelé aux États la nécessité de coordonner les politiques de santé à l'échelle internationale. Toutefois, et comme le souligne Lee, « [...] the task of creating a world health organization was not part of the original agenda of the UN Conference on International Organization held in San Francisco in April–June 1945 » (*idem*, p. 2). Les ressources et énergies étaient à l'époque plutôt orientées vers les mesures d'urgence et de secours. Qui plus est, la structuration de plus en plus rapide du prochain conflit international majeur qui était en train de naître, la Guerre froide, a freiné les ardeurs des puissances principales à établir des mécanismes collectifs de gouvernance. Toujours est-il que l'OMS a tout de même été en mesure, quelques années plus tard, de mettre en place un programme de gouvernance coordonnée des enjeux de santé publique. La santé même y est entendue de manières collectives et ne se limite pas à l'absence de maladie. La constitution de l'OMS est venue poser les bases de ce renouveau. Elle stipule que :

[1]a 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. La possession du meilleur état de santé qu'il est capable d'atteindre constitue l'un des droits fondamentaux de tout être humain. [...] La santé de tous les peuples est une condition fondamentale de la paix du monde et de la sécurité ; elle dépend de la *coopération la plus étroite des individus et des États*. Les résultats atteints par chaque État dans l'amélioration et la protection de la santé *sont précieux pour tous*. L'inégalité des divers pays en ce qui concerne l'amélioration de la santé et la lutte contre les maladies, en particulier les maladies transmissibles, *est un péril pour tous*. [...] acceptant ces principes, dans le but de *coopérer entre elles et avec tous autres pour améliorer et protéger la santé de tous les peuples* [...]. (OMS, 1948, p. 1 – nous soulignons)

Au cœur des fondements de l'OMS se trouvent donc, dès sa mise en place, des finalités de coopération et de travail collectif. Pour réaliser ses objectifs, l'OMS, conformément à sa

constitution, a établi un certain nombre de fonctions et de rôles qu'elle peut et doit jouer au niveau international. On y trouve notamment :

- Un rôle d'« [...] autorité directrice et coordonnatrice, dans le domaine de la santé, des travaux ayant un caractère international » (*idem*, p. 2) ;
- L'établissement et l'entretien de « [...] services administratifs et techniques jugés nécessaires, y compris des services d'épidémiologie et de statistique » (*ibid*) ;
- La proposition de « [...] conventions, accords et règlements [...] » concernant les enjeux de santé internationaux (*idem*, pp. 2-3) ;
- La stimulation d'une « [...] une opinion publique éclairée en ce qui concerne la santé [...] » (*idem*, p. 3).

C'est dans ce contexte que le premier Règlement Sanitaire International (RSI) sous l'égide de l'OMS s'est posé en 1951, appelé à l'époque Régulations sanitaires internationales. Le but était alors de favoriser la collaboration en ce qui concerne les politiques et les réglementations concernant la gestion des maladies infectieuses au niveau international, et particulièrement en ce qui concerne les pratiques commerciales. Dans ce système de gouvernance, l'OMS a toujours eu un rôle de coordonnateur et de superviseur des pratiques de santé publique s'établissant hiérarchiquement sous les souverainetés nationales. Jamais l'OMS n'a eu de réels pouvoirs ou des mandats la plaçant d'une quelconque manière au-dessus des États. C'est précisément cet élément que viendra ébranler le nouveau RSI adopté par l'OMS en 2005¹ (OMS, 2005a).

1 LE RÈGLEMENT SANITAIRE INTERNATIONAL DE 2005 ET L'INTRODUCTION DE CHANGEMENTS MAJEURS DANS LA GOUVERNANCE GLOBALE DE LA SANTÉ

En 1970, et pour la première fois de son histoire, l'OMS² avait tenté de signaler

¹ Ci-après: « RSI de 2005 ».

² Nous considérons dans cette thèse que l'OMS représente plus que la somme de ses parties, c'est-à-dire qu'elle possède un véritable pouvoir d'agence au-delà de la volonté de ses membres. Ce postulat est

publiquement une pandémie sans l'accord explicite du pays concerné avec l'objectif de s'autonomiser de sa dépendance des souverainetés nationales qui entravait l'efficacité de ses politiques et recommandations (Fidler, 2004a; Weir & Mykhalovskiy, 2010). L'OMS avait à ce moment communiqué publiquement la présence d'une pandémie de choléra en Guinée sans attendre l'accord des autorités de ce pays. Cette époque correspondait à l'entrée en vigueur d'un nouvel ensemble de régulations concernant la santé au niveau international – le Règlement Sanitaire International de 1969 (OMS, 1969). Les conséquences des actions de l'OMS, qui se voulaient orientées vers des objectifs de santé publique supranationale, furent désastreuses, autant pour le fonctionnement de l'organisation internationale que pour les pays membres. Elles incluent entre autres : des impacts économiques, politiques et diplomatiques majeurs pour le pays concerné, une méfiance accrue des actions de l'OMS, une diminution drastique du signalement des pandémies par les pays membres ainsi qu'une grave crise de crédibilité pour l'OMS. Cette intervention, qui fut ouvertement critiquée par les pays membres, la communauté internationale et les autres institutions onusiennes, a vivement rappelé à l'OMS sa subordination face aux États-nations et la prépondérance de la souveraineté nationale dans le droit international. La gouvernance internationale de la santé sous l'égide de l'OMS fut grandement affectée par cet événement et fit perdre presque instantanément toute substance et crédibilité au RSI de 1969. Il en sera ainsi pour plus de 25 ans.

Le RSI qui suivra, adopté par 194 parties en 2005, mais dont certaines des dispositions étaient en application depuis au moins 1995, va venir radicalement modifier le fonctionnement de la gouvernance internationale de la santé. Avec cette nouvelle réglementation juridique internationale, l'OMS s'est vu attribuer une nouvelle forme de pouvoir qui, par la nature juridiquement contraignante du RSI, est reconnue et acceptée par tous les pays membres : *cette organisation a aujourd'hui la capacité et le mandat de déclarer les alertes pandémiques dont elle suspecte la présence sans l'accord des pays*

évidemment contesté et l'a été abondamment par les Relations internationales (voir notre cadre théorique au chapitre 1 à cet effet). À notre avis toutefois, le RSI de 2005 met en évidence le fort pouvoir d'agence que possède aujourd'hui l'OMS. Ce pouvoir est toutefois contraint par le contexte (politique, sociale, économique, etc.) dans lequel évolue l'OMS – ce qui n'est pas différent, à notre avis, du pouvoir d'agence des États-nations qui n'est jamais plein et entier. Qui plus est, la compréhension de l'OMS comme étant plus que la somme de ses parties est cohérent avec les apports théoriques de la pensée complexe soulignés au chapitre 6. Nous parlerons donc dans cette thèse des actions « de » l'OMS, en les distinguant de celles de « ses membres ».

concernés. L'OMS peut donc aujourd'hui faire légitimement ce qui lui avait valu tant de critiques en 1970. Elle est aussi autorisée à utiliser des sources d'informations dites non officielles et/ou non confirmées, c'est-à-dire ne provenant pas uniquement des autorités sanitaires des pays membres, pour évaluer les risques sanitaires globaux et déclarer les alertes pandémiques, type d'information que certains ont qualifiée de « rumeur » (Grein & coll., 2000). Pour ce faire, l'OMS avait obtenu le mandat explicite, à partir de 1995, de mettre sur pied une structure globale de surveillance des maladies infectieuses fondée précisément sur ce type d'information. Enfin, non seulement cette surveillance par l'OMS n'est plus limitée à un nombre restreint de maladies, ce qui était le cas auparavant, mais le RSI couvre également indirectement les événements sanitaires causés délibérément par l'homme, ce qui peut inclure différents enjeux de sécurité internationale dont le bioterrorisme. Cette régulation internationale, rapidement approuvée et appliquée par les pays membres de l'OMS, a provoqué un changement radical dans ce qui est maintenant appelé la gouvernance *globale*, et non plus *internationale*, de la santé (Dodgson, Lee & Drager, 2002; Kickbusch, 2003; 2005).

Cette situation, qui a été qualifiée de « révolutionnaire » et de « radicale » par certains auteurs (Fidler, 2008-2009; 2010, p. 220 ; Horton, 2007), ébranle les conceptions traditionnelles de la souveraineté nationale ainsi que celles de la gouvernance globale, dont découle un certain nombre de questionnements :

- Pourquoi les États ont-ils accepté cette entente qui affecte potentiellement leur souveraineté et qui accorde autant de pouvoir à une organisation internationale ?
- Pourquoi en une trentaine d'années la « coopération » supranationale est-elle apparue comme une réponse légitime aux enjeux de santé publique globaux ?
- De quelle « coopération » s'agit-il ?
- Quelles sont les conséquences pratiques du nouveau RSI ?
- Quelles critiques ont été soulevées face à l'exercice de cette forme de suprasouveraineté ?

- Par qui et de quelle manière ?
- Quels sont ses impacts sur la compréhension de la relation entre États et organisations internationales dans la gouvernance globale ?

Ces questions sont particulièrement importantes et leur examen nécessaire dans un contexte où les enjeux de santé publique globaux ont été explicitement liés à des questions de « sécurité », « d'urgence », de « crise », de « mondialisation des menaces », de « surveillance », etc., qualificatifs qui sont généralement des indicateurs de leur priorité dans l'agenda international et de recours à des « politiques de l'exceptionnel » (Aradau, 2004) qui renforcent la souveraineté de l'État-nation.

Quelques auteurs ont apporté des pistes de réflexion pour éclairer ces interrogations. Weir et Mykhalovskiy ont par exemple interprété cette situation comme représentant une forme de suprasouveraineté exercée par l'OMS (Weir & Mykhalovskiy, 2010). Fidler a quant à lui suggéré qu'il s'agissait d'un bon exemple du glissement général actuel vers un ordre postwestphalien (Fidler, 2003a ; 2004a ; 2004b). D'autres auteurs ont quant à eux souligné l'aspect colonialiste ou impérialiste de certaines politiques de santé publique globales (Aginam, 2003; Bashford, 2006a). Ces réponses, bien que provenant d'études très documentées effectuées par des chercheurs respectés, sont cependant quelque peu insatisfaisantes. Elles n'expliquent pas, par exemple, pourquoi les États ont accepté l'établissement d'une telle structure juridiquement contraignante, ou de quelle façon s'est mis en place ce système, dans quelles conditions, au travers de quelles luttes et oppositions, par l'intermédiaire de quelles décisions politiques. Ces réponses ne font pas apparaître non plus ses conséquences et ses implications, tout comme elles ne permettent pas de lever le voile sur ce qui a été exclu de la gouvernance mondiale de la santé. Sans remettre nécessairement en doute leurs qualités respectives, ces réponses ne représentent, selon nous, qu'une forme de catégorisation qui ne permet pas l'établissement d'une compréhension précise et détaillée de la façon dont ce système fonctionne ainsi que de la manière dont il peut être intégré au champ des Relations internationales³ et de la

³ Nous suivrons ici la nomenclature utilisée par Macleod et O'Meara en utilisant « Relations internationales » pour désigner la discipline, si tant elle existe (voir par exemple Waeber (1998), Tickner (2003), Rosow (2003))

gouvernance globale. Dit autrement, elles ne permettent pas de révéler la nature fondamentalement *politique* de la gouvernance globale de la santé. Fidler lui-même, qui est un de ceux qui a peut-être le plus étudié ces enjeux, a reconnu que « [a]cknowledging that global health underwent a sea change is easier than understanding why this change happened when it did » (Fidler, 2008-2009, p. 5). Nous tentons, par cette thèse, de relever ce défi à la fois théorique et pratique.

Un des principaux objectifs de recherche de cette thèse est donc de problématiser la gouvernance et la surveillance globales de la santé, ce qui a rarement été fait dans le domaine des sciences sociales et en particulier en science politique. La tâche entreprise ici est de mettre en évidence et de comprendre le processus politique par lequel la surveillance globale des maladies infectieuses s'est imposée comme réponse évidente à une problématique spécifique de santé publique – les maladies infectieuses à l'échelle globale. Pour ce faire, il est nécessaire de reconnaître qu'historiquement, il est possible d'identifier différents types, modes ou formes d'interactions avec ce que nous concevons aujourd'hui comme les maladies infectieuses. L'exclusion spatiale des malades, les cordons sanitaires, le lazaret, la cartographie et la surveillance urbaine des pestiférés ou les stratégies de quarantaine montrent à quel point les relations de gouvernance des sociétés humaines avec les maladies infectieuses ont été diverses et multiples. Bien que ces interactions soient respectivement motivées par des fonctions, logiques, modes d'action ou rationalités différentes, une similitude persiste tout de même : elles apparaissent toujours comme une réponse évidente et rationnelle à une problématique spécifique. L'exclusion des malades, les réseaux de quadrillage sanitaire, la mise en quarantaine ou la cartographie des infections sont toutes des pratiques qui étaient, à des moments différents, des évidences, de la même manière que la surveillance globale de la santé est aujourd'hui la réponse privilégiée pour la gouvernance des maladies infectieuses à l'échelle globale. Il s'agit de l'évidence de notre époque.

ou Smith (2004) pour une problématisation de la discipline des Relations internationales en elle-même), et sans majuscule, « relations internationales », pour référer aux relations entre les acteurs du système international (Macleod & O'Meara, 2007).

C'est précisément cette *condition d'évidence* que cette thèse vise à problématiser et à contester. Cela nécessite de faire valoir qu'il n'est pas aussi « évident », « naturel » ou « manifeste » que la surveillance des maladies infectieuses est la meilleure manière de faire la promotion des enjeux globaux de santé publique, mais que cette condition de vérité résulte en fait de décisions, de luttes et de contestations politiques ainsi que de relations de pouvoir et de défense d'intérêts particuliers qui sont souvent occultées. Nous devons, pour ce faire, reconnaître que les fondements et implications de cette forme de gouvernance sont profondément *politiques*. Cette thèse vient donc problématiser cette construction sociale de la surveillance globale de la santé en tant que réponse évidente aux enjeux de santé publique globaux en identifiant les processus politiques et sociaux par lesquels elle s'est établie comme mode dominant de gouvernance, ce qui nécessite, à notre avis, le recours à une forme de questionnement pouvant permettre d'identifier toute la complexité de cette problématique.

2 PROBLÉMATIQUE ET QUESTION DE RECHERCHE : COMMENT PROBLÉMATISER LA TENSION ENTRE ÉTATS ET GOUVERNANCE GLOBALE DE LA SANTÉ

Nous posons ici les bases de notre problématique et question de recherche en les situant au niveau de la nature novatrice du RSI de 2005 et de ses implications concernant la gouvernance globale de la santé par rapport aux souverainetés nationales.

2.1 LE CARACTÈRE « RÉVOLUTIONNAIRE » DU RSI DE 2005 : SUPRASOUVERAINETÉ, ALTRUISME GLOBAL ET INÉGALITÉS DE SANTÉ DANS LES RELATIONS INTERNATIONALES

Le nouveau RSI, adopté en 2005, mais officiellement mis en place à partir de 2007⁴, a ainsi été interprété par plusieurs chercheurs comme un moment charnière, non seulement de la gouvernance globale de la santé, mais également plus largement des relations internationales. L'acceptation et la mise en place de cet instrument juridique international

⁴ Comme mentionné précédemment, plusieurs des éléments du nouveau RSI ont été mis en place durant le processus de négociation qui s'est établie de 1995 à 2005. Nous reviendrons sur ces éléments aux chapitres 3 et 4.

ont été entendues, dans cette perspective, comme changeant profondément l'exercice de la souveraineté nationale par rapport aux enjeux de santé publique (Fidler, 2005, p. 379). Ce changement majeur aurait permis l'émergence de ce que Novotny a appelé le nouveau champ de la « diplomatie sanitaire » qui serait : « [...] based more on altruism, human rights, and human security than concerns for the preservation of commerce, mobility, and power traditionally engaged through foreign policy » (Novotny, 2008, p. 38). Fidler a lui qualifié cette situation de « moment historique » (Fidler, 2005a, p. 327) et de « révolution politique » dans le champ des relations internationales (Fidler, 2005b, p. 179). Chu, Rodier et Heyman ont analysé cette transformation de la gouvernance comme un « changement de paradigme » (Chu, Rodier & Heymann, 2010, p. 203), une situation qui aurait, selon Mack, amené la communauté internationale, pour une des rares fois de l'histoire, à « penser collectivement » (Mack, 2006, p. 366), « [...] a watershed in international public health law » comme l'a caractérisé Tucker (2005, p. 346).

Cet instrument juridique international a également reçu, à première vue, un accueil très favorable de l'ensemble des acteurs de la communauté internationale, révélant selon Fidler « [...] how much public health matters to governance nationally and globally in the twenty-first century » (Fidler, 2005a, p. 387). Le RSI de 2005 fait ainsi partie, pour Plotkin et coll., de ce nombre très limité d'instruments juridiques internationaux contraignants à avoir été acceptés par pratiquement tous les pays et membres de la communauté internationale (Plotkin & coll., 2007, p. 23). Les enjeux de santé publique se sont ainsi vus en quelque sorte dépolitisés, les plaçant dans le cercle restreint des questions que l'on présente comme *politiquement partagées par tous* ou comme relevant de *l'intérêt commun*, peu importe les divisions idéologiques. Horton a affirmé dans cette perspective que « [h]ealth moves foreign policy away from a debate about national interests to one about global altruism. This is a revolutionary agenda that deserves cross-party support » (Horton, 2007, p. 807), ce qui démontre, selon Lee et Fidler, que la souveraineté nationale s'est vue « subordonnée » aux intérêts collectifs (Lee & Fidler, 2007, p. 220).

Si le RSI de 2005 s'est ainsi imposé comme un moment « révolutionnaire » des relations internationales et qu'il a reçu un appui si important, cela tient principalement au fait que, dans le contexte contemporain de mondialisation, et face à la propagation des maladies

infectieuses, aucun pays n'est perçu comme pouvant agir seul⁵ (Formenty & coll., 2006, p. 16 ; Walt & Buse, p. 665). Pour l'OMS, nous sommes dans une période où, en ce qui concerne les enjeux de santé publique, la distinction entre l'espace national et international n'a plus de sens (OMS, 2002a, p. 1 ; Isasi & Nguyen, 2005-2006, p. 499). Nous serions aujourd'hui, selon cette logique, dans une situation où « [t]he only certain way for countries to protect their populations from public health emergencies of international concern is to agree on global solutions that address a *shared threat* » (OMS, 2002a, p. 11 – nous soulignons). La frontière, armature fondatrice de la conception moderne de la souveraineté et de la structuration du système international, n'aurait maintenant plus, face aux maladies infectieuses, qu'un rôle accessoire, anachronisme d'une époque révolue. Cette question fait pratiquement l'objet d'un consensus généralisé. David P. Fidler, un de ceux qui a le plus étudié la question, est catégorique : « [n]o matter what system of borders existed, germs did not recognize them » (Fidler, 2004b, p. 13). Les maladies infectieuses, dans le contexte de la mondialisation contemporaine, ne sont pas arrêtées par les gardes frontaliers, aussi technologiquement dotés soient-ils (Zacher & Keefe, 2008, p. 1).

La mondialisation est donc perçue, d'un côté, comme ayant favorisé les risques sanitaires globaux (Isasi & Nguyen, 2005-2006, p. 448), de par l'augmentation du commerce et des mouvements de personnes, et de l'autre, comme ayant réduit le rôle de l'échelle politique nationale dans les réponses pouvant être apportées à ces enjeux (Kelle, 2007, p. 224 ; Dodgson, Lee & Drager, 2002, p. 7). La mondialisation a ainsi mis en évidence le « fait » que les enjeux de santé publique qui affectent un pays en particulier représentent aujourd'hui une réelle menace pour l'ensemble de la communauté internationale (OMS, 2001a, p. 1). Par association, si un pays a des infrastructures de santé déficientes, ce sont donc tous les autres pays qui sont potentiellement « à risque ». C'est ce raisonnement qui a justifié la mise en place, par l'OMS, d'une structure de surveillance indépendante des systèmes de santé publique nationaux. La logique soutenant ce système est que : « [...] as

⁵ Il est intéressant de noter la similitude de l'argument généralement utilisé pour justifier la nécessité de lutter contre les changements climatiques (c'est-à-dire qu'il faut agir tous ensemble pour sauver la planète), enjeu qui a cependant reçu un appui beaucoup moins enthousiaste que la lutte contre les maladies infectieuses et autres calamités de la part de la communauté internationale, et ce, malgré le même genre de justification utilisé. Cette similitude argumentative représente un terrain fertile d'analyse dépassant toutefois le cadre de ce projet.

long as national capacities are weak, international mechanisms for outbreak alert and response will be needed as a global safety net » (Rodier & Heymann, 2004, p. 173).

Ce contexte de mondialisation des risques sanitaires positionne ainsi l'OMS au sein d'un récit justifiant l'établissement de mécanismes communs de gouvernance pour lesquels l'OMS se pose en maître d'oeuvre. D'un côté, le mandat qu'a donné l'ensemble des États membres de l'OMS au travers du RSI de 2005 place cette institution, comme elle le souligne elle-même, dans « [...] a unique position to coordinate infectious disease surveillance and response » (OMS, 2000a, p. 4). Cette situation privilégiée de point « pivot » de gouvernance concernant les enjeux globaux de santé publique lui a ainsi permis de s'inscrire, dans ce domaine des relations internationales, comme un acteur majeur habilité à défendre des objectifs présentés comme « communs » et « collectifs ». Cette compréhension du rôle de l'OMS dans la gouvernance globale de la santé s'est donc construite au travers de la mise en place d'un récit dans lequel cette institution s'est représentée comme l'autorité légitime dans ce domaine. D'un autre côté, l'OMS s'est aussi présentée comme étant en mesure de mettre en place une « approche non partisane » qu'est censé requérir le nouveau contexte épidémiologique associée à la mondialisation (OMS, 2000b, p. 5). Pour cette organisation internationale, « [p]ublic health emergencies require a measured and evidence-based response from a *credible third party*, and under its United Nations constitution WHO is well placed to perform this function » (OMS, 2002a, p. 3 – nous soulignons). Dans cette perspective, l'OMS se conçoit comme un acteur « neutre » et « non partisan » du système international (OMS, 2000a, p. 7) étant en mesure de faire avancer des objectifs globaux de santé publique entendus comme relevant de l'intérêt général et commun, c'est-à-dire comme « bien public mondial » (Boidin, 2005). Dans ce double récit justifiant la position centrale de l'OMS dans la gouvernance globale de la santé, tous les pays sont représentés comme égaux face aux maladies infectieuses (Heymann & Rodier, 2001, p. 348) et l'OMS y joue un rôle à la fois dominant et neutre dans l'élaboration et la mise en place des politiques supranationales de santé publique. L'OMS y est donc représentée comme un acteur à part entière, et non pas uniquement comme un coordonnateur, un superviseur ou une structure institutionnelle de coopération où les États se rencontrent pour négocier.

Mais les pays sont-ils, comme le suggère l’OMS, réellement tous égaux face aux maladies infectieuses ? Avec le RSI de 2005, avons-nous affaire à une révolution – si révolution il y a – qui soit effectivement partagée ? L’OMS peut-elle répondre à des critères d’objectivité exemplaires ? Beaucoup en doutent, remettant en question le récit officiel de l’OMS dans lequel s’inscrit la gouvernance contemporaine de la santé. Par exemple, plus de 90 % de tous les décès causés par les maladies infectieuses sont associés à seulement six infections (VIH/SIDA, pneumonie, tuberculose, diarrhée, malaria et rougeoles), des maladies dont on retrouve l’incidence la plus importante dans les pays dits « en développement »⁶ (Peterson, 2002-2003, p. 47). La très grande majorité des impacts sanitaires causés par les maladies infectieuses est ainsi concentrée chez les 20% les plus pauvres de la population mondiale (Sturtevant, Anema & Brownstein, 2007, p. 118). Des mesures primaires de santé publique associées à l’assainissement et au traitement des eaux pourraient par exemple permettre d’éviter plus de 40% des maladies diarrhéiques, un des premiers tueurs dans les pays les plus pauvres, ce que la communauté internationale n’arrive même pas à mettre en oeuvre (Davies, 2010, p. 2). Les pays membres de l’OCDE, qui ne représentent qu’environ 20% de la population mondiale, comptent quant à eux pour quelque 90% de l’ensemble des dépenses de santé dans le monde (*ibid*). Les dépenses de santé concernant l’influenza étaient, par exemple, jusqu’à très récemment encore extrêmement limitées, mais avec l’épidémie de H5N1 de 2004 et l’interprétation qui en a été faite en termes sécuritaires, c’est plus de 2 milliards de dollars qui ont été dépensés pour la prévention et le traitement de cette infection, et ce, uniquement pour la période 2004-2008 (Feldbaum, Lee & Michaud, 2010, p. 84), somme qui aurait pu permettre de sauver des millions de personnes si appliquée à d’autres enjeux. Au même moment, des maladies comme la malaria, le choléra, la dengue ou le VIH/SIDA, qui tuent des millions de personnes chaque année, reçoivent une attention qui est somme toute limitée en comparaison à l’influenza (Heymann, 2002, p. 179). Par exemple, moins de 10% de l’ensemble de la recherche et développement dans le secteur pharmaceutique concernent ces maladies dites « négligées »

⁶ L’utilisation des expressions « pays en développement », « pays en voie de développement », « pays développés » dans cette thèse ne doit pas être interprétée comme une acceptation du caractère normatif et hiérarchique qui leur sont associés, mais constitue simplement une adéquation avec la littérature. Pour une problématisation de ces expressions et de leur utilisation, voir par exemple Marchand & Parpart (1995) et McEwan (2009).

(Fournois, 2011). Alan Ingram rappelle également que « [m]ore than a billion people remain entirely excluded from the Northern health revolutions of the nineteenth and twentieth centuries, with communicable diseases a pervasive threat to health in high-mortality developing countries. In Sub-Saharan Africa, communicable disease still accounts for the majority of deaths » (Ingram, 2005, pp. 528-529). Les frontières nationales ne semblent donc pas être si perméables aux maladies infectieuses qu'on le suppose puisque celles-ci sont majoritairement concentrées dans certains pays et dans certaines régions en fonction *précisément* de ces frontières.

Face à ces inégalités de santé géographiquement concentrées, le Dr Heymann a soulevé plusieurs questions qui viennent remettre en question l'apparence d'unité qu'ont décrite plusieurs auteurs concernant la gouvernance globale de la santé et le « nécessaire » établissement du RSI dans un contexte de mondialisation des risques sanitaires :

[i]n uniting against the infectious disease threat, how much priority should the international community give to an unknown yet potentially catastrophic risk, such as the deliberate release of smallpox, when over 14 million people continue to die each year from well-known and often preventable infectious diseases? What priority should be given to the stockpiling of vaccines and drugs against a possible bioterrorist attack when so many millions of preventable deaths are attributed to lack of access to essential drugs? (Heymann, 2002, p. 179)

Bien que ces statistiques puissent tout aussi bien être utilisées pour justifier la mise en place d'un système de surveillance mondiale des maladies, elles soulèvent cependant de nombreuses questions quant aux implications de ces importantes inégalités de santé à l'échelle globale. Dans un tel contexte, l'accord apparemment consensuel derrière le RSI de 2005 devrait au moins provoquer un minimum de doutes et de préoccupations appelant à un examen plus critique du fonctionnement de la surveillance mondiale des maladies infectieuses. C'est à cette tâche que se consacre cette thèse.

2.2 LES PROBLÈMES ANALYTIQUES ASSOCIÉS À LA « RÉVOLUTION » SANITAIRE ENGENDRÉE PAR LE RSI DE 2005

La « révolution » engendrée par la mise en place du RSI de 2005 pose un certain nombre de problèmes à la fois théoriques, conceptuels et pratiques. Nous pouvons identifier six grandes problématiques qui ont guidé le développement du cadre d'analyse de cette thèse :

Problématique 1 : Le premier problème majeur porte sur chacun des trois termes du concept même de *gouvernance globale de la santé* ainsi que sur ses conséquences pour son application concrète. Ce problème se pose ici à trois niveaux.

Tout d'abord, de quel type de *gouvernance* est-il question ici ? Qui parle au nom de qui dans cette gouvernance ? Qui prend réellement les décisions ? Sur la base de quels facteurs d'analyse ?

Ensuite, à quel point cette gouvernance est-elle réellement *globale* ? Qu'est-ce qui est inclus et exclu de cette échelle spatiale ? Selon quels critères ?

Enfin, que signifie la *santé* dans ce concept ? Quelle définition en retient-on ? À quels enjeux de santé publique nous référons-nous ici ? Qui la définit ?

Problématique 2 : Le second problème concerne la nature du système international dans lequel prend place ce type de gouvernance globale. Quelles sont les politiques qui sous-tendent ce genre de système ? Quels rôles y tiennent les différents acteurs ? Comment interagissent-ils entre eux ? Quels sont les mécanismes de rechanges de décision politique, s'ils existent ?

Problématique 3 : Le troisième problème porte sur le processus d'identification des priorités de la gouvernance globale de la santé. Pourquoi des maladies relativement mineures en termes d'impact sur la santé reçoivent-elles une importante attention – et beaucoup plus de ressources financières – contrairement à celles qui ont des conséquences beaucoup plus dramatiques ? Comment, et sur quelle base, se fait ce processus de priorisation dans la gouvernance globale de la santé ? Pourquoi les maladies infectieuses et pas d'autres enjeux de santé publique ? Qui bénéficie de l'accent mis sur ces priorités ?

Problématique 4 : Le quatrième problème a pour objet la place de l'État dans la gouvernance globale de la santé. Avec un contexte historique qui a fait la démonstration

des liens persistants s'établissant entre les politiques de santé et la construction de l'État-nation à de nombreuses reprises (Dodgson, Lee & Drager, 2002, p. 17), comment peut-on comprendre le rôle de la souveraineté nationale dans cette architecture de gouvernance lui faisant en apparence une place moindre ? Comment s'y exprime cette souveraineté nationale ? Est-elle favorisée par ce type de gouvernance globale ? Quels avantages tirent les États de cette gouvernance suprasouveraine ? Entravent-ils le principe d'égalité de souveraineté en favorisant les intérêts de certains pays par rapport à d'autres ?

Problématique 5 : Le cinquième problème a trait directement au rôle et à la place de l'OMS dans ce système politique global. Dans un contexte où on a, d'un côté, la présence d'un mécanisme juridique international de gouvernance de la santé, et de l'autre, une compréhension des enjeux de santé marquée de plus en plus par une approche sécuritaire, est-ce que l'OMS peut toujours prétendre à une position d'indépendance et d'impartialité ? Si non, quels intérêts sont défendus par les actions de l'OMS ? Qui favorisent-elles ? Qu'est-ce qu'y gagne l'OMS ?

Problématique 6 : Enfin, le sixième problème identifié a trait à la place de la mondialisation dans la gouvernance globale de la santé. Pourquoi la mondialisation est-elle utilisée pour justifier la mise en place du RSI de 2005 ? À quel type de mondialisation réfère-t-on ici ? Qu'implique cette mondialisation ?

Sarah Davies, dans un article publié dans *International Affairs*, apporte quelques pistes de réflexion permettant de jeter un regard critique sur ces différentes problématiques. Elle y affirme notamment, et ce, sans ambiguïté, que « [...] political and economic power is crucial for deciding who is treated for what, where and when, and for how much » (Davies, 2010, p. 24), ce qu'ont également souligné les travaux de Aginam (2005) et Farmer (1999, 2005). Philippe Calain, un imminent virologue et épidémiologiste s'étant intéressé aux aspects sociaux et politiques de la gouvernance globale de la santé, en était arrivé quant à lui à deux principales conclusions qui résonnent de manière particulièrement aiguë avec ce qu'a affirmé Davies : « (1) WHO's impartiality and independence are strained by domestic political interests of influential Member States or economical forces, and (2) security and public health agendas interfere and create ambiguity over roles and mandates » (Calain,

2007, p. 3). Si l'on veut être en mesure de comprendre la gouvernance globale de la santé, c'est donc aux facteurs politiques, aux intérêts et aux relations de pouvoir qu'il est nécessaire, dans la perspective de ces auteurs, de s'intéresser. C'est cette position analytique qui guide le développement de cette thèse.

2.3 QUESTIONS DE RECHERCHE ET JUSTIFICATIONS

L'identification de ces six problématiques du récit entourant la mise en place des mécanismes de gouvernance globale de la santé par l'OMS nous a permis d'élaborer une structure de recherche orientée vers l'identification et la compréhension des facteurs, fondements et conséquences politiques du RSI de 2005. La question générale de recherche suivante a donc guidé la mise en place de notre cadre théorique, conceptuel et méthodologique, présenté plus loin :

Pourquoi des pays qui étaient si réticents à s'engager dans un processus de coopération contre les maladies infectieuses dans le cadre du RSI de 1969 ont-ils décidé de joindre de manière si prompt le RSI 2005 qui, en apparence, affaiblit la souveraineté en faveur de pouvoirs suprasouverains accordés à une organisation internationale ?

De cette question générale de recherche se dégagent quatre sous questions :

Pourquoi et comment la surveillance globale de la santé, dans le cadre du RSI de 2005, a-t-elle émergé comme réponse à la problématique des maladies infectieuses à l'échelle internationale ?

Quelles sont les implications et conséquences de la pratique de la surveillance des maladies infectieuses par l'OMS dans le cadre du RSI de 2005 et comment permettent-elles de comprendre la gouvernance globale de la santé ?

Quelles sont les critiques qui ont été apportées à la gouvernance globale de la santé par l'OMS dans le cadre du RSI de 2005 et comment permettent-elles de comprendre la gouvernance globale de la santé ?

Quelles implications a le RSI de 2005 pour l'interprétation, la conceptualisation et la théorisation de la gouvernance globale, et particulièrement de la relation entre les États et les organisations internationales dans la théorie des Relations internationales ?

L'analyse de ces questions est rendue nécessaire par l'absence quasi complète de problématisation de la gouvernance et surveillance globale de la santé ainsi que de ses conséquences pour la compréhension des relations internationales. Même s'il est vrai que les questions de santé ont généralement suscité beaucoup d'attention de la part des sciences sociales, la science politique, mais surtout les Relations internationales, sont toutefois restées quelque peu en retrait, ce qui est particulièrement vrai pour les tendances que l'on pourrait qualifier de plus « critiques ». Les politologues qui ont analysé cette question dans une perspective internationale l'ont généralement fait à travers la question de l'espace, du territoire et de l'identité. Ces études ont montré, par exemple, qu'historiquement, les maladies ont été associées aux groupes marginalisés, aux comportements anormaux, aux étrangers ou aux immigrants⁷ (King, 2002, 2003, p. 41 ; Bashford, 2006a, p. 71 ; Elbe, 2005, p. 414). Ils ont également souligné que l'origine et la source des maladies infectieuses étaient généralement identifiées chez les populations les moins valorisées au niveau international (Ingram, 2008a, 2008b, p. 78 ; Zylberman, 2006, pp. 22-25, Strange, 2006, p. 234). Par exemple, selon Weir et Mykhalovskiy (2006, p. 245), les origines des maladies infectieuses dans l'après-Seconde Guerre mondiale ont été associées à ce que l'on représente comme les pays du Tiers-Monde, qui ont été identifiés comme des « réservoirs de maladies » (Aginam, 2004, p. 298).

Un imaginaire culturel de la géographie mondiale des maladies, dans lequel certains espaces sont représentés comme porteurs de pathogènes tandis que d'autres n'en sont que des récepteurs, a été en ce sens façonné, créant ce que Zerner a appelé une « cartographie émergente du danger » (Zerner, 2005, p. 168) ou ce que Schell a nommé une « foreign viral geography » (Schell, 1997, p. 133). Dans ces études, l'espace et le territoire occupent une

⁷ Nous reviendrons en détail au chapitre 2, *infra*, sur ces éléments qui permettent de comprendre dans quel contexte social et historique s'inscrit le RSI.

fonction de « ligne d'hygiène » où la distinction entre le sain et le pathologique peut s'effectuer (Hooker, 2006, p. 189 ; Bashford, 2001, 2004 ; Convery, Gallois & Bashford, 2006, p. 97). Lorsqu'elle est associée à la conception moderne de la frontière et à la souveraineté, c'est son aspect biologique qui se révèle, lui donnant un rôle de « confinement hygiénique » (Shildrick, 2001). Cette conception de la spatialisation pathologique est liée à « [...] the long history of the geopolitics of disease [where] people [are] being considered properly in their place, or improperly out of place » (Bashford, 2006b, p. 10). Les pratiques de santé publique à partir du 18^e siècle ont donc été considérées comme ayant de profondes implications dans le processus de constitution raciale des États-nations (Bashford, 2006a, p. 66-7 ; 2002 ; Bashford & Nugent, 2001 ; Manawi, 2006, p. 144-5).

Même si ces études sont très stimulantes, en particulier en ce qui concerne la nature « politique » des enjeux de santé qu'elles révèlent, elles n'offrent cependant que peu d'options pour comprendre l'architecture actuelle de gouvernance et de surveillance globales de la santé mise en place par l'OMS. Deux aspects sont ici notables : tout d'abord, c'est la coopération plutôt que l'oppression qui semble prédominer, et d'autre part, l'État-nation cesse d'y être le niveau ultime de décision et d'action en matière de santé publique. En mettant l'accent sur l'aspect oppressif des politiques de santé publique, ces études ne permettent pas de comprendre et d'analyser une situation dans laquelle les acteurs sont en fait impliqués dans un système complexe de coopération et de coordination. Ce système a plutôt une tendance structurelle à l'intégration qu'à l'exclusion⁸. Qui plus est, le lien entre la santé et le processus de construction de l'État-nation n'est pas aussi clair à l'échelle globale qu'il l'est pour les politiques de santé nationale, ce qui nécessite l'élaboration d'analyses et de recherches empiriques plus détaillées pour comprendre le rôle joué par l'État dans la gouvernance mondiale.

Ceux qui ont spécifiquement analysé la question de la gouvernance de la santé à l'échelle globale dans une perspective critique (Fidler, Aginam, Ingram, King, Weir et Mykhalovskiy, Bashford, etc.⁹), l'ont fait d'une manière assez vague, se bornant à

⁸ Ce qui ne signifie pas, bien au contraire, que cette situation se fasse sans relation de pouvoir ou de domination.

⁹ Ces recherches sont présentées plus en détail au chapitre 2, *infra*.

l'établissement d'une forme de catégorisation (ordre postwestphalien, forme suprasouveraine de pouvoir, domination impériale, néocolonialisme, etc.) qui reste finalement assez peu satisfaisante et reproduit la dualité État/organisation internationale. Entre autres choses, ces recherches, sans nier la validité et cohérence de leurs conclusions, présentent une déficience importante au niveau de l'empirie, elles n'expliquent pas pourquoi et comment ce système s'est établi, et elles restent prises dans un type d'analyse fondé sur une vision réductrice de la domination dans laquelle ceux qui sont identifiés comme « victimes », les « malades », perdent tout pouvoir d'agence. Au mieux, ces études limitent la problématisation à deux types d'acteurs, l'opprimé et l'opprimeur, ce qui n'est évidemment pas satisfaisant dans une situation caractérisée par une multiplication des acteurs internationaux ne cadrant pas avec la dichotomie État/acteur supranationale. Il est donc nécessaire de penser la gouvernance globale de la santé par l'intermédiaire d'une logique et rationalité radicalement différentes et fondées sur un vaste support empirique, ce que la science politique et les Relations internationales n'ont pas su mettre en œuvre de manière satisfaisante jusqu'à maintenant. Cette tâche représente un important défi théorique, empirique et analytique auquel s'attaque cette thèse.

Cette recherche prétend également apporter un niveau de compréhension supérieur du fonctionnement actuel et de la pratique de la gouvernance et de la surveillance globales de la santé. Puisque cette structure de gouvernance est somme toute récente (mise en œuvre entre 1995-2005), peu de recherches en sciences sociales ont été directement consacrées à sa compréhension. L'étude la plus à jour et la plus détaillée est celle qui a été faite par Weir et Mykhalovskiy en 2010 (Weir & Mykhalovskiy, 2010). Bien que leur analyse soit très élaborée et fortement documentée, et qu'elle ait largement stimulé le développement de notre problématique, elle reste tout de même très large et dédiée à une compréhension générale des changements introduits par le RSI de 2005. Cette vue d'ensemble qu'apporte leur travail, bien que très utile, s'est toutefois opérée au détriment d'un manque de compréhension, de théorisation et de conceptualisation de la pratique de la surveillance globale des maladies infectieuses par l'OMS. En outre, cette étude, au côté d'autres (Bashford, 2006a, 2006b ; Baker & Fidler, 2006 ; Dry, 2008, etc.), ne soulève pas la question de savoir pourquoi et comment ce système s'est institué, ce qui nécessite un cadre conceptuel plus complexe que celui utilisé pour aborder les principaux éléments de

compréhension de la gouvernance globale de la santé jusqu'à maintenant (suprasouveraineté, postwestphalianisme, impérialisme, néocolonialisme, etc.). Notre analyse cherche donc précisément à combler ces lacunes en analysant, entre autres choses, le fonctionnement du *Global Outbreak Alert and Response Network* (GOARN) de l'OMS dans lequel s'inscrit le RSI et le système d'alerte pandémique, des structures qui, comme le rappellent Weir & Mykhalovskiy (2010), sont pratiquement exemptes de toute recherche académique.

Enfin, cette recherche nous apparaît pertinente en ce qu'elle permettra de comprendre les conséquences et implications d'une structure de gouvernance qui est rarement remise en question et problématisée. La surveillance globale des maladies infectieuses a des effets et impacts sur ses acteurs qui sont dissimulés par son statut d'évidence et d'incontestabilité dont elle est aujourd'hui affublée. L'objectif de notre étude est donc de mettre en évidence les conséquences de cette structure de gouvernance non problématisée en reconnaissant non pas son caractère apolitique ou d'unanimité, mais au contraire, en s'appuyant sur l'idée que son établissement et son fonctionnement sont issus de choix, de décisions et d'actions fondamentalement politiques. Ceux-ci ont des conséquences majeures sur ce qu'est, et n'est pas, la gouvernance globale de la santé, mais n'ont jamais fait l'objet d'une problématisation permettant de les rendre visibles. Cette absence est particulièrement importante en ce qui concerne la place des concepts « d'urgence », de « crise », de « mondialisation » et de « sécurité », utilisés pour justifier la gouvernance globale de la santé, mais qui n'ont jamais été problématisés quant à leurs conséquences sur les modes de gestion sanitaire mis en place.

3 CADRES ANALYTIQUE ET MÉTHODOLOGIQUE : LA MISE EN PLACE D'UN ESPACE CONCEPTUEL POUR PROBLÉMATISER LA GOUVERNANCE GLOBALE DE LA SANTÉ

Nous présentons, dans les deux sous-sections qui suivent, les cadres analytique et méthodologique employés dans cette thèse ainsi que le matériel empirique qui est utilisé afin de soutenir nos arguments et propositions. Le cadre théorique est, lui, détaillé au chapitre 1.

3.1 CADRE ANALYTIQUE : LES APPORTS DE LA PROBLÉMATISATION ET DE LA PERSPECTIVE CRITIQUE

Comme indiqué précédemment, l'objectif développé dans cette thèse est de montrer comment le caractère d'évidence et d'incontestabilité de la gouvernance et surveillance globale de la santé s'est faite par l'intermédiaire de décisions, de relations de pouvoir, de défense d'intérêts et de luttes qui sont profondément politiques et qui ont eu des conséquences déterminantes pour le fonctionnement de la gouvernance globale de la santé. L'importance qu'y ont prise les questions de sécurité, de crise et d'urgence, de mondialisation ou d'économie a fortement influencé la définition du champ d'application de la gouvernance globale de la santé, appelant à une nouvelle compréhension et à un réexamen de cet appareil de surveillance au-delà de la dichotomie État/organisation internationale. Notre objectif analytique est donc la problématisation de la « coopération » apparente observée dans le domaine de la santé mondiale au-delà des arguments habituellement soutenus, pour se déplacer vers une forme plus complexe et étoffée de compréhension des relations de pouvoir s'établissant dans le cadre de la gouvernance globale de la santé. Cette tâche requiert un cadre analytique spécifique que les Relations internationales n'ont pas été en mesure, selon nous, de fournir jusqu'à maintenant.

Nous cherchons donc à positionner cette recherche au sein d'un cadre analytique qui, comme l'avait souligné entre autres Paul Rabinow, permet de montrer comment la constitution de la réalité et de la vérité, comment ce qui est perçu et pris pour acquis, est en fait proprement particulier et dispose de son propre contexte historique, de ses propres rapports sociaux et fondations politiques (Rabinow, 1996, p. 241). Cela nous amène à poser théoriquement notre mode de réflexion sur l'idée que l'incontestabilité de la gouvernance globale est en fait « [...] linked to social practices and have hence become effective forces in the social world » (idem, p. x). Ce sont ces pratiques sociales que cherche à révéler la perspective analytique qui est développée dans cette thèse. C'est pourquoi l'objectif est ici de souligner les fondations politiques d'une structure qui est généralement représentée et comprise comme apolitique, neutre et objective. Cette problématisation est effectuée en se basant principalement sur une analyse des « pratiques ». La pratique est entendue ici « [...] comme le lieu d'enchaînement de ce qu'on dit et de ce qu'on fait, des règles qu'on impose

et des raisons qu'on se donne, des projets et des évidences » (Foucault, 2001a, p. 841). Dans cette perspective foucauldienne¹⁰, les pratiques sont analysées pour leur double effet simultané de « prescription » – ce qui doit être fait à propos de quelque chose – et de « juridiction » – ce qui doit être compris à propos de quelque chose.

Ce que permet de mettre en évidence ce type de cadre analytique, c'est que la mise en place de systèmes de gouvernance qui apparaissent comme uniformes et homogènes sont en fait le résultat de complexes connexions et relations avec d'autres systèmes, structures et acteurs (*ibid*). Comme le suggère en ce sens la théorie de l'acteur-réseau¹¹, « [...] entities take their form and acquire their attributes as a result of their relations with other entities » (Law, 1999, p. 3). Ceci signifie que des structures de gouvernance telles que l'appareil de surveillance de l'OMS dans le cadre du RSI de 2005 ont acquis leur forme et compréhension actuelles par l'établissement de relations et de liens complexes avec d'autres structures plutôt que par l'intermédiaire d'une relation dichotomique et oppositionnelle, comme le suggérerait par exemple une approche fondée sur la dualité État/organisation internationale.

Notre perspective analytique permet de mettre en évidence l'idée que l'uniformité et la cohérence des systèmes sociaux sont en fait produites par l'interaction et non pas simplement par l'opposition, ce qui offre la possibilité, comme l'a indiqué John Law, de montrer que « [...] what appears to be topologically natural, given in the order of the world, is in fact produced in networks » (Law, 1999, p. 8). C'est l'identification et la cartographie

¹⁰ Il serait injuste de ne pas reconnaître les contributions évidentes des divers travaux de Michel Foucault à notre entreprise de recherche. Toutefois, et pour être cohérent avec les fondements intellectuels de l'œuvre de Foucault, l'objectif de cette recherche n'est pas *d'interpréter* ses idées, et donc de s'engager dans un processus de surcitations, mais plutôt de les *appliquer* ou de les *utiliser* comme un mode de pensée (nous sommes redevables à Rajchman (1995) pour cette distinction). La principale conséquence de la surinterprétation que l'on retrouve dans les divers « *Foucault industries* » ou « *Foucault effects* » est que les distinctions entre, d'un côté, ses idées, et de l'autre, ses représentations ou interprétations deviennent de plus en plus floues. L'héritage intellectuel laissé par Foucault nous amène ainsi à abonder dans le même sens que McCallum qui écrit que « [...] rather than providing 'schemas' and enclosures, the implied intellectual invitation is to take up his methods of enquiry as a way of charting new territories and formulating questions in different sort of ways » (McCallum, 1997, p. 54). Dans cette perspective, nous suivons le raisonnement de Ian Hacking suggérant d'utiliser la pensée de Foucault, sans se limiter à son vocabulaire (Hacking, 1998; 2004). Les références directes aux textes et concepts de Foucault sont donc réduites au minimum ici. Nous pensons que cette utilisation de l'héritage de Foucault est plus respectueuse de sa propre conception de son travail comme une « boîte à outils » (Granjon, 2005 p. 8).

¹¹ Dont les apports pour cette thèse sont développés dans notre cadre théorique présenté au chapitre 1, *infra*.

de ces « réseaux »¹², concernant la gouvernance et surveillance globales de la santé, que cette thèse cherche à faire, en mettant l'accent sur la pratique de cette gouvernance qui, selon nous, permet d'exemplifier cette complexité et de comprendre pourquoi les États établissent une certaine forme de coopération dans le cadre des enjeux globaux de santé publique. Cette compréhension théorique permet de dépasser l'opposition micro/macro – que l'on retrouve par exemple avec la dichotomie État/organisation internationale – en mettant l'accent sur les relations, les mouvements et les processus qui structurent l'apparence d'uniformité et de cohérence d'entités et de structures (Latour, 1999, pp. 16-7) telles que la gouvernance globale de la santé analysée ici. Le regard se porte alors sur la recherche et l'identification des processus faisant intervenir : « [...] the summing up of interactions through various kinds of devices, inscriptions, forms and formulae, into a very local, very practical, very tiny locus » (*ibid*). La pratique de la gouvernance et de la surveillance globales de la santé représente selon nous ce type de « lieu » particulier.

Dans ce sens, cette thèse est résolument « critique ». Le terme critique doit être entendu ici comme la remise en cause de ce qui a atteint un certain niveau d'évidence ou statut de vérité. Nous sommes toutefois conscients du fait que l'utilisation du terme « critique », particulièrement en relations internationales, a été l'objet de nombreuses... critiques. En effet, ce terme est souvent associé à un jugement hiérarchique de la validité des cadres théoriques et épistémologiques, comme avec la dichotomie critique/non-critique, reproduisant un certain jugement de valeur fondé sur l'opposition bien/mal. Pour éviter cette position élitiste, que l'on retrouve à notre avis dans certains travaux ayant été qualifiés de poststructuralistes en Relations internationales, nous suivons plutôt Gerard Holden dans sa compréhension plus précise du terme « critique ». Celui-ci est donc utilisé ici dans l'objectif de « [...] identify what is happening when an argument challenges or objects to a certain phenomenon or argument » (Holden, 2006, p. 806). Nous cherchons, au travers de notre analyse de la gouvernance globale de la santé et du RSI de 2005, à établir cette lecture

¹² Nous sommes conscients des multiples problèmes conceptuels associés aux usages du terme « réseau ». Comme le signale Bruno Latour, ce terme doit être entendu ici dans son sens spécifique à la théorie de l'acteur-réseau où il réfère au processus qui s'établit et pour lequel l'information subit une série de transformations impliquant plusieurs acteurs, ceux-ci modifiant et interprétant l'information, et non pas pour son sens courant de « [...] transport without deformation, an instantaneous, unmediated access to every piece of information » (Latour, 1999, p. 15). Les apports spécifiques de la théorie de l'acteur-réseau pour notre cadre théorique sont présentés au chapitre 1, *infra*.

critique du travail de l’OMS en remettant en question ce qui a atteint une certaine forme d’évidence.

Cette perspective analytique critique se traduit par la mise en place d’une analyse fondée sur le concept de « problématisation ». L’utilisation du terme « problématisation » dans cette thèse se réfère au mode de raisonnement fondé sur « [...] a particular way of analyzing an event or a situation: not as a given but as a question » (Collier & Lakoff, 2008, p. 11). Collier et Lakoff faisaient eux-mêmes référence à Foucault pour qui la problématisation « [c]’est l’ensemble des pratiques discursives ou non discursives qui fait entrer quelque chose dans le jeu du vrai et du faux et le constitue comme objet de la pensée (que ce soit sous la forme de la réflexion morale, de la connaissance scientifique, de l’analyse politique, etc.) » (Foucault, 2001b, p. 1489). Notre perspective analytique se base donc sur cette identification du processus par lequel quelque chose acquiert un statut de vérité. À notre avis, la « nécessité » de la gouvernance globale de la santé et la surveillance des maladies infectieuses par l’OMS dans un contexte de mondialisation a acquis ce statut de vérité, rendant nécessaire la problématisation de son élaboration et de sa mise en place au travers d’une analyse empirique fondée sur sa pratique.

3.2 CADRE MÉTHODOLOGIQUE ET MATÉRIEL EMPIRIQUE : UTILISATION DE L’APPROCHE DES « MÉTHODES MIXTES » EN SCIENCES SOCIALES

Le cadre méthodologique développé dans cette thèse se base sur une approche dite de « méthodes mixtes »¹³ en sciences sociales. Les méthodes mixtes permettent de combiner à la fois des approches quantitatives et qualitatives afin de complexifier le processus analytique. Une méthodologie fondée sur les méthodes mixtes utilise ainsi une combinaison de méthodes qui « [...] involve[s] the collection, analysis, and integration of quantitative and qualitative data in a single or multiphase study » (Hanson, Creswell, Clark, Plano, Petska & Creswell, 2005, p. 224).

¹³ Plusieurs terminologies différentes ont été utilisées pour qualifier cette approche méthodologique : multi-méthodes, méthodes intégrées, méthodes synthétiques, méthodologies mixtes, etc. Nous conserverons l’appellation méthodes mixtes par soucis de clarté.

Tashakkori et Teddlie (2003) ont souligné dans cette perspective que les approches basées sur les méthodes mixtes représentent une forme de « troisième voie paradigmatique » entre le positivisme et le postpositivisme. Cette intégration représente selon nous non pas une *méconnaissance* des fondements épistémologiques et ontologiques de ces paradigmes, mais plutôt la *reconnaissance* que la production de la connaissance est issue d'un processus complexe dont aucune approche, quelle qu'elle soit, n'a le monopole. Cette combinaison de différents paradigmes et de méthodologies diversifiées nous permet aussi d'élaborer un modèle méthodologique étant à la fois inductif – en générant des théories – et déductif – nous permettant de « mettre à l'épreuve » certaines théories, aussi critiques soient-elles – favorisant l'élaboration d'une structure interprétative, mais également positiviste dans son utilisation des données empiriques de la surveillance des maladies infectieuses. Dans cette perspective, les méthodes mixtes en sciences sociales nous permettent de montrer le caractère construit de la réalité, tout en rappelant que ce construit social a des conséquences matérielles réelles et clairement identifiables pour les acteurs inscrits dans des processus sociaux particuliers. Qui plus est, la recherche en sciences sociales ne s'établit pas, selon nous, dans une perspective oppositionnelle entre deux postures épistémologiques, méthodologiques ou ontologiques – qualitatif versus quantitatif, positivisme versus postpositivisme, empirique versus théorique, etc. –, mais plutôt selon un « continuum » entre celles-ci (Newman & Benz, 1998).

L'apport peut-être le plus important des méthodes mixtes est qu'elles permettent d'effectuer ce qui a été appelé la « triangulation », c'est-à-dire l'étude d'une même problématique par l'intermédiaire de plusieurs méthodes, ce qui favorise le renforcement de la validité des conclusions et résultats d'analyse (Hesse-Biber, 2010). En ce sens, « [t]he idea of triangulation (in this case 'methodological triangulation') has often been used to suggest that by using different methods the researcher can compare results to lend validity to research » (Dunne, Pryor & Yates, 2005, p. 51). Une méthodologie basée sur les approches mixtes permet donc d'effectuer une analyse plus complète et détaillée (Greene & coll., 1989 ; Tashakhori & Teddlie, 2003), ce qui cadre avec nos objectifs théoriques en lien avec les théories de la complexité et de l'acteur-réseau qui sont présentés au prochain chapitre. En effet, selon Hesse-Biber, « [m]ixed methods research holds greater potential to address these *complex* questions by acknowledging the dynamic *interconnections* that

traditional research methods have not adequately addressed » (Hesse-Biber, 2010, p. 2 – nous soulignons).

Les méthodes mixtes sont également particulièrement appropriées dans un contexte de recherche cherchant à s'appuyer sur un vaste support empirique, comme c'est le cas ici, puisqu'elles permettent de combiner différents types et différentes formes de matériel analytique : « [...] words, pictures, and narrative can be used to add meaning to numbers » (Johnson & Onwuegbuzie, 2004, p. 21), complexifiant de la sorte le support empirique utilisé pour l'analyse. Les méthodes mixtes permettent également la mise en place de différents niveaux d'analyse pour une même problématique (Tashakkori & Teddlie, 1998), ce qui est pour nous un avantage considérable, puisque notre analyse se situe tant au niveau de la négociation, de la pratique que de la contestation de la gouvernance globale de la santé, requérant différentes méthodes pour chacun de ces espaces empiriques. Il est aussi pertinent de noter, par exemple, que des logiciels d'analyse comme QDA miner, qui est utilisé ici pour analyser les critiques de la gouvernance globale de la santé par l'OMS, permettent de procéder à des analyses quantitatives de données qualitatives, ce qui rend possible une étude plus détaillée de ces données (Hesse-Biber, 2010).

Cette approche méthodologique est appliquée à trois espaces analytiques qui font chacun l'objet d'une méthode et d'un support empirique spécifique. Ces trois analyses représentent le cœur de cette thèse et sont respectivement présentées aux chapitres 4, 5 et 6¹⁴. Celles-ci sont :

1. **Analyse généalogique** du RSI de 2005 par l'étude du processus de négociation (1995-2010) ayant mené à sa mise en place. L'objectif est ici de mettre en évidence le processus de négociation précédant l'adoption du RSI en soulignant les différents facteurs et enjeux politiques qui en ont orienté la négociation, mais dont l'importance est largement négligée. Cette analyse est fondée sur une étude des documents de l'OMS concernant le processus de négociation ;

¹⁴ Chacune de ces méthodes et chacun de ces espaces empiriques sont détaillés à la section « remarques méthodologiques » des chapitres correspondants.

2. **Analyse quantitative** de la pratique de la surveillance globale des maladies infectieuses par l'étude statistique des alertes pandémiques produites par l'OMS pour la période 1995-2010. L'objectif est ici de comprendre de quelles manières s'est concrétisée la pratique de cette surveillance en identifiant ses « objets » et « sujets » ainsi que les critères politiques et sociaux ayant structuré ses orientations. Cette section est fondée empiriquement sur l'analyse quantitative des données d'alerte pandémique de la surveillance de la santé de l'OMS ;

3. **Analyse discursive** – utilisant le logiciel QDA miner – des critiques faites à l'OMS dans le cadre des crises sanitaires qui ont marqué la période d'après 2005. L'objectif est ici d'explicitier les récits critiques de la gouvernance afin de révéler les caractéristiques structurelles de cette gouvernance qui sont problématiques, mais qui ne sont pas ouvertement reconnues ou admises. Ce dernier espace analytique est basé empiriquement sur l'analyse discursive des critiques émises contre l'OMS dans le cadre de deux crises sanitaires majeures (la pandémie de H1N1 de 2009 et la crise du partage des virus souches de l'Indonésie en 2006).

Enfin, une note méthodologique importante est à faire ici. L'objectif affiché de cette recherche est de positionner la compréhension et théorisation de la gouvernance globale de la santé *aussi*, et non pas *seulement*, sur l'interprète, le chercheur en sciences sociales, c'est-à-dire ici l'auteur de cette thèse. Nous croyons que ce mode de théorisation et de compréhension permet une réduction de ce que nous pouvons appeler la « distance interprétative » entre l'observateur et son sujet. Cela permet également de réduire, sans toutefois l'effacer complètement, la perspective élitiste s'établissant vis-à-vis de l'objet de recherche – i.e. *vous ne pouvez pas comprendre la macrostructure dans laquelle vous évoluez, mais moi, le chercheur en sciences sociales, seul dans mon bureau, je le peux* – à laquelle les études critiques en sciences sociales sont, à notre avis, particulièrement sujettes. Comme l'a souligné, par exemple, Bruno Latour, « [...] actors know what they do and we have to learn from *them* not only what they do, but how and why *they* do it. It is *us*, the social scientists, who lack knowledge of what *they* do, and not *they* who are missing the explanation of why *they* are unwittingly manipulated by forces exterior to themselves and known to the social scientist's powerful gaze and methods » (Latour, 1999, p. 19 – nous

soulignons). La compréhension, l'analyse et la théorisation de la gouvernance globale de la santé effectuée dans cette thèse cherchent à respecter au mieux cet horizon éthique et pratique de la recherche en sciences sociales.

4 ARGUMENT GÉNÉRAL ET STRUCTURE DE LA THÈSE

L'argument général qui est défendu dans cette thèse est que la gouvernance globale de la santé n'a pas comme objectif principal de faire la promotion des enjeux de santé publique entendus comme intérêt commun ou bien public. C'est plutôt la défense d'intérêts particuliers, la recherche de leadership par l'OMS, la compréhension particulière du contexte épidémiologique contemporain, la défense de l'économie de marché ou les enjeux de sécurité internationale qui ont rendu possible la mise en place de cette régulation juridique internationale. Ces facteurs politiques ayant influencé la négociation et la mise en place du RSI demandent de problématiser et complexifier la relation entre États et organisations internationales ainsi que la conceptualisation des espaces de suprasouveraineté dans la gouvernance globale. Cette tâche requiert de prendre sérieusement en considération les théories de la complexité et de l'acteur-réseau ainsi que le cosmopolitisme méthodologique pour repenser les Relations internationales concernant sa théorisation de la gouvernance globale. Cette refonte théorique se fera, dans cette thèse, par l'intermédiaire de ce que nous nommons *l'approche de la complexité* en Relations internationales.

Cet argument général est défendu au travers des chapitres suivants :

***Introduction :** La gouvernance globale de la santé et la place de la souveraineté nationale.*

***Chapitre 1 :** La présentation du cadre théorique et des apports de la pensée complexe, de la théorie de l'acteur-réseau et du cosmopolitisme méthodologique pour penser la gouvernance globale*

***Chapitre 2 :** Le contexte historicosocial dans lequel se situe la gouvernance globale de la santé.*

Chapitre 3 : *Le fonctionnement et les mécanismes de gouvernance du RSI de 2005.*

Chapitre 4 : *Le processus de négociation du RSI de 2005 et sa généalogie.*

Chapitre 5 : *La pratique de la surveillance et l'analyse quantitative des alertes pandémiques.*

Chapitre 6 : *La contestation de la gouvernance globale de la santé et l'analyse discursive de ses critiques.*

Conclusion : *La présentation de l'approche de la complexité en Relations internationales pour penser la gouvernance globale et les relations internationales*

**SECTION A – CADRE ANALYTIQUE, CONTEXTE SOCIOHISTORIQUE ET
FONCTIONNEMENT DU RSI DE 2005**

CHAPITRE 1 – CADRE THÉORIQUE : LES APPORTS DE LA PENSÉE COMPLEXE, DE LA THÉORIE DE L'ACTEUR-RÉSEAU ET DU COSMOPOLITISME MÉTHODOLOGIQUE POUR PENSER LA GOUVERNANCE GLOBALE

*Tandis que les médias produisent la basse crétinisation,
l'Université produit la haute crétinisation.*

Edgar Morin (1990, pp. 19-20)

Le cadre théorique que nous déployons dans cette thèse veut poser les bases d'une problématisation générale des relations entre États et organisations internationales. Nous cherchons par le fait même à établir une nouvelle *voie/voix* dans la théorisation des Relations internationales permettant d'amener le cadre d'analyse au-delà de l'opposition États/gouvernance globale et de la domination de l'État comme support analytique dominant. Cette thèse se pose ainsi comme une première étape dans une (re)problématisation des Relations internationales se voulant, dans la mesure du possible, collaborative, ouverte, réflexive et autocritique. Les différentes propositions théoriques et conceptuelles qui suivent ne doivent donc pas être interprétées comme des finalités ou des dogmes théoriques, mais plutôt comme les bases d'un processus ouvert de problématisation des Relations internationales. Nous croyons fermement qu'un mode réflexif de propositions théoriques, aussi limité et faillible soit-il, reste toujours un meilleur allié pour la connaissance que l'enfermement et la reproduction théorique au sein d'un cadre analytique préétabli. Le cadre théorique qui suit se veut le reflet de cette position.

Nous effectuerons donc tout d'abord un bref survol des théories des Relations internationales s'étant intéressées à la relation État/organisation internationale et à la gouvernance globale en soulignant les apports de chacune, mais surtout, leurs lacunes quant à l'intégration de nos objets empiriques. Cette section sera suivie par une analyse détaillée des apports théoriques, conceptuels et méthodologiques de trois approches complémentaires et jugées pertinentes pour les Relations internationales, à savoir la pensée complexe d'Edgar Morin, la théorie de l'acteur-réseau et le cosmopolitisme méthodologique. L'utilisation de ces approches, théories et concepts dans les Relations

internationales n'a jamais été effectuée auparavant et représente l'apport théorique le plus important et original de cette thèse. Nous entendons montrer de la sorte que ces trois approches représentent de précieux outils pour reproblématiser les Relations internationales au-delà des différentes dichotomies – national/global, État/organisation internationale, critique/non-critique, langage/réalité matérielle, interne/externe, etc. – qui, selon nous, les caractérise.

1.1 LA THÉORIE DES RELATIONS INTERNATIONALES ET L'ANALYSE DES ORGANISATIONS INTERNATIONALES ET DE LA GOUVERNANCE GLOBALE

La question qui se pose maintenant est de savoir si, et pourquoi, les théories et approches actuelles des Relations internationales permettent ou non d'intégrer et de donner sens à la relation entre États et organisations internationales dans le cadre de la gouvernance globale de la santé et du RSI de 2005. Il s'avère donc nécessaire d'effectuer un bref survol de l'état actuel des approches des Relations internationales, en particulier en ce qui concerne leur théorisation de la relation entre États et institutions internationales dans la gouvernance globale. Ce survol¹ critique nous permettra de poser les fondements théoriques qui justifient l'élaboration d'une approche non conventionnelle des Relations internationales, qui sera, elle, présentée au chapitre concluant cette thèse. L'argument principal soutenu ici est que les différentes théories des Relations internationales, conformément à leur évolution par débats (Lapid, 1989; Smith, Booth & Zelewski, 1996) et en opposition l'une à l'autre, ont conservé, malgré leurs distinctions et différences, une centralité des dichotomies binaires comme mode fondateur de compréhension du système international. Ces oppositions dichotomiques empêchent selon nous de dépasser la dualité État/gouvernance globale ou de dépasser une simple reproduction des modes de gouvernance nationaux transposés à l'échelle globale. Toutefois, ces différentes théories ou approches présentent aussi plusieurs éléments utiles et pertinents pour notre recherche. Notre objectif est donc à la fois de

¹ Nous ne prétendons pas ici effectuer un relevé complet de l'ensemble de la théorisation des organisations internationales et de la gouvernance globale, ce qui pourrait faire l'objet d'une thèse à part entière. Nous proposons plutôt un récit disciplinaire circonscrit qui met en évidence les principales lacunes qui, à notre avis, handicapent les Relations internationales. Le lecteur intéressé par une théorisation plus développée peut se référer, par exemple, à Rittberger, Zangl & Andreas (2012) ou Karns & Mingst (2010).

souligner leur incapacité à comprendre la gouvernance globale de la santé dans le cadre du RSI de 2005, tout en identifiant les bases théoriques sur lesquelles pourra reposer notre théorisation des Relations internationales à partir d'approches non conventionnelles et en fonction de nos observations empiriques.

Dans une perspective néoréaliste assez classique, Hawkins, Lake, Nelson et Tierney (2006) ont, par exemple, affirmé que la latitude d'action des organisations internationales s'établit sur la base d'un processus de délégation entre États et organisations internationales, selon une relation de type « principal/agent », orientée par les buts et objectifs des États. Ceci amènera certains auteurs à penser le rôle limité des organisations internationales par l'intermédiaire de la théorie de la stabilité hégémonique (Gilpin, 1987). Cette compréhension du rôle des organisations internationales pose les bases d'une théorisation de ces acteurs internationaux comme étant subordonnés aux souverainetés nationales et ne représentant qu'une modalité de continuation des prérogatives nationales à l'échelle globale. Cette théorisation simpliste s'inscrit dans un courant dominant des Relations internationales posant l'État-nation comme structure ontologique dominante (dans une perspective similaire, voir par exemple Waltz (1979, 1993) ou Mearsheimer (1994/95)). Cette approche assez classique réifie la tension entre souveraineté et gouvernance globale en présentant un cadre d'analyse qui suppose la reproduction de la domination de l'État nation². Qui plus est, et comme l'ont montré par exemple Walker (1993) ou Bartelson (1995), cette approche consolide la domination ontologique fondationnelle de l'État-nation comme objet *et* sujet des Relations internationales.

Dans une perspective plus néolibérale ou néofonctionnaliste, à la Mitrany (1943) ou à la Haas (1958), les organisations internationales ont également été interprétées comme allant être appelées à occuper des fonctions auparavant réservées aux souverainetés nationales, mais que les États ne peuvent ou ne veulent plus assumer. Pour ces auteurs, l'Union européenne représente un des exemples clés de ce phénomène politique souvent qualifié de

² Le caractère statocentré ou étatonational des approches classiques des Relations internationales, avec au premier plan le réalisme classique et le néoréalisme, a été souligné par de nombreux auteurs provenant de différents horizons théoriques. Voir, *inter alia*, Linklater (1990, 1996), le C.A.S.E. collective (2006), Sindjoun (1999), Buzan (1991), Huysmans (2006), Tickner (1995), Jill (1999), (Sending & Neumann, 2006) et (Dingwerth & Pattberg, 2006).

« spill over » (Haas, 1958). Dans une perspective assez similaire, les tenants du transnationalisme ou de l'interdépendance ont effectué une décentralisation analytique de l'État en permettant l'inclusion de nouveaux acteurs dans le système international. L'interdépendance entre ces différents acteurs qui en résulte réduirait, dans cette perspective, la possibilité de la guerre et favoriserait la recherche de compromis institutionnels et de délégation par les États aux institutions internationales (Keohane & Nye, 1972; 1974; Axelrod, 1984 ; Keohane, 1984). Kratochwil et Ruggie avaient également rappelé que les juridictions des États et des organisations internationales sont fortement entremêlées en raison de l'étendue et de la profondeur des problèmes internationaux (Kratochwil & Ruggie, 1986, p. 757). Ce type d'analyse situe toujours la relation États/organisations internationales dans une logique de jeux à somme nulle – ce que perd un niveau de gouvernance est gagné par un autre – et d'opposition dichotomique. Il constitue tout de même la base théorique et conceptuelle sur laquelle sont venues s'appuyer des compréhensions théoriques novatrices des Relations internationales.

Adoptant une démarche mitoyenne entre approches traditionnelles et constructivistes, Nielson, Tierney et Waeber (2006) proposent de joindre la théorie du principal/agent à celle de la sociologie des bureaucraties propre au constructivisme. Cette double entrée amène les auteurs à proposer que les actions des acteurs internationaux sont modulées et influencées par l'environnement bureaucratique dans lequel ils s'inscrivent, reconnaissant une certaine latitude aux organisations internationales pour orienter les politiques internationales, mais toujours dans le cadre du processus de délégation émanant des États (*idem*, p. 110). On reste donc ici dans une vision oppositionnelle à somme nulle entre les souverainetés nationales et les organisations internationales, bien qu'on accorde un certain pouvoir aux organisations internationales, notamment en raison de leur structure bureaucratique interne, ce qui représente tout de même un raffinement du cadre d'analyse issu de la synthèse néo-néo.

Rosenau avait, en ce sens, déjà affirmé en 1990 que l'ordre international représentait une forme de « postinternational politics » (Rosenau, 1990), spécifiant que la gouvernance globale était dépendante à la fois d'une certaine intersubjectivité entre les acteurs et d'une réalité matérielle qui inclut des textes, des chartes, des pratiques, etc. (Rosenau, 1992, p. 4).

La vision anhistorique et non systémique proposée par Rosenau avait tout de même le bénéfice de mettre l'accent sur les aspects intersubjectifs qui peuvent favoriser l'établissement de mécanismes de gouvernance. Smouts (1998) avait soulevé un argument similaire en affirmant que la gouvernance globale peut se comprendre comme une sorte de processus de négociation/interaction entre divers acteurs³. Même si cette compréhension ne semble pas dépasser l'opposition États/gouvernance globale, elle permet d'offrir un cadre évolutif et processuel à la gouvernance qui ne se limite plus uniquement aux actions des États (*ibid*).

Il faut toutefois attendre Barnett et Finnemore (Barnett & Finnemore, 1999) pour que la passivité des organisations internationales dans le système international, soutenue par les approches traditionnelles des Relations internationales, soit directement problématisée. Pour ces auteurs, les approches classiques des relations internationales ne sont pas en mesure d'expliquer pourquoi « [...] many IOs [international organizations] exercise power autonomously in ways unintended and unanticipated by states at their creation » (*idem*, p. 699). Barnett et Finnemore suggèrent ainsi de traiter les organisations internationales non pas seulement comme des structures, mais également comme des agents, s'opposant aux approches fondées sur la théorie des régimes⁴. Ces auteurs notent que « [d]espite all their attention to international institutions, one result of the theoretical orientation of neoliberal institutionalists and regimes theorists is that they treat IOs the way pluralists treat the state. IOs are mechanisms through which others (usually states) act; they are not purposive actors. » (*idem*, p. 700)

Dans cette perspective, il ne faut donc pas seulement se demander pourquoi les organisations internationales ont été créées, mais également ce qu'elles font effectivement,

³ Dans la lignée des travaux de Susan Strange, Laroche, selon une approche semblable, avait amené le concept de diplomatie triangulaire entre les États, les institutions internationales et les firmes multinationales (Laroche, 2006). Cette représentation de la gouvernance globale dépasse l'opposition dichotomique entre États et organisations internationales en intégrant les firmes multinationales, sans toutefois dépasser une logique de jeu à somme nulle entre ces trois acteurs.

⁴ Pour un rappel de la théorie des régimes, voir par exemple Hasenclever, Mayer & Rittberger (1997). La théorie des régimes a suscité plusieurs objections, mais c'est probablement Kratochwil et Ruggie qui ont émis la critique la plus importante en soulignant qu'il y avait contradiction entre l'ontologie et l'épistémologie dans l'étude des régimes, car leur ontologie repose principalement sur une compréhension intersubjective des régimes, tandis que leur épistémologie reste, elle, positiviste (Kratochwil & Ruggie, 1986, p. 764).

c'est-à-dire de s'arrêter sur leur *pratique* ainsi que sur leurs impacts sur la construction des acteurs, des intérêts et des objectifs en place (*idem*, p. 702). Cette pratique se fonde notamment sur le développement d'une expertise qui favorise la prise de décisions autonomes par rapport aux États (Barnett & Finnemore, 2004). Un des principaux pouvoirs des organisations internationales se trouve ainsi dans leur capacité à classer et organiser le savoir, ce qui influence les acteurs, leurs actions, la perception de leurs positions dans le système international, etc. (Barnett & Finnemore, 1999, pp. 710-711). La pratique des organisations internationales s'articule en ce sens au sein de « cultures organisationnelles » (*idem*, p. 719), modifiant les comportements en leur sein et orientant les actions autour d'une « vision du monde » particulière (*idem*, p. 723). Ce qu'ont permis de faire Barnett et Finnemore, c'est donc de déconstruire la vision unitaire des organisations internationales en mettant en évidence leur pouvoir d'agence⁵ et d'orientation, ainsi que l'importance de la « pratique » concrète et journalière de ces institutions dans la gouvernance globale.

La réflexion sur le rôle des organisations internationales et leurs relations avec les États s'est ainsi portée plus largement sur la gouvernance globale⁶ et sur la nature de la mondialisation contemporaine. Andréani s'est, par exemple, intéressé à l'évolution du concept de gouvernance globale. Pour lui, la gouvernance globale :

[...] vise à combler ce décalage entre l'unicité croissante du marché et la pluralité des États, entre l'économique et le politique ; à cette fin, le concept [de gouvernance globale] pose que des capacités de décision et une certaine forme d'organisation politique sont nécessaires à l'échelle où s'opère l'intégration des économies, c'est-à-dire au niveau planétaire. (Andréani, 2001, p. 550)

Il pose ainsi la gouvernance globale entre deux visions, soit, d'un côté, celle ultralibérale du marché global et de l'autre, celle des souverainetés nationales inaliénables. Pour Andréani, « [c]'est davantage à un aller et retour entre différents niveaux d'exercice de la démocratie qu'à la définition autonome d'une hypothétique démocratie trans- ou supranationale que doit conduire la réflexion sur la gouvernance globale » (*idem*, p. 551). Un des principaux

⁵ D'autres auteurs avaient déjà mis en évidence le pouvoir d'agence des organisations internationales. On peut penser ici à Cox, pour qui les organisations internationales s'inscrivent dans un ordre hégémonique global qu'elles renforcent et reproduisent (Cox, 1986, 1996).

⁶ Le concept de gouvernance globale a été introduit dans la pratique politique au niveau international en 1995 avec le rapport *Our Global Neighbourhood* de la Commission sur la gouvernance globale (CGG, 1995).

problèmes avec cette vision est que les outils analytiques déployés pour comprendre la gouvernance globale ne sont que la reproduction, à une autre échelle, de ceux utilisés pour comprendre les États – ce que Beck (2006) a identifié comme étant la domination du « nationalisme méthodologique » comme cadre analytique. Toutefois, l'approche développée par Andréani rappelle l'importance de considérer *ensemble* les champs économiques et politiques, ce que peu d'approches en Relations internationales sont parvenues à faire, à l'exception de certaines variantes de l'économie politique internationale (voir de Goede (2003) par exemple).

Pattberg a lui aussi mis en évidence les multiples utilisations du concept de gouvernance globale et son caractère flou (Pattberg, 2006, p. 2 ; Dingwerth & Pattberg, 2006), tout comme Smouts (1998). Pattberg est toutefois original en soulignant que l'émergence de la gouvernance globale s'est faite en parallèle avec la transformation de l'État libéral et la réorganisation du système westphalien dans un contexte de mondialisation économique (Pattberg, 2006, p. 4). Même si l'argument général de Pattberg, basé sur l'idée que l'on assiste à une fragmentation de l'autorité dans la mondialisation, n'est guère audacieux, cet auteur amène néanmoins l'idée d'une interrelation entre le système idéologique économique dominant et la nature de la gouvernance globale. Pour lui, la gouvernance globale supporte ainsi une certaine forme de « conception du monde » qui est reproduite par les institutions internationales qui la structurent (*idem*, p. 16).

Hermet problématise, quant à lui, la gouvernance globale en abordant son caractère antidémocratique et son impact potentiel sur les jeunes États démocratiques (Hermet, 2003, p. 35). Il souligne notamment le danger que les organisations internationales et autres acteurs supranationaux aient un comportement paternaliste, voire colonialiste, envers certains États (*idem*, p. 40), critiquant de la sorte leur caractère « éclairé » autoproclamé (*idem*, p. 41). Hermet souligne à ce sujet que « [u]sant ou abusant de leurs ressources incomparablement supérieures à celles dont l'État dispose tant sur son terrain qu'à l'échelle nationale, ces acteurs extérieurs instaurent ainsi de façon sournoise bien que délibérée des mécanismes de pouvoir inédit qui invalident ou qui discréditent l'autorité de ce dernier » (*idem*, p. 43). Cette critique du pouvoir des organisations internationales reste toutefois toujours ancrée dans une vision oppositionnelle avec les États, bien qu'elle souligne les

changements qui ont marqué l'ordre politique international dans la période d'après-guerre froide.

À l'opposé, pour Castells, la gouvernance globale actuelle se caractérise plutôt par un manque d'institutions ou de structures pour prendre en compte les enjeux qui ne sont plus limités au niveau national (Castells, 2005, p. 9). Pour lui, « [...] the critical issues conditioning everyday life for people and their governments in every country are largely produced and shaped by globally interdependent processes that go beyond the realm of countries as defined by the territories under the sovereignty of a given state » (*idem*, p. 10). Cette situation mène à ce que Castells appelle une « crise de légitimité » des États. Cette crise se fonde sur une faille structurelle majeure : « [...] the increasing inability of the political system anchored in the nation state to represent citizens in the effective practice of global governance and the ascendance of global governance as an increasingly essential component of national and local governance » (*idem*, p. 10). L'analyse de Castells a le mérite de souligner l'interdépendance entre gouvernance globale et actions locales ou nationales, requérant ainsi un cadre théorique permettant de dépasser les oppositions scalaires et catégorielles – national/global, État/organisation internationale, économie/politique, etc.

Dingwerth et Pattberg ont problématisé un peu plus la gouvernance globale en soulignant que le concept de gouvernance globale réfère généralement à des changements dans le système international qui se caractérisent, du moins en partie, par l'inclusion de nouveaux acteurs⁷ qui étaient auparavant limités aux États, et dans une moindre mesure, aux organisations internationales qui agissent comme *proxy* des États (Dingwerth & Pattberg, 2006, p. 191). Le concept de gouvernance globale a permis de capturer de nouvelles formes de gouvernance qui vont au-delà de la souveraineté nationale et qui font intervenir une

⁷ En intégrant le rôle des acteurs privés comme source d'autorité dans la gouvernance globale, Hall et Biersteker (2004) ainsi que Cutler (2003) avaient mis en évidence la place de plus en plus importante jouée par les acteurs privés et le marché international *dans* la gouvernance globale, mais également *comme* mode de gouvernance globale, éléments que va mettre en lumière notre analyse empirique (chapitres 4 et 6, *infra*) de la gouvernance globale de la santé où le marché fait office de *mode* de gouvernance à part entière.

multitude d'acteurs⁸. Ces auteurs ont également mis en lumière la nature normative de la gouvernance globale, imprégnée de normes non explicitées, de buts à atteindre et de structures à mettre en place ayant un caractère « positif » non problématisé. Ils rappellent ainsi la nature très politique de la gouvernance globale qui s'est souvent posée comme « compagnon idéologique » de la mondialisation économique néolibérale : « [c]onsequently, global governance as an attempt to reclaim political influence in order to reshape the institutional landscape of world politics is not understood as a counterforce to globalization but as its ideological companion » (*idem*, p. 196). Ces auteurs ont donc le mérite de rappeler la nature floue du concept de gouvernance globale ainsi que l'importance de ne pas négliger la relation entre les systèmes économiques et politiques globaux. Toutefois, ils restent muets quant aux types de relations spécifiques qui s'établissent entre ces acteurs.

Emadi-Coffin a, de son côté, mis l'accent sur l'importance de relier les secteurs économiques et politiques, à la fois aux niveaux international et national, dans la compréhension de la gouvernance globale (Emadi-Coffin, 2002). Cette auteure a notamment montré l'importance de la dérégulation économique et du secteur privé dans l'établissement des mécanismes de gouvernance globale. Pour elle :

[t]his suggests that global organization and governance may now to some extent be undertaken by private as well as public organizations in certain issue areas. In addition, international organizations, such as the IMF, the World Bank, the OECD, the WTO, and the UNDP Programmes for Partnership between the public and private sectors, play a proactive role in cooperating with firms in the management of the global system. » (*idem*, p. 10)

Paquerot a également mis en évidence le rôle que joue l'économie et la finance dans la possibilité d'élaboration des stratégies de gouvernance globale et commune. Elle a notamment montré que « la 'politisation' des enjeux de l'eau douce a été induite par leur traitement économique, leur captation par les institutions financières internationales et leur 'privatisation' par les nouvelles formes de gouvernance mondiale » (Paquerot, 2006, p. 369). Paquerot et Emadi-Coffin ont ainsi illustré la nécessaire prise en compte des facteurs

⁸ Dans une perspective similaire, Fuchs affirme que « [...] the core of the global governance argument concerns the acquisition of authoritative decision-making capacity by non-state and supra-state actors. » (Fuchs, 2002, p. 3)

économiques et financiers, comme sources de pouvoir et mode d'organisation, dans l'analyse des structures de gouvernance supranationale.

Barnett et Duvall ont affirmé, de leur côté, que les études sur la gouvernance globale et sur les organisations internationales n'avaient pas porté une attention suffisante au concept de *pouvoir* en général. À ce titre, ils ont identifié quatre types de pouvoir que l'on peut retrouver dans les institutions internationales : 1) le pouvoir d'obligation ou de contrainte (pouvoir direct) ; 2) le pouvoir institutionnel (par les institutions) ; 3) le pouvoir structurel (par l'intermédiaire de l'ordre international) ; et 4) le pouvoir productif (par la diffusion de la subjectivité) (Barnett & Duvall, 2005, p. 3). Cette typologie du pouvoir des organisations internationales met en relief l'aspect non matériel qu'il peut avoir, que l'on retrouve par exemple avec le pouvoir structurel du capitalisme à produire les capacités et intérêts sociaux (*idem*, pp. 18-19), ou que l'on a pu observer avec la gouvernance de la crise du H1N1 pour laquelle, comme nous le soulignons plus loin, le marché a structuré un processus de priorisation des enjeux de santé publique.

Dans un autre ordre d'idées, plusieurs auteurs ont suggéré que la mondialisation n'était pas aussi « mondiale » que ne le laisse paraître son appellation et qu'elle est en fait beaucoup plus régionalisée ou sectorisée, affectant de la sorte les différents mécanismes de gouvernance mis en place pour traiter de ses caractéristiques. Mann a, par exemple, rappelé le caractère « impérial » de la mondialisation (Mann, 2001), ce que Escobar a qualifié de « globalité impériale » (Escobar, 2004). Hirst et Thompson ont, pour leur part, souligné le caractère limité, voire régionalisé de la mondialisation (Hirst & Thompson, 1996). Pour Gill, c'est plutôt la domination de l'idéologie de marché néolibérale qui caractérise la mondialisation, ce qu'il appelle la « neoliberal market civilisation »⁹ (Gill, 1995, p. 399). Cette civilisation par le marché est portée par un double mouvement contradictoire. D'un côté, il y a le mythe de l'idéologie du progrès capitaliste qui entraîne une forme d'homogénéisation globale (*idem*, p. 399). De l'autre, cette civilisation globale est marquée par la désintégration, l'exclusion et la hiérarchisation de ses différents acteurs (*ibid*). Le système international se caractérise par ce que Gill nomme un « nouveau

⁹ Pieterse a, dans une perspective similaire, qualifiée la mondialisation « d'empire néolibéral » (Pieterse, 2004).

constitutionnalisme » fondé sur l'économie de marché néolibérale qui envahit tous les secteurs de la gouvernance. Ce « nouveau constitutionnalisme » se définit comme « [...] the political project of attempting to make transnational liberalism, and if possible liberal democratic capitalism, the *sole model for future development* » (*idem*, p. 412 – nous soulignons). Les règles de marché s'imposent ainsi comme étant « naturelles » et « apolitiques » dans les différentes structures de gouvernance, réifiant de la sorte la séparation entre l'économique et le politique (*idem*, p. 415). Pour Gill, la mondialisation et sa gouvernance, notamment par les organisations internationales, permettent donc de reproduire et réifier un système économique global inégalitaire, ce qui fera écho à certains éléments de notre analyse des critiques émises à l'encontre de l'OMS et qui sont présentées au chapitre 6¹⁰.

Sending et Neumann apportent quant à eux un éclairage intéressant sur la relation entre les États et les organisations internationales, notamment sur la question du pouvoir. Les auteurs rappellent que la gouvernance globale, comme objet d'étude, s'est articulée autour de trois affirmations : 1) la gouvernance doit être entendue comme un processus ; 2) les acteurs non étatiques jouent un rôle de plus en plus grand ; et 3) l'autorité politique s'est décentralisée, notant ainsi que les approches traditionnelles des Relations internationales se sont fondées sur une relation de type « jeu à somme nulle » entre États et acteurs non étatiques (Sending & Neumann, 2006, p. 652). Cette conception limitée et limitante du pouvoir est selon eux inadaptée pour comprendre les interactions entre États et organisations internationales dans la gouvernance globale. Les auteurs proposent plutôt de se baser l'étude de la gouvernance globale sur le concept foucauldien de « gouvernementalité »¹¹. Pour eux, ce concept est pertinent puisque :

¹⁰ Toutefois, les concepts d'empires ou de civilisation globale nous semblent simplifier les logiques actuelles de gouvernance, notamment dans leur nature « totalisante » qui ne cadre pas avec ce que l'on observe au niveau empirique concernant la gouvernance globale de la santé. On observe, par exemple, cet aspect dans le livre *Empire* de Hardt et Negri (2000). Sans nier complètement l'intérêt du concept d'empire, nous sommes d'avis qu'il s'avère limitatif dans la compréhension de la complexité des relations entre État et gouvernance globale. Qui plus est, le concept d'empire limite considérablement le pouvoir des acteurs au sein des relations impériales, reproduisant une relation dominant/dominé qui limite leur pouvoir d'agence.

¹¹ L'inclusion du concept de gouvernementalité dans les Relations internationales s'inspire des travaux de Michel Foucault, notamment dans *Sécurité, territoire, population* (Foucault, 2004). Rose résume ce concept

[f]irst, it explicitly builds on, and was originally developed as a tool for, studying the processes of governing. The concept of governmentality is aimed at investigating the practices of governing as an empirical phenomenon but also to identify the ‘mentality’ – the rationality characteristic of the systematic thinking, reflection, and knowledge that is integral to different modes of governing. Second, it delivers a conception of the relation between the state and nonstate actors that places the focus of sovereignty within a more general concern for changes in the practices and rationality of governing. The key point to recognize is that this analytical perspective focuses on how certain identities and action-orientations are defined as appropriate and normal and how relations of power are implicated in these processes. (*idem*, p. 657)

Pour eux, la gouvernementalité permet ainsi de comprendre la gouvernance globale comme une forme de processus de normalisation de la société civile globale qui devient l’objet de modes particuliers de gouvernance. Cette compréhension permet à son tour de dépasser une analyse oppositionnelle entre les pouvoirs des États et ceux des organisations internationales en orientant l’analyse autour des « processus de normalisation ». Sending et Neumann soulignent, par exemple, que :

[i]n this view, the ascendance of nonstate actors in shaping and carrying out global governance-functions is not an instance of transfer of power from the state to nonstate actors, or a matter of the changing sources of, or institutional locus for, authority. Rather, it is an expression of a change in governmentality by which civil society is redefined from a passive object of government to be acted upon and into an entity that is both an object and a subject of government. (*idem*, pp. 657-658)

Walters, en référence à l’Union européenne, avait également suggéré que la gouvernementalité constitue un outil pertinent afin d’étudier les structures supranationales de gouvernance, car ce concept ne demande pas préalablement de définir certains sujets ontologiques – individus, États, institutions, etc. – ou de les confronter aux phénomènes politiques préexistants – la mondialisation, le fédéralisme, la centralisation, etc. (Walters, 2004, pp. 155-156). La gouvernementalité permet, en ce sens, de problématiser des objets politiques au-delà du cadre normatif dans lequel ils s’inscrivent au quotidien et qui oriente leur entendement. Elle pousse de la sorte l’analyse autour des facteurs qui créent cette normalisation.

comme « [...] the deliberations, strategies, tactics and devices employed by authorities for making up and acting upon a population and its constituents to ensure good and avert ill » (Rose, 1996, p. 328).

Aussi intéressant soit le concept de gouvernementalité dans sa problématisation des oppositions dichotomiques, il ne permet cependant pas, selon nous, de comprendre la relation qui s'établit entre États et organisations internationales, notamment parce qu'il est général basé sur une rationalité gouvernementale que l'on ne retrouve pas nécessairement au niveau de la gouvernance de l'OMS. Ce concept nous apparaît difficilement applicable dans l'espace global, même si cela a déjà été fait (voir Lerner et Walters (2004)), puisque, comme l'a souligné la définition de ce concept présentée précédemment, pour problématiser les modes d'action stratégiques et tactiques pour gouverner les populations, une rationalité unifiée de gouvernance doit être présente, ce qui est problématique dans le cas de la gouvernance de l'OMS qui se fonde, comme nous le verrons, sur une architecture en réseau. Dans son sens foucauldien originel, la gouvernementalité, dans son sens foucauldien, a comme trait caractéristique d'être fondée sur une intentionnalité et impulsion singulière, c'est-à-dire un acte cherchant à guider la mise en place de pratiques particulières orientées vers des objectifs définis par une source de pouvoir, aussi diffuse soit-elle (généralement l'État ou ses organes et institutions), ce qui le distingue du concept d'assemblage¹² de Deleuze et Guattari par exemple. Salter a rappelé à ce sujet que « *[i]n contrast with the governmentality approach, which assumes a common impulse to govern and to render certain problems amenable to government, the assemblage theory simply takes the resultant field of human activity as the object of study.* » (Salter, 2008, p. xiv) On ne retrouve pas nécessairement cet élément (l'impulsion) dans la gouvernance globale, où les modes de gouvernance sont diffus et variés en fonction des différents enjeux et niveaux de gouvernance et où il n'y a pas d'impulsion gouvernementale. Nous conservons donc du concept de gouvernementalité la logique qui a permis de dériver du côté de l'assemblage,

¹² Un assemblage consiste en une « [...] multiplicity of heterogeneous objects, whose unity comes solely from the fact that these items function together, that they 'work' together as a functional entity » (Patton, 1994, p. 158). Un assemblage « [...] comprise[s] discrete flows of an essentially limitless range of other phenomena » (Haggerty & Ericson, 2000, p. 608), mais qui, de par leurs interactions, acquièrent une forme de consistance. Comme l'indique Muller, un assemblage est « [n]ot simply a network of actors [...] it represents a series of discrete and separate – even conflicting – collections of actors, pressures and networks that nonetheless results in a convergence of phenomena » (Muller, 2010, p. 41). Ce système se distingue de la gouvernementalité foucauldienne (Salter, 2008, p. xiv). Avec le concept d'assemblage, « [...] the analysis can move away from tendencies to portray a zero-sum account of the role of public and private actors, state authorities and corporations at play » (Muller, 2010, p. 41). Le concept d'assemblage est dérivé de la théorie de la complexité et c'est pourquoi nous l'aborderons non pas selon les termes de Deleuze et Guattari, mais plutôt dans le cadre de la théorie de l'acteur-réseau et de la pensée complexe qui sont présentées à la section suivante de ce chapitre.

sans se limiter à ces appellations puisque la théorie de la complexité et de l'acteur-réseau y ont fait référence, mais dans d'autres termes. Nous reviendrons sur ces éléments un peu plus loin dans ce chapitre.

Dillon et Reid ont abordé, de leur côté, ce qu'ils appellent la « gouvernance libérale globale » qui se concentre sur la production et l'administration de la vie, dans une perspective foucauldienne de biopolitique¹³ (Dillon & Reid, 2001, p. 41). Ces auteurs suggèrent que le déplacement conceptuel qui s'est opéré de gouvernance mondiale ou internationale à gouvernance globale s'inscrit dans une logique de déploiement du libéralisme (*idem*, p. 46). Pour eux, la gouvernance globale s'articule au sein d'une structure biopolitique qui cherche à gouverner sans gouvernement (*idem*, p. 47) et à favoriser l'émergence du cadre libéral comme mode d'orientation des pratiques et discours (*idem*, p. 48). Dillon et Reid innovent en faisant appel à la théorie de la complexité et des systèmes adaptatifs complexes pour analyser cette gouvernance. Pour ces auteurs, la complexité entraîne « [...] a shift from a preoccupation with physical and isolated entities, whose relations are described largely in terms of interactive exchange, to beings-in-relation, whose structures, decisively influenced by patterns of connectivity, display autonomous powers of adaptation, organisation and spontaneous emergence » (*idem*, p. 55). Les conséquences de cette introduction de la théorie de la complexité sont majeures pour la compréhension de la gouvernance globale, et permettent notamment de dépasser les oppositions dichotomiques qui en caractérisent généralement les analyses. Pour Dillon et Reid :

[c]omplified worlds were once to be commanded by means of reduction and simplification: the rational actor, the sovereign subject, balances of power, friends and enemies, or positivist epistemologies. *Complexly understood worlds, it is now maintained, have to be orchestrated rather than reduced, their non-linear dynamics prized and embraced and their changing networks of connectivity 'scored' into self-governing assemblages.* From national development agencies and leading NGOs, to the

¹³ Il est à noter que cette thèse n'analyse pas les politiques globales de santé au travers du concept foucauldien de « biopolitique ». En s'inspirant de Rabinow (1996) et Fassin (2009), ce choix analytique est basé sur le fait que la biopolitique n'a jamais été pleinement théorisée et conceptualisée. Comme l'a rappelé Rabinow, le concept de biopolitique représente « [...] a promise of work to come, one Foucault never lived to fulfill » (1996, p. x). Sans nier la pertinence des différents travaux qui ont utilisé ce concept, notamment dans le champ des Relations internationales, nous préférons nous référer dans cette thèse aux « politiques de santé » pour faire référence aux techniques de gouvernance s'orientant vers les corps et leurs attributs biologiques.

UN and the World Bank, such selforchestration is precisely what global governance aims to encourage. » (*idem*, pp. 46-47 – nous soulignons)

Toutefois, à notre avis, le fait que cette analyse se concentre sur la guerre pour représenter la gouvernance libérale globale, effaçant du même coup les autres espaces peut être moins flamboyants, mais selon nous plus intéressants, où se cristallisent cette complexité de la gouvernance, en constitue la principale faiblesse. L'absence d'étude d'un espace concret de la gouvernance, au-delà du champ large de la guerre, rend limitée la portée de leur analyse, notamment en regard de leur faible base empirique, qui se borne quelquefois à un résumé anecdotique.

D'autres apports intéressants proviennent de Murphy, qui a étudié l'impact des organisations internationales sur les changements industriels et la mise en place d'un marché international (Murphy, 1994)¹⁴. Pour lui, il ne faut pas penser le système international en termes d'étapes successives ou d'évolutions rectilignes – avec une évolution qui irait des États souverains à un gouvernement mondial par exemple –, mais bien en termes de régulation des révolutions technologiques et des communications (*idem*, p. 7). L'argument central de Murphy est que les organisations internationales ont servi de structures sociales d'accumulation ou de mode de régulation et qu'ils ont soutenu le développement du capitalisme industriel, l'aidant, par exemple, en temps de crise (*idem*, p. 21). Les institutions internationales ne se sont donc pas posées en contrepoids au développement du capitalisme moderne, mais en ont plutôt favorisé l'émergence. Murphy fait ainsi référence au concept de « bloc historique » de Gramsci¹⁵, c'est-à-dire à l'idée que l'agrégation des institutions économiques, politiques et culturelles favorise l'atteinte d'une forme d'hégémonie (*idem*, pp. 26-27). Souveraineté nationale et gouvernance supranationale ne s'opposent donc pas dans cette perspective ; elles se complètent et se reproduisent mutuellement. L'auteur rappelle ainsi que les objectifs des organisations internationales ont toujours été de stimuler le commerce et d'essayer de régler les conflits,

¹⁴ Murphy avait également souligné le rôle des institutions globales dans la marginalisation et le sous-développement de certains pays (Murphy, 2005).

¹⁵ Gramsci définit un bloc historique comme « [...] the complex, contradictory and discordant *ensemble* of the superstructures [that] is the reflection of the *ensemble* of the social relations of production » (Gramsci, 1971, p. 366).

afin, notamment, de ne pas entraver le premier élément (*idem*, p. 190), et que, s'il est vrai que les organisations internationales ont facilité la décolonisation et le développement, ce fut toujours dans une logique d'établissement d'un ordre économique libéral favorisant le capitalisme global (*idem*, p. 209). Les organisations internationales font donc, pour Murphy, partie intégrante d'un bloc historique au sens de Gramsci ; elles font partie du système actuel de production et de consommation globale et en facilitent le développement. De notre point de vue, ce qui est pertinent dans l'analyse de Murphy, c'est l'intégration entre les différentes sphères sociales (économiques, politiques, juridiques, etc.) et le rôle que jouent les organisations internationales dans la reproduction de l'ordre économique dominant, et ce, sans opposer États et institutions internationales. Toutefois, ce qui fait défaut c'est la compréhension en termes théoriques de cette gouvernance qui ne se fait ni en opposition aux États, ni en tant que bras armé au niveau international, mais plutôt dans une sorte d'interaction complexe qui ne cadre pas avec les théories actuelles trop marquées par les dichotomies. En d'autres mots, Murphy ne parvient pas à traduire le concept de bloc historique en termes de réseau – dans le sens de la théorie de l'acteur-réseau que nous abordons plus loin –, notamment en ce qui concerne la production de sens et de signification qui émerge de la communication entre les différents acteurs des réseaux structurant le système capitaliste contemporain.

De ce survol, et s'agissant d'intégrer plus loin nos observations empiriques, nous pouvons extraire les principales lacunes que présentent, selon nous, les théories des Relations internationales :

1. La réification et reproduction de la distinction entre États et organisations internationales ;
2. La domination de la conception de la relation entre États et organisations internationales en termes d'autorité et de puissance s'imposant directement à d'autres acteurs ;
3. Le peu de place accordée dans les analyses à la prise de décisions autonomes par les organisations internationales ;

4. L'absence de dépassement des oppositions scalaires (échelles d'action) et catégorielles (type et forme d'acteurs) ;
5. La difficulté à comprendre et interpréter le lien entre l'espace politique dans lequel se situent les organisations internationales et le champ économique, particulièrement lorsque le système économique néolibéral agit comme « cadre » et « mode » de gouvernance ;
6. La difficulté des approches qualifiées de « critiques » en Relations internationales à complexifier l'utilisation de concepts totalisants – comme l'empire ou la gouvernementalité par exemple – qui montrent des limitations analytiques lorsque confrontés à la pratique de la gouvernance de la santé ;
7. La limitation empirique des études sur la gouvernance globale en Relations internationales, particulièrement en ce qui concerne la pratique de cette gouvernance. On retrouve cette limitation empirique autant dans les approches traditionnelles que celles plus critiques, avec évidemment plusieurs exceptions (voir entre autres Weir et Mykhalovskiy (2010) ou Calain (2007)).

Ce sont ces différentes lacunes de la théorie des Relations internationales qui justifient selon nous de faire appel à d'autres fondements théoriques et conceptuels pour tenter de problématiser la compréhension, qui apparaît quelquefois anachronique et cimentée, de la relation entre États et structures de gouvernance globale. La nécessité de chercher d'autres pistes de réflexion pour réfléchir à la place qu'occupe une institution internationale comme l'OMS dans le système international provient d'une certaine tendance des théories actuelles à reproduire une structuration oppositionnelle dichotomique – entre approches, théories, acteurs, échelles, catégories, etc. Bien que plusieurs pistes de réflexion intéressantes et pertinentes soient présentes au sein des Relations internationales, comme nous l'avons souligné précédemment, notamment au niveau des approches critiques et poststructuralistes, nous croyons que le champ des Relations internationales a tout à gagner à explorer de nouveaux horizons théoriques auxquels il est peu habitué. C'est à cette tâche que s'attarde la section suivante. C'est donc au sein de la pensée complexe d'Edgar Morin, de la théorie de l'acteur-réseau et du cosmopolitisme méthodologique qu'il convient, selon

nous, de rechercher de nouvelles voies/voix pour repenser les espaces de gouvernance globale, le rôle des organisations internationales et leur théorisation dans les Relations internationales.

1.2 NOUVEAUX APPORTS THÉORIQUES NOUS PERMETTANT DE PROBLÉMATISER LES RELATIONS INTERNATIONALES ET LA GOUVERNANCE GLOBALE

Bien que les différentes approches théoriques du champ des Relations internationales présentées précédemment peuvent fournir certains outils analytiques pertinents permettant d'offrir un cadre analytique pour nos apports empiriques présentés aux chapitres 4, 5 et 6, il nous apparaît nécessaire de se tourner vers d'autres sources dans le champ des sciences sociales, étant entendu que les relations internationales sont, *in fine*, des relations sociales. Pour ce faire, nous avons recours à la pensée complexe d'Edgar Morin, à la théorie de l'acteur-réseau et au cosmopolitisme méthodologique. Ces approches et théories permettent selon nous de porter un regard nouveau sur plusieurs phénomènes observés dans le domaine de la gouvernance globale de la santé, en mettant notamment en évidence qu'il est nécessaire de recréer les liens entre les sphères sociales, non pas en les déconstruisant ou en les séparant, mais en proposant une nouvelle formulation dénationalisée de cette gouvernance. C'est à ce cadre théorique que s'adosse notre recherche.

1.2.1 LA PENSÉE COMPLEXE D'EDGAR MORIN ET LA THÉORIE DE LA COMPLEXITÉ

Ce qu'il est tout d'abord nécessaire de reconnaître, selon nous, pour poser les bases d'une nouvelle compréhension théorique des relations internationales, c'est précisément la *complexité* des relations qui s'établissent entre États et organisations internationales dans le cadre de la gouvernance globale. Pour ce faire, il convient de retourner à ce qu'Edgar Morin et d'autres ont appelé la théorie de la complexité ou la pensée complexe (Morin, 1990 ; 1995 ; 2004 ; Morin & Le Moigne, 1999 ; Delanda, 2006 ; Bousquet & Curtis, 2011). Une nuance de taille s'impose toutefois : le terme complexité est utilisé ici non pas dans le sens de « difficile à comprendre » ou de compliqué, mais bien dans le sens d'ouverture d'esprit pour tisser des liens entre des objets représentés comme distincts. Comme le rappelle Morin, « [o]n dit de plus en plus souvent 'c'est complexe' pour éviter

d'expliquer. Il faut ici faire un véritable renversement et montrer que la complexité est un défi que l'esprit doit et peut relever » (Morin, 1999 ; 2004). Il ne faut donc pas se laisser bernier par le sens courant du terme complexité trop souvent confondu avec la complication, « [l]'idée de complexité était beaucoup plus répandue dans le vocabulaire courant que dans le vocabulaire scientifique. Elle portait toujours en connotation un avertissement à l'entendement, une mise en garde contre la clarification, la simplification, la réduction trop rapide » (Morin, 1990, p. 47). Dans le cadre de la théorie de la complexité et de la pensée complexe, le terme complexité réfère ainsi à l'idée d'entremêlement et de liaison des facteurs, éléments ou champs d'analyse qui sont généralement représentés comme distincts. Comme le rappelle Morin :

[q]uand je parle de complexité, je me réfère au sens latin élémentaire du mot 'complexus', 'ce qui est tissé ensemble'. Les constituants sont différents, mais il faut voir comme dans une tapisserie la figure d'ensemble. Le vrai problème (de réforme de pensée) c'est que nous avons trop bien appris à séparer. Il vaut mieux apprendre à relier. Relier, c'est-à-dire pas seulement établir bout à bout une connexion, mais établir une connexion qui se fasse en boucle. Du reste, dans le mot relier, il y a le 're', c'est le retour de la boucle sur elle-même. Or la boucle est autoproduitive. À l'origine de la vie, il s'est créé une sorte de boucle, une sorte de machinerie naturelle qui revient sur elle-même et qui produit des éléments toujours plus divers qui vont créer un être complexe qui sera vivant. Le monde lui-même s'est autoproduit de façon très mystérieuse. La connaissance doit avoir aujourd'hui des instruments, des concepts fondamentaux qui permettront de relier. (Morin, 1995a, cité dans Dupuich-Rabasse, 2006, pp. 70-71)

Nous ne sommes évidemment pas les premiers à avoir qualifié la gouvernance globale ou les Relations internationales de « complexes ». Plusieurs auteurs ont utilisé certains aspects de la théorie de la complexité ou des systèmes adaptatifs complexes¹⁶ pour traiter du champ des Relations internationales (voir par exemple Hurrell (2007, pp. 95-117), Axelrod (1984), Jervis (1997), Cederman (1997), Kavalski (2007) ou Rosenau (1990)). Ces auteurs réfèrent généralement à l'idée d'une multitude d'acteurs qui interagissent dans la gouvernance globale dans une perspective d'interdépendance ou à leur émergence de manière non linéaire, c'est-à-dire ne s'établissant pas selon une chronologie évolutive entre États nationaux et gouvernement mondial. Ces auteurs se concentrent ainsi principalement sur les

¹⁶ Un système adaptatif complexe se caractérise fondamentalement par une ouverture à l'environnement (système ouvert) qui modifie la forme potentielle du système (émergence).

aspects les plus conventionnels de la théorie de la complexité¹⁷ inspirée de la cybernétique, des systèmes adaptatifs complexes et des développements de la complexité dans le domaine des sciences naturelles, à l'exception toutefois de Bousquet et Curtis (2011) qui ont poussé beaucoup plus loin l'analyse de la complexité dans les Relations internationales.

L'application de la théorie de la complexité aux Relations internationales a amené certains à suggérer que cela allait permettre l'émergence d'un « cinquième débat » dans cette discipline (Kavalski, 2007). La théorie de la complexité a ainsi été interprétée comme pouvant faire le lien entre les approches positivistes et postpositivistes (Bousquet & Geyer, 2011, p. 2). Cette théorie, bien que multiple et variée¹⁸, se concentre autour de l'idée de non-linéarité¹⁹, d'émergence²⁰, de système ouvert²¹ et d'auto-organisation²² dans l'étude des phénomènes sociaux (Bousquet & Geyer, 2011, p. 2 ; Bousquet & Curtis, 2011, p. 46). Elle a été associée à certaines théories de l'interdépendance en Relations internationales avec Rosenau (1990) par exemple, et des systèmes de gouvernance multi-acteurs de Jervis (1997). De manière générale, l'application de la théorie de la complexité aux Relations internationales « [...] deals with inter-dependencies between objects of a system - or

¹⁷ À distinguer de la « pensée complexe », qui est propre à Edgar Morin. La théorie de la complexité au sens traditionnel s'inspire de développements en sciences de la nature et est fondée sur l'idée de non-linéarité, d'émergence, de boucle de rétroaction, de la cybernétique et de la théorie des systèmes (le systémisme). De cette conception a émergé une application de la complexité aux sciences sociales et aux Relations internationales. Pour Bousquet et Geyer par exemple, « [c]omplexity is best thought of as the array of concepts, methods and intuitions that emerged piecemeal from an engagement with specific non-linear, adaptive, emergent and/or self-organizing phenomena/problems that revealed the limitations of existing scientific approaches. While a definite coherence unites all of these, complexity remains as much of an open system as those that it takes for its object of study » (Bousquet & Geyer, 2011, pp. 1-2). Pour un historique de la théorie de la complexité dans les sciences, voir par exemple Gleick (1998).

¹⁸ Waldby a souligné, par exemple, que « [c]omplexity theory is not a unified body of theory (Thrift 1999); it is an emerging approach or framework. It is a set of theoretical and conceptual tools; not a single theory to be adopted holistically. Complexity notions have developed across a range of disciplines, both natural and social sciences, from ecology to mathematics (Capra 1997; Maturana et Varela 1980; Waldrop 1992). » (Walby, 2007, p. 456 ; aussi cité dans Bousquet & Curtis, 2011, p. 45).

¹⁹ La non-linéarité se comprend comme « [...] phenomena or systems [...] which do not display proportionality between input and output, and in which small influences can result in large effects » (Bousquet & Curtis, 2011, p. 46).

²⁰ L'émergence concerne la mise en place de structures élaborées provenant de l'interaction d'éléments simples, c'est-à-dire dont le tout est plus que la somme des parties (Bousquet & Curtis, 2011, p. 47).

²¹ C'est-à-dire une situation d'échange avec son environnement, et qui se constitue de par cette interaction.

²² L'auto-organisation se caractérise par « [...] the process by which the autonomous interaction of individual entities results in the bottom-up emergence of complex systems » (Bousquet & Curtis, 2011, p. 47).

between systems as objects of a larger system - and with the way they interact, connect and organize into higher forms (Lee 1997) » (Geller, 2011, p. 65).

La théorie de la complexité a mis en lumière la nécessité de recréer les liens entre les sphères sociales – économique, politique, juridique, etc. – et a amené l'idée d'émergence et de non-linéarité des mécanismes de gouvernance, en soulignant que ceux-ci ne représentent pas une évolution ou prolongation de la souveraineté nationale dans l'espace globale. Bousquet et Curtis affirment en ce sens que la théorie de la complexité « [...] offers the conceptual language and methodological tools for an age characterized by patterned global flows and the interpenetration of non-contiguous societies » (Bousquet & Curtis, 2011, p. 48). La théorie de la complexité représente dans cette perspective une alternative aux analyses des Relations internationales qui prennent pour acquis certains objets ontologiques comme les États et les organisations internationales sans en comprendre l'émergence et le mode d'interaction, soit ce qui leur donne cohérence et uniformité. La théorie de la complexité a ainsi permis d'orienter l'analyse autour d'une « ontologie processuelle et relationnelle » (Bousquet & Curtis, 2011, p. 48) qui permet d'analyser l'émergence des acteurs par l'intermédiaire de leurs relations et connexions avec d'autres acteurs. C'est en fonction de ces éléments que la théorie de la complexité a été entendue comme permettant la mise en place des assises d'un « changement paradigmatique » (Ali, 2004), en restant toutefois, selon nous, ancrée dans une épistémologie relativement positiviste, limitant les modes d'analyse et de compréhension des relations internationales.

Bien que notre analyse retienne certains aspects de la théorie de la complexité comprise dans son sens général, notamment en ce qui concerne l'analyse qui en a été faite par Bousquet et Curtis (2011), nous entendons dès lors nous concentrer ici principalement sur ce qu'Edgar Morin a appelé la « pensée complexe ». Morin a produit un corpus théorique original qui s'est autonomisé et a différé largement de ses origines et fondements, puisés dans les sciences naturelles et dans la théorie de la complexité. Car c'est dans l'application de la pensée complexe d'Edgar Morin aux théories des Relations internationales que sont à trouver selon nous les outils les plus pertinents pour repenser cette discipline, et non pas dans les déclinaisons de la théorie de la complexité classique limitées par son épistémologie positiviste. Aucune étude n'a jusqu'à maintenant abordé les Relations internationales selon

l'approche de la pensée complexe de Morin, outre les quelques allusions au travail de Morin qu'on retrouve dans Bousquet et Curstis (2011, pp. 57-58). Cette thèse vise principalement à combler cette lacune. À l'instar de ces deux auteurs (*ibid*), nous croyons donc que la pensée d'Edgar Morin représente une des évolutions les plus prometteuses issues de la théorie de la complexité dans son application aux sciences sociales puisqu'elle est fondamentalement ouverte, critique et réflexive²³, ce qui faisait défaut à la théorie originelle de la complexité lorsqu'appliquée dans la logique issue de son interaction passée avec les sciences naturelles.

Pour Morin, c'est à travers ce qu'il appelle la « pensée complexe », qu'il qualifie d'approche et non de théorie²⁴, rejoignant à ce titre l'approche poststructuraliste en Relations internationales, qu'il est possible d'élaborer des mécanismes analytiques pour comprendre de manière complète les phénomènes sociaux. Selon lui, la complexité représente « [...] un tissu (*complexus* : ce qui est tissé ensemble) de constituants hétérogènes inséparablement associés : elle pose le paradoxe de l'un et du multiple. [...] [L]a complexité est effectivement le tissu d'événements, actions, interactions, rétroactions, déterminations, aléas qui constituent notre monde phénoménal » (Morin, 1990, p. 21). La pensée complexe porte donc le regard sur l'entremêlement qui crée du sens, et non pas sur le sens à proprement parler des choses²⁵. Cette distinction est importante puisqu'elle permet d'analyser la gouvernance globale non pas par les institutions, ontologiquement prédéfinies, qui la composent, mais plutôt par les structures qui sont issues du tissage des différentes pratiques et actions de gouvernance.

²³ Morin rappelle ainsi dans son 4^e tome de *La Méthode* que « [n]ous avons besoin [...] d'une nouvelle génération de théories ouvertes, rationnelles, critiques, réflexives, autocritiques, aptes à s'auto-réformer, voire à s'autorévolutionner » (Morin, 1995b). Nous essayons ici de poser les bases d'une telle approche pour les Relations internationales.

²⁴ Le terme « approche » est, selon Morin, moins réducteur que celui de « théorie » en raison de la nature idéologique et fermée des théories, ce qui distingue notamment Morin des penseurs de la théorie de la complexité.

²⁵ C'est ce qui le distinguera, sans s'en couper totalement, des approches poststructuralistes en Relations internationales qui se sont concentrées sur la construction discursive du réel.

Pour Morin, il faut apprendre à relier les connaissances et non à les délier ou les déconstruire²⁶. Il faut limiter l'opposition entre acteurs, systèmes, théories, objets, ce qui ne signifie pas que tout se confonde, mais bien qu'il est nécessaire d'analyser les différents éléments d'un système non pas dans leur distinction, mais dans leur liaison. Il faut dans cette perspective caractériser les « interactions permanentes du système » (Morin, 1990, p. 48) ainsi que les « boucles autoproductives » (Morin, 1995a, cité dans Dupuich-Rabasse, 2006, pp. 70-71). Cette idée de Morin s'oppose à ce qu'il appelle le « principe de disjonction, de réduction, et d'abstraction » ainsi que le « paradigme de la simplification » (Morin, 1990, p. 18). Cette caractéristique de la pensée complexe a, pour Morin, un caractère paradigmatique :

[...] au paradigme de disjonction/réduction/unidimensionnalisation, il faudrait substituer un paradigme de distinction/conjonction qui permette de distinguer sans disjointre, d'associer sans identifier ou réduire. Ce paradigme comporterait un principe dialogique, qui intégrerait la logique classique tout en tenant compte de ses limites *de facto* (problèmes de contradictions) et *de jure* (limite au formalisme). Il porterait en lui le principe de l'*Unitas multiplex*, qui échappe à l'Unité abstraite du haut (holisme) et du bas (réductionnisme). (Morin, 1990, p. 23)

La principale conséquence analytique de ce mode de liaison des connaissances est que les phénomènes sociaux doivent être analysés selon une perspective *pluridisciplinaire*. Pour la pensée complexe, l'objectif est donc d'offrir un cadre de résistance à la tendance à l'enfermement disciplinaire propre à l'ensemble des sciences et qui n'a pas épargné les Relations internationales : « [...] le principe de disciplines qui découpent au hachoir l'objet complexe, lequel est constitué essentiellement par les interrelations, les interactions, les interférences, les complémentarités, les oppositions entre éléments constitutifs dont chacun est prisonnier d'une discipline particulière » (Morin, 1973, p. 29). Cette disciplinarisation est, dans la perspective de la pensée complexe, une source majeure de confusion analytique. Pour Morin, « [l]a cause profonde d'erreur n'est pas dans l'erreur de fait (fausse

²⁶ Morin souligne à ce sujet qu'il se qualifie de co-constructiviste : « [...] je voudrais dire quelque chose sur ce que l'on appelle le constructivisme, qui consiste à dire que notre conception de la réalité extérieure est construite par notre esprit. Je suis co-constructiviste, c'est-à-dire que je parle de la collaboration du monde extérieur et de notre esprit pour construire la réalité » (Morin, 2008). Cette recherche de « reconstruction » se retrouve également, bien que ce ne soit pas généralisé, dans certains travaux issus de l'approche poststructuraliste en Relations internationales (voir notamment Connolly (1989)).

perception) ou l'erreur logique (incohérence), mais dans le mode d'organisation de notre savoir en système d'idées, théories, idéologies) » (Morin, 1990, p. 15) appartenant à des disciplines représentées comme séparées²⁷. Les différentes disciplines ont ainsi évolué comme si elles possédaient une forme de monopole sur leur objet d'étude, comme si le prisme de la connaissance ne pouvait être abordé que par une seule de ses facettes à la fois. Morin rappelle que :

[L]a vision non complexe des sciences humaines, des sciences sociales, est de penser qu'il y a une réalité économique, d'un côté, une réalité psychologique de l'autre, une réalité démographique de l'autre, etc. On croit que ces catégories créées par les universités sont des réalités, mais on oublie que dans l'économie par exemple, il y a les besoins et les désirs humains. Derrière l'argent, il y a un monde de passions, il y a la psychologie humaine. [...] La dimension économique contient les autres dimensions et on ne peut comprendre nulle réalité de façon unidimensionnelle. (Morin, 1990, p. 93)²⁸

Pour établir cette forme de problématisation théorique, il est nécessaire de dépasser la séparation établie entre les différentes sphères d'actions sociales (économie, politique, juridique, santé publique, etc.) qui, lorsqu'elle est reproduite, oblitère les formes complexes d'interaction en les faisant passer pour inévitables, apolitiques ou neutres, c'est-à-dire que ces interactions sont naturalisées et donc dépolitisées. Comme l'avait par exemple rappelé Habermas en ce qui concerne la distinction entre économie et politique, on écarte de la sorte les conséquences des activités de ces sphères, perçues comme distinctes, sur d'autres secteurs (Habermas, 2000), comme la santé dans le cas qui nous intéresse ici. Il faut donc repenser les fondements théoriques sur lesquels se base notre compréhension du système international en réintégrant les champs économique, politique, juridique, etc. dans la compréhension des organisations internationales et de la gouvernance globale.

²⁷ Cette caractéristique a, selon nous, fortement ancré les Relations internationales dans un mode d'analyse dichotomique en raison de l'incapacité de ses différentes théories à établir des liens entre elles et avec d'autres disciplines ou champs sociaux, ce qui est vrai toutefois pour beaucoup d'autres champs ou disciplines.

²⁸ Cet argument résonne avec notre analyse empirique de la gouvernance globale de la santé, présentée aux chapitres 4, 5 et 6, à travers laquelle nous avons constaté que c'est précisément la séparation et la non-prise en compte de l'interaction entre les champs économique, politique, juridique et épidémiologique qui a induit les différentes pratiques de gouvernance. L'OMS et le RSI s'inscrivaient ainsi dans un cadre plus général de protection, promotion et reproduction du libre-échange, de la mondialisation et de l'économie de marché. Le rôle du secteur privé comme cadre de gouvernance n'a pas non plus été pris en compte en raison de cette incapacité à lier les différents champs sociaux dans les Relations internationales. Nous reviendrons spécifiquement sur ces éléments aux chapitres qui suivent.

Un autre apport fondamental de la pensée complexe est qu'elle permet la compréhension des phénomènes sociaux en termes « d'éco-auto-organisation » et « d'éco-système » (Morin, 2004), c'est-à-dire en tant que systèmes qui s'articulent de manière autonome, mais en étant en relation avec son environnement. Pour Morin, il ne faut donc pas penser les systèmes comme des entités closes, mais plutôt comme des entités « organisant leur clôture », donc leur relation avec l'extérieur et leur environnement dans une *perception* de système clos et fini (Morin, 1990, p. 31). Cet élément montre l'importance de comprendre les phénomènes sociaux comme des systèmes ouverts en forte interaction et interconnexion avec leur environnement (Bousquet & Curtis, 2011, p. 45) et dont les formes et natures s'acquièrent par cette interaction avec leur environnement.

Avec l'idée de système ouvert de Morin, la pensée complexe s'oppose ici à la classification qui caractérise les systèmes clos, pour permettre plutôt une ouverture aux interactions avec d'autres systèmes, ce qui permet de dépasser les analyses catégorielles. C'est pourquoi, pour Morin, il est nécessaire de penser par « constellation » de concepts, c'est-à-dire que « [...] les concepts ne se définissent jamais par leurs frontières, mais à partir de leur noyau » et interagissent entre eux dans leur compréhension et entendement (Morin, 1990, p. 98). Cette idée rejoint le concept de « hybridation » de Mattei Dogan (1996), concept qui met en évidence que l'innovation et l'évolution disciplinaire se font à partir de croisements aux frontières des disciplines. C'est cette caractéristique des systèmes ouverts qui permet la mise en place de systèmes autoréflexifs pouvant s'adapter et se corriger « [...] en portant consubstantiellement un principe d'incertitude et d'auto-référence, il [l'effort théorique de la complexité] porte en lui un principe auto-critique et auto-réflexif ; à travers ces deux traits, il porte déjà en lui-même sa propre potentialité épistémologique » (Morin, 1990, p. 61). C'est à notre avis ce caractère réflexif qui permet de penser au-delà des dichotomies traditionnelles des Relations internationales²⁹. Dans cette perspective autant ontologique qu'épistémologique :

²⁹ Selon nous, la construction disciplinaire des Relations internationales se structure au travers de la pérennisation de différentes dichotomies qui persistent, peu importe les approches. Ces dichotomies sont entre autres : État/Institution internationale, guerre/paix, économique/politique, national/international, *policy-relevant*/constructivisme, critique/non critique, réalité matérielle/langage, etc. La pensée complexe permet à notre avis d'établir un cadre analytique qui dépasse les oppositions dichotomiques.

[...] on voit que les alternatives classiques perdent leur caractère absolu, ou plutôt changent de caractère : au ‘ou bien/ou bien’ se substitue à la foi un ‘ni/ni’ et un ‘et/et’. [...] En effet, le réductionnisme a toujours suscité par opposition un courant ‘holiste’ fondé sur la prééminence du concept de globalité ou de totalité ; mais toujours, la totalité n’a été qu’un sac de plastique enveloppant n’importe comment, et enveloppant trop bien : plus la totalité devenait pleine, plus elle devenait vide. Or ce que nous voulons dégager, au-delà du réductionnisme et du holisme, c’est l’idée d’unité complexe, qui lie la pensée analytique-réductionniste et la pensée de la globalité, dans une dialectique [...]. (Morin, 1990, p. 72)

Une telle perspective nous invite à comprendre la gouvernance comme une forme particulière d’éco-système se trouvant en interaction avec un environnement dominant qui, dans le cadre de la gouvernance globale de la santé, se trouve au niveau de l’économie de marché néolibérale. Évidemment, l’environnement économique et les mécanismes de gouvernance de la santé s’influencent mutuellement, mais la nature des mécanismes en place à un moment donné y puise ses caractéristiques fonctionnelles et organisationnelles³⁰. L’environnement d’un système est donc fondamental à la compréhension de sa *pratique*, ce que peu de théories des Relations internationales ont su intégrer à leur cadre analytique. L’approche que nous développons à la conclusion de cette thèse, et en réaction à nos observations empiriques, tente de prendre en considération cette importance de l’environnement dans lequel s’instituent les mécanismes de gouvernance supranationaux.

Cela ne signifie pas que nous réifions le *contexte* et *l’action* de la gouvernance, mais bien que les deux coévoluent ensemble par l’intermédiaire de ce que Morin a appelé le concept de « récursion organisationnelle » selon lequel : « [l]a société est produite par les interactions entre les individus, mais la société une fois produite, rétroagit sur les individus et les produits », ajoutant que « [...] nous sommes à la fois produits et producteurs » (Morin, 1990, p. 100). Cette coévolution passe par des boucles de rétroaction qui peuvent soit corriger, soit amplifier les caractéristiques d’un système, soulignant de la sorte le dynamisme, négatif ou positif, des processus sociaux.

³⁰ Un environnement caractérisé par la domination de l’économie de marché engendre des pratiques tout à fait différentes d’un environnement qui serait dominé, par exemple, par des questions de droits humains ou de bien public (ce qui n’est pas le cas, comme nous le verrons au chapitre 3, *infra*), spécifiquement en raison de l’interaction entre les mécanismes de gouvernance et leur environnement, ce que Morin qualifie d’éco-système ou d’auto-éco-organisation.

La pensée complexe se fonde également sur ce que Morin a appelé « l'émergence », c'est-à-dire que le tout représente plus que la somme de ses parties³¹ (Morin & Le Moigne, 1999). Cette idée permet notamment la possibilité d'entendement d'un système *non totalisant* qui représente tout de même un système, c'est-à-dire que chacune des parties conserve un caractère autonome en étant toutefois intégrée dans un cadre plus large. Ali souligne à ce sujet que « [...] l'organisation en système produit des qualités ou propriétés inconnues des parties conçues isolément : les émergences. Les propriétés inconnues à l'échelle des constituants émergent dans et par cette organisation » (Ali, 2004, p. 107). En ce sens, souveraineté et gouvernance globale ne s'opposent pas, mais représentent plutôt différents espaces de relations. Les États induisent directement, comme nous l'avons démontré empiriquement, les mécanismes de suprasouveraineté, mais la gouvernance globale n'est pas constituée que par la somme des éléments accordés par les États – au travers, par exemple, d'un instrument juridique international comme le RSI de 2005. Autrement dit, et comme le rappelle Morin, le tout est plus grand que la somme de ses parties (Morin, 2004). Le résultat de la gouvernance dépasse ainsi les impulsions originelles, mais pas nécessairement ou uniquement au travers d'une certaine sociologie des bureaucraties comme l'avaient souligné Barnett et Finnemore (1999) ; mais plutôt parce que les implications du RSI ne se limitent pas au cadre inscrit dans ce texte. Elles résultent d'une interaction complexe avec son environnement – l'économie de marché néolibérale dans le cas de la gouvernance globale de la santé –, qui, lui, stimule l'interaction avec d'autres acteurs qui n'ont pas été pris en compte par la structure originelle de gouvernance.

Enfin, la pensée complexe accorde une place importante au langage comme élément analytique, en apportant toutefois une nuance importante. Morin reconnaît que le langage est fondamental à la constitution et l'avènement de la compréhension des phénomènes sociaux. Comme il le reconnaît lui-même :

[l]e langage humain est polyvalent et polyfonctionnel. Il exprime, constate, décrit, transmet, argumente, dissimule, proclame, prescrit (les énoncés 'performatifs' et 'illocutoires'). Il est présent dans toutes les opérations cognitives, communicatives,

³¹ Cette conception est fondée sur l'idée que « [c]omplexity is particularly sensitive to systemic properties and relationships, rejecting the reductionist assertion that complex systems can be wholly understood through the analysis of their constituent parts. » (Bousquet & Curtis, 2011, p. 45)

pratiques. Il est nécessaire à la conservation, la transmission, l'innovation culturelle. Il est consubstantiel à l'organisation de toute société [...]. (Morin, 1995b, p. 161).

Selon lui, certaines approches en sciences sociales, en lien avec le « tournant linguistique »³², ont simplifié le langage comme outil analytique dans les sciences sociales : « [c]omme tout passe par le langage, on tend soit à en faire un simple instrument de transmission, voire une passoire, soit à en faire la réalité humaine clé et à l'hypostasier » (*ibid*). La domination du langage³³, tant dans ses aspects structuraux – la linguistique structurale comme « clé des structures sociales » (*ibid*) – que dans la construction des phénomènes sociaux – *speech act*, tournant linguistique, performativité, etc. – oblitère l'interaction, propre à la pensée complexe, qui s'installe entre la réalité et le langage³⁴. Morin rappelle ainsi qu'« [i]l s'est donc passé un phénomène troublant dans le monde des idées de notre siècle : la croyance qu'on pouvait enfermer la problématique épistémologique, philosophique, anthropologique, sociologique dans celle du langage devenu l'être même de toute réalité humaine » (*idem*, p. 162). Pour Morin, le langage et la réalité ne s'opposent pas, ni ne se confondent, mais sont interreliés dans la production du sens. Il y a, selon lui, plutôt une « circulation » entre langage et réalité matérielle qui permet :

[...] de comprendre le processus de doctrinarisation et d'idéologisation qui aboutit à transcendantaliser le langage. Mais, selon la conception complexe exposée dans ce travail, la reconnaissance de la réalité objective et autonome du langage n'exclut ni l'esprit/cerveau humain qui en est le producteur, ni le sujet qui en est le locuteur, ni les interactions culturelles et sociales où il prend de l'existence et de l'être. *Il nous faut penser circulairement que la société fait le langage qui fait la société, que l'homme fait*

³² En référence au « tournant linguistique » qui a marqué les relations internationales (Fierke, 2002 ; Neumann, 2002). Pour une analyse de l'impact du langage et de la langue dans la construction disciplinaire des Relations internationales, voir par exemple Blouin Genest & Grondin (2010).

³³ Morin ajoute à ce sujet que : « [L]orsque Wittgenstein voulut situer le problème clé de la connaissance, il déplaça la question du knowing dans celle du meaning. À sa suite, la philosophie analytique a cru, en s'ancrant dans la linguistique, quitter les sables mouvants du philosophisme pour acquérir la rigueur scientifique, et elle a intégré le problème de la pensée dans celui du langage. Du côté des sciences humaines, le modèle issu de la linguistique structurale a déterminé l'essor du courant structuraliste où la structure du langage donne la clé des structures sociales. Devenu souverain, le langage apparut alors comme le père de toutes choses humaines et locuteur de toutes paroles. » (Morin, 1995b, pp. 161-162)

³⁴ C'est dans cette perspective notamment qu'il a été suggéré que la pensée complexe et la théorie de la complexité représentaient une voie mitoyenne entre positivisme et postpositivisme (Bousquet & Geyer, 2011).

le langage qui fait l'homme, que l'homme parle le langage qui le parle. (ibid – nous soulignons)

Le principal apport de la pensée complexe de Morin est donc qu'il permet de dépasser les cadres d'analyse oppositionnelle dichotomique qui ont marqué les théories des Relations internationales. Cet apport se fonde sur les relations, et non les oppositions, qui marquent son positionnement épistémologique, ontologique et méthodologique. Cette attention portée à la liaison et l'interaction provient de l'importance de l'organisation des systèmes en réseaux qui caractérisent la pensée complexe de Morin.

1.2.2 LA THÉORIE DE L'ACTEUR-RÉSEAU, OU COMMENT PENSER L'ORGANISATION DES SYSTÈMES AU-DELÀ DES MÉTAPHORES

Dans ses travaux, Michel Foucault avait su habilement démontrer que le statut d'évidence et de vérité de certains objets résultait en fait de complexes relations et connections avec d'autres systèmes, structures, objets (Foucault, 2001a, p. 841). Foucault avait anticipé, sans le savoir, le raisonnement fondateur de ce qui deviendra la théorie de l'acteur-réseau³⁵. Celui-ci est intrinsèquement lié à la pensée complexe de Morin, car c'est précisément l'organisation en réseau qui est à la base des premiers développements du systémisme, de la cybernétique et de la théorie de la complexité ayant inspiré Morin. La théorie de l'acteur-réseau représente dans cette perspective la clé de voûte d'une nouvelle architecture conceptuelle et théorique des théories des Relations internationales et de la gouvernance globale³⁶.

Nous sommes toutefois conscients des différents problèmes associés au concept de « réseau » et à son utilisation dans les sciences sociales, particulièrement dans les Relations

³⁵ La théorie de l'acteur-réseau s'est articulée majoritairement autour de Bruno Latour, John Law et Michel Callon.

³⁶ La théorie de l'acteur-réseau a été très peu analysée pour ses apports potentiels aux Relations internationales, ce qu'il ne faut pas confondre avec le concept de réseau traditionnel qui lui, a trouvé moult applications dans ce champ disciplinaire. Pour une application de la théorie de l'acteur-réseau aux Relations internationales, voir, par exemple, Büger et Gadinger (2007), Büger (2007) et Legg (2009). Il est aussi à noter que le concept traditionnel de réseau a été utilisé pour analyser le GOARN (Ansell, Sondorp & Stevens, 2012), sans toutefois amener, à notre avis, d'apports majeurs à la compréhension de cette structure de surveillance.

internationales. Comme l'a signalé Latour, il est utilisé ici dans son sens originel, associé à la théorie de l'acteur-réseau, référant à une série de transformations impliquant plusieurs acteurs desquels émerge une certaine cohérence, et non pas pour son utilisation courante et générale comme une forme de « [...] transport without deformation, an instantaneous, unmediated access to every piece of information » (Latour, 1999, p. 15). Le concept de réseau ne doit donc pas être entendu pour sa composante métaphorique – dans le sens d'une association d'éléments, comme dans le cas des réseaux Internet ou de transport –, mais plutôt pour le processus d'émergence qui résulte de l'interaction *et* transformation des acteurs d'un réseau.

Cette compréhension particulière des phénomènes sociaux et politiques est ce qui permet, à notre avis, de dépasser l'opposition macro/micro – que l'on trouve par exemple dans la dichotomie État/gouvernance globale – en soulignant que les relations, mouvements et processus qui structurent l'apparence d'uniformité des entités analysées proviennent de l'interaction et de la liaison de ces différents éléments (Latour, 1999, p. 16-7). La théorie de l'acteur-réseau représente, en ce sens, une approche non fondationnaliste, la plaçant d'une certaine façon en résonance avec le poststructuralisme, sans toutefois s'y confondre, notamment par l'importance réduite qu'elle accorde au langage. À la manière de la pensée complexe de Morin, la théorie de l'acteur-réseau n'est ni structuraliste, ni constructiviste, mais plutôt relationnelle : « ANT [actor network theory] privileges neither natural (realism) nor cultural (social constructivism) accounts of scientific production, asserting instead that science is a process of heterogeneous engineering in which the social, technical, conceptual, and textual are puzzled together (or juxtaposed) and transformed (or translated). »³⁷ (Ritzer, 2005, p. 1)

L'émergence des systèmes est ici aussi produite par l'intermédiaire de réseaux qui ne sont ni uniquement discursifs, ni uniquement matériels. Dans cette perspective, la théorie de l'acteur-réseau se fonde sur ce que Ritzer a appelé une « matérialité relationnelle » (Ritzer, 2005, p. 1), c'est-à-dire que la forme d'un système émane de sa relation avec les autres

³⁷ C'est ce qui fait, selon nous, que la théorie de l'acteur-réseau et la pensée complexe de Morin sont profondément complémentaires, ce qui n'a jamais fait l'objet de recherche et analyse, à part chez Morin lui-même, mais de manière indirecte.

objets, structures ou systèmes – qui eux aussi acquièrent leur forme par cette relation/interaction – et non dans des relations oppositionnelles ou uniquement par le langage. Latour souligne à ce sujet que :

[a]n actor-network is traced whenever, in the course of a study, the decision is made to replace actors of whatever size by local and connected sites instead of ranking them into micro and macro. The two parts are essential, hence the hyphen. The first part (the actor) reveals the narrow space in which all of the grandiose ingredients of the world begin to be hatched; the second part (the network) may explain through which vehicles, which traces, which trails, which types of information, the world is being brought inside those places and then, after having been transformed there, are being pumped back out of its narrow walls. *This is why the hyphenated 'network' is not there as a surreptitious presence of the Context, but remains what connects the actors together.* Instead of being, like Context, another dimension giving volume to a too narrow and flat description, it allows the relations to remain flat and to pay in full the bill for the 'transaction costs'. It's not that there are a macro-sociology and a micro-sociology, but that there are two different ways of envisaging the macro-micro relationship: the first one builds a series of Russian Matryoshka dolls - the small is being enclosed, the big is enclosing; and the second deploys connections - the small is being unconnected, the big one is to be attached. (Latour, 2005, pp. 179-180 – nous soulignons)

La théorie de l'acteur-réseau accorde ainsi une grande importance aux éléments non humains dans le réseau, au sens où le statut d'acteur n'y est pas réservé qu'aux humains ou à leur association, mais peut intégrer la question des ressources matérielles et financières, des structures bureaucratiques, des facteurs techniques, etc. C'est pourquoi la théorie de l'acteur-réseau va plutôt parler « d'actant » et non pas seulement « d'acteur » pour caractériser les éléments évoluant en réseau³⁸.

Par conséquent, la théorie de l'acteur-réseau, par l'intégration des facteurs non humains comme l'information, s'inscrit dans le cadre plus général d'une étude des forces *et* formes de pouvoir :

[w]ithin all sociotechnical networks, relational effects result from disputes between actors, such as attempts at the advancement of a particular program, which necessarily

³⁸ L'importance des facteurs non humains dans les réseaux s'est révélée dans notre analyse par l'intermédiaire du rôle joué par l'information dans la gouvernance globale de la santé. L'information y a tenu le rôle de cadre organisationnel qui a structuré les modes de gouvernance. L'information y représente un actant du réseau qui permet à la gouvernance globale de la santé d'atteindre une cohérence sans se poser en opposition aux autres systèmes de gouvernance, à commencer par les États-nations, mais plutôt en les liant et intégrant dans le réseau. Nous reviendrons en détail sur ces éléments aux chapitres 4, 5, 6 ainsi qu'à la conclusion.

results in social asymmetry. Therefore, ANT can also be considered a theory of the mechanics of power: the stabilization and reproduction of some interactions at the behest of others, the construction and maintenance of network centers and peripheries, and the establishment of hegemony. Rather than *power as possession, power is persuasion*, 'measured' via the number of entities networked. Power is generated in a relational and distributed manner as a consequence of ordering struggles. (Ritzer, 2005, p. 2 – nous soulignons)

Le concept de réseau permet ainsi de mettre l'accent sur l'interaction et les connexions qui donnent leur forme aux réseaux, et non pas le simple fait que les différentes entités soient connectées entre elles. Un réseau, ce n'est donc pas simplement les connexions entre différents acteurs, mais bien la forme qui résulte de ces connexions et qui, comme dans la pensée complexe de Morin, représente plus que la somme de ses parties. Suggérer que des acteurs soient connectés en réseau – ce qui a été fait dans les Relations internationales – est différent que de souligner que la forme actuelle d'une structure résulte de ses différentes connexions et interactions et que l'information y est modulée et transformée.

La théorie de l'acteur-réseau ne cherche donc pas, dans cette perspective, à créer de l'ordre, à aplanir les différences ou les oppositions, mais elle vise plutôt à comprendre selon quel type de connexions, avec quels acteurs, dans quel contexte émergent ces différences et ses oppositions. En ce sens, et dans une logique similaire à la pensée complexe de Morin, cette théorie n'est pas totalisante, car elle ne cherche pas à expliquer par homogénéisation, ce qui est le cas, à notre avis, avec plusieurs théories des Relations internationales, qu'elles soient critiques ou non. La théorie de l'acteur-réseau a plutôt comme objectif de faire vivre ces oppositions par leurs différentes connexions avec les autres actants : « [...] whereas universalists have to fill in the whole surface either with order or with contingencies, ANT [Actor-Network Theory] do not attempt to fill in what is in between local pocket of orders or in between the filaments relating these contingencies. » (Latour, 1996, p. 372)

Fondamental à ce processus de caractérisation des connexions entre les actants est ce qui a été nommé la « translation ». Comme le souligne Ritzer, la translation implique une déformation et une modification de l'information ou de l'énergie d'un système : « [t]ranslation (transport with deformation), as distinguishable from diffusion (transfer without distortion), is both a process and effect » (Ritzer, 2005, p. 2). Pour Callon, le processus de translation est fondamental pour comprendre le concept de réseau (Callon,

1986). La traduction se produit donc *dans*, et *par*, le réseau. Callon parle ainsi d'une forme de « sociologie de la translation » basée sur quatre moments clés : 1) la *problématisation*, c'est-à-dire l'établissement des différents acteurs et de leurs différentes identités, ainsi que le positionnement de l'énonciateur comme central au réseau. Il s'agit ici d'une forme particulière d'alliance autour d'une problématique où l'action d'un acteur peut bénéficier à tous (*idem*) ; 2) L'*intéressement*, qui réfère pour Callon à « [...] the group of actions by which an entity [...] attempts to impose and stabilize the identity of the other actors it defines through its problematization » (*idem*, pp. 207-208). L'intéressement représente donc la compétition pour attirer l'intérêt des acteurs face à une problématique précise ; 3) L'*enrôlement*, c'est-à-dire la transformation des questions/problématisations en affirmation, en assurance d'action qui vont permettre de sécuriser des ressources et des alliances. Callon souligne que : « [e]nrolment does not imply, nor does it exclude, pre-established roles. It designates the device by which a set of interrelated roles is defined and attributed to actors who accept them. Interesement achieves enrolment if it is successful. To describe enrolment is thus to describe the group of multilateral negotiations, trials of strength and tricks that accompany the interesements and enable them to succeed » (*ibid*); Enfin, 4) la *mobilisation* des alliés dans laquelle un certain ensemble d'acteurs vont être représentés afin de donner une apparence de légitimité et d'autorité au système. Comme nous le soulignons aux chapitres empiriques de cette thèse, la négociation, la pratique et la contestation de la gouvernance globale de la santé par l'OMS dans le cadre du RSI de 2005 ont été marquées par ces quatre moments clés.

Pour résumer, et pour reprendre les termes de Latour :

[...] to tell an actor-network story is to be able to capture those many connections without bungling them from the start by some a priori decision over what is the 'true size' of an interaction or of some social aggregate. As should be clear by now, ANT is first of all an abstract projection principle for deploying any shape, not some concrete arbitrary decision about which shape should be on the map. (Latour, 2005, p. 178)

Cette procédure demande de problématiser notre mode de réflexion et de catégorisation des objets qui ont marqué la discipline des Relations internationales, et au premier titre, ce que Ulrich Beck (2006) a appelé le « nationalisme méthodologique », c'est-à-dire la domination de l'État comme « concept analytique ». Notre problématisation des Relations

internationales doit donc selon nous se fonder, en complémentarité avec la pensée complexe et la théorie de l'acteur-réseau, sur ce que Beck a nommé le « cosmopolitisme méthodologique ».

1.2.3 LE COSMOPOLITISME MÉTHODOLOGIQUE ET SON DÉSENCLAVEMENT ANALYTIQUE³⁹

La pensée complexe et la théorie de l'acteur-réseau nous permet de problématiser la relation entre États et organisations internationales au-delà du vocabulaire limité, à certains niveaux, des théories des Relations internationales pour caractériser cette relation. Pour ce faire, il est toutefois nécessaire de faire explicitement appel à ce que Beck (2006) a appelé le cosmopolitisme méthodologique. Cette approche nous permet d'effectuer un décloisonnement et une ouverture des unités et des concepts d'analyse utilisés au-delà de la domination de l'État-nation comme variable ultime d'analyse. Ce décloisonnement théorique et conceptuel nécessite de faire appel à ce que Delanty (2009) a appelé « l'imagination cosmopolitique », c'est-à-dire un mode de pensée non limité ontologiquement par la domination de l'État-nation. Cette perspective exige d'établir une nouvelle « grammaire cosmopolitique » (Beck, 2006), et donc une syntaxe cosmopolitique à partir des pratiques, lieux ou espaces actuellement cosmopolitiques, mais dont le caractère n'est pas reconnu comme tel, précisément en raison d'une domination de l'État-nation comme fondement analytique.

Le cosmopolitisme, à travers ses différents usages et compréhensions, et bien souvent sans qu'il y soit directement fait référence, représente une des manières les plus populaires et répandues de penser la globalité au-delà d'une domination des cadres d'analyse nationaux. On a ainsi assisté, dans les dernières années, à un regain de popularité *des* cosmopolitismes⁴⁰ pour penser au-delà, mais également au travers, de l'État-nation en sciences sociales. Cet intérêt pour ce schème de pensée à la fois théorique, méthodologique

³⁹ Une partie des éléments présentés ci-dessous ont été publiés, sous une forme différente, dans Blouin Genest, Julien et Paquerot (2012).

⁴⁰ Pour une distinction des différents types de cosmopolitismes, voir Blouin Genest, Julien & Paquerot (2012, pp. 36-43).

et pratique s'explique entre autres, comme le rappelle Geneviève Nootens, dans la production d'un « [...] sentiment général d'appartenir à un même monde » (Nootens, 2010, p. 93) qui est de plus en plus visible – notamment avec les enjeux environnementaux globaux. L'explosion des nouvelles technologies de communication et d'information, qui façonnent toujours plus cette apparence de contraction du temps et de l'espace prétendument unique dans l'histoire des mondialisations, a également favorisé cette mise aux goûts 2.0 du cosmopolitisme.

Tiré de l'agrégation des termes grecs *kosmos* (monde, univers) et *polis* (cité, citoyenneté), le terme cosmopolitisme renvoie dans ses conceptions initiales à un double mouvement d'appartenance et de responsabilité à une communauté humaine dépassant les séparations politiques et sociales acceptées, mais évidemment contingentes et temporaires, entre cités, villes, régions, zones d'influences, Oummas et plus tard entre États. Avec des penseurs aussi divers qu'Érasme, Grotius, Kant, Emmanuel Levinas, David Held, Ulrich Beck, Jacques Derrida ou des événements historiques fondateurs comme la *Déclaration universelle des droits de l'homme*, transposition de la *Déclaration des droits de l'homme et du citoyen* elle-même héritée de la Révolution française, en passant par les réflexions de Marx et Engels sur le capitalisme, le cosmopolitisme ne peut en aucun cas être considéré comme un phénomène nouveau, et il s'est rendu jusqu'à nous en traînant avec lui ce bagage hétéroclite de valeurs et de références philosophico-historiques.

Bien que difficile à circonscrire dans une définition précise en raison de cette multiplicité de sens et références qui fondent son évolution conceptuelle, le cosmopolitisme peut toutefois être généralement entendu comme :

[...] un processus non linéaire, dialectique, dans lequel l'universel et le contextuel, le semblable et le différent, le global et le local doivent être appréhendés non pas comme des polarités culturelles, mais comme des principes étroitement liés et imbriqués l'un dans l'autre. [...] c'est une cosmopolitisation intérieure et intériorisée, qui surgit *de l'intérieur* même des sociétés nationales ou des cultures locales ; mais c'est aussi une cosmopolitisation [...] du soi et de la conscience nationale (Beck, 2006, p. 144)⁴¹.

⁴¹ On remarque ici la profonde résonance avec la pensée complexe de Morin et la théorie de l'acteur-réseau. Encore une fois, aucune analyse n'a jusqu'à maintenant étudié l'interaction entre ces trois approches, et encore moins leur lien avec les Relations internationales, ce que se propose précisément de faire cette thèse.

Plusieurs auteurs ont abordé ce qui a été appelé le cosmopolitisme critique – avec par exemple Bruce Robbins, Gerard Delanty, Jacques Derrida, etc. –, en référence au mouvement « critique » qui a marqué les sciences sociales au XX^e siècle. Le cosmopolitisme critique, qui se détache de l'idéal libéral et humaniste caractérisant les principaux courants traditionnels du cosmopolitisme – avec, par exemple, les travaux de David Held –, s'inscrit plutôt dans la perspective d'une étude des fondements épistémologiques et ontologiques de l'idée de cosmopolitisme en elle-même. Plutôt poststructuraliste dans la forme d'analyse, il s'agit ici en quelque sorte d'un cosmopolitisme qui peut être qualifié de « postuniversaliste » (Delanty, 2009), c'est-à-dire ne cherchant pas l'universalisation et l'effacement des différences dans l'unité. Selon Delanty, le cosmopolitisme critique s'articule au niveau de la tension entre le mondial et le local, entre l'universel et le particulier (*idem*, p. 35). Il n'est donc pas à visée universaliste, mais se fonde plutôt sur une éthique de la rencontre avec l'Autre, ou ce que Derrida a appelé une « éthique de l'hospitalité » (Derrida, 2001). Le cosmopolitisme critique suppose donc une reproblématisation du concept de cosmopolitisme en lui-même et de ses bases conceptuelles et philosophiques supposées occidentales⁴².

Mais pour penser autrement les Relations internationales dans le cadre de la pensée complexe et de la théorie de l'acteur-réseau, il est nécessaire d'aller plus loin qu'une simple dé-universalisation des concepts et d'une renégociation de nos rapports avec l'altérité pour tendre vers une forme de cosmopolitisme qui puisse être entendue comme projet analytique à part entière. Il faut ainsi tendre vers un mode de pensée cosmopolitique qui ne délimite pas la compréhension des enjeux, mais qui ouvre la conception à de nouvelles perspectives et modes de problématisation : la possibilité de penser les Relations internationales au-delà d'un cadre de compréhension national sans toutefois réifier l'opposition national/global. Il s'agit donc de se diriger vers ce que Beck (2006) a appelé le « cosmopolitisme méthodologique », ce qui permet selon nous la mise en place d'un désenclavement analytique impliquant une transition du nationalisme méthodologique – où domine l'État comme cadre d'analyse – vers un cosmopolitisme méthodologique cherchant à

⁴² Pour une série d'arguments à propos de la désoccidentalisation du cosmopolitisme, voir Breckenridge et coll. (2002).

dénationaliser les concepts et modes de compréhension – ce qui caractérise fondamentalement selon nous les Relations internationales.

En effet, un des problèmes auxquels nous confronte notre problématique de recherche est l'absence de conceptualisation de la gouvernance globale au-delà des différents cadres définis par – ou au moins au profit de – l'État-nation ou de la souveraineté. Nous ne suggérons pas ici que les différentes approches des Relations internationales présentées dans la première section de ce chapitre n'ont pas problématisé l'espace global. Nous affirmons plutôt qu'ils l'ont fait sans être capable de dépasser cette opposition dichotomique national/global confuse relevant d'une inaptitude à théoriser au-delà de la tension opposition/unification. Comme le rappelle Beck, « [l]e nationalisme méthodologique pense et étudie le social, le culturel et le politique dans des catégories exclusives les unes des autres (ou bien... ou bien) ; le cosmopolitisme méthodologique pense et étudie le social et le politique à l'aide de catégories qui peuvent se combiner (et... et) » (Beck, 2006, p 65), faisant ainsi écho à la pensée complexe de Morin. La perspective cosmopolitique que nous adoptons ici, celle du cosmopolitisme méthodologique, ne suppose pas l'annulation des espaces politiques particuliers et doit se penser à des échelles multiples.

L'objectif, avec le cosmopolitisme méthodologique, est donc de dépasser d'un côté l'idée simpliste d'un relativisme culturel où tout se vaut, et de l'autre la proposition également simpliste d'un gouvernement mondial ou planétaire fondé sur le fait que nous partageons *de facto* la même terre. Pour ce faire, il faut se doter des outils théoriques et conceptuels nécessaires à une telle compréhension et problématisation cosmopolitique, ce qui semble précisément faire défaut dans le champ des Relations internationales contemporaines. Il apparaît clairement que, utilisé comme approche méthodologique, le cosmopolitisme ne se fonde pas sur un idéal utopique ou une abstraction imaginaire, mais plutôt sur une perspective de compréhension et d'action que l'on peut d'ores et déjà repérer dans les *pratiques*. Comme le mentionnent Beck et Sznajder :

[t]his entails a re-examination of the fundamental concepts of 'modern society'. Household, family, class, social inequality, democracy, power, state, commerce, public, community, justice, law, history, memory and politics must be released from the fetters of methodological nationalism, re-conceptualized, and empirically established within the

framework of a new cosmopolitan social and political science. (Beck & Sznaider, 2006, p. 6)

Il ne s'agit donc ni de mettre en évidence un cosmopolitisme qui serait de nature morale, ni d'esquisser la charpente institutionnelle de ce cosmopolitisme, mais plutôt de penser le cosmopolitisme directement comme une approche méthodologique nous permettant d'élaborer des concepts et modes de pensée qui ne sont pas eux-mêmes inscrits au sein de l'espace dichotomique national/global. Comme le mentionne Delanty, et suivant Ulrich Beck, « [...] it is possible to speak today of a cosmopolitan condition as the reality of contemporary society and which necessitates a new methodological approach. In this case, cosmopolitanism is not confined to identifiably transnational processes as such, *but pervades the very nature of social relations and institutions more generally.* » (Delanty, 2009, p. 5 – nous soulignons)

Il convient dès lors de préciser et de définir ce que Beck a appelé la transition d'un « nationalisme méthodologique » à un « cosmopolitisme méthodologique » (Beck, 2006). Cette perspective demande un décloisonnement et une ouverture des unités et des concepts d'analyse utilisés au-delà de l'État-nation comme variable ultime d'analyse. Ce décloisonnement théorique et conceptuel nécessite de faire appel à ce que Delanty (2009) a appelé l'« imagination cosmopolitique », c'est-à-dire un mode de pensée non limité ontologiquement par la domination de l'État-nation. Beck souligne à ce sujet que :

[d]'un côté, les facteurs de stabilisation de l'ordre national/international perdent de leur puissance, de l'autre, il n'y a aucun autre facteur de stabilisation de la politique mondial en vue par-delà le national et l'international. Si l'on applique les critères conceptuels propres à l'ordre ancien, alors on est dans le règne de l'absence : absence de décisions contraignantes, de démocratie, de gouvernement, et d'opposition. La déduction qui partait du national pour aboutir par analogie au postinternational, qui ne connaît plus de frontières, fait chou blanc. Ce qui apparaît, c'est non seulement un vide cognitif, mais également, dissimulé par lui une absence de puissance politique mondiale. (Beck, 2006, p. 66)

En suivant Beck, il importe donc de faire la distinction entre les « catégories descriptives » et les « catégories d'analyse », l'objectif étant d'éviter d'utiliser les premières comme s'il s'agissait des secondes. Par exemple, bien que le concept d'État ait un potentiel descriptif réel – on vit et on agit de manière citoyenne au travers des États –, il ne représente pas

nécessairement un cadre d'analyse qui s'applique légitimement à tous les enjeux, dont ceux de la gouvernance de la santé ou de l'environnement, par exemple⁴³. Le cosmopolitisme méthodologique exige ainsi de distinguer expressément ces différents rôles que peut avoir le concept d'État, afin d'éviter précisément sa domination comme catégorie analytique lorsque l'on réfléchit à certains enjeux, ainsi que sa reproduction au travers de la dichotomie État/gouvernance globale. C'est pourquoi également, et en référence à la pensée complexe de Morin, il est nécessaire de favoriser une approche multidisciplinaire afin de prendre en considération l'ensemble des perspectives d'un enjeu ou d'un concept.

Cette perspective exige d'établir une nouvelle « grammaire cosmopolitique » (Beck, 2006), c'est-à-dire une syntaxe cosmopolitique à partir des pratiques, lieux ou espaces actuellement cosmopolitiques, mais dont le caractère n'est pas reconnu comme tel, précisément en raison d'une domination de l'État-nation comme fondement analytique. Cette grammaire cosmopolitique inclut des catégories, des concepts, des perspectives, des unités ou des types d'analyse qui ne sont pas ontologiquement dépendants des catégories nationales d'analyse d'une part, ni, d'autre part, des catégories globales, elles aussi induites par le nationalisme méthodologique⁴⁴. Cette grammaire cosmopolitique doit donc reposer sur une architecture conceptuelle dont les bases ne sont pas fixées par, sur et à partir de l'État-nation, et pour laquelle il n'y a pas de présupposés ontologiques et épistémologiques quant à la nature des communautés politiques.

Le cosmopolitisme méthodologique réfère ainsi fondamentalement à la désarticulation, mais également à leur ré-articulation, des frontières, où celles-ci sont entendues au sens large d'espaces d'opposition et de démarcation entre communautés. Pour Ulrich Beck par exemple, « l'optique cosmopolitique »⁴⁵ permet de se libérer de ce qu'il appelle la « théorie

⁴³ Voir à ce sujet Blouin, Julien & Paquerot (2012).

⁴⁴ Par exemple, les concepts de gouvernance supranationale ou de pouvoir suprasouverain et postwestphalien représentent des cadres d'analyse profondément dépendants ontologiquement de l'État-nation, ce qui demande de développer une grammaire cosmopolitique pour repenser la théorisation des relations internationales au-delà de cette dépendance ontologique.

⁴⁵ Pour Delanty (2006, 2009), cette optique cosmopolitique se fonde sur quatre dimensions : 1) La reconnaissance de l'importance des différences culturelles et du pluralisme comme fondement des communautés ; 2) La nécessité d'un cadre de relations mondial-local, c'est-à-dire que le cosmopolitisme ne correspond pas uniquement à ce qui est mondial, mais requiert plutôt l'interaction entre les diverses échelles et les divers niveaux qui ne sont pas représentés comme opposées ; 3) La (re)négociation des différentes

carcérale territoriale de l'identité, de la société et de la politique » (Beck, 2006, p. 20). Les Relations internationales et la compréhension de la gouvernance globale sont, selon nous, profondément marquées par cette domination de l'espace national comme cadre d'analyse. Ces éléments soulignent la continuité/complémentarité théorique et conceptuelle du cosmopolitisme avec les deux approches théoriques abordées précédemment.

On constate, ce faisant, que le cosmopolitisme, entendu comme mode de pensée et de réflexion des problématiques sociales, renvoie en grande partie aux différents éléments identifiés concernant la pensée complexe de Morin et la théorie de l'acteur-réseau. Penser le cosmopolitisme, ou à tout le moins, penser d'un point de vue cosmopolitique les Relations internationales et la gouvernance globale, suppose donc de repenser l'interaction du local, national et global non pas comme oppositions scalaires, mais comme des zones d'interaction de différentes communautés et différents groupes, acteurs, objets, etc. Le cosmopolitisme permet ainsi de dépasser les oppositions dichotomiques, autant entre les divers champs sociaux, qu'entre les niveaux d'action politique ou entre les théories.

L'optique cosmopolitique suppose un mode de raisonnement et de compréhension non linéaire dans lequel l'universel et le contextuel, le mondial et le local ne sont pas compris comme des polarités. Ces éléments *a priori* antagonistes sont plutôt entendus comme des principes liés entre eux et non opposés, à partir desquels l'interaction d'unités disparates – et non leur désarticulation en sous-groupes opposés – peut être exposée et appréhendée (Beck & Sznaider, 2006). La question de l'échelle apparaît ainsi éminemment importante lorsque l'on aborde le cosmopolitisme méthodologique. Dans cette perspective, cette approche ne doit pas être entendue comme étant synonyme de mondial, bien au contraire. Elle suppose plutôt que le cadre national n'est pas l'ultime espace collectif et de communauté, et que le local et le mondial, au lieu de s'opposer, sont en fait fortement interreliés, faisant ainsi écho aux fondements de la pensée complexe de Morin et à la théorie de l'acteur-réseau. C'est ce qui amène Delanty à affirmer que : « [t]he local and the

formes de frontières (politiques, sociales, économiques, etc.) entre les individus ainsi qu'entre les communautés ; 4) La restructuration des communautés politiques et de leur compréhension en fonction des éléments précédemment mentionnés.

global are intertwined in complex ways and in ways that have created new spaces in which a cosmopolitan reality has been constituted » (Delanty, 2009, p. 15). Ce sont donc, pour ces théoriciens du cosmopolitisme, l'interrelation et l'interdépendance⁴⁶ qui façonnent la possibilité de l'établissement des pratiques politiques au-delà et au travers de l'État souverain. Pour Beck par exemple, « [I]une des conditions et des conséquences importantes du théorème de la cosmopolitisation, c'est la redécouverte et la redéfinition du local [...]. [L]a cosmopolitisation n'est pas quelque chose qui se produit là-bas au loin, mais ici, chez soi » (Beck, 2006, p. 173).

1.3 CONCLUSION : LA RECHERCHE DE LA PRATIQUE DE LA GOUVERNANCE GLOBALE DE LA SANTÉ

Ces différents éléments théoriques et conceptuels nous permettent de mettre l'accent sur la pratique de la gouvernance globale de la santé. Cette pratique se situe, selon nous, au niveau de la négociation ayant mené au RSI de 2005, dans la mise en place de la surveillance globale des maladies infectieuses ainsi que dans la contestation qu'a engendrée la gouvernance de l'OMS. Ces éléments seront abordés aux chapitres 4, 5 et 6. Les chapitres 2 et 3, qui suivent, sont dédiés à la compréhension de la relation historique et sociale entre enjeux de santé et communauté politique ainsi qu'au détail du fonctionnement du RSI de 2005. Les éléments théoriques et conceptuels présentés dans ce chapitre guideront notre recherche de la pratique de la gouvernance globale de la santé et les réseaux qui la composent.

⁴⁶ Pour Beck toutefois, bien que le concept d'interdépendance « [...] rompt avec le nationalisme méthodologique en cela qu'il propose une approche théorique de l'enchevêtrement et de l'interdépendance croissants des espaces nationaux et qu'il les met en lumière sur le plan empirique [...] il reste en même temps tributaire du nationalisme méthodologique dans la mesure où il continue à prendre pour hypothèse fondamentale l'existence d'unités étatiques territoriales et de sociétés nationales, puisque ce sont elles qui sont de plus en plus mises en réseaux » (Beck, 2006, p 158).

CHAPITRE 2 – SANTÉ PUBLIQUE ET COMMUNAUTÉS POLITIQUES : TRAJECTOIRES
COMPLEXES ENTRE ESPACE, ALTÉRITÉ ET MALADIES INFECTIEUSES

*Un mal qui répand la terreur,
Mal que le Ciel en sa fureur
Inventa pour punir les crimes de la terre,
La Peste [puisqu'il faut l'appeler par son nom]
Capable d'enrichir en un jour l'Achéron,
Faisait aux animaux la guerre.
Ils ne mouraient pas tous, mais tous étaient frappés*

Jean de la Fontaine (1999)

**2.1 INTRODUCTION : LA MONDIALISATION ET LE MONOPOLE DE LA CONTAGION
TRANSFRONTIÈRE**

Hardt et Negri, dans leur fameux ouvrage *Empire*, décrivent de la sorte la relation entre la contagion et la peur de l'Autre dans un contexte de mondialisation :

[1]es processus contemporains de mondialisation ont abattu bien des frontières du monde colonial. Mais à côté de la célébration courante des flux sans obstacles, on peut ressentir encore une certaine anxiété à propos de la multiplication des contacts dans notre village mondial, et même une nostalgie certaine pour l'hygiène colonialiste. *La face cachée de la conscience de la mondialisation est bien la peur de la contagion.* [...] Les programmes nationaux et internationaux pour stopper la diffusion du sida ont essayé d'établir des barrières protectrices à un autre niveau, en demandant des tests de séropositivité sans tenir compte des frontières nationales. Mais les frontières des États-nations sont de plus en plus perméables à toute sorte de flux. *Rien ne peut ramener les boucliers hygiéniques des frontières coloniales. L'âge de la mondialisation est l'âge de la contamination universelle.* (Hardt et Negri, 2000, p. 136 – nous soulignons)

Cette vision du monde largement partagée suggère que nous vivons aujourd'hui dans un monde mobile pour lequel la fluidité, le mouvement et la vitesse sont les principaux traits caractéristiques. Dans ce système, qui est généralement désigné sous le couvert du concept de « mondialisation »¹, les frontières et les délimitations territoriales sont représentées

¹ L'emploi du terme mondialisation ne doit pas être ici entendu comme l'approbation de son utilisation usuelle en lien avec une contraction de l'espace et du temps ainsi qu'une augmentation des mouvements de

comme ayant perdu leur pertinence, puisque ne cadrant plus avec la nature déterritorialisée de l'organisation sociale, économique ou politique moderne. Dans cette situation de mobilité globale, les germes et les virus représentent, comme l'ont rappelé Hardt et Negri, des menaces mobiles qui, faisant fi de toute démarcation territoriale, se propagent à l'échelle globale de manière presque instantanée.

La conception de ces deux auteurs, s'appuyant sur une compréhension largement répandue des risques associés à la circulation des maladies infectieuses dans un contexte de mondialisation, repose en fait sur une idée qui a aujourd'hui pratiquement atteint un statut d'incontestabilité : les frontières et la souveraineté nationale ne représentent plus un rempart efficace contre la propagation et la contagion des virus. Aginam explique que cette conception se fonde sur l'idée que « [s]tate sovereignty is an alien concept in the microbial world » (Aginam, 2004, p. 303). Cette façon de concevoir les risques sanitaires globaux a d'importantes implications sur la nature des mesures et mécanismes mis en place par les communautés politiques pour y faire face. Dit autrement, les réponses politiques aux risques sanitaires, qu'ils soient globaux ou non, dépendent de la compréhension que l'on a de ceux-ci. Cette notion est fondamentale, selon nous, pour saisir la rationalité sur laquelle se fonde le nouveau RSI de 2005.

L'espace « global » constitue aujourd'hui l'échelle dominante de représentation et d'interprétation spatiale des enjeux de santé publique (Brown, Cueto & Fee, 2006), ce qui n'a toutefois pas toujours été le cas. Les questions de santé sont, dans cette perspective, largement représentées comme évoluant dans un cadre global dans lequel l'État et ses frontières géopolitiques ne sont plus des unités d'analyse et d'action adéquates. Les virus et maladies infectieuses y sont considérés comme des menaces mobiles face auxquelles les souverainetés nationales ne disposent pas des outils de gouvernance appropriés pour s'en protéger. Cette conceptualisation microbienne de l'espace global a été popularisée entre autres avec la formulation « diseases know no border » (Roemer, 1994), une situation qui rend nécessaire la mise en place de structures de gestion supranationales, ou du moins devant prendre en considération cette échelle. Plusieurs éléments du système international

biens et de personnes, mais plutôt comme une simple volonté d'adéquation avec la littérature. Pour une critique éclairée du concept de mondialisation, voir par exemple Cooper (2001).

s'inscrivent aujourd'hui dans cette perspective. L'OMS, le RSI de 2005, l'ONUSIDA, ou l'UNICEF représentent des exemples de structures globales de gestion des risques sanitaires qui, aujourd'hui, s'instituent au-delà, du moins en partie, du cadre westphalien *stricto sensu*, notamment par rapport à leurs origines institutionnelles et historiques émanant de l'après-Deuxième Guerre mondiale desquelles elles semblent s'autonomiser progressivement.

Phénomène étonnant cependant, s'il est prétendu que les maladies infectieuses ne « reconnaissent » pas les frontières territoriales, on assiste au même moment à un renforcement de cet espace singulier comme mode et lieu d'action des mesures globales de santé publique. Nombre d'enjeux de santé publique (assainissement des eaux, structure de santé publique, gestion sanitaire des migrations, etc.), malgré l'interdépendance qu'ils supposent, sont en effet toujours largement restreints aux seules politiques de santé nationales. Les mesures d'identification et de contrôle des menaces infectieuses et virales à la frontière ainsi que dans les zones de mobilité internationale (aéroports, transports de marchandise, postes frontaliers, etc.) restent encore un des moyens privilégiés d'intervention (Fidler, 1997-1998; Bashford 2006a; Heymann & Rodier, 1998). Des sommes immenses sont également investies au niveau national dans la prévention d'attaques bactériologiques (Heymann, 2003; Fidler, 2003a) ou la lutte contre l'influenza (Ricci, 2010). Les mesures d'aide au développement liées à la santé s'apparentent aussi bien plus souvent à une protection d'intérêts stratégiques nationaux qu'à une réelle volonté de production d'un bien public global² (Ingram, 2007). Il y a donc des éléments contradictoires dans la façon dont se structurent les politiques et interventions de santé publique face à cet enjeu au caractère global largement affirmé, ce qui amène à se questionner sur la rationalité qui les anime. Cet aspect nous apparaît particulièrement important en ce qui concerne la mise en place du RSI de 2005.

La vision quelque peu caricaturale des menaces sanitaires globales et le rôle paradoxal dévolu à la souveraineté nationale et aux frontières étatiques soulignent l'importance de comprendre le cadre social, politique et historique dans lequel s'inscrivent les politiques de

² Voir le chapitre 3, *infra*, pour l'analyse du RSI de 2005 comme bien public global.

santé publique. Contrairement à ce qui a été suggéré par Hardt et Negri, la mondialisation contemporaine n'a pas le monopole de la contagion transfrontalière, quelle que soit la nature de cette frontière – entre États, entre villes, entre empires, etc. Les maladies infectieuses ont plutôt un long historique d'interactions avec les communautés politiques, des interactions qui ont toujours orienté les modes d'interventions à l'égard de ces maladies. L'objectif de ce chapitre est donc de replacer le RSI de 2005 et la gouvernance globale de la santé par l'OMS dans le contexte plus large de l'interaction entre santé publique et communauté politique. Les raisons expliquant l'accord largement partagé qui s'est établi autour du RSI de 2005 sont à chercher selon nous, au moins partiellement, à ce niveau. L'argument développé dans ce chapitre est que la mise en place des mécanismes de gestion et d'interaction avec les maladies infectieuses est hautement dépendante du contexte social et politique qui engendre une compréhension spécifique des risques sanitaires globaux.

Pour ce faire, nous proposons tout d'abord de jeter un bref regard sur l'évolution de la conception des maladies infectieuses dans l'histoire. Nous aborderons ensuite le rapport entre santé, territoire et altérité pour consacrer subséquemment une section de notre analyse à la cartographie des risques sanitaires et à la production d'un espace microbien global. Ces deux segments sont suivis par une étude de la relation entre santé et sécurité, à travers le rôle qu'ont joué les États-Unis dans son développement et l'impact qu'a eu cette connexion sur la mise en place des instruments de gouvernance globale de la santé. Enfin, nous terminons par un survol conceptuel du champ de la gouvernance globale de la santé qui a émergé de ce processus sociohistorique et dans lequel s'inscrit le RSI de 2005 qui, lui, sera abordé en détail au chapitre 3.

2.2 ENJEUX DE SANTÉ PUBLIQUE, POUVOIR ET COMMUNAUTÉS POLITIQUES : UN REGARD SOCIOHISTORIQUE SUR « NOS PLUS ANCIENS ENNEMIS »³

Les modes de gouvernance historiques des maladies infectieuses entretiennent un lien étroit avec les formes de communautés politiques qui les ont subis et pris en charge, de même que

³ Certains des éléments ci-dessous ont été publiés, sous une autre forme, dans Blouin Genest (2010).

les relations de pouvoir qui ont caractérisé ces interactions. Il convient donc d'aborder le rapport historique entre communautés et infections, ses liens avec la structuration de l'espace et la relation avec l'artérite ainsi que la production d'un « espace microbien » particulier qui en a résulté.

2.2.1 L'ESPACE VIRAL : AUX ORIGINES DE LA COMPRÉHENSION DES MALADIES INFECTIEUSES

Au-delà de l'actualité récente, les questions de santé publique et de contagion ont toujours entretenu un lien étroit avec le territoire, l'espace et le lieu. L'idée de « bouclier hygiénique » de Hardt et Negri (2000, p. 136) représente depuis longtemps un fantasme pour les sociétés humaines organisées. Les références à la propagation spatiale des maladies infectieuses peuvent être retracées au moins aussi loin que dans la mythologie gréco-romaine. Le terme épidémie, du grec *épidémia* qui signifie « qui circule au sein du peuple » (Martin, 2008, p. 672), fait ainsi référence, dans ses fondements mêmes, aux aspects sociaux et mobiles de la contagion. Ce que nous associons aujourd'hui à une conception moderne des maladies infectieuses possède en fait de profondes connexions avec des événements et représentations historiques passés. Dans son *Histoire de la guerre du Péloponnèse*, Thucydide apporte une description détaillée d'une maladie rare qui semble frapper indistinctement et sans considération des formes de protection matérielle :

[l]'épidémie prit naissance, dit-on, en Éthiopie, au-dessus de l'Égypte. De là elle se répandit en Égypte même, en Lybie et dans une grande partie des États du roi de Perse. Puis elle s'abattit soudain sur les Athéniens, frappant d'abord les habitants du Pirée, où le bruit courut que les Péloponnésiens avaient empoisonné les citernes. [...] Par la suite elle atteignit la ville haute et se déchaîna dès lors avec une violence beaucoup plus meurtrière [...]. On remarqua que l'épidémie s'était déclarée aussitôt après l'arrivée de l'envahisseur péloponnésien et que le Péloponnèse même n'avait pas été atteint par le mal, ou du moins pas de façon grave. (Thucydide, 2000, pp. 161-166 – nous soulignons)

Le récit apporté par Thucydide représente une des premières manifestations, dont on possède encore les traces écrites, de la conception moderne des maladies infectieuses et de sa relation avec l'altérité et la mobilité. Les allégories concernant les maladies infectieuses peuvent également être retracées dans les textes religieux fondateurs, et en particulier dans l'Ancien Testament (Achitoff-Gray, 2009). Les maladies y sont souvent vues comme des

actes de Dieu, une manière dérivée de punir les mauvais croyants, les impies ou les communautés hérétiques (De Paolo, 2006). La maladie et les pandémies y représentaient en quelque sorte un instrument permettant de faire la distinction entre le bien et le mal, d'établir une hiérarchie sociale d'origine divine sur terre entre le bon et le mauvais. Cette conception de l'infection et de la maladie comme étant associées à une définition transcendante du mal ou de l'infériorité a persisté pendant des siècles. Raymond Jean, dans sa fascinante description de la peste de Marseille au début du 18^e siècle, relève ces prétendues origines divines de cette catastrophe sanitaire : « [e]n 1720, la dernière grande peste d'Occident ravagea Marseille. Les origines en furent attribuées à la fatalité, la Providence, le courroux de Dieu. Elles étaient en réalité de nature toute humaine. Mais on les dissimula. » (Jean, 1990)

La conception moderne des maladies infectieuses dans un contexte de mondialisation a donc des connexions profondes avec les différentes mythologies qui se sont établies au cours des siècles passés par rapport à nos interactions avec cet enjeu de santé. Cette logique récurrente d'interaction entre santé et jugement négatif s'est toutefois matérialisée au travers de différentes interprétations de ce que sont concrètement les maladies infectieuses et les épidémies, influençant de la sorte les réponses qui doivent leur être apportées. Martin rappelle à ce sujet que différents récits ont marqué la compréhension des épidémies, les faisant passer d'une conception *non médicale* au 6^e siècle av. J.-C., à une interprétation en termes de *syndromes* avec Hippocrate, de *maladie unique* à l'époque médiévale, de *germes* au 19^e siècle ou de *molécules*⁴ aujourd'hui (Martin, 2008, p. 672). La manière de comprendre les maladies infectieuses est donc dépendante des contextes sociaux,

⁴ Nikolas Rose aborde, à ce titre, ce qu'il appelle la « molécularisation de la vie » qu'il décrit comme le processus par lequel « [...] it is now at the molecular level that human life is understood, at the molecular level that its processes can be anatomized, and at the molecular level that life can now be engineered » (Rose, 2007, p. 4). Ce phénomène a des conséquences majeures sur la façon dont la vie est entendue. Avec la biologie moléculaire, la génétique ou la biochimie, nous ne sommes pas simplement face à une croissance spectaculaire de la compréhension de la biologie et de la nature, mais surtout face à une nouvelle façon de concevoir la vie elle-même (Braun, 2007). Cette situation stimule la production d'un « imaginaire culturel de la biomédecine » (Clarke & coll., 2003, p. 177), ce que Walby (1996) appelle une « imagination biomédicale ». Cet imaginaire culturel de la biomédecine est directement impliqué dans la création et la production de nouveaux objets et sujets de pouvoir (Franklin, 2000), conduisant à de nouvelles opportunités pour la gestion, la production et l'optimisation de la vie et de la santé. La gouvernance globale de la santé s'inscrit, à notre avis, dans cet espace particulier de production de sens pour lequel la confusion des échelles mène à une volonté de domination des enjeux sanitaires selon un schéma de contrôle technocratique (French, 2009, p. 109).

historiques, scientifiques dans lesquelles elles s'inscrivent, tout comme l'est, selon nous, le RSI de 2005.

C'est pourquoi, pour Farley, cette compréhension est à la fois dépendante et limitée « [...] by the intellectual framing materials available to it » (1992, p. 33), c'est-à-dire par la science. Le développement scientifique peut-être le plus important en ce qui concerne la compréhension actuelle des maladies infectieuses, et qui a motivé l'implantation de modes de gouvernance supranationale de la santé, est la transition de la théorie des miasmes à celle des germes, évolution qui a notamment été facilitée par l'apparition du microscope (Zacher & Keefe, 2008). Si les germes, les virus et les parasites sont aujourd'hui les causes acceptées des maladies infectieuses, il n'en a pas toujours été historiquement de même. La théorie des miasmes, qui a prévalu jusqu'au milieu du 19^e siècle, interprétait les maladies en matière de symptômes propagés par l'air. Le miasme, une matière décomposée à partir de la terre, était conçu comme emplissant l'air d'une substance toxique causant des infections (Sterner, 2007). La théorie des miasmes a commencé à être contestée par la théorie des germes au milieu du 19^e siècle, notamment avec le travail de John Snow. Cet épidémiologiste a fait valoir que l'épidémie de choléra de Londres en 1854 n'avait pas été causée par l'air, comme soutenu par la théorie des miasmes, mais plutôt par l'eau, et plus particulièrement par *quelque chose dans l'eau* (Lee, 2009b, p. 28 ; Elbe, 2010a). À la base de cette théorie réside l'idée que les maladies sont causées par des microorganismes tels que les germes, les virus, les pathogènes, etc. La théorie des germes est liée au développement de la parasitologie, de la microbiologie et de l'élaboration de la classification médicale sur la base des causes plutôt que des symptômes et affections (Ruffié & Sournia, 1995, p. 259-263). Cette compréhension des maladies infectieuses a favorisé l'émergence des fondements scientifiques actuels qui ont permis de penser le monde contemporain comme un espace microbien unifié.

Les épidémies et maladies peuvent également se comprendre en termes différents selon les domaines dans lesquels elles évoluent. Pour Dry, « [h]ow an epidemic is defined, in space and time, in terms of populations, institutions and interventions, *depends on who gets to do the defining* » (Dry, 2008, p. 3 – nous soulignons), d'où l'importance de situer la compréhension actuelle des maladies infectieuses dans son cadre sociohistorique et

politique particulier. En termes médicaux par exemple, une épidémie réfère à une augmentation anormale et rapide des cas d'une maladie, tandis qu'une pandémie concerne sa propagation dans un espace très étendu. En termes sociaux par contre, une épidémie réfère aux différents mécanismes, structures, réponses ou traitements mis en place par les communautés politiques pour faire face aux crises sanitaires (*idem*, p. 2). Une épidémie, en ce sens, a donc des implications qui varient pour les structures de gouvernance commune qui sont mises en place, mais également pour la compréhension des conséquences qu'elle a ou risque potentiellement d'avoir selon ses différentes interprétations⁵. C'est dans le cadre de cette interprétation en termes sociaux que les maladies infectieuses ont été conceptualisées comme pouvant avoir d'importants impacts sur les structures sociales en place. Dans cette perspective, la propagation des maladies infectieuses est vue comme pouvant affecter le fonctionnement des institutions humaines et sociales. Fernand Braudel avait souligné, dans son historiographie de la longue durée, l'impact majeur que peuvent avoir les épidémies et la propagation des maladies infectieuses sur les systèmes sociaux, économiques ou politiques des communautés humaines (Braudel, 1993, p. 338). Les maladies infectieuses ont donc été sujettes à des compréhensions variées, mais s'inscrivant toujours dans une forme de relation avec un ennemi menaçant. Comme l'a rappelé Laurie Garrett, « [h]umanity's ancient enemies are, after all, microbes » (Garrett, 1994, p. 10).

2.2.2 SANTÉ, TERRITOIRE ET DANGÉROSITÉ

Historiquement, les réponses politiques envers les maladies infectieuses et les pandémies se sont faites par l'intermédiaire d'une logique récurrente d'interaction avec la différence, l'altérité, et la mobilité. L'origine et la source de maladies infectieuses ont généralement été associées aux identités les moins valorisées des systèmes sociaux (Ingram, 2008b, p. 78 ; Zylberman, 2006, pp. 22-25 ; Strange, 2006, p. 234). Les maladies infectieuses ont ainsi été représentées comme introduites ou développées par les groupes sociaux marginalisés, les

⁵ Martin souligne même que, aussi surprenant que cela puisse paraître, « [...] there is no complete definition of an 'epidemic' » puisqu'aucune ne prend en compte l'environnement, qui représente selon lui un facteur essentiel de la propagation, ou non, des maladies infectieuses (Martin, 2008, p. 671). On notera ici la résonance avec la pensée complexe de Morin où l'interaction avec l'environnement est essentielle pour comprendre les phénomènes.

comportements anormaux, les étrangers ou les immigrants. King raconte, par exemple, qu'au 16^e siècle, la syphilis a été diversement nommée la « variole française » en Italie, le « mal de Naples » en France, la « maladie polonaise » en Russie, la « maladie russe » en Sibérie, la « maladie portugaise » en Inde et au Japon ou la « maladie de Colombie » à Tahiti (King, 2003, p. 41). À la fin du 19^e siècle, les grandes puissances européennes croyaient également que le pèlerinage à La Mecque représentait le principal canal pour la propagation du choléra en Europe, alors que la cause première était en réalité l'absence de législations sanitaires internes (Bashford, 2006a, p. 71). Plus récemment, l'origine du VIH/SIDA a également été localisée par des experts états-uniens en Haïti ou en Afrique, et inversement aux États-Unis par l'Allemagne, le Japon ou l'Union soviétique, sans parler de son association sans fondements avec l'origine ethnique ou ce qui est considéré comme des comportements sexuels « anormaux » comme l'homosexualité (King, 2003, p. 41).

Ingram souligne à ce titre que dans le processus de définition et d'identification du pathologique, nous faisons face à ce qu'il appelle le « pouvoir social de la contagion », c'est-à-dire le processus social par lequel l'identification des causes et origines des maladies infectieuses s'établit par l'intermédiaire d'une relation négative avec l'altérité et la différence (Ingram, 2008b, pp. 78-799). Le terme « contagion » s'inscrit lui-même dans une matrice sémantique spécifique où mobilité, contact et altérité se fondent dans une rencontre radicale avec l'Autre : « [...] absorption, invasion, vulnerability, the breaking of a boundary imagined as secure, in which the other become part of the self » (Bashford & Hooker, 2001, p. 2). C'est dans cette perspective que « l'analogie biologique de l'invasion » (Schell, 1997, p. 94), dans laquelle des éléments indésirables externes perturbent et infectent un espace interne sécuritaire, a imprégné plusieurs domaines sociaux, à commencer par les enjeux de migration et de mobilité⁶. Comme l'évoque Zerner, le virus est devenu dans ce contexte l'une des métaphores les plus puissantes des deux derniers siècles (Zerner, 2005, pp. 175-80), métaphore stimulée par une anxiété généralisée concernant la contagion (Bashford &

⁶ Au début du 20^e siècle par exemple, la santé internationale a été presque entièrement orientée vers les mouvements humains et la migration. Selon Bashford : « [...] most early- to mid-20th-century migration law had health and eugenic clauses and powers, with their own genealogies in quarantine » (Bashford, 2006a, p. 80). Pour une analyse de l'interaction entre la gestion de la santé et l'immigration, voir aussi Kraut (1994).

Hooker, 2001, p. 2) et qui trouve écho dans les médias, la culture populaire⁷ et les arts (Ingram, 2008b). Lombard et Vandewalle nous rappellent à ce titre qu'une épidémie n'est pas « un moment comme d'autres [...], mais un instant critique » (Lombard & Vandewalle, 2007, p. 16) qui conserve une « fonction d'énigme » (*idem*, pp. 29-30) et qui, en ce sens, attire et répugne en même temps.

Les maladies possèdent ainsi un fabuleux potentiel d'évocation de la menace et du danger (Sontag, 1979 ; 1997) servant à effectuer des jugements moraux sur ceux qui en sont atteints (Lupton, 2003, p. 61). Dans cet espace de signification, les iconographies et les métaphores virales ne représentent pas seulement des outils de « rhétorique », mais également, et surtout, une forme de « [...] vital epistemological device, by which we understand the world » (*idem*, p. 61). La dichotomie entre un espace interne sécuritaire et un espace externe anarchique et dangereux, un élément analytique si fondamental aux théories dominantes des Relations internationales⁸, trouve donc son corollaire au niveau de l'interaction entre santé publique et communauté politique.

La métaphore du virus et de la contagion suppose des pratiques de protection visant à défendre une conception saine et hygiénique du Soi par rapport à un Autre pathologique et infectieux, pratique reposant essentiellement sur le confinement, la quarantaine et l'établissement de frontières hygiéniques sécurisées (Bashford & Hooker, 2001, p. 5). En identifiant les origines et sources de maladies infectieuses comme provenant d'un environnement extérieur hostile, des « problèmes complexes » ont ainsi été réduits à une explication causale unique : l'espace (Convery, Welshman & Bashford, 2006, p. 97). Les interventions concernant la contagion, les pandémies et les maladies infectieuses ont ainsi été fondées sur une conception simplificatrice du cordon sanitaire colonial et de la distinction territoriale entre le salubre et l'infectieux. Dans un contexte qui apparaît plus impérial que global (Ingram, 2008b, p. 82-3 ; Anderson, 1998, p. 529 ; Aginam, 2003 ;

⁷ Pour une analyse intéressante du virus dans la culture cinématographique états-unienne, voir par exemple Zerner (2005), Fernandez (2004) et Ostherr (2002).

⁸ Pour des travaux ayant problématisé la séparation interne/externe dans les Relations internationales, voir par exemple Ashley (1988), Ruggie (1993), Agnew (1994), Tickner (1995), Milliken (1999), Bigo (2001) ou Smith (2004). Nous reviendrons explicitement sur les apports des Relations internationales pour comprendre la gouvernance globale à la conclusion de cette thèse.

Bashford, 2004), la frontière territoriale westphalienne acquiert de la sorte une fonction de « ligne d'hygiène » où la séparation entre le sain et le pathologique peut s'établir (Hooker, 2006, p. 189 ; Bashford, 2004). Dans cette perspective, c'est l'aspect biologique de la frontière qui se révèle, lui conférant un rôle de « confinement hygiénique » (Shildrick, 2001). Les pratiques de santé publique sont, par conséquent, basées sur des stratégies de quarantaine et de limitation de la mobilité s'inscrivant dans une logique de contrôle de l'espace orienté vers la circonscription territoriale de ce qui est représenté comme pathologique et dangereux (Bashford, 2001, p. 39). L'idée sous-jacente à ces pratiques est que la mobilité représente l'un des principaux facteurs de risque de propagation et de risque face aux maladies infectieuses⁹.

Ces stratégies de protection se définissent comme des « [...] technologies of isolation, containment, barriers, the policing of spaces » (*ibid*) et sont orientées vers le confinement territorial du pathologique et du dangereux. Même si l'efficacité des mesures de quarantaine est aujourd'hui largement remise en question¹⁰ (Goodman, 1971, p. 34), ce type de mesure s'est tout de même établi et imposé à partir du 15^e siècle comme mode dominant d'interaction avec les maladies infectieuses (Mack, 2006, p. 673), notamment car elles permettaient de stimuler les récits de structuration et de constitution des États à l'œuvre à cette époque (Harrison, 2006). La quarantaine a ainsi souvent servi des objectifs politiques, économiques et commerciaux, et non pas uniquement de santé publique¹¹ (Harrison, 2006). Cette conceptualisation de la menace pathologique territorialement et spatialement définie interfère en ce sens avec « [...] the long history of the geopolitics of disease [where] people being considered properly in their place, or improperly out of place » (Bashford, 2006b, p. 10).

⁹ Sans nier entièrement la validité de cet élément, il est tout de même important de noter que des facteurs politiques comme les inégalités, la pauvreté ou la stigmatisation sociale ont aussi un rôle majeur à jouer dans l'évolution des risques sanitaires. L'exemple de l'épidémie de Marseille en 1720 abordé précédemment est patent à cet égard (Jean, 1990), tout comme, plus récemment, la mortalité associée au VIH/SIDA (Comaroff, 2010).

¹⁰ Goodman affirme à ce sujet que « [w]e now know, of course, that, in the absence of knowledge of the modes of transmission of the pestilential diseases – or even of any clear distinction between them – as well as of rapid and reliable information of their occurrence, successes of the eighteenth century quarantines *must have been largely fortuitous* » (Goodman, 1971, p. 34 – nous soulignons).

¹¹ Comme nous le verrons au long de cette thèse, cette situation n'a pas, selon nous, réellement changé.

Les maladies et virus sont, dans cette perspective, généralement représentés comme inconsistants avec la souveraineté ou les frontières nationales, conception reprise par la formule « diseases know no border » déjà citée. Comme le rappelle cependant Mawani, la frontière représente toujours en même temps cet espace fondamental d'intervention et de contrôle à l'égard des maladies infectieuses (Mawani, 2006, p. 138). Nous faisons donc encore et toujours face à cette « [...] obsession with boundaries - between races, between classes, and between nation-states - [that] persists, as does the origin narrative that locates the ultimate source, or 'reservoir', of disease in other nations » (King, 2002, p. 773). La lutte contre les maladies et le système d'États-nations partagent ainsi une histoire commune s'articulant autour de l'importance et de la réification des frontières, peu importe leurs natures ou échelles.

Cet élément est mis en évidence par Bashford qui souligne qu'historiquement, les pratiques d'hygiène et de santé publique n'ont jamais été simplement dirigées vers la prévention des maladies infectieuses au niveau national ou local, mais doivent également être considérées comme ayant été impliquées dans un projet plus vaste de production identitaire et de relation de pouvoir (Bashford, 2001, p. 8). Les récits de « bon », « sûr », « sain » ou « hygiénique » sont généralement entremêlés avec des valeurs nationalistes et racistes présentées sous le couvert d'une objectivité scientifique (Mawani, 2006, pp. 144-145). Schell souligne à ce titre que « [v]irus discourse is retelling old imperialist nightmares that, neutralized under cover of medical common sense, seem to justify exclusionary practices, surveillance, and general prejudice that we would otherwise find inexcusable as well as politically untenable » (Schell, 1997, p. 97). Ce que nous révèle l'histoire de la santé publique, ce sont donc les profondes implications de ce champ social dans la constitution raciale de l'État-nation moderne, et donc l'exclusion et la ségrégation de ce qui n'en faisait pas partie en termes raciaux, identitaires ou prétendument biologiques¹² (Bashford, 2006a, pp. 67 ; 2002 ; Bashford & Nugent, 2001). Comme l'évoque Bashford, « [...] the management of leprosy [in Australia] was also always about the management of race. *Lines*

¹² Un des premiers justificatifs qui a été utilisé pour autoriser la ségrégation raciale en Afrique du Sud a par exemple été les risques de transmission des maladies entre les différentes « races » associées à différentes couleurs de peau (Youde, 2010, p. 20). Le même type de raisonnement a été utilisé pour justifier la ségrégation raciale aux États-Unis au 20^e siècle, notamment dans l'utilisation de toilettes et fontaines publiques séparées.

of hygiene were racial lines » (Bashford, 2001, p. 123 – nous soulignons). Dans le contexte actuel de représentation globale des risques sanitaires et de la perpétuation des inégalités de santé, la compréhension des « lignes d'hygiène » modernes prend ici toute son importance.

Ces différents éléments sociohistoriques illustrent clairement la nécessité, selon nous, d'une étude de la santé publique à l'échelle globale non pas en tant que forme neutre et objective de pratique scientifique, mais plutôt comme culture hautement normative d'interaction avec l'altérité et sa représentation spatiale (Bashford & Hooker, 2001). La question de l'espace apparaît dans ce schéma narratif comme ontologiquement inséparable de la compréhension des risques sanitaires, spécialement quand ceux-ci s'inscrivent à l'échelle globale.

2.2.3 CARTOGRAPHIE DU RISQUE ET REPRÉSENTATION SPATIALE : LA PRODUCTION DE « L'ESPACE MICROBIEN GLOBAL »

L'idée sous-jacente aux interactions entre santé, dangerosité et territoire présentées précédemment est que, en ce qui concerne les maladies infectieuses, on fait face à un entremêlement des différents espaces et échelles d'intervention. Pour Bashford, on est ainsi confronté à « [...] the intertwining of the national, the colonial, the international and the global in public health on the modern period. The national was the colonial, the colonial was already the global. These spaces of regulation and movement did not emerge in a net sequence, but as overlapping modern social and political formations » (Bashford, 2006a, p. 14). Ce qui surprend lorsqu'on analyse les questions de santé globale, c'est précisément ce brouillage des différents espaces et des échelles. On est, entre autres, confronté à la juxtaposition et l'association de deux échelles scalaires opposées, mais chacune hautement symbolique : l'échelle microbienne, où évoluent les microbes, virus, molécules, etc., et l'échelle globale, où se situent la mondialisation, les réseaux, les flux, le commerce international, etc. Ces deux échelles se combinent pour former ce que l'on peut appeler « l'espace microbien global », c'est-à-dire l'espace viral spécifique de la mondialisation, qui constitue l'emblème de la géographie culturelle de la gouvernance globale de la santé.

Les maladies infectieuses et leur propagation doivent ainsi être comprises non seulement comme des manifestations biologiques et épidémiologiques, mais également comme des phénomènes culturels, sociaux, et spatiaux, c'est-à-dire comme la reproduction d'une forme

spécifique de géographie culturelle, celle-ci ne visant pas seulement à penser spatialement la culture, mais aussi, et surtout, à penser culturellement l'espace (Anderson & coll., 2003, p. 6). Cela signifie qu'il est nécessaire de comprendre la production de l'espace et du lieu à travers les processus culturels, les pratiques et les relations sociales, problématisant en ce sens le « small 'p' politics of the object (of all possible objects of knowing and unknowing) and of geographical relationships » (*idem*, p. xix). Le petit « p » des politiques de gouvernance globale de la santé est le produit complexe de l'interaction entre culture, géographie perçue, relations sociales et histoire.

Les premières mesures mises en place pour protéger la santé et ayant un caractère transnational remontent ainsi aux procédures de quarantaine qui ont commencé à être utilisées au 14^e siècle. Cette technique fut notamment déployée à Venise pour lutter contre les épidémies de peste engendrée par l'augmentation des mouvements de marchandises et de personnes. Il y eut également l'utilisation de cordons sanitaires militaires en Europe pour protéger certaines cités de l'intrusion d'individus malades ou contaminés sur leur territoire. Ces enjeux se sont intégrés par la suite dans une logique d'expansion et de domination coloniale (King, 2002, p. 765 ; Bashford, 2006b, p. 4). L'objectif était généralement dans ces cas de sécuriser l'espace géographique dans lequel évoluaient les marchands et les colons, et en particulier de protéger les armées¹³ assurant la domination des territoires conquis contre la propagation des maladies dites « exotiques ».

Il faut cependant attendre le milieu du 19^e siècle pour que les premières mesures institutionnalisées de gouvernance transnationale de la santé entrent réellement en scène avec les 14 conférences sanitaires internationales tenues sous l'égide de 12 pays d'Europe de 1851 à 1938¹⁴. Ces conférences vont venir matérialiser cette nouvelle échelle discursive de propagation des maladies infectieuses. La structure internationale au caractère limité, mettant principalement l'accent sur l'Europe, a connu par la suite une croissance rapide dans les années suivant les premières conférences internationales. Les développements et les élargissements subséquents du système international de santé incluent 13 autres

¹³ Par exemple, au 19^e siècle, les armées stationnées dans les colonies perdaient souvent beaucoup plus de soldats sous la force des maladies infectieuses que par les armes (Hooker, 2006, p. 198).

¹⁴ Pour l'historique détaillé des RSI pour la période pré OMS, voir entre autres Fidler (2001).

conférences sanitaires internationales, la création du Bureau sanitaire panaméricain, de la Croix-Rouge, de l'Organisation internationale d'Hygiène publique de Paris, de l'Organisation de la santé de la Ligue des Nations, ainsi que de l'OMS avec sa myriade de partenariats, missions et programmes que nous lui connaissons. Ces éléments, institutions, acteurs et mécanismes sont aujourd'hui conçus comme une structure globale de gouvernance de la santé (Brown, Cueto & Fee, 2006, p. 76 ; King, 2004, p. 65 ; Fidler, 1996).

Il est possible de retrouver un des premiers récits explicites de cette représentation discursive « globale » des enjeux de santé publique dans les travaux de l'immunologiste états-unien Stephen S. Morse. Sa conception a profondément influencé la façon dont la santé publique moderne conçoit les maladies infectieuses et les pandémies à l'échelle globale. Selon Morse :

[...] urbanization, environmental degradation, war, migration, and commerce on a global scale had profound impacts on the microbial level. [...] As these activities increased, viral emergence accelerated, rendering a comprehensive research program on emerging viruses urgent [...] as population influx into Third World cities continues unabated, as every part of the world becomes more accessible, one would expect disease emergence to accelerate (Morse, 1990, cité dans King, 2004, p. 65).

Cette conception populaire et généralisée des maladies infectieuses, connue sous le concept de « emerging diseases worldview » (King, 2002), s'est ainsi installée à partir des années 90 aux États-Unis et était liée à l'idée que les menaces biomédicales sont causées par un monde déterritorialisé et mondialisé qui en favorise la propagation (Calain, 2007a, p. 4). Selon King, cette vision particulière de l'espace épidémiologique implique « [...] a moral economy and historical narrative, explaining how and why we find ourselves in the situation that we do now, identifying villains and heroes, ascribing blame for failures and credit for triumphs » (King, 2002, p. 767). Par conséquent, la conception moderne de la territorialité ne peut plus être conçue comme suffisante et adéquate pour la mise en œuvre des politiques de santé publique et la protection contre les menaces sanitaires.

Cette modification de la conceptualisation des maladies infectieuses suppose une structure de gouvernance épidémiologique postwestphalienne¹⁵ dans laquelle « [t]he familiar techniques of medical observation are multiplied globally, and the monitoring of individual bodies in specific places augmented (and perhaps replaced?) by the surveillance of the global population in the de-territorialized space of informatics, telemedicine, databases and the internet » (*idem*, p. 775). Cette reconfiguration spatiale de la représentation des risques sanitaires entraîne une déterritorialisation de la gestion de la santé publique et une expansion à, et par, l'échelle globale. Les technologies de l'information, basées sur des connexions en réseau, sont considérées dans cette modification de la compréhension du contexte épidémiologique comme un élément fondateur de cette transition de la santé publique *inter-nationale* vers sa forme *globale* actuelle (Bashford, 2006a, p. 73).

On reconnaît également dans les idées de Morse la représentation d'un monde en mouvement dans lequel la plus grande interconnexion entre les individus et les populations est synonyme d'une accentuation des risques associés aux maladies infectieuses. C'est suite à cette schématisation de l'espace international que naît l'expression de Milton Roemer (1994) présenté précédemment et voulant que « diseases know no border », qui met en évidence l'idée que les frontières ne constituent pas un rempart efficace contre les menaces infectieuses et virales. On assiste ainsi à la première phase de la construction de l'objet « santé globale » dans lequel le global s'impose comme mode de représentation dominant des menaces sanitaires. C'est dans ce contexte qu'apparaît la production de ce que nous appelons un « espace microbien global ».

Ce caractère « global » de la santé publique est aujourd'hui tenu pour acquis et l'interaction entre santé et mondialisation représente en quelque sorte un « cliché » rarement remis en question (Dry, 2008, p. 4). Mais sous cet aspect prétendument global de la santé publique se trouve une importante implication sous-jacente quant à la conceptualisation et représentation de l'espace. King met ainsi en évidence l'importance que revêtent les « politiques scalaires », c'est-à-dire les représentations spatiales qui ont un impact majeur

¹⁵ Dans son objet, et non pas nécessairement dans sa conduite, puisque Morse était en effet plutôt favorable au contrôle de la surveillance globale par les États-Unis. Nous reviendrons sur le caractère postwestphalien ou supranational du RSI au chapitre 3.

sur les possibilités de compréhension et d'intervention à l'égard des maladies infectieuses (King, 2004). S'inspirant des travaux d'Erik Swyngedouw (1997, 2004), de Gaeroid O'Tuathail seul (1996) et avec John Agnew (1992), ou de Neil Smith (1993), King suggère que le territoire et l'espace ne devraient pas être considérés comme des unités d'analyse données, mais plutôt comme « [...] a historically contingent political process, in which actors construct scalar narratives that invoke places and spaces at different geographic scales to explain events, enlist allies, and attract attention and funding » (King, 2004, pp. 62-3). Les mots, termes et expressions¹⁶ utilisés pour caractériser l'espace doivent ainsi être considérés comme des qualificatifs normatifs impliqués dans la construction plus générale des problématiques concernant les maladies infectieuses et leurs modes de régulation (*idem*, p. 76). Les narratifs scalaires interagissent et interfèrent ainsi avec les interventions potentielles de santé publique envers les maladies infectieuses, rendant de la sorte certaines formes d'intervention (in)cohérentes en fonction de la représentation spatiale qui en est faite (Ingram, 2005). En d'autres mots, la représentation de l'espace – comme étant globale, internationale, régionale, locale, etc. – affecte directement les types de politiques mis en place¹⁷.

Dans cette conception particulière du monde, l'échelle globale est représentée comme une communauté épidémiologique unique et interdépendante, ce que nous avons appelé l'espace microbien global. Un imaginaire culturel géographique s'exprime ainsi à partir de cette représentation spatiale des maladies infectieuses. Certains espaces y sont représentés comme « conteneurs » d'agents pathogènes et de germes, tandis que d'autres en sont exempts (Zerner, 2005, p. 159). Ces différentes techniques narratives et discursives relatives aux maladies infectieuses favorisent de la sorte, par leur stimulation de l'anxiété générale concernant les infections, l'apparition d'une « cartographie émergente du risque et

¹⁶ C'est pourquoi, selon nous, cette importance des mots et des termes utilisés pour caractériser les crises sanitaires justifie une problématisation de la gouvernance globale de la santé par l'intermédiaire, notamment, du cosmopolitisme méthodologique, puisque cette approche cherche précisément à dé-spatialiser les concepts et mots utilisés pour penser le politique. Voir, *supra*, chapitre 1 et, *infra*, conclusion.

¹⁷ À titre d'exemple, un enjeu de santé qui est représenté comme localisé, comme c'est le cas avec les maladies diarrhéiques, n'entraîne pas le même type d'interventions et de politiques qu'un enjeu qui est représenté comme global, comme ce fut le cas avec la pandémie de H1N1 en 2009 (voir, *infra*, chapitre 6). Les politiques sont donc hautement dépendantes des modes de représentation scalaire des enjeux auxquels ils s'appliquent.

du danger » (*idem*, p. 168) dans laquelle la géographie et l'espace représentent les axes fondamentaux de la détermination de ce qui doit être considéré comme pathologique et dangereux.

Nous faisons donc face à ce qu'il convient d'appeler, suivant Edward Saïd (1995), un « imaginaire géographique »¹⁸ des maladies dangereuses associant certaines zones géographiques aux origines des virus, germes et pathogènes (Strange, 2006, p. 220). L'interaction entre la peur de l'Autre et cette « cartographie émergente du risque et du danger » a produit ce que Schell a appelé une « foreign viral geography » (Schell, 1997, p. 133). Dans cette perspective, et en utilisant l'exemple du VIH/SIDA, Ingram souligne qu'en ce qui concerne l'appareil moderne de santé publique globale, on crée non seulement des régions géographiques différentes pour le Soi et l'Autre, mais surtout, que l'on induit un « ancrage spatial » distinct pour ceux qui « peuvent mourir » et ceux qui « doivent vivre » (Ingram, 2008a, p. 880 ; 2007). Dans cette perspective, le VIH/SIDA « [...] emerges as connected with an essential and unchanging Africa, a chaotic and distressed space in need of [...] containment. » (Ingram, 2008a, p. 882). C'est précisément ce qui a été identifié dans l'étude de l'histoire de la médecine coloniale comme étant le processus de « [...] imagining a region in order to act upon » (Minna Stern, 2006, p. 42).

La manière dont les maladies infectieuses sont représentées, particulièrement en ce qui concerne leur caractère spatial, est donc considérée comme ayant de profondes répercussions sur les potentialités d'intervention à leur égard. Dry (2008) insiste, par exemple, sur le fait qu'en se concentrant sur ce que l'on représente comme des menaces sanitaires globales et planétaires, il y a un risque potentiel de s'écarter des racines et causes systémiques des enjeux globaux de santé publique – inégalité, pauvreté, exclusion, etc. – et de se concentrer sur des facteurs de second ordre comme la mobilité, l'immigration ou la biosécurité. En produisant des récits dominants concernant la réglementation de la santé publique globale dans lesquels les interventions momentanées et de court terme sont privilégiées par rapport à des interventions systémiques et de long terme, nous articulons ce

¹⁸ Saïd écrit à ce sujet que « [...] the objective space of a house—its corners, corridors, cellar, rooms—is far less important than what poetically it is endowed with, which is usually a quality with an imaginative or figurative value we can name and feel. [...] So space acquires emotional and even rational sense by a kind of poetic process » (Saïd, 2005, p. 55)

que Castel (1991) avait nommé la transition de la *dangerosité* au *risque* dans la rationalité des modes d'intervention. Cette transformation de la gestion de la santé publique mondiale de la dangerosité vers l'évaluation et la gestion des risques concourt à l'établissement d'un processus centré sur la *surveillance* et non pas vers l'action directe et préventive. Les politiques de santé publique globale sont ainsi perçues comme relevant du domaine de la sécurité, soutenant de la sorte des modes d'intervention basés sur la crise et l'urgence dans lesquels « [t]errorism, bioterrorism and epidemic disease became conflated » (Bashford, 2006a, p. 14), rendant nécessaire l'analyse du lien complexe qui s'est établi entre sécurité et santé.

2.3 LE LIEN SANTÉ/SÉCURITÉ : LA SÉCURISATION DE LA SANTÉ, OU COMMENT LA GOUVERNANCE GLOBALE DE LA SANTÉ EST DEVENUE UN ENJEU DE SÉCURITÉ INTERNATIONALE

Il apparaît maintenant nécessaire de s'attarder au processus par lequel la gouvernance globale de la santé et ses différents éléments de politique publique sont devenus des enjeux de sécurité internationale. Pour ce faire, nous abordons le rôle des États-Unis dans ce phénomène, le processus par lequel a eu lieu cette « sécurisation » de la santé ainsi que ses exemples concrets de matérialisation dans les relations internationales.

2.3.1 LES ÉTATS-UNIS ET LA CONSTRUCTION DE L'OBJET « SANTÉ GLOBALE »

Ce processus de constitution d'un espace microbien global a été largement stimulé, dans les années 1990, par un mouvement d'analyse et d'interprétation des menaces sanitaires globales qui eut cours aux États-Unis. De ce mode de représentation des risques globaux a émergé ce que nous entendons aujourd'hui comme la « santé globale ». Cette compréhension des enjeux globaux de santé publique est particulièrement présente dans différents documents d'analyse et d'orientation de *l'Institute of Medicine*¹⁹ (IOM) états-

¹⁹ L'IOM est un organisme états-unien indépendant et à but non lucratif fondé en 1970 en tant que branche du *National Academy of Sciences* responsable des questions de santé. À titre d'institut non gouvernemental, l'IOM a comme mission principale de fournir des conseils impartiaux et documentés au public et aux décideurs. Voir par exemple www.iom.edu.

unien. Depuis sa création, l'IOM a publié de nombreux rapports qui ont eu une importante influence dans le domaine de la santé publique aux États-Unis et ailleurs dans le monde. Un des rapports les plus importants en ce qui concerne la construction de l'objet « santé globale » est sans aucun doute le premier document d'après-guerre froide publié en 1992 par cet organisme et intitulé *Emerging Infections : Microbial Threats to Health in the United States*²⁰. Ce document identifie pour l'une des premières fois l'espace global, c'est-à-dire le globe dans son entièreté, comme étant la nouvelle échelle de représentation, d'analyse et d'action concernant les maladies infectieuses. Il indique à ce titre que :

[...] in the context of infectious diseases, there is nowhere in the world from which we are remote and no one from whom we are disconnected. Consequently, some infectious diseases that now affect people in other parts of the world represent potential threats to the United States because of global interdependence, modern transportation, trade, and changing social and cultural patterns. (IOM, 1992, p. v)

La spatialisation globale des maladies infectieuses est dans cette perspective représentée comme une des sources de l'émergence des risques sanitaires, l'échelle globale étant perçue comme anarchique et désordonnée en opposition à la conception protectrice et sécuritaire de l'espace interne national, reprenant la logique des « emerging diseases worldviews » (King, 2002) abordée précédemment. Comme le souligne un rapport du *National Intelligence Council* (NIC), influent groupe de recherche-conseil associé au bureau du *Director of National Intelligence* états-unien, « [...] infectious disease burden is likely to aggravate and, in some cases, may even provoke economic decay, social fragmentation and political destabilization in the hardest hit countries » (NIC, 2000, p. 5). Les maladies infectieuses ont ainsi été associées à un environnement chaotique et instable. Un rapport publié par l'IOM en 2003 explicite cette relation en suggérant que le danger provient, dans cette représentation particulière des maladies infectieuses, du fait que « [...] today's world

²⁰ L'idée de menace globale à la santé est apparue aux États-Unis au sortir de la Guerre froide. Suite à la fin de l'opposition entre blocs, les immenses structures sécuritaires états-uniennes devaient chercher à justifier les fonds et ressources leur étant alloués. En l'absence de l'ennemi communiste qui s'était désagrégé après la chute du mur de Berlin, les risques sanitaires globaux sont apparus comme un nouvel ennemi pouvant permettre de justifier le maintien des ressources sécuritaires en place. C'est dans ce contexte de recherche d'un nouvel ennemi et de justification des ressources que vont apparaître les menaces sanitaires globales et le concept de « global health security » dans les documents et travaux de l'IOM états-uniens. Le Canada y a également joué un rôle significatif en accueillant de nombreuses conférences ayant mené à ces idées (Weir & Mykhalovskiy, 2010).

is truly a global village, characterized by growing concentrations of people in huge cities, increasing global commerce and travel, progressive damage to natural ecosystems, poverty, famine, and social disruption » (IOM, 2003, p. 17). Le contexte global externe est, dans ces différents rapports et différentes études, dépeint comme anarchique et chaotique, autre élément fondamental des théories traditionnelles des Relations internationales que l'on retrouve dans le processus de production de l'objet « santé globale ».

L'instabilité sociale et politique est, dans ce contexte, source d'intensification des risques associés à la propagation des maladies infectieuses. L'analyse des réponses efficaces à ces menaces se fait donc sur la base de cette identification spatiale particulière du risque. Comme le soulignait déjà le rapport de l'IOM de 1997, au-delà de l'action de protection interne issue du renforcement des contrôles frontaliers, il y a également la nécessité d'agir à l'extérieur des frontières nationales afin de protéger les intérêts états-unien se trouvant dans des zones affectées par les maladies infectieuses. Les auteurs de ce rapport soulignent, par exemple, que :

[...] beyond the value implicit in humanitarian assistance, the Americans [...] understood that the globalization of health requires active U.S. engagement in international health activities to protect the health, economy, and security of the United States and its people [and that] the world is now so interconnected that it is in the economic interest of the United States to promote development of the neediest countries (IOM, 1997, p. 22).

Les actions « humanitaires » des États-Unis vont venir s'inscrire dans la mise en œuvre des mécanismes de surveillance des risques et des menaces à la santé à l'échelle planétaire. Comme le rapporte à ce sujet un document de l'IOM de 2003, « [...] the United States should take a leadership role in promoting the implementation of a comprehensive system of surveillance for global infectious diseases » (*idem*, pp. 7-8). Pour les États-Unis, la surveillance globale des maladies infectieuses devient fondamentale dans leur stratégie d'endiguement des menaces à l'extérieur de leurs frontières étatiques. Dès la première publication de l'IOM traitant des risques associés aux maladies infectieuses dans un contexte global, il avait été reconnu que si « [...] a well-designed and well-implemented infectious disease surveillance program can provide a means to detect unusual clusters of disease, document the geographic and demographic spread of an outbreak [...]. *The*

importance of surveillance to the detection and control of emerging microbial threats cannot be overemphasized » (IOM, 1992, pp.113-115 – nous soulignons). La nécessité de l'établissement d'un système global de surveillance des maladies infectieuses a ainsi été intrinsèquement liée à la défense des intérêts nationaux des États-Unis.

La pratique de cette surveillance globale présente cependant un problème significatif en ce qui concerne l'identification de l'objet même de cette surveillance. Ces pratiques se réfèrent à l'identification des maladies, à leurs zones de propagation, à leur évolution, à leur mobilité spatiale, à leur résistance aux médicaments, etc. (*ibid*). Il s'avère cependant difficile, dans le cas de la surveillance globale des maladies infectieuses, de faire la distinction entre l'infection et son vecteur, c'est-à-dire entre le virus et le corps humain qui le transporte. L'objet de la surveillance devient alors flou et ambigu. Cette problématique a des implications majeures, car elle met en évidence l'utilisation potentielle de caractéristiques biomédicales comme critère d'exclusion et de stigmatisation de certains pays ou populations associés – justement ou non – à un risque élevé d'infection virale. Conjuguée à l'identification de facteurs sociopolitiques augmentant le risque de développement de certaines maladies infectieuses (IOM, 2003), la nature de ce qui fait l'objet de surveillance risque ainsi de devenir l'individu et le citoyen appartenant à certaines zones géographiques particulières, et non les infections et les pathogènes, et surtout leurs causes systémiques et structurelles. La surveillance des maladies infectieuses et virales risque de se concentrer sur certains corps et individus représentés comme véhicules des menaces.

Ce type de surveillance, stimulé par des imaginaires géographiques spatialisant la menace à l'extérieur des frontières nationales, fait en sorte que l'objet de contrôle s'est articulé autour de l'identité (Bashford, 2006b, p. 7). Le processus de surveillance des maladies infectieuses s'est canalisé ainsi sur les citoyens de certaines zones et de certains pays dans lesquels les comportements et pratiques sociales sont identifiés comme favorisant le développement des pathologies infectieuses (Weir & Mykhalovskiy, 2006, p. 245). Ce faisant, la surveillance de ces menaces peut facilement se transformer en prolongement d'un processus plus général d'exclusion, de contrôle et de domination. Ingram a mis en évidence que de telles pratiques de surveillance peuvent en fait servir d'autres intérêts et objectifs que celui du

contrôle réel des maladies infectieuses (Ingram, 2008b, p. 82). L'utilisation du *Global Public Health Intelligence Network* (GPHIN)²¹, réseau privé et payant de surveillance globale des maladies infectieuses mis en place conjointement par le Canada et l'OMS, a, par exemple, servi à plusieurs reprises à l'identification d'activités terroristes par les États-Unis, renforçant l'association entre santé et sécurité internationale (Weir & Mykhalovskiy, 2006).

L'association des questions de santé aux enjeux de sécurité met en évidence le risque d'utilisation des problématiques de santé publique comme outils de promotion de pratiques plus générales de domination ou de défenses d'intérêts particuliers. Ces représentations des menaces à la santé ainsi que le projet de surveillance planétaire dont les États-Unis revendiquent le leadership participent à l'élaboration d'une logique d'intervention semblable à celle que l'on concevait avec la médecine coloniale et la mission civilisatrice lui étant inhérente (King, 2002, p. 780). On retrouve donc une certaine forme d'impérialisme sous-jacente à l'intégration des questions de santé dans les discours sécuritaires états-uniens. Comme le souligne à ce sujet Anderson, « [...] we need to recognize that the basic language of Western medicine, with its claims to universalism and modernity, has always used, *as it still does*, the vocabulary of empire » (Anderson, 1998, p. 529 – nous soulignons). Cette dimension a été explicitement exprimée dans un rapport de l'influent *Council on Foreign Relations* (CFR) où est défendue la mise en place d'un « impérialisme défensif »²² pour faire face aux menaces envers les intérêts nationaux états-uniens que représentent les maladies infectieuses (CFR, 2001, p. 14²³). On retrouve cette idée dans la conception états-unienne d'un devoir de formation et d'implication directe

²¹ Voir le chapitre 3, *infra*, pour les détails concernant le GPHIN.

²² Il est intéressant de rapporter l'ensemble de la citation du CFR pour comprendre dans quel type d'imaginaire sanitaire évolue la logique états-unienne : « As Robert Cooper notes, these 'zones of chaos' may not have law and order, but they still have airports. 'Where the state is too weak to be dangerous,' he observes, 'non-state actors may become too strong.' In this case, a form of 'defensive imperialism' may be necessary when the United States is forced to respond to (often linked) threats from drug, crime, or terrorist syndicates (Cooper 1996). Active news media and a sporadically concerned public increase pressure on rich countries to intervene. Experience shows how hard it is to meet military and political objectives successfully in these complex emergencies. » (CFR, 2001, p. 14)

²³ Cette page fait référence au document numérique accessible en ligne à <http://www.cfr.org/content/publications/attachments/Why-Health-Is-Important-To-Foreign-Policy.pdf>, et non au rapport original.

dans les pays en voie de développement soumis aux menaces infectieuses et virales. Le rapport de l'IOM de 1997 soutient à ce sujet que :

[...] there is an urgent need to develop sustainable scientific and medical infrastructures in developing countries. America should continue to educate and train scientists and health professionals from developing countries. [...] [h]ealth professionals who return home with knowledge of state of the science methods and medical technologies would be in position to take advances from the United States. (IOM, 1997, p. 45)

Cette mission civilisatrice prend, entre autres, comme on le voit ici, la forme d'aide internationale en ce qui a trait à la formation des spécialistes du secteur biomédical ainsi qu'à l'application des technologies et méthodes états-uniennes. Comme le rappelle plus loin ce même rapport, cette formation et cette aide au développement doivent cependant s'inscrire dans la recherche d'intérêts et de bénéfices pour les États-Unis. Ces mesures doivent favoriser l'ouverture des « [...] opportunities for U.S. medical products and technologies to enter overseas market » (IOM, 1997, p. 45). Ainsi, non seulement les États-Unis prennent part à la lutte contre les maladies infectieuses sur la base d'imaginaires géographiques construisant une représentation particulière des menaces, mais cette lutte doit également leur permettre d'en tirer des bénéfices. Cela se fait, notamment, par l'intégration des pays en voie de développement dans le marché biopharmaceutique global. Cette intégration est identifiée, dans la perspective états-unienne, comme le principal moyen d'éradication des maladies infectieuses. L'intégration dans l'économie de marché globale, et en particulier dans le secteur de l'industrie pharmaceutique, permet par conséquent de sécuriser les intérêts nationaux des États-Unis, tout en leur offrant la possibilité de tirer des avantages de ces maladies (King, 2002, pp. 780-781). Cette situation pave ainsi la voie à l'intégration des intérêts économiques et commerciaux des États-Unis dans les questions de santé représentées comme globales (Ingram, 2008b, p. 76).

La réelle problématique dans ce contexte n'est donc pas de savoir de quelle manière il est possible d'enrayer les pertes humaines associées à ces maladies, mais bien plutôt comme ils le rappellent eux-mêmes, d'anticiper « [...] how to make it economically feasible for the best of American science, technology, and industry to address major global health problems

and to enable U.S. industry to profit, rather than to suffer losses »²⁴ (NIM, 1997, p. 36). La résolution des problèmes de santé à caractère global repose donc, entre autres, sur l'intégration des pays en voie de développement dans la structure économique capitaliste, et surtout, sur leur participation active, en tant que consommateur, à l'industrie pharmaceutique. Cette industrie est, dans cette vision, la réponse adéquate aux problèmes de santé représentés comme globaux²⁵. Cette importance prise par le marché a été amplifiée par le rôle joué par la sécurité pour transformer la santé publique en enjeu prioritaire, mais confus, de l'agenda international.

2.3.2 LE PROCESSUS DE SÉCURISATION DES ENJEUX DE SANTÉ GLOBAUX

Une des conséquences principales du rôle joué par les États-Unis dans la production de ce que l'on appelle aujourd'hui la santé globale est l'association de plus en plus grande entre santé publique et sécurité. L'analyse de la santé publique en termes sécuritaires, militaires ou stratégiques est un trait caractéristique de la gouvernance contemporaine de la santé (Hoffman, 2010, p. 511 ; Chan, Støre & Kouchner, 2008 ; Yuk-ping & Thomas, 2010), particulièrement à l'échelle globale. Fidler et Gostin affirment, par exemple, que « [t]he policy worlds of security and public health collided in the past ten years » (Fidler & Gostin, 2008, p. 135). On assiste en ce sens à une forme de sécurisation, au sens de Buzan et coll. (1998)²⁶, des enjeux de santé publique (Elbe, 2010a, 2010b ; Davies, 2008). Cette sécurisation de la santé s'articule dans un contexte où « [...] a range of actors (international organizations, governments and NGOs) accepted the idea that the survival of key referent

²⁴ Cette même logique d'intervention par l'économie de marché globale sera mise au jour, en ce qui concerne les mécanismes de gouvernance globale de la santé de l'OMS, lors de la crise de H1N1. Voir le chapitre 6 à ce sujet.

²⁵ Nous retrouverons explicitement cet argument dans les justificatifs ayant mené à la mise en place du RSI de 2005. Voir, *infra*, chapitres 4 et 6.

²⁶ Selon Buzan et coll., « [t]he way to study securitization is to study discourse and political constellations: When does an argument with this particular rhetorical and semiotic structure achieve sufficient effect to make an audience tolerate violations of rules that would otherwise have to be obeyed? If by means of an argument about the priority and urgency of an existential threat the securitizing actor has managed to break free of procedures or rules he or she would otherwise be bound by, we are witnessing a case of securitization. » (Buzan & coll., 1998, p. 25). C'est précisément cette situation qui caractérise les enjeux globaux de santé publique actuels. Pour une problématisation plus générale du concept de sécurisation dans les Relations internationales, voir par exemple Waever (1995), Williams (2003), Aradau (2004), Balzacq (2005), C.A.S.E. collective (2006) ou van Munster (2007).

objects (communities, economies, elites, institutions, militaries, ‘security’) is threatened unless emergency measures are undertaken » (Ingram, 2007, p. 516). Ce phénomène est, somme toute, récent dans l’histoire mouvementée des politiques de santé publique dans le contexte westphalien puisque, auparavant, les questions de santé étaient vues comme relevant largement des secteurs de l’humanitaire, du développement international ou de l’aide au développement, c’est-à-dire d’une certaine forme d’apolitisme et de neutralité – perçue – de ces enjeux²⁷ (Fidler & Gostin, 2008, p. 129). Il existait donc une perception d’une relative distinction historique entre d’un côté les enjeux de santé publique supranationaux, particulièrement en ce qui concerne les maladies infectieuses, et de l’autre, les enjeux de sécurité entendus en termes traditionnels et militaires.

Les maladies infectieuses n’étaient généralement pas ouvertement considérées comme des questions de politique étrangère ou de sécurité nationale, car :

1. On croyait au 20^e siècle que les maladies infectieuses étaient sous contrôle, du moins pour les pays occidentaux²⁸, et qu’ils ne posaient donc plus un risque important pour la santé ;
2. Les menaces à la sécurité nationale étaient analysées quasi strictement en termes militaires matériels, notamment en fonction des missiles et ogives nucléaires, et étaient directement liées à l’interprétation de la balance des pouvoirs entre grandes puissances ;
3. Une certaine limitation dans les technologies des communications et de transport empêchait de concevoir les mouvements de personnes et de biens comme une menace sanitaire potentielle à la sécurité. Également, la Guerre froide²⁹ et l’opposition entre

²⁷ Comme nous l’avons souligné précédemment, la réalité était tout autre, particulièrement en ce qui concerne la médecine coloniale et le rôle des États-Unis dans l’aide humanitaire.

²⁸ En 1967, le *US Surgeon General* annonça par exemple officiellement que « [...] the war against infectious diseases has been won » (cité dans Morens, Folkers & Fauci, 2004, p. 242). Collier et Lakoff ont qualifié la période de désenchantement qui suivra la constatation que les maladies infectieuses sont toujours présentes et actives comme le « return of the microbe », un « [...] troubling reversal in the history of public health » (Collier & Lakoff, 2008, p. 9).

²⁹ Bien que les questions des armes bactériologiques aient fait l’objet d’un certain développement durant la guerre froide, elles ne sont toutefois pas devenues un enjeu d’importance durant ce conflit, ce qui a donc grandement limité l’inclusion de menaces bactériennes à l’enjeu de la sécurité comme ce fut le cas dans la période d’après-Guerre froide. Cela s’est, par exemple, concrétisé par l’abandon volontaire et unilatéral des

blocs idéologiques ont eu un effet limitatif sur l'interprétation des enjeux de santé publique comme des menaces à la sécurité (Fidler, 2006, p. 201 ; Davies, 2008).

Suivant la fin de la Guerre froide, et, de manière quelque peu paradoxale, en parallèle avec le phénomène de l'élargissement de la sécurité traditionnelle vers ce qui sera appelé la sécurité humaine³⁰ (PNUD, 1994), on assiste de plus en plus un amalgame entre armes biologiques, entendues comme s'intégrant dans le cadre des « high politics », et maladies infectieuses qui étaient elles perçues comme relevant des « low politics », voire des « very low politics » (Fidler, 2005b, p. 180), pour reprendre le langage consacré des Relations internationales. Ingram note ainsi que « [g]lobal health has likewise been transformed since the end of the Cold War, undergoing a remarkable promotion from the realm of 'really low politics' that it occupied following the Second World War to the agendas of the UN Security Council and the G8, becoming a major part of the debate about globalisation, and a significant strand in debates about global security » (Ingram, 2005, p. 523). Même si cette distinction dichotomique entre *high* et *low politics* n'a jamais réellement existé, et que, comme le rappellent plusieurs, les enjeux de santé sont depuis longtemps³¹, dans les faits, des enjeux de politique étrangère liés dans une certaine mesure à la sécurité (Fidler & Drager, 2006, p. 687 ; Feldbaum, Lee & Michaud, 2010, p. 82), cette modification au niveau de la compréhension des maladies infectieuses a engendré la mise en place de nouvelles politiques nationales et internationales de santé publique sans précédent (Fidler, 2006, p. 203). Ce changement s'est accompagné de la montée, pour les pays occidentaux, de :

États-Unis à la fin des années 1960 de leur programme de développement d'armes biologiques et bactériologiques (Fidler, 2006, p. 199).

³⁰ Le rapport du PNUD de 1994 notait à propos de la sécurité humaine que « [f]or too long, the concept of security has been shaped by the potential for conflict between states. For too long, security has been equated with the threats to a country's borders. For too long, nations have sought arms to protect their security. For most people today, a feeling of insecurity arises more from worries about daily life than from the dread of a cataclysmic world event. Job security, income security, health security, environmental security, security from crime - these are the emerging concerns of human security all over the world » (PNUD, 1994, p. 3). Pour une problématisation plus générale de la sécurité humaine dans les Relations internationales, voir par exemple Krause et Williams (1997) ou Paris (2001).

³¹ Fidler rappelle ainsi les 3 liens historiques qui unissent santé et sécurité : 1) l'impact des maladies sur les troupes militaires, 2) la prise en compte des armes chimiques et bactériologiques par les ententes et traités internationaux et 3) le contrôle des armes en général (Fidler, 2006, p. 199).

[the] awareness of the threat that infectious disease outbreaks could pose to their citizens' health and to their countries' economic and political stability [which] encouraged western governments to develop responses in national security terms. Acute awareness that western states were not immune to this threat was raised by outbreaks of West Nile virus and drug-resistant infectious diseases, such as TB, measles and meningitis, in the United States and Britain, as well as the outbreak of SARS in Canada. (Davies, 2008, p. 298)

Cette sécurisation des enjeux globaux de santé a amené l'émergence d'un nouvel espace de diplomatie et de politique étrangère qui a été qualifié de « diplomatie sanitaire » (Novotny, 2008, p. 38) et qui a attiré beaucoup d'attention, notamment avec des concepts comme celui de « axis of illness » (Fidler, 2004b, p. 6). Dans ce contexte, la montée des enjeux de santé dans l'agenda de sécurité internationale a été expliquée de différentes manières. Cela pouvait soit correspondre 1) à une prise en compte généralisée de la santé comme valeur dominante ; 2) à l'utilisation de la santé comme outil politique particulier pour défendre d'autres intérêts ; ou 3) à des réalités matérielles qui démontrent le caractère effectivement menaçant des enjeux de santé publique pour la sécurité nationale et internationale (Feldbaum, Lee & Michaud, 2010 ; Fidler, 2005a). La mise en application de la sécurisation de la santé nous montre que c'est sur la base d'une confusion de sens de ce concept que la sécurité sanitaire globale a pris une telle ampleur dans la gouvernance contemporaine.

2.3.3 LA MATÉRIALISATION DE LA SÉCURISATION DE LA GOUVERNANCE GLOBALE DE LA SANTÉ

Ce phénomène de sécurisation des maladies infectieuses a pris plusieurs formes et s'est matérialisé par des prises de position généralisées soutenant les liens intrinsèques entre santé, sécurité nationale et risques de déstabilisation. Pour Collier et Lakoff, la sécurisation de la santé globale a ainsi favorisé la production de plusieurs « [...] ecologies of experts and organizations that are being assembled in new initiatives to link health and security » (Collier & Lakoff, 2008, p. 9). Par exemple, le Conseil de sécurité des Nations-Unies a déclaré en 2000, avec la résolution 1308, que le VIH/SIDA représentait une menace à la sécurité nationale et internationale. Cette résolution affirmait que « [...] the HIV/AIDS pandemic is also exacerbated by conditions of violence and instability, which increase the

risk of exposure to the disease through large movements of people, widespread uncertainty over conditions, and reduced access to medical care » (ONU, 2000). C'était la première fois de l'histoire que le Conseil de sécurité des Nations-Unies s'intéressait de manière spécifique à un enjeu de santé dans ses liens avec la sécurité (Youde, 2010, p. 28 ; Aldis, 2008, p. 372).

On retrouve cette association entre sécurité et VIH/SIDA dans d'autres organisations internationales. L'ONUSIDA soutient, par exemple, que :

[i]n regions where HIV/AIDS has reached epidemic proportions, *it destroys the very fabric of what constitutes a state*: individuals, families, communities, economic and socio-political institutions, *and the military and police forces* which guarantee the protection of state institutions. *AIDS and global insecurity coexist in a vicious cycle*. Civil and international conflict help spread HIV as populations are destabilized and armies move across new territories. AIDS contributes to national and international insecurity, from the instability of societies whose future has been thrown into doubt to the high levels of HIV infection experienced among military and peacekeeping personnel. [...] As the millennium unfolds, *the impact of AIDS on international, national and community security has become significant*, with many more people dying of AIDS than as a result of war or conflict. The AIDS epidemic is claiming not only human lives, but destroying structures of governance that ensure human security. (ONUSIDA, 2003 – nous soulignons)

Peter Piot, ancien Directeur exécutif de l'ONUSIDA, avait même souligné, lors d'une conférence tenue au Japon tout juste après les événements de septembre 2001, qu'il existait certaines similitudes entre les impacts sur les sociétés du terrorisme et du VIH/SIDA, notamment en ce que ces deux phénomènes peuvent avoir comme effet de perturbation sociale :

[t]here is a world of difference between the root causes of terrorism and the impact of AIDS on security. But at some deep level, we should be reminded that in many parts of the world, *AIDS has caused a normal way of life to be called into question*. As a global issue, therefore, we must pay attention to *AIDS as a threat to human security*, and redouble our efforts against the epidemic and its impact. (Peter, 2001 – nous soulignons)

L'*International Crisis Group* a également affirmé en 2001 que le VIH/SIDA devait être considéré comme une menace à la santé (International Crisis Group, 2001). Le sommet du

G8 de Gênes en 2001 s'était conclu quant à lui par la création du *Global Fund*³² afin de s'attaquer de manière prioritaire à la Malaria, au VIH/SIDA et à la tuberculose, soulignant du même coup l'importance qu'ont pris les enjeux de santé au niveau international, particulièrement en ce qui concerne la sécurité. En 2007, les ministres des Affaires étrangères du Brésil, de la France, de l'Indonésie, de la Norvège, du Sénégal, de l'Afrique du Sud et de la Thaïlande avaient reconnu l'importance de concevoir les enjeux de santé publique en termes de menaces et risques à la sécurité : « [n]o country can isolate itself from cross-border risks and threats *to their national health security*. Foreign policy actions in security, trade, conflict and crisis, environment and human rights have a strong bearing on whether we can achieve national as well as *global health security* » (Déclaration d'Oslo, 2007 – nous soulignons).

Les États-Unis jouèrent encore une fois un rôle important dans ce processus de sécurisation des enjeux de santé publique. En 2004, par exemple, l'administration Bush avait déclaré que l'influenza représentait « a danger to our homeland » (Bush, 2005), ce qui s'est traduit par une augmentation drastique des budgets annuels états-uniens alloués à cet enjeu de santé, les faisant passer d'environ 50-100 millions à 6 milliards de US\$ (Abraham, 2011, p. 797). Le président états-unien a aussi favorisé l'émergence de l'influenza comme enjeux de sécurité globale en soulignant que :

[i]f the virus were to develop the capacity for sustained human-to-human transmission, it could spread quickly across the globe. Our country has been given fair warning of this danger to our homeland -- and time to prepare. [...] A flu pandemic would have global consequences, so no nation can afford to ignore this threat, and every nation has responsibilities to detect and stop its spread. [...] It is vital that our nation discuss and address the threat of pandemic flu now. (Bush, 2005)

Collin Powell avait quant à lui souligné que le VIH/SIDA « [...] now represents so great a threat to stability in Africa, Asia and Latin America that it needs to be regarded as a *national security issue* » (cité dans Gow (2002) – nous soulignons), faisant écho à Richard Holbrook qui avait lui aussi souligné le caractère déstabilisateur du VIH/SIDA (McInnes & Lee, 2006, p. 10).

³² Voir le site Internet de l'organisation pour un détail de son historique : <http://www.theglobalfund.org/>.

L'OMS n'est pas en reste à ce titre. La Directrice générale de l'OMS, la Dre Margaret Chan avait affirmé en 2006, dans un discours à l'Assemblée mondiale de la santé, que « [f]or global health security, I share your deep concern about the looming threat of an influenza pandemic » (Chan, 2006). Un document du GOARN rend explicite ce lien perçu entre santé et sécurité au sein de l'OMS :

[w]ith the events of Sept 11th and the subsequent intentional release of anthrax spores in the United States, the possibility of the accidental or deliberate release of a biological agent - previously considered an unlikely scenario - has been made a frightening reality. Confronted with the potential threat to global health security by the intentional release of biological agents, WHO advocates an astute "dual use" investment in national, regional and global public health operations and infrastructure for early detection and immediate response. Strengthening global efforts to detect and contain epidemics provides clear and sustainable public health benefit and prepares for this potential threat to global health security.³³

La résolution WHA54.14 de l'OMS est venue souligner dans une perspective similaire l'importance de la sécurité sanitaire globale comme enjeux de révision du RSI, demandant aux pays membres d'accélérer le processus de négociation (OMS, 2000e). L'OMS y consacrera également son rapport annuel de 2007, rappelant l'importance que prennent les menaces à la santé en termes de sécurité et de déstabilisation pour les communautés politiques (OMS, 2007a). La santé publique globale s'est ainsi établie de manière dominante en termes d'enjeux de sécurité internationale à l'OMS.

Ce qu'il convient de souligner toutefois, c'est que ces références à la sécurité ne renvoient pas nécessairement à une compréhension partagée de ce que signifie le concept de « sécurité » ou de ses applications concrètes. Par exemple, la *Global Health Security Initiative*, un groupe qui se décrit comme un « [...] informal, international partnership among like-minded countries to strengthen health preparedness and response globally to threats of biological, chemical, radio-nuclear terrorism (CBRN) and pandemic influenza »³⁴, se concentre pratiquement uniquement sur les enjeux de sécurité sanitaire militaires et a été mis sur pied par seulement 8 pays, rendant problématique son appellation même de « globale » (Helfer, 2004, p. 294). La constitution de l'OMS réfère quant à elle à

³³ <http://www.who.int/csr/outbreaknetwork/newthreat/en/index.html> Page consultée le 22 juin 2012.

³⁴ <http://www.ghsi.ca/english/index.asp> Page consultée le 25 juin 2012.

la question de la sécurité, mais de manière tout à fait différente. On peut ainsi y lire que « [t]he health of all peoples is fundamental to the attainment of peace and *security* and is dependent upon the fullest co-operation of individuals and States » (OMS, 1948, p. 1). Le concept de sécurité dans la constitution de l'OMS ne réfère cependant pas ici à une approche militaire, mais plutôt à ce que nous entendons aujourd'hui par « sécurité humaine » (Fidler & Gostin, 2008, p. 135). Aldis met en évidence à ce sujet une distinction importante concernant la relation complexe qui s'est établie entre sécurité et santé. Il est selon lui fondamental de distinguer entre « santé *et* sécurité » et « sécurité *de la* santé » (Aldis, 2008, p. 370). La première réfère aux impacts de certains enjeux de santé publique sur la sécurité nationale et internationale, souvent entendue en termes militaires, où ce qui doit être sécurisé est l'État entendu comme institution unitaire, tandis que la seconde concerne plutôt la sécurité de la santé en elle-même, c'est-à-dire des conditions de santé des individus. Ces deux interprétations sont aujourd'hui largement confondues et promues de manière indistincte au niveau international.

Ces différentes utilisations du concept de sécurité en référence aux enjeux de santé publique permettent de constater qu'un de ses principaux problèmes est l'absence d'une définition acceptée et partagée de la « sécurité sanitaire ». Comme le rappelle Aldis, « [a]lthough the concept of health security is becoming accepted in public health literature and practice, there is no agreement on scope and content » (*idem*, pp. 369-70). Cette confusion résulte, comme nous l'avons vu, en des applications absolument divergentes d'objectifs, de buts et de mécanismes de mise en œuvre dans les champs nationaux et internationaux. Au niveau analytique, il n'existe pas non plus de compréhension unique et partagée de ce phénomène. Davies a, par exemple, défini la sécurité sanitaire globale comme faisant intervenir des « [...] responses to infectious diseases [that are] dominated by *statism* and *securitization*, and involve focusing on containing the threat of infectious diseases rather than tackling its roots causes » (Davies, 2010, p. 7). Ingram l'a définie plutôt comme un « [...] complex set of practices through which global life is to be protected from epidemic and pandemic threats and the anxieties they generate » (Ingram, 2008b, p. 81). Fidler et Gostin ont parlé de leur côté de « biosécurité », concept qui réfère selon eux à : « [...] society's collective responsibility to safeguard the population from the dangers presented by pathogenic microbes » (Fidler & Gostin, 2008, p. 121). L'OMS définit

finalement ce qu'elle appelle la « global public health security » comme « [...] the activities required, both proactive and reactive, to minimize vulnerability to acute public health events that endanger the collective health of populations living across geographical regions and international boundaries. » (OMS, 2007a, p. 5). Se confondent donc, à la fois dans la théorie et dans la pratique, les concepts de « sécurité humaine », « biosecrétité », « sécurité sanitaire globale », « sécurité de la santé publique », etc., rendant difficile, voire impossible, une cohérence dans les initiatives globales de santé publique.

C'est pourquoi, pour Lakoff, il faut distinguer entre deux types de « régimes »³⁵ de santé qu'il situe en opposition l'un à l'autre. Il y a selon lui, d'un côté, la sécurité sanitaire globale qui « [...] focuses on 'emerging infectious diseases' - whether naturally occurring or man-made - which are seen to threaten wealthy countries, and which typically (though not always) emanate from Asia, sub-Saharan Africa, or Latin America », et qui se concentre sur les risques de santé qui n'ont *pas encore eu lieu*, mais dont on anticipe la présence (Lakoff, 2010, p. 60). S'y oppose ce qu'il nomme la « biomédecine humanitaire », c'est-à-dire « [...] diseases that currently afflict the poorer nations of the world, such as malaria, tuberculosis, and HIV/AIDS » et pour lesquels les principales conséquences se situent au niveau humain individuel³⁶ (*ibid*). La première s'inscrit dans une approche beaucoup plus politique et ouvertement orientée vers les intérêts de certains pays en particulier, tandis que la seconde s'inscrit dans une perspective collectiviste et d'intérêt commun. Pour Lakoff, cette distinction est fondamentale, car le fait qu'une maladie soit analysée en fonction d'un ou l'autre des cadres analytiques implique des conséquences majeures sur le type d'intervention qui peut être mis en place ou non³⁷.

³⁵ À distinguer de la théorie des régimes en Relations internationales.

³⁶ Contrairement, selon lui, à la santé sanitaire globale qui implique l'ensemble des États et le système international.

³⁷ Cette distinction introduite par Lakoff est, selon nous, intéressante dans la mesure où elle permet de prendre en considération l'impact des modes de compréhension différents sur les types de réponse qui sont mis en place. Toutefois, cette distinction dichotomique nous apparaît beaucoup trop simplificatrice. En outre, elle ne permet pas de prendre en considération la nature impériale et coloniale des initiatives humanitaires dans le domaine de la santé. Elle ne permet pas non plus de comprendre l'utilisation de la santé comme justificatif pour d'autres enjeux politiques. Enfin, elle ne permet pas de saisir la complexité des modes contemporains de gouvernance, notamment du rôle ambigu qu'y jouent, comme nous le verrons, la communication et la circulation de l'information.

Cette confusion, autant dans la compréhension de ce que représente la santé sanitaire globale que dans les implications pratiques pour son application, a amené une série de critiques, notamment de la part des pays en voie de développement ou dans leur perspective (Aldis, 2008, p. 370). Ingram rappelle, par exemple, le risque que les enjeux de sécurité sanitaire réorientent les priorités de santé publique autour des intérêts de ceux qui dominent déjà le système international (Ingram, 2008b), entraînant du même coup un processus de reproduction des inégalités. Globalement, ces critiques remettent en cause le processus général de sécurisation de la santé à l'œuvre actuellement. Un des fondements principaux de ces critiques est la nécessité de reconnaître que, comme l'a souligné très justement Ingram, « [...] global health security is hardly immune from power relations » (*idem*, p. 81). Cette observation soulève des questions et controverses qui sont à la fois théoriques, conceptuelles et pratiques (Yuk-ping & Thomas, 2010, p. 449 ; Fidler, 2003b), particulièrement en ce qui concerne la question de savoir « [w]ho is to be protected, and from what »³⁸ (Coker & Ingram, 2006). Certains ont par exemple souligné le fait que les mesures de santé publique mises en place sous le couvert de la sécurité sanitaire globale « [...] has been dominated by the concerns of foreign and security policy, not of global public health » (McInnes & Lee, 2006, p. 22). Pour Feldbaum, Lee et Michaud :

[...] linkages between global health, aid, trade, diplomacy, and national security indicates that state action on health is often motivated by foreign-policy interests rather than a desire to promote health equity or achieve humanitarian benefits. These ulterior interests can be economic (protecting trade), diplomatic (preventing epidemics), strategic (preventing bioterrorism), or (often) combinations of these interests. (Feldbaum, Lee & Michaud, 2010, p. 88)

La critique générale avancée s'oriente donc autour de la limitation conceptuelle et pratique qu'implique la sécurité sanitaire globale, notamment dans son réductionnisme des modes de compréhension des risques sanitaires et des enjeux sur lesquels l'accent doit être mis. C'est pourquoi Fidler et Gostin ont affirmé que la sécurisation de la santé globale est avant tout un phénomène de « priorisation » des enjeux de santé (Fidler & Gostin, 2008).

³⁸ Cette interrogation est, selon nous, transversale à notre propre question de recherche. Chercher à savoir pourquoi les pays coopèrent au niveau de la santé globale requiert de s'interroger sur *qui* est protégé et de *quoi*, ce que nous analysons en détail dans la section empirique abordée aux chapitres 4, 5 et 6.

Une des conséquences principales de ce phénomène de priorisation des enjeux de santé au profit des pays dominants est, selon Ingram, que cela entrave l'élaboration de mécanismes globaux d'action en centrant l'attention non pas sur l'intérêt commun, mais plutôt sur des intérêts particuliers (Ingram, 2005, pp. 534-535). Les incidences se font sentir également au niveau des politiques de santé publique proposées et élaborées en fonction de cette identification sécuritaire partielle des enjeux de santé. Katz et Singer soulignent, par exemple, que « [t]he result may be that a disproportionate emphasis is placed on assigning responsibility and levying sanctions to control the threat, as opposed to more traditional health models that identify and ameliorate risk factors and behaviours that contribute to the threat » (Katz & Singer, 2007, p. 234). McInnes et Lee résument de leur côté les deux principaux impacts de la sécurisation des maladies infectieuses comme suit :

[f]irst, the manner in which public health issues have begun to appear on foreign and security policy agendas reflects more the concerns of the latter than those of public health. The emphasis to date has been on public health as a foreign policy and security risk, rather than on how foreign and security policy can facilitate or hinder public health. Second, the agenda has been dominated by two issues, the spread of selected acute and potentially epidemic infections and the risk of bio-terror. (McInnes & Lee, 2006, p. 9)

Pour Aldis, le résultat est également explicite et se situe au niveau de la compréhension même que nous avons aujourd'hui du champ de la sécurité globale :

[t]aken together, the introduction of a threat protection mentality, foreign policy agendas, military interests and bioterrorism concerns into global public health, under the concept of global public health security, have subtly altered our understanding of global public health. A re-assignment of policy priorities and re-allocation of resources is underway (Staiti & coll., 2003 ; Feldbaum & coll., 2006), without sufficient clarity on definitions or intent (particularly surrounding the concept of 'security'), and without consensus of the global community (Shashikant 2008). (Aldis, 2008, p. 373)

L'utilisation du concept de sécurité sanitaire globale s'inscrit donc majoritairement dans une perspective où « [t]errorism, bioterrorism and epidemic disease became conflated » (Bashford, 2006b, p. 13), encourageant l'élaboration et la mise en place de réponses militaires s'écartant des enjeux globaux de santé publique entendus en termes de bien public. Elbe (2006) a montré, par exemple, que la sécurisation du VIH/SIDA s'est accompagnée d'une vision catastrophique des impacts de cette maladie mettant l'accent sur le risque de déstructurations des institutions et structures de production économique, ainsi

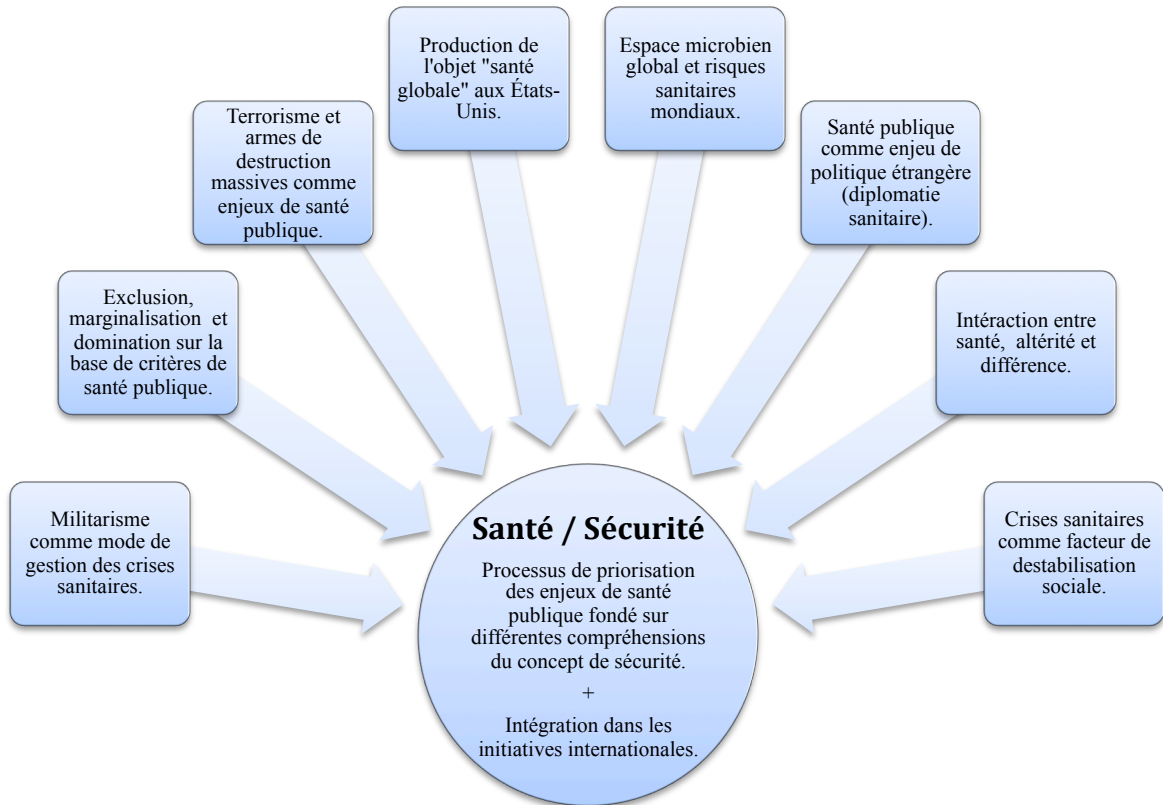
que sur le risque de perturbations sociales. Elbe observe également que, dans le cas du VIH/SIDA, « [...] framing the issue as a security issue pushes responses to the disease away from civil society toward the much less transparent workings of military and intelligence organizations » (Elbe, 2006, p. 128). L'association des enjeux de santé publique mondiale aux questions de sécurité a également conduit à la mise en place d'un processus de hiérarchisation entre les différents risques pour la santé qui est fonction de la puissance militaire des pays qui les défendent (McInnes & Lee, 2006). Calain souligne également que ce déséquilibre est légitimé dans, et par, les différentes structures de gouvernance de l'OMS³⁹ (Calain, 2007a, p. 8). Elbe soutient lui qu'un tel processus de sécurisation (du VIH/SIDA) a transformé la sécurité internationale « [...] into a site for the global dissemination of a biopolitical economy of power » (Elbe, 2005, p. 404). Enfin, pour Ingram :

[p]laying games of security or neoliberal economics risks the displacement of important questions about political economy and rights into narrow realms of technological, ideological and political fixes, leading to technocratic rather than transformative responses. Global health security, then, is less about desecuritisation than critical engagement with the nature of the concept itself. (Ingram, 2005, p. 540)

Les effets de la sécurisation de la santé sont donc multiples. La Figure 2.1 ci-dessous intègre les différents éléments abordés précédemment. Selon nous, la conséquence principale de la sécurisation des enjeux globaux de santé publique est le processus de priorisation qui l'a accompagné et qui a marqué la pratique de ce que l'on considère aujourd'hui comme le champ de la gouvernance globale de la santé.

³⁹ Nous reviendrons en détail sur cet élément dans notre analyse empirique des critiques portées contre la gouvernance globale de la santé au chapitre 6, *infra*.

Figure 2.1 – Construction sociohistorique du lien entre santé et sécurité



2.4 LE CHAMP DE LA GOUVERNANCE GLOBALE DE LA SANTÉ AUJOURD’HUI

Dans ce contexte de 1) l’association entre la santé et une forme de peur de l’altérité et de l’étranger, 2) la construction de la santé comme enjeux évoluant dans un espace microbien global, 3) le rôle qu’ont joué les États-Unis dans la production de la santé globale et 4) l’association de la santé aux enjeux de sécurité, une question se pose :

Qu’entend-on aujourd’hui par le champ de la « gouvernance globale de la santé » dans lequel s’inscrit le RSI de 2005 et qu’y signifient la « santé » et sa « gouvernance » ?

C'est précisément à cette question que se voue cette dernière section de la problématisation des liens entre santé publique et communauté politique.

2.4.1 DÉFINITION DE LA SANTÉ GLOBALE ET DE SES CONCEPTS

Une multitude de définitions de la « santé globale » ou de la « gouvernance globale de la santé » ont été exprimées et utilisées jusqu'à maintenant. Koplan rappelle ainsi que « [a]lthough frequently referenced, global health is rarely defined. When it is, the definition varies greatly and is often little more than a rephrasing of a common definition of public health or a politically correct updating of international health » (Koplan & coll., 2009). Qui plus est, un ensemble de concepts semblent référer ici plus ou moins au même phénomène que l'on pourrait résumer par l'appellation « santé globale ». Ces différents concepts sont, par exemple, « international health », « global public health », « global health security », « tropical health », etc. (Beaglehole & Bonita, 2010, p. 1). Dogson, Lee et Drager soulignent que :

[t]he precise origins of the term GHG [global health governance] are unclear, although many scholars and practitioners who use the term draw upon a number of different fields. These mixed origins mean that GHG can be difficult to define. This problem of definition is compounded by the fact that the term GHG is used widely in a number of different contexts. (Dogson, Lee & Drager, 2002, p. 12)

Bien que divergentes ou difficilement comparables, ces définitions ou conceptions permettent tout de même de souligner les différents univers de sens dans lesquels s'inscrit la santé publique à l'échelle globale. Cela nous permet également de comparer ces définitions avec son application pratique, ce qui sera fait dans la section empirique de cette recherche aux chapitres 4, 5 et 6. Les principales définitions et compréhensions⁴⁰ des concepts s'articulant autour de la « santé globale » sont reportées au Tableau 2.1.

⁴⁰ Nous ne prétendons pas ici être exhaustifs. L'objectif est plutôt de permettre la comparaison entre plusieurs définitions afin de démontrer la multiplicité de sens qu'ont acquises la santé et sa gouvernance dans le champ de la santé globale.

Tableau 2.1 – Comparaison des différentes définitions de la « santé globale » et de la « gouvernance globale de la santé »

Références	Définitions	Objets
(Koplan & coll., 2009)	« [...] an area for study, research, and practice that places a priority on <i>improving health</i> and achieving health equity <i>for all people world-wide</i> » *	Santé globale ⁴¹
(Beaglehole & Bonita, 2010, p. 1)	« [...] collaborative <i>transnational</i> research and action for promoting <i>health for all</i> »	Santé globale
(Kickbusch, 2006, p. 561)	« [...] those <i>health issues</i> that <i>transcend national boundaries</i> and governments and call for actions on the <i>global forces</i> that determine the <i>health of people</i> »	Santé globale
(Lee & Goodman, 2002, p. 115)	« [...] the <i>collective</i> forms of governance, from the sub-national to the global level, which address <i>health issues with global dimensions</i> »	Gouvernance globale de la santé ⁴²
(Kay & Williams, 2009, pp. 1-2)	« [...] any means or mechanisms used by various public and private actors, acting at sub-national, national and international levels, that seek to control, regulate or ameliorate this <i>global system of disease</i> »	Gouvernance globale de la santé
(UK Government, 2008)	« [...] <i>health issues</i> where the determinants circumvent, <i>undermine or are oblivious to the territorial boundaries of states</i> , and are thus beyond the capacity of individual countries to address through domestic institutions. Global health is focused on <i>people across the whole planet</i> rather than the concerns of particular nations. Global health recognises that health is determined by problems, issues and concerns that <i>transcend national boundaries</i> »	Santé globale
(MacFarlane, Jacobs & Kaaya, 2008, p. 1)	« [...] the improvement of <i>health worldwide</i> , the reduction of disparities, and protection of societies against <i>global threats that disregard national borders</i> »	Santé globale
(Zacher & Keefe, 2008, p. 15)	« [...] cooperation among actors involved in combating such <i>diseases</i> [infectious diseases] and <i>controlling their international spread</i> »	Gouvernance globale de la santé

* nous soulignons, pour l'ensemble des définitions de ce tableau

⁴¹ « *Global health* » dans l'original.

⁴² « *Global health governance* » dans l'original.

Même si ces définitions sont assez différentes et variées, elles reposent généralement toutes sur trois éléments centraux :

1. Importance de la santé ;
2. Identification de l'aspect transfrontalier de la menace ou de l'enjeu, et
3. Orientation vers la population globale.

Il peut paraître simpliste de faire ces trois observations – après tout, il s'agit de la définition de la « santé globale » ou de la « gouvernance globale de la santé »! –, mais comme nous allons le constater dans cette thèse, son application dans la réalité diffère quelque peu du sens commun qui lui est attribué avec ces définitions, notamment dans l'importance assez faible que vont vraiment avoir les objectifs globaux de santé publique dans le RSI de 2005. Il est donc important de souligner la place qu'y tient la santé afin d'apprécier l'évacuation qui en sera faite dans l'application de la gouvernance globale de la santé⁴³. Si la santé apparaît donc relativement centrale à ces définitions très variées, le terme « santé », lui, ne fait toutefois pas l'objet d'un consensus quant à sa définition et compréhension. Fidler identifie à ce sujet un phénomène particulier de l'emploi de la santé dans le cadre de la gouvernance⁴⁴ globale de la santé : « [l]evels of health interconnectedness and interdependence among populations in the world vary significantly, which creates a complex epidemiological reality that *the ideology of health simplifies for political not scientific purposes.* » (Fidler, 2005b, p. 187 – nous soulignons) Le politique joue donc ici un rôle important dans l'identification de ce à quoi doit correspondre la santé dans les divers mécanismes et les initiatives de gouvernance globale de la santé.

⁴³ Ce que l'on constatera en particulier dans le processus de négociation ayant mené au RSI de 2005. Voir, *infra*, chapitre 4.

⁴⁴ Nous ne reviendrons pas en détail sur la définition du concept de gouvernance en lui-même puisque cela a déjà été fait ailleurs (voir, par exemple, Dingwerth & Pattberg (2006), Pattberg (2006), Castells (2005), Walters (2004a), de Alcántara (1998) ou Smouts (1998)), mais il est à noter que les auteurs se réfèrent généralement à la définition de Rosenau comme « [...] systems of rule at all levels of human activity - from the family to the international organization - in which the pursuit of goals has transnational repercussions » (Rosenau, 1995, p.13). En ce qui nous concerne, nous suivrons plutôt une approche foucauldienne dans une compréhension de la gouvernance comme une « conduite des conduites » (Foucault, 2001c, p. 1056). Pour Foucault, gouverner, « [...] c'est structurer le champ d'action éventuel des autres » (*ibid*).

Les chartes, ententes et déclarations internationales ont tenu ici une place dans la compréhension de ce que représente vraiment la santé. L'OMS définit, par exemple, dans sa constitution la santé comme un « [...] un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité » (OMS, 1948, p. 1). La conférence d'Alma-Ata⁴⁵ de 1986 concernant les soins de santé primaires s'inspire de la définition de l'OMS, en ajoutant tout de même que :

[...] la santé, qui est un état de complet bien-être physique, mental et social et ne consiste pas seulement en l'absence de maladie ou d'infirmité, *est un droit fondamental de l'être humain*, et que l'accession au niveau de santé le plus élevé possible est un objectif social extrêmement important qui intéresse le monde entier et suppose la participation de nombreux secteurs socioéconomiques autres que celui de la santé (Alma-Ata, 1986 – nous soulignons).

On constate ici que l'aspect novateur de cette définition est sa représentation comme droit fondamental de l'être humain⁴⁶. La Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé de 1986 est venue ajouter à ces définitions que « [h]ealth is therefore, seen as a resource⁴⁷ for everyday life, not the objective of living. Health is a positive concept emphasizing social and personal resources, as well as physical capacities », renforçant sa conception comme étant basée sur les déterminants sociaux de la santé (Charte d'Ottawa, 1986). Ces modes de compréhension de la santé s'inscrivent dans la conception plus générale qui est faite de la santé publique. Par exemple, Childress et coll. soulignent que :

⁴⁵ La conférence de Alma-Ata s'inscrivait dans le contexte plus large du mouvement « health-for-all » qui cherchait, à partir des années 1970, à faire la promotion des éléments de base de la santé pour tous. L'OMS définit ce mouvement de la sorte : « [h]ealth For All means that health is to be brought within reach of everyone in a given country. And by 'health' is meant a personal state of well being, not just the availability of health services – a state of health that enables a person to lead a socially and economically productive life. Health For All implies the removal of the obstacles to health – that is to say, the elimination of malnutrition, ignorance, contaminated drinking-water and unhygienic housing – quite as much as it does the solution of purely medical problems such as the lack of doctors, hospital beds, drugs and vaccines. » (Mahler, 1981, p. 6) Ce mouvement influence toujours, du moins en théorie, les actions de l'OMS. Comme nous allons le voir tout au long de cette thèse, le RSI de 2005 ne s'inscrit absolument pas dans cette approche, bien au contraire.

⁴⁶ Nous reviendrons sur cet élément au chapitre 3, *infra*.

⁴⁷ La conception de la santé comme ressource s'établissant dans un cadre de développement économique, comparativement à la santé comme droit humain ou bien commun, a été peu problématisée dans le champ des Relations internationales ou des politiques publiques de santé. Plusieurs auteurs ont toutefois souligné les conséquences majeures que peut avoir la conception comme ressource économique de certains enjeux sur les réponses politiques qui lui sont apportées (voir par exemple, en ce qui concerne l'enjeu de l'eau, Blouin Genest, Julien et Paquerot (2012)). La compréhension des impacts de la santé comme ressource sur les mécanismes de gouvernance représente donc un champ de recherche potentiel, notamment au niveau international.

[p]ublic health is primarily concerned with the health of the entire population, rather than the health of individuals. Its features include an emphasis on the promotion of health and the prevention of disease and disability; the collection and use of epidemiological data, population surveillance, and other forms of empirical quantitative assessment; a recognition of the multidimensional nature of the determinants of health; and a focus on the complex interactions of many factors – biological, behavioural, social, and environmental – in developing effective interventions. (Childress & coll., 2002, p. 170)

Fidler et Gostin soulèvent cependant deux perceptions erronées de la santé publique et de la gouvernance globale de la santé en générale telle que promue par l'OMS et le RSI de 2005 que l'on retrouve avec cette définition⁴⁸. Selon eux, ces deux erreurs sont : 1) la perception que la santé publique se concentre uniquement sur les populations plutôt que sur les individus ; et 2) l'idée qu'elle n'est pas orientée vers l'allocation de soins de santé (Fidler & Gostin, 2008). Ces deux perceptions fautives ont entraîné une forme de segmentation de ce que peut être la santé publique globale, la limitant à une forme plus ou moins développée de surveillance et d'identification des risques. Cette segmentation oppose surveillance et action (Dry, 2008, p. 6). Ces différentes définitions et interprétations de la santé ont eu d'importantes implications quant à la matérialisation du champ de la gouvernance globale de la santé.

2.4.2 LA MISE EN APPLICATION DE LA GOUVERNANCE GLOBALE DE LA SANTÉ

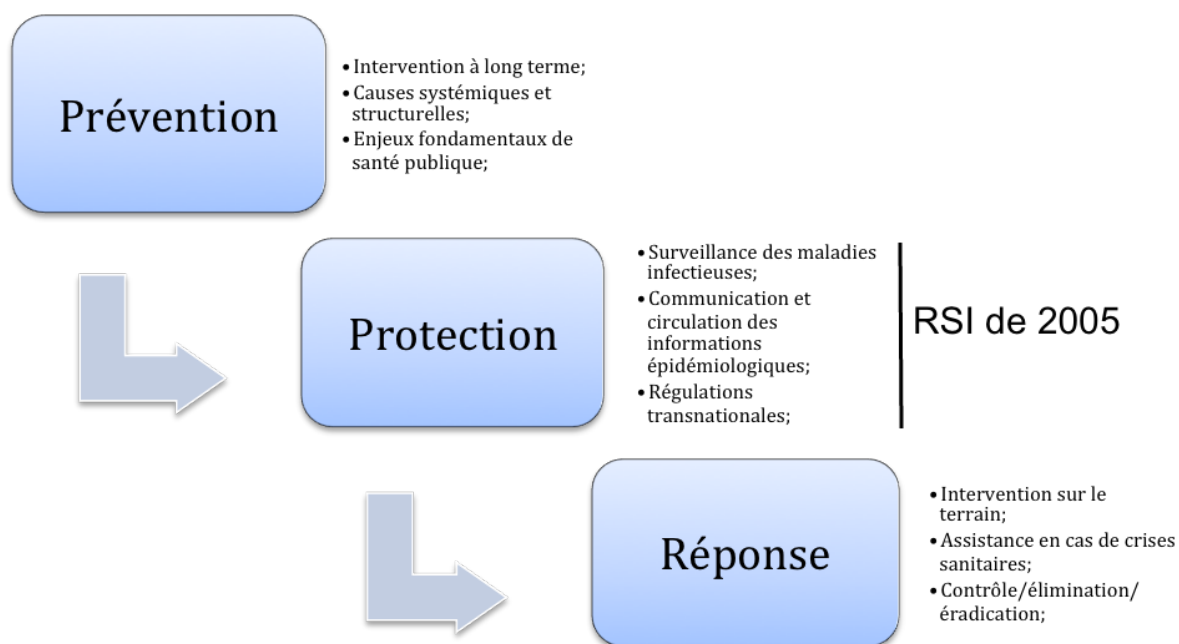
La segmentation présentée précédemment entre surveillance et intervention a donc eu des impacts majeurs sur les politiques de santé publique mises en place dans le cadre de la gouvernance globale de la santé. Zacher et Keefe soulignent, par exemple, qu'il existe, au sein de la gouvernance globale de la santé, trois principales stratégies de santé publique. Il y a, tout d'abord, la *surveillance* des maladies infectieuses et la communication des informations épidémiologiques, *l'assistance* en cas d'urgence sanitaire et, enfin, *l'intervention* à long terme sur les enjeux fondamentaux de santé et leurs origines systémiques (Zacher & Keefe, 2008). Faisant écho à la distinction de ces auteurs, Fidler et Gostin soutiennent que cela implique une différenciation entre la *prévention*, la *protection*

⁴⁸ Il est à noter que Gostin est également coauteur de l'article dont est issue cette définition.

et les *réponses* comme stratégies d'intervention apportées aux enjeux de santé publique globaux (Fidler & Gostin, 2008). Pour Youde, cette distinction s'effectue, au niveau concret des maladies infectieuses, entre le *contrôle*, *l'élimination* et *l'éradication*⁴⁹ (Youde, 2010). Enfin, Zacher et Keefe rappellent que les trois éléments essentiels pour la gouvernance globale des maladies infectieuses sont la *surveillance*, la *réponse* lors des urgences sanitaires et les *régulations transfrontalières* (Zacher & Keefe, 2008).

Ces différents éléments sont combinés et présentés à la Figure 2.2. Cette représentation des modes d'intervention de santé publique globale nous permet de comprendre la logique dans laquelle s'inscrit la pratique du RSI de 2005. Cet instrument juridique se situe au niveau de la protection.

Figure 2.2 – Représentation des modes d'intervention de santé publique globale



⁴⁹ Youde définit chacun de ces éléments de la manière suivante : « [c]ontrol occurs when the circulation of an infectious agent is restricted to below a level that could be sustained by individuals acting on their own. Elimination refers to controlling that infectious agent sufficiently enough as to prevent an epidemic from spreading within a given geographical area. Eradication means that an infectious agent has been eliminated everywhere and at the same time. » (Youde, 2010, p. 12)

L'élément caractéristique du RSI de 2005 comme mode d'intervention de santé publique est que ce ne sont pas tous les pays et toutes les populations qui reçoivent la même attention pour chacun de ces éléments. Il existe donc une inégalité systémique dans l'allocation de ces stratégies de santé publique dans ce cadre de la gouvernance globale de la santé. Qui plus est, l'accent est mis à l'OMS sur la surveillance des maladies infectieuses. Par exemple, 60% du budget de cette organisation internationale va aux enjeux touchant les maladies infectieuses (Butler, 2011). Il est aussi largement admis que l'élément essentiel de la gouvernance globale de la santé est la surveillance⁵⁰. Pour Castillo-Salgado par exemple, « [...] one of the most relevant essential functions in global health is global health surveillance. » (Castillo-Salgado, 2010, p. 93), ajoutant que « [s]urveillance is also recognized as the single most important public health instrument for identifying public health events of global concern, particularly infectious diseases that are emerging » (*idem*, p. 104). Fidler et Gostin soutiennent quant à eux que « [...] the most important public health function is surveillance » (2008, p. 125), tandis que Heymann et Rodier rappellent que « [i]nfectious disease intelligence, gleaned through sensitive surveillance, is the best defence [...] » contre les maladies infectieuses (Heymann & Rodier, 2001, p. 345).

L'OMS reconnaît elle-même que « [h]igh quality national surveillance is the cornerstone of infectious disease prevention and control » (cité dans Schuchat et Desenclos (2007, p. xx)). La surveillance de la santé s'est donc imposée comme l'élément central des mécanismes de gouvernance globale de la santé de l'OMS dans le cadre du RSI de 2005. Cette organisation internationale définit la surveillance des maladies infectieuses comme « [...] the systematic ongoing collection, collation and analysis of data for public health purposes and the timely dissemination of public health information for assessment and public health response as necessary » (OMS, 2005a), définition qui est largement partagée par d'autres auteurs

⁵⁰ Cette importance extrême accordée à la surveillance a même amené certains à prétendre que « [i]nadequate surveillance and consequent 'blindness' to the health status of the population has contributed to the uncontrolled global spread of the human immunodeficiency virus/acquired immunodeficiency syndrome (HIV/AIDS), one of the worst pandemics in human history. » (M'ikanatha & coll., 2007, p. 5) Si le manque de surveillance peut potentiellement être à blâmer en ce qui concerne la pandémie du VIH/SIDA, c'est avant tout le manque de réaction des responsables politiques aux premiers jours de la pandémie qui reste un des facteurs principaux de l'ampleur prise par cette épidémie. Cette inaction politique était fondée sur des préjugés concernant ceux qui étaient majoritairement atteints de cette infection à l'époque, c'est-à-dire la communauté homosexuelle. Voir à ce sujet l'excellent documentaire *We Were here* de David Weissmann et Bill Weber.

(Calain, 2007a; Baker & Fidler, 2006, p. 1058). La surveillance globale des maladies infectieuses par l'OMS implique quatre types d'action : la collecte, l'interprétation, la dissémination et l'action concernant ces informations (Weir & Mykhalovskiy, 2006, p. 242 ; Castillo-Salgado, 2010, p. 96).

Cependant, et comme le soulignent Weir et Mykhalovskiy, la surveillance des maladies infectieuses s'est concentrée sur les enjeux de santé publique entendus en termes sécuritaires : « [w]ithin the field of public health surveillance measures, security concerns predominate » (Weir & Mykhalovskiy, 2006, p. 253). La surveillance n'est donc pas un concept neutre. Elle implique des choix et des orientations qui sont dépendants des contextes sociaux et politiques dans lesquels elle est intégrée, soulignant l'importance des éléments abordés au début de ce chapitre. Pour paraphraser le célèbre adage des Relations internationales d'Alexander Wendt, la surveillance est ce que les États en font (Wendt parlait de l'anarchie), et ce qu'ils en ont fait s'est matérialisé par l'intermédiaire du RSI de 2005 sur lequel se concentre le chapitre suivant.

2.5 CONCLUSION : SANTÉ, EXCLUSION ET SURVEILLANCE GLOBALE DES MALADIES INFECTIEUSES

Les questions de santé associées aux maladies infectieuses et virales apparaissent donc intrinsèquement liées à l'espace et au territoire. La conception du monde comme représentant une seule et unique communauté épidémiologique s'est profondément intégrée dans l'imaginaire collectif. La construction de ces imaginaires géographiques spatialisant les menaces chez l'Autre conditionne ainsi de nombreux comportements et pratiques d'exclusion, que l'on retrouve aujourd'hui dans la gouvernance globale de la santé. La perception du risque d'infection et de pandémie globale pouvant affecter les pays occidentaux a conduit à l'adoption d'une représentation alarmiste de la relation entre les échelles microbienne, nationale et globale. Les pratiques de surveillance planétaire concourent à la structuration de nouveaux types de frontières entre le sain et le contaminé, c'est-à-dire entre ce qui peut entrer ou non sur le territoire national de nombreux États. Les technologies et mécanismes de surveillance créent de la sorte de nouveaux types de cordons sanitaires autour de zones géographiques à protéger. Ces « cordons sanitaires

informationnels » permettent, de même que le faisaient les soldats entourant la cité de Venise au 15^e siècle, de séparer le nuisible du salubre avant son entrée sur les territoires sains.

Ces mesures de surveillance favorisent également la reproduction d'imaginaires géographiques dans lesquels sont inscrites les maladies, leurs causes et leurs origines, renforçant ainsi la dichotomie interne/externe dans le processus d'identification de la menace. Ces pratiques, qualifiées par Ingram de « domopolitique »⁵¹ – en référence à l'idée de *domus*, qui signifie « maison » en latin, et qui ici renforce l'idée d'un espace interne qu'on cherche à sécuriser – favorisent une forme spécifique de gouvernance qui rationalise une série de mesures sécuritaires au nom d'une compréhension limitée de la santé et du « soi » (Ingram, 2008a, pp. 876-877). L'outil principal de protection contre les maladies infectieuses passe donc toujours par le renforcement des frontières physiques, participant directement à la logique de représentation du danger comme étant extérieur aux États dits « civilisés », ce qui s'est matérialisé par l'avènement de la sécurité sanitaire globale. C'est dans ce cadre social, historique et politique que s'inscrit le RSI de 2005.

⁵¹ Ingram s'inspire ici de Walters, pour qui la domopolitique « [...] implies a reconfiguring of the relations between citizenship, state, and territory. At its heart is a fateful conjunction of home, land and security. It rationalizes a series of security measures in the name of a particular conception of home » (Walters, 2004b, p. 241), rappelant que ce concept « [...] does point to a reordering and a re-hierarchicizing of political priorities. » (*idem*, p. 244)

CHAPITRE 3 – LE RSI DE 2005 ET LA SURVEILLANCE DES MALADIES INFECTIEUSES :
ÉTUDE D'UN MOMENT « RÉVOLUTIONNAIRE » DE LA GOUVERNANCE GLOBALE DE LA
SANTÉ

L'histoire des hommes se reflète dans l'histoire des cloaques. [...] L'égout, c'est la conscience de la ville. Tout y converge, et s'y confronte.

Victor Hugo, Les Misérables

**3.1 INTRODUCTION : COMPRENDRE LA GOUVERNANCE GLOBALE DE LA SANTÉ À
« L'ÈRE DES JETS »**

Dans un article du *Washington Post* du 28 mai 2003 commentant la résolution WHA56.26 (OMS, 2003a) de l'OMS qui accordait des pouvoirs étendus à l'OMS dans le contexte de la crise du SRAS, pouvoirs qui correspondent en fait aux nouvelles modalités de fonctionnement du RSI de 2005, on pouvait y lire que :

[t]he World Health Organization, fending off an attempt by the United States to derail the measure, won *broad new authority* yesterday to fight international health threats such as severe acute respiratory syndrome. The U.N. agency's governing body unanimously approved a resolution to allow WHO *to intervene even when countries refuse to admit they are facing a health crisis, and to send teams to independently investigate whether national authorities are responding effectively*. The changes, aimed at correcting the weaknesses exposed by the SARS epidemic, mark *the first significant expansion of WHO's power in more than three decades* [...]. (Stein, 2003 – nous soulignons)

Ces nouveaux pouvoirs de l'OMS se sont officialisés et renforcés avec le nouveau RSI de 2005, officiellement en œuvre depuis 2007, mais en application, comme nous pouvons le constater, bien avant cette date. L'épisode du *Syndrome Respiratoire Aigu Sévère* (SRAS) de 2003 représente en ce sens un moment décisif dans l'évolution de la gouvernance globale des maladies infectieuses, et ce, à plusieurs égards. Comme le note l'OMS :

[c]oncerned that experiences following the emergence and rapid international spread of severe acute respiratory syndrome (SARS) have given concrete expression to the magnitude of these challenges, the inadequacy of the current Regulations, and the urgent need for WHO and its international partners to undertake specific actions not addressed by

the Regulations. (OMS, 2003b, pp. 1-2)

Cette crise a permis de mettre en lumière le rôle perçu de la mondialisation dans la propagation des maladies ; de mettre en évidence les peurs et angoisses généralisées qui ont amené des politiques de santé publique démesurées¹ ; d'exposer la réticence de certains pays à confirmer la présence de maladies sur leur territoire ; ou de reconnaître le rôle d'amplificateur des peurs qu'ont joué les médias. Mais cette crise a avant tout rendu visibles les profonds changements de mode de gouvernance dans lequel allait officiellement s'inscrire le nouveau RSI, changements qui paraissaient encore très récemment impensables comme l'atteste l'épisode de la Guinée en 1970 présenté au début du chapitre introductif de cette thèse.

Un des premiers défis auxquels furent confrontés le RSI et la structure de surveillance globale une fois officialisés n'est toutefois pas provenu d'une pandémie planétaire similaire à l'épisode du SRAS de 2003 (Lakoff, 2010, p. 73). Le premier défi sanitaire réel impliquant le nouveau RSI fut plutôt en lien avec le déplacement intercontinental d'un patient atteint d'un cas de tuberculose extrêmement résistante aux médicaments (XDR-TB²). Lakoff résume de la sorte cet épisode :

[i]n the spring of 2007 an Atlanta lawyer named Andrew Speaker was diagnosed with multi-drug-resistant tuberculosis just before leaving on his honeymoon to Europe. *Speaker ignored a recommendation not to travel and flew to Europe with his wife.* The CDC [Center for Disease Control] then informed him by phone that a follow-up test had indicated that he had extremely drug resistant TB (XDR-TB), a rare form of the disease that is very difficult to treat. The CDC told Speaker that he would either have to stay in Europe, quarantined in an Italian hospital, or pay his own way back to the United States on a private, medically secured jet - a prohibitively expensive alternative. *Instead, Speaker bought a plane ticket to Montreal on the Internet and drove back into the United States via the Canadian border, even though he had been placed on a Department of Homeland Security watch list.* (Lakoff, 2010, p. 73 – nous soulignons)

¹ Par exemple, Strange estime que les mesures de quarantaine appliquées au Canada durant la pandémie de SRAS de 2003 ont causé plus de morts (par la limitation d'accès aux soins de santé), que la pandémie elle-même (Strange, 2006).

² Selon l'OMS, « XDR-TB occurs when there is resistance to all the most effective anti-TB drugs, and emerges through mismanagement of MDR-TB treatment. It can also be spread from one person to another. XDR-TB was highlighted as a global threat to public health in 2006, especially in high HIV-prevalence countries. » (OMS, 2007b, p. 1)

Ce cas est venu rappeler la perméabilité de la surveillance globale des maladies infectieuses et la dépendance de celles-ci à la volonté et à la conformité de ses différents acteurs, que ce soit les individus, institutions ou États. Cet événement a également démontré que la mise en application des procédures et règles du RSI était très difficile à l'échelle globale, voire impossible, sans réel pouvoir de police (Novotny, 2008, p. 27 ; Rodier, 2007). Cela est en partie dû au fait que l'OMS ne dispose pas de tels pouvoirs contraignants et que ce sont les États qui restent, en définitive, légalement responsables de la mise en application du RSI, sans parler de la volonté et de la collaboration des individus.

Dans ce contexte, la question qui se pose est de savoir si le RSI de 2005 possède réellement ce caractère « révolutionnaire » que lui ont attribué plusieurs auteurs (Heymann, 2006 ; Fidler, 2005a, p. 327 ; 2005b ; Yuk-ping & Thomas, 2010 ; Chu, Rodier & Heymann, 2010). Si un seul cas de tuberculose se déplaçant entre trois pays occidentaux par les principales lignes aériennes est venu illustrer l'inaptitude de cet instrument à mettre en application ce pour quoi il a été créé, qu'en serait-il dans le contexte d'une véritable pandémie globale ? Assistons-nous à de réels changements dans la gouvernance globale de la santé comme le laissait entendre l'article de Stein présenté plus haut ? De quelle nature sont ces changements ?

Ce chapitre a donc deux objectifs principaux. Tout d'abord, il cherche à expliquer le fonctionnement et les procédures opératoires de la surveillance globale des maladies infectieuses à l'OMS dans le cadre du RSI de 2005. Pour ce faire, nous analyserons les aspects techniques et opérationnels de ce nouvel instrument juridique international. Dans un deuxième temps, ce chapitre vise à réfléchir sur la nature des changements apportés par le RSI. Nous problématiserons ici quatre éléments: la nature légale du RSI, sa compréhension comme bien commun, ses liens avec les droits humains ainsi que son caractère supranational. Cette réflexion critique nous permettra de proposer une autre lecture possible du RSI de 2005. L'argument qui est défendu dans ce chapitre est que le RSI ne représente pas nécessairement une structure de gouvernance supranationale ou postwestphalienne, mais plutôt une forme de gouvernance globale « communicationnelle » qui, à défaut de pouvoir contraindre les États, a tout de même la capacité de se passer d'eux. Au cœur de ce mécanisme de gouvernance ne se trouvent donc pas, selon nous, de nouveaux pouvoirs en

opposition à ceux des États, mais bien des capacités de communication et d'information n'ayant pas un caractère national, ce que les théories des Relations internationales dans leur analyse de la relation entre États et organisations internationales n'ont été que peu en mesure de prendre réellement en considération³.

3.2 LE RSI DE 2005: CARACTÉRISTIQUES ET MODES DE FONCTIONNEMENT DU NOUVEAU CADRE LÉGAL DE LA GOUVERNANCE GLOBALE DE LA SANTÉ

Le RSI de 2005 est un instrument juridique international complexe qui a de profondes interactions avec les mécanismes de gouvernance internationale de la santé qui l'ont précédé et qui a apporté nombre d'éléments nouveaux, notamment en ce qui concerne l'utilisation des nouvelles technologies de l'information et des communications. Nous analysons donc ici les facteurs ayant amené sa révision, ses nouvelles caractéristiques ainsi que l'importance des nouvelles technologies d'information et de communication.

3.2.1 POURQUOI RÉVISER LE RSI DE 1969 ?

La régulation et l'application de la surveillance internationale des maladies infectieuses ont été originellement mises en place par l'intermédiaire des différents RSI à partir du 19^e siècle⁴ (Baker & Fidler, 2006). Le principal objectif des RSI était d'établir les modalités de gestion des enjeux sanitaires entre, et au-delà, des pays, en utilisant en particulier la surveillance comme outil de gouvernance supranationale (Fidler, 2005a). Le RSI de 2005 ne fait pas exception à cette tendance historique. Adopté pour la première fois en 1851, le RSI a été amendé et modifié à plusieurs reprises jusqu'en 1970, moment auquel a été

³ L'importance de la communication dans les Relations internationales a été reconnue, de manière variée, par certains auteurs (voir par exemple Frederick (1993), Krasner (1991), Taylor (1997), Kehoane & Nye (1998), Mowlana (1997)). Cette reconnaissance s'est toutefois généralement faite dans la perspective d'une « théorie de la communication » fondée sur les mécanismes globaux de communication, et notamment les réseaux globaux de télévisions (Gilboa, 2005), devant être intégrée aux théories des Relations internationales (c'est-à-dire les relations internationales dans un contexte de mondialisation de l'information et des moyens de communication). Par contre, peu de recherche s'est concentrée sur l'importance de la communication en tant que telle comme forme de pouvoir supranational au sein des organisations internationales. Cette thèse cherche à combler partiellement cette lacune.

⁴ Pour l'historique des RSI dans la généalogie de la gouvernance supranationale de la santé, voir, *supra*, chapitre 2.

modifiée pour la dernière fois la version de 1969 (OMS, 2003c, p. 1). Comme nous l'avons souligné dans le chapitre introductif, le RSI de 1969 est rapidement devenu inopérable. L'adoption d'un nouveau RSI largement modifié en 2005 représente l'aboutissement d'un processus de révision et de négociation de cet instrument juridique international qui avait été initié en 1995⁵. Les principaux changements apportés par ce processus de révision sont :

1. L'élaboration d'une **approche « tout-risque »** (*all-risk*), c'est-à-dire prenant en compte les problèmes de santé quel que soient leurs origines ou sources ;
2. L'utilisation de **sources non officielles d'information** pour l'identification des pandémies à travers le monde ;
3. L'utilisation des **nouvelles technologies** pour l'acquisition et la communication des informations épidémiologiques en temps réel à l'échelle globale ;
4. la possibilité pour l'OMS de **déclarer des alertes pandémiques sans l'accord des pays**, ainsi que l'établissement de la surveillance des maladies infectieuses comme pivot central de la gouvernance globale de la santé.

Ces changements avaient été rendus nécessaires par plusieurs facteurs. Tout d'abord, le contexte technologique des années 1980 et 1990 ne cadrerait plus avec le fonctionnement des précédentes régulations. Dans un article de 1968 intitulé *Old Plagues in the Jet Age: International Aspects of Present and Future Control of Communicable Diseases*, P. Dorolle soulignait déjà que :

[...] in this *jet age*, with the appearance of subsonic – and soon supersonic – aircraft of a speed and size unthought of 15 years ago, and with the prodigiously increasing number of international travellers, a thorough and unbiased examination of the causes of failure of the present system and the possible remedies is not only timely but long overdue [...]. The time has now come to take a more scientific, objective, and positive attitude towards all communicable diseases, whether or not they belong to the ancient group of the shameful pestilences. (Dorolle, 1968, p. 792 – nous soulignons)

⁵ Le processus de négociation du RSI de 2005 est abordé au chapitre 4, *infra*.

L'avancement technologique, notamment dans le cadre des transports, apparaissait ainsi comme ne cadrant plus avec les dispositions du RSI de 1969. Ces technologies étaient perçues comme favorisant de plus en plus la propagation des maladies infectieuses à l'échelle globale. Des maladies qui étaient auparavant restreintes à certaines zones géographiques particulières avaient maintenant la capacité, du moins en théorie, de se propager à l'échelle internationale. Le RSI de 1969 n'était donc plus en mesure de prendre en compte ces interactions entre technologies du transport et propagation des maladies infectieuses. Faisant écho aux propos de Dorolle, Tucker affirmait que : « [t]he regulations had been designed for an era when international jet travel was the prerogative of a privileged few and international trade was limited in scope. Accordingly, the IHR were poorly equipped to deal with a globalized, highly mobile world in which transcontinental flights carry microbial pathogens, incubating in humans and animals, rapidly around the planet. » (Tucker, 2005, p. 339)

Le précédent RSI représentait également, dans une perspective similaire, un instrument « anachronique », puisqu'il se concentrait sur un nombre limité de maladies (Youde, 2010). En étant uniquement limité à trois enjeux épidémiologiques – le choléra, la peste et la fièvre jaune –, le RSI de 1969 n'était plus cohérent, non seulement avec un nouveau contexte épidémiologique qui sera associé plus tard aux maladies émergentes et ré-émergentes⁶, mais également aux technologies des transports qui en favorisent potentiellement la propagation (OMS, 1999a, p. 1 ; Fidler & Gostin, 2006, p. 85). Le RSI de 1969 avait donc un champ d'application restreint qui ne correspondait plus à la réalité épidémiologique et technologique de la fin du 20^e siècle (Fidler & Gostin, 2006, p. 85). Cette inadéquation entre cadre juridique, technologique et épidémiologique avait été rendue visible avec les épidémies d'Ébola au Zaïre en 1995 et celle de la peste en Inde en 1994, forçant ainsi l'OMS à entamer la révision du RSI (Moren, 2001 ; Rodier, 2007 ; Boisson de Chazournes, 2007, p. 1160).

L'incompatibilité du RSI de 1969 avec le contexte socio-épidémiologique avait également été causée par d'autres facteurs liés aux comportements des pays au sein de la

⁶ Cet élément occupa une place considérable dans le processus de négociation du RSI. Nous y reviendrons en détail au chapitre 4, *infra*.

gouvernance supranationale de la santé et perçus comme entravant l'efficacité des mesures mises en place pour limiter la propagation des maladies infectieuses. Les pays membres de l'OMS avaient ainsi été grandement réticents à partager leurs informations épidémiologiques avec cette organisation internationale et la communauté internationale dans le cadre du RSI de 1969. Une des raisons qui explique cette faible participation et la non-conformité des pays était leur crainte des potentielles conséquences qu'aurait une telle transparence sur leurs relations économiques, politiques et diplomatiques, comme l'avait montré le cas de la Guinée de 1970. Les pays redoutaient la mise en place de réactions « excessives » de la part des autres pays (OMS, 1999a, p. 1). Dans cette perspective, les pays membres ne percevaient pas l'intérêt de se soumettre au RSI, notamment parce qu'ils restaient maîtres du contrôle de l'information et des communications épidémiologiques. Pour Chu, Rodier et Heymann, « [t]he absence of incentives to report and the absence of risk communication and reasonable control measures often led to over-reaction by the global community, heightened the sense of vulnerability, and even exaggerated fear and engendered mistrust. » (Chu, Rodier & Heymann, 2010, p. 196)

Qui plus est, l'OMS ne disposait pas de véritables capacités technologiques et légales pour contraindre les pays à se soumettre au RSI et à vérifier les informations épidémiologiques en sa possession (OMS, 2002a, p. 10). Il existait donc un réel problème d'accès, de communication et de vérification des informations dans le cadre du RSI de 1969. Les informations étaient uniquement limitées à celles fournies par les pays membres, puisque ce système de surveillance était basé, en principe du moins⁷, sur l'utilisation des informations officielles et confirmées par les pays (Baker & Fidler, 2006, p. 1058). Ceux-ci ne disposaient pas non plus d'un accès égal aux informations sanitaires, puisque cet accès dépendait de leurs propres capacités à obtenir ces informations et non pas, comme c'est aujourd'hui le cas, d'une structure globale de communication et de dissémination des informations contrôlée par l'OMS (Chu, Rodier & Heymann, 2010, p. 196). Le RSI de 1969 ne permettait pas non plus de prendre en considération les importantes disparités qui existaient au niveau des systèmes de santé publique nationaux, particulièrement en ce qui

⁷ Dans les faits, ce n'est pas totalement exact. L'OMS utilisait, selon nos observations des documents officiels de cette organisation, des informations non confirmées depuis au moins 2001.

concerne leur capacité à identifier et confirmer la présence de maladies sur leur territoire, caractéristique sur laquelle était fondée le fonctionnement du RSI de 1969 (OMS, 1999a, p. 1). En n'ayant aucune réelle capacité concrète de surveillance, le RSI de 1969 était donc perçu comme hautement dépendant de la volonté et de la capacité des États-nations, concrétisant de la sorte sa subordination face aux États.

Les différentes considérations ayant justifié la révision du RSI de 1969 sont résumées au Tableau 3.1 ci-dessous et permettent de constater les différents espaces narratifs dans lesquels s'est inscrite cette révision.

Tableau 3.1 – Raisons justifiant la révision du RSI de 1969

Justificatifs	Catégories
Inadéquation avec le contexte épidémiologique contemporain.	<i>Contexte épidémiologique</i>
Application du RSI de 1969 uniquement à trois maladies infectieuses.	<i>Contexte épidémiologique</i>
Inadéquation avec le contexte technologique favorisant la propagation des maladies infectieuses.	<i>Technologies et capacités</i>
Système de surveillance passif et dépendant de la volonté des États.	<i>Technologies et capacités</i>
Les États ne se conformaient pas selon les règles du RSI de 1969.	<i>Technologies et capacités</i>
Il y avait une inégalité d'accès aux informations épidémiologiques et celles-ci étaient limitées aux sources officielles provenant des États.	<i>Technologies et capacités</i>
L'OMS était trop dépendante des systèmes de santé nationaux pour l'obtention et la vérification des informations.	<i>Technologies et capacités</i>
Les États ne percevaient pas l'intérêt du RSI et avaient peur des conséquences que pouvait avoir l'identification des maladies sur leur territoire.	<i>Pouvoir et souveraineté</i>
L'OMS n'avait aucun pouvoir, capacité d'intervention ou force de contrainte par rapport aux États.	<i>Pouvoir et souveraineté</i>

Trois grandes catégories de justificatifs ont donc amené la révision du RSI : le contexte épidémiologique, les technologies et capacités de surveillance ainsi que les enjeux de pouvoir et souveraineté⁸. Ces éléments ont conduit à la mise en place d'un processus de révision qui dura 10 ans et qui se conclua le 23 mai 2005 par l'accord entre 194 pays sur le nouveau RSI (Plotkin & coll., 2007, p. 18), accord qui modifia de façon substantielle la manière dont peut aujourd'hui se faire la gouvernance globale de la santé, dont il convient maintenant d'aborder les détails techniques.

⁸ Comme nous le verrons au chapitre 4, *infra*, ces trois grandes catégories auront un impact majeur dans le processus de négociation.

3.2.2 LE FONCTIONNEMENT DU RSI DE 2005: NOUVEAUX POUVOIRS ET RÔLES ACCRUS POUR L'OMS

L'objectif général du RSI de 2005 est, comme le souligne son article 2, « [...] to prevent, protect against, control and provide a public health response to the international spread of disease in ways that are commensurate with and restricted to public health risks, and which avoid unnecessary interference with international traffic and trade » (OMS, 2005a). Le RSI permet donc à l'OMS de s'établir en tant que principal responsable de cette protection épidémiologique, protection qui, comme le rappelle l'article 3.3 du RSI, requiert que « [l]a mise en oeuvre du présent Règlement est guidée par le souci de son application universelle en vue de protéger l'ensemble de la population mondiale de la propagation internationale des maladies »⁹ (*idem*, p. 11 – nous soulignons). L'OMS dispose ainsi aujourd'hui des pouvoirs et capacités nécessaires afin de mettre en place son propre système de surveillance, ce qui faisait défaut avec le précédent RSI. Même si l'article 5.1 établit que les pays doivent tout de même instaurer et renforcer leurs propres systèmes de surveillance des maladies infectieuses, la principale nouveauté du RSI de 2005 est que c'est l'OMS elle-même qui est responsable d'établir et de gérer les mécanismes de surveillance de la santé. L'article 5.4 énonce par exemple que « [l]'OMS recueille des informations sur les événements dans le cadre de ses activités de surveillance, et elle évalue le risque de propagation internationale de maladies qu'ils comportent et les entraves au trafic international qu'ils peuvent créer » (*idem*, p. 13). Avec le RSI de 2005, l'OMS s'inscrit au cœur d'un dispositif de surveillance globale des maladies infectieuses en devenant le pilier central pour la conduite de cette activité. Cette nouveauté a des conséquences importantes concernant ce qu'est aujourd'hui la surveillance globale de la santé à l'OMS, ses modalités et les pouvoirs qui lui sont conférés.

⁹ Cette formulation rappelle les objectifs du mouvement « Health for all » dont nous avons abordé brièvement certains aspects au chapitre 2. Comme nous le verrons plus loin, la mise en pratique et le fonctionnement du RSI de 2005 se feront à l'inverse de cette approche universaliste de la santé publique. Par conséquent, l'article 3.2 du RSI de 2005 représente selon nous un des outils de la gouvernance globale de la santé le moins revendiqué, utilisé et appliqué pour favoriser l'émergence d'une justice et d'une équité sanitaire internationale qui, comme nous le rappellent les statistiques sur la santé dans le monde, est bien loin de se matérialiser aujourd'hui.

Huit principaux changements ont eu lieu quant aux fonctions et mécanismes de surveillance et de gouvernance de la santé avec le RSI de 2005. Ils sont respectivement analysés dans les huit sous-sections suivantes.

3.2.2.1 L'APPROCHE « ALL-RISKS »

Le premier changement majeur qui intervient avec le nouveau RSI se situe dans la transition d'une approche de la surveillance fondée sur une liste de maladies infectieuses vers une approche qui a été qualifiée de « all-risks » (Fidler & Gostin, 2006, p. 86), c'est-à-dire qui inclut l'ensemble des enjeux sanitaires peu importe leurs types, sources ou origines. À l'article 1.1, l'OMS définit par exemple ce qui constitue une « maladie » au sens du RSI de 2005, c'est-à-dire ce qui doit faire l'objet d'une surveillance, comme une « [...] une pathologie humaine ou d'une affection, quelle qu'en soit l'origine ou la source, ayant ou susceptible d'avoir des effets nocifs importants pour l'être humain » (OMS, 2005a – nous soulignons). Le fonctionnement du RSI de 2005 s'articule ainsi autour d'une compréhension très large de ce qui peut poser un risque pour la santé publique globale (Avilés Mendoza, 2006-2007, p. 83). Deux éléments sont ici importants. Tout d'abord, l'origine ou la source des « maladies » n'a pas d'importance pour l'identification des risques sanitaires globaux. Non seulement on ne se limite plus à certaines maladies infectieuses comme c'était le cas auparavant, mais les causes de cet événement sanitaire ne doivent pas non plus servir de critère d'inclusion ou d'exclusion. Cet élément a ouvert la porte à la prise en considération des enjeux de santé dits « intentionnels », c'est-à-dire causés par l'être humain, en référence ici particulièrement au bioterrorisme et autres questions de sécurité internationale définies de manière traditionnelle (Calain & Fidler, 2007, p. 2). La surveillance n'est donc pas restreinte aux événements causés naturellement, bien qu'il n'y soit pas fait explicitement référence dans le RSI de 2005¹⁰ (Boisson de Chazournes, 2007).

¹⁰ Nous aborderons cette absence de référence explicite au bioterrorisme au chapitre 4, *infra*, absence qui s'explique par le fait que la formulation de l'article 1.1 a représenté un enjeu important de dissension durant le processus de négociation.

Ensuite, cette formulation de l'article 1.1 permet d'inclure des événements qui n'ont pas été formellement identifiés ou qui ne se sont pas encore produits (Plotkin & coll., 2007, p. 23). Ce sont ces deux éléments qui ont amené plusieurs à qualifier cette approche de « all-risks ». Pour Fidler et Gostin, « [t]his 'all risks' approach embodies an important conceptual shift concerning public health's role in the IHR. Trade calculations determined the old IHR's scope, but risks to human health define the new IHR's scope » (Fidler & Gostin, 2006, p. 87)¹¹. Cette approche proactive, c'est-à-dire orientée vers l'identification active des risques futurs de tous types, s'oppose à la vision passive du précédent RSI qui se fondait sur l'attente des déclarations des pays membres (Chu, Rodier & Heymann, 2010, p. 197 ; Heymann, 2010).

3.2.2.2 LE CONCEPT DE « PUBLIC HEALTH EMERGENCY OF INTERNATIONAL CONCERN »

L'approche « all-risks » a mené à l'élaboration du concept de *Public Health Emergency of International Concern* (PHEIC) (OMS, 2005c ; Baker & Fidler, 2006, p. 1059 ; Fidler & Gostin, 2006, p. 88) pour identifier les événements devant être notifiés à la structure de surveillance de l'OMS. Ce concept a remplacé la liste de maladies du RSI de 1969. Selon l'article 1.1 de la version de 2005, la notion de PHEIC réfère à « [...] un événement extraordinaire dont il est déterminé, comme prévu dans le présent Règlement, i) qu'il constitue un risque pour la santé publique dans d'autres États en raison du risque de propagation internationale de maladies ; et ii) qu'il peut requérir une action internationale coordonnée » (OMS, 2005a, p. 10) – nous soulignons). Le concept de PHEIC vient ainsi circonscrire ce qui doit être l'objet de surveillance de la part de l'OMS et les critères d'identification de ces enjeux de santé. Pour être notifiable, un événement doit donc avoir un caractère transfrontalier potentiel – dans les risques qu'il pose – et être exceptionnel. De ces deux éléments, c'est le caractère d'exceptionnalité qui représente le changement majeur de la structure de surveillance (Calain & Fidler, 2007, p. 1). L'évaluation des risques

¹¹ Fidler et Gostin font cependant ici fausse route, selon nous, en sous-estimant l'importance qu'occupent le commerce international et l'économie de marché dans la gouvernance globale de la santé avec le nouveau RSI. Comme nous le verrons dans les trois chapitres empiriques suivants, ces éléments ont joué, et jouent toujours selon nous, un rôle majeur dans la priorisation des enjeux de santé publique globale.

sanitaires globaux avec le RSI se fait donc sur la base de leur nature exceptionnelle, ce qui nous fait dire que cette nouvelle approche de gouvernance devrait porter le titre d'exceptionnalisme¹², ce qui n'a toutefois pratiquement pas été relevé par les chercheurs ayant étudié le RSI. En effet, la phraséologie même du concept de PHEIC, qui met l'accent sur le « international concern » et non pas sur le « common concern » ou « global concern », associé à cette exceptionnalisme a posé à la base les fondements d'un mode de gouvernance inégalitaire, ce qui n'a pas fait l'objet d'une analyse appropriée.

3.2.2.3 L'UTILISATION D'ALGORITHME DÉCISIONNELLE POUR LA PRISE DE DÉCISION

Afin de faciliter l'identification du caractère exceptionnel de ces événements notifiables, l'OMS a mis en place un algorithme décisionnel. Cet instrument de décision se fonde sur quatre critères d'évaluation des risques sanitaires prenant la forme de questions¹³. Ces critères sont : « 1) Les répercussions de l'événement sur la santé publique sont-elles graves ? 2) L'événement est-il *inhabituel* ou *inattendu* ? 3) Y a-t-il un risque important de *propagation internationale* ? 4) Y a-t-il un risque important de restrictions aux *voyages internationaux* et au *commerce international* ? » (OMS, 2005a – nous soulignons). Ces critères représentent les fondations pratiques de la nouvelle structure de surveillance de l'OMS. Il appartient aux États d'identifier ces risques et de transmettre l'information à l'OMS¹⁴. L'application de ce type d'instrument décisionnel permettrait selon certains auteurs une meilleure sensibilité et adaptabilité du système de surveillance au contexte épidémiologique contemporain en comparaison avec le système précédent fondé sur une liste fixe de maladies (Baker & Fidler, 2006).

3.2.2.4 LA SURVEILLANCE DES « ÉVÉNEMENTS » SANITAIRES PLUTÔT QUE DES « CAS »

¹² Une ouverture de recherche potentielle future pourrait concerner l'impact de l'exceptionnalisme comme mode de gouvernance sur la santé publique globale.

¹³ L'algorithme décisionnel de l'OMS est reproduit à l'annexe 1.

¹⁴ Comme nous le verrons un peu plus loin, la principale nouveauté du RSI de 2005 est précisément que l'OMS n'est plus dépendante de ces informations officielles, c'est-à-dire émanant des autorités nationales, pour effectuer la surveillance. L'importance de cet algorithme décisionnel pour les pays est donc modérée.

Ces trois éléments ont entraîné une réorientation de la surveillance à l'OMS non pas sur les *cas* de maladies spécifiquement, mais plutôt sur les *événements sanitaires* dans leur ensemble (Weir & Mykhalovskiy, 2010, p. 4). Contrairement à un cas unique, un événement sanitaire inclut la maladie et les circonstances dans lesquelles elle a lieu. Ce sont ces circonstances qui permettent d'évaluer le caractère exceptionnel ou inhabituel de l'enjeu de santé en question. Ce changement se base sur l'idée que « [...] the potential public health risk from a case of a given disease depends not only on the epidemiological characteristics of the disease (infectiousness, transmission routes, etc.) but also on the circumstances. [...] Thus, it is the event (disease + circumstances) that is notifiable, which allows for a more informed judgement of reporting [...] » (Aavitsland, 2008, p. 1). La surveillance des événements sanitaires, et non des cas, permet ainsi la prise en considération des situations « [...] that creates *a potential for disease* », situant ici encore cette approche dans l'anticipation de ce qui ne s'est pas encore produit. Weir et Mykhalovskiy qualifient ce type de surveillance de « vigilance » (Weir & Mykhalovskiy, 2010). À notre avis, le terme « anticipative » est plus approprié pour caractériser cette surveillance, car il souligne la volonté de prévision qui marque la surveillance dans le cadre du RSI de 2005. Le terme « vigilance » est, selon nous, trop passif.

3.2.2.5 L'UTILISATION DE SOURCES NON OFFICIELLES D'INFORMATION

Pour mettre en place cette structure anticipative et exceptionnaliste des risques sanitaires globaux, l'information épidémiologique s'inscrit comme un pilier structurel de la surveillance et de la gouvernance de la santé. Le nouveau RSI élargit ainsi la nature des sources d'information légitimes utilisées pour effectuer la surveillance des maladies infectieuses par l'OMS. L'article 9 stipule que « [l]'OMS peut tenir compte de rapports émanant de sources autres que les notifications ou les consultations et évalue ces rapports conformément aux principes épidémiologiques établis [...] » (OMS, 2005a, p. 14). Ces sources d'informations non officielles incluent les médias, Internet, les ONG, les entreprises, les autres agences de l'ONU, les groupes de discussions en ligne, etc. (Calain, 2007b, p. 16). Ces informations sont fournies en majorité par l'intermédiaire du *Global*

Public Health Information Network (GPHIN) et du GOARN¹⁵ (Weir & Mykhalovskiy, 2010 ; Fidler, 2005a, p. 347). Les États n'ont ainsi plus le monopole de la légitimité des informations utilisées pour effectuer la surveillance globale de la santé. Heymann rappelle à cet effet que « [t]he majority of the world's information about infectious disease outbreaks no longer comes from voluntary reporting by countries, the willingness of which is influenced by fears of severe decreases in travel tourism and trade as a result of aggressive protective measures undertaken by other countries » (Heymann, 2006, p. 350). Avec ce système de surveillance, les États ne sont donc plus perçus comme nécessaires pour l'obtention des informations épidémiologiques (Calain, 2007b, p. 19), précisément parce que, selon l'OMS, « [...] in this age of wide media coverage, nothing can be hidden » (WHO, 1995, p. 10).

3.2.2.6 SURVEILLANCE EN TEMPS RÉEL ET UTILISATION DES NOUVELLES TECHNOLOGIES DE L'INFORMATION

L'utilisation de sources d'informations non officielles a permis la mise en place d'une structure de surveillance en temps réel qui est facilitée par le recours aux nouvelles technologies de l'information et des communications. Cette structure de surveillance a été qualifiée de « internet based surveillance », « web-based surveillance », « d'infodémiologie » et « d'infoveillance » (Castillo-Salgado, 2010, p. 97 ; Wilson & Brownstein, 2009 ; Brownstein, Freifeld, Reis & Mandl, 2008, pp. 1019-20). Ces technologies, organisées en réseau, « [...] provide for the first time at the global scale real-time information about potential outbreaks and epidemics of newly emerging and reemerging infectious diseases » (Castillo-Salgado, 2010, p. 93). Ce changement a été interprété comme ayant favorisé la transition d'un mode de « [...] control at borders to detection and containment at source » (Heymann D., 2010, p. 187). Cette approche a également été qualifiée de beaucoup plus « dynamic, flexible and forward-looking » (Fidler, 2005a, p. 362), ce qui a permis, dans cette perspective, l'intégration d'acteurs non étatiques dans la gouvernance globale de la santé et une meilleure transparence (Chan et coll., 2010, p. 21701). Ces nouveaux mécanismes de surveillance constituent donc une

¹⁵ Nous reviendrons sur ces deux structures de vigilance informationnelle à la section 3.23, *infra*.

forme de déterritorialisation, de désétatisation et de virtualisation de la surveillance de la santé.

3.2.2.7 MISE EN PLACE D'UN COMITÉ D'URGENCE POUR LA PRISE DE DÉCISION PAR L'OMS

L'OMS dispose également du pouvoir de mettre en place un « Comité d'urgence » formé d'experts et de spécialistes pouvant conseiller le Directeur général afin de décider, par exemple, si un événement constitue une situation de PHEIC (Rodier & coll., 2007, p. 1449 ; Zacher & Keefe, 2008 ; Chu, Rodier & Heymann, 2010, p. 202 ; Boisson de Chazournes, 2007, pp. 1166-77 ; Fidler, 2005a, p. 378). Dans le cadre de l'article 48 du RSI de 2005 :

[1]e Directeur général crée un Comité d'urgence qui, à la demande du Directeur général, donne son avis sur : a) la question de savoir si un événement constitue une urgence de santé publique de portée internationale ; b) la question de savoir si une urgence de santé publique de portée internationale a pris fin ; et c) la proposition d'émettre, de modifier, de proroger ou d'annuler des recommandations temporaires. 2. Le Comité d'urgence est composé d'experts choisis par le Directeur général parmi les membres de la Liste d'experts du RSI et, s'il y a lieu, d'autres tableaux d'experts de l'Organisation. (OMS, 2005a, p. 41).

La composition du Comité d'urgence est déterminée à partir d'un bassin d'experts suggérés par les pays membres (Calain & Fidler, 2007, p. 1) et, comme nous avons pu le constater lors de la crise de H1N1, l'identité et le nombre de ses membres sont tenus secrets. Ce Comité d'urgence peut également conseiller le Directeur général en ce qui concerne le niveau d'alerte pandémique¹⁶ établi par l'OMS (Heymann, 2010, p. 193)

3.2.2.8 LA MISE EN PLACE DES « NATIONAL FOCAL POINTS » POUR LA COMMUNICATION ENTRE LES PAYS ET L'OMS

¹⁶ L'OMS utilise un système d'alerte pandémique fondé sur 6 phases, plus une période qualifiée de « post pandémique ». Les méthodes d'évaluation de ces phases restent nébuleuses, et comme nous le verrons au chapitre 5, ont été sujettes à controverse avec la modification de la définition du concept de pandémie servant à évaluer ces niveaux d'alerte. Pour une description des phases d'alerte, voir par exemple <http://www.who.int/csr/disease/swineflu/phase/en/> Page consultée le 12 juillet 2012. Il est également à noter la ressemblance avec les niveaux d'alerte terroriste utilisés par plusieurs pays.

La communication entre l’OMS et les pays membres, autant au niveau de la confirmation des événements sanitaires que pour l’échange d’information, doit maintenant se faire par l’intermédiaire des « *National Focal Points* ». Chaque pays est donc responsable, selon l’article 4.1, d’établir un point focal pour les communications avec l’OMS (Plotkin & coll., 2007, p. 23 ; Avilés Mendoza, 2006-2007, p. 89). Cette caractéristique du nouveau RSI a fait dire à certains que l’OMS faisait reposer une charge importante sur les systèmes de santé publique des pays ayant de faibles ressources dédiées à ce secteur d’activité (Rodier & coll., 2007, p. 1450). Cet élément a également été interprété comme une réaffirmation de la centralité des États dans la gouvernance globale de la santé. Il s’agit en fait, selon nous, plus d’une modalité de communication que d’un indicateur de la place de la souveraineté dans la structure de gouvernance¹⁷.

3.2.3 LE NOUVEAU POUVOIR DE L’OMS

Ces huit changements principaux dans la conduite de la gouvernance globale de la santé à l’OMS induits pas le RSI de 2005 ont mené à l’avènement d’un nouveau pouvoir dont dispose maintenant l’OMS. Cette organisation internationale a ainsi aujourd’hui la capacité et le mandat légal, notamment sur la base de l’article 12¹⁸, d’annoncer les alertes pandémiques sans le consentement des pays membres. L’OMS peut également rendre publiques des informations épidémiologiques à sa disposition concernant certains États, toujours sans leur consentement. L’article 10.4 spécifie à ce sujet que « [i]f the State Party does not accept the offer of collaboration, WHO may, when justified by the magnitude of the public health risk, share with other States Parties the information available to it » (OMS, 2005a). Enfin, l’article 15 permet à l’OMS d’émettre des recommandations provisoires de santé publique devant être mises en place par les pays membres ayant adhéré à cet instrument juridique international. Nous définissons donc ce nouveau pouvoir comme :

¹⁷ Voir la section 3.34, *infra*, pour la discussion sur le caractère suprasouverain du RSI de 2005.

¹⁸ L’article 12.1 stipule à ce sujet que : « [l]e Directeur général détermine, sur la base des informations qu’il reçoit, en particulier de l’État Partie sur le territoire duquel un événement se produit, si un événement constitue une urgence de santé publique de portée internationale au regard des critères et de la procédure énoncés dans le présent Règlement. » (OMS, 2005a, p. 17)

La possibilité pour l'OMS d'annoncer la présence de crises sanitaires à l'échelle globale sans le consentement des pays membres ainsi que sa capacité à s'autonomiser des États dans l'obtention et la circulation des informations épidémiologiques.

Ce nouveau pouvoir accordé à l'OMS a été qualifié par plusieurs de « supranational », de « postwestphalien » ou de « suprasouverain » (Fidler, 2006; Fidler & Gostin, 2006; Weir & Mykhalovskiy, 2010; 2006 ; Heymann, 2006; Chu, Rodier & Heymann, 2010 ; Lee & Fidler, 2007), puisqu'il permettrait à cette organisation internationale de s'établir au-dessus de la souveraineté nationale des États dans la conduite de la surveillance globale des maladies infectieuses. Pour Tucker, par exemple, le RSI de 2005 « [...] expanded scope and the powers they grant to the WHO Secretariat » (Tucker, 2005, p. 338). Cette situation a été interprétée comme donnant à l'OMS une « [...] novel ability to intrude upon state interests » (Feldbaum, Lee & Michaud, 2010, p. 86). Ce nouveau pouvoir de l'OMS s'établit toutefois, selon nous, non pas contre les intérêts ou la souveraineté des États-nations, mais plutôt dans la manière dont les communications et la circulation de l'information sont effectuées au niveau global, ce qui nécessite une analyse détaillée de ce phénomène afin d'apprécier pleinement les aspects novateurs – ou non – de ce mécanisme de gouvernance qu'il convient, selon nous, de qualifier « d'informationnelle ».

3.2.4 LE RSI ET L'APPAREIL DE SURVEILLANCE INFORMATIONNELLE : LA GOUVERNANCE GLOBALE DE LA SANTÉ SUR « L'AUTOROUTE ÉLECTRONIQUE »

Le nouveau RSI et le pouvoir important qu'il accorde à l'OMS ont ainsi favorisé la mise en place d'un système de surveillance et de gouvernance de la santé qui s'écarte radicalement des modes passés de fonctionnement. Le changement le plus important est, selon nous, la centralité qu'y occupent la communication et l'information ainsi que son contrôle qui se situe maintenant au niveau de l'OMS. Le signalement des maladies infectieuses se faisait auparavant par l'intermédiaire du *Weekly Epidemiological Record* qui, chaque semaine, transmettait l'information épidémiologique aux pays membres. À partir de 1996, l'OMS a commencé à utiliser un système de communication en temps réel des cas confirmés de maladies infectieuses qui porte le nom de *Disease Outbreak News System* (Zacher & Keefe, 2008). Cette structure de communication et de circulation de l'information a profondément modifié l'interaction avec le contexte épidémiologique global, puisqu'elle s'inscrit dans

une temporalité s'approchant de l'instantanéité et fait appel à une nouvelle logique d'intervention au niveau de l'information épidémiologique. Or, elle a de fait largement précédé l'adoption du RSI de 2005.

Pour Heymann, ce système représente la matérialisation d'une forme de « [...] proactive surveillance and tailed response, using real-time evidence for risk assessment and risk management » (Heymann, 2010, p. 197). L'OMS a ainsi graduellement mis en place un système de traitement des informations épidémiologiques et sanitaires en temps réel, mais surtout de leur obtention, communication et dissémination. La communication est donc devenue un des éléments centraux de la gouvernance globale de la santé avec le RSI de 2005 (Chu, Rodier & Heymann, 2010, p. 200). Ce système tire notamment avantage du développement des nouvelles technologies de l'information et des communications ainsi que de leur mise en réseau (Zacher & Keefe, 2008).

La communication concernant la surveillance globale des maladies infectieuses à l'OMS se fait maintenant au travers du GOARN. La logique derrière la mise en place du GOARN, une structure qui coordonne plusieurs partenaires et institutions au sein de l'OMS, est qu'aucun pays ou institution ne peut adéquatement effectuer une surveillance globale de la santé (Mawudeku & coll., 2007, p. 310). La nature en réseau de ce système de traitement des informations épidémiologiques, c'est-à-dire qu'il est fondé sur la liaison de divers acteurs de surveillance et gouvernance, provient, comme mentionné précédemment, de la perception par l'OMS d'un contexte épidémiologique et technologique qui ne concorde plus avec le cadre de gouvernance westphalien dans lequel les maladies sont circonscrites à des territoires politiques particuliers. Les États sont ainsi perçus comme ne pouvant plus contrôler l'information concernant les crises sanitaires se produisant sur leur territoire, rendant ainsi nécessaires le traitement et la communication des informations non officielles par l'OMS.

Le GOARN s'est imposé comme la structure de l'OMS chargée de la supervision et de la gestion quotidienne de la surveillance de la santé et du traitement des informations sanitaires dans le cadre du RSI de 2005. Créée en 1998 et en fonction officiellement depuis

2000¹⁹, le GOARN intègre un réseau d'acteurs multiples impliqués dans la surveillance de la santé, qui est supervisé par l'OMS et dont l'objectif est de fournir, coordonner, gérer et intervenir sur les informations sanitaires concernant les maladies infectieuses à l'échelle globale (Fidler, 2004b). La Figure 3.1 ci-dessous présente la conception originelle du GOARN par l'OMS lors de son élaboration. La mise en place du GOARN provenait d'une volonté de l'OMS de créer « [...] a mechanism to seek, collect and verify information on reported epidemics, working closely with its collaborating centres, governments and governmental agencies, as well as relevant non-governmental organizations and other partners » (OMS, 2001a, p. 2). La création du GOARN a consolidé des partenariats institutionnels avec certains acteurs de la surveillance de la santé qui existaient déjà (OMS, 2001). Le GOARN représente dans cette perspective un « réseau de réseaux » (Calain, 2007b). Comme le soulignent Zacher et Keefe, le « [...] GOARN can be seen as the consolidation of collaborative efforts since the mid-1990s - including the revision of the IHR between 1996 and 2005 » (Zacher & Keefe, 2008). C'est dans ce contexte que le GOARN s'est établi comme le pilier du nouveau RSI et de la gouvernance globale de la santé.

¹⁹ Comme le note Fidler, la mise en place progressive du GOARN s'est faite à l'extérieur de tout cadre légal : « [t]he rapid and effective emergence of GOARN occurred in this 1998–2003 period, however, without an international legal framework to support it. The absence of an international legal framework was not, apparently, seriously restraining WHO's development and implementation of the global health security approach. » (Fidler, 2005a, p. 349) Cette absence de cadre légal souligne l'importante latitude que peuvent avoir, ou prendre, les organisations internationales en ce qui concerne l'élaboration d'initiatives de gouvernance, contrairement à ce qui est généralement admis par les approches traditionnelles des Relations internationales (Barnett & Finnemore, 1999, 2004).

Figure 3.1 – La conception du GOARN par l’OMS

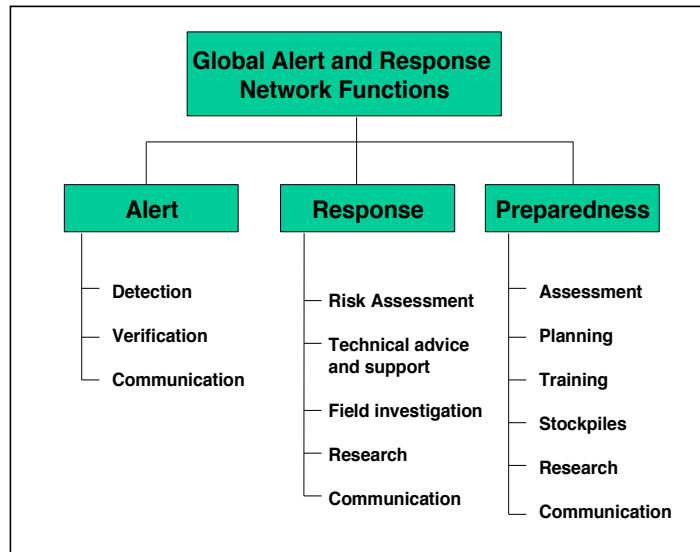


Figure tirée de OMS (2000b, p. 8)

Au niveau institutionnel, le GOARN est une structure particulière dans le système des organisations internationales et organisations non étatiques. Il est financé à la fois par des bailleurs de fonds privés et l’OMS. Environ 5 % de son budget annuel de 250 millions \$ US est en effet financé par l’OMS, le reste provenant d’autres institutions internationales, d’entreprises privées, d’établissements de santé, de pays²⁰, de donateurs privés, etc. (Weir & Mykhalovskiy, 2010, p. 94-5). L’OMS accorde également au GOARN du personnel administratif et des ressources bureaucratiques (*ibid*). Le principal objectif de fonctionnement du GOARN est « [...] to investigate and characterize events and assess risks of rapidly emerging epidemic disease threats »²¹. Il est basé sur le partage et la transmission d’informations à travers une organisation en réseau incluant des acteurs publics et privés (Formenty & coll., 2006). Le GOARN se définit lui-même comme :

²⁰ Selon Davis, les principaux pays donateurs du GOARN sont des pays occidentaux, et en particulier les États-Unis, le Canada, l’Australie, le Royaume-Uni et les pays de l’Union européenne (Davies, 2008, p. 311). Cet aspect souligne l’intérêt de ces pays pour ce type de structure de surveillance globale. Le sous-financement du GOARN a été également souligné dans un rapport du Secrétariat général des Nations-Unis de 2005 (UN, 2005). Weir et Mykhalovskiy ont affirmé à ce sujet qu’une des principales tâches du personnel du GOARN est précisément de se concentrer sur la recherche d’un financement qui s’élève à plus de 2 millions \$ par semaine (2010, p. 95).

²¹ <http://www.who.int/csr/outbreaknetwork/en/> Page consultée le 12 octobre 2009.

[...] a technical collaboration of existing institutions and networks who pool human and technical resources for the rapid identification, confirmation and response to outbreaks of international importance. The network provides an operational framework to link this expertise and skill to keep the international community constantly alert to the threat of outbreaks and ready to respond.²²

Ce système correspond à la mise en place et à l'opérationnalisation d'une forme de « service de renseignement épidémiologique » (Martin, 2008). Comme nous l'avons souligné précédemment, le GOARN s'inscrit dans un contexte d'utilisation d'informations non officielles se retrouvant, comme le rappelle Rodier, sur « l'autoroute électronique » de l'information (Rodier, 2007). Pour Fidler par exemple, « [c]ritical to the functioning of GOARN was WHO's access to sources of information beyond that received from governments » (Fidler, 2005a, p. 347). Un des principaux objectifs du GOARN est ainsi de s'assurer que les événements sanitaires de portée internationale, conformément au RSI et à la définition du concept de PHEIC, soient rapidement identifiés, vérifiés et partagés avec la communauté internationale afin de coordonner les interventions internationales et nationales de santé publique, et ce, toujours sur la base du traitement des informations n'étant pas limitées aux gouvernements nationaux.

La structure de surveillance en réseau mise en place par le GOARN s'inscrit dans une stratégie en quatre temps fondée sur : « [...] systematic detection, outbreak verification, real time alerts, and rapid response » (Heymann & Rodier, 2001, p. 345). Le GOARN se structure dans cette perspective autour de six principales fonctions²³ :

1. La surveillance épidémique et la détection systématique ;
2. La vérification des événements et informations sanitaires ;
3. La gestion et dissémination d'information épidémiologique ;
4. L'alerte en temps réel ;
5. La coordination des réponses en cas de crises sanitaires ;

²² *Idem*, page consultée le 30 mars 2010.

²³ <http://www.who.int/csr/outbreaknetwork/guidingprinciples/en/index.html> Page consultée le 21 juin 2012.

6. L'organisation de la logistique des réponses aux crises sanitaires²⁴.

Cette structure de surveillance de la santé représente la transition entre l'intervention directe contre les maladies infectieuses et la prévention et l'anticipation des crises sanitaires à l'échelle mondiale (OMS, 2000a, p. 31) dont nous avons identifié la logique comme stratégie de santé publique. Tel qu'indiqué lors de la conférence préparatoire à la mise en œuvre du GOARN tenue à Genève en avril 2000, « [w]hereas longstanding, traditional approaches to contain outbreaks were defensive ('brick wall'), trying to secure borders from the entry of emerging infectious diseases, innovative approaches have been established consisting of *early warning surveillance systems*, epidemic preparedness plans, stockpiles of essential materials *and communication and information sharing through networks, providing information for action.* » (*idem*, p. 4 – nous soulignons)

Le fonctionnement actuel du GOARN est fondé en conséquence sur un réseau d'acteurs déjà existants, mais qui utilisent « [...] several new mechanisms and a computer driven tool for real-time gathering of disease intelligence [interlinking] 110 existing networks that together possess much of the data, expertise, and skills needed to keep the international community constantly alert and ready to respond » (Twisselmann, 2002, p. 1). Les informations traitées par le GOARN sont communiquées à quelque 900 partenaires de l'OMS via la *Outbreak Verification List* et le *Disease Outbreak News System*²⁵ (OMS, 2000b, p. 6).

L'un des contributeurs les plus importants d'informations non officielles au GOARN est le GPHIN²⁶, système à partir duquel près de 60 % des informations analysées sont collectées²⁷ (Zacher, 2007). Le GPHIN a été créé en 1998 (phase prototypique 1998-2004) et est en place dans sa forme actuelle depuis 2004 (Mawudeku & coll., 2007). Le GPHIN est une

²⁴ Bien qu'importants, les deux derniers éléments concernant le travail de coordination et de réponse du GOARN ne sont pas analysés dans cette recherche.

²⁵ Nous reviendrons sur les différents canaux de communication du RSI au chapitre 4 dans notre analyse de la pratique de la surveillance globale des maladies infectieuses par l'OMS.

²⁶ Le *Global Public Health Intelligence Network*.

²⁷ D'autres évaluent cette proportion à 40 % (Zacher & Keefe, 2008) ou 81 % (Mawudeku & coll., 2007, p. 311). Le chiffre de 60 % représente selon nous l'évaluation la plus réaliste des apports du GPHIN au GOARN.

initiative conjointe du Canada²⁸ et de l’OMS « that draws on the capacity of the Internet and newly available 24/7 global news coverage of health events to create a unique form of early warning outbreak detection » (Weir & Mykhalovskiy, 2006, p. 42). Au quotidien, le GPHIN « continuously crawling websites, newswires, local online newspapers, public health email services, and electronic discussion groups », afin d’identifier des informations potentielles concernant des rumeurs de pandémies et de propagations incontrôlées de maladies infectieuses à l’échelle globale (Twisselmann, 2002, p. 1). Mawudeku et coll. ont qualifié ce système d’exemple « d’infrastructure » de surveillance (2007, p. 304). Le GPHIN est un service multilingue capable d’analyser et de communiquer dans plusieurs langues. Ces informations sont toutefois payantes et accessibles uniquement par l’intermédiaire d’un système d’abonnement.

Il est également à noter que d’autres systèmes de surveillance des maladies infectieuses participent, de manière moins importante toutefois, aux activités de collecte d’informations non officielles du GOARN et de l’OMS. Ces autres acteurs importants sont, entre autres, les systèmes ProMED-mail (courrier électronique), Argus, MedISys (Europe), ou BioCaster par exemple (Chan & coll., 2010, p. 21701). Ces systèmes ont tous comme objectif de traiter des informations épidémiologiques non officielles. Les États-Unis jouent également un rôle majeur dans le domaine de la surveillance des maladies infectieuses. Le département états-unien de la Défense est directement impliqué à ce niveau (Zacher & Keefe, 2008) et a notamment établi un réseau de 500 partenaires dans plus de 75 pays effectuant la surveillance des maladies infectieuses²⁹ (Johns & cool., 2011). Les laboratoires du Département de la défense ont, par exemple, été les premiers à identifier le virus H1N1 en 2009 (*ibid*).

Le rôle du secteur militaire en général est également important en ce qui concerne la surveillance globale des maladies infectieuses. Comme le souligne l’OMS elle-même :

²⁸ Le Canada est le principal administrateur du système. Voir par exemple http://www.phac-aspc.gc.ca/media/nr-rp/2004/2004_gphin-rmispbk-eng.php Page consultée le 20 juin 2012.

²⁹ Il est difficile d’évaluer précisément la collaboration entre l’OMS et les États-Unis à ce sujet en raison de la nature sensible des informations nécessaires à cette fin. Une chose est certaine, le fondement même du GOARN est la mise en réseau de systèmes existants, signifiant la forme coopérative que prend à la base la surveillance globale des maladies infectieuses.

[m]ilitary health care systems, which cover populations with well-defined demographic and health characteristics, facilitate the collection of accurate epidemiological information for particular groups, such as sentinel populations for influenza surveillance. WHO has conducted a survey in order to identify military laboratories that are willing to participate in global public health surveillance activities and to obtain information about their infectious disease-reporting systems, and will identify and catalogue military resources that could enhance established WHO global surveillance of emerging infections and facilitate responses. (OMS, 2001a, p. 3)

Plus surprenant toutefois est le rôle qu'occupent les initiatives privées dans la surveillance des maladies infectieuses à l'échelle globale. Google a ainsi mis sur pied le système GoogleFluTrend³⁰ qui permet de suivre de manière instantanée l'évolution des épisodes pandémiques à l'échelle globale. Ce système fonctionne sur l'analyse des recherches de mots clés concernant la grippe effectuées sur le moteur de recherche Google, qui sont corrélées aux niveaux pandémiques de la grippe (Ginsberg & coll., 2009). Le projet HealthMap³¹, de type « *open source* », permet de son côté la cartographie des risques sanitaires à l'échelle globale en utilisant les informations produites par les différents systèmes présentés précédemment (Brownstein & coll., 2008, p. 1020). Des entreprises privées sont également directement impliquées dans la surveillance. Castillo-Salgado fait une description détaillée des corporations qui y participent :

[c]iticorp [...] has also developed a global surveillance application for simulating the response of the financial sector to major outbreaks and pandemics. Veratect Corporation [...] is one of the leading private biosurveillance firms that collect information from open-source reports and a global network of contacts. This early warning monitoring and tracking system has been very active in informing national and local governments and international agencies of early signs of important disease outbreaks including the initial signs of the recent N1H1 influenza pandemic. (Castillo-Salgado, 2010, p. 102)

Tel qu'indiqué précédemment, ce système complexe et multiacteur d'échange d'informations relatives à la surveillance globale de la santé est basé sur des sources non officielles d'information (Dry, 2008, p. 10 ; Grein & coll., 2000 ; Brownstein & coll., 2008, pp. 1020-1021). L'utilisation des technologies de l'information et des communications ainsi que le recours à des sources non officielles d'information ont donc des répercussions

³⁰ Pour information, voir par exemple : <http://www.google.org/flutrends/> Page consultée le 23 juin 2012.

³¹ Pour information, voir: <http://www.healthmap.org/fr/> Page consultée le 23 juin 2012.

profondes sur la façon dont la santé mondiale est aujourd'hui gouvernée (Heymann &, 1998 ; 2001 ; Grein & coll., 2000 ; Dry, 2008), particulièrement en ce qui concerne l'évaluation de la validité et de la légitimité des informations épidémiologique. Pour ce faire, l'OMS a mis en place un processus formel d'évaluation de la validité de renseignements sanitaires fournis par les différents acteurs de ce réseau de surveillance et suivant lequel il est évalué si l'information est jugée pertinente ou non. Ce processus est basé sur une équipe de vérification en place à Genève qui évalue les différents rapports épidémiologiques provenant des diverses sources d'information utilisées (Dry, 2008, p. 12).

Dans cette perspective, « [r]aw intelligence gleaned from all formal and informal sources is converted into meaningful intelligence by the WHO Outbreak Verification Team, which meets daily to review incoming reports and rumours, assess their epidemiological significance, and decide on the actions needed. » (Heymann & Rodier, 2001, p. 349). Cette procédure représente l'étape de la vérification des informations sanitaires. L'objectif de cette étape est de déterminer si l'événement sanitaire représente une PHEIC au sens du RSI de 2005. Cette évaluation se fait sur la base des informations obtenues par le GOARN au travers de son réseau de partenaires. Concrètement, « [u]pon receipt of feedback, the outbreak verification team determines if the event meets the definition of an outbreak (observed number of cases exceeds expected number of cases in a given population for a given period) and the criteria for international public health importance. Reaching a final decision may require further consultation with the WHO regional office or the country representative or health authorities in-country. » (Grein & coll., 2000, p. 99) L'OMS possède donc ici un important pouvoir de décision et d'évaluation sur ce que constitue une crise sanitaire d'importance internationale. On note aisément le fort potentiel de subjectivité et d'influence extérieure dont peut être sujet ce type de système³².

Ce processus de vérification représente une nouvelle approche de gouvernance globale de la santé. Cette nouvelle approche met l'accent sur l'information et la communication, et non pas sur l'intervention : « [i]ts aim is to improve epidemic disease control by actively collecting and verifying information on reported outbreaks and informing key public health

³² Nous reviendrons en particulier sur ce point au chapitre 6, *infra*.

professionals about outbreaks, which are of potential international public health importance » (OMS, 2000b, p. 6). L'épisode du SRAS en 2003 fut le premier où le GOARN mit réellement et officiellement en application ses instruments de surveillance et d'alerte en communiquant en temps réel la propagation de la maladie (Lakoff, 2010, p. 73). Cette structure de surveillance avait toutefois été également utilisée lors d'autres épisodes pandémiques depuis 1998, comme en 2000 et 2001 pour des pandémies en Uganda, au Kosovo, au Congo, au Bangladesh et en Côte d'Ivoire (Moren, 2001). L'OMS a également reconnu qu'un des objectifs du GOARN est de se concentrer en priorité sur les menaces sanitaires en provenance des pays en développement (OMS, 2000b), ce qui, comme l'attestent nos résultats d'analyse de la surveillance présentés au chapitre 5 est en partie véridique.

Ces différentes caractéristiques du fonctionnement du GOARN font selon nous en sorte que le système de surveillance des maladies infectieuses mis en place par l'OMS représente une forme de « gouvernance informationnelle » ou de « cordon sanitaire informationnel » qui cherche, comme le rappelle un sous-titre d'un rapport de l'OMS, à mettre en place un système de « management » des maladies infectieuses (OMS, 2001a, p. 2) et non pas de traitement ou de prévention – pour tous – de celles-ci. Ce point illustre de façon magistrale une situation où la « technique »³³ détermine le « politique », conférant un optimisme relatif au caractère révolutionnaire qui a souvent été attribué au RSI de 2005 et dont il convient maintenant d'aborder les détails.

3.3 PROBLÉMATISATION DU CARACTÈRE « RÉVOLUTIONNAIRE » DU RSI DANS LA GOUVERNANCE GLOBALE DE LA SANTÉ

Le RSI de 2005 et sa mise en pratique par l'intermédiaire du GOARN ont donc amené de profonds changements dans la conduite de la gouvernance globale de la santé. Ces changements, comme souligné précédemment, ont été qualifiés de « révolutionnaires » par plusieurs auteurs (Fidler, 2005b, p. 179 ; 2006 ; Fidler & Gostin, 2006 ; Weir &

³³ Lors du processus de négociation, l'OMS avait par exemple affirmé que « [t]he conclusions reached by the revision process must now be extended from the technical to the political level » (OMS, 2003, p. 3), confirmant de la sorte le rapport hiérarchique s'établissant entre « technique » et « politique ».

Mykhalovskiy, 2006 ; 2010 ; Heymann, 2006 ; Chu, Rodier & Heymann, 2010), notamment dans ce qu'ils apportent comme promotion des intérêts collectifs (Lee & Fidler, 2007, p. 220). Cette évaluation ne s'est toutefois pas accompagnée d'une analyse systématique des fondements structurels et pratiques du RSI. Dans ce contexte, quatre questions se posent concernant la nature réellement révolutionnaire et novatrice du RSI de 2005 :

1. *Quel type d'instrument juridique international représente-t-il ?*
2. *Est-il orienté vers l'intérêt commun et la production d'un bien public ?*
3. *S'inscrit-il dans une perspective de droits humains ?*
4. *Est-il véritablement postwestphalien ou supranational ?*

Ces quatre questions sont abordées ci-dessous et nous permettent de réfléchir à la véritable nature des changements apportés avec cette nouvelle structure de gouvernance globale de la santé. Notre objectif est ici de problématiser le RSI de 2005 par rapport à l'articulation entre intérêt national/intérêt global qui représente la grille traditionnelle de lecture des mécanismes de gouvernance globale reproduite par les Relations internationales.

3.3.1 QUELLE EST LA NATURE JURIDIQUE DU RSI DE 2005 ?

La première question qui se pose concerne la valeur juridique du RSI, c'est-à-dire de chercher à savoir si le RSI est un traité au sens du droit international, afin d'en évaluer la portée et le degré de contrainte pour les pays signataires. Cette question n'est pas futile, puisque la réponse qui y est apportée engendre des obligations et actions différentes de la part des États. Les traités internationaux présentent en effet des obligations juridiques différentes des chartes, conventions ou protocoles par exemple³⁴. Officiellement, le RSI de 2005 est un « règlement », mais il a été souvent interprété comme un traité international. L'article 2 de la convention de l'OMS énonce ainsi clairement que cette institution peut

³⁴ http://treaties.un.org/Pages/Overview.aspx?path=overview/definition/page1_fr.xml#treaties Page consultée le 10 juillet 2012.

« [...] proposer des conventions, accords et règlements » (OMS, 1948, p. 2), soulignant ainsi la distinction entre ces outils juridiques sans toutefois en définir les contours.

Paul Reuteur définit un traité international comme « [...] an expression of concurring wills attributable to two or more subjects of international law and intended to have legal effects under the rules of international law » (Reuter, 1989, p. 30). Bettcher et Lee définissent de leur côté un traité comme :

[...] an international legal agreement concluded between states in written form, and governed by international law, whether embodied in a single instrument or two or more related instruments. Alternative names for treaties include pact, covenant, and convention, and are binding legal agreements between countries that choose to ratify a given instrument. (Bettcher & Lee, 2002, p. 16)

Cette seconde définition souligne la multitude d'appellations dont peuvent faire l'objet les instruments juridiques internationaux, mais qui les situent toujours dans la catégorie des traités. La Convention de Vienne de 1986 caractérise quant à elle un traité comme « [...] un accord international conclu par écrit entre États et régi par le droit international, qu'il soit consigné dans un instrument unique ou dans deux ou plusieurs instruments connexes, et quelle que soit sa dénomination particulière » (Convention de Vienne, 1969). Cette convention stipule en outre que ces traités peuvent inclure comme signataires des organisations internationales, ou être passés sous leur égide. Étonnamment, les traités ne sont donc pas limités à l'appellation de « traité » et peuvent inclure d'autres acteurs du système international comme des organisations internationales.

L'ONU précise tout de même que :

[1]es cas dans lesquels la pratique des États désigne un instrument international sous le nom de 'traité' ne répondent à aucune règle cohérente. D'ordinaire, le terme 'traité' est réservé à des domaines qui présentent une *certaine gravité* et exigent un accord plus solennel. Les signatures sont généralement authentifiées et *le texte doit normalement être ratifié*. Comme exemples typiques d'instruments internationaux dénommés 'traités', on peut citer les traités de paix, les traités frontaliers, les traités de délimitation, les traités d'extradition et les traités d'amitié, de commerce et de coopération. On utilise

beaucoup moins depuis quelques décennies l'appellation de 'traité' pour des instruments internationaux et l'on recourt davantage à d'autres formules.³⁵ (nous soulignons)

L'utilisation du terme traité en droit international est donc assez variée et ne respecte pas de règles particulières d'utilisation. On retrouve cette confusion en ce qui concerne la qualification du nouveau RSI. Zacher et Keefe affirment par exemple que le RSI est un traité au sens du droit international. Il s'agirait même selon eux du « [...] only binding treaty that the WHA [World Health Assembly] approved » (Zacher & Keefe, 2008)³⁶. Moins affirmatifs en ce qui concerne le caractère juridiquement contraignant du RSI, Fidler et Gostin suggèrent de leur côté que, « [*a*]s a treaty, the new IHR cannot legally bind states unless they consent to be bound »³⁷ (Fidler & Gostin, 2006, p. 91 – nous soulignons), soulignant tout de même son caractère de traité. Baker et Fidler ont eux affirmé que l'OMS a adopté le RSI de 2005 « [...] as an international treaty » (Baker & Fidler, 2006, p. 1058) tandis qu'Aginam (2005) soutient que l'OMS possède, selon sa constitution, un pouvoir de mise en place des traités qui est similaire à celui des autres organisations onusiennes, mais que l'OMS a sous-utilisé dans son histoire cette capacité. L'auteur rappelle que, dans la constitution de l'OMS, l'« [a]rticle 19 provides the WHO with virtually limitless treaty-making power » et que l'« [a]rticle 21 [...] provides for an innovative treaty-making and norm-creating procedure that is novel in the practice of multilateral institutions : the power of the World health organization to adopt legally binding regulations » (*idem*, p. 71), situation qu'est également venu confirmer Prah Ruger (2007, p. 435).

Avilés-Mendoza souligne de manière relativement similaire le « [...] under usage of treaty-making power by the WHO as compared to the pre-WHO era where international sanitary

³⁵ http://treaties.un.org/Pages/Overview.aspx?path=overview/definition/page1_fr.xml#treaties Page consultée le 10 juillet 2012.

³⁶ Cette évaluation pose selon nous problème. En effet, la Convention-Cadre pour la Lutte Anti-Tabac de l'OMS a été adoptée par l'OMS en 2003 et est contraignante pour ses signataires. Elle est également habituellement qualifiée de traité (Taylor & Bettcher, 2000). L'élément principal de compréhension des instruments juridiques internationaux se trouve précisément à ce niveau : en droit international ce n'est pas la nature de l'instrument qui lie l'État, mais sa ratification, ce qui se nomme, en théorie du droit, le volontarisme.

³⁷ En ce qui concerne le caractère juridiquement contraignant du RSI, les auteurs ajoutent que « [s]tates parties to the new IHR are not legally bound to follow WHO temporary or standing recommendations; but the new IHR contain binding limits on the types of health measures states parties can take against public health risks. These limits are designed to ensure adequate health protection with minimal interference with international traffic and respect for human rights. » (Fidler & Gostin, 2006, p. 91)

conventions played important roles in the evolution of international public health law » (Avilés Mendoza, 2006-2007, p. 81), ce qui signale tout de même la capacité de l’OMS à mettre en place des traités internationaux. Aavitsland a de son côté qualifié le RSI de 2005 de « legal framework » (Aavitsland, 2008, p. 1) tandis que Gostin³⁸ a affirmé que : « [t]he WHO’s treaty-making powers are also noteworthy. The agency can adopt *binding conventions or agreements* which, unlike normal treaties, affirmatively require States to ‘take action’ » (Gostin, 2008, p. 240 – nous soulignons). Il a également signifié la nature « extraordinaire » des pouvoirs normatifs de l’OMS (Gostin, 2007). Fidler et Gostin ont ajouté que « [...] the new IHR contain *binding limits* on the types of health measures states parties can take against public health risks » (Fidler & Gostin, 2006, p. 91 – nous soulignons), ce qui suggère que le RSI s’approche du traité dans ses implications pour les États signataires.

C’est différents éléments, à la fois contradictoires et complémentaires, ont fait dire à Tucker que le RSI possède un statut ambigu dans le droit international. L’auteur se demande ainsi si cet instrument juridique international n’est pas que :

[...] merely a political agreement among national ministers of health, who often carry little clout with their own governments, or does it carry the legal status of an international treaty? Militating against the latter interpretation is the fact that the regulations were simply approved by a consensus of WHO delegations, whereas treaties normally require a formal ratification process by the legislatures of signatory states. (Tucker, 2005)

Qui plus est, l’absence de ratification par les législatures nationales, limitant de la sorte ses implications pour les États, apporte un argument supplémentaire pour ne pas interpréter le RSI comme un traité international. Boisson de Charzournes est toutefois celle qui a été la plus précise concernant la qualification du RSI de 2005. Elle rappelle ainsi que :

[...] la Constitution de l’Organisation mondiale de la santé (OMS) entrée en vigueur en 1948, a fait place à un autre type d’instruments juridiques, dénommés règlements [...] et prévoit que ceux-ci lieront tous les États membres à moins qu’ils ne communiquent dans

³⁸ Il est à noter que Avilés-Mendoza et Aavitsland ne sont pas des juristes, mais plutôt des spécialistes des sciences naturelles s’étant intéressés au droit international, limitant de la sorte leur capacité à interpréter le droit et à être considéré comme de la « doctrine ». À l’inverse, Fidler, Gostin, Aginam et de Charzournes sont, eux, des juristes.

un certain délai au Directeur général de l'OMS leur souhait de ne pas être liés ou qu'ils émettent des réserves quant à la portée de leurs engagements » (Boisson de Chazournes, 2007, p. 1158).

Pour cette auteure, le RSI de 2005 a un caractère *sui generis*, c'est-à-dire qu'il ne peut être classé dans aucune catégorie juridique particulière (*idem*, p. 1168). Boisson de Chazournes souligne à ce titre que le RSI de 2005 se fonde sur une « [...] variété de mécanismes juridiques » faisant en sorte qu'il est inclassable en fonction des catégories existantes en droit international (*idem*, p. 1178).

Toujours est-il que la nature du RSI de 2005 fait en sorte qu'il est contraignant pour tous les pays membres de l'OMS, à moins que ceux-ci aient explicitement renoncé à certains de ses aspects. Cette technique est qualifiée de « opting out », c'est-à-dire que les pays doivent explicitement notifier leur désengagement partiel ou total à défaut de quoi ils y sont tenus (Fidler, 2005a, pp. 332-3), ce qui s'oppose aux traités internationaux et ce qui a amené certains juristes à parler d'actes juridiques unilatéraux « [...] qui ne sont pas régis par le droit des traités » (Boisson de Chazournes, 2007, p. 1176 ; Skubiszewski, 1965-66). Comme le rappelle explicitement Skubiszewski :

[a] law-making resolution is one which is binding on its addressees by virtue of the decision of the organization and which lays down general and abstractly formulated rules of conduct. The drafting, adoption, entry into force, validity, application, effects, modification, and termination of the law-making resolutions of international organizations are not governed by the law of treaties. They are regulated by the law, in particular the constituent instrument, of the organization which adopted the resolution in question. The law-making resolution of an organization is not a contractual instrument in which the members of the organization appear as parties. It is an act of the organization which is different from a treaty concluded either between the organization and the members or among the latter inter se. [...] *Binding resolutions are voted under different names: regulations, rules, decisions, annexes, directives, etc. These and other names cannot be regarded as indicating the obligatory force of the resolution.* (Skubiszewski, 1965-66, p. 201 – nous soulignons)

Le caractère contraignant du RSI de 2005 de l'OMS repose précisément sur son mécanisme de « opting out » qui empêche « [...] un État ou d'un groupe d'États [de] porter atteinte au pouvoir normatif d'une organisation internationale de prescrire des normes susceptibles d'être appliquées par tous leurs destinataires » (Boisson de Chazournes, 2007, p. 1171). Ce système cherche ainsi à dépasser l'opposition que pourrait émettre un État concernant un

traité international et s'applique généralement aux mécanismes juridiques « techniques » (*idem*, pp. 1168-1171) qui nécessitent l'acceptation de tous les États pour être efficaces et fonctionnels. Un seul pays, les États-Unis, a apporté une notification au RSI de 2005, ce qui souligne son caractère consensuel (Rodier, 2007). Cette notification affirme que « [...] it is the United States' understanding that any notification that would undermine the ability of the U.S. Armed Forces to operate effectively in pursuit of U.S. national security interests would not be considered practical for purposes of this Article [article 9]» (OMS, 2005a, p. 61). Cette notification n'a toutefois jamais été officiellement utilisée jusqu'à ce jour par les États-Unis (Johns & coll., 2011).

Le mécanisme de « *opting out* » modifie sensiblement la nature de l'outil juridique international. Comme le souligne Boisson de Chazournes :

[1]es normes techniques adoptées et soumises à l'*opting out* ont pu être qualifiées d'actes juridiques unilatéraux [...] qui sont l'œuvre de l'organisation internationale compétente et non de ses États membres. Certains auteurs précisent alors que ces normes ne sont pas des instruments conventionnels auxquels les États sont parties et ne sont pas régies par le droit des traités [...]. Ce point de vue est corroboré par l'idée selon laquelle dans un système de *contracting out*, il est possible pour un État d'être lié contre sa volonté par une ou plusieurs normes techniques et que partant un tel système est incompatible avec un régime d'obligations conventionnelles. (Boisson de Chazournes, 2007, p. 1176)

Boisson de Chazournes et Skubiszewski ont affirmé dans ce sens que le RSI a une nature « anti-contractualiste » s'opposant à la logique contractuelle des traités et accord internationaux (Skubiszewski, 1965-66, pp. 222-22 ; Boisson de Chazournes, 2007, p. 1176). Le RSI de 2005 a ainsi une nature exceptionnelle en droit international puisqu'il contient à la fois des éléments propres à un « acte juridique unilatéral » d'une organisation internationale, mais aussi certains des éléments d'un accord ou traité international plus conventionnel (Boisson de Chazournes, 2007).

Enfin, il est à noter que comme toute institution internationale, l'OMS et le RSI n'ont aucun pouvoir policier effectif sur la mise en application du RSI (Tucker, 2005), faisant en sorte que contraignant ou pas, le RSI est sujet au bon vouloir des États. La question de la nature juridique du RSI nous apparaît toutefois comme un faux débat, car ce que cherche précisément à faire le RSI, ce n'est pas d'établir plus de relations avec les États ou de les

forcer à faire quelque chose, mais plutôt de se passer d'eux. Selon nous, la nouveauté avec le RSI de 2005 est précisément qu'il ne s'inscrit pas, dans ses modalités, comme un traité international, spécifiquement parce qu'il ne cherche pas à contraindre les États. Comme nous l'avons souligné précédemment, le nouveau RSI permet justement à l'OMS d'annoncer des pandémies internationales et d'utiliser des informations *sans l'accord des États*, ce qui lui permet non pas de s'opposer à la souveraineté nationale, mais de s'en autonomiser. Selon nous, il ne faut donc pas concevoir le RSI comme un traité, mais bien comme un mécanisme de communication globale ne cherchant pas à contraindre les États, mais à en être indépendant. Cette autonomie du RSI amène à se questionner sur la nature des objectifs poursuivis par cet instrument juridique international et ses orientations en matière d'intérêts collectifs et communs.

3.3.2 LE RSI EST-IL ORIENTÉ VERS LA PRODUCTION D'UN « BIEN PUBLIC » GLOBAL ET DE L'INTÉRÊT COMMUN ?

L'article 3.3 du RSI de 2005 rappelle que « [t]he implementation of these Regulations shall be guided by the goal of their *universal application for the protection of all people of the world* from the international spread of disease. » (OMS, 2005a – nous soulignons) Cet article souligne donc le caractère *commun* et *collectif* des objectifs du RSI, puisque s'orientant – en théorie – vers une application universelle d'un enjeu partagé – la santé. Cette caractéristique du RSI a amené plusieurs auteurs à le qualifier de bien public global. Ce type de bien se caractérise par une non-rivalité dans sa consommation – l'utilisation par une personne ou un groupe n'entrave pas son utilisation par d'autres – et une non-exclusion – tout le monde peut en bénéficier³⁹. Kaul et coll. définissent par exemple les biens publics globaux comme :

[...] outcomes (or intermediate products) that tend towards *universality* in the sense that they benefit all countries, population groups and generations. At a minimum, a global public good would meet the following criteria: its benefits extend to more than one group of countries and do not discriminate against any population group or any set of generations, present or future. (Kaul, Grunberg & Stern, 1999, p. 16 – nous soulignons).

³⁹ Pour une analyse détaillée des biens publics globaux, voir par exemple Andersen & Lindsnaes (2007) ou Gabas et Hugon (2001).

Kaul, Conceição et Mendoza ajoutent que ce qui les caractérise de « globaux » c'est qu'ils engendrent des « [...] benefits that are strongly *universal* in terms of countries (covering more than one group of countries), people (accruing to several, preferably all, population groups), and generations (extending to both current and future generations, or at least meeting the needs of current generations without foreclosing development options for future generations) » (Kaul, Conceição & Mendoza, 2003, p. 605).

Woodard et Smith ont complexifié cette définition en y incorporant la notion de l'enjeu du financement d'un tel bien : un bien public global est selon eux « [...] a good which it is rational, from the perspective of a group of nations collectively, to produce for *universal* consumption, and for which it is irrational to exclude an individual nation from consuming, irrespective of whether that nation contributes to its financing » (Woodward & Smith, 2003). Ces différentes définitions suggèrent que la provision des biens publics globaux se fonde sur une compréhension partagée de l'intérêt à mettre en place des structures communes de gouvernance dont, d'un côté les bénéfices sont répartis entre tous, et où, de l'autre personne ne peut en être exclu, peu importe sa capacité à payer – ce qui, évidemment, ne passe pas le teste de la réalité, du moins occidentale. Le caractère d'universalité représente en ce sens un critère fondateur de la conception des biens publics globaux⁴⁰. La santé a, de manière générale, souvent été qualifiée de bien public, global ou non, en raison précisément de son caractère universel et partagé (Smith & coll., 2004 ; Smith, Beaglehole, Woodward & Drager, 2002).

C'est dans cette perspective que le RSI de 2005 a été largement interprété comme un bien public global. Merianos et Peiris mentionnent par exemple que « [t]he IHR work on the principle of global public good – protecting public health through early detection and response to public-health emergencies benefits the nation concerned and reduces the risks of spread to other nations. » (Merianos & Peiris, 2005, p. 251). Plusieurs autres auteurs ont aussi noté cette caractéristique de biens publics globaux du RSI et plus largement de la surveillance globale des maladies infectieuses (Castillo-Salgado, 2010, p. 9 ; Youde, 2010,

⁴⁰ Il est à noter toutefois que c'est surtout la problématique inverse, celle du resquilleur, c'est-à-dire de ceux qui profitent du bien public sans participer à son financement, qui a marqué les débats autour de ce concept. Voir à ce sujet par exemple (Gabas & Hugon, 2001), ou (Batina & Ithori, 2005) pour une approche plus classique et descriptive.

p. 2 ; Bettcher & Lee, 2002, p. 10). Pour Youde, le RSI est fondamentalement un bien public global puisque « [i]t requires contributions from many different states, coordinating their efforts to work toward a common goal. » (Youde, 2010, p. 3). Zache précise de son côté les raisons qui expliquent que le RSI et la surveillance des maladies infectieuses sont des biens publics globaux : « [...] because in a world of increased mobility - of people and goods - health risks anywhere can pose a threat everywhere. Thus *the knowledge*⁴¹ *generated through international health surveillance has an important public goods dimension* » (Zacher, 1999, p. 267 – nous soulignons).

Pour Kaul et Fraust, il ne fait aucun doute que le RSI constitue un bien public global puisque, de par la nature globale des enjeux de santé publique liés aux maladies infectieuses, tous bénéficient des mesures prises dans ce domaine :

[...] communicable disease control *clearly constitutes a GPG* [global public good]. Once achieved, it would *benefit all people*, in poorer and richer countries, present as well as future generations. Due to this *mutual interest* and the growing importance of communicable disease control as a GPG, health has moved to the top of the political agenda. (Kaul & Faust, 2001, p. 870 – nous soulignons)

Cette représentation du RSI comme bien public a même amené Youde à proposer par exemple le développement spécifique du concept de « bien public pour la santé » qui, selon lui, « [...] embodies a holistic view of health and the international community's role in securing it for humanity » (Youde, 2010, p. 47). Fidler suggère également que l'importance de la santé comme bien public est telle qu'elle déborde sur d'autres enjeux de la gouvernance globale (Fidler, 2007a)

L'OMS considère elle-même le RSI comme s'intégrant dans une approche de biens publics globaux (OMS, 2002a, p. 10). Ce qui est notable toutefois au niveau de l'analyse que fait l'OMS du RSI comme bien public, c'est qu'elle s'est effectuée parallèlement au développement du concept de sécurité sanitaire globale⁴². C'est donc en associant santé et sécurité que l'OMS en est venue à considérer le RSI comme un bien public, ce qui n'y est

⁴¹ Il est à noter que pour Zacher, c'est le savoir et non la santé qui est le bien public global. Nous reviendrons sur cette distinction, fondamentale selon nous, un peu plus loin dans cette sous-section.

⁴² Voir le chapitre 2, *supra*, pour une analyse de l'interaction entre santé et sécurité.

pas étranger selon nous. Elle affirme en effet, dans le rapport mondial sur la santé de 2007 intitulé *A safer future : global public health security in the 21st century*, que « [t]he potential calamity caused by a global influenza pandemic justifies naming the control of such a pandemic a *global public good* » (WHO, 2007a, p. 39). Le RSI comme bien public est ainsi compris comme permettant de favoriser la sécurité sanitaire, concept qui, comme nous l'avons vu, a précisément comme caractéristique d'être sujet aux intérêts et interprétations particuliers menant à un processus de priorisation des enjeux de santé, ce qui nous amène à remettre en question la fonction de bien public global que pourrait avoir, dans la pratique, le RSI de 2005. Qui plus est, cette compréhension de la santé comme bien public global s'inscrit dans le paradigme économique classique, c'est-à-dire comme étant définie par la non-rivalité et non-exclusivité. Ce cadre normatif impose de cette manière plusieurs limites quant aux implications pratiques de cette caractérisation de la santé comme bien public.

La compréhension du RSI comme bien public pose ainsi plusieurs problèmes conceptuels et pratiques. Ces problèmes se situent à quatre niveaux :

1. Les maladies infectieuses ne concernent pas tous les pays de la même façon, faisant douter du caractère universel du RS ;
2. Il est difficile de savoir si le bien public est l'information sur les enjeux sanitaires ou les mesures de santé publique pour traiter les maladies infectieuses ;
3. Le contrôle des structures de surveillance globale n'est pas partagé, ce qui affecte potentiellement son égale allocation, notamment au niveau de l'accès à l'information ;
4. Le risque se pose que les causes systémiques des maladies infectieuses ne soient pas prises en compte, n'améliorant donc pas la santé de manière égale pour tous.

Ces problèmes mettent en évidence la confrontation entre différentes compréhensions des biens publics globaux. Tout d'abord, puisque les maladies infectieuses sont inégalement réparties à l'échelle globale⁴³, les différents mécanismes mis en place pour y faire face

⁴³ Pour la question des inégalités en termes de santé à l'échelle internationale et ses différentes implications, voir par exemple Ruger (2006), Marmot (2005) ou Navarro (2007).

s'inscrivent dans un processus d'identification des priorités de santé publique à l'échelle globale. Le RSI ne fait pas exception à cette règle, comme nous l'avons vu au chapitre précédent. Cet instrument juridique international répond à l'identification de la propagation des maladies infectieuses comme priorité de santé publique. Cependant, cet enjeu n'est pas universellement reconnu comme une priorité de la même manière, loin de là. Pour Davies par exemple, « [t]he policy priority of western states in response to infectious disease has been to safeguard their citizens by supporting the development of a surveillance system that aims to prevent epidemics from reaching their borders. This concern enabled the WHO to situate itself in a position of authority in global health governance. » (Davies, 2008, p. 309) Le RSI de 2005 ne répond donc pas parfaitement selon nous au critère de non-exclusion, puisqu'en se concentrant sur certaines priorités de santé, il en exclut d'autres. Pour être un bien public, il faudrait que l'enjeu soit également partagé, ou du moins que l'on bénéficie également de son établissement, ce qui n'est pas le cas avec les maladies infectieuses, car la surveillance a des effets différents si vous souffrez déjà de la maladie, ou si on anticipe l'apparition de cas sur votre territoire.

Ensuite, il est difficile de savoir si le bien public en question avec le RSI de 2005 est l'information concernant les maladies infectieuses ou les mesures de santé publique que ces informations sont sensées entraîner. Comme le rappelle Zacher, « [...] the data provided by international surveillance are of little benefit to countries that lack the medical, technological and financial resources to respond to new outbreaks » (Zacher, 1999, p. 269). Ainsi, la mise en place du RSI, si elle ne s'accompagne pas de mesures concrètes dans les pays affectés, ne permet pas d'améliorer la santé qui, *in fine*, est réellement l'objectif de santé publique visé – à preuve, nous avons de l'information sur nombre d'autres champs et domaines, ce qui ne nous amène pas nécessairement à les qualifier des biens publics. Puisque le RSI est fondamentalement un système de communication et d'information, comme nous l'avons souligné précédemment, il ne structure donc pas selon nous une pratique de la santé publique globale comme bien public puisqu'il n'est pas fondé sur l'intervention, mais plutôt sur l'identification des maladies, ce à quoi nous référerions plutôt comme un « cordon sanitaire informationnel » ou une « gouvernance informationnelle ».

Également, le contrôle des structures de surveillance globale des maladies infectieuses n'est pas partagé ou accessible par tous, comme nous l'avons montré précédemment. Il y a donc un risque que certains groupes ou pays soient exclus du processus de partage des informations faisant en sorte que le critère de non-exclusion des biens publics ne soit pas respecté. À titre d'exemple, dans un contexte où 60 % des informations analysées par le GOARN proviennent du GPHIN, qui est un service payant, limité dans sa distribution et contrôlé par le Canada, on ne peut pas considérer que ce système concourt à la mise en place d'un bien public global. Zacher souligne par exemple que « [...] global epidemiological intelligence collected by individual countries, or even international organizations, may not or need not be internationally shared. In fact, the WHO's Rumor Outbreak Page is not distributed to all member states [...] » (Zacher, 1999, p. 269).

Enfin, avec un système de surveillance en temps réel comme le RSI, il y a des risques pour que les causes systémiques des maladies infectieuses et de leur propagation ne soient pas réellement prises en considération. En se concentrant sur la communication et le partage des informations, les réponses globales apportées à la propagation des maladies infectieuses s'établissent dans le court terme et l'urgence, laissant ainsi de côté des causes systémiques ou de long terme de ces enjeux. Dans cette perspective, les apports du RSI ne seront pas équivalents dépendamment des causes des enjeux de santé auxquels les pays font face (Smith & coll., 2004). Il est également nécessaire de rappeler que l'article 1 du RSI de 2005 établit précisément que les causes des problèmes de santé ne sont plus un critère valable d'évaluation. Les bienfaits d'une information épidémiologique globale ne sont pas les mêmes si un pays fait face à une pandémie de malaria causée par des mouvements transfrontaliers ou à des problèmes d'assainissement des eaux. Dans le même sens, les mesures pour contrer cette pandémie n'auront pas le même effet dans ces deux contextes, affaiblissant l'universalité du RSI.

Ces quatre arguments font en sorte qu'il est, selon nous, extrêmement ardu de qualifier le RSI de réel bien public global. Le problème majeur est, aussi paradoxal que cela puisse paraître, que le lien entre cet instrument juridique international et la santé comme bien public est, au mieux, ténu, voire inexistant. Pour être un véritable bien public, il faudrait que l'objectif premier du RSI soit l'amélioration de la santé en tant que telle, et non pas

l'information ou la communication sur un enjeu de santé. Même dans ce cas, on pourrait se laisser convaincre de la reconnaissance de la sécurité sanitaire comme bien public, tout au plus.

3.3.3 LE RSI S'INSCRIT-IL DANS UN CONTEXTE DE DROITS HUMAINS ?

Cette question est importante puisque l'article 3.1 du RSI souligne l'interconnexion qui existe entre cet instrument juridique international et les droits humains. Cet article stipule que « [t] Le présent Règlement est mis en oeuvre en respectant pleinement la dignité des personnes, les droits de l'homme et les libertés fondamentales. » (OMS, 2005a, p. 11) Il est intéressant de noter toutefois la formulation employée. On réfère ici non pas à la santé comme droit humain, mais au respect *de ces droits* dans l'application du RSI. Cette nuance est ici fondamentale puisqu'elle oriente l'action du RSI sur des objectifs qui sont totalement différents d'une compréhension de la santé comme droit humain. À aucun moment le RSI ne fait ainsi référence à la santé comme droit humain. Cette absence est d'autant plus surprenante que de nombreux textes internationaux ont déjà reconnu que la santé est un droit humain fondamental, à commencer par l'OMS elle-même.

En effet, la constitution de l'OMS exprime clairement que « [l]a possession du meilleur état de santé qu'il est capable d'atteindre constitue *l'un des droits fondamentaux de tout être humain*, quelles que soient sa race, sa religion, ses opinions politiques, sa condition économique ou sociale. » (OMS, 1948, p. 1 – nous soulignons. L'article 12 du Pacte international relatif aux droits sociaux, économiques et culturels de 1966 reconnaît également que « [l]es États parties au présent Pacte reconnaissent le droit qu'a toute personne de jouir du meilleur état de santé physique et mentale qu'elle soit capable d'atteindre. » (PIDSEC, 1966) Le Comité des droits économiques, sociaux et culturels (CESCR) a aussi adopté en 2000 l'Observation générale no. 14 intitulé *Le droit au meilleur état de santé susceptible d'être atteint* et qui affirme que :

[...] entrent dans le champ du droit à la santé, non seulement la prestation de soins de santé appropriés en temps opportun, mais aussi les facteurs fondamentaux déterminants de la santé, tels que l'accès à l'eau salubre et potable et à l'assainissement, l'accès à une quantité suffisante d'aliments sains, la nutrition et le logement, l'hygiène du travail et du

milieu et l'accès à l'éducation et à l'information relatives à la santé, notamment la santé sexuelle et génésique. (CESCR, 2000)

La *Déclaration universelle des droits de l'homme*, à l'article 25.1, énonce enfin clairement que « [t]oute personne a droit à un niveau de vie suffisant pour assurer sa santé, son bien-être et ceux de sa famille, [...] et qu' elle a droit à la sécurité en cas [...] de maladie, d'invalidité [...] » (ONU, 1948). Tous les autres instruments de droits qui ont suivi l'ont repris sous une forme ou une autre. D'autres textes internationaux font ainsi référence au droit à la santé, dont entre autres, la *Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes* (1979), la *Convention relative aux droits de l'enfant* (1989), la *Charte sociale européenne* (1961), la *Charte africaine des droits de l'homme et des peuples* (1981) et la *Convention américaine relative aux droits de l'homme* (1969).

Plusieurs auteurs ont également reconnu l'interdépendance majeure entre droits humains et santé (Mann, 1997 ; Gable, 2007 ; Mason Meier, 2007). Gostin et Lazzarini rappellent par exemple que les politiques de santé publique affectent directement les droits humains, que les entorses aux différents droits humains ont des conséquences importantes sur la santé et que l'atteinte d'un meilleur état de santé ne peut se faire sans la promotion et l'application des droits humains dans leur ensemble (Gostin & Lazzarini, 1997, pp. 44-46). Pour Annas, « [...] the language of human rights highlights the basic needs, such as equality, education, nutrition and sanitation, Improvement in each of these areas can have a major role in improving health » (Annas, 2005, p. 66).

Comme nous l'avons souligné précédemment, les RSI ne réfèrent cependant pas directement au droit à la santé, mais bien au respect des droits humains *dans l'application* du RSI. Cette caractéristique a amené Fidler et Gostin à affirmer que « [t]he new IHR incorporate human rights principles, recognizing the effects of public health interventions on civil and political rights, such as security of person and freedom of movement. » (Fidler & Gostin, 2006, p. 87) Ce sont donc les effets de cette politique sur les droits civils et politiques qui sont ici considérés (Plotkin, 2007). Cette relation entre le RSI et les droits humains est selon nous pour le moins problématique. Tout d'abord, et comme le soulignait Youde, il n'est fait aucune mention dans le RSI des autres textes internationaux reconnaissant la santé comme droit humain (Youde, 2010, p. 170). Ensuite le RSI n'a pas

comme objectif la protection de la santé, ce qu'implique nécessairement le droit humain à la santé. Gostin souligne très justement que « [t]he stated purpose of the current IHR ('maximum protection, minimum restriction') refers to trade, not human rights » (Gostin, 2004, p. 2526). Enfin, le RSI s'inscrit textuellement dans une perspective extrêmement limitée des droits humains en suggérant que leur respect, dans l'application du RSI, requiert de :

[...] a) en traitant tous les voyageurs avec courtoisie et respect ; b) en tenant compte du sexe de la personne et des préoccupations religieuses ou socio-culturelles des voyageurs ; et c) en fournissant ou en prenant des dispositions pour que soient fournis aux voyageurs placés en quarantaine ou en isolement, ou soumis à des examens médicaux ou à d'autres mesures de santé publique, de la nourriture et de l'eau en quantité suffisante, un hébergement et des vêtements appropriés, une protection pour leurs bagages et autres effets personnels, un traitement médical approprié, les moyens de communication nécessaires si possible dans une langue qu'ils comprennent et toute autre assistance appropriée. (OMS, 2005a, p. 31-32)

Nous sommes ici très loin d'une conception de la santé comme droit humain, voire du respect tout court des droits humains les plus basiques. Dans cette perspective, le RSI ne s'inscrit pas selon nous dans le cadre de l'élaboration d'une approche de santé publique fondée sur ou par les droits humains. L'inclusion du respect des droits humains sans prise en compte du droit à la santé dans le RSI ne fait que souligner selon nous que la promotion de la santé globale n'est pas l'objectif premier du RSI de 2005

3.3.4 LE RSI SIGNIFIE-T-IL LA « MORT DE LA GOUVERNANCE WESTPHALIENNE » ?

La question qui se pose maintenant, au regard des différents éléments abordés précédemment, est de savoir si le RSI de 2005 constitue véritablement un événement « révolutionnaire » dans la gouvernance globale et s'il représente une structure supranationale ou postwestphalienne comme l'ont laissé entendre plusieurs auteurs. Un système postwestphalien ou de suprasouveraineté supposerait que l'État-nation ne soit plus l'ultime niveau de décision et d'autorité politique concernant un ou plusieurs enjeux et que les communautés politiques ne se limitent plus aux souverainetés nationales (Linklater, 1998). Une structure de suprasouveraineté suppose qu'un mécanisme de gouvernance situé

au-dessus des États, ou du moins les transcendant, puisse prendre et mettre en place des décisions contraignantes (Tsebelis & Garrett, 2001).

Le nouveau RSI a dans cette perspective été largement représenté comme une approche radicalement différente de la gouvernance globale permettant d'identifier un changement profond dans l'interaction entre souveraineté et organisation internationale. Yuk-Ping et Thomas ont par exemple interprété la mise en place du RSI comme une forme de « [...] post-Westphalian health order » qui se caractérise par une « [...] dissolution of the traditional domestic and international categories » (Yuk-ping & Thomas, 2010, p. 451), ajoutant que l'on assiste dans ce sens à un phénomène de « de-Westphalianization » des relations internationales (*ibid*). Weir et Mykhalovskiy ont qualifié pour leur part cette situation de « postwestphalianisme » (Weir & Mykhalovskiy, 2006, p. 242) et de « forme suprasouveraine de pouvoir » (Weir & Mykhalovskiy, 2010, p. 157). Pour Heymann, on assiste à la mise en évidence que les États ne sont plus l'ultime niveau d'autorité dans la gouvernance globale de la santé, ce qui a permis l'établissement de « [...] new norms and standards in international public health » (Heymann, 2006, p. 352), ce que Chu, Rodier et Heymann ont qualifié de véritable « changement paradigmatique » (Chu, Rodier & Heymann, 2010, p. 203)

Fidler, un des auteurs qui a le plus commenté la nature suprasouveraine et révolutionnaire du RSI (2005), affirme que « [t]he new IHR reflect a governance context in which the exercise of sovereignty by States in connection with public health is changed forever » (Fidler, 2005a, p. 379). Il a qualifié cette situation comme : « [...] one of the most radical and far-reaching changes in international law on public health » (*idem*, p. 327) ; « [...] a historic moment » (*idem*, p. 327) ; une « [...] political revolution » (Fidler, 2005b, p. 179) ; un changement « [...] historically unprecedented » (*ibid*) et « révolutionnaire » (Baker & Forsyth, 2007) ; un exemple de « [n]eo-Westphalianism » (Fidler, 2004a, p. 10) ; allant même jusqu'à affirmer que la « [w]estphalian governance is dead » et qu'un « nouvel ordre mondial » est en train de se mettre en place (Fidler, 2007b, p. 269). Fidler et Gostin ont aussi affirmé que le RSI avait radicalement modifié le « [...] legal context in which states will exercise their public health sovereignty in the future » (Fidler & Gostin, 2006, p. 86). Baker et Fidler ont finalement soutenu que dans le cadre du RSI (2005), la souveraineté

nationale était maintenant « subordonnée » aux intérêts de la communauté internationale (Lee & Fidler, 2007, p. 220).

Cette situation a même amené Mack à affirmer que « [t]he revision of the IHRs have effectively transformed the WHO from a coordinator of public health services into an international health governance or regulatory body with powers so vast and so sweeping that traditional notions of state sovereignty may no longer exist in the international law context » (Mack, 2006, p. 377). Pour ces auteurs, le RSI de 2005 a ainsi permis de profondément modifier la relation s'établissant entre États et organisations internationales dans le cadre de la gouvernance globale, en ce sens qu'elle a permis de soumettre des États à des décisions et mesures imposées par l'OMS.

D'autres auteurs n'ont toutefois pas présenté un optimisme aussi démesuré quant à la réelle nature postwestphalienne ou suprasouveraine du RSI. Pour Price-Smith, par exemple, les arguments présentés par Fidler sont « overstated » (Price-Smith, 2009). Helfer a également critiqué Fidler pour avoir été incohérent dans son analyse du RSI et ne pas avoir su établir de parallèles avec d'autres organisations ou mécanismes internationaux qui lui auraient permis de modérer ses conclusions (Helfer, 2004, pp. 292-294). Fidler lui-même, dans ses travaux les plus récents, semble tempérer ses affirmations, soulignant que « [t]he mere existence of radical changes in the IHR 2005 does not guarantee that the IHR 2005 will radically change global health » (Fidler, 2010, p. 213). Il a également affirmé que la crise économique de 2008 avait mis un frein à l'élaboration des mécanismes de gouvernance supranationale sous le RSI (2005) (Fidler, 2008-2009, p. 1).

Davies a quant à elle affirmé que l'évaluation du caractère supranational du RSI était « prématurée » (Davies, 2010, p. 154) et que :

[...] the securitization of infectious disease has been accomplished by both western states and the WHO. Therefore, the assumption that these states have relinquished their attempt to control the infectious disease agenda needs further investigation. [...] the WHO's authority in infectious disease control has been strengthened partly because it suited the interests of western states to allow this to happen. (*idem*, p. 308)

Feldbaum, Lee et Michaux ont suivi une argumentation similaire en affirmant que les mécanismes de gouvernance globale de la santé sont toujours ultimement guidés par les

intérêts des États-nations, et non par une structure supranationale de gouvernance en mesure de faire avancer d'autres intérêts ou priorités (Feldbaum, Lee & Michaud, 2010, p. 86). Cette situation a amené Price-Smith à affirmer que « [...] the shift in power from sovereign states to the international organization was largely ephemeral » (Price-Smith, 2009). Rodier rappelle enfin que cette gouvernance supranationale n'a en fait aucun pouvoir de contrainte et qu'elle est toujours totalement dépendante de la volonté des États (Rodier, 2007), ce qu'a aussi noté Kelle (2007, p. 230).

Ce débat, aussi intéressant soit-il, ne permet toutefois pas à notre avis de cerner le réel changement intervenu avec le nouveau RSI (2005). Ce qui est nouveau selon nous, ce ne sont non pas *les nouveaux pouvoirs accordés à l'OMS* par rapport à des États souverains, mais bien *la capacité de se passer des États* dans l'identification et la communication des alertes pandémiques à l'échelle globale. Selon nous, les États sont toujours aussi centraux dans la gouvernance globale de la santé mise en place par l'OMS, particulièrement en ce qui concerne la mise en place des politiques de santé publique. Ils en restent les acteurs dominants et ceux qui possèdent l'autorité ultime de décision et d'action. Par contre, et c'est là l'aspect le plus novateur avec le RSI, la surveillance globale des maladies infectieuses peut aujourd'hui se faire non pas au-delà des États ou en les contraignant, mais tout simplement sans ceux-ci. Les pays ont tout le loisir de choisir ce qu'ils feront des alertes pandémiques de l'OMS – ce pour quoi nous ne sommes pas selon nous dans un réel système de suprasouveraineté –, mais il n'en reste pas moins selon nous que l'OMS n'a plus besoin des États pour effectuer la surveillance globale des maladies infectieuses.

Cette distinction est fondamentale, car elle indique que les nouveaux pouvoirs de l'OMS ne se sont pas construits en opposition à ceux des États, c'est-à-dire dans une relation dichotomique entre ces deux entités entendues comme opposées, mais bien plutôt en créant de nouveaux lieux d'exercice de la gouvernance globale qui n'étaient pas occupés par les États : les mécanismes globaux de communication et de partage de l'information. La gouvernance globale ne s'oppose donc pas dans cette perspective aux souverainetés nationales, mais crée plutôt de nouveaux espaces d'expression des modes de décisions qui ne cadrent pas avec la dichotomie États/gouvernance globale.

3.4 CONCLUSION : LE RSI COMME GOUVERNANCE GLOBALE « INFORMATIONNELLE »

La révolution induite par le RSI doit donc selon nous se comprendre non pas par rapport à la souveraineté des États-nations, mais bien plus en fonction de l'élaboration d'une stratégie globale de communication qui a pour origine une organisation internationale. Il s'agit dans ce contexte d'une gouvernance globale que l'on pourrait qualifier de « communicationnelle », mais non de pas suprasouveraine ou postwestphalienne. Comme nous l'avons démontré dans ce chapitre, cela s'explique par les principales caractéristiques du nouveau RSI :

1. Utilisation des nouvelles technologies de l'information et des communications ;
2. Utilisation des sources d'information non officielles ;
3. Identification des risques sanitaires globaux fondée sur leur caractère exceptionnel ;
4. Gouvernance fondée sur l'anticipation des risques qui ne se sont pas encore produits ;
5. Mise en place de « cordons sanitaires informationnels » ;
6. Pouvoir d'annoncer les pandémies et de rendre publiques des informations épidémiologiques non officiellement confirmées ;
7. Caractère juridiquement contraignant limité n'en faisant pas réellement un traité international ;
8. Promotion limitée, voire absente, de la santé comme bien public global ou comme droit humain, c'est-à-dire absence de finalité commune ;
9. Pouvoirs ne s'opposant pas à ceux détenus par les États ;
10. Stratégie de communication globale.

Ces différents aspects du RSI de 2005 concourent à notre avis à structurer ce que nous appelons une « gouvernance globale communicationnelle ». Ces éléments restent toutefois à être confirmés par l'analyse empirique de la gouvernance globale de la santé à laquelle sont dédiés les trois prochains chapitres.

**SECTION B – ANALYSE EMPIRIQUE DE LA GOUVERNANCE GLOBALE DE LA SANTÉ : LE
RSI DE 2005 ENTRE NÉGOCIATION, PRATIQUE ET CONTESTATION**

CHAPITRE 4 – UNE SANTÉ GLOBALE À NÉGOCIER : LA NÉGOCIATION DU RSI DE 2005
ENTRE RELATIONS DE POUVOIR, MONDIALISATION ET « NOUVELLE » RÉALITÉ
ÉPIDÉMIOLOGIQUE

*Germes are epidemiological phenomena.
Passports are political phenomena.*

David P. Fidler (2004b, p.17)

4.1 INTRODUCTION : OBJECTIFS DE SANTÉ PUBLIQUE ET PROCESSUS DE NÉGOCIATION DU RSI

Le processus de négociation ayant mené au nouveau RSI de 2005 représente un événement majeur des relations internationales contemporaines, quoi que bien souvent négligé de la part des politologues et des études de la gouvernance globale post Guerre froide. Cet événement est important, puisqu'il a permis la mise en place d'un système radicalement différent en termes de compréhension de la relation entre États et organisations internationales¹ (Fidler, 2010, p. 220). Quels facteurs justifiaient la révision du précédent RSI ? Quels en étaient les enjeux importants ? Quels furent les principaux défis ? Quel(s) récit(s) officiel(s) en a-t-on tiré(s) ? Ce chapitre cherche à répondre à ces questions en mettant en évidence comment les tensions politiques qui ont réellement orienté le processus de négociation. Si beaucoup, dont l'OMS, s'entendent officiellement sur le fait que les objectifs de la gouvernance globale de la santé, dans laquelle s'inscrit le RSI, s'articulent autour de la promotion de la santé entendue comme bien public global s'intégrant dans une perspective d'intérêts communs (Boidin, 2005), plusieurs facteurs politiques, économiques ou sociaux ont en fait joué un rôle crucial dans l'orientation des négociations entourant la révision du RSI, en permettant d'établir ce qu'il convient d'appeler un récit de rechange. L'établissement de ce récit est ici rendu possible par une analyse généalogique du processus de négociation.

¹ Cet aspect est, sur la base des résultats empiriques présentés aux chapitres 4, 5 et 6, l'objet de notre conclusion.

Ce chapitre vise donc à démontrer que trois grands espaces de tension ont influencé la direction prise par le nouveau RSI, et donc par la gouvernance globale de la santé contemporaine. Pour ce faire, nous effectuerons une analyse généalogique qui permet de problématiser le sens commun du RSI en allant au-delà de sa rationalisation officielle, d'en établir une sorte de contre-histoire. L'argument principal de ce chapitre est que le processus de révision du RSI de 2005 n'avait pas comme objectif premier la promotion de la santé publique globale, mais était *plutôt* orienté vers la protection de certaines maladies bien spécifiques, la sécurisation du commerce international et de la mondialisation, ainsi que vers la prise en compte d'enjeux de souveraineté nationale en lien avec une compréhension *sui generis* et limitée de la sécurité internationale.

L'importance prise par ces éléments dans le processus de négociation nous permet de soutenir que les enjeux de santé publique globaux partagés par l'ensemble de la communauté internationale ne furent pas, comme le prétend l'OMS par rapport aux risques de propagation des maladies infectieuses dans un contexte de mondialisation, des éléments fondamentaux dans la restructuration des infrastructures de gouvernance globale de la santé lors de la révision du RSI, contredisant le récit officiel de l'OMS, ainsi que plusieurs éléments de sa constitution. En se basant sur différents documents de l'OMS concernant le processus de négociation du RSI de 2005 obtenus lors d'une étude terrain aux archives de l'OMS complétée en 2011, ce premier chapitre empirique – d'une série de trois – permet de jeter un regard inédit sur un processus de négociation qui dura 10 ans (1995-2005) et qui modifia radicalement, selon nous, la gouvernance globale de la santé.

4.2 REMARQUES MÉTHODOLOGIQUES : LA GÉNÉALOGIE ENTRE GENÈSE DES ORIGINES ET DISSIPATION HISTORIQUE

L'objectif poursuivi dans ce chapitre est d'établir une généalogie critique du RSI de 2005, ce qui nous permettra non pas de comprendre cet instrument de gouvernance selon le récit historique officiel, mais plutôt selon ses éléments fondateurs de rechange. La généalogie a ainsi comme objectif non pas de sécuriser une lecture téléologique de l'histoire, mais bien de rendre évidentes les discontinuités et les ruptures qui marquent l'évolution des structures sociales et de leur entendement. L'entreprise généalogique s'inscrit précisément dans cet

espace où les irrégularités deviennent objets de quête, où celles-ci permettent de révéler l'histoire au-delà d'un tracé harmonieux et rectiligne. Pour Foucault, la généalogie est ainsi par définition « méticuleuse et patiemment documentaire » (Foucault, 2001d, p. 1004). Elle permet de « [...] repérer la singularité des événements, hors de toute finalité monotone », hors d'une conception de l'histoire qui prendrait la forme d'une évolution progressive. En ce sens, la généalogie ne s'oppose pas à l'histoire *per se*, mais plutôt aux recherches de finalités, à ce que Foucault désigne comme la recherche des origines (*idem*, p. 1005). L'entreprise généalogique cherche donc mettre en évidence ces moments de rupture, ces discontinuités sous-jacentes à l'apparence de vérité.

La généalogie demande ainsi de concevoir la vérité comme une « [...] sorte d'erreur qui a pour elle de ne pouvoir être réfutée » (*idem*, p. 1007), de mettre en cause ce qui a aujourd'hui acquis le statut de vérité par la recherche des discontinuités qui la marquent, mais qui apparaissent invisibles aux premiers regards. L'objectif de l'entreprise généalogique est donc de révéler ce qui se cache derrière les choses, non pas en dévoilant une finalité, mais bien en divulguant « [...] le secret qu'elles sont sans essence, ou que leur essence fut construite pièce par pièce à partir de figures qui lui étaient étrangères » (*idem*, p. 1006). Cela nécessite de se poser en rupture face à la tradition de l'histoire qui « [...] tend à dissoudre l'événement singulier dans une continuité idéale » (*idem*, p. 1016). C'est donc les espaces de tension plutôt que la continuité qui sont recherchés avec cette méthode, et que l'on retrouve, selon nous, dans le processus de négociation du RSI de 2005.

Faire la généalogie revient donc à montrer que même ce que l'on considère comme étant le plus désintéressé et qu'on tient souvent pour acquis, comme les enjeux de santé publique par exemple, possède une histoire qui leur sont propre (*idem*, p. 1011), histoire faite de ruptures, de tension et d'opposition. Ce que permet l'approche généalogique en ce sens, et ce qui la distingue d'une analyse historique conventionnelle, c'est de mettre en évidence les relations de pouvoirs, leur multiplication, qui marque le processus multidirectionnel d'acquisition du sens. La généalogie permet de faire l'histoire, mais une histoire, comme le rappelle Foucault, qui s'impose comme « contre-mémoire » (*idem*, p. 1021). Pour effectuer ce travail généalogique, nous avons donc analysé l'ensemble des documents liés au

processus de négociation du RSI afin d'en extraire les points de tension. Ces documents, qui sont directement référencés comme tels dans la bibliographie, sont :

1. Les résolutions de l'OMS en lien avec la révision du RSI ;
2. Les rapports de progrès du RSI ;
3. Les transcriptions des réunions des différents comités impliqués dans la révision du RSI ;
4. Les *Weekly Epidemiological Report*;
5. Les documents relatifs au travail de l'Assemblée générale de la santé concernant le RSI ;
6. Les rapports et notes du Secrétariat, incluant les rapports du Directeur général ;
7. Les documents d'analyse et de recherche du Conseil Exécutif ;
8. Les comptes rendus des prises de position des pays par rapport à la négociation du RSI ;
9. Les versions provisoires du RSI.

Nous avons cherché dans ces documents les moments de rupture et points de tension avec l'histoire officielle du RSI, c'est-à-dire les éléments politiques qui suggèrent que l'objectif premier de ce mécanisme de gouvernance globale de la santé n'est pas la promotion de la santé publique entendue comme bien commun. Pour ce faire, nous avons établi une procédure d'identification des contre-récits fondée sur trois questions :

1. Les éléments permettent-ils d'identifier des récits de rechange du RSI ?
2. Les éléments mettent-ils en évidence des relations de pouvoir qui structurent l'acquisition du sens ?
3. Les éléments structurent-ils des identités ou formes représentationnelles spécifiques s'opposant à l'histoire officielle ?

Les points de tensions politiques identifiés à l'aide de cette procédure nous permettent d'établir un récit de rechange du RSI illustrant les éléments fondateurs de la gouvernance

globale de la santé qui ne sont pas reconnus comme tels, mais qui en structurent, comme nous le verrons au prochain chapitre, la pratique.

4.3 POLITIQUE ET ÉPIDÉMIOLOGIE : LE « NOUVEAU » CONTEXTE ÉPIDÉMIOLOGIQUE ET LA RÉORGANISATION DE LA GOUVERNANCE GLOBALE DE LA SANTÉ

Pourquoi réviser le RSI ? Qu'en posa-t-il le besoin au début des années 1990 ? Une des premières mentions de la nécessité de réviser le RSI se trouve dans la résolution WHA48.7 de l'OMS adoptée en 1995. Celle-ci exhorte les pays membres à participer à la révision du RSI en apportant leur « national expertise, experience and suggestions » (OMS, 1995a). Cette résolution invite aussi les agences de l'ONU, les Organisations Non Gouvernementales (ONG) et les autres groupes concernés à prendre part au processus de révision du précédent RSI ainsi qu'à la préparation d'un document provisoire qui devra être étudié par les pays membres. L'objectif était alors, officiellement, d'établir un large processus de réflexion quant au futur du RSI et de la gouvernance globale de la santé rendue nécessaire par un nouveau contexte sanitaire international.

4.3.1 LA MONDIALISATION DES RISQUES SANITAIRES ET LA MENACE DES MALADIES ÉMERGENTES ET RÉ-ÉMERGENTES

En regard du nouveau contexte sanitaire international, un des principaux motifs de révision invoqué concernait la concentration du précédent RSI sur trois maladies – choléra, peste et fièvre jaune –, celle-ci ne concordant plus avec le contexte épidémiologique de la fin du 20^e siècle (OMS, 1999a, p. 1). Un second motif majeur était la méfiance des pays à signaler la présence de maladies sur leur territoire, de peur des conséquences² économiques, politiques et diplomatiques que cela pouvait engendrer (*ibid*). L'OMS souligna ainsi, au début du processus de révision, que les principaux problèmes avec le précédent RSI étaient ses

² Durant le processus de négociation, le représentant du Maroc à l'OMS a affirmé que « [t]he Regulations should also specify concrete measures to protect the interests of countries that reported epidemics. The reporting of information about actual or potential epidemics was vital for the health of the international community, but it should be recalled that such information was often used against the reporting countries, resulting in enormous economic damage, particularly with regard to trade and tourism » (OMS, 2001b, p. 137)

« [...] limited impacts, their relative lack of cost-effectiveness, and the fact that some countries fail to report from fear of incurring losses » (OMS, 1996a, p. 2). Dans ce contexte, le précédent RSI, qui n'était dans les faits que très peu appliqué depuis plusieurs années, empêchait l'OMS d'établir son leadership dans le cadre de la gouvernance globale de la santé³. L'OMS cherchait en fait dès le départ, avec le processus de révision, à se repositionner comme acteur majeur de la gouvernance globale de la santé, et non pas nécessairement à défendre des objectifs de santé publique communs ou collectifs.

Comme il sera démontré dans ce chapitre, de nombreux points de tension et facteurs politiques vont venir affecter la forme du nouveau RSI, notamment en accordant une importance considérable aux intérêts de certains groupes de pays par rapport à ceux de l'ensemble de la communauté internationale, ce qui permettait toutefois à l'OMS de sécuriser son leadership. Une des premières observations de notre analyse généalogique concerne ainsi l'importance qu'a prise la perception d'un nouveau contexte épidémiologique menaçant à partir des années 1980.

Comme l'a soutenue l'OMS lors d'une consultation informelle en 1995, « [...] the world has come to recognize the growing importance of emerging and re-emerging disease threats [and that] these significant risks to public health are incompletely addressed by the current Regulations » (OMS, 1996a, p. 1). Le rapport de cette rencontre souligne l'incompatibilité entre la perception de ce nouveau contexte épidémiologique et les mécanismes de protection du RSI de 1969 qui ne permettent pas de prendre en compte ces nouvelles infections. Les documents de l'OMS soulignent ainsi que le contexte épidémiologique de la fin du 20^e siècle est caractérisé par ce qu'elle nomme les « nouvelles maladies émergentes et ré-émergentes »⁴ (OMS, 1995 ; 1996a, p. 1). Ces maladies, qui incluent l'influenza, les infections méningocologiques, la fièvre hémorragique, la fièvre jaune, Ébola ou le VIH/SIDA, rappellent que les enjeux liés à certaines maladies que l'on croyait contrôlées,

³ Ce qui s'est d'ailleurs accompagné d'une montée en puissance de nouveaux acteurs (ONG, multinationales, groupes de pression, milieu académique, etc.) dans ce domaine à partir des années 1980 (Szlezák & coll., 2010).

⁴ Les maladies émergentes se définissent comme des « [...] infections that have newly appeared in a population or have existed but are rapidly increasing in incidence or geographic range » (Morse, 1995 p.1). La réémergence réfère quant à elle à la réapparition d'une maladie « [...] after a significant decline in incidence » (OMS, 1995c, p.1)

voire éradiquées, posent toujours de nombreux problèmes de santé. Cette prise de conscience remettait en cause la victoire contre les maladies infectieuses qui avait été proclamée par de nombreux pays occidentaux à la fin des années 1960, et qui en avait amené certains à suggérer que l'élimination des maladies infectieuses était pratiquement complétée⁵. C'est donc l'absence d'un mécanisme global pour coordonner la gestion de ces maladies (OMS, 2001a, p. 1 ; 1995b), et la perception de ce nouveau contexte épidémiologique menaçant, qui ont, selon la version officielle, rendu nécessaire la révision du RSI.

Le défi pour l'OMS devenait alors d'identifier clairement les enjeux de santé dont il était question, mais surtout, de préciser d'où ils provenaient et ce qu'ils menaçaient, c'est-à-dire d'établir les « objets » et « sujets » de la gouvernance globale de la santé⁶. Le Professeur P. Haggett, membre du département de géographie de l'Université de Bristol et participant à une réunion du processus de révision tenue en 1995, apporta une réponse instructive quant à la logique qui guida la révision du RSI. Il souligne que, « [...] by 2020, half the world's population will be located in the *tropics*, where a high degree of *biological diversity* prevails, and the mathematical chances that some new disease occur will increase » (OMS, 1996a, p. 5) – nous soulignons). En faisant abstraction d'une utilisation plus que problématique des concepts de « tropique » et de « diversité biologique »⁷, les propos du Professeur Haggett éclairent néanmoins un des principaux aspects fondateurs de la rationalité derrière le nouveau RSI de l'OMS : celui-ci doit se concentrer sur la protection des maladies infectieuses associées aux pays pauvres, lesquels sont représentés comme des « réservoirs de maladies » (Aginam, 2004, p. 298), notamment à l'égard de ce que cela représente comme menace pour les pays perçus comme « non familiers » avec ces maladies. Ce n'est donc pas uniquement la présence de ces nouvelles maladies qui importe,

⁵ Voir à ce sujet le chapitre 2, *supra*.

⁶ Nous reviendrons sur ce point au chapitre 5 dans lequel une analyse quantitative de la pratique de la surveillance de la santé nous permettra d'identifier précisément ces « objets » et « sujets ».

⁷ Pour une perspective critique sur l'utilisation du concept de « tropique » et ses liens avec une « diversité biologique » florissante favorisant supposément la propagation des maladies infectieuses, voir, par exemple, Arnold (1996, 2000). Celui-ci suggère ainsi que « [...] the symbolism of the tropics was deeply ambivalent, for a landscape of seeming natural abundance and great fertility was also paradoxically a landscape of poverty and disease » (Arnold, 2000, p. 7).

mais aussi leur propagation potentielle à des zones perçues comme historiquement non infectées (OMS, 2000a, p. 7 ; Rodier, 2007).

Cette peur d'un nouveau contexte épidémiologique associé à un risque de propagation favorisé par la mondialisation, que l'on retrouve dans de nombreux documents de l'OMS (OMS, 1996 ; 1995 ; 1995a), permet de mettre au jour un point de tension entre les pays développés et les pays en développement, mais pas uniquement, qui ne présentent pas du tout la même compréhension des risques sanitaires globaux. Une ébauche de résolution proposée par la Gambie, le Mozambique, le Myanmar et la Namibie en 1995 suggérait ainsi que le RSI se concentre sur les maladies négligées⁸ et en particulier sur la malaria, car « [...] the struggle against malaria will cost millions more lives and put the organization [the WHO] in an untenable situation as the leader of international health work in diseases control » (OMS, 1995c, p. 78). Le Ghana a également averti que « [...] the glamour and publicity associated with measures against new diseases might divert resources and attention from the old problems which continued to be a burden in many developing countries », ajoutant que les efforts devaient être mis aussi sur les infrastructures et expertises locales (OMS, 1996b, p. 79). La Namibie abonda dans le même sens en spécifiant que « [...] any funds that were obtained should be used for activities and not to build up a heavy structure at headquarters » (*idem*, p. 83).

Lors du 97^e Conseil Exécutif de l'OMS, plusieurs pays ont reconnu que « [the] international attention tended to be caught by dramatic outbreak of acute diseases », tandis que les autres maladies « [...] went relatively unnoticed despite the fact that the total

⁸ L'OMS définit les maladies tropicales négligées comme les infections qui « [...] perdurent dans les conditions de pauvreté et se concentrent presque exclusivement dans les populations appauvries des pays en développement » (OMS, 2006, p. 3). On en retrouve les causes dans « [l']insalubrité de l'eau, le manque d'accès aux services de santé, les mauvaises conditions de logement et d'assainissement et la malnutrition » (OMS, 2006, p. iv). L'OMS estime que plus d'un milliard d'individus en souffre à l'échelle planétaire et que peu ou pas de mesures sont prises pour les combattre (*ibid*). Comme l'a souligné la Dre Margaret Chan, Directrice générale actuelle de l'OMS, les maladies tropicales négligées, bien que représentant une grande variété de problèmes médicaux « [...] form a group because all are strongly associated with poverty, all flourish in impoverished environments and all thrive best in tropical areas, where they tend to coexist. Most are ancient diseases that have plagued humanity for centuries » (OMS, 2010a, p. iii). Comme ils représentent généralement des problèmes de santé faciles à prévenir, voir totalement évitables, notamment par le biais de politiques publiques élémentaires centrées sur l'hygiène et l'assainissement de l'eau, ces maladies représentent ce que nous pouvons appeler des « infections politiquement évitables ». Pour la liste complète des maladies tropicales négligées, voir OMS (2010a, p. 2).

number of person suffering from the diseases worldwide ought to ensure it as a high profile » (OMS, 1997a). De nombreux pays ont également souligné la nécessité d'inclure dans le nouveau RSI certaines maladies non contagieuses qui posent un risque important, selon eux, pour la santé globale. Comme l'a reconnu le Conseil Exécutif de l'OMS en 1997, ces crises sanitaires, principalement « l'épidémie d'obésité »⁹ et la consommation de produits du tabac¹⁰, ont autant sinon plus d'impacts sur la santé que les maladies infectieuses (OMS, 1997b, p. 139). Ces types d'enjeux de santé n'ont cependant pas été inclus dans le RSI de 2005, soulignant par le fait même que la dangerosité et l'impact sur la santé n'ont pas nécessairement fait partie, du moins de manière significative, du développement des critères principaux, lors de la négociation du RSI, pour déterminer les enjeux de santé devant être intégrés dans la nouvelle structure de gouvernance globale de la santé.

Les pays opposés, comme la Malaisie par exemple, mirent plutôt l'accent sur le fait que le rôle de l'OMS devait être de « [...] coordinate effectively the exchange of surveillance information using modern information technology » (OMS, 1996b, p. 79). Le Canada affirma quant à lui que la surveillance des maladies émergentes et ré-émergentes « [...] should be given the highest priority by WHO » (*idem*, p. 80). Finalement, dans ce contexte de tension et de débat, la *Division of Emerging, Viral and Bacterial Diseases Surveillance and Control* a été créée au siège social de l'OMS à Genève pour prendre en charge la

⁹ L'OMS, ainsi que d'autres pays comme les États-Unis (Journal of the National Medical Association, 1999), considèrent l'enjeu de l'obésité au niveau global comme une épidémie (Chopra, Galbraith & Darnton-Hill, 2002 ; Rigby, Kumanyika & James, 2006). Pour l'OMS, « [l']obésité est une maladie chronique, qui existe dans les pays développés comme dans les pays en développement et qui touche les enfants comme les adultes. [...] Elle est désormais si répandue qu'elle se substitue aux problèmes de santé publique traditionnels que sont la dénutrition et les maladies infectieuses, et constitue l'un des facteurs les plus importants de mauvaise santé » (OMS, 2003d, p. 2). L'OMS ajoute que « [l']épidémie mondiale d'obésité n'est que le reflet des problèmes sociaux, économiques et culturels majeurs auxquels sont actuellement confrontés les pays en développement et les pays nouvellement industrialisés, ainsi que les minorités ethniques et les populations défavorisées des pays développés » (*idem*, p. 5). Selon l'OMS, plus de 2.8 millions de personnes meurent chaque année des suites de l'obésité.

¹⁰ L'OMS a adopté en 2003 la Convention-cadre pour la lutte antitabac. Cette convention, entrée en vigueur en 2005, constitue le premier traité international ayant été négocié par l'OMS. Cette convention est vouée à l'éradication de la « mondialisation de l'épidémie du tabagisme » (OMS, 2005b, p. v) et a comme objectif de lutter contre « [...] les conséquences sanitaires, sociales, économiques et environnementales dévastatrices au plan mondial de la consommation de tabac et de l'exposition à la fumée du tabac » (*idem*, p. 1). L'OMS estime que le tabagisme tue plus de 6 millions de personnes chaque année et que ce nombre est en augmentation constante.

surveillance des maladies infectieuses et des maladies émergentes et ré-émergentes en particulier. La création de cette division de l'OMS influencera énormément le processus de révision du RSI, puisqu'elle va fixer les paramètres de négociation autour de la surveillance des maladies infectieuses. Elle représente ainsi la première étape significative, mais non officielle, de réorganisation de l'OMS et de la gouvernance globale de la santé autour des activités de surveillance associées à la perception d'un contexte épidémiologique menaçant pour certains pays.

Un événement sanitaire international majeur est venu rappeler cet élément fondateur du processus de révision : la pandémie de SRAS de 2003. Même si, tel qu'affirmé par le Dr Guénaël Rodier, Directeur du RSI à l'OMS, les motivations pour réviser le RSI se trouvent officiellement au niveau des pandémies de peste en Inde en 1994 et d'Ébola au Zaïre en 1995 (Rodier & coll., 2007, p. 144 ; Rodier, 2007), la pandémie de SRAS de 2003 y ayant aussi joué un rôle fondateur (Youde, 2010, p. 161). Le SRAS a en effet représenté la matérialisation de ce que pouvait avoir de plus dramatique, pour les pays occidentaux en particulier, le nouveau contexte épidémiologique contemporain perçu comme les menaçant. L'OMS fut alors pressée de prendre action contre ce type de maladies nouvelles que l'on a caractérisées en peu de temps comme pouvant affecter grandement la santé¹¹.

La pandémie de SRAS est ainsi venue confirmer l'impact social majeur que peuvent avoir les maladies infectieuses et leurs peurs, au-delà de leur dangerosité et de leurs impacts réels sur la santé. Dans un contexte d'interdépendance accrue, la propagation de nouvelles infections hautement médiatisées a affecté le comportement des pays et la manière dont ils ont interagi (OMS, 2003a, p. 6). Dans cette perspective, la pandémie de SRAS est venue renforcer la perception d'une insuffisance du précédent RSI et a montré, selon les termes de l'OMS, « [...] how, in a closely interconnected and interdependent world, a new and poorly understood infectious disease can adversely affect economic growth, trade, tourism, business and industrial performance, and social stability as well as public health » (OMS, 2003f, p. 2). Mais comme le souligne l'OMS, la pandémie de SRAS rappela avant tout que c'est la protection de l'interconnexion accrue au niveau mondial, et notamment du

¹¹ Même si, avec 8422 cas et 916 morts au total (OMS, 2003e), cette pandémie représente somme toute un événement mineur dans l'histoire épidémiologique des derniers siècles.

commerce international, qui a été perçue comme réellement menacée par ce nouveau contexte épidémiologique.

4.3.2 GOUVERNANCE DE LA SANTÉ ET COMMERCE INTERNATIONAL : PROTÉGER LA SANTÉ, OU SÉCURISER LA MONDIALISATION ?

Ce qu'a également démontré la pandémie de SRAS, c'est bien que le type de maladie ou d'infection ne représente pas le réel problème de la gouvernance globale contemporaine de la santé ; ce serait *plutôt* sa circulation potentielle au travers des principaux canaux et flux de la mondialisation. L'OMS le reconnaît elle-même, le SRAS « [...] indicated that the new disease was spreading along the routes of international air travel », ce qui n'a été rendu possible que par un « [...] unprecedented volume and speed of air travel » qui caractérise la mondialisation (OMS, 2003f, p. 2). On constate ainsi une forme de « mondialisation des risques sanitaires », phénomène qui va influencer profondément la tournure des négociations du RSI, notamment quant au rôle ambigu qu'y occupent la mondialisation et le commerce international comme arguments justifiant la mise en place du processus de révision. C'est dans ce contexte que s'inscrit le leitmotiv des négociations dont l'OMS s'est faite l'ardente porte-parole : « [...] minimum interference with world traffic and trade should remain the basic principle of the revised International Health Regulations » (OMS, 1996c, p. 2).

Lorsque l'on jette un regard historique sur la gouvernance « internationale », puis « globale » de la santé, on constate que cet aspect de protection du commerce et des échanges internationaux a toujours été au cœur des RSI. Comme nous l'avons souligné au chapitre 1, il s'agissait d'une des principales motivations avancées pour justifier les premières conventions sanitaires internationales au 19^e siècle. Cet élément est connu sous le nom de « original fundamental principle » du RSI (OMS, 1997, p. 2). Cette dimension a toutefois pris une ampleur considérable lors du processus de révision de 1995-2005. Un rapport de progrès de 1997 rappelle, par exemple, que la nouvelle structure de gouvernance doit inclure des « [...] provisions designed to limit or prevent the introduction of inappropriate or unnecessary control measures that could affect international trade and transportation » (OMS, 1997b, p. 1), situation exacerbée par une conception de la

mondialisation axée presque exclusivement sur l'importance qu'y ont l'économie globale et les échanges internationaux. Un rapport de l'OMS publié en 2000 énonce ainsi clairement ce changement :

[i]n the past, the most concrete measures to stop *importation* of infectious diseases were thought to be quarantine and trade embargoes. The ultimate way to stop international spread of disease would be to *stop all international trade*, travel and tourism. Such drastic measures, though no longer viable in today's globalizing world, nonetheless *underline the close connection between disease control, trade and travel*. (OMS, 2000a, p. 1 – nous soulignons)

Dans ce récit, la mondialisation est tout d'abord perçue comme ayant des conséquences sanitaires importantes risquant d'affecter les mouvements de biens et de personnes. La résolution WHA48.7 souligne à ce titre que la menace « [...] posed by the considerable increases in international travel, especially commercial air transport, which may serve to disseminate infectious diseases rapidly » (OMS, 1995a). La résolution WHA48.13 identifie pour sa part les sources et origines de cette menace qui sont, selon l'OMS, la surpopulation, le manque d'habitation adéquate, le manque d'hygiène, l'augmentation des mouvements de biens et de personnes, les changements dans les technologies de production alimentaire et l'évolution des maladies qui s'adaptent à de nouveaux environnements (OMS, 1995b). Ces phénomènes, que l'on comprend comme étant largement associés aux pays les plus pauvres, « [...] expose large segments of the global population to diseases not previously experienced » (*ibid*), comme le rappelle l'OMS. Si c'est effectivement un nouveau contexte épidémiologique qui rend nécessaire la révision du RSI, c'est avant tout en raison de la potentielle circulation d'infections auparavant confinées à certaines zones géographiques spécifiques associées aux pays les plus pauvres (OMS, 1997, p. 9 ; 1996c, p. 2).

Ce qui est notable dans ce récit, c'est que non seulement la description que fait l'OMS de la mondialisation inclut les éléments que l'on pourrait qualifier de « traditionnels » de ce concept comme la contraction de l'espace et du temps ou l'augmentation des mouvements de biens et de personnes, mais elle inclut aussi ses impacts négatifs potentiels sur la santé. L'OMS fait ainsi la démonstration indirecte que ce qui caractérise la mondialisation contemporaine, ce n'est pas seulement l'augmentation des mouvements de biens et de personnes, mais également l'augmentation des inégalités en termes de susceptibilité aux

enjeux globaux de santé publique¹². Plusieurs pays ont rappelé ces inégalités durant le processus de négociation, demandant ainsi que l’OMS prenne en considération de manière primordiale les pays en développement¹³.

Pour l’OMS, la mondialisation représente donc à la fois la *cause* de l’augmentation des risques sanitaires globaux, mais également *ce qui doit être protégé*, créant ainsi ce que nous appelons le « paradoxe de la mondialisation » dans la gouvernance globale de la santé. Ce paradoxe se cristallise autour de la protection de certains espaces géographiques de sécurité sanitaire par rapport à d’autres zones « infectées », principe d’inégalité fondamental au fonctionnement de la mondialisation en général (Hurrell & Woods, 1999) auquel la gouvernance globale de la santé ne fait pas exception.

La résolution WHA48.13 rappelle que l’objectif du RSI doit être de : « [...] preventing infection from spreading from countries where it exists by containing it upon arrival » (OMS, 1995 ; 1996a). Le représentant de l’Allemagne à l’OMS a, quant à lui, souligné, durant la 51^e Assemblée Mondiale de la Santé, que « [...] an early-warning system for certain communicable diseases was of the utmost importance for preventing the spread of *imported* diseases » (OMS, 1998a, p. 64 – nous soulignons), indiquant ainsi clairement l’attention accordée à « l’importation » des maladies et à leur circulation potentielle, et plutôt qu’à leur pertinence en termes de santé publique globale. Cette caractéristique influencera, entre autres, la décision de l’OMS de ne pas se concentrer sur les infrastructures locales de santé publique¹⁴, puisque c’est la *circulation*, et non le traitement ou la prévention des infections, qui devient dès lors le point focal de la gouvernance de la santé.

Dans cette perspective, l’OMS suggère que les meilleurs outils de la gouvernance globale de la santé sont la sécurisation des flux et réseaux de la mondialisation, plutôt que la mise

¹² Fait particulier, ces inégalités ne deviendront en aucun cas un élément important du nouveau RSI. Au contraire, ce sera la protection du commerce international et de la mondialisation qui le sera, comme nous le mettons en évidence dans les trois chapitres empiriques de cette thèse (chapitres 4, 5 et 6).

¹³ La résolution WHA56.26 demandait ainsi que l’OMS « facilitate the participation of the least developed countries » (OMS, 2003g, p. 58). Il est toutefois important de noter que cette résolution intervient en 2003, deux années seulement avant la clôture des négociations qui en auront duré dix.

¹⁴ Voir, à ce sujet, le chapitre 6, *infra*.

en place de politiques publiques de santé préventive¹⁵ qui, elles, risqueraient d'interférer avec la mondialisation ou l'économie de marché. Cette posture illustre à quel point les négociations lors de la révision du RSI ne portaient pas directement sur la santé, entendue comme bien public, mais plutôt sur certains facteurs de risques pour certaines populations et certains pays. La santé représente donc en ce sens plutôt un *outil de promotion et de protection de la mondialisation* qu'un objectif à part entière pour le RSI de 2005. En cherchant à contrebalancer les effets négatifs de la mondialisation pour certains, en devenant une sorte de pare-feu des risques associés à la mondialisation, l'OMS prend ainsi le parti d'une certaine vision économique néolibérale du système international¹⁶. Dans ce contexte, il apparaît clairement que l'objectif du RSI n'est pas de devenir un outil juridique pour favoriser l'équité en termes de santé publique à l'échelle internationale, mais plutôt d'être une structure qui, au mieux, prend acte du *statu quo* concernant ces inégalités, et au pire, en favorise la reproduction, en contradiction complète avec l'article premier de la constitution de l'OMS qui est de favoriser « [...] the attainment by all peoples of the highest possible level of health » (OMS, 1948).

Cette importance prise par la protection du commerce international et de la mondialisation s'est concrétisée par la place accordée, dans le processus de négociation, aux pays dits « émergents » de l'économie globale et à l'OMC. En effet, la deuxième partie du 20^e siècle correspond à l'arrivée de la Chine, et de l'Asie en général, comme joueurs majeurs du système économique international et comme destination touristique importante. Or la Chine a joué un rôle paradoxal dans les négociations du RSI, en étant en même temps un acteur fondamental de la mondialisation et une source perçue des risques sanitaires globaux. La Chine a, à ce titre, ouvertement appuyé le processus accordant une place centrale au commerce international dans les négociations. Le représentant de la Chine à l'OMS considérait, par exemple, lors des négociations, que le RSI devait tenter de limiter au maximum les « [...] impacts on international transport, society, the economy and trade,

¹⁵ Le représentant du Swaziland avait, durant les négociations du RSI, affirmé à ce sujet que « WHO should not wait to be invited to a country when an epidemic broke out » (OMS, 2001b, p. 137), mais devait plutôt intervenir de manière préventive, demande qui restera de manière générale lettre morte.

¹⁶ Nous reviendrons en détail sur cet élément au chapitre 6, *infra*.

while taking into account negative effects that might lead to panic and discrimination among the public » (OMS, 2003h, p. 161).

La Chine ne pouvait offrir de raisonnement plus juste, particulièrement en ce qui concerne le deuxième élément qu'elle soulève, car c'est elle, avec l'Asie, qui souffrira le plus de la stigmatisation suivant les premières pandémies du 21^e siècle – SRAS, H1N1, H5N1, influenza, etc. Le rôle accru joué par la Chine dans l'économie mondiale a ainsi été accompagné par la peur d'une propagation des maladies associées à l'Asie, créant une forme « d'asiatisation » des risques sanitaires, phénomène que l'on a constaté avec l'épidémie de SRAS. La ville de Toronto a, par exemple, subi une stigmatisation significative en raison précisément de son importante population chinoise et asiatique (Strange, 2006).

Le rôle central joué par la mondialisation et le commerce international dans le processus de révision a également été mis en évidence par l'importance occupée par l'OMC lors de ces négociations. Cette institution internationale vouée à la libéralisation du commerce international et à la diminution des barrières aux échanges internationaux était présente à plusieurs rencontres du processus de négociation (OMS, 1999b, p. 26). Dans un rapport faisant suite à une de ces rencontres, l'OMS souligne qu'un des principaux défis auxquels elle fait face est de « [...] resolving potential differences with WTO » (*ibid*). Ce rapport reconnaît explicitement l'interdépendance qui existe entre l'OMS et l'OMC en ce qui a trait à la surveillance des maladies infectieuses, notamment au regard de l'accord SPS¹⁷ de l'OMC (*ibid*). Il précise également que, comme l'objectif du RSI est, entre autres, de limiter les impacts sur le commerce, « [t]he objective of the Regulations is therefore *fully consistent with WTO's purpose in reducing barriers to international trade.* » (OMS, 1999c, p. 253 – nous soulignons), ce que viendront également réitérer deux autres rapports de l'OMS (OMS, 2000d, p. 23 ; 1999a, p. 3). Le libre-échange est donc ici explicitement lié à la surveillance globale de la santé et au processus de révision du RSI, mettant en lumière au passage le rôle que joue l'OMS comme outil de promotion du néolibéralisme. On constate ainsi le lien intrinsèque qui, dans la gouvernance globale de la santé, unit les politiques

¹⁷ Voir, par exemple, le *Weekly Epidemiological Report* No. 25, 1999, p. 193-201.

publiques de santé et l'économie de marché, ce que Kay et Williams ont qualifié de « the neoliberalisation of health » (Kay & Williams, 2009, p. 4).

Nous ne soutenons pas ici que la coopération entre diverses organisations internationales est une mauvaise chose en soi, au contraire, mais plutôt que l'OMS, une institution dont le mandat, selon sa constitution, est de faire la promotion d'objectifs de santé publique collectifs à l'échelle globale, a été, en fait, utilisée pour faire la promotion d'un système économique global spécifique, ce qui a eu des impacts importants sur la forme qu'a prise la gouvernance de son domaine de compétence¹⁸. La mondialisation, le libre-échange et l'économie de marché ont ainsi occupé une place prépondérante dans l'identification des objets et sujets de la gouvernance globale de la santé.

4.4 OBJETS DE GOUVERNANCE ET ENJEUX POLITIQUES : LA NÉGOCIATION DES OBJETS, SUJETS ET PRINCIPES DE FONCTIONNEMENT DE LA SURVEILLANCE GLOBALE DES MALADIES INFECTIEUSES.

Les débats lors de la négociation du RSI de 2005 ont porté également sur ce que devaient être les objets et sujets potentiels de la gouvernance globale de la santé. Ont été ici particulièrement importants la nature des mécanismes de surveillance ainsi que le type d'information utilisé pour effectuer cette surveillance, puisque ces éléments ont des conséquences importantes sur ce qui fait, et ne fait pas, l'objet de la gouvernance de la part de l'OMS.

4.4.1 NOUVEAUX MÉCANISMES DE SURVEILLANCE GLOBALE DE LA SANTÉ ET ENJEUX DE SOUVERAINETÉ

¹⁸ Il peut être intéressant de faire un parallèle avec la *Federal Aviation Administration* états-unienne qui a le double mandat d'assurer la sécurité aérienne *et* de faire la promotion du développement économique du secteur aérien (dans le cadre d'un capitalisme mondialisé). Ce double rôle fait en sorte que certaines organisations servent à la fois à assurer des objectifs particuliers liés à leur mandat *et* à reproduire le système économique dominant.

Un second point de tension nous permettant d'élaborer un récit de rechange du RSI de 2005 est la nature des mécanismes de gouvernance mis en place par l'OMS. Au début du processus de négociation, les discussions portaient à la fois sur les structures de surveillance globale – par l'OMS – et nationale – par les pays membres (World Health Organization, 2003c, p. 2). Comme le mentionne un rapport du Conseil Exécutif de l'OMS de 1995, l'objectif du nouveau RSI était à la base de « [...] strengthen *national and International capacity* in the surveillance, prevention and control of communicable diseases » (OMS, 1995c, p. 1 – nous soulignons). La révision du RSI visait à la fois le développement des infrastructures globales, mais également nationales et locales de santé publique (*idem*, p. 2). Ces deux niveaux d'action étaient en fait conçus comme les deux faces d'une même médaille favorisant des objectifs communs et collectifs de santé publique.

Après plusieurs consultations tenues en 1995 et 1996, et basé sur les expériences de certains pays¹⁹, l'OMS a toutefois modifié la trajectoire du processus de révision du RSI quant à l'échelle et au type de surveillance qu'elle cherchait à mettre en place. Ces modifications vont profondément influencer la nature du nouveau RSI. Un rapport de l'OMS présenté à la 49^e Assemblée mondiale de la santé stipule, par exemple, qu'après discussion, « [...] the plan has been modified, notably giving greater emphasis to normative functions in the surveillance and control of communicable diseases » (OMS, 1996c, p. 1). Ce changement induisit une réorientation des négociations en mettant l'accent sur la surveillance globale, et en laissant aux pays membres le soin d'investir eux-mêmes, s'ils le désirent – et s'ils le peuvent surtout –, dans le développement des structures locales de santé²⁰. La surveillance globale devint donc l'élément central du processus de révision, et ce, malgré le fait que l'OMS a tout de même reconnu en 2001 que « [...] the strengthening of epidemiological and laboratory surveillance and of disease control activities at national level (i.e. where the diseases occur) is the main defence against the international spread of communicable diseases » (OMS, 2001c).

¹⁹ Benin, Cap Vert et Uganda.

²⁰ Nous reviendrons au chapitre 6 sur cet élément qui représente une des principales critiques adressées à l'OMS.

Les négociations se sont par la suite concentrées sur le type de surveillance à mettre en place. À l'origine, l'OMS avait porté son choix sur la surveillance syndromique²¹. Ce type de surveillance permet aux structures sanitaires de signaler les symptômes identifiés comme importants au regard de critères particuliers. Durant des consultations informelles de 1996, un groupe de travail avait été formé pour identifier les critères d'inclusion ou d'exclusion des syndromes selon cette approche. Ces critères étaient : « [...] the international public health importanc ; economic bearing on tourism trade, public health; disease burden, such as case/fatality rate, morbidity status, loss of productivity; mode of transmission ; policy concerns ; potential for preventive action » (OMS, 1996a, p. 7). On constate que ces critères incluent entre autres les conséquences et impacts des maladies sur la santé, même si d'autres facteurs y sont également présents. Plusieurs éléments au caractère fortement politique viendront modifier cette compréhension des priorités de la surveillance des maladies infectieuses en réorientant l'action, non pas sur les impacts sur la santé des maladies en question, mais sur les aspects économiques et systémiques des enjeux de santé.

La première modification majeure fut précisément l'abandon de la surveillance syndromique. Après que ce type de surveillance ait été testé dans 21 pays durant la première année du processus de révision du RSI (OMS, 1997 ; 1997b, p. 14 ; 1998b, p. 234), l'OMS en est venue à la conclusion que « [...] syndromic reporting, although valuable within a national system, was not appropriate for use in the context of a regulatory framework, mainly because of difficulties in reporting syndromes in the field test, and because syndromes could not be linked to preset rules for control of spread » (OMS, 2001c, p. 62). En d'autres mots, la surveillance syndromique ne permettait pas de se concentrer sur la surveillance globale, car elle est trop fondée sur les infrastructures locales et nationales qui, elles, étaient largement absentes dans les pays les plus sujets aux infections associées

²¹ La surveillance syndromique est fondée sur le signalement des symptômes plutôt que sur les maladies en elles-mêmes. Comme le souligne l'OMS, « [l]a surveillance syndromique est simple, et elle est souvent le seul instrument de surveillance disponible au niveau des soins de santé primaires lorsque la confirmation au laboratoire n'est pas possible. Contrairement aux activités de surveillance systématiques basées sur le diagnostic, elle permet de détecter plus tôt les flambées potentielles de maladies cibles, et de procéder à des investigations de terrain qui permettent de confirmer les maladies et de prendre des mesures de lutte. » (OMS, 2004a, p. 158)

au nouveau contexte épidémiologique de la mondialisation, c'est-à-dire, dans cette logique, les pays pauvres.

Cette transition vers une structure de surveillance principalement globale sans ancrages nationaux a soulevé plusieurs points de tensions, notamment avec ces dits pays pauvres ou en développement, faisant de ce processus de révision un « [...] controversial international legal reform effort » (Fidler, 2005a, p. 326). Par exemple, lors de discussions intervenues en 1998 concernant la formation d'un comité pour préparer la révision du RSI, le Dr Stamps du Zimbabwe, « [...] observed that representation on the Committee was heavily biased towards [...] areas which did not seem to carry the heaviest burden of communicable diseases » (OMS, 1998c, p. 45). Cette constatation l'a amené à s'interroger si « [...] whether international surveillance concentrated on the relative risk of communicable diseases crossing borders, or the identification of the countries in which communicable diseases originated and the provision of appropriate assistance » (*ibid*). Ces commentaires mettent en lumière le fait que la question des objets, cibles, et objectifs de la nouvelle structure de surveillance était déjà remise en cause durant le processus de négociation, particulièrement en ce qui a trait aux intérêts défendus par l'OMS et à la représentation des pays souffrant le plus des problèmes de santé à l'échelle planétaire. Cette dimension n'est cependant pas abordée dans le récit officiel du RSI, où on présente celui-ci comme émanant d'un consensus global.

Dans un contexte de recherche de leadership par l'OMS, les négociations se sont donc réorientées vers l'édification d'un système plus large de surveillance n'étant pas fondé sur les capacités locales de détection (WHO, 1999a, p. 117). Comme l'a mentionné le Dr David Heymann, ancien assistant-directeur de l'OMS pour la sécurité sanitaire et environnementale, l'objectif était bien de mettre en place « [...] a system [that] would be established for all urgent international events to WHO and submitting information to a forum that could permit a rapid response » (*idem*, p. 118). Cette transformation correspond à l'application d'une approche de la gouvernance globale de la santé qui sera qualifiée par l'OMS de « all-risks » (OMS, 2000e, p. 36), c'est-à-dire n'étant pas limitée à certaines

maladies ou à certains symptômes spécifiques²². Les tenants et aboutissements de cette approche ont été résumés comme étant fondés sur l'idée que : « [...] all disease outbreak of urgent international importance will be notifiable [, but] regularly occurring endemic diseases will not be notifiable unless an outbreak has special features and poses an international threat » (OMS, 1998, p. 233), ce qui a également été réitéré dans un rapport de progrès de 1999 soulignant le critère « d'exceptionnalité »²³ qui caractérise ce système de gouvernance (OMS, 1999b, p. 25).

C'est dans ce contexte que l'OMS a commencé à parler de « urgent international health events » (OMS, 2000e), ce qui deviendra plus tard le concept de *Public Health Event of International Concern* (PHEIC), c'est-à-dire le principe fondateur de l'approche « all-risk ». Ce concept a finalement été introduit avec la résolution WHA54.14 et l'établissement d'un partenariat avec le *Swedish Institute of Infectious Diseases* a mené aux critères de signalement que l'on connaît actuellement avec le RSI de 2005²⁴ (OMS, 2002b, pp. 158-15 ; 2005a, annexe 2). Cette approche redéfinit ainsi les enjeux sanitaires d'importance, non pas en fonction de leur impact sur la santé, mais plutôt de leur exceptionnalité et de leur anormalité²⁵.

Ces différents éléments de négociation soulignent un fait particulier du processus de négociation : la définition de ce que constitue une « maladie » ou un événement sanitaire légitime a été l'objet de tensions importantes durant les négociations, révélant l'ambiguïté quant aux objectifs de santé publique défendus par l'OMS. Ces différentes conceptions de la santé et des maladies se retrouvent notamment dans les versions provisoires du RSI qui ont circulé durant les négociations. Par exemple, la version de janvier 2004 définit une maladie devant être considérée par l'OMS comme « [...] a risk of significant harm to

²² Pour définir exactement ce qui devait faire l'objet de surveillance sous cette approche, l'OMS fit en effet appel au *Swedish Institute of Infectious Diseases* afin de définir les principaux fondements conceptuels de cette nouvelle approche (OMS, 2002b, p. 152). Très peu de détails sur ce partenariat existent et peu de recherche a été faite à son sujet.

²³ Pour être rapportés et surveillés, les événements doivent être « exceptionnel », critère éminemment subjectif.

²⁴ Voir, *supra*, chapitre 3.

²⁵ Un pan de recherche considérable pourrait être ouvert avec l'étude de la production des « normes » internationales de santé publique et de ce que constitue une situation sanitaire « normale », ce qui n'est toutefois pas l'objet de cette thèse.

humans caused by biological, chemical or radio-nuclear sources » (OMS, 2004b, p. 5). La seconde version (septembre 2004) ajoute à cette définition qu'une maladie peut être soit d'origine humaine ou animale (OMS, 2004c, p. 6). Cependant, la version finale du RSI définit une maladie d'une manière différente, c'est-à-dire comme représentant « [...] an illness or medical condition, *irrespective of origin or source*, that presents or could present significant harm to humans » (OMS, 2005a – nous soulignons).

Un des changements significatifs introduits avec cette définition se trouve dans l'ouverture à tout type de source ou origine de ces maladies. Le défi était, à ce niveau, de savoir comment allait être effectué l'obtention des informations permettant d'identifier ces « maladies » et quelles allaient être les réponses sur le terrain. C'est dans ce contexte que se posa directement, pour la première fois, la question de la souveraineté des pays membres par rapport au nouveau RSI (OMS, 2004d, p. 2). La souveraineté, fondement principal du droit international et du fonctionnement des organisations internationales, représentait donc à la fois la limite du RSI et l'élément à dépasser pour l'OMS, en cherchant par exemple à forcer les pays à coopérer et à transmettre les informations nécessaires à l'identification des infections en fonction du concept qu'elle défendait. Plusieurs pays ont soulevé d'importantes préoccupations quant au respect de leur souveraineté avec le nouveau RSI (*idem*). L'Inde a noté, par exemple, que les conflits potentiels entre les intérêts nationaux et internationaux dans le signalement des maladies infectieuses ainsi que les sensibilités nationales devaient être pris en compte par l'OMS (OMS, 2003h, p. 176).

Selon plusieurs pays, la possibilité d'envoyer des équipes de l'OMS sur les territoires des pays afin d'évaluer la sévérité des crises sanitaires et d'organiser les réponses relativement à cette compréhension particulière de la maladie ouvrait également la porte à une possible interférence avec la souveraineté²⁶. Cette crainte était basée sur les différentes versions provisoires du RSI qui entretenaient ce doute. L'article 8.3(b) de la version de janvier 2004 énonce, par exemple, que :

²⁶ Il est intéressant de noter que le système des droits de l'homme n'a pas réussi, à ce jour, à dépasser cette limite, car il ne peut envoyer ses experts, rapporteurs, etc. qu'avec l'accord des pays visés. Cette situation se pose de manière générale avec les structures de gouvernance supranationale.

[w]hen WHO, through its surveillance activities, detects evidence of a possible public Health emergency of international concern : [...] (b) the health administration in whose territory the alleged event occurred or is occurring *shall collaborate* with WHO in assessing the potential for international disease spread and possible interference with international traffic and the adequacy of control measures and, when necessary, *in conducting on-the-spot studies by a team sent by WHO*, with the purpose of ensuring that appropriate control measures are being employed. (OMS, 2004b, p. 9 – nous soulignons)

L'article 10 de cette même version ajoutait que : « [...] in the absence of such request, WHO may offer assistance to the health administration of a State [...], and the health administration *shall collaborate* with WHO in assessing the severity of the threat and the adequacy of control measures and, *when necessary, in conducting on-the-spot studies by a team sent by WHO* [...] » (*idem*, pp. 9-10). Plusieurs pays ont exprimé de fortes préoccupations quant à une utilisation potentielle de ces deux articles pour limiter leur souveraineté et autorité en cas de crise sanitaire (OMS, 2004d, p. 2). Fidler rappelle que :

[r]ecognizing that the January 2004 IHR Draft constrained sovereignty even more than existing international human rights law, WHO modified the revised IHR draft by allowing a State Party to utilize compulsory examination, vaccination or prophylaxis against a person not giving his or her consent when such compulsory measure is necessary to control an imminent public health threat. (Fidler, 2005a, p. 369)

Même si, selon Tucker, l'OMS n'a jamais eu comme objectif, avec ces articles, d'intervenir dans les affaires internes des pays sans leur consentement (Tucker, 2005, p. 343), l'ambiguïté était telle qu'elle força leur modification. Dans une seconde version préliminaire du RSI établie en septembre 2004, l'OMS modifia ainsi sensiblement la formulation des articles impliquant une intervention de l'OMS dans les pays membres. L'article 11.3 de cette version stipule plutôt que :

[i]f WHO, *in consultation with the States Parties* concerned as provided in Article 10, determines that a public health emergency of international concern is occurring, *it may offer* [...] further assistance to the State Party, including an assessment of the severity of the international threat and the adequacy of control measures. *When necessary*, this collaboration may include the offer to conduct or coordinate international on-site responses and in such cases WHO shall provide to the State Party concerned information supporting such responses. *If the State Party does not accept the offer of collaboration, WHO may share, with other States Parties, the information it has received, the assessment it has reached as well as the nature of the assistance which*

has been offered, and may call upon the State Party to reconsider the offer of collaboration. (OMS, 2004c, p. 12 – nous soulignons).

Tout en adoucissant la formulation encadrant son intervention potentielle, cet article souligne du même coup la possibilité que l'OMS publicise certaines informations épidémiologiques non confirmées si les pays s'opposaient aux interventions de l'OMS (OMS, 2004c, p. 4). C'est donc cette formulation de la version finale du RSI qui vient concrétiser le potentiel pouvoir suprasouverain, limité et de nature principalement communicationnelle et informationnelle comme nous l'avons souligné précédemment, mais bel et bien existant, dont dispose aujourd'hui l'OMS, et qui illustre à quel point la nature de la structure de surveillance de l'OMS a représenté un point de tension majeur du processus de révision. C'est précisément au travers de ce point de tension que l'OMS a été en mesure de se positionner en tant qu'acteur supranational dominant.

4.4.2 UTILISATION DE SOURCES NON OFFICIELLES D'INFORMATION ET NÉGOCIATIONS PARALLÈLES

La question de la souveraineté nous amène au second aspect d'importance concernant la nature du système de surveillance : l'utilisation d'informations provenant de sources non officielles. L'OMS avait ainsi défendu l'idée que pour qu'une structure de gouvernance globale de la santé soit efficace, « [...] prompt and open reporting of cases is vital » (OMS, 2003f, p. 4). Le problème est que, à ce titre, beaucoup de pays n'ont pas les structures de communication et de surveillance sanitaire nécessaires pour que ce système soit fonctionnel et efficace (OMS, 2003a, p. 4). Après avoir identifié la menace et sa provenance, c'est-à-dire le nouveau contexte épidémiologique associé à la mondialisation, la question qui se posait était donc de savoir comment allait pouvoir fonctionner cette structure de surveillance globale.

L'OMS devait ainsi trouver une solution à son principal échec, celui de ne pas avoir été en mesure de faire appliquer le RSI de 1969 et d'encourager les pays à signaler la présence de maladies sur leur territoire (OMS, 2003c, p. 3). Rendre acceptable le nouveau RSI, dans un contexte de domination de la souveraineté nationale, représentait alors un des principaux

défis du processus de révision. L'OMS était alors consciente que « [o]ne of the major obstacles to effective implementation of the current Regulations arises from the reluctance of countries promptly and frankly to report outbreaks for fear of the economic repercussions in the form of lost trade and tourism » (*idem*, p. 2). La nouvelle structure de gouvernance globale de la santé devait donc encourager, pour ne pas dire contraindre, les pays à respecter la procédure de signalement des maladies dictée par les articles du RSI.

La réponse apportée par l'OMS à cette problématique sera assez simple : faire en sorte que la structure de surveillance ne dépende plus de la volonté des États en ce qui concerne l'accès aux informations de surveillance. C'est à partir de cette intuition que fut progressivement mise en place l'idée selon laquelle l'OMS pourrait se servir d'informations non officielles pour ses activités de surveillance. Dès 1996, l'OMS avait en effet exprimé son désir d'utiliser des informations qui ne soient pas limitées, dans leur provenance, aux États. Un groupe de travail de l'OMS avait par exemple souligné que : « [d]issemination of information from WHO should not be restricted to member states but should also be directed to media and hence to the public » (OMS, 1996a, p. 9), ce qui ne reçut cependant pas un accueil favorable de la plupart des États membres. Il faudra plutôt attendre l'expérience du SRAS pour que cette question se pose plus sérieusement et prestement (OMS, 2003g). La résolution WHA56.28, dans le contexte d'urgence sanitaire associée au SRAS, avait demandé au Directeur général de l'OMS de :

[...] take into account reports *from sources other than official notifications*, to validate these reports according to established epidemiological principles; [...] to alert, when necessary and after informing the government concerned, the international community to the presence of a public health threat that may constitute a serious threat to neighbouring countries or to international health [...]. (*idem*, pp. 57-58 – nous soulignons)

L'épisode du SRAS a ainsi permis d'officialiser une pratique qui pouvait potentiellement brimer la souveraineté des États, mais que l'OMS cherchait tout de même à mettre en place depuis le début du processus de révision. Les sources que l'OMS voulait favoriser incluent, par exemple, les médias, les ONG, les entreprises, les services de nouvelles, Internet, etc. (Calain, 2007b, p. 16). Les nouvelles technologies d'information et de communication ont pris ici une place centrale puisqu'elles représentent les principaux canaux d'accès à ces informations. Comme le rappelle l'OMS, « [t]he resurgence in awareness of infectious

diseases is occurring in the context of an *information revolution*, which allows the public access to a huge amount of information on infectious diseases, much of which is generated by media sources » (OMS, 2000b, p. 4 – nous soulignons). L'argument général de cette posture est, comme nous l'avons souligné précédemment, que : « [...] in this age of wide media coverage, nothing can be hidden » (OMS, 1996a, pp. 9-10). Dans cette logique, la lutte contre les maladies infectieuses repose non seulement sur des outils scientifiques et épidémiologiques, mais également, et là se trouve la nouveauté fondamentale, mais non explicitée, sur des *outils de communication*. Le RSI s'inscrit donc, dans ce contexte, au coeur d'une *stratégie globale de communication* s'instituant au-delà des États-nations.

Ce nouveau mode de gouvernance globale de la santé ne s'est évidemment pas installé sans contestation. Si plusieurs pays exprimèrent des réticences quant à de possibles interventions de l'OMS sur leur territoire sans leur aval, on pouvait également s'attendre à ce qu'ils s'objectent à la limitation de leurs prérogatives quant aux sources d'informations utilisées pour effectuer la surveillance globale des maladies infectieuses sur leur territoire. La Fédération de Russie a, par exemple, souligné les dangers relatifs à une utilisation d'informations provenant de sources non officielles en affirmant que :

[h]is delegation had misgivings about possible extension of the list of sources authorized to send notifications to WHO. It has been proposed that those sources include authoritative representatives working in the country, representatives of authorities of other countries and people working in WHO collaborative centers. Care should be exercised in extending the circle of reliable sources, which could give rise to inaccurate information about disease patterns. (OMS, 1998a, p. 65)

Dans une perspective similaire, le représentant de la Chine à l'OMS a mis en garde contre la possibilité qu'il y ait d'autres sources d'autorité que les gouvernements concernés qui soient amenées à confirmer ou infirmer les événements épidémiologiques, ce qui serait contraire à la prépondérance du pouvoir souverain des États. Pour la Chine, il devait être « [...] clearly stipulate[d] that only the government concerned would have the authority to designate an epidemic area and that only the highest administrative officer was mandated to notify a specific disease; information on disease outbreaks from any other source must be verified by the health department of the State concerned » (*ibid*), réitérant le rôle paradoxale joué par ce pays dans le processus de révision du RSI.

Malgré ces interventions, il importe de noter que les négociations à ce sujet ne semblent pas s'être faites en toute transparence de la part de l'OMS. En effet, plusieurs informations suggèrent que la décision d'orienter la structure de surveillance vers ce type d'informations avait déjà été prise avant son officialisation par l'Assemblée mondiale de la santé en 2005 lors de l'accord sur le RSI. Même si le comité de révision de l'OMS a toute de même officiellement considéré, au moins jusqu'en 1999, que « [...] formal notification to WHO should continue to be made through the national authorities » (OMS, 1999a, p. 2), l'OMS avait déjà commencé à mettre en place, parallèlement au processus de négociation formelle, différentes ententes ou structures de gouvernance qui allaient favoriser la mise en place de ce type de système. Dans ce contexte, la question qui se pose est de savoir si les orientations principales du nouveau RSI étaient déjà décidées avant qu'elles soient officiellement discutées et approuvées lors du processus de révision. Ce qu'il est possible d'affirmer, c'est qu'au minimum, l'OMS n'avait pas les pleins pouvoirs de négociation puisque plusieurs éléments avaient déjà orienté le processus de négociation vers une certaine forme de RSI qui permettait à l'OMS de conserver son leadership sans entrer en conflit avec les acteurs dominants du système international. Trois événements ont joué un rôle fondamental à ce sujet :

1. Négociations parallèles entre les États-Unis et l'Union européenne concernant un système de surveillance concurrent ;
2. Un mémorandum signé entre le Canada et l'OMS concernant une structure de surveillance de type « all-risks » également concurrente ;
3. La création du GOARN déjà en 2000, bien avant l'acceptation du nouveau RSI.

Tout d'abord, un ensemble de négociations parallèles entre les États-Unis et l'Union européenne a potentiellement influencé le processus de révision du RSI et le leadership de l'OMS dans la gouvernance globale de la santé. Les États-Unis et l'Union européenne ont en effet signé, en 1995, un accord sur la surveillance globale des maladies infectieuses (OMS, 1998c, p. 45). Ce plan d'action conjoint visait à établir « [...] an EU-US task force to develop and implement an effective global early warning system and response network

for communicable diseases »²⁷. Cet accord intervient au moment même où commencent les négociations pour la révision du RSI à l'OMS, ce qui a d'ailleurs fait l'objet de craintes, exprimées par certains participants. Le Dr Boufford souligna, par exemple, la nécessité de s'assurer que, dans ce contexte, « [...] WHO maintained appropriate leadership » (*ibid*). Fait important, la structure de surveillance potentiellement concurrente à l'OMS proposée par l'entente conjointe EU-USA devait être fondée sur une approche « all-risks »²⁸, ce qui n'était pas le cas pour les mécanismes de surveillance promus par l'OMS au début du processus de révision. Cette situation forçait indirectement l'OMS à adopter ce type d'approche afin de conserver son leadership dans la gouvernance. Cette entente représentait donc un argument de négociation de poids pour réorienter le processus selon les demandes et intérêts de ces acteurs.

Ensuite, un « memorandum of understanding » signé en 1997 entre l'OMS et le Canada est également venu orienter le choix de l'OMS vers une approche « all-risks », sans toutefois faire officiellement partie du processus de révision. Le Canada a ainsi joué un rôle majeur dans l'établissement et le financement, longtemps avant son officialisation par le RSI, d'une structure de surveillance globale de la santé utilisant des informations non officielles. Le « memorandum of understanding » signé entre l'OMS et le Canada permettait la mise en place d'une structure de surveillance globale de la santé basée sur une revue en continu des réseaux d'information et d'Internet (OMS, 1997b, p. 138). Tel que souligné par M. Juneau, représentant du Canada à l'OMS en 1997, l'objectif de ce mémorandum était de :

[...] design and support a global disease monitoring project whereby, as from May 1998, outbreaks of disease throughout the world would be followed by a computer-based system that would continually scan sources such as new wires, the Internet and Promed. *The acquired information would be transmitted to WHO for verification and appropriate action with relevant authorities.* (*ibid* – nous soulignons)

Cette entente montre que la volonté d'utiliser des informations non officielles était déjà bien implantée avant que ces éléments ne soient discutés officiellement durant le processus de révision. De plus, la structure mise en place par ce mémorandum reléguait l'OMS au

²⁷ <http://www.eurunion.org/partner/actplan.htm> Page consultée le 12 juin 2012.

²⁸ *Idem*.

rang de vérificateur d'informations, lui faisant perdre son rôle de leadership de la gouvernance globale de la santé. En effet, ce mémorandum, qui favorisait une approche « all-risks » par les types d'informations que cette structure allait analyser, intervient au moment même où l'OMS est en train de tester la surveillance syndromique – opposée à l'approche « all-risk ». Le fait que le Canada ait signé un mémorandum pour la mise en place d'une structure de surveillance qui deviendra la principale source d'informations non officielles du nouveau RSI, avec le GPHIN, avant même qu'un consensus ne soit trouvé parmi les pays membres, est au mieux suspect, pour ne pas dire tout simplement biaisé en faveur des intérêts des pays occidentaux comme le Canada, les États-Unis ou l'Union Européenne²⁹.

Enfin, le choix de l'utilisation des sources d'informations non officielles a été favorisé par la création du GOARN³⁰ en 2000. L'OMS mit ainsi une énergie considérable à la création le GOARN durant le processus de révision, en organisant par exemple une réunion internationale majeure intitulée *Global Outbreak Alert and Response* à Genève en avril 2000 (OMS, 2000a, p. 1). Le RSI sert donc aujourd'hui de cadre légal pour les activités de surveillance de l'OMS (OMS, 2001a, p. 3). La création de ce réseau influença profondément le processus de révision, spécialement ce qui concerne les enjeux des sources d'information légitimes (formelles vs informelles), le type de surveillance ainsi que les mécanismes de communication en période de crise. On peut noter par exemple que le GOARN orienta la question du type de surveillance avant même que l'OMS décide officiellement d'abandonner la surveillance syndromique, puisque ce réseau fonctionne selon une approche « all-risks ». Déjà en 1996, les bases du processus avaient été posées :

[...] the WHO has sought to strengthen its global alert and response capacity by setting up a mechanism actively to collect information on reported public health risks, to verify it confidentially with Member States, and then to ensure that appropriate containment measures are taken. *This mechanism is WHO's global alert and response network.* (OMS, 2001c, p. 62) – nous soulignons)

²⁹ Ces éléments montrent également que ces pays étaient enclins à l'utilisation d'informations non officielles, et par le fait même à la mise en place d'une certaine forme de pouvoir supranational. Ce qui apparaît comme une limitation du pouvoir souverain était donc soutenu par plusieurs pays, et non les moindres, dont on peut supposer que les intérêts étaient mieux défendus par ce genre de structure de surveillance globale de la santé.

³⁰ Pour plus de détails sur la création du GOARN voir le chapitre 3, *supra*.

Cette structure était une réponse aux différentes demandes des pays membres qui favorisaient l'approche « all-risks ». La mise en place du GOARN par l'OMS était aussi motivée par le désir de l'organisation de faire une utilisation plus intensive des nouvelles technologies d'information et de communication. Cette orientation était largement soutenue par plusieurs pays occidentaux (OMS, 2003h). La délégation états-unienne a, par exemple, souligné que : « [m]aximum use should be made of web-based methods for electronic communication and consultation » (*idem*, p. 163). Cette idée avait également été exprimée par le Dr Heymann au début du processus de révision en 1998. Celui-ci avait ainsi mentionné que le nouveau RSI devait être « [...] applied via an electronic highway » (OMS, 1998a, p. 65). C'est ainsi que l'OMS en est venue à vouloir « [...] link the Regulations to WHO's outbreak alert and response activities » (OMS, 2003h, p. 160), ce qui n'était pas explicitement le cas auparavant (OMS, 2003i, p. 1) Le GOARN a dès lors permis à l'OMS de se positionner comme un acteur dominant de la gouvernance, au prix toutefois d'une acceptation des priorités défendues par certains pays en ce qui concerne le type d'informations analysées et la nature du système de surveillance.

Ce n'est finalement qu'en 2001 que l'OMS rapporta officiellement que « [...] proposals now being made within the framework of the revision of the International Health Regulations include the use of WHO's global alert and response network as an additional source of information on public health risks of urgent international importance together with reports from countries » (OMS, 2001c, p. 63). L'OMS a elle-même reconnu en 2002 que « [t]he established WHO outbreak verification system *already receives* information about outbreak events from a variety of sources » (OMS, 2002b, p. 159) nous soulignons). Il faudra toutefois attendre la version provisoire finale³¹ pour voir apparaître une référence explicite aux différentes sources légitimes d'informations potentiellement utilisables par l'OMS dans le cadre du RSI, ce qui démontre que l'OMS a devancé le processus de révision pour mettre en place la structure de surveillance fondée sur une utilisation des informations non officielles, contredisant également le récit dominant concernant l'élaboration et la mise en place du RSI sur la base de négociations officielles.

³¹ Voir les articles 7, 9, 9.3 et 9.4 en particulier.

C'est cette nouvelle stratégie de gouvernance fondée sur des mécanismes globaux de communication et d'information, associés à la nouvelle définition de la « maladie » du RSI qui ne se limite plus à certaines origines ou sources, qui a permis la montée en puissance, à partir du début du 21^e siècle, des enjeux de sécurité internationale dans la gouvernance globale de la santé, dernier point de tension du processus de négociation qui permet d'inscrire le RSI au sein d'un récit généalogique de rechange.

4.5 POLITIQUE ET ENJEUX DE « SÉCURITÉ » SANITAIRE : RAPPORTS DE POUVOIR ET INSTRUMENTALISATION DE L'OMS

L'impact le plus important de cette nouvelle structure de surveillance est que cela ouvre potentiellement la gouvernance globale de la santé à l'inclusion et au suivi des événements liés à une interprétation particulière de la sécurité internationale, interprétation ne s'exprimant pas en termes de santé publique, mais bien d'intérêts nationaux. Comme l'a souligné sans ambiguïté l'OMS en 2001, « [i]n addition to information on public health risks (whether arising naturally or through intentional acts), this network could also provide information on noncommunicable diseases and environmental, chemical or nuclear risks. WHO is currently investigating the feasibility of this further application. » (OMS, 2001c, pp. 62-63) Cet aspect a reçu une importante attention de la part des pays membres de l'OMS et de la communauté internationale durant le processus de révision, en raison de son fort potentiel de tension, notamment face à différentes compréhensions de ce que signifie le terme « sécurité ».

4.5.1 L'APPARITION DU CONCEPT DE « GLOBAL HEALTH SECURITY » COMME ENJEU DE NÉGOCIATION

Les discussions concernant l'inclusion ou non des événements liés au contexte sécuritaire international se sont faites en parallèle avec la montée en puissance du concept de « global health security » dans le processus de révision, et plus largement dans les débats sur la gouvernance globale. Tel que mentionné au chapitre 1, le concept de « global health security » est apparu aux États-Unis au début des années 1990 afin d'attirer l'attention, et

spécialement les fonds qui étaient auparavant destinés à la lutte contre le communisme (Fidler, 2006, p. 201). Dans un contexte où l'ultime ennemi de la guerre froide n'existait plus, il fallait justifier les sommes immenses consacrées à la sécurité internationale aux États-Unis. Les maladies infectieuses sont rapidement apparues comme le nouvel ennemi à combattre, justifiant entre autres les fonds qui seront alloués au *Center for Disease Control* (CDC) états-unien et qui permettront de voir naître le concept de « global health security » (*ibid*). C'est dans ce contexte que les États-Unis et plusieurs pays européens ont, avec ce nouveau concept, défendu l'élargissement du RSI à l'ensemble des menaces sécuritaires sanitaires, peu importe qu'elles soient ou non causées délibérément (Boisson de Chazournes, 2007, p. 1163). Ce n'est donc pas une coïncidence si l'on voit apparaître avec de plus en plus d'insistance les références à la « global health security » dans le processus de révision du RSI qui s'est mis en branle juste après l'apparition de ce concept aux États-Unis³².

C'est également pourquoi on observe une spectaculaire accélération du processus de révision du RSI dans la période post septembre 2001³³, ainsi qu'une augmentation des appels à clore ce processus de révision le plus rapidement possible afin de sécuriser ce qui étaient perçu comme une priorité de l'agenda international – le bioterrorisme. C'est également dans ce contexte que les activités de l'OMS furent, pour une des premières fois de son histoire, liées aux armes de destruction massive³⁴ et aux enjeux militaires en général. Par exemple, on retrouve la mention du concept de « global health security » dans la résolution WHA54.14 intitulée *Global Health Security : Epidemic Alert and Response*

³²Il serait ici pertinent de chercher à savoir si ce concept a seulement permis d'accélérer le processus de révision, en le réorientant vers certains enjeux par exemple, ou s'il a aussi influencé la décision même d'entamer ce processus de révision. Ceci va au-delà des objectifs de cette thèse, mais constitue tout de même un enjeu de recherche important pouvant être abordé dans le futur.

³³ Il importe tout de même de noter que le concept de « global health security » apparaît dans les documents de l'OMS avant le 11 septembre 2001, spécialement avec la résolution WHA54.14 (et autres documents) d'avril/mai 2001, quelques mois seulement avant les attaques aux États-Unis.

³⁴ À ce sujet, Fidler note que « [o]ne of the difficult issues that extended the negotiations on the revised IHR involved a proposed provision that would require States Parties to provide to WHO all relevant public health information, materials and samples for verification and response purposes if States Parties had evidence of an intentional release of a biological, chemical or radiological agent within their territories. Such a requirement connected the IHR revision process with the sensitive and controversial politics concerning weapons of mass destruction (WMD). Some countries, most notably the United States, wanted the revised IHR to include such a requirement. Other States, such as Brazil and Iran, argued to have the requirement removed from the revised IHR. » (Fidler, 2005a, p. 356)

adoptée à l'Assemblée mondiale de la santé d'avril 2001. La résolution 54.14 exprimait « [...] its support for the ongoing IHR revision process and urging Member States to designate IHR focal points »³⁵ (OMS, 2002a). Avec cette résolution, l'OMS a matérialisé la connexion entre le processus de révision du RSI et le concept de « global health security », ce dernier étant largement compris, dans la logique des États qui l'ont le plus ouvertement supporté³⁶, en termes de sécurité nationale associée au secteur militaire ainsi qu'aux risques du bioterrorisme.

Le rôle joué par les enjeux de sécurité internationale dans le processus de révision du RSI a été amplifié par le poids du secteur militaire directement dans les activités de surveillance. L'OMS a ainsi cherché à ce que certaines institutions militaires soient incluses dans la structure de surveillance qu'elle mettait en place. Comme cette institution le rappelle :

WHO has conducted a survey in order to identify military laboratories that are willing to participate in global public health surveillance activities and to obtain information about their infectious disease-reporting systems, and will identify and catalogue military resources that could enhance established WHO global surveillance of emerging infections and facilitate responses (OMS, 2000c, p. 3).

Cette recherche de partenariat avec le secteur militaire montre l'interconnexion qui existe dans le travail de l'OMS entre les enjeux de sécurité et les enjeux de santé, à telle enseigne que ceux-ci en sont venus à se confondre dans le processus de révision en soi.

Même si le concept de « global health security » était relativement vague et flou, et qu'il pouvait inclure une diversité d'événements, d'actions et d'acteurs, ce concept a tout de même reçu un important support, principalement parce qu'il accordait une place importante

³⁵ Il convient ici aussi de modérer l'importance prise par les événements du 11 septembre sur le processus de révision du RSI. En effet, dès 2000, c'est-à-dire avant les attaques, il était déjà convenu que le nouveau RSI soit mis en place en 2005 : « [t]he International Health Regulations (IHR) are currently being extensively revised and will be implemented in 2005. » (OMS, 2000a, p. 9)

³⁶ Le rapport du *National Intelligence Council* états-unien, intitulé *The Global Infectious Disease Threat and Its Implications for the United States* et publié en 2000, liait par exemple explicitement les risques épidémiologiques globaux à la sécurité nationale des États-Unis (National Intelligence Council, 2000). Davies rappelle par ailleurs que « [t]he Global Emerging Infectious Surveillance and Response System (DoD-GEIS) mobile laboratories were set up for the purpose of 'responding to outbreaks of epidemic, endemic and emergent diseases', and their location in the DoD[Department of Defense], [...] demonstrates how seriously the United States views the response to infectious disease as a key national security strategy » (Davies, 2008, p. 299).

à l’OMS, une organisation internationale, et non uniquement aux actions unilatérales faites au nom de la sécurité internationale – comme on a pu voir durant la guerre contre le terrorisme qu’ont livrée les États-Unis. Le concept a été schématiquement explicité, dans un rapport de progrès de 2002, comme étant basé sur trois piliers : 1) « containing known risks », 2) « responding to the unexpected » et 3) « improving preparedness ». Ce concept a ainsi été intégré au cadre juridique du RSI (voir la Figure 4.1 ci-dessous). Cette compréhension de la sécurité sanitaire globale est instructive, car elle illustre la manière dont se conçoivent et se situent l’OMS et son principal instrument juridique international, le RSI, au sein même de ce concept. En étant intégré directement dans le processus de révision du RSI, le concept de « global health security » a ainsi reçu un large support institutionnel de l’OMS précisément parce qu’il permettait de renforcer, au moins en apparence et à court terme, son leadership dans la gouvernance globale de la santé. Cette défense d’enjeux de sécurité par une organisation internationale a aussi été bien accueillie par les pays membres en raison de l’apparence d’indépendance qui était largement associée aux différentes activités de l’OMS.

Figure 4.1 – Le concept de « global health security » selon l’OMS



Figure tirée de OMS (2001c)

Par contre, d’importantes dissensions durant le processus de révision ont souligné la profonde division des compréhensions concernant ce que signifie réellement la « sécurité » lorsqu’associées à la santé et aux crises sanitaires. Avec l’inclusion du concept de « global health security » dans la gouvernance globale, dans le cadre par exemple de l’identification du VIH/SIDA comme menace à la sécurité nationale états-unienne par Clinton en 2000, et l’élargissement du mandat du RSI, la signification de la sécurité s’est avérée, pour plusieurs pays, confuse et orientée vers les intérêts de certains pays qui en faisaient la promotion au sein des institutions onusiennes. Les discussions durant le processus de négociation montrent bien ces différences de compréhension du concept de « sécurité ». Le représentant du Zimbabwe à l’OMS a, par exemple, fait un surprenant compte rendu de ce que représente réellement la menace des armes bactériologiques pour son pays et que certains pays, dont les États-Unis, voulaient voir inclus dans le RSI. Il a ainsi rappelé que, dans les années 1970, l’anthrax a été utilisé lors d’une guerre dans son pays pour détruire les populations de bétail, qui représentaient à l’époque les principales richesses du pays, faisant la démonstration que les causes d’une épidémie d’anthrax qui avait affecté le pays dans les années 2000 étaient dues en fait à une réexposition aux spores datant de la guerre des années 1970. Pour ce pays, cet événement représente un bon exemple de la menace réelle

causée par les armes bactériologiques, contrairement à une utilisation potentielle de ces armes par des groupes terroristes, comme le suggéraient les États-Unis. Le Zimbabwe a toutefois émis de sérieux doutes quant à la possibilité que l'élargissement du RSI aux armes bactériologiques puisse permettre de prendre en compte le genre de menace auquel ce pays a été confronté avec l'anthrax, contrairement par exemple à l'épisode des lettres contenant de l'anthrax aux États-Unis en 2001.

Un autre exemple était l'utilisation des armes à l'uranium appauvri durant la guerre contre l'Iraq en 1991 par la coalition ayant attaqué ce pays en réponse à l'invasion du Koweït. Ces armes ont exposé la population iraquienne à des risques de cancer élevés et à problèmes de santé liés aux matières radioactives (OMS, 2002c, p. 123), posant ainsi une menace réelle à la sécurité sanitaire des Iraniens. Les implications pour la santé des populations de telles armes ne pourraient toutefois pas être prises en compte par le RSI de 2005, contrairement au bioterrorisme qui y est implicitement inclus. Dans une perspective similaire, le représentant du Brésil, le Dr Yunes, avait souligné qu'une des menaces les plus importantes envers la sécurité sanitaire globale était selon lui « [...] the potential impact of climatic changes on morbidity and mortality » (OMS, 2001b, p. 135). En aucun endroit dans le RSI de 2005 il n'est fait référence aux conséquences sanitaires des changements climatiques. Ces éléments, qui ne font pas partie du concept de « global health security » défendu par l'OMS dans le cadre du RSI, mettent en évidence le biais de l'OMS dans sa compréhension et son évaluation du concept de sécurité, soulignant de la sorte la prédominance d'une compréhension du concept de « global health security » orienté vers les intérêts des pays occidentaux. Ces éléments soulignent également qu'il n'existe pas de définition claire de ce que représente ce concept et que son utilisation est au mieux confuse³⁷.

³⁷ La déclaration d'Oslo de 1997 des ministres des Affaires étrangères de la France, du Brésil, de l'Indonésie, de la Norvège, du Sénégal, de l'Afrique du Sud et de la Thaïlande soulignait par exemple en ce sens que : « [t]he concept of 'global health security' has yet to be defined. The reference to security should not be understood in terms of threats to the maintenance of peace and security enshrined in the UN Charter. In the context of this initiative global health security is used to mean protection against public health risks and threats that by their very nature do not respect borders. Global health security depends on critical capacity in all countries, combined with a commitment to collaborate, such as spelled out in the International Health Regulations. It is our expectation that a definition for global health security will be agreed at the World Health Assembly. » (Déclaration d'Oslo, 2007, p. 3). Cette définition de la sécurité sanitaire globale se fait toujours attendre, notamment puisque les pays membres n'arrivent pas à s'entendre sur sa définition et son utilisation au sein de l'OMS.

Les critiques contre l'inclusion du concept de « global health security » ne sont pas venues uniquement des pays membres de l'OMS. Par exemple, l'ONG *Save the Children*, lors d'une réunion d'un comité de la 54^e assemblée mondiale de la santé, a indiqué, par l'intermédiaire de son représentant Mr. Chetley, que « [...] his organization welcomed the extra resources commitments to global health but said that they would be effective only if used to strengthen and rebuild basic health infrastructures, with particular attention to human resources development » (OMS, 2001b, p. 140). L'ONG a également mis en garde contre le « [...] risk of diverting trained staff in developing countries from the public health sector services that remained », ajoutant que « [...] those responsible must focus on grass-root needs rather than macroeconomic or commercial considerations » (*ibid*). Pour cette ONG, la santé doit être comprise comme « [...] an intrinsic right and not simply a stepping-stone to economic growth » (*ibid*). Comme nous le soulignerons dans les prochains chapitres, ce sont exactement ces éléments économiques dont le nouveau RSI de 2005 fera la promotion et mettra en pratique, allant à contre sens des recommandations de cette ONG.

Ces oppositions et réticences à l'utilisation et l'inclusion du concept de sécurité dans le nouveau RSI ne sont jamais explicitées dans le récit officiel de l'OMS où cette structure juridique internationale est présentée comme étant le fruit d'un consensus global émanant d'une compréhension partagée des risques sanitaires. C'est également cette interprétation spécifique de la sécurité qui a ouvert le débat sur l'inclusion ou non des événements sanitaires causés intentionnellement, en référence principalement au bioterrorisme, dans le RSI de 2005.

4.5.2 LES ÉVÉNEMENTS SANITAIRES NON INTENTIONNELS : DÉBATS CONCERNANT L'INCLUSION DU BIOTERRORISME DANS LE RSI DE 2005

Un important rapport du Secrétariat de l'OMS publié seulement deux mois après les attentats du 11 septembre établissait clairement, comme nous l'avons souligné précédemment, le lien entre les activités de l'OMS et la lutte contre le terrorisme (OMS, 2000c). Ce rapport mentionne que « [i]n addition to epidemics that occur naturally, outbreaks might result from intentional or accidental release of biological agents » (*idem*, p. 1). Tel qu'affirmé une année plus tard par le Dr Heyman, à l'époque le Directeur exécutif

de la section sur les maladies infectieuses à l’OMS, « [...] there was growing concern that biological agents might be released intentionally » (OMS, 2001b). En 2002, l’OMS notait également que « [i]n recent months, health ministries of several countries have reported that they have increased their state of alert for the intentional malevolent use of biological or chemical agents, such as pesticides, by spread through air, water or food. » (OMS, 2002d, p. 1) La communauté internationale a ainsi réagi très rapidement face aux craintes d’attaques bioterroristes, ce qui s’est répercuté directement sur les activités de l’OMS.

La résolution EB109.R5 de 2002 par exemple, a exprimé des préoccupations quant à l’utilisation délibérée de matériel bactériologique ou chimique, et a demandé que : « [...] to treat any deliberate use, including local, biological and chemical agents and radio-nuclear attack to cause harm also as a global public health threat, and to respond to such a threat in other countries by sharing expertise, supplies and resources in order to rapidly contain the event and mitigate its effects » (OMS, 2002e, p. 2). L’OMS soulignait également que : « [s]uch threat would pose extreme difficulties for public health system » (*idem*, p. 1), plaidant en faveur de son rôle de leadership dans la gouvernance globale de la santé et de pivot central pour tous types d’événements sanitaires globaux, incluant le terrorisme. Comme l’a exprimé le Dr Thiers, le représentant du Conseil Exécutif de l’OMS, lors de la 54^e Assemblée mondiale de la santé, « [t]he threat posed to global health security by the spread of antimicrobial resistance was recognized as needing leadership from WHO » (OMS, 2001b, p. 134). L’OMS a de plus reconnu dans un rapport de son Secrétariat en 2002 que c’est par l’intermédiaire du GAORN qu’elle pourrait prendre en considération les usages délibérés de matériel biologique ou chimique associés au bioterrorisme (OMS, 2002d, p. 2), positionnant une fois de plus cette structure comme un acteur majeur de la gouvernance globale de la santé. La résolution WHA56.28 adoptée en 2003 a soulevé cet enjeu en soulignant que le processus de révision du RSI devait prendre « [...] into account also the existence of new risks and threats to health arising from the potential deliberate use of agents for terrorism purposes » (OMS, 2003g, p. 56). Cette demande faisait écho à une peur généralisée dans le monde occidental de l’utilisation de matériel bactériologique à des fins de terrorisme. Le Professeur Kyaw Myint, président du Conseil Exécutif de l’OMS, a ainsi rappelé en 2003 que : « [t]here was concern among Board members about the

economic impact of epidemics and the *new threat of bioterrorism* » (OMS, 2003h, p. 160 – nous soulignons).

Le bioterrorisme, par l'intermédiaire du concept de « global health security », a donné une nouvelle impulsion au processus de révision du RSI, ce qui ne s'est cependant pas fait sans critiques et contestations. La menace posée par l'augmentation des flux globaux de mouvements de biens et personnes, sous le terme de mondialisation, qui était, comme nous l'avons souligné précédemment, à l'origine la principale motivation pour la révision du RSI, a été graduellement remplacée, ou au moins intégrée, à la question de l'utilisation délibérée de matériels radioactifs ou chimiques dans le cadre d'acte potentiel de terrorisme (OMS, 2003i, p. 1), ce qui résulta en une accélération drastique du processus de révision. Cette « nouvelle » menace posée à la santé globale a donc aidé, dans une certaine mesure, à compléter le processus de révision, ce qui ne s'est pas fait sans une profonde modification de l'étendue et des objectifs du RSI. En militant ouvertement pour l'inclusion des événements non naturels, l'OMS tentait de se positionner en tant que leader de la gouvernance globale de la santé, ce que plusieurs ont analysé comme une tentative de l'OMS de « sniffing the political wind » en s'associant aux enjeux de sécurité de l'agenda international (Kelle, 2007). Par contre, la matérialisation de cette ouverture du RSI présentait de nombreuses contraintes et oppositions.

Tout d'abord, tel que reconnu par l'OMS, la distinction entre événement non intentionnel, naturel ou délibéré est, en pratique, très difficile à faire, rendant problématique la gestion spécifique de ces événements (OMS, 2004c, p. 2). L'OMS a elle-même reconnu en ce sens que :

« [b]roadening the scope to cover chemical and radiological events or those caused by deliberate release would need further discussion and would involve other international bodies and instruments, particularly in the case of radio-nuclear or chemical events. The relationship between the Regulations and a number of international bodies should be identified and clearly stated, with particular regard to the Codex Alimentarius Commission, FAO, IAEA, IMO, Office International des Epizooties and WTO. » (OMS, 2004d, p. 2)

Intégrer le bioterrorisme dans les RSI n'était donc pas une action triviale, puisque cela supposait l'interaction avec une multitude d'autres instruments internationaux ainsi qu'une

modification majeure de l'étendue du travail de l'OMS. Dans cette situation complexe, l'OMS faisait face à un problème de taille : si l'organisation n'élargissait pas l'étendue des régulations aux événements non naturels, elle risquait de perdre le support des principaux pays occidentaux et donc, d'affaiblir son leadership dans la gouvernance globale de la santé³⁸. D'un autre côté, en acceptant d'inclure le bioterrorisme, l'OMS risquait de s'écarter de sa mission historique, l'atteinte d'un meilleur état de santé pour tous³⁹, et donc de paraître influencée par des intérêts spécifiques provenant des pays qui ne sont pas nécessairement les plus affectés par les enjeux de santé à l'échelle globale.

Comme l'a remarqué Turner, les négociations avaient opposé deux groupes de pays (Tucker, 2005, p. 342). Il y avait, d'un côté, les pays qui croyaient que la santé, sous le leadership de l'OMS, pouvait devenir un nouveau véhicule pour le support et l'affirmation de la sécurité internationale. De l'autre, il y avait des pays qui craignaient que la santé ne devienne un enjeu de pouvoir et d'intérêt particulier, s'éloignant d'une perspective de bien public et d'intérêts communs. Comme on pouvait s'y attendre, la première perspective reçut un large support de la part des pays occidentaux. Par exemple, le *Global Ministerial Group on Health Security and Bioterrorism* a endossé la résolution EB109.R5 concernant l'usage délibéré d'agents chimiques, bactériologiques et radionucléaires de l'OMS. Ce groupe ministériel composé de représentants du Canada, de la France, de l'Allemagne, de l'Italie, du Japon, du Mexique, de la Grande-Bretagne, des États-Unis et de l'Union européenne souligna ainsi la nécessité « [t]o further support the World Health Organization's disease surveillance network and WHO's efforts to develop a coordinated strategy for disease outbreak containment » (Global Health Security Initiative, 2011)⁴⁰.

Plusieurs pays membres ont également soutenu l'inclusion des événements non naturels dans le RSI. Le Dr Novotny, des États-Unis, a souligné que les disposition du RSI « [...] were obviously insufficient to deal with today's large-scale international migration flows,

³⁸ Particulièrement si l'on prend en considération les différentes ententes parallèles présentées précédemment et qui étaient défendues par les mêmes types de pays qui ont également fait la promotion de l'inclusion du bioterrorisme dans le RSI.

³⁹ Encore une fois, en contradiction avec sa propre constitution.

⁴⁰ Disponible en ligne, <http://www.ghsi.ca/english/statementottawanov2001.asp> Page consultée le 22 juin 2012.

emerging infections and threats of bioterrorism » (OMS, 2001d, p. 46). Le Canada a, quant à lui, signalé que « [...] his delegation had noted with interest WHO's contribution to the battle against terrorism. He considered that WHO should investigate the role of migration in the transmission of disease in order to improve the capacity to respond to emerging infectious diseases and outbreaks » (OMS, 2001b, p. 135). Plus surprenant encore, le représentant de la Chine a lui aussi « [...] welcomed the report and its emphasis on public health security » (OMS, 2001d, p. 48), tout comme le représentant iranien qui nota que son pays⁴¹ « [...] welcomed the WHO objective of global health security, including epidemic alert and response »⁴² (*idem*, p. 44).

Plusieurs pays étaient cependant très critiques de l'inclusion des événements non naturels dans le RSI (OMS, 2001 ; 2002c). Les principales raisons de cette opposition peuvent être synthétisées ainsi :

- 1) Cela représenterait une modification de la mission et des objectifs historiques du RSI qui devait se concentrer sur les maladies infectieuses présentes naturellement ;
- 2) Cela risquerait de faire interférence avec d'autres organisations internationales impliquées dans la question du terrorisme et des armes de destruction massive – risque de redondance des institutions internationales ;
- 3) Les enjeux de sécurité pourraient amener certains pays à limiter leur interaction avec l'OMS de peur d'une utilisation à des fins politiques ;
- 4) Au niveau de la gouvernance de l'OMS, cela représenterait un débordement de son mandat et de son expertise (Tucker, 2005, p. 342).

⁴¹ Boisson de Charzournes a affirmé que les débats durant le processus de révision du RSI ont opposé, d'un côté, les États-Unis, et de l'autre, les pays de la Méditerranée et l'Iran (Boisson de Chazournes, 2007, p. 1163). Notre analyse des négociations remet partiellement en cause ces conclusions, notamment en ce qui a trait à l'Iran, tout en reconnaissant que les négociations ont globalement opposé les pays occidentaux à ceux que nous associons au « global south » (voir par exemple Rigg (2007)).

⁴² Ce soutien de pays généralement opposés aux États-Unis peut être compris entre autres par le fait que ces pays font face à des situations internes qu'ils qualifient eux-mêmes de « terrorisme ».

Le représentant de la Fédération de Russie a, en ce sens, souligné que : « [t]he principal purpose of such effort [the IHR revision process] would be to improve the quality of life and social conditions of populations » (OMS, 2001d, p. 43), et non de servir les intérêts spécifiques de certains pays. Cet argument illustre la division entre une conception du RSI comme bien public global versus un mécanisme international nécessaire pour atteindre certains objectifs liés aux intérêts de pays faisant la promotion d'une compréhension particulière de la sécurité internationale. D'autres pays ont, quant à eux, mis en évidence le rôle potentiellement ambigu de l'OMS dans la sécurité sanitaire globale et le caractère inapproprié de l'OMS comme forum international pour discuter des enjeux de bioterrorisme, compte tenu de la multitude d'enjeux sanitaires beaucoup plus meurtriers que le terrorisme. La Thaïlande et Cuba ont par exemple tous deux souligné que l'accent devait être mis sur les actions préventives, et non pas sur des actions défensives associées au terrorisme (OMS, 2002c). Le représentant de l'Italie a également relevé que :

[...] the idea of WHO as a forum for discussion and joint action in relation to proliferation of biological weapons *was potentially misleading*, both in respect of the specific competencies of WHO, and the interrelationship between health assistance and other initiatives undertaken within the framework of Biological and Toxic Weapons Conventions (BWC) of 1972. (*idem*, p. 133 – nous soulignons).

L'OMS a donc en quelque sorte instrumentalisé ce débat pour accroître son leadership dans la gouvernance globale de la santé. Le principal argument utilisé par l'OMS pour inclure implicitement les événements non naturels était que l'organisation avait déjà les structures et les ressources en place pour affronter cet enjeu, avec notamment le GOARN, qui pouvait notamment être utilisé pour obtenir de l'information concernant l'utilisation de matériel bactériologique à des fins terroristes (Fidler, 2005a, p. 351). Un représentant du Conseil Exécutif de l'OMS a ainsi noté, dans une discussion lors du processus de révision, que les méthodes de détection des propagations naturelles et intentionnelles de maladies étaient les mêmes, soulignant d'autant le rôle que pouvait et devait jouer l'OMS face à ces deux types de risques sanitaires (OMS, 2002c, p. 121).

L'OMS a finalement trouvé une façon quelque peu originale de répondre à cette problématique. L'organisation souligna que :

[...] in view of the foregoing considerations, it was decided not to respond to questions about the broader scope of the draft revised Regulations through a dedicated Article that used as a dividing line the nature of the agent causing the health threat or the existence in principle of other relevant international instruments. Rather, the draft revision tackles the issue of competence and respective roles flexibly by taking into account the variety of possible circumstances. » (OMS, 2004c, p. 2)

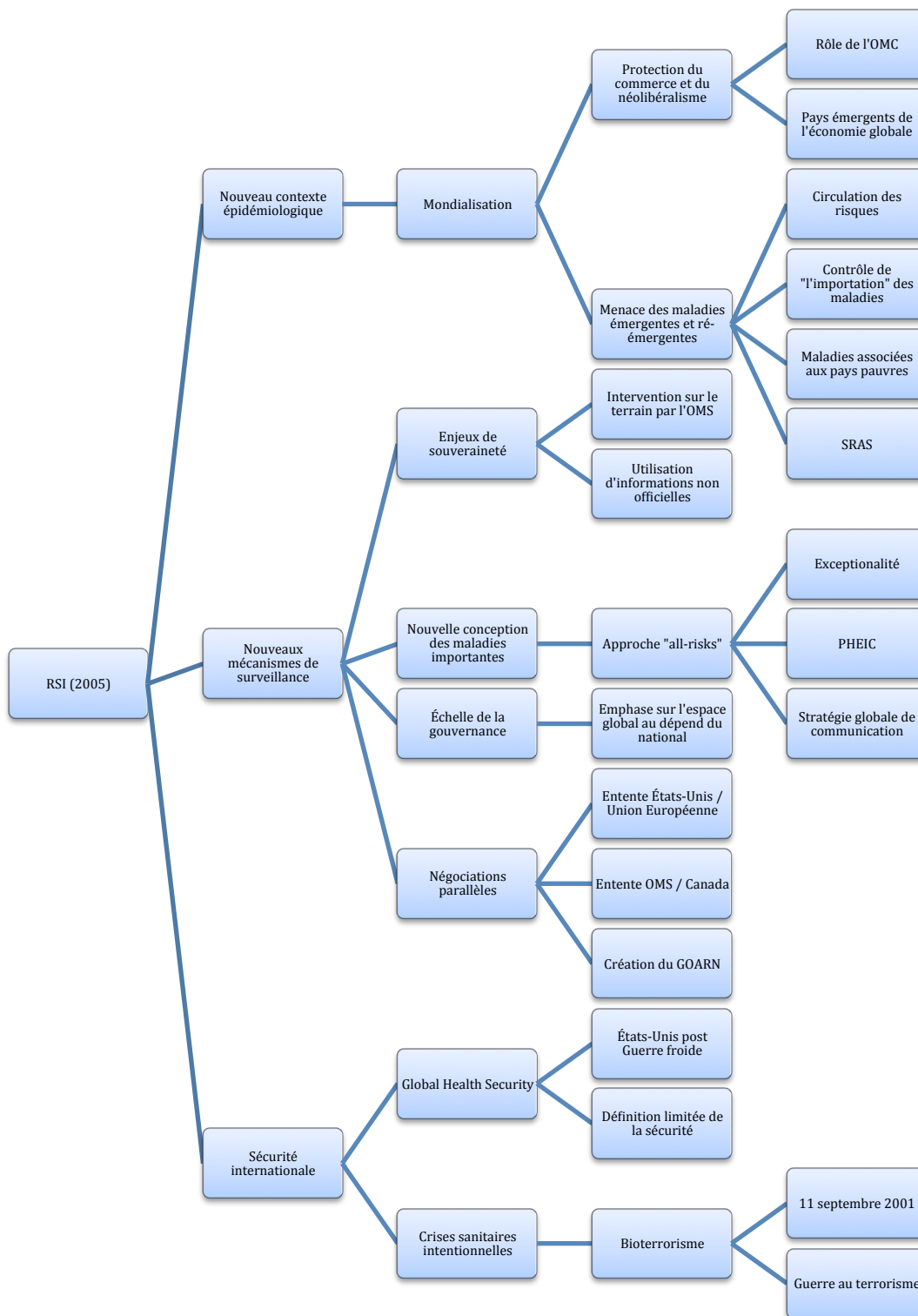
Les pays membres ont donc accepté d'abandonner certains articles controversés des versions provisoires du RSI qui faisaient explicitement référence à l'usage délibéré de matériel chimique, bactériologique ou nucléaire à des fins de terrorisme. Dans la première version de janvier 2004, les sources d'information légitimes étaient restreintes aux pays membres. L'article 41 de cette version stipulait ainsi que « [i]n the context of a suspected international release of a biological, chemical or radionuclear agent, States shall immediately provide the WHO all relevant public health information, materials and samples, for verification and response purpose » (OMS, 2004b, p. 18). Dans une perspective similaire, la seconde version provisoire de 2004 affirmait que, avec l'article 45, « [i]f a State Party has evidence that there has been an intentional release of a biological, chemical or radionuclear agent within its territory, it shall, consistent with its security and law enforcement requirements, provide to WHO all relevant public health information, materials and samples, for verification and response purposes » (OMS, 2004c, p. 27). Ces articles ont été remplacés par une formulation qui n'indiquait pas l'origine ou la source des événements sanitaires pris en compte par le nouveau RSI. En ne se limitant pas à certains phénomènes sanitaires précis, c'est-à-dire en établissant une approche « all-risks », l'OMS offrait cependant, selon nous, une reconnaissance implicite aux événements sanitaires intentionnels comme le bioterrorisme.

L'importance qu'ont eue les enjeux de sécurité dans le processus de négociation du RSI permet de mettre en lumière la nature sécuritaire de cet instrument politico-juridique international et de fonder sa genèse non pas *uniquement* sur des priorités de santé publique, mais *également* de sécurité entendue dans une perspective de sécurité nationale. Le concept de « global health security » et l'inclusion du bioterrorisme dans le RSI ont amené l'OMS à mettre en place une structure qui, dans les faits, s'écarte des récits représentant la santé publique globale comme apolitique, objective et orientée vers l'allocation d'un bien public et des intérêts collectifs.

4.6 CONCLUSION

Ces différentes observations nous permettent de représenter schématiquement la structure généalogique du RSI. Celle-ci est présentée à la Figure 4.2. Cette représentation met en évidence l'ensemble des facteurs, débats et enjeux politiques qui ont orienté le processus de révision du RSI, mais qui ne font pas partie du récit officiel de l'OMS.

Figure 4.2 – Généalogie du RSI de 2005



Do we not always find the diseases of the populace traceable to defects in society ?

Rudolf Virchow (1848/1945)

5.1 INTRODUCTION : DE LA NÉGOCIATION À LA MISE EN PRATIQUE DU RSI DE 2005

Après avoir mis en évidence les éléments du processus de négociation qui nous ont permis d’établir un récit de rechange du RSI de 2005, plusieurs questions persistent toutefois quant à la mise en place concrète de cette réglementation internationale. Quels sont les résultats de la pratique de la surveillance de la santé effectuée par l’OMS ? Quels en sont les objets et sujets ? Comment évolue-t-elle dans l’espace et dans le temps ? A-t-elle matérialisé les tendances et tensions identifiées durant la négociation ? Ces questions représentent le point de départ de ce second chapitre empirique qui cherchera à mettre en évidence la pratique de la surveillance des maladies infectieuses à l’OMS ainsi que ses résultats. L’objectif poursuivi ici est donc de cartographier la pratique du travail de l’OMS dans la période correspondant à la négociation et à l’établissement du nouveau RSI, ce qui n’a jamais été fait jusqu’à maintenant, permettant ainsi d’accroître le niveau de compréhension de la gouvernance globale de la santé sous le RSI de 2005. Notre but spécifique est de mettre en évidence les tendances et directions observées dans la surveillance de la santé pour la période de 1996 à 2010.

Après avoir tout d’abord soulevé quelques considérations méthodologiques, nous allons esquisser brièvement le contexte de la communication épidémiologique à l’OMS en mettant en évidence les différents outils de communication utilisés par cette organisation internationale. Cette première section sera suivie par une revue des principales évaluations empiriques effectuées jusqu’à aujourd’hui de ses différents mécanismes de communication, afin de permettre la comparaison avec nos propres résultats d’analyse. Ceux-ci, ainsi que leurs représentations statistiques et cartographiques qui constituent l’apport principal de ce

chapitre, suivront. Nous concluons enfin avec une brève analyse de nos résultats dans le contexte des éléments identifiés au chapitre précédent.

5.2 REMARQUES MÉTHODOLOGIQUES : L'ANALYSE QUANTITATIVE DE LA SURVEILLANCE GLOBALE DES MALADIES INFECTIEUSES À L'OMS

L'étude de la surveillance globale de la santé présentée ici sera effectuée par l'analyse quantitative de la pratique de cette forme de gouvernance supranationale. Cette surveillance, au niveau de l'OMS, a pris plusieurs formes – déclarations officielles, rapports, réunions confidentielles, structures de communication formelles, réseaux diplomatiques, etc. –, mais nous nous concentrerons pour notre part sur le *Disease outbreak news system* du GOARN, puisque celui-ci représente le principal instrument d'alerte sanitaire utilisé par l'OMS pour communiquer les alertes pandémiques à l'échelle globale et que ses données sont publiquement accessibles.

Le choix de la période d'analyse 1996-2010 est quant à lui motivé tout d'abord par l'accessibilité des données qui n'ont été formellement répertoriées qu'à partir de 1996. Cette période se justifie également par le fait qu'elle correspond à la négociation du RSI et aux premières années de son implantation officielle. Tel qu'indiqué dans le chapitre précédent, certains éléments du nouveau RSI ont été implantés durant le processus de révision, rendant ainsi nécessaire une prise en compte de cette période afin d'évaluer adéquatement sa pratique depuis ses origines. Cette période d'analyse permet également de questionner l'impact de l'officialisation du RSI de 2005 sur la pratique de la surveillance globale de la santé par l'OMS.

Pour ce faire, nous avons donc collecté l'ensemble des alertes sanitaires produites par l'OMS pour la période 1996-2010 avec l'objectif d'en mesurer les grandes tendances et orientations. Ces données sont individuellement accessibles en ligne¹. Notre base de données comprend ainsi 1947 alertes sanitaires produites par l'OMS et couvrant la

¹ Pour le *Outbreak News System* de l'OMS, voir par exemple <http://www.who.int/csr/don/en/>. Pour le *Weekly Epidemiological Report*, consulter <http://www.who.int/wer/en/>.

période 1996-2010². Chaque alerte sanitaire correspond à une « *outbreak news* » émise par l’OMS et concerne un pays, une région, ou un événement sanitaire spécifique. Dans certains cas toutefois, les alertes pandémiques émises par l’OMS pouvaient contenir plusieurs événements épidémiologiques. Lorsque c’est le cas, chaque événement sanitaire a été répertorié comme une alerte à part entière, et a donc été agrégé respectivement en termes de maladies, pays et région. Pour ces alertes, douze variables ont été incluses dans la base de données : l’année, le mois, la date, le pays et/ou la région, la maladie, le nombre de cas, la présence ou non de morts, le nombre de morts, le taux de mortalité, si l’alerte constituait une mise à jour ou non d’un cas précédemment référencé, le numéro de la mise à jour si applicable ainsi que des informations additionnelles si mentionnées. Les données pour chacune des variables ont été complétées lorsque disponibles, et ensuite classifiées en terme de région selon la classification même de l’OMS³.

Cartographier les résultats et la pratique de cette surveillance, de par le nombre important de données en jeu, requiert toutefois l’utilisation de certains outils statistiques et cartographiques. Pour ce faire, nous avons eu recours en partie au logiciel d’analyse statistique STATA⁴ qui nous a permis d’effectuer l’analyse exploratoire des données ainsi que les analyses de corrélation. Même si l’utilisation des statistiques a été grandement critiquée par certaines approches de la science politique et des Relations internationales (Smith, 1996), elles permettent néanmoins d’apprécier les grandes tendances et orientations au sein de phénomènes sociaux comportant un nombre important de données. Notre objectif ici n’est pas de réduire nos conclusions de recherche aux seuls résultats quantitatifs présentés ci-dessous, bien au contraire. Dans une perspective d’approche mixte des méthodes de recherche en sciences sociales⁵, nous soutenons que l’utilisation des outils des méthodes quantitatives, en appui aux analyses qualitatives et interprétatives, permet d’offrir une appréciation plus fine et complexe de phénomènes politiques qui ne pourraient être pleinement appréciés par l’une ou l’autre des méthodes seules, répondant ainsi aux défis

² La base de données est disponible sur demande. Courriel : gabriel.blouin.genest@gmail.com.

³ Les régions utilisées pour la classification correspondent à la classification géographique utilisée par l’OMS. Pour le détail des pays inclus dans chacune des régions, voir l’annexe 2.

⁴ Pour une description de ce logiciel, voir <http://www.stata.com>.

⁵ Pour le détail des méthodes mixtes en sciences sociales, voir, *supra*, « section méthodologique » au chapitre introductif de cette thèse.

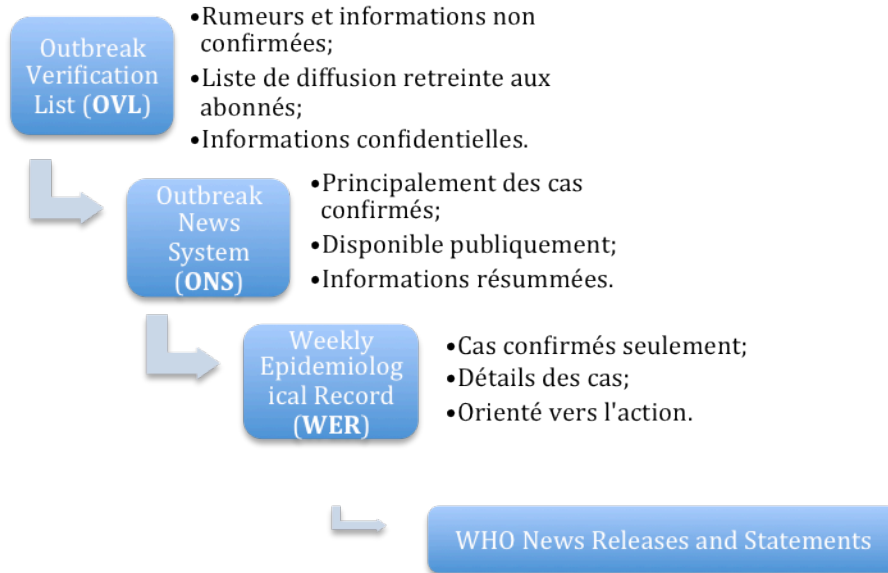
posés par les théories de la complexité et de l'acteur-réseau, ainsi qu'au cosmopolitisme méthodologique pour enrichir la compréhension théorique du rapport entre États et organisations internationales.

5.3 LA SURVEILLANCE EN CONTEXTE : BRÈVE HISTOIRE DE LA DISSÉMINATION DES INFORMATIONS ÉPIDÉMIOLOGIQUES PAR L'OMS

Comme nous l'avons relevé au chapitre 2, la dissémination des informations épidémiologiques et sanitaires représente l'étape ultime du processus de surveillance globale de la santé au sein de l'OMS⁶ qui utilise officiellement trois principaux canaux de communication pour rendre accessible l'information au sujet des événements et urgences sanitaires à l'échelle internationale : la « *Outbreak Verification List* » (OVL), le « *Outbreak News System* » (ONS) et le « *Weekly Epidemiological Record* » (WER). La Figure 5.1 ci-dessous représente la structure hiérarchique générale des communications épidémiologiques au sein de l'OMS, ainsi que les conditions et critères pour chacun de ces mécanismes.

⁶ Précédée par la collecte d'information, l'analyse, et l'interprétation.

Figure 5.1 – Les principaux canaux de communication et mécanismes d’alerte sanitaire à l’OMS



L’OVL est une liste confidentielle d’information qui est envoyée à plus de 900 acteurs de la santé publique internationale chaque semaine. Ces acteurs comprennent les différentes agences de l’ONU, les agences et partenaires de l’OMS, des ONG, des centres de recherche, les autorités nationales, etc. (OMS, 2000b, p. 6 ; Weir & Mykhalovskiy, 2010, p. 98). Il convient toutefois de noter que la OVL n’est pas considérée comme une publication officielle de l’OMS, puisque les informations qu’elle contient sont accessibles uniquement à certains abonnés qui sont sélectionnés par l’organisation internationale elle-même⁷ (Grein & coll., 2000). L’OVL doit être entendu dans ce cas comme un « instrument opérationnel

⁷ Une demande d’accès aux OVL pour la période 1996-2010 a été effectuée auprès de l’OMS le 21 mars 2011, demande qui a été rejetée. La raison offerte pour justifier ce rejet est que : « [t]he OVL was distributed confidentially to a restricted public health audience for 10 years from ~1998 to 6 June 2007 when it was unsettled to accommodate more stringent communication requirements under the IHR (2005). We have never changed our policy regarding the use of the OVL beyond a confidential operational tool. Unfortunately I am not at liberty to share the database with you for research purposes. » (Merianos, 2001) Bien que nous comprenions les raisons invoquées pour restreindre l’accès aux OVL, il est important de noter que les OVL ont déjà fait l’objet de projets de recherche et publications scientifiques, contrairement à ce qui est suggéré par l’OMS dans cette réponse. Voir, par exemple, Grein et coll. (2000) et Chan et coll. (2010).

confidentiel » (Merianos, 2001) voué à procurer un premier aperçu des crises sanitaires potentielles à l'échelle globale, crises qui n'ont pas été officialisées. L'objectif de l'OVL est donc de confirmer ou d'infirmer ces informations avant qu'elles ne soient formellement mises en circulation et disséminées par le système public d'alertes pandémiques de l'OMS, le « *Outbreak News System* ».

L'ONS représente le principal mécanisme de communication pour les alertes sanitaires au sein de l'OMS et est accessible au public via, entre autres, le site Internet de l'organisation internationale⁸. Les rapports publiés dans l'ONS concernent les événements de santé publique confirmés⁹ (Weir & Mykhalovskiy, 2006 ; Grein & coll., 2000). Ce système de communication épidémiologique est d'une ampleur considérable et offre une vaste diffusion. Selon Grein et coll. (2000), l'ONS représente « [...] one of the most frequently accessed sites on the WHO home page » (Grein & coll., 2000, p. 100), en faisant ainsi un des outils de communication de l'OMS les plus performants en termes d'accès public à l'information. Ces informations incluent généralement la nature de l'événement sanitaire en question (la maladie, la description, les moyens de contagion, etc.), le pays ou la région affligée, la ou les causes possibles, le contexte de propagation, le nombre de cas et de morts, ainsi que les traitements thérapeutiques potentiels. Un événement publié dans l'ONS peut être soit un nouveau cas, soit une mise à jour d'un cas précédemment relevé par le système de surveillance. Ces mises à jour permettent de faire le suivi des événements de santé publique pris en considération par le système de surveillance de l'OMS. L'ONS joue ainsi un rôle fondamental de communication et de dissémination des informations sanitaires essentielles par l'OMS. Les détails et informations spécifiques se retrouvent quant à eux dans le « *Weekly Epidemiological Record* ».

Le WER a été créé en 1945 dans le but de remplacer le « *Weekly Record* » de la section sanitaire du Secrétariat de la Ligue des Nations (Castillo-Salgado, 2010, p. 95). Le WER est une publication officielle de l'OMS accessible au public par l'intermédiaire du site Internet

⁸ Voir à ce sujet : <http://www.who.int/csr/don/en/>.

⁹ Nos analyses montrent néanmoins que certains cas non confirmés ont été inclus dans l'ONS, contrairement à ce qui est généralement affirmé par l'OMS. Voir, par exemple, le cas non confirmé de fièvre Lassa au UK le 13 mars 2000, http://www.who.int/csr/don/2000_03_13/en/index.html Page consultée le 8 aout 2011.

de l’OMS et est publié chaque vendredi, ou envoyé directement par courrier électronique via un service d’abonnement. Le WER est un document bilingue publié en français et en anglais qui « [...] serves as an essential instrument for the rapid and accurate dissemination of epidemiological information on cases and outbreaks of diseases under the International Health Regulations »¹⁰. Les informations apparaissant dans le WER incluent les mises à jour détaillées concernant les cas surveillés par l’OMS, les pandémies et épidémies en cours, les PHEIC, ainsi que tout autre événement sanitaire pris en considération par l’OMS et ayant été confirmé. Le WER est très exhaustif dans les informations fournies et inclut des données, graphiques et tendances épidémiologiques concernant les principales crises sanitaires à l’échelle planétaire, ainsi que des mesures pour contrer ces crises. Comparé aux OVL et ONS, le WER est beaucoup plus détaillé en termes d’informations, mais couvre généralement un nombre moins important de cas. Il est également beaucoup plus orienté vers les recommandations et mesures pour combattre les crises sanitaires. Cependant, puisqu’il est publié hebdomadairement, le WER n’est généralement pas utilisé comme mécanisme d’alerte et de communication pour la conduite de la surveillance globale de la santé en temps réel à l’OMS.

Enfin, différentes informations concernant les crises sanitaires et les épidémies peuvent être trouvées dans les nouvelles et communiqués officiels de l’OMS. Il est important de noter que ces deux canaux de communication ne sont pas utilisés comme mécanisme global d’alerte sanitaire. Ils servent plutôt l’objectif général de communication au sujet des activités de l’OMS et autres événements ou actions de cette organisation. Cependant, dans le contexte de crises sanitaires importantes – comme ce fut le cas avec la pandémie de H1N1 en 2009-2010 –, ces canaux peuvent aussi être utilisés pour diffuser des informations et attirer l’attention des médias sur un ou plusieurs enjeux qui se sont retrouvés dans les autres mécanismes de communication. Le WER et les communiqués officiels de l’OMS ne sont donc pas analysés ici.

¹⁰ <http://www.who.int/wer/en/> Page consultée de 22 juin 2011.

5.4 LES RÉSULTATS DE LA SURVEILLANCE GLOBALE DES MALADIES INFECTIEUSES : QUELLE GOUVERNANCE POUR QUELS OBJECTIFS DE SANTÉ PUBLIQUE ?

Nous présentons ici nos résultats d'analyse concernant la surveillance des maladies infectieuses par l'OMS dans le cadre de la gouvernance globale de la santé. Pour ce faire, nous situons tout d'abord notre analyse par rapport à l'état actuel des connaissances à ce sujet, pour ensuite détailler nos résultats en termes de maladies sous surveillance par l'OMS, de suivi de celles-ci dans le temps ainsi que de leur distribution géographique.

5.4.1 L'ÉTAT DES CONNAISSANCES EMPIRIQUES DE LA SURVEILLANCE GLOBALE DE LA SANTÉ À L'OMS

Peu d'études ont analysé les résultats de la surveillance de la santé à l'OMS. Aucune ne l'a fait dans une perspective d'analyse politique, c'est-à-dire de compréhension des facteurs politiques ayant influencé sa pratique, comme nous le faisons ici. Nous sommes donc conscients, avec l'ouverture de ce champ de recherche, que peu de comparaisons et parallèles peuvent être établis. Il convient tout de même, avant de présenter en détail nos propres résultats, d'aborder brièvement les résultats des principales études effectuées jusqu'à maintenant, même si leurs objectifs n'étaient pas directement les mêmes que les nôtres. En passant en revue ces différents résultats, notre objectif est de donner une compréhension la plus large possible des pratiques de surveillance à l'OMS, ainsi que de permettre, dans la mesure du possible, une certaine forme de comparaison avec nos propres résultats, tout en y intégrant notre compréhension des facteurs politiques les ayant influencés. Deux types d'analyse ont été effectués jusqu'à maintenant : l'analyse qualitative des capacités et mécanismes de surveillance de l'OMS et l'analyse quantitative de la pratique de la surveillance, catégorie qui a été la moins étudiée jusqu'à maintenant et pour laquelle le présent chapitre constitue l'apport considérable.

5.4.1.1 ANALYSE QUALITATIVE DES CAPACITÉS ET MÉCANISMES DE SURVEILLANCE DE L'OMS

Grein et coll. (2001) ont tout d'abord montré que les capacités générales de surveillance de l'OMS sont somme toute limitées, entre autres en raison de la faible étendue et précision de la surveillance globale effectuée par cette organisation internationale. Ils ont, par exemple, souligné que, de manière générale, « [t]he number of outbreak reports selected for verification is small compared with the number of reports received by the outbreak verification team » (*idem*, p. 101). Cela signifie que cette structure de surveillance, bien qu'en mesure de recevoir une grande quantité d'informations, ne permet qu'à peu de celles-ci de se rendre effectivement jusqu'au processus de vérification. Cet effet de « goulot d'étranglement » affecte potentiellement l'ensemble du processus de surveillance au niveau de l'OMS, puisque des quatre étapes hiérarchiques de la surveillance présentées précédemment – collecte de donnée, vérification, communication et coordination –, cette lacune structurelle du système de surveillance handicape minimalement les deux étapes ultimes étant donné que des informations non vérifiées ne peuvent être communiquées et prises en charge de manière efficace.

Cette caractéristique structurelle de limitation des événements pouvant être vérifiés mène à une série de questions concernant l'analyse des cas par l'OMS : qui effectue la sélection des cas? Selon quels critères ? Quelle en est, si elle existe, la procédure officielle ? Avec quel niveau de responsabilité ? Même si le processus de vérification en place établit, selon l'OMS, une stricte procédure de sélection, il reste tout de même que, comme l'ont affirmé plusieurs, « [...] their application requires an individual assessment of each single event [and s]ome see in this selection process a lack of transparency and argue that the reader is the best judge of what to believe » (*idem*, p. 101). Dans ce contexte de manque potentiel de transparence, le fait que certaines procédures du processus de surveillance restent confidentielles – l'OVL et le processus de sélection/vérification qui suit restent, à titre d'exemple, totalement confidentiels – augmente le potentiel de critiques envers l'organisation internationale et ses actions¹¹. On constate ainsi que l'argument de la confidentialité est en quelque sorte utilisé pour dissimuler certaines responsabilités individuelles ou institutionnelles, même s'il est tout à fait possible que ces responsabilités

¹¹ Voir chapitre 6, *infra*, à ce sujet.

soient adéquatement assurées dans les faits, ce que nous empêche toutefois de vérifier la restriction d'accès aux informations auquel nous avons été confrontés.

Cette situation problématique concernant la sélection des cas a également soulevé un certain inconfort de la part de ceux qui ont observé des tendances pour le moins « intrigantes » dans les résultats de surveillance de l'OMS. Grein et coll. ont, par exemple, constaté que : « [i]ndustrialized countries feature infrequently in the Outbreak Verification List because it is assumed that they can deal with outbreak situations [which] is, of course, not always true and leads to an overrepresentation of developing countries in the Outbreak Verification List » (*idem*, 2000, p. 102) Cette observation suggère par association qu'une des principales failles du système de surveillance de l'OMS est son potentiel biais envers les pays en développement, et que parallèlement, le système de surveillance de l'OMS serait utilisé par certains pays comme pare-feu sanitaire contre les maladies provenant du « Sud »¹², impression qui est renforcée par la confidentialité de certaines procédures de l'OMS et l'absence de processus de contre-vérification ouvert et transparent. Cet aspect est fondamental, puisque la légitimité de la gouvernance globale de la santé est ici en jeu. Ces lacunes au niveau du processus de vérification sont également renforcées par les conséquences d'une utilisation massive des nouvelles technologies de l'information. Sturtevant et coll. ont ainsi mis en évidence que : « [i]nternet-based reporting of infectious disease outbreaks is limited in developing countries due to lack of affordability, access, and education. The increasing digital divide between countries is demonstrated by huge variations in Internet access within and between countries » (Sturtevant, Anema & Brownstein, 2007). Cela suggère que dans un contexte de surreprésentation des pays en développement, il est probable que les informations proviennent majoritairement des pays développés – qui ont un accès relativement plus important aux nouvelles technologies –,

¹² Certains pourraient soutenir que cette tendance observée dans la surveillance de la santé effectuée par l'OMS ne fait que refléter une réalité épidémiologique. Formulé autrement, les pays en développement apparaîtraient plus fréquemment dans la structure de surveillance de l'OMS, parce qu'ils seraient tout simplement plus affectés par les maladies infectieuses et parce que leur système de santé publique serait plus faible. Cet argument est justifiable uniquement si le principal critère d'inclusion dans la structure de surveillance est le potentiel d'impact sur la santé des événements sanitaires, ce qui, comme nous l'avons vu précédemment, et comme il est démontré empiriquement plus loin, n'est pas le cas. Il est également à noter que cet argument a été utilisé, comme il a été souligné au chapitre 4, *supra*, par les pays occidentaux pour justifier la mise en place de nouveaux mécanismes de gouvernance globale de la santé fondés sur leurs propres intérêts nationaux.

situation qui risque fortement d'accroître la perception d'un état de néocolonialisme et d'utilisation partielle de ces informations à des fins politiques et d'intérêts nationaux particuliers (King, 2002).

5.4.1.2 ANALYSE QUANTITATIVE DES CAPACITÉS ET MÉCANISMES DE SURVEILLANCE DE L'OMS

La seconde catégorie d'analyse qui a été faite concerne, entre autres, le type d'information et le nombre d'épisodes sanitaires mesurés par l'OMS, et est à ce titre de nature plus quantitative, bien que pas exclusivement. Ce type d'analyse a tout d'abord cherché à distinguer entre les différentes sources d'informations utilisées par l'OMS (officielle/non officielle, formelle/informelle, etc.). Globalement, plusieurs analyses ont évalué qu'environ 65 % de l'ensemble des signalements provient de sources non officielles, majoritairement de la presse, des sources d'information journalistique et d'Internet (Formenty & coll., 2006, p. 1 ; Zacher & Keefe, 2008, p. 4 ; Heymann & Rodier, 2001, p. 352). Deux périodes temporelles différentes ont été documentées jusqu'à maintenant : 1997-1999 et 2001-2004. Même si ces études sont fragmentaires, elles permettent tout de même d'offrir une représentation du type d'informations analysées par l'OMS. L'analyse la plus détaillée a été faite par Grein et coll. (2000). Pour la période 1997-1999, ils ont mis en évidence que l'OMS a suivi 246 événements sanitaires d'intérêt international, événements qui ont été publicisés par l'OVL. De ces événements sanitaires : « [s]eventy-one percent of the initial reports were retrieved from informal or unofficial sources (e.g., the media, electronic discussion groups, nongovernmental organizations), and 29% were provided by official sources (e.g., WHO network, Ministries of Health) » (Grein & coll., 2000, p. 100).

Grein et coll. ont aussi trouvé que du 1^{er} juillet 1997 au premier juillet 1999, « [o]f the 246 outbreaks, 43% occurred in the African region of WHO; 12% each in the regions of the Americas, eastern Mediterranean, and Europe; 11% in the Southeast Asian region; and 9% in the Western Pacific region » (*ibid*). La région africaine représente donc de loin la région la plus surveillée par l'OMS en termes d'incidence des rapports épidémiologiques. Les auteurs ont aussi souligné que les pays industrialisés ne représentent que 2 % de tous les événements inclus dans l'OVL. En ce qui concerne les maladies prises en considération par

l'OMS, le choléra domine avec 31,7 % des cas, suivi par les fièvres hémorragiques sévères (9,76 %), les syndromes de diarrhée (8,94 %), les syndromes neurologiques sévères (8,54 %) et les maladies méningocologiques (8,13 %), toujours pour la période 1997-1999 (*ibid*). Cette étude indique aussi que le temps médian pour qu'une information soit partagée avec la communauté internationale – c'est-à-dire la différence entre la date de réception du premier rapport reçu par l'OMS et la date de confirmation et communication par l'OMS – est de 18 jours, mais varie de 1 à 224 jours (*idem*, p. 101). Finalement, des 246 événements sanitaires analysés, 69 ont été écartés de l'OVL, principalement (dans 84 % des cas), « [...] because they did not meet the criteria for outbreaks or for international public health importance » (*ibid*). Enfin, les auteurs reconnaissent une erreur de moins de 1 % dans le mécanisme de surveillance de l'OMS, c'est-à-dire des cas d'importance internationale publicisés par l'OMS, mais qui n'en étaient pas vraiment (*idem*, p. 102).

D'autres analyses se sont concentrées seulement sur le nombre et la variation des événements pandémiques couverts par l'OMS. Les informations disponibles à ce sujet sont parcellaires, mais offrent néanmoins une image intéressante du travail de l'OMS. Pour la période de janvier 2001 à octobre 2004, Heymann a, par exemple, identifié que 61 % des signalements de maladies infectieuses reçus par l'OMS provenait de « [...] unofficial and mostly electronic sources such as the media, personal communications or NGOs » (Heymann, 2006, p. 350), confirmant les affirmations relevées lors du processus de négociation à ce sujet¹³. La période analysée par Heymann a couvert 1315 rapports d'événements sanitaires. Enfin, selon l'OMS elle-même, « [a]s of January 2000¹⁴, 512 outbreak reports have been investigated and disseminated if found to be of international public health importance » (OMS, 2000b, p. 6). Oppong a quant à lui affirmé que l'OMS « [...] has confirmed more than 1,100 epidemic events around the world since 2001 » (Oppong, 2010, p. 10), consolidant son rôle de gendarme global de la surveillance des maladies infectieuses.

Une autre importante étude a aussi examiné l'enjeu du temps de réponse de l'OMS dans la surveillance des maladies infectieuses. Dans cette étude, les auteurs « [...] analyzed the

¹³ Voir chapitre 4, *supra*.

¹⁴ Ce rapport couvrait la période 1996-2000.

entire WHO public record of Disease Outbreak News reports and created a catalog of selected WHO- confirmed outbreaks that occurred during 1996–2009 » (Chan & coll., 2010, p. 21701). Leur objectif était d'analyser le temps de réponse nécessaire pour qu'un événement soit considéré comme un « *outbreak* ». Chan et coll. ont ainsi souligné que : « [a]fter event onset, it takes an average of 15 [days] before the event is detected, another 12–24h before the World Health Organization (WHO) is notified, and then another 7 [days] before the event is verified » (2010, p. 21701). Ils ont aussi mis en évidence le fait que le temps moyen entre le premier signalement et sa communication publique par l'OMS a décru légèrement durant la période analysée, même si des variations significatives existent également entre les régions. La principale amélioration dans le temps moyen de communication concerne les régions de l'Est de la Méditerranée ainsi que du Pacifique Ouest (*idem*, pp. 21702-21703). Les analyses de ces mêmes auteurs ont également montré que des 398 événements sanitaires confirmés par l'OMS, 53 % concernaient la région de l'Afrique, suivie par l'Est de la Méditerranée (11 %), la région du Pacifique Ouest, l'Europe (7 %) et l'Asie du Sud-Est (7 %) (Chan & coll., 2010, p. 21702). Comme l'ont souligné Chan et coll., « Africa also comprised half of our dataset, *confirming its continued status as an infectious disease hotspot* » (Chan & coll., 2010, p. 21703 – nous soulignons), ce qui confirme les résultats de Greins et coll. concernant l'emphase mise sur la région africaine (Grein & coll., 2000). En termes d'importance des maladies, Chan et coll. ont enfin montré que 29 % des événements analysés concernait le choléra, 12 % la fièvre jaune, 9 % la méningite, 9 % la grippe aviaire et 5 % la dengue (Chan & coll., 2010, p. 21702). Il convient donc maintenant de comparer ces différents éléments à nos propres résultats d'analyse.

5.4.2 RÉSULTATS D'ANALYSE : ÉVIDENCES EMPIRIQUES DE LA PRATIQUE DE LA SURVEILLANCE GLOBALE DES MALADIES INFECTIEUSES PAR L'OMS

L'objectif de cette section, qui représente l'élément central de ce chapitre, est de présenter les résultats de la surveillance effectuée au niveau de l'OMS pour la période 1996-2010. Nous cherchons donc tout d'abord à étayer empiriquement les « objets » et « sujets » de la structure de surveillance de l'OMS. Quels pays, régions, maladies, etc. sont surveillés par

cette institution internationale ? Sous quels critères ? Par l'intermédiaire quel type d'information ? Les informations analysées pour se faire proviennent, comme nous l'avons mentionné précédemment, du « *Outbreak News System* » de l'OMS.

5.4.2.1 MALADIES ET ENJEUX SANITAIRES SOUS SURVEILLANCE

Pour la période 1996-2010, 82 maladies ou événements sanitaires différents ont été traités par le système de surveillance de l'OMS. Ces événements épidémiologiques comprennent des maladies transmissibles (choléra, dengue, fièvre jaune, Ébola, etc.) ainsi que des maladies non naturelles (anthrax) des maladies d'origine alimentaire (contamination à la mélamine) des maladies non infectieuses ainsi que des épidémies animales. Tel que rapporté au Tableau 5.1, les 18 maladies représentant chacune plus de 1 % de tous les cas constituent au total quelque 87 % de toutes les alertes sanitaires de l'OMS. Cette première caractéristique illustre que, même si un grand nombre de maladies sont incluses dans le système de surveillance de l'OMS (82), seulement un nombre relativement limité (18) est réellement suivi et surveillé par cette organisation.

Le Tableau 5.1 montre également que les 10 principales maladies (en gris dans le tableau) représentent plus de 75 pour cent de tous les cas. La grippe A(H5N1) est de loin la maladie sous surveillance avec le plus grand nombre de cas, avec plus de 20 % de toutes les données, suivi par le choléra (15,1 %), les infections à méningocoque (8,01 %) et le virus Ébola (7,04 %). Ces quatre maladies représentent donc plus de la moitié (50,3 %) de l'ensemble des alertes pandémiques produites par l'OMS. Cela confirme les conclusions des études présentées précédemment qui soulignaient notamment l'importance du choléra dans la structure de surveillance de l'OMS. Nos résultats montrent toutefois que ce sont les maladies liées à l'influenza qui dominant le système de surveillance globale de la santé de l'OMS.

Tableau 5.1 – Les principales maladies représentant plus de 1 % de l’ensemble des données

Maladies	Nb. de cas	%
A(H5N1)	393	20,18
Choléra	294	15,1
Maladies méningocologiques	156	8,01
Ébola	137	7,04
A(H1N1)	130	6,68
SRAS	115	5,91
Fièvre jaune	107	5,5
Dengue	46	2,36
Poliomyélite	46	2,36
Fièvre hémorragique	42	2,16
Méningite	38	1,95
Méningite cérébrospinale	37	1,9
Fièvre de la vallée du Rift	32	1,64
Marburg	31	1,59
Influenza	25	1,28
Maladies méningocologiques - sérogroupe W135	24	1,23
Peste	23	1,18
Virus du Nil ouest	22	1,13
total	1698	87,20

**En gris, les 10 plus importantes*

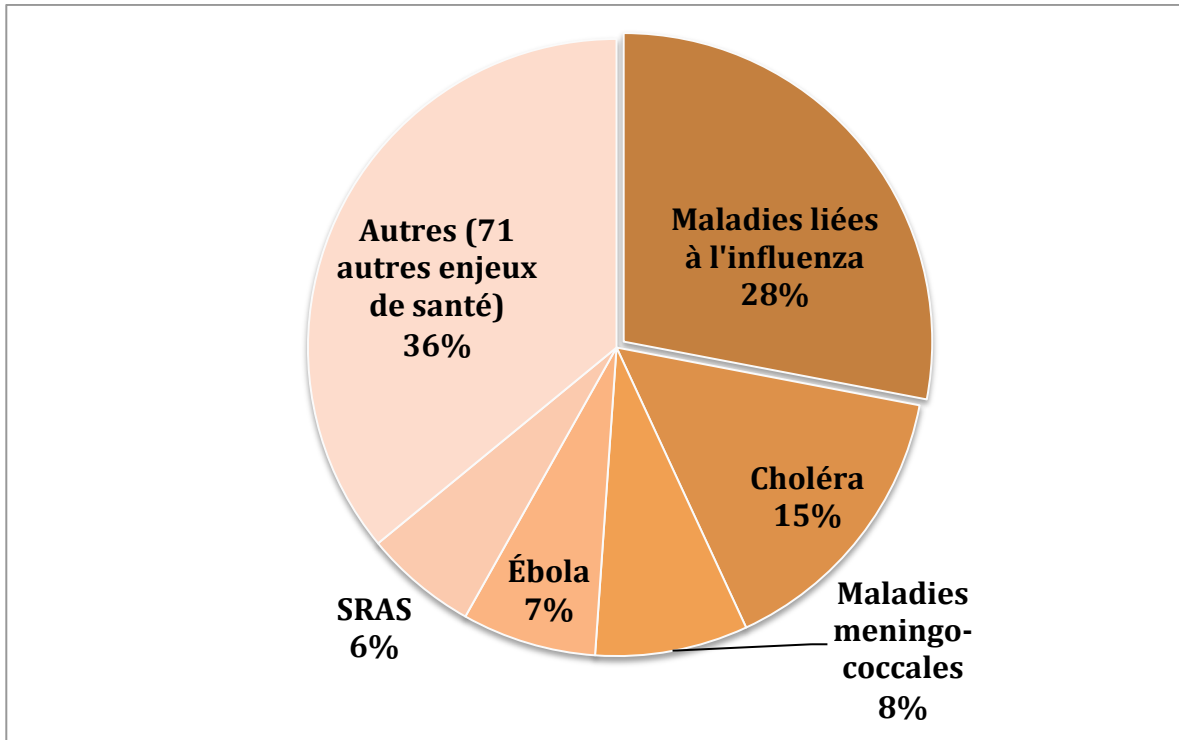
Les six maladies les plus présentes dans la structure de surveillance de l’OMS par rapport aux autres sont rapportées dans la Figure 5.2 ci-dessous. On y constate une claire prédominance de l’influenza¹⁵, qui, avec plus de 28 % des données, domine les cas analysés par l’OMS. Cette caractéristique est particulièrement importante à noter, puisque l’OMS opère déjà une structure de surveillance de l’influenza appelée FluNet¹⁶, donnant ainsi l’impression d’une redondance dans les mécanismes de gouvernance globale de la santé. Cette figure met également en lumière le déséquilibre dans les maladies prises en considération par l’OMS, où très peu de maladies sont effectivement surveillées, induisant

¹⁵ Tous types d’influenza confondus.

¹⁶ Voir par exemple http://www.who.int/influenza/gisrs_laboratory/flunet/en/.

de la sorte un questionnement quant au processus par lequel il est choisi que les maladies sont incluses ou non dans le système de surveillance.

Figure 5.2 – Les cinq plus importantes maladies surveillées par l’OMS



Toutes les maladies ne sont donc pas aussi susceptibles de se retrouver dans le système de surveillance de l’OMS. Par exemple, sur les dix-huit maladies les plus surveillées, une seule – la dengue – semble être ce que l’OMS considère comme les maladies tropicales négligées¹⁷, requérant une attention accrue de la communauté internationale. Comme le souligne l’OMS, ce type de maladies « [...] blight the lives of a billion people worldwide and threaten the health of millions more » (OMS, 2010a, p. 1). Parmi l’ensemble des données analysées, seulement trois infections correspondent aux maladies tropicales négligées – la dengue, la rage et la leishmaniose. Ces trois maladies représentent 2,62 % de tous les cas d’épidémies inclus dans le système de nouvelles épidémies, confirmant qu’elles portent bien le terme de « négligées ».

¹⁷ Pour le détail de ces maladies, voir la note 8 au chapitre 4, *supra*.

Ces événements de santé publique inclus dans l'ONS pour la période 1996-2010 comprennent également des événements non naturels, comme cela a été discuté au chapitre 4, en référence par exemple à des actes de « bioterrorisme ». Ce type d'événements a été répertorié à une seule reprise et concerne l'épisode des lettres d'anthrax envoyées par la poste aux États-Unis à la fin de l'année 2001. Cet événement de santé, à lui seul, a été couvert par 16 alertes épidémiologiques de l'OMS, ce qui équivaut à l'attention accordée aux maladies telles que la fièvre de Lassa ou la poliomyélite pour la période analysée¹⁸. Les intoxications alimentaires et autres contaminations non naturelles représentent quant à elle 8 cas d'alerte sanitaires, dont 3 cas pour la très médiatisée contamination à la mélamine du lait en poudre pour nourrissons en Chine en 2008. Cet épisode a causé la mort d'au moins 6 enfants et a reçu une couverture médiatique mondiale (Gossner & coll., 2009). Un seul événement correspond quant à lui à une exposition accidentelle à un virus en laboratoire, et il s'agissait de l'exposition accidentelle à la variole en Russie en 2000¹⁹.

Le système de surveillance de la santé de l'OMS, pour la période 1996-2010, s'est donc concentré sur un nombre relativement restreint d'enjeux sanitaires. Un nombre très limité de maladies occupe une part considérable de l'ensemble des alertes sanitaires émises par l'OMS, avec notamment l'influenza qui représente plus d'un quart de tous les cas. En comparaison, l'OMS estime que 6 maladies – la diarrhée, le VIH/SIDA, le paludisme, la rougeole, la pneumonie et la tuberculose – représentent 90 % de tous les décès liés aux maladies infectieuses et/ou transmissibles dans le monde (OMS, 1999d). Sauf pour le choléra, aucune d'entre elles ne se trouve dans le top 10 des maladies suivies par le système de surveillance de l'OMS.

À titre d'exemple, en comparaison avec la dernière année (2008) pour laquelle des données de l'OMS sur les taux de mortalité dans le monde causée par les maladies sont disponibles, la divergence entre l'impact des maladies sur la santé et leur place dans le système de surveillance de la santé est encore plus forte. Aucune des 10 maladies infectieuses les plus mortelles selon les chiffres de l'OMS ne se trouve dans les dix événements sanitaires les

¹⁸ L'épisode des lettres d'anthrax aux États-Unis a tué 5 personnes, comparativement à des centaines pour la poliomyélite et la fièvre de Lassa.

¹⁹ Voir http://www.who.int/csr/don/2000_06_20e/en/index.html Page consultée le 17 juin 2012.

plus suivis par l’OMS (Tableau 5.2 ci-dessous). Cela souligne, entre autres, l’écart considérable entre l’impact d’une maladie à l’échelle mondiale sur la santé des populations et la place qu’elle occupe en termes d’importance dans la structure de surveillance de l’OMS. La mortalité et l’impact sur la santé des maladies ne semblent donc pas figurer parmi les principaux critères de sélection des événements de santé publique dans le système de surveillance de l’OMS.

Tableau 5.2 – Comparaison des dix principales maladies pour 2008 avec leur prépondérance dans le système de surveillance

Top 10 du système de surveillance de l’OMS	Top 10 des données de mortalité mondiale de l’OMS
A(H5N1)	Maladies diarrhéiques
Fièvre jaune	VIH/SIDA
Choléra	Tuberculose
Maladies méningocologiques	Malaria
Poliomyélite	Méningite
Entérovirus	Coqueluche
Lait contaminé à la mélamine	Rougeole
Ébola	Hépatite B
Fièvre de la vallée du Rift	MTS, excluant le VIH/SIDA
Dengue	Tétanos

Source : *WHO Global Health Observatory Data Repository*, 2008

5.4.2.2 NOUVEAU CAS OU MISE À JOUR ?

Une seconde problématique à laquelle cherche à répondre notre analyse est de savoir si les maladies incluses dans les ONS ont été suivies dans le temps par l’OMS, ou si elles ont plutôt été tout simplement intégrées de façon sporadique dans le système de surveillance sans contrôle réel à long terme. De l’ensemble des données, 36,72 % (715 cas) de toutes les alertes épidémiologiques représentent des nouveaux cas. Les 63,28 % restant concernent des mises à jour d’événements précédemment inclus dans le système de surveillance de l’OMS. Lorsque les données sont ajustées pour les erreurs de classification effectuées par l’OMS, le nombre total de nouveaux cas augmente légèrement pour atteindre 742

(38,10 %). Cette marge d'erreur de 27 cas est due entre autres à des erreurs de classification des mises à jour ainsi que de numéro de mise à jour dans le système d'alerte en ligne de l'OMS. Les données finales modifiées sont rapportées dans le Tableau 5.3. Au cours des 15 années couvertes par cette analyse, l'OMS a donc lancé 742 alertes sanitaires uniques, c'est-à-dire concernant un événement épidémiologique spécifique.

Tableau 5.3 – Nombre de mises à jour

Mise à jour	Nb. de cas	%
Non	742	38,10
Oui	1,205	61,9
Total	1947	100

Cependant, et comme le montre la Figure 5.3, la proportion de nouveaux cas par rapport aux mises à jour varie considérablement en fonction des années analysées, ce qui peut correspondre à la présence de crises sanitaires particulières pour lesquelles l'OMS a effectué un suivi considérable. Encore une fois, ceci soulève des questions quant aux processus d'inclusion ou non des phénomènes sanitaires dans la structure de surveillance de l'OMS. On constate par exemple une tendance générale à l'augmentation des mises à jour dans le temps. L'application progressive du RSI semble ainsi s'accompagner d'une augmentation des mises à jour pour certaines maladies.

Figure 5.3 – La proportion des mises à jour à travers le temps



Par conséquent, parmi les cas analysés, certains ont reçu plus d'attention que les autres. Ils représentent généralement des épidémies, pandémies ou crises sanitaires présentant un intérêt particulier selon les critères du nouveau RSI. Le Tableau 5.4 ci-dessous montre les cas présentant les mises à jour les plus importantes effectuées par l’OMS. Ceux qui ont reçu la plus grande attention par le système de l'OMS sont les infections de type grippal (influenza). Sur les 20 épisodes sanitaires les plus importants surveillés par l’OMS, 10 (50 %) étaient liées à une forme ou une autre de l’influenza. Si on se concentre sur le top dix (en gris dans le Tableau 5.4), ce sont huit cas qui sont liés à la grippe. Parmi les dix maladies avec le suivi le plus important, seuls le SRAS et le virus Ébola ne sont pas des infections liées à l’influenza.

Tableau 5.4 – Les événements sanitaires les plus mis à jour

Maladies	Nb. de mise à jour	Année	Pays/Région
A(H1N1)	115	2008-2009	Multipays
SRAS	96	2002-2003	Multipays
A(H5N1)	51	2004-2005	Multipays
A(H5N1)	45	2007-2008	Multipays
A(H5N1)	45	2008	Indonésie
A(H5N1)	42	2005	Chine
Ébola	40	2000-2001	Uganda
A(H5N1)	40	2005	Thaïlande
A(H5N1)	39	2009-2010	Égypte
A(H5N1)	38	2006	Indonésie
A(H5N1)	31	2003-2004	Asie
A(H5N1)	30	2005	Vietnam
Marburg	26	2005	Angola
Ébola	21	2002	République démocratique du Congo
Ébola	21	2002	Gabon
Choléra	19	2001	Afrique du Sud
Anthrax	15	2001	États-Unis
Poliomyélite	14	2005	Indonésie
Fièvre hémorragique	12	2000	République démocratique du Congo
Virus du Nil ouest	10	2002	États-Unis

**En gris, les dix plus importantes*

La question qui se pose, dans ce contexte, est de savoir si le système de surveillance globale de la santé mis en place par l'OMS a efficacement effectué le suivi et le contrôle d'une portion significative de toutes les épidémies qui ont eu lieu au cours de la période analysée. Les résultats de la comparaison entre les épidémies suivies par le système de surveillance de l'OMS et celles qui effectivement sévissent dans le monde sont présentés au Tableau 5.5. Les données comparatives proviennent, pour la période 1996-2007, l'*Encyclopaedia of Plague and Pestilence* de George C. Kohn. Ce livre a compilé des données pour les « [...] catastrophic, important, and extraordinary epidemics that have severely interrupted human affairs and caused horrible suffering » (Kohn, 2008), ce qui correspond globalement avec le caractère d'exceptionnalité qui caractérise les critères d'inclusion du nouveau RSI²⁰. Au vu

²⁰ Voir chapitre 3, *supra*.

des données rapportées au Tableau 5.5, nous pouvons constater que la structure de surveillance de l'OMS semble présenter une efficacité relativement bonne, puisqu'elle montre une sensibilité importante aux diverses épidémies qui se sont produites dans le monde pour la période analysée. Sur les 39 principaux événements épidémiques compilés par Kohn, 24 (61,5 %) ont été effectivement capturés par le système de surveillance de l'OMS. Il est important de rappeler que, comme nous l'avons mentionné dans le chapitre 3, certains critères s'appliquent pour qu'une maladie soit considérée comme PHEIC, et donc incluse dans le système de surveillance de l'OMS. En conséquence, nous ne devons pas nécessairement nous attendre à voir répertoriées toutes les épidémies qui se sont produites pendant cette période.

Tableau 5.5 – Comparaison des maladies surveillées par le système de l’OMS et les principales épidémies pour la période 1996-2007

Année	Maladie	Pays/Région	Basse de données
1995-96	Maladie de la « vache folle »	Grande-Bretagne	
1995-97	Influenza	Russie	
1996	Ébola	Gabon	√
1996	Hantavirus	Amérique du Sud (Chili, Argentine, Paraguay)	
1996	Onchocerciasis	Brésil	
1996	Méningite	Afrique de l’Oest	√
1997-00	Grippe « aviaire »	Chine, Vietnam, Indonésie, Asie	√
1998	Hantavirus	Amérique du Sud (Chili)	√
1998	Dengue	Puerto Rico	
1998	Malaria	Inde	
1998-99	Virus Nipah	Malaysie	
1998-00	Choléra	Somalie	√
1999	Poliomyélite	Angola	√
1999	Maladie du légionnaire	Pays-Bas	√
1999	Maladie de la « vache folle »	Grande-Bretagne	
1999-00	Malaria	Afrique, Afrique du Sud, Inde	√(Burundi et Kenya)
1999-00	Choléra	Madagascar	√
1999-05	Virus du Nil Ouest	États-Unis	√
2000	Fièvre de la vallée du Rift	Arabie Saoudite, Yémen	√
2000	Ébola	Uganda	√
2000	Virus du Nil Ouest	Israël	√
2000-01	Choléra	Afrique du Sud	√
2001	Dengue	Hawaii	
2001	Anthrax	États-Unis	√
2001-02	Ébola	Gabon	√
2002	Maladie du légionnaire	Grande-Bretagne	
2003-04	SRAS	Vietnam, Chine, Singapour, Canada	√
2003	Ébola	Congo	√
2004-06	Oreillons	Grande-Bretagne	
2004-05	Marburg	Angola	√
2005	Ébola	Congo	√
2005	Choléra	Afrique du Centre et de l’Ouest	√
2005	Encéphalite	Inde, Népal	√
2005	Rougeole	Nigéria	
2005-06	Chikungunya	Îles de l’océan indien (Réunion, Maurice, Seychelles, Mayotte, Madagascar), Inde	√
2006	Oreillons	États-Unis	
2006-07	Choléra	Angola	

2006-07	Fièvre de la vallée du Rift	Kénya, Somalie	√
2006-07	Dengue	Inde	

En gris, les épidémies effectivement répertoriées par le système de surveillance de l'OMS.

Sachant que la sensibilité du système de surveillance de l'OMS est assez importante, puisque plus de 61 % de toutes les épidémies s'étant produites pour la période 1996-2007 ont été prises en considération, la question est maintenant non seulement de savoir pourquoi certaines maladies sont incluses dans le système de surveillance de l'OMS et d'autres non, mais également d'expliquer les différences perçues dans la couverture accordée aux différents événements sanitaires.

La gravité en termes de santé publique devrait logiquement en être un des facteurs. Comme on pouvait le constater avec le Tableau 5.4, le suivi et les mises à jour élevées semblent toutefois être accordés à un nombre limité de maladies, parmi lesquelles prédomine l'influenza. Cela est assez surprenant si l'on considère que la grippe occupe une place très limitée, avec deux entrées, dans la compilation des épidémies les plus importantes rapportées par Kohn (2008 – voir Tableau 5.5). Les dernières données sur la prévalence et l'impact de la grippe (tous types confondus) dans le monde montrent en effet que cette maladie a causé entre trois et cinq millions d'infections graves, infections qui se sont traduites par 250000-500000 décès en 2009 (OMS, 2009a), affectant principalement les personnes âgées (65 ans et plus) et les personnes atteintes d'une maladie chronique. Cela peut sembler considérable, mais en comparaison, la tuberculose a tué en 2008 1 342 000 personnes, le VIH/SIDA, 1 776 000 personnes, les maladies diarrhéiques, 2 464 000, le paludisme, 827 000, pour ne nommer que quelques maladies qui occupent une place très limitée, voir inexistante, dans le système de surveillance de l'OMS. La gravité des événements de santé publique, ainsi que leurs impacts sur la santé, ne semblent donc pas faire partie des principaux facteurs d'inclusion dans le système de surveillance de l'OMS.

5.4.2.3 LA DISTRIBUTION GÉOGRAPHIQUE DE LA SURVEILLANCE

Si la gravité sanitaire des cas ne semble pas influencer l'inclusion ou non des événements dans le système de surveillance de l'OMS, certaines tendances peuvent toutefois être

observées dans la répartition géographique des alertes sanitaires, notamment au niveau des pays et régions concernés. Au total, 147 pays ou régions ont ainsi fait l'objet de surveillance pour la période 1996-2010, dont 119 pays uniques²¹. Tel qu'indiqué dans le Tableau 5.6, les 26 pays les plus importants en termes de prévalence, c'est-à-dire ceux comptant plus de 1 % de tous les cas, représentent quelque 66 % des données disponibles. Le pays/région avec la plus grande fréquence d'occurrence est celui concernant une multitude de pays (9,66 %), auquel nous référons ici sous le terme « multipays ». Cela signifie que les événements sanitaires affectant plus d'un pays ou d'une région représentent la zone géographique la plus représentée dans le système de surveillance globale de l'OMS. En termes d'importance, les épisodes multipays sont suivis par l'Indonésie (6,65 %), la République démocratique du Congo (ex-Zaïre) (5,35 %), l'Égypte (4,31 %), la Chine (4,26 %), le Viet Nam (3,38 %) et l'Ouganda (3,17 %). Il est à noter que les États-Unis sont le seul pays occidental figurant dans cette liste des 26 pays les plus représentés, et que 15 (57,7 %) de ceux-ci sont issus du continent africain. Le top 10 des pays/régions (Tableau 5.6, en gris) représente plus de 44 % de tous les cas. Ce premier coup d'œil à la répartition géographique de la surveillance des maladies de l'OMS montre un niveau relativement élevé de concentration géographique, faisant ainsi écho à la concentration en termes de maladies notée précédemment. 10 pays ou régions représentent plus de 44 % de tous les cas, tandis que les 137 suivants ne représentent que 56 % des cas.

²¹ Le reste étant des régions ou plusieurs pays à la fois.

Tableau 5.6 – Pays/région représentant plus de 1 % des cas

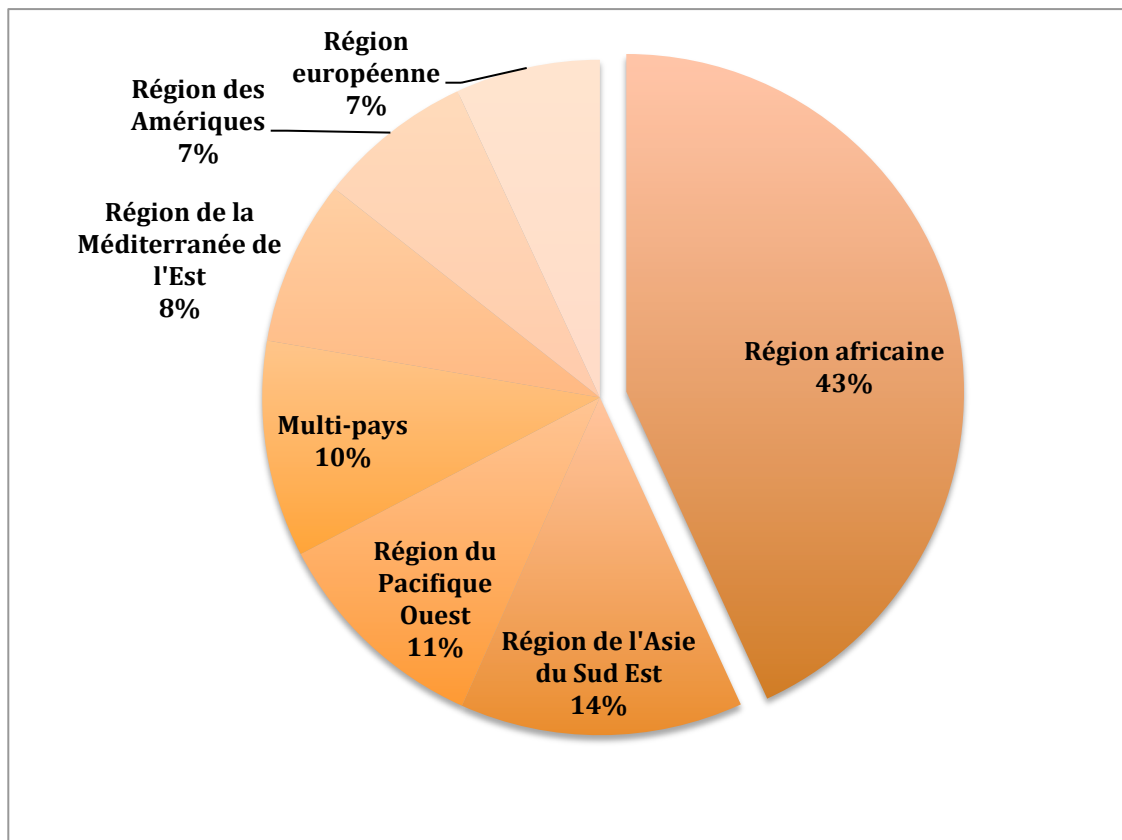
Pays	Nb. de cas	%
Multi-pays	186	9,66
Indonésie	128	6,65
République démocratique du Congo (ex Zaire)	103	5,35
Égypte	83	4,31
Chine	82	4,26
Viet Nam	65	3,38
Uganda	61	3,17
Soudan	52	2,7
Angola	50	2,6
Burkina Faso	43	2,23
Gabon	43	2,23
US	38	1,97
Chad	37	1,92
Afrique du Sud	33	1,71
Nigéria	32	1,66
Sénégal	27	1,40
Niger	25	1,30
Libéria	24	1,25
Inde	23	1,19
Hong Kong	22	1,14
Thaïlande	22	1,14
Afghanistan	21	1,09
Brésil	20	1,04
Éthiopie	20	1,04
Mali	20	1,04
Mozambique	20	1,04
Total	1280	66,47

**En gris, les dix plus importantes*

Lorsque triés par région (Figure 5.4), ces résultats montrent que, comme on peut s'y attendre, la région africaine représente la zone géographique avec le plus grand nombre de cas (43,15 %), ce qui concorde avec d'autres résultats d'analyse concernant la structure de surveillance de l'OMS (Grein & coll., 2000 ; Chan & coll., 2010 ; Heymann & Rodier, 2001). Cette région est suivie par l'Asie du Sud Est (13,55 %), la région du Pacifique Sud (10,63 %) et les alertes multipays (10,37). La région de la Méditerranée (7,92 %), les

Amériques (7,45 %) et l'Europe (6,93 %) sont les zones les moins représentées, avec moins de 23 % des cas au total. Une tendance importante à noter est que, lorsque triée par région, la prévalence des événements de santé concernant plusieurs pays (multipays) semble être beaucoup plus faible que lorsqu'ils sont triés par pays directement. Comme on peut également s'y attendre, les régions européenne et américaine sont les régions les moins représentées. Ces résultats confirment donc la prééminence de la région africaine en matière de surveillance mondiale effectuée par l'OMS, ainsi que la sous-représentation des pays dits développés.

Figure 5.4 – Nombre d'alertes pandémiques par région



La carte géographique produite ci-dessous (Figure 5.5) représente les pays ayant fait l'objet de plus de 1 % des alertes sanitaires du système de surveillance de l'OMS. Ces 30 pays représentent plus de 60 % de l'ensemble des cas. On y constate l'accent mis sur les

continents africain et asiatique, mais également sur l'Amérique, où les États-Unis, le Canada et le Brésil figurent parmi les 30 pays les plus surveillés.

Figure 5.5 – La distribution géographique de la surveillance (les 30 pays les plus surveillés représentant plus de 60 % des cas)



*Carte vierge obtenue de P&P Worldmap, <http://edit.freemap.jp/>

L'importance accordée à chaque région par le système de surveillance de l'OMS varie aussi grandement en fonction des variables analysées. Le Tableau 5.8 met en évidence les différences entre les moyennes mesurées pour trois variables (le nombre de cas individuels, le nombre de décès et les taux de mortalité) entre les différentes régions. Le nombre total de cas individuels²² analysés pour toute la période est de 25 103 897. Le système de

²² Les cas individuels réfèrent aux individus uniques atteints de maladie tel que recensé par le système de surveillance de l'OMS, qui lui, se concentre prioritairement sur l'identification des phénomènes

surveillance de l'OMS, pour la période 1996-2010, a, par conséquent, suivi plus de 25 millions de cas individuels de personnes malades à l'échelle globale. Le nombre de morts individuels est quant à lui de 99 809²³. La présence d'au moins un décès est survenue dans 81,94 % des cas, avec un taux de mortalité de 18,05 % en moyenne (voir Tableau 5.7 pour une comparaison des taux de mortalité par région).

Comme on peut le constater, en ce qui concerne le nombre de cas individuels (moyenne), l'Asie du Sud-Est, les alertes multipays et la région des Amériques sont les régions présentant le plus grand nombre de cas. Cependant, pour ce qui est du nombre de décès (moyenne), les résultats diffèrent complètement, avec les alertes multipays arrivant en tête, suivies par la région de la Méditerranée de l'Est et la région africaine. Enfin, lorsque les taux de mortalité (moyenne) sont analysés, la région de l'Asie du Sud-Est revient à la première place, suivie par la région du Pacifique de l'Ouest et de la Méditerranée de l'Est.

En conclusion, les événements épidémiologiques multipays présentent un grand nombre de cas individuels et de décès comparativement aux autres régions, mais un faible taux de mortalité. D'autre part, la région de l'Asie du Sud-Est affiche le plus grand nombre de cas individuels (moyenne), mais un nombre moyen relativement faible de décès. Cette région occupe également la première place pour le taux de mortalité en raison de plusieurs événements sanitaires au taux de mortalité extrêmement élevé qui tirent vers le haut la moyenne. Globalement, cette dissection des données par région nous aide à modérer l'importance accordée à la région africaine. Bien que cette région occupe la première place en terme de cas d'alertes sanitaires (voir la Figure 5.4), lorsqu'on analyse les autres variables, elle ne figure pas en tête de classement, surtout si l'on tient compte du fait que cette région compte pour 43 % de toutes les nouvelles alertes épidémiques lancées par l'OMS. Pour le dire simplement, la région africaine attire beaucoup d'attention de surveillance en termes de signalement des cas, mais ne représente pas nécessairement la menace la plus importante pour la santé mondiale en termes de nombre de cas, de décès ou

épidémiologiques dans leur ensemble. Toutefois, dans la majorité des alertes de l'OMS, le nombre de cas est indiqué, ce qui nous a permis de produire cette statistique particulière.

²³ Un total de 160 informations (pour un total de 742) n'avaient pas de données concernant le nombre de morts ainsi que le taux de mortalité.

de taux de mortalité. Le même phénomène s'observe en ce qui concerne les alertes multipays.

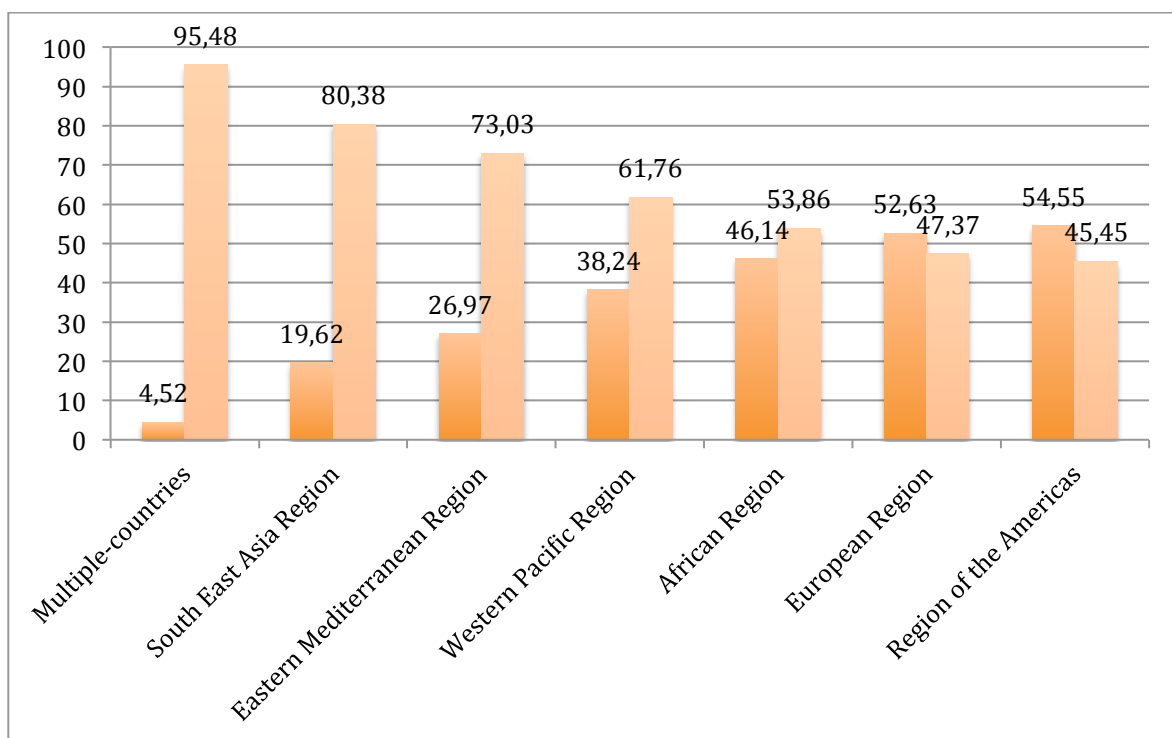
Tableau 5.7 – Moyennes de certaines variables par région

Région	Nb. de cas (Moyenne)	Région	Nb. de morts (moyenne)	Région	Taux de mortalité (moyenne)
Région de l'Asie du Sud Est	508 731	Multipays	9026,5	Région de l'Asie du Sud Est	33,3559
Multipays	311 265,5	Région de la Méditerranée de l'Est	878,9026	Région du Pacifique Ouest	26,97807
Région des Amériques	10 293,5	Région africaine	206,5684	Région de la Méditerranée de l'Est	19,46192
Région de la Méditerranée de l'Est	6322,194	Région de l'Asie du Sud Est	101,8125	Multipays	18,79566
Région africaine	5269,217	Région du Pacifique Ouest	81,74074	Région européenne	15,5101
Région du Pacifique Ouest	3496,746	Région des Amériques	49,29825	Région des Amériques	15,4728
Région européenne	798,3594	Région européenne	25,13043	Région africaine	15,3885

Cependant, la compréhension de la surveillance de la santé par l'OMS est assez différente lorsque l'on s'attarde aux mises à jour effectuées selon les différentes régions. La Figure 5.6 présente les variations entre les régions en ce qui concerne le nombre de mises à jour. Les alertes multipays représentent sans surprise les événements les plus suivis, avec un taux de mises à jour de 95,5 %, suivi par la région de l'Asie du Sud-Est (80,38 %), la région de la Méditerranée de l'Est (73,03 %) et la région du Pacifique de l'Ouest (61,2 %). Les régions africaine, européenne et américaine ont reçu un nombre similaire de mises à jour, avec environ 50 % des cas suivis dans le temps. Cette caractéristique est importante, car elle montre que même si la région africaine attire beaucoup d'attention de la structure globale de surveillance en termes de signalement (plus de 43 % des cas), cette région est très peu intégrée au système de suivi à long terme de l'OMS. Au contraire, ce sont les régions de l'Asie du Sud-Est, de la Méditerranée de l'Est et les alertes multipays qui présentent le plus important taux de suivi, montrant l'intérêt particulier de la structure de surveillance de l'OMS pour ces régions. Encore une fois, le fait que la structure de

surveillance de l’OMS, dans un contexte de faible financement et en raison de pression bureaucratique, notamment au niveau des fonds extrabudgétaires qui se sont mis à dominer le budget de l’OMS²⁴ (Lee, 2009a), fait des choix spécifiques concernant certains pays, régions, ou maladies n’est pas une mauvaise chose en soi. Le problème, c’est lorsque ce choix n’est pas ouvertement reconnu et expliqué, ce qui est le cas ici.

Figure 5.6 – Pourcentage des cas mis à jour par région



Cette caractéristique est encore plus frappante lorsque l’on s’attarde au nombre moyen de mises à jour par région (Tableau 5.8). On constate alors que l’attention est de nouveau concentrée sur les alertes multipays, suivies par la région de l’Asie du Sud-Est ainsi que de la Méditerranée de l’Ouest. La différence ici est notable, et le paradoxe principal provient du fait que la région africaine, qui représente plus de 43 % des cas, a un nombre moyen de

²⁴ De 1970 à 2007, le pourcentage des fonds extrabudgétaires de l’OMS, c’est-à-dire ceux donnés par des pays ou organismes à des fins spécifiques, est passé de 18% à 72%, limitant de la sorte le pouvoir décisionnel de l’OMS dans l’utilisation de ses fonds.

mises à jour inférieur aux régions américaine et européenne qui, elles, ne représentent chacune qu'environ 7 % des cas. Cette tendance est alarmante.

Tableau 5.8 – Nombre moyen de mises à jour par région

Région	Nb. de mises à jour par région (moyenne)
Multipays	15,91
Région de l'Asie du Sud Est	5,98
Région de la Méditerranée de l'Est	4,03
Région du Pacifique Ouest	2,58
Région des Amériques	1,18
Région africaine	1,04
Région européenne	0,67

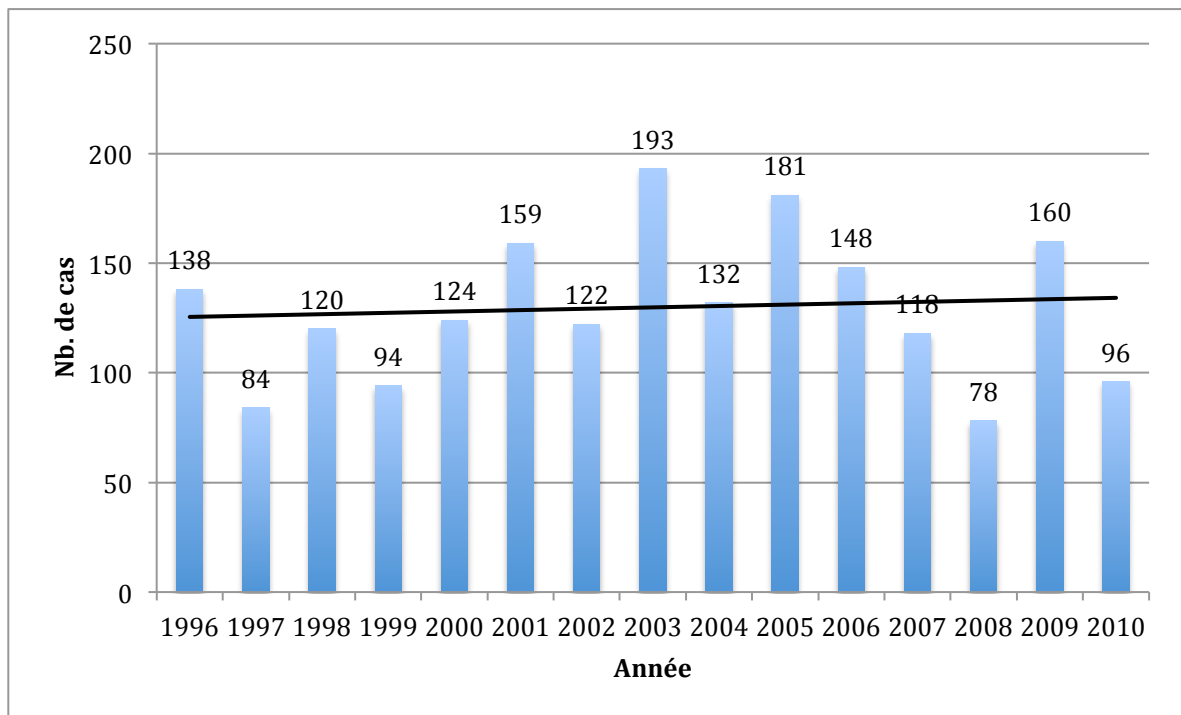
Par conséquent, même si le plus grand nombre d'alertes pandémiques concerne la région africaine, une analyse plus détaillée révèle que l'attention de la structure de surveillance de l'OMS, en termes de mise à jour des cas, du nombre de cas individuels et du taux de mortalité, se concentre sur des événements multipays, ainsi que sur la région de l'Asie du Sud-Est, de la Méditerranée de l'Est, et du Pacifique Ouest. La surveillance globale de la santé par l'OMS présente donc différents niveaux d'intensité et d'échelles spatiales d'analyse. La zone géographique couverte par la surveillance est ainsi très importante, avec une grande capacité de détection qui se concentre sur le continent africain, tandis que l'intensité – le suivi et les mises à jour dans le temps – de cette surveillance est beaucoup plus limitée, se concentrant sur l'Asie et la région pacifique ainsi que les événements touchant plusieurs pays.

5.4.2.4 LA SURVEILLANCE DANS LE TEMPS

L'analyse effectuée ici couvre une période de 15 ans, c'est-à-dire de 1996-2010. Première observation notable à ce titre, la portée et l'étendue de la surveillance effectuée par l'OMS varient considérablement dans le temps. Cet aspect est conséquent avec ce que nous pouvons attendre, à première vue, d'une structure globale de la surveillance. Il est ainsi normal que l'étendue de ce système varie dans le temps selon les différents épisodes

pandémiques. L'un des enjeux ici est cependant de savoir si la surveillance a changé au fil du temps en fonction du contexte international, avec, par exemple, l'accord sur le RSI en 2005, ou d'autres facteurs (nouvelles maladies, nouveaux mécanismes de surveillance, événements politiques, etc.). Comme nous pouvons l'observer avec la Figure 5.7, le nombre de nouveaux cas mesurés par le système de surveillance affiche une grande variance, allant de 78 à 193 par année. La moyenne des nouvelles alertes émises chaque année est de 129,8. On note une très légère tendance vers le haut des capacités de surveillance, mais qui restent sensiblement les mêmes durant la période analysée.

Figure 5.7 – Nombre de cas par année

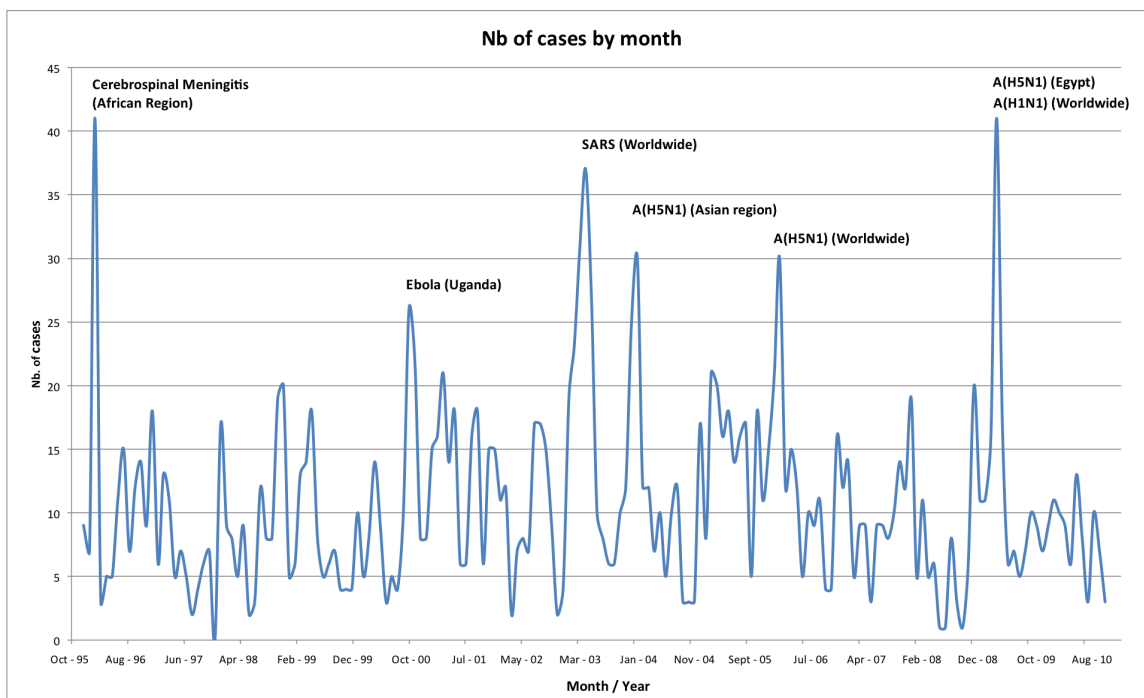


Lorsque l'on ramène l'analyse pour chaque mois, les alertes épidémiques lancées par l'OMS montrent une variance plus importante. La variance des alertes épidémiques produites chaque mois fluctue ainsi entre 0 et plus de 40. Sur le graphique 5.8, il est possible de retracer les principales épidémies qui se sont produites pour la période 1996-2010. On observe ainsi que le nombre de cas par mois analysés par le système de surveillance est généralement assez faible, avec une moyenne de 10,82 cas par mois, mais

avec des pointes pour les principales épidémies. On constate ainsi que la surveillance peut être très aiguë, avec plus de 40 alertes sanitaires chaque mois lors des crises sanitaires, ce qui représente plus d'une alerte par jour, tandis que le même système montre un faible niveau d'acuité dans les situations dites « normales », c'est-à-dire lorsque l'OMS ne considère pas les événements sanitaires comme des PHEIC. Le système de surveillance de l'OMS présente donc des écarts considérables dans le temps en termes d'acuité, favorisant plutôt une forte vigilance en temps de crise, mais pas de manière généralisée. Lorsque les données sont rapportées en fonction des mises à jour, c'est en moyenne chaque année, pour la période 1996-2010, environ 50 cas uniques (49,47), ce qui représente un peu plus de 4 cas (4,17) par mois, qui sont signalés. Considérant que le système de surveillance de l'OMS opère à l'échelle mondiale et que des millions de données sont agrégées à partir de multiples sources d'information (Twisselmann, 2002), ces chiffres semblent relativement modestes. Cela est particulièrement notable si l'on considère que, pour la seule année 2008, environ 8 721 000 personnes sont mortes de maladies infectieuses dans le monde²⁵.

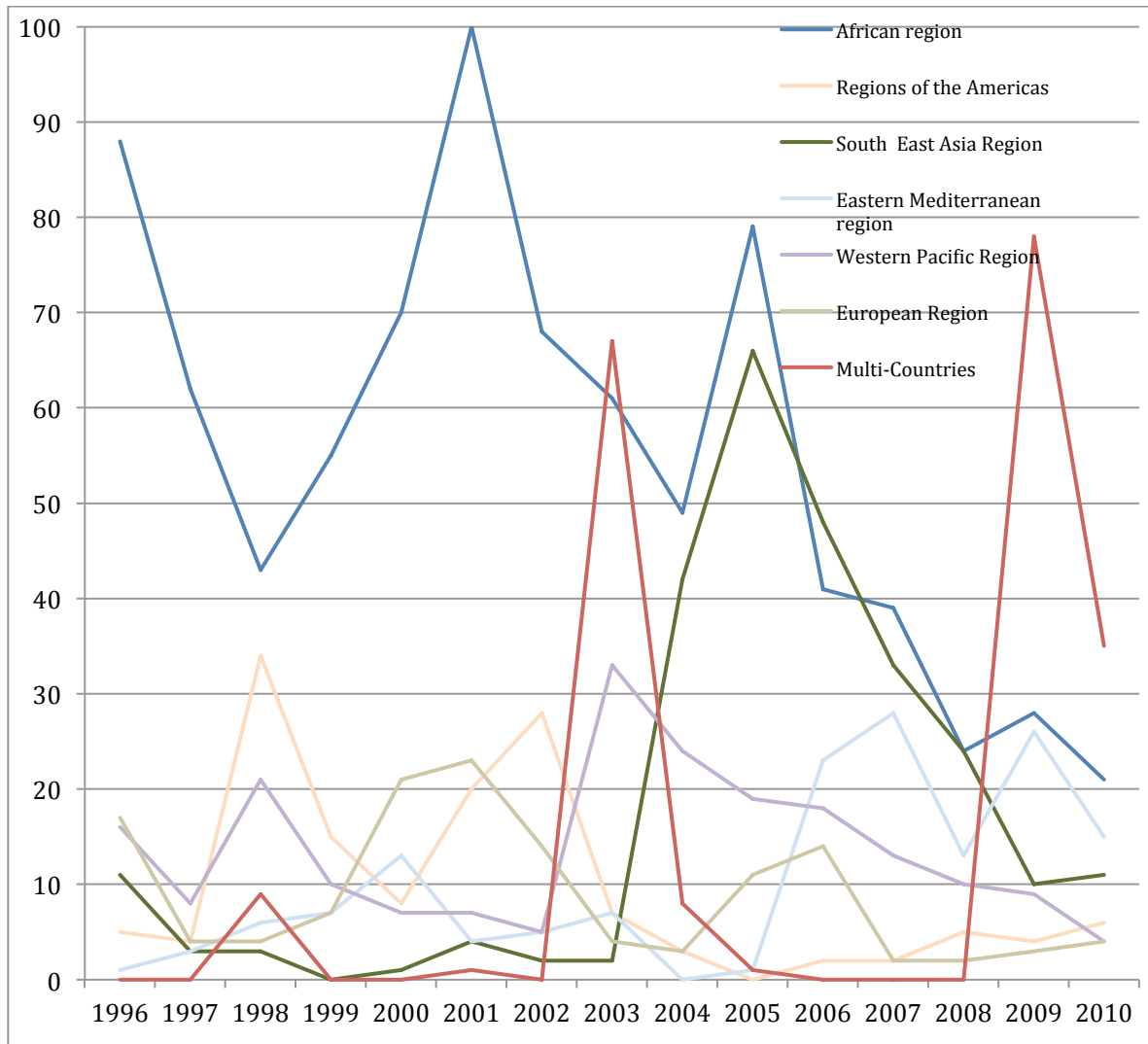
²⁵ Données compilées à partir du *Global Health Observatory Data Repository*, <http://apps.who.int/ghodata/> Page consultée le 19 juin 2012.

Figure 5.8 – Évolution du nombre de cas par mois



Lorsque les données sont présentées par année et par région, les résultats obtenus soulignent une tendance intéressante (voir Figure 5.9). L'importance des régions africaines et de l'Asie du Sud-Est semble être inversement proportionnelle au nombre d'alertes sanitaires concernant les zones multipays, tandis que le nombre total d'alertes pandémiques ne montre pas de grandes variations, tel que mentionné précédemment. Également, l'importance de la région africaine dans le système de surveillance suit une tendance générale décroissante, notamment à partir du milieu des années 2000, période correspondant à l'officialisation du nouveau RSI.

Figure 5.9 – Évolution de l'importance de chaque région par année



Cette relation inverse entre l'importance des alertes multipays d'un côté et celle concernant la région africaine et de l'Asie du Sud-Est de l'autre est confirmée par nos analyses de corrélation entre ces variables. L'indice de corrélation (Tableau 5.9) confirme ainsi certaines relations entre le nombre de nouvelles alertes pandémiques par année et par région. Les plus fortes relations, c'est-à-dire supérieures à 0,5, et ce positivement ou négativement, se situent entre la région africaine et la région de la Méditerranée de l'Ouest (négatif), la région africaine et la région européenne (positif), ainsi que la région de

l'Amérique et la région du Sud-Est asiatique. Les autres relations significatives, c'est-à-dire supérieures à 0,3, et ce positivement ou négativement, se situent entre la région africaine et celle multipays (négatif), la région du Sud-Est asiatique et la région du Pacifique Ouest (positif), ainsi que la région européenne et multipays (négatif). Ce tableau souligne par conséquent les relations qui unissent l'importance accordée à chacune de ces régions en termes de cas surveillés et analysés par l'OMS, et ce, pour chaque année. Ainsi, plus le nombre d'alertes concernant les régions de la Méditerranée de l'Ouest et multipays est élevé, moins la région africaine est présente dans le système de surveillance de l'OMS. Également, plus la présence de la région européenne dans le système de surveillance est marquée, plus la région africaine est également présente. La prévalence de la région des Amériques et du Sud-Est asiatique sont quant à elles inversement proportionnelles. Enfin, la région du Sud-Est asiatique et du Pacifique Ouest sont positivement associées, tandis que l'Europe et les alertes multipays sont négativement associées.

Tableau 5.9 – Indice de corrélation (r^2) entre le nombre de cas par région

	Région africaine	Région des Américaines	Région de l'Asie du Sud Est	Région de la Méditerranée de l'Est	Région du Pacifique Ouest	Région européenne	Multipays
Région africaine	1.0000						
Région des Américaines	0.1914	1.0000					
Région de l'Asie du Sud Est	-0.1076	-0.5568	1.0000				
Région de la Méditerranée de l'Est	-0.6369	-0.2953	0.1075	1.0000			
Région du Pacifique Ouest	0.0516	-0.1362	0.3264	-0.2234	1.0000		
Région européenne	0.7649	0.2030	-0.1117	-0.2454	-0.2659	1.0000	
Multipays	-0.3581	-0.1514	-0.2305	0.3189	0.2568	-0.3941	1.0000

Par conséquent, la réactivité et la sensibilité potentielle de la structure de surveillance de l'OMS semblent être significativement limitées, ou du moins orientées vers certaines zones géographiques spécifiques. En cas de crises sanitaires, l'attention portée à certaines régions

est liée – positivement et négativement – à l'attention accordée à d'autres régions, ce qui montre que la capacité de la structure de surveillance est limitée, obligeant l'OMS à faire des choix spécifiques dans l'allocation de ses capacités de surveillance. L'accent est, dans ce contexte, mis sur les alertes multipays, ainsi que la région de l'Asie et de l'Est méditerranéen, laissant entrevoir une certaine forme de biais des capacités de surveillance de l'OMS pour ces régions.

5.5 CONCLUSION : RÉSUMÉ ET INTERPRÉTATION DE LA PRATIQUE DE LA SURVEILLANCE DES MALADIES INFECTIEUSES PAR L'OMS

Les résultats de notre analyse du système de surveillance globale de la santé de l'OMS effectuée pour la période 1996-2010 peuvent se résumer aux 16 conclusions suivantes :

1. Peu d'événements sanitaires différents ont été suivis et contrôlés par l'OMS, avec en particulier 28 % des cas liés à l'influenza ;
2. Les maladies tropicales négligées ne représentent qu'une faible part des événements sanitaires suivis par l'OMS – trois maladies, pour 2,62 % des cas –, malgré leur importance en termes d'impacts sur la santé ;
3. Peu de cas représentent des événements non naturels (le bioterrorisme, la contamination des aliments, l'exposition accidentelle à des virus, etc.) ;
4. La gravité d'un événement sanitaire – en termes de mortalité et de morbidité – ne semble pas influencer l'importance qu'il occupe dans le système de surveillance ;
5. La majorité des alertes sanitaires de l'OMS (61,9 %) représente des mises à jour de cas déjà signalés, mais cette caractéristique varie dans le temps et dans l'espace ;
6. La structure de surveillance de l'OMS a suivi un nombre relativement faible (742) d'événements sanitaires différents pour la période 1996-2010 ;

7. En ce qui concerne les événements les plus suivis, c'est-à-dire les plus mis à jour, l'influenza représente la très grande majorité des cas – 80 % des dix événements de santé les plus mis à jour ;
8. Une majorité (61,5 %) des crises sanitaires identifiées indépendamment pour la période 1996-2005 se retrouve effectivement dans la structure de surveillance de l'OMS ;
9. De nombreux pays ou régions (147) sont représentés dans la structure de surveillance, tandis que l'importance accordée à chacun varie grandement, avec les dix premiers pays/régions représentant 44 % de tous les cas ;
10. La région africaine occupe la première place avec 44 % des cas, suivie de loin par la région du Sud-Est asiatique (14 %) et du Pacifique Ouest (11 %) ;
11. En termes de nombre de cas individuels (moyenne), de nombre de décès (moyenne) et de taux de mortalité (moyenne), la différence entre les pays est très variable et n'est pas liée à l'importance qu'occupe chaque région en termes de nombre de cas. Les alertes multipays et Sud-Est asiatiques dominant à ce niveau ;
12. La couverture la plus importante – plusieurs mises à jour – est concentrée sur quatre régions (multipays, Asie du Sud Est, Méditerranée de l'Est et Pacifique de l'Ouest), tandis que l'Amérique, l'Europe et l'Afrique n'ont reçu que peu ou pas de suivi dans le temps ;
13. La région la plus importante en termes de nombre de cas (la région africaine) fait partie des régions les moins mises à jour, en avant-dernière position ;
14. L'intensité de la surveillance est concentrée sur un nombre limité de pays et régions, tandis que l'étendue de la surveillance est quant à elle très importante ;
15. Les capacités et la sensibilité du système montrent une faible variance dans le temps ;

16. La réactivité et la sensibilité de la structure de la surveillance sont limitées. En cas de crises sanitaires, l'augmentation ou la diminution de la présence de certaines régions est corrélée avec l'augmentation ou la diminution de la surveillance dans d'autres régions.

Ces conclusions viennent confirmer des intuitions ou résultats que d'autres avant nous avaient soulignés, particulièrement en ce qui concerne le lien entre l'impact sur la santé des populations des événements sanitaires et leur importance dans le système de surveillance de l'OMS. En effet, il semble que l'impact sur la santé, en terme de mortalité ou de victimes, ne représente pas un facteur influant la prise en compte ou non des événements sanitaires par le système de surveillance de l'OMS. Cette caractéristique avait, par exemple, été mise en évidence par Brownstein et coll. qui avaient démontré que : « [...] the frequency of reports about particular pathogens to be related not to their associated morbidity or mortality impact, but rather to the direct or potential economic and social disruption caused by the outbreak » (Brownstein & coll., p. 1021). Ces chercheurs avaient également souligné que l'origine des signalements était influencée par le type de pays. Leur conclusion était que : « [t]here was a clear bias towards increased reporting from countries with higher numbers of media outlets, more developed public health resources, and greater availability of electronic communication infrastructure » (*ibid*). Ces deux éléments viennent confirmer nos résultats en soulignant les nombreux biais politiques de l'OMS dans la manière dont elle a effectué la surveillance globale de la santé pour la période de 1996 à 2005, nous amenant maintenant à explorer les critiques qui lui ont été faites dans ce contexte.

CHAPITRE 6 – CRITIQUES ET CONTESTATIONS DE LA GOUVERNANCE GLOBALE DE LA SANTÉ : IMPACTS ET CONSÉQUENCES D'UNE GOUVERNANCE AXÉE SUR LE MARCHÉ

Les gens du même métier se rassemblent rarement, même pour se divertir et prendre de la dissipation, sans que la conversation aboutisse à une conspiration contre le public ou à quelque invention pour augmenter leurs prix.

Adam Smith (1991)

6.1 INTRODUCTION : PANDÉMIE MONDIALE, BARRE NUTRI-GRAINS ET « PROBLÈMES » DE GOUVERNANCE

Le 11 juin 2009, la Dre Margaret Chan, Directrice générale de l'OMS, a annoncé officiellement que la communauté internationale était entrée dans la phase de pandémie pour une nouvelle souche de grippe qui faisait rage depuis plusieurs mois, le virus H1N1 :

I have conferred with leading influenza experts, virologists, and public health officials. In line with procedures set out in the International Health Regulations, I have sought guidance and advice from an Emergency Committee established for this purpose. On the basis of available evidence, and these expert assessments of the evidence, the scientific criteria for an influenza pandemic have been met. I have therefore decided to raise the level of influenza pandemic alert from phase 5 to phase 6. The world is now at the start of the 2009 influenza pandemic. (Chan, 2009a – nous soulignons)

La Dre Chan ajouta tout de même immédiatement que : « [n]o previous pandemic has been detected so early or watched so closely, in real-time, right at the very beginning. The world can now reap the benefits of investments, over the last five years, in pandemic preparedness. *We have a head start. This places us in a strong position.* » (Chan, 2009a – nous soulignons) Cette déclaration par la Directrice de l'OMS donne l'impression que, bien que confrontée à une nouvelle souche virale supposément sans précédent, la communauté internationale est toutefois en position de force, particulièrement grâce au travail de l'OMS ayant mené à la révision du RSI. La Dre Chan avait également indiqué, lors d'une réunion spéciale sur la grippe H1N1 avec les dirigeants de l'*Association of South East Asian*

Nations (ASEAN) au mois de mai de cette même année, que « [t]he world is better prepared for an influenza pandemic than at any time in history » (Chan, 2009b). Cet optimisme face à une pandémie qui, faut-il le rappeler, n'avait toujours pas été déclarée officiellement comme telle, soulève plusieurs interrogations quant au genre de « préparation » auquel se réfère la Directrice générale de l'OMS et à la façon dont elle se matérialisera au cours de la pandémie. Préparation de qui ? Pour faire face à quoi ? Quel type de gouvernance cette préparation implique-t-elle ? Autour de quelles orientations, buts et objectifs ? Ce chapitre a donc comme objectif général de comprendre le système dans lequel se situe la gouvernance globale de la santé en identifiant les critiques qui y ont été adressées. L'objectif est ici de pouvoir comprendre, après avoir analysé la *négociation* et la *pratique* de ce nouvel instrument juridico-politique international aux deux chapitres précédents, la *contestation* de cette structure afin de mettre en évidence la nature du système dans lequel évolue la gouvernance globale de la santé.

Un article du *New York Times* publié un mois avant que l'OMS ne déclare officiellement l'état de pandémie mondiale apporte quelques pistes de réflexion au sujet des critiques essuyées par cette organisation internationale. Cet article rapporte, entre autres, les propos du Dr Michael T. Osterholm, Directeur du Centre pour la recherche sur les maladies infectieuses et les politiques à l'Université du Minnesota, concernant les risques relatifs à la fermeture des frontières dans l'éventualité d'une pandémie mondiale (McNeil, 2009). Osterholm fait ainsi valoir que dans un monde globalisé et interdépendant où « [a] Kellogg's Nutri-Grain bar has ingredients from nine countries in it » (*ibid*), de nombreux pays – et en particulier les États-Unis – dépendent de pays étrangers pour la production de matériel médical (masques, gants, systèmes électriques, matières premières pour la production de vaccins, etc.) dont l'approvisionnement serait critique si une pandémie majeure venait à se déclarer. L'argument principal de ce spécialiste des maladies infectieuses est que : « [if y]ou cut those off [global trade routes], you cripple the health care system » (*ibid*). Cette déclaration du Dr Osterholm vient nous rappeler une des principales caractéristiques du système international : l'interdépendance du marché mondial, du système capitaliste global et des enjeux de santé, constatation qui s'accompagnera de son lot de critiques.

Quelques mois plus tard, en septembre 2009, le *USA Today* a également publié un court article qui souligne sans ambiguïté cette réalité. Dans cet article intitulé *Investors look for stocks that could gain from swine flu*, Mark Krantz s'intéresse aux investisseurs qui cherchent, comme il le formule lui-même, à « *expose their portfolios to the swine flu* » (Krantz, 2009 – nous soulignons). Un analyste de *RBC Capital*¹ cité par Krantz suggère ainsi que les « *[i]nvestors can make money and avoid losses when it comes to swine flu [...]. The secret is to own companies that will benefit directly regardless of (the outbreak's) severity* » (*ibid* – nous soulignons). Cette déclaration d'un analyste d'une institution bancaire majeure met en lumière une des conséquences de cette interdépendance entre marché mondial et santé : les pandémies et crises sanitaires peuvent désormais être considérées comme une forme d'investissement avec un fort potentiel de rendement. Pour un analyste financier, il s'agit d'une évidence, de chiffres et de formules mathématiques sur un écran d'ordinateur.

Pour les systèmes de santé publique, il en va tout autrement, la virtualité de l'analyse financière se matérialisant crûment dans le monde réel. Par exemple, un article du journal allemand *Der Spiegel* de 2011 détaille l'achat excessif de vaccins au cours de la pandémie (Der Spiegel, 2011). Cet article montre que l'Allemagne, comme de nombreux autres pays, a acheté environ 34 millions de doses de vaccins contre la grippe H1N1. De ce nombre, *Der Spiegel* rappelle que 29 millions sont restées inutilisées. Après avoir essayé de vendre ses surplus à d'autres pays, ce qu'avaient également tenté de faire la France et le Royaume-Uni (Godlee, 2010, p. 1256) sans grande réussite, les acheteurs potentiels sentant l'arnaque (Der Spiegel, 2011), les États fédérés allemands ont été forcés de les incinérer. Cette interprétation particulière du principe de précaution, stimulée par un marché global de la santé régi par la recherche du profit, illustre un des principaux paradoxes de la pandémie de 2009-2010 : de nombreux pays ont acheté trop de vaccins², tandis que d'autres ne

¹ *Royal Bank of Canada, Capital Market*. Voir <https://www.rbccm.com/> Page consultée le 17 juin 2012.

² Certains pays ont toutefois résisté aux pressions de l'OMS et du secteur pharmaceutique lors de la crise de H1N1. Par exemple, « Poland's health minister, Ewa Kopacz, explained to the hearing why her government had refused to launch a vaccination campaign after the WHO alert. The country's experts had concluded that the situation was not as serious as portrayed, and the government had refused to accept the drug companies' conditions that it, rather than the manufacturers, should bear full responsibility for any undesirable side effects of the vaccines. » (Watson, 2010b, p. 783)

pouvaient pas en acheter suffisamment en raison des coûts élevés que cela impliquait (Yamada, 2009). Avec l'OMS accusée de « crier au loup » et la présence d'un gaspillage généralisé de médicaments antiviraux (Watson, 2010b; 2011b), la pandémie de grippe H1N1 semble avoir été, au mieux, très mal gouvernée, voire s'être faite sans réelle gouvernance de la part d'une quelconque instance décisionnelle, et spécialement en ce qui concerne le rôle que l'OMS y a joué.

Mais la réalité est peut-être tout à fait l'inverse. L'hypothèse qui est ici développée est que la pandémie de H1N1 – et les enjeux globaux de santé en général – a été au contraire gouvernée très efficacement, ou du moins, avec une cohérence et une efficacité correspondant à la logique du système en place, c'est-à-dire celle de l'économie de marché capitaliste. Les différentes défaillances observées durant la crise de H1N1 ne correspondent donc pas, selon nous, à un manque d'efficacité en soi, mais plutôt à des incompatibilités entre différents objectifs de gouvernance qui ne sont, eux, pas explicités clairement.

Avec une industrie pharmaceutique qui, « [i]n terms of profitability, [...] ranks second only to mining and crude oil production » (Ricci, 2010, p. 10), il serait très surprenant que la structure de gestion et de gouvernance eût été laissée au hasard. Selon *JP Morgan*, l'industrie pharmaceutique mondiale a fait entre 7 et 10 milliards de dollars US de profit seulement pour la vente de vaccins et d'antiviraux au cours de la pandémie de grippe H1N1 (cité dans (Flynn, 2010, p. 14)). Il est difficile de croire que tout ce qui s'est produit durant cette crise n'ait pas été soigneusement planifiée. Difficile de croire également que le surachat de vaccins, l'absence de mécanismes pour évaluer les inégalités entre les pays, la promotion d'une vision catastrophiste de la pandémie, la mise en valeur des incertitudes et la stimulation de la peur afin de provoquer les achats de vaccins n'aient pas été soigneusement organisés³. Si ces acteurs étaient si incompetents ou incapables d'anticiper

³ Nous devons être extrêmement clairs ici : cela ne devrait pas être compris comme une forme de soutien aux théories du complot, loin de là. Il s'agit tout simplement de la constatation du vieil adage clintonien : « it's the economy, stupid! » – l'argument est de James Carville, conseiller de Clinton, pendant la campagne présidentielle de 1992. Notre argument, qui est développé dans ce chapitre, est que ce que nous avons observé au cours de la pandémie de grippe H1N1 a été le résultat d'une structure de santé hautement efficace et globale axée sur le marché, le néolibéralisme et la recherche de profit. Le manque apparent de gouvernance et de gestion est, à notre avis, le résultat d'actions, de politiques, de programmes et de décisions spécifiques orientés vers un but clairement affirmé, comme nous l'a clairement rappelé l'article de Krantz : de trouver des façons de rendre rentable cette crise sanitaire internationale.

les orientations futures de leur champ d'activité, le secteur pharmaceutique ne pourrait pas être la deuxième industrie la plus rentable au monde (Ricci, 2010).

Ce dernier chapitre empirique cherchera donc à documenter ce que nous appelons *l'économie politique globale d'une gouvernance de la santé fondée sur le marché*. Dans un monde est de plus en plus interdépendant en matière de santé, on constate que les réponses politiques sont quant à elles de plus en plus « inégales et inéquitables » (Sparke & Anguelov, 2012, p. 2). Ce paradoxe nous amène à nous interroger sur le sens de l'interdépendance dans un contexte de profondes inégalités et pour lequel le marché et la mondialisation sont posés comme fondements de la gouvernance, c'est-à-dire le cadre dans et par lequel elle s'effectue. Cela nous permettra également de tenter de comprendre ce que signifient réellement les nouveaux pouvoirs accordés aux organisations internationales, dans ce cas-ci l'OMS, et ce que cela implique en termes politiques. Nous soutiendrons dans ce chapitre que cela dépend de la façon dont ces pouvoirs sont utilisés et par quels acteurs. Notre argument est que l'OMS n'a pas été en mesure de considérer les implications de l'économie politique mondiale de la santé et de ses inégalités structurelles, ce qui a produit, selon nous, non pas une inefficacité de gouvernance, mais plutôt une inefficacité dans l'application d'objectifs de santé spécifiques communs – caractérisés par exemple par un accès équitable aux médicaments et vaccins, une limitation du secteur privé dans les processus décisionnels, la mise en place de politiques équitables de santé publique, la protection contre les conflits d'intérêts, etc. – incohérents avec le mode de gouvernance par le marché mis en place. Notre objectif est donc de mettre en évidence empiriquement le processus par lequel « [...] political and economic processes producing economic inequality also co-[produce] divergent public health discourses and responses in different places » (Sparke & Anguelov, 2012, p. 1). Ce sont ces discours divergents que nous chercherons à analyser dans ce chapitre.

Ce chapitre est donc dédié aux critiques qui ont été faites à l'OMS et au nouveau RSI au regard de deux crises sanitaires. Ces deux crises sont : 1) l'épisode du partage des virus souches indonésiens de 2006, et 2) la pandémie de H1N1 de 2009-2010. Ces deux crises, qui seront brièvement présentées à la section suivante, ont soulevé un ensemble de critiques qui mettent en évidence les problèmes associés à une gouvernance axée sur le marché.

Ces lacunes de la gouvernance par le marché seront identifiées par l'intermédiaire d'une analyse discursive des rapports critiques produits par différents acteurs de la gouvernance globale de la santé lors de ces crises. Cette analyse sera en partie effectuée à l'aide du logiciel d'analyse *QDA Miner* dans le but de faire ressortir qualitativement les fondements de ces critiques ainsi que leur intrinsèque relation à l'économie politique mondiale de la santé ignorée par l'OMS⁴. Elle nous amènera à détailler les trois principaux problèmes de cette gouvernance globale de la santé axée sur le marché, qui concluront ce chapitre : 1) les risques de conflits d'intérêts et d'influence du secteur privé, 2) les distorsions sur les priorités de santé publique et les inégalités entre pays, et 3) les impacts sur les infrastructures de santé publique à l'échelle nationale.

6.2 VIRUS SOUCHES INDONÉSIENS ET H1N1 : AUTOPSIE DE DEUX CRISES SANITAIRES DE LA PÉRIODE APRÈS 2005

La période ayant suivi la conclusion du nouveau RSI à partir de 2005 a été marquée par deux crises sanitaires majeures qui, comme nous le soutenons, montrent à quel point l'OMS a sous-estimé et sous-évalué l'importance de l'économie politique mondiale de la santé caractérisée par une structure de gouvernance fondée sur le marché. Ces deux crises ont stimulé de nombreuses critiques à l'égard de l'OMS qui permettent d'éclairer cette caractéristique structurelle. La première crise, connue sous le nom de crise du partage des virus souches indonésiens de 2006, a montré comment la structure de la santé mondiale de l'OMS ne permet pas de prendre en compte les inégalités d'accès aux médicaments et aux vaccins. La seconde crise, qui a suivi la pandémie de grippe H1N1 de 2009-2010, a pour sa part montré comment l'OMS, avec les nouveaux pouvoirs suprasouverains qui lui ont été confiés, n'était pas en mesure de faire face à la puissance et aux intérêts financiers du secteur pharmaceutique. Ces deux crises sont brièvement présentées ci-après⁵ et font par la suite l'objet d'une analyse discursive concernant les différentes critiques auxquelles elles ont donné lieu.

⁴ Voir la section « Remarques méthodologiques » plus loin.

⁵ Comme le but de ce chapitre n'est pas de fournir une description exhaustive de ces crises, ce qui a déjà été fait ailleurs, mais plutôt de mettre en évidence les fondements des critiques formulées à leur égard, la description de celles-ci est réduite au minimum, tout en suggérant aux lecteurs de nombreuses références.

6.2.1 LA CRISE DU PARTAGE DES VIRUS SOUCHES INDONÉSIENS (2006)

La première crise majeure qui a frappé la nouvelle structure de gouvernance mondiale de la santé n'a pas eu à attendre longtemps avant de se matérialiser. L'année suivant l'accord⁶ des pays membres de l'OMS sur le nouveau RSI a vu naître la crise concernant le partage des virus souches indonésiens. Cette crise n'était pas directement liée au nouveau RSI, puisqu'elle s'est officiellement produite dans le cadre du *Global Influenza Programme* (GIP) de l'OMS. Toutefois, le GIP est coordonné avec le RSI et est fondé sur les mêmes principes de partage des informations épidémiologiques (OMS, 2009b). En fait, le GIP est maintenant intégré aux principes généraux du RSI 2005, faisant de cette crise un exemple concret des problèmes de la gouvernance mondiale de la santé dans laquelle le marché joue un rôle central.

Cette crise prit forme lorsque, en 2006, l'Indonésie commença à restreindre ses partages d'échantillons de la grippe H5N1 avec le Réseau mondial de surveillance de la grippe (GISN) de l'OMS en faisant valoir que les mécanismes actuels de partage de virus souches jouent en défaveur des pays les plus pauvres. L'Indonésie a en effet réalisé, vers la fin de 2006, qu'un groupe pharmaceutique australien avait utilisé des échantillons de virus indonésien, sans son consentement, pour fabriquer des vaccins contre la grippe dont le coût sera trop élevé pour être payé par les autorités indonésiennes en cas de crises sanitaires (Irwin, 2010, p. 3 ; AFP, 2008). L'Indonésie avait dans ce contexte annoncé qu'elle « [...] would not share them [the influenza virus] until the WHO and developed countries established an equitable means of sharing the benefits (e.g., vaccine) that could derive from such viruses » (Heymann, 2010, p. 181). La ministre de la Santé indonésienne, Siti Fadilah Supari, avait ainsi déclaré, dans une entrevue accordée à la revue *Nature*, que : « [i]n the event of a pandemic, we also risk having no access to vaccines, or having to buy them at prices we cannot afford, despite the fact that the vaccines were developed using our samples » (Butler, 2007), soulignant du même coup le caractère fondamentalement inégalitaire des structures promues par l'OMS.

⁶ Et non pas l'entrée en vigueur qui, elle, s'est faite en 2007.

Suwit Wibulpolprasert, représentant de la Thaïlande à l'OMS, a fait écho aux propos de la ministre indonésienne de la Santé en déclarant ouvertement que : « [w]e are sending our virus (samples) to the rich countries to produce antivirals and vaccines. And when the pandemic occurs, they survive and we die », ajoutant que « [i]t is unfair to let the poor die and the rich survive... We are not opposing the sharing of information and virus but on the condition that every country will have equal opportunity to get access to vaccine and antivirals if such a pandemic occurs » (cité dans CBC (2007)). L'Indonésie a par la suite officiellement cessé de partager ses échantillons de la grippe H5N1 avec le programme de l'OMS en janvier 2007, provoquant une vague de critiques à son encontre provenant d'acteurs aussi variés que l'OMS, les États-Unis, en passant par des centres de recherche publics et privés, l'industrie pharmaceutique ou le milieu académique (Holbrooke & Laurie, 2008).

De nombreux analystes ont suggéré que l'Indonésie exprimait de nouvelles revendications « radicales » en réclamant une forme de souveraineté sur ses échantillons de virus souches (Heymann, 2010, p. 181; Fidler, 2010, p. 213; Holbrooke & Laurie, 2008, p. 1). Cette situation a été fortement critiquée par de nombreux académiques, parmi lesquels Holbrooke et Laurie, deux spécialistes états-uniens des Relations internationales et des politiques de santé, qui ont fait valoir qu'en tentant d'exercer ce qu'ils ont appelé une « souveraineté virale », l'Indonésie mettait en danger la communauté internationale sur la base de principes individualistes dont la nature est « moralement répréhensible » (Holbrooke & Laurie, 2008). Fidler a aussi ajouté que l'Indonésie a utilisé, lors de cette crise, les virus souches comme une « monnaie d'échange » à des fins politiques (Fidler, 2010). Les États-Unis se sont également joints au concert de critiques en soulignant que « [...] withholding influenza viruses from GISN greatly threatens global public health and will violate the legal obligations we have all agreed to undertake through our adherence to IHRs » (cité dans Lakoff (2010, p. 63)).

Pour être techniquement exacte, l'Indonésie a effectivement réclamé une forme de souveraineté sur ses échantillons de virus de la grippe, arguant que selon la Convention sur la diversité biologique de 1992, les pays ont droit à un « [...] partage juste et équitable des avantages découlant de l'exploitation des ressources génétiques » (ONU, 1992, p. 3), ce qui

n'a manifestement pas été respecté selon l'Indonésie. L'utilisation de la Convention de 1992 a permis à l'Indonésie de contourner les nouveaux pouvoirs accordés à l'OMS sans devoir attaquer ouvertement les modes de gouvernance supranationale, puisqu'en réalité, la crise indonésienne a été moins le sujet de revendications de « souveraineté virale » (Holbrooke & Laurie, 2008) que de revendication d'accès à ce que l'on pourrait appeler une *équité virale*. Plusieurs pays, parmi lesquels l'Indonésie a joué un rôle prééminent, ont ainsi réclamé la mise en place d'une structure de gouvernance globale de la santé plus juste et équitable, plutôt que l'abandon des mécanismes supranationaux de gouvernance de la santé. Comme l'a signalé avec pertinence Andrew Lakoff, « [...] Supari was speaking from within a different technical and political problematic than that of the WHO's framework of 'global public health security', the strategy that the revised IHR was designed to serve[, but was rather requesting] equal access to life-saving medicines coming out of the humanitarian global health movement » (Lakoff, 2010, p. 63). L'Indonésie posait les bases d'une interprétation de rechange de la gouvernance globale de la santé qui révélait les fondements marchands et inégalitaires du système actuellement en place.

L'Indonésie a donc critiqué ce que Fidler a appelé un « inequitable and exploitative global influenza surveillance system », système qui est en fait symptomatique de la gouvernance globale de la santé dans son ensemble (Fidler, 2010, p. 215). Dans ce système, tous les pays ne sont pas égaux quand il s'agit de répondre aux divers enjeux globaux de santé publique. Dans le cas d'une pandémie mondiale, les pays les plus pauvres ne bénéficieraient pas, selon l'Indonésie, du même accès aux médicaments essentiels en raison de leurs coûts prohibitifs par rapport au pouvoir d'achat de ces pays. La crise du partage des virus souches indonésiens concernait donc en réalité une des caractéristiques les plus frappantes de la gouvernance mondiale de la santé : les inégalités structurelles et le système qui les reproduit. L'OMS a ainsi été considérée par plusieurs pays comme un (re)producteur mondial de ces inégalités de par les structures de gouvernance que cette institution internationale a mises en place, notamment au travers du RSI de 2005.

Le Dr Heyman de l'OMS a lui-même reconnu cette situation dans un article faisant suite à un atelier de travail organisé par l'IOM en 2010, concédant que « [...] while Indonesia and other developing countries had freely shared influenza viruses obtained within their borders

through the Global Influenza Surveillance Network, these countries would be less likely to have vaccine in the event of a pandemic because of issues related to cost and production capacity » (Heymann, 2010, p. 194). Cette reconnaissance par un des principaux responsables du RSI et de l'OMS reflète l'importance de la question, et l'interprétation peut-être un peu trop rapide de ceux qui ont condamné les revendications de « souveraineté virale » (Holbrooke & Laurie, 2008) de l'Indonésie.

Même un article du magazine *Time* a reconnu la légitimité de ces revendications : « [t]hey had a point ; poor developing nations are often priced out of needed medicines, and they're likely to be the last in line for vaccine during a pandemic » (Walsh, 2007). La crise du partage des virus souches indonésiennes a permis de dévoiler une caractéristique fondamentale de la gouvernance globale de la santé que l'OMS n'avait pas su anticiper, ce qui est peut-être en fait l'aspect le plus curieux de cette crise.

En effet, juste après que cette crise a débuté, l'OMS avait déjà commencé à travailler sur certains mécanismes permettant l'accès aux médicaments et vaccins aux pays en développement en cas de crises sanitaires (Wilson, Tigerstrom & McDougall, 2008, p. 46). La principale question est donc de savoir pourquoi une organisation internationale comme l'OMS n'a pas pu être en mesure d'anticiper ces lacunes et d'inclure des dispositions à cet effet dans une structure de gouvernance aussi fondamentale que le nouveau RSI de 2005. En fait, cette situation était tellement évidente et prévisible que le simple fait que cette crise ait eu lieu montre le caractère inégalitaire et inéquitable de la gouvernance globale de la santé dans le cadre de l'OMS, ce qui représente selon nous la caractéristique principale d'une gouvernance par le marché. Plus étonnant encore, ce n'est que lors de la seconde crise sanitaire majeure, la pandémie de grippe H1N1 de 2009-2010, que ce problème structurel dans son ensemble sera réellement révélé.

6.2.2 LA CRISE ISSUE DE LA PANDÉMIE DE H1N1 (2009-2010)

La grippe H1N1 est une infection respiratoire se propageant généralement par le contact humain direct ou indirect, tout comme la grippe ordinaire. Ce qui était toutefois spécifique à la pandémie H1N1 de 2009-2010 était que les personnes ayant un système immunitaire

fort, dont les jeunes en particulier, ont été sérieusement affectées par le virus, ce qui est inhabituel pour la grippe, et que les plus de 60 ans étaient quant à eux généralement immunisés en raison d'une exposition précédente.

La pandémie de H1N1 est ainsi devenue la première PHEIC déclarée⁷, selon l'article 12 du RSI 2005, par l'OMS et en représente toujours la seule expression depuis la mise en place du nouveau RSI (OMS, 2010b, p. 43; Fidler, 2010, p. 226). Il s'agit de la première fois où les lignes directrices du RSI de 2005 ont été formellement et officiellement appliquées, faisant de cette pandémie un moment historique de la gouvernance globale de la santé. Comme le rappelle l'OMS, « IHR Coordination played a critical role in the pandemic (H1N1) 2009 response as Secretariat for the Emergency Committee and through its many guidance and support activities. » (OMS, 2010b, p. 3) La Directrice générale de l'OMS a également convoqué pour la première fois lors de cette crise le Comité d'urgence (article 15) pour évaluer la gravité de la pandémie (OMS, 2011a, p. 7). L'OMS a aussi été amenée à analyser les restrictions commerciales et concernant les voyages mises en place par certains pays afin de juger de leur conformité⁸ avec le RSI (Fidler, 2010).

Dans l'ensemble, la pandémie a toutefois été limitée dans sa portée et dans sa gravité. Le CDC des États-Unis évalue, par exemple, le nombre de cas de grippe H1N1 pendant la pandémie à plus ou moins 43 à 89 millions à travers le monde, et le nombre de décès entre 8870-18300⁹ (CDC, 2010). Cela place la pandémie de H1N1 en dessous de la grippe saisonnière habituelle en termes de sévérité et d'impact sur la santé. La gravité relativement faible de la grippe H1N1 a suscité beaucoup de réactions puisqu'une campagne mondiale, conduite par l'OMS, a été menée afin de contrer une pandémie mondiale qu'on anticipait être aussi redoutable que la grippe espagnole qui avait, elle, provoqué au moins 50 millions de décès, campagne qui s'est notamment matérialisée par une promotion active de la

⁷ L'OMS souligne à ce titre que « [f]or the first time since their entry into force in 2007, the key elements of the Regulations were used by the Director-General to determine that the events occurring in Canada, Mexico and the USA in April 2009 constituted a PHEIC under the IHR. » (OMS, 2010b, p. 43)

⁸ Cette analyse a, par exemple, amené l'OMS à conclure que « [...] trade restrictions on pork products were not necessary from a public health perspective » et que les restrictions d'entrée sur son territoire mises en place par la Chine concernant des citoyens mexicains mises en place par la Chine étaient injustifiées (Fidler, 2010, p. 226).

⁹ Pour la période allant d'avril 2009 à avril 2010.

vaccination préventive¹⁰.

De nombreux pays, organisations et citoyens ont vivement réagi à la gestion de cette pandémie par l'OMS, faisant valoir par exemple qu'il y avait eu de la désinformation et des erreurs d'analyse au sujet de la gravité potentielle de la pandémie¹¹, ce qui a abouti à des coûts financiers élevés pour les systèmes de santé publique des pays ayant suivi les recommandations de l'OMS (Smith, 2010; Conseil de l'Europe – Assemblée Parlementaire, 2010; Durodié, 2011; Parlement européen, 2010; Grolle & Hackenbroch, 2009). L'argument général présenté par les opposants à cette gestion de l'OMS est que la pandémie de H1N1 n'a finalement été rien de plus qu'une « tempête dans un verre d'eau » (Godlee, 2010, p. 1256). Le Dr Tom Jefferson de l'Institut Cochrane a, de son côté, soutenu que la manière dont l'OMS a géré la pandémie de H1N1 était basée sur des « [...] catastrophic predictions that have failed to materialize, poor science, a thriving pandemic industry and the reputation of public health structures in tatters » (cité dans Smith (2010, p. 48)).

L'OMS a ainsi été accusée d'avoir fait preuve d'alarmisme dans ses déclarations concernant la sévérité de la pandémie, ce qui a engendré des réponses et réactions disproportionnées de la part des gouvernements (Watson, 2011a, p. 619). Les coûts excessifs, plus de 18 milliards de dollars US à l'échelle de la planète, en comparaison aux impacts limités de la pandémie sur la santé (Watson, 2010a, p. 284), ont stimulé les critiques à l'égard de l'OMS, renforcées par le fait que l'épisode de H1N1 a été qualifié de pandémie « [...] even before a single person was infected » (Huntington & Jones, 2010, p. 33), ou que même son nom ait été sujet à confusion (Parlement européen, 2010). Cela a amené plusieurs auteurs, dont Zarocostas, à suggérer que « [...] WHO and expert advisory committees may have been unduly influenced by the drug industry, especially at critical

¹⁰ Cette campagne de vaccination préventive a suscité de nombreuses critiques. Pour le Québec, voir par exemple la lettre parue dans le devoir par un collectif d'auteurs du secteur de la santé (Collectif d'auteurs, 2010).

¹¹ Gerd Gigerenzer, le directeur du *Centre for Adaptive Behaviour and Cognition* à l'Institut Max Planck allemand, a affirmé en ce sens que « [t]he problem is not so much that communicating uncertainty is difficult, but that uncertainty was not communicated. There was no scientific basis for the WHO's estimate of 2 billion for likely H1N1 cases, and we knew little about the benefits and harms of the vaccination. The WHO maintained this 2 billion estimate even after the winter season in Australia and New Zealand showed that only about one to two out of 1000 people were infected. » (cité dans Cohen & Philip (2010, pp. 1274-1275))

junctures such as in the upgrading of the H1N1 outbreak from phase five to six, which triggered the declaration of the pandemic » (Zarocostas, 2010c), ce qui a amené ce journaliste à souligner à plusieurs reprises cette influence potentielle du secteur pharmaceutique (2010a, 2010b, 2011). D'autres ont aussi critiqué l'importance démesurée accordée à cette crise comparativement à d'autres enjeux de santé publique (Duclos, 2009), amenant notamment le chercheur Marc Gentilini à qualifier cette situation « d'outrageuse » (cité dans Sparke & Anguelov (2011), tandis que Sparke et Anguelov l'ont qualifiée « d'injustice » fondée sur des inégalités économiques structurelles (Sparke & Anguelov, 2011, p. 15).

Le résultat principal de cette crise est que la crédibilité de l'OMS a été grandement atteinte (Godlee, 2010, p. 1257). Les critiques ont été telles qu'elles ont forcé l'OMS à mettre en place un mécanisme de révision de ses actions durant cette pandémie qui dura une année (Smith, 2010, p. 48) et dont les conclusions ont été rendues publiques en 2011 et qui, sans blâmer directement l'OMS, identifie tout de même de nombreuses lacunes¹² dans le système de gouvernance en place (OMS, 2011). Ce processus de révision interne a été lui-même hautement controversé. Cohen et Philip rappellent que :

[...] questions are already arising about how independent the review will turn out to be. According to the International Health Regulations list in our possession, some 13 of the 29 members of the review panel are members of the International Health Regulations itself and one is the chair of the Emergency Committee. To critics that might suggest a somewhat incestuous approach. (Cohen & Philip, 2010, p. 1279)

Cette crise continue de représenter une des sources principales de critiques et de blâmes concernant la gouvernance globale de la santé, et elle n'a toujours pas été analysée du point de vue de la compréhension de l'économie politique globale de la santé.

¹² Les principales lacunes identifiées par ce rapport sont : 1) le manque de développement des structures locales de santé publique et de surveillance ; 2) les problèmes de communication de l'OMS, notamment au niveau de la diffusion des informations épidémiologiques en ligne ainsi que des niveaux d'alerte pandémique ; 3) les problèmes au niveau de la définition de la pandémie, notamment en ce qui concerne l'absence de critères de sévérité ; 4) la confidentialité du Comité d'urgence ; 5) le manque de communication avec les médias dans la période suivant la déclaration de la pandémie ; 6) l'inégalité d'accès aux vaccins et médicaments (OMS, 2011).

6.3 LES CRITIQUES DE LA GOUVERNANCE GLOBALE DE LA SANTÉ : ANALYSE QUALITATIVE ET QUANTITATIVE DES RÉCITS PROBLÉMATISANT LA GESTION DES CRISES SANITAIRES APRÈS RSI 2005

Afin de mettre en évidence les critiques apportées à la gouvernance de l’OMS, nous effectuons ici une analyse discursive et quantitative des critiques émises dans le cadre de la crise du H1N1 de 2009 et de la crise du partage des virus souches indonésiens.

6.3.1 REMARQUES MÉTHODOLOGIQUES : L’ANALYSE QUALITATIVE ET QUANTITATIVE DES CRITIQUES DE LA GOUVERNANCE GLOBALE DE LA SANTÉ

Afin d’analyser qualitativement les récits ayant remis en question la gestion des crises sanitaires mondiales après 2005 et la gouvernance globale de la santé par l’OMS, nous avons utilisé les principales sources de critiques officielles qui ont été formulées à l’encontre de cette organisation internationale. Pour identifier les textes à analyser, nous avons mis en place un processus de sélection fondé sur trois règles :

1. Les critiques devaient être liées au travail de l’OMS dans la période après 2005 ;
2. Les critiques devaient avoir été reconnues comme telles par l’OMS, c’est-à-dire qu’elles devaient avoir reçu une certaine forme de reconnaissance, positive ou négative, par cette organisation internationale¹³;
3. Enfin, elles devaient avoir été exprimées par des institutions, groupes formels, ou États – ainsi que leurs représentants – impliqués au niveau des enjeux de santé mondiale¹⁴.

Ce processus sélectif ne vise pas à restreindre la portée de ceux qui ont la légitimité pour s’exprimer dans la discussion sur la gouvernance sanitaire mondiale, mais plutôt de limiter

¹³ Cette règle force à restreindre l’analyse aux critiques entendues par l’OMS, ce qui permet de limiter l’utilisation d’arguments du type « nous ne savons pas » ou « nous n’en avons pas connaissance » par rapport à ces critiques à l’OMS.

¹⁴ Cette règle permet de se concentrer uniquement sur les enjeux de santé sans déborder sur d’autres aspects plus généraux des relations internationales.

notre analyse aux critiques « institutionnalisées » et – afin de limiter l’ampleur de l’analyse effectuée dans cette thèse – de ne pas inclure les accusations des médias généralistes et les opinions personnelles¹⁵. Ce processus de sélection nous a permis d’identifier cinq sources principales de critiques. Celles-ci sont :

1. Le *British Medical Journal* (Cohen et Philip) ;
2. Le *Social Health and Family Affairs of the Council of Europe* (Flynn);
3. Le *Committee on the Environment, Public Health and Food Safety* du Parlement européen (Rivasi);
4. *The Cochrane Collaboration* (Jefferson)
5. Dre Siti Fadilah Supari, ministre de la Santé de l’Indonésie (Supari).

Pour trois des cinq sources (BMJ, Flynn et Rivasi¹⁶), il n’y avait qu’un texte original à analyser prenant la forme d’un rapport officiel de l’organisation ou de l’institution en question. Dans deux cas toutefois (Jefferson et Supari), la principale critique a été exprimée dans plus d’un texte. Pour ces deux sources, un premier texte correspondait à un rapport officiel, tandis que le second correspondait à une entrevue accordée par l’auteur du rapport. Nous avons choisi d’inclure les deux textes dans notre analyse qualitative puisque dans les deux cas, ils représentent les sources de critiques généralement retrouvées dans la littérature concernant la gouvernance globale de la santé. Les textes analysés sont les suivants :

1. *WHO and the pandemic flu « conspiracies »*, une enquête par Deborah Cohen et Philip Carter, publiée dans le BMJ (Cohen & Philip, 2010) ;
2. *The handling of the H1N1 pandemic: more transparency needed*, rapport du *Social Health and Family Affairs Committee* et du Rapporteur Mr Paul Flynn ;

¹⁵ Celles-ci représentent une forme légitime de critiques. Elles sont toutefois au-delà des buts et objectifs de cette recherche.

¹⁶ Par simplicité et commodité, les sources des critiques analysés sont identifiées par le nom de famille de leur(s) auteur(s) principal(aux).

3. *Report on evaluation of the management of H1N1 influenza in 2009-2010 in the EU, Committee on the Environment, Public Health and Food Safety* et la Rapporteuse Michèle Rivasi.
4. Dr. Tom Jefferson, *reviewer, Cochrane Acute Respiratory Infections Group and Cochrane Vaccines Field*;
5. Dr Tom Jefferson, entrevue publiée dans le quotidien allemand *Der Spiegel* (Grolle & Hackenbroch, 2009)
6. *Towards Mutual Trust, Transparency and Equity in Virus Sharing Mechanism: The Avian Influenza Case of Indonesia*, publié dans *Annals Academy of Medicine of Singapore* (Sedyaningsih, Isfandari, Soendoro & Supari, 2008);
7. Q&A : Siti Fadilah Supari, publié dans la revue *Nature* (Butler, 2007).

6.3.2 RÉSULTATS DE L'ANALYSE QUALITATIVE DES CRITIQUES FORMULÉES À L'ENCONTRE DE L'OMS DANS LE CADRE DE LA PANDÉMIE DE H1N1

L'analyse qualitative des différents textes, effectuée à l'aide du logiciel *QDA Miner* nous a tout d'abord permis de mettre au jour la catégorisation des différentes critiques adressées à l'OMS. Ces critiques se détaillent en 11 catégories distinctes¹⁷ qui sont :

1. L'influence indue de l'industrie pharmaceutique et les risques de conflit d'intérêts avec le secteur privé au niveau de l'OMS (codé *Influence of industry / Conflict of interest*) ;
2. La surévaluation de la gravité de la pandémie par l'OMS, la fausse alarme créée par cette erreur d'appréciation ainsi que l'impact global sur la confiance et la réaction future des communautés et autorités politiques (codé *Over-evaluation of severity, false alarm, impact on trust*) ;

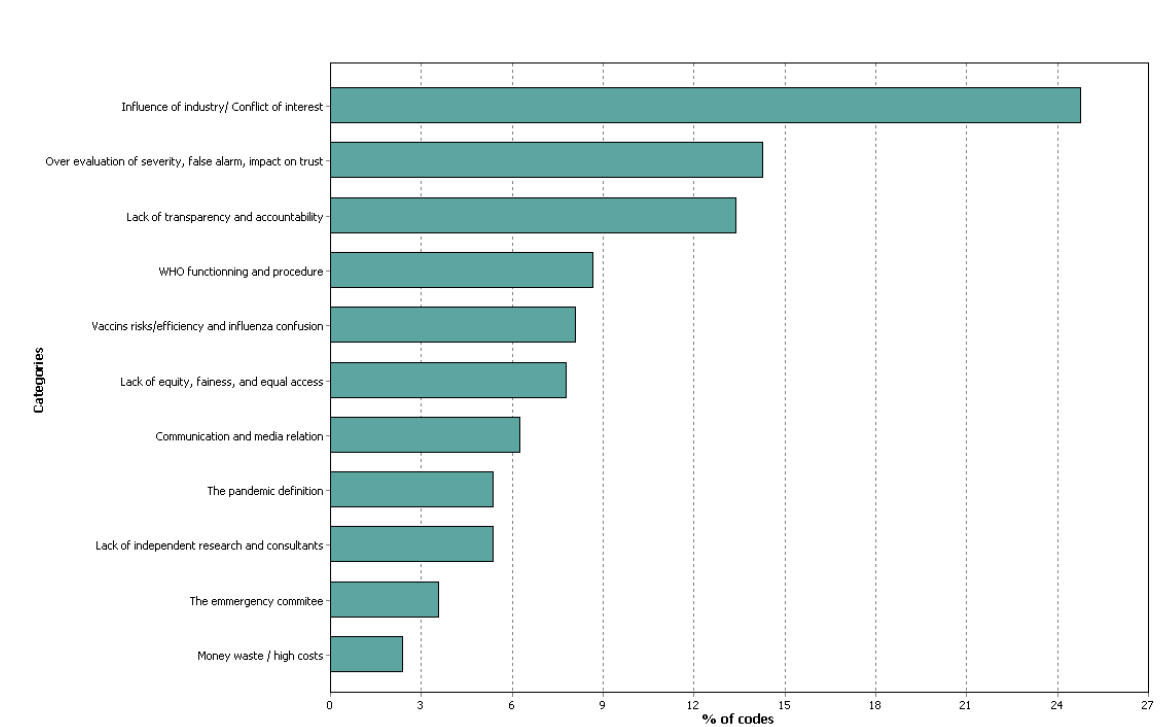
¹⁷ Ces différentes catégories sont tirées de l'analyse des textes avec le logiciel *QDA Miner*. Ces catégories ont été codées en fonction des différentes idées et opinions présentes dans ces textes. L'ensemble des catégories analysées est ici présenté.

3. Le manque de transparence de l'OMS dans ses opérations ainsi que des mécanismes de responsabilité confus ou inexistant dans la gouvernance globale de la santé (codé *Lack of transparency and accountability*) ;
4. Les problèmes avec le fonctionnement et les procédures de l'OMS (codé *WHO functioning and procedures*) ;
5. Le manque d'évaluation adéquate de l'innocuité des vaccins et la confusion liée à la compréhension du virus de la grippe (codé *Vaccines risks and influenza confusion*) ;
6. Le manque d'équité dans la gouvernance mondiale de la santé ainsi que dans l'accès inégalitaire aux médicaments et vaccins à l'échelle mondiale (codé *Lack of equity, fairness, and equal access*) ;
7. Les problèmes avec le système de communication et de relations avec les médias de l'OMS, particulièrement en cas d'urgence sanitaire (codé *Communication and media relation*) ;
8. Les problèmes causés par une définition confuse et multiple du concept de « pandémie » utilisé par l'OMS (codé *The pandemic definition*) ;
9. Le manque de chercheurs et consultants indépendants en lien, ou non, avec l'OMS (codé *Lack of independent research and consultant*) ;
10. Les problèmes associés au Comité d'urgence de l'OMS et la manière dont a été déclarée la pandémie globale de H1N1 (codé *The emergency committee*) ;
11. Les gaspillages financiers et les coûts élevés associés à la gouvernance des crises sanitaires par l'OMS (codé *Money waste / high costs*).

Comme on peut le constater, ces critiques couvrent un large éventail de thématiques. Par contre, ces critiques n'ont pas la même importance selon les différents textes et auteurs analysés. Une des premières caractéristiques centrales de nos résultats a trait à la distribution des différentes catégories de critiques. Comme le montre la Figure 6.1, la répartition globale des critiques présente une forte variation entre les différentes catégories

du point de vue de leur importance relative, avec une nette prédominance d'une catégorie par rapport aux autres. En effet, plus d'un quart des reproches faits à l'OMS sont liés à la potentielle influence induite de l'industrie pharmaceutique sur la prise de décision de cette organisation internationale ainsi qu'aux risques de conflits d'intérêts que cela suppose. La première préoccupation des acteurs ayant critiqué la gouvernance des crises sanitaires est donc liée à l'interaction de l'OMS avec le secteur privé, interaction qui aurait pu modifier, selon eux, les actions et décisions de l'OMS en faveur d'intérêts privés plutôt que de la santé comme bien public et des intérêts collectifs. Nos résultats indiquent que cette préoccupation domine clairement les diverses critiques exprimées contre l'OMS.

Figure 6.1 – Importance des catégories de critiques exprimées à l'encontre de l'OMS



Deux autres catégories se distinguent également de cette figure. Premièrement, près de 15 % des blâmes exprimés étaient liés à la perception d'une surévaluation de la gravité de la pandémie H1N1 par l'OMS, ainsi qu'aux impacts futurs de celle-ci sur la confiance et le respect des politiques globales de santé publique. Les préoccupations étaient liées ici en particulier aux conséquences de cette « fausse alarme » sur les réactions futures des pays et populations dans le cas d'une pandémie globale réellement meurtrière. La surévaluation de la gravité de la pandémie de H1N1 a été généralement considérée dans la perspective de l'influence potentielle de l'industrie pharmaceutique sur la décision de l'OMS de déclarer l'état de pandémie mondiale. Le troisième sujet de préoccupation le plus important, représentant environ 13 % des critiques, est le manque de transparence et de responsabilité de l'OMS et des autorités de santé publique en général au cours de la grippe H1N1. Le manque de transparence et de responsabilisation a été particulièrement critiqué en ce qui concerne la façon dont la pandémie globale a été déclarée ainsi qu'en regard du fonctionnement du Comité d'urgence de l'OMS pour l'évaluation des niveaux de pandémie.

Ces trois catégories représentent les critiques les plus importantes à l'égard de l'OMS. Elles représentent ensemble plus de la moitié (52 %) de la totalité des critiques. Il convient de noter que ces trois catégories de contestation de la gouvernance globale de la santé sont toutes liées à l'interaction de l'OMS avec le secteur privé, ce qui met en exergue cet enjeu comme un des éléments les plus importants dans les critiques exprimées.

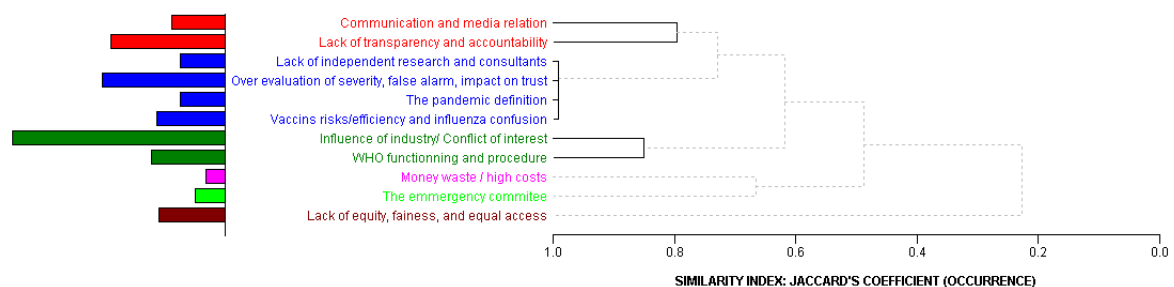
Ces critiques sont suivies par un groupe de trois autres catégories similaires en termes d'importance (8 %). Elles sont dans l'ordre : les problèmes avec le fonctionnement de l'OMS; les problématiques au niveau des vaccins et de l'évaluation de la grippe; et le manque d'équité en matière de gouvernance de la santé mondiale. Ensemble, elles représentent près d'un quart (23 %) de toutes les critiques. Il est également pertinent de souligner que la critique du gaspillage financier et des coûts élevés de la gouvernance ne représente pas une critique majeure soulevée par les acteurs ici analysés. En fait, cette critique occupe le dernier rang en termes d'importance dans les textes analysés. Cette question a été beaucoup plus relevée dans les médias (Der Spiegel, 2011). Le faible intérêt pour les enjeux de coûts montre bien que le problème général avec l'évaluation du travail de l'OMS était plutôt lié aux aspects structurels influençant les décisions de l'OMS et ayant un impact sur la façon dont la gouvernance mondiale de la santé fonctionne.

Les analyses effectuées permettent également de représenter la proximité et la similitude entre les catégories de critiques. Ces analyses de similarité, présentées à la Figure 6.2, permettent de mesurer les relations existant entre les différentes catégories¹⁸. Comme l'indique cette figure, les catégories de critiques se distribuent en trois groupes distincts. La similitude la plus importante se trouve entre le manque de recherches indépendantes, la surévaluation de la gravité de la pandémie, les problèmes liés à la définition du concept de pandémie, ainsi que les débats concernant l'efficacité et les risques des vaccins contre la grippe (en bleu dans la Figure 6.2). Il est important de noter que ces quatre catégories sont toutes liées à un sentiment général exprimé dans les textes analysés concernant les problèmes d'évaluation et de recherche liés aux vaccins, médicaments et virus utilisés dans les crises sanitaires. Au regard de cette similarité, il semble que l'OMS n'ait pas été en

¹⁸ Plus l'indice de similarité est élevé, plus grandes sont les probabilités que les catégories en question se retrouvent conjointement dans un même texte.

mesure de faire la preuve que la recherche et les analyses ont été faites en toute transparence durant le processus décisionnel ayant mené à l'annonce de la pandémie de H1N1 en 2009-2010, non plus que dans ses recommandations qui ont suivi, notamment en ce qui concerne l'utilisation de vaccins et médicaments.

Figure 6.2 – Proximité et similarité des différentes catégories de critiques



Le deuxième niveau de similarité le plus élevé se situe entre, d'un côté, l'influence de l'industrie pharmaceutique et les risques de conflit d'intérêts, et, de l'autre, les problèmes de fonctionnement et de procédure de l'OMS. La grande similitude entre ces deux catégories de critiques souligne que les condamnations de l'influence potentiellement induite du secteur privé visent directement l'OMS. La critique contre l'influence des compagnies pharmaceutiques ne semble donc pas être liée au rôle général joué par ce secteur dans les enjeux de santé publique mondiaux, mais plutôt directement à son implication au sein de l'OMS. L'absence de mécanismes appropriés au niveau du processus décisionnel de l'OMS, ainsi que l'insuffisance de transparence à cet égard ont alimenté la désapprobation du travail de l'OMS à partir de 2005, ce qui transparaît fortement dans notre analyse.

Le dernier groupe de critiques qui montre une similarité significative concerne les questions de moyens inappropriés de communication et le manque de transparence de l'OMS. On pouvait s'attendre à cette correspondance entre les deux types de critiques, puisque la communication et la transparence vont généralement de pair dans une organisation comme l'OMS. Enfin, ce qui est toutefois frappant, c'est que la critique du manque d'équité de la structure de gouvernance globale de la santé ne soit pas liée à d'autres types de critiques. En fait, il s'agit de la seule critique ne présentant aucune relation significative avec une ou plusieurs autres catégories. Comme nous le verrons plus tard, cela est causé par le fait que

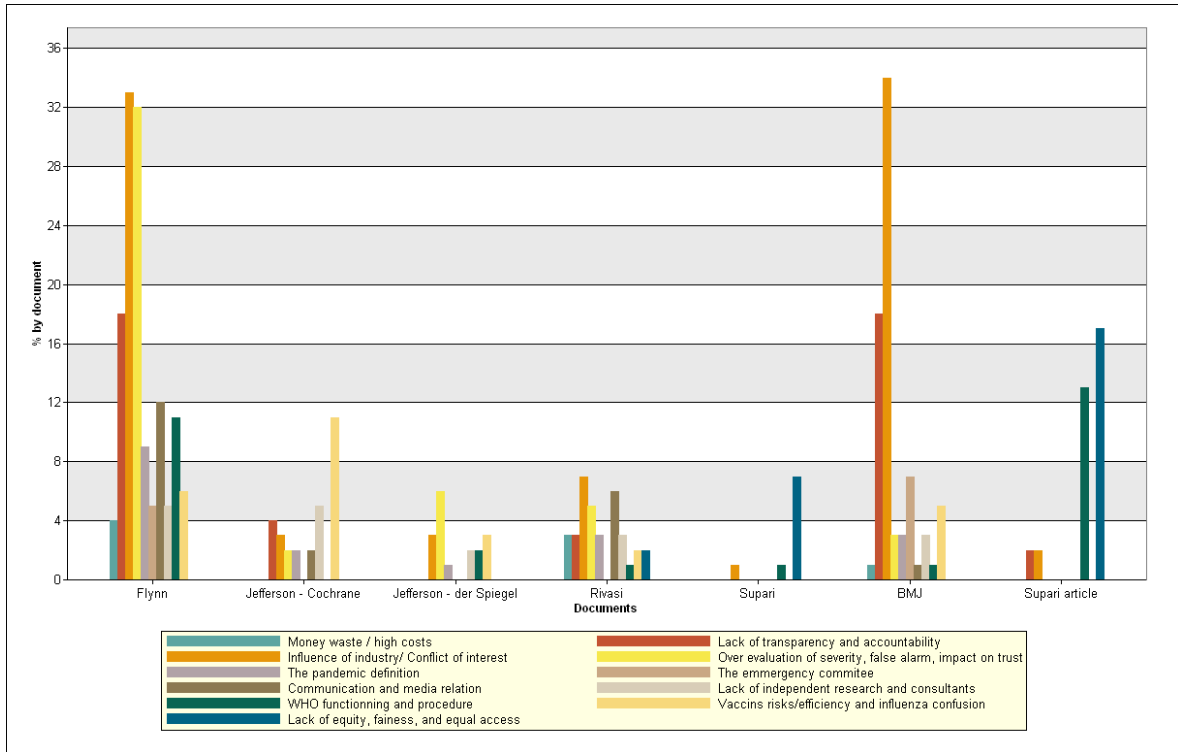
cette critique a été exprimée presque exclusivement par un seul groupe (l'Indonésie) et qu'elle ne fut pas reprise par d'autres acteurs de la gouvernance globale de la santé. Cela suggère que les critiques visant la façon dont l'OMS gère et coordonne au niveau technique la gouvernance globale de la santé sont généralement partagées, tandis que celles concernant les inégalités structurelles de cette gouvernance ne le sont pas.

Lorsque l'on subdivise l'analyse selon les différentes sources de critiques, c'est-à-dire en fonction des différents acteurs, on obtient également des distinctions significatives, notamment en ce qui concerne les orientations respectives des critiques faites par chacun des acteurs. Comme le montre la Figure 6.3, on remarque que l'importance et le poids des critiques varient considérablement en fonction de sa provenance. Deux sources présentent tout d'abord des critiques nettement plus importantes et diversifiées. Flynn, du Conseil de l'Europe, et Cohen et Philip, du BMJ, ont ainsi offert les désapprobations générales de l'OMS et de la gouvernance mondiale de la santé les plus importantes. Comme le montre la Figure 6.3, ils ont tous deux exprimé un plus grand spectre de critiques (de catégories) et une occurrence plus élevée de celles-ci. Ils touchent tous deux à l'ensemble des catégories, à l'exception de celle concernant le manque d'équité. Bien que ces deux sources montrent des différences importantes dans leur critique, elles insistent toutes deux fortement sur l'influence de l'industrie pharmaceutique et le potentiel de conflits d'intérêts, ainsi que sur le manque de transparence au sein du processus décisionnel de l'OMS, ce qui n'est pas considéré aussi fortement par les autres acteurs. D'autre part, on observe aussi que la critique apportée par l'Indonésie apparaît assez limitée, se concentrant essentiellement sur l'inégalité et l'iniquité de la structure de gouvernance mondiale de la santé. Aucun autre acteur n'a abordé cet enjeu, à l'exception, dans une faible mesure, de Rivasi.

Nous pouvons également noter que Jefferson et Supary ne font aucune référence à la question des gaspillages de fonds et au coût élevé généré par la surévaluation de la pandémie H1N1, ce qui dans l'ensemble, et comme il a été indiqué précédemment, reste très faible pour toutes les sources analysées. Flynn ainsi que Cohen et Philip sont également les seuls à noter les problèmes concernant le Comité d'urgence de l'OMS, ainsi que la question de l'efficacité des vaccins et de l'inadéquation de la compréhension médicale de la grippe durant la crise. Ces distinctions montrent que les différentes catégories de critiques portent,

en termes d'occurrence, sur des enjeux spécifiques ne trouvant pas nécessairement écho chez les autres acteurs.

Figure 6.3 – Distribution des catégories de critiques en fonction des différents acteurs



Les deux figures suivantes (Figures 6.4 et 6.5) représentent les relations s'établissant entre les différents acteurs et sources ayant critiqué le travail de l'OMS. La Figure 6.4 souligne tout d'abord la similarité entre les différentes sources. Comme on peut s'y attendre, on constate que les enjeux soulevés par Supari ne présentent aucune similarité avec les autres critiques exprimées. La relation la plus forte se trouve quant à elle entre Flynn et Rivasi, qui sont eux-mêmes en relation avec Jefferson - *Der Spiegel*. Le reste des similarités est difficile à évaluer. Cependant, la figure 6.5 permet de mettre en évidence la répartition spatiale des différentes sources et acteurs, ainsi que leur relation respective avec les catégories de critiques. Cette figure confirme que trois groupes distincts d'acteurs ont porté trois types différents de critiques face à la gouvernance de l'OMS dans le cadre du RSI.

Il y a, tout d'abord, Rivasi, Flynn et Jefferson (dans *Der Spiegel*) qui ont mis l'accent sur le problème de définition du concept de pandémie, sur les problèmes de communication, sur la surévaluation de la gravité de la pandémie et, dans une moindre mesure, sur les gaspillages de fonds et les coûts élevés. Ce groupe s'est ainsi concentré sur ce qu'on peut appeler les procédures d'évaluation de l'OMS en situation d'urgence sanitaire mondiale. Un deuxième groupe, formé par Cohen et Philip et Jefferson (dans Cochrane), s'est quant à lui orienté autour des problèmes liés au Comité d'urgence, au manque de transparence, au manque de recherches indépendantes, à l'influence de l'industrie pharmaceutique et aux désaccords quant à l'efficacité des vaccins. La *gouvernance de la santé mondiale et la prise de décision* représentent les enjeux de base identifiés par ce deuxième groupe. Cette figure confirme finalement que les critiques émises par Supary (Indonésie) sont indépendantes des autres acteurs et se concentrent principalement sur le manque d'équité et d'égalité en ce qui concerne la conduite de la gouvernance mondiale de la santé.

Figure 6.4 – Indice de similarité entre les différentes sources de critiques

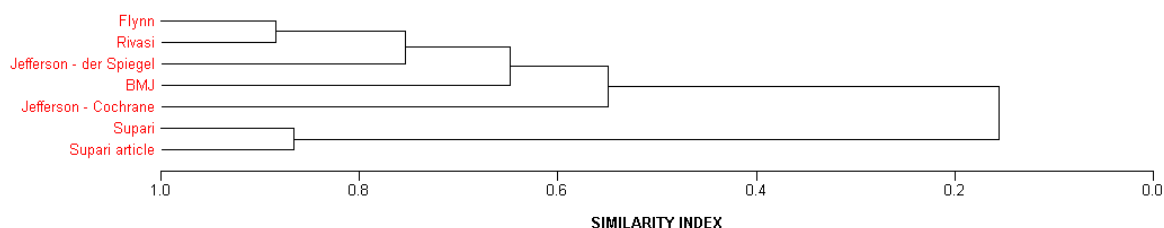
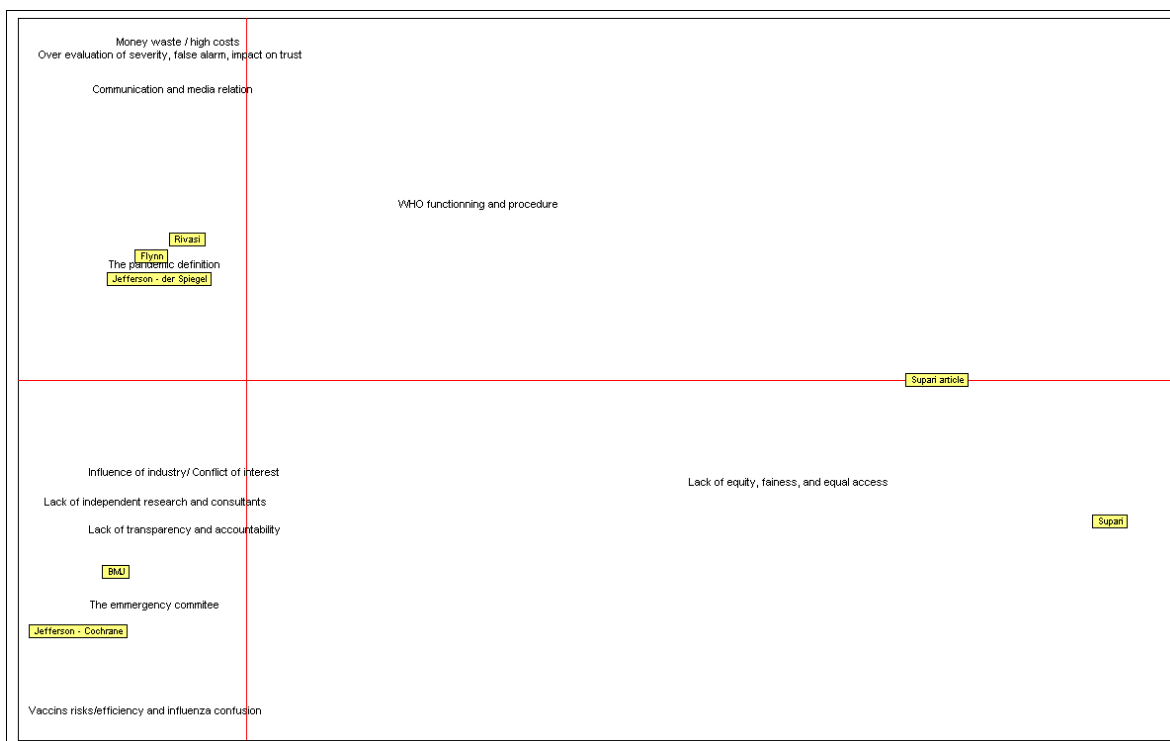


Figure 6.5 – Représentation spatiale de la distribution des différentes sources de critique



Pour résumer notre analyse, six observations principales peuvent être relevées :

1. La principale préoccupation exprimée par les différents critiques de l'OMS est clairement liée à l'influence de l'industrie pharmaceutique et aux risques de conflits d'intérêts entre le personnel de l'OMS impliqué dans les processus de décision et le secteur privé. Cette critique représente plus de 25 % de tous les enjeux analysés. La seconde préoccupation est la surévaluation de la sévérité de H1N1 par l'OMS et l'impact sur la confiance envers l'institution (14 %). La troisième préoccupation est le manque de transparence et de reddition de comptes avec 13 % de toutes les critiques. Fait à noter, ces trois critiques, représentant plus de 52 % des cas et sont directement ou indirectement liées à l'influence potentielle de l'industrie pharmaceutique sur les décisions et les actions de l'OMS ;

2. La question des coûts et gaspillages élevés lors des différentes crises sanitaires a été relativement peu soulevée par les différentes critiques ;
3. On note une insatisfaction généralisée avec la manière dont la recherche, l'analyse et l'évaluation des enjeux de santé ainsi que leurs traitements sont effectués par l'OMS, particulièrement en regard de l'influence qu'y joue le secteur privé ;
4. La critique contre les compagnies pharmaceutiques ne semble pas être associée au rôle général joué par ce secteur d'activité, mais plutôt directement à son implication au niveau de l'OMS et de la gouvernance supranationale ;
5. Les critiques visant la façon dont l'OMS gère et coordonne au niveau technique la gouvernance mondiale de la santé sont généralement partagées par toutes les sources analysées, tandis que celles concernant les inégalités et facteurs structurels ne le sont pas ;
6. Ces critiques se sont articulées selon trois groupes : Flynn, Rivasi et Jefferson – *Der Spiegel* (problèmes avec l'évaluation des crises sanitaires par l'OMS) ; BMJ et Jefferson – Cochrane (inefficacité de la gouvernance et des prises de décision au sein de l'OMS) ; et Supari (manque d'équité de la gouvernance mondiale de la santé), mais ont toutes comme point commun une certaine forme de critique du secteur privé.

6.4 UNE GOUVERNANCE DE LA SANTÉ AXÉE SUR LE MARCHÉ : IMPACTS ET CONSÉQUENCES D'UN SYSTÈME NON PROBLÉMATISÉ

Ces observations tirées de notre analyse qualitative des critiques des actions de l'OMS durant ces crises sanitaires nous amènent à une première conclusion :

Les acteurs de la gouvernance globale de la santé ne critiquent pas nécessairement la présence des nouveaux pouvoirs supranationaux accordés à l'OMS dans le cadre du RSI de 2005, mais mettent plutôt en doute le manque de force de cette organisation internationale face, non pas aux États, mais bien face au secteur privé.

Ce constat entraîne une seconde conclusion :

L'OMS n'a pas pris en compte les conséquences d'une gouvernance de la santé axée sur le marché, c'est-à-dire l'impact qu'a ce type de système sur les politiques de santé publique ainsi que sur le fonctionnement de l'économie politique globale de la santé, ce qui aurait supposé la mise en place de structures de gouvernance différentes.

Le problème analytique qui se pose alors n'est donc pas seulement de savoir si, dans des circonstances particulières, il y a effectivement eu conflit d'intérêts ou si certains mécanismes parallèles¹⁹ pourraient assurer un meilleur accès aux vaccins et médicaments pour les pays les plus pauvres, mais plutôt de saisir les impacts et conséquences de ce mode de gouvernance de la santé dans son ensemble ainsi que les enjeux politiques qui en découlent. Cela exige d'étudier les effets d'un système qui, comme nous l'avons soutenu dans l'introduction, fonctionne techniquement très bien selon les normes et valeurs de l'économie de marché, mais ne parvient pas à favoriser des objectifs de santé publique établis en termes de bien public et d'intérêts collectifs. En fait, ce n'est pas uniquement que « [...] the world lacks the appropriate institutional structures, mechanisms and forms of governance to deal effectively with them (transborder health risks to population) » comme l'ont effectivement rappelé Kamradt-Scott et Lee (2011, p. 844), mais aussi, et *surtout*, que les structures politiques, institutionnelles et idéationnelles en place ne sont pas orientées vers la promotion d'objectifs de santé publique entendus comme biens publics, puisqu'axées vers une économie de marché. Cette caractéristique structurelle implique des objectifs et effets différents. Comme nous l'avons démontré précédemment toutefois, cet aspect de la gouvernance ne semble pas avoir été pris en compte sérieusement par l'OMS dans l'établissement des mécanismes de gouvernance actuellement en place.

Nos analyses empiriques le montrent clairement, l'économie politique globale de la santé axée sur le marché s'accompagne d'incidences directes sur la manière dont est conduite la gouvernance et sur les politiques qui en découlent (*idem*, 2011, p. 844). Ces impacts se font sentir à trois niveaux : 1) l'influence du secteur privé, 2) la reproduction des inégalités entre pays, et 3) les impacts sur les infrastructures de santé publique à l'échelle nationale/locale.

¹⁹ Aide internationale, ententes bilatérales, ONG, etc.

6.4.1 L'INFLUENCE DU SECTEUR PRIVÉ SUR LA GOUVERNANCE GLOBALE DE LA SANTÉ

Une première conséquence logique d'une gouvernance axée sur le marché est, comme on peut s'y attendre, la place importante que va y jouer le secteur privé à but lucratif. Cette influence s'inscrit à plusieurs niveaux. Un des impacts les plus marqués concerne la manière dont se fait la production de médicaments et vaccins. Ricci avait par exemple noté que l'ouverture au secteur privé dans les structures de gouvernance globale de la santé « [...] have become synonymous with the shifts in how vaccines are developed and marketed » (Ricci, 2010, p. 10). Ce changement majeur est fondé sur la perception que le marché représente le meilleur allocataire de biens et services médicaux, et ce, même en contexte de crise ou d'urgence sanitaire, ce qui correspond largement à la stratégie développée par les États-Unis dans la mise en place du concept de sécurité sanitaire globale²⁰. La pandémie de H1N1 de 2009-2010 est instructive à cet égard. Le secteur privé y a joué un rôle fondamental en devenant un des piliers centraux des politiques de santé publique globale promues par l'OMS, sans toutefois qu'aucune réelle procédure de responsabilité pour ces acteurs ne soit mise en place. Sparke et Anguelov ont bien identifié ce phénomène lorsqu'ils soulignent que durant cette crise, « [...] governments were so anxious to respond to public fears about H1N1 and so blindly optimistic about the ability of business to deliver that they gave drug companies everything they wanted in terms of both guaranteed profits and liability protection » (Sparke & Anguelov, 2011, p. 25).

Cette absence de mécanismes officiels de responsabilisation, au-delà de la logique contractuelle classique obligeant les signataires d'un contrat à en respecter les termes, aussi limités soient-ils, peut avoir des conséquences importantes puisqu'elle favorise un nivellement par le bas des critères de sécurité sanitaire. La crise du H1N1 est encore une fois représentative de ce phénomène. Dans une résolution de l'Assemblée parlementaire du Conseil de l'Europe, dont le titre, *Faked Pandemics - A Threat for Health*, ne laisse planer aucun doute quant à sa prise de position. On peut ainsi y lire que durant cette crise, n'ayant pas complété le processus d'études des effets secondaires des vaccins, les compagnies

²⁰ Voir chapitre 1, *supra*, pour plus de détails

pharmaceutiques ont « [...] exposed millions of healthy people to the risk of unknown side-effects of insufficiently tested vaccines » (Wodard, 2009). Cohen et Philip ont également démontré que plusieurs médicaments et vaccins contre la grippe H1N1 n'étaient pas aussi efficaces qu'on le prétendait, voire qu'ils avaient de potentiels effets négatifs (Cohen & Philip, 2010, pp. 1276-1277). Il a même été établi par la suite que les médicaments génériques contre la grippe « normale » protégeaient tout autant que les nouveaux antiviraux (tamiflu, etc.), dont les compagnies pharmaceutiques ont fait une active promotion lors de la crise et qui étaient, eux, beaucoup plus dispendieux (Parlement européen, 2011). Dans une gouvernance de marché, on assiste donc à une forme d'externalisation de la responsabilisation qui, au mieux, retombe sur les États et les collectivités, et au pire, ne se matérialise tout simplement pas.

Mais, et c'est là le point peut-être le plus important, c'est également au niveau du processus de décisions et de choix politiques que l'on retrouve de la manière la plus insidieuse cette influence. Non seulement dans un contexte de gouvernance axée sur le marché on laisse au secteur privé la charge productive (matériel médical, médicaments, vaccins, etc.), mais également, de plus en plus, la charge décisionnelle. On constate ainsi que, dans un processus d'ouverture à certains mécanismes de suprasouveraineté – liés, par exemple, aux nouveaux pouvoirs suprasouverains accordés à l'OMS par le RSI de 2005 –, c'est l'économie de marché qui s'impose comme générateur et orienteur des décisions politiques, comblant le vide laissé par une certaine forme de retrait ou déplacement du rôle de l'État, et dynamique face à laquelle les institutions internationales n'ont pas encore développé de mécanismes de protection. La suprasouveraineté s'accompagne donc, avec la gouvernance globale de la santé, d'une augmentation du rôle joué par le secteur privé.

Cette influence du secteur privé sur la prise de décision s'est faite sentir, par exemple, au niveau des stratégies d'accumulation et de stockage de médicaments et de vaccins mises en place par certains pays et dont l'OMS a fait la promotion. L'OMS suggère en effet, dans ses directives concernant l'utilisation des vaccins et antiviraux en période de pandémies d'influenza, que « [b]ased on their pandemic response goals and resources, countries should consider developing plans for ensuring the availability of antivirals. Countries that are considering the use of antivirals as part of their pandemic response *will need to stockpile in*

advance, given that current supplies are very limited » (OMS, 2004, p. 11 – nous soulignons). Il ne s'agit pas ici d'affirmer que les compagnies pharmaceutiques aient illégalement influencé les décisions des pays et de l'OMS, mais plutôt de soutenir que dans une gouvernance axée sur le marché, ce sont les stratégies centrées vers la production, l'accumulation et la recherche du profit qui dominent, des stratégies productivistes dont l'ensemble des acteurs impliqués dans ce système de gouvernance est amené à faire la promotion, plutôt que de modes de prévention et de précaution qui ne sont pas rémunérateurs.

Ainsi, durant la pandémie de H1N1, de nombreux pays ont mis en place des procédures d'accumulation et de stockage d'antiviraux et de vaccins qui se sont révélées par la suite un échec cuisant autant au niveau logistique – les pays ne sachant pas quoi faire des millions de doses accumulées (Watson, 2010c, p. 119) – que financier, en raison des coûts de ces achats massifs assurés à même les fonds publics. Cette situation a été reconnue par la députée européenne Mara Bizzotto dans une question adressée au Parlement européen, où elle soulignait que « [...] erroneous risk assessments and on statements made by the WHO, led many EU Member States to use public funds to buy vaccines — subsequently left unused — in order to carry out widespread vaccination among their populations » (Parlement européen, 2011). Plus direct, le député européen et spécialiste de l'épidémiologie Wolfgang Wodard a affirmé, dans une motion présentée au Parlement européen, que les compagnies pharmaceutiques ont directement influencé la décision de favoriser l'accumulation et le stockage des médicaments et vaccins : « [t]o promote their patented drugs and vaccines against flu, pharmaceutical companies have influenced scientists and official agencies, responsible for public health standards, to alarm governments. » (Wodard, 2009)

C'est précisément l'écart gigantesque entre les mesures prises pour lutter contre la grippe H1N1 et les impacts réels de cette pandémie sur la santé, écart encore plus considérable si on considère l'inaction générale qui a lieu en ce moment pour des enjeux de santé encore plus meurtriers, qui a amené plusieurs groupes à critiquer les actions de l'OMS et à suspecter une influence du secteur privé (Session plénière de Strasbourg, 2011). La crise de 2009-2010 a été interprétée, dans ce sens, comme une opportunité pour les compagnies

pharmaceutiques de faire la « promotion » de certains de leurs produits (White, 2010, p. 170), une action rationnelle dans une logique économique, mais qui ne cadre pas avec des objectifs globaux santé publique. Cette observation confirme les affirmations de l'analyste financier cité précédemment (Krantz, 2009), qui affirmait que les crises sanitaires peuvent représenter des opportunités d'investissement et de rentabilité. Elle démontre que toute la logique sous-jacente à une gouvernance axée sur le marché est incompatible avec le développement de la santé comme bien public auquel fait référence la constitution de l'OMS (OMS, 1948). Michèle Rivasi, la Rapporteuse pour les Verts français au Parlement européen, a ainsi souligné que : « [t]he moderate severity of H1N1 influenza was officially recognised by the World Health Organisation in May 2009, yet one month later, the WHO issued the highest level 'pandemic' for H1N1 - based on the ability of the virus to spread, not based on its severity » (Session plénière de Strasbourg, 2011), forçant du même coup la mise en œuvre des contrats de production de vaccins établis en avance avec les compagnies pharmaceutiques²¹.

L'OMS et les compagnies pharmaceutiques se sont toutefois toujours défendues d'une quelconque situation de conflits d'intérêts ou d'avoir stimulé une pandémie « qui n'a jamais eu lieu », comme l'a souligné Paul Flynn, membre du Parlement britannique et rapporteur pour le rapport PACE (cité dans O'Dowd (2010, p. 1266)). La Directrice générale de l'OMS a ainsi déclaré que : « [a]t no time, not for one second, did commercial interests enter my decision making » (Chan, 2010), ajoutant que certaines des critiques auxquelles faisait face son organisation étaient de type « conspirationniste » (Cohen & Philip, 2010). Pour l'OMS, « [t]he revised IHR is all about preparedness, and in 2009 the world was given the chance to demonstrate how prepared it was to handle a PHEIC » (OMS, 2010b, p. 8). Cette organisation a ainsi rétorqué que la non-divulgence des potentiels conflits d'intérêts de ses conseillers durant la crise de H1N1 de 2009 était un « oubli » (Lowe, 2010).

Ce sont toutefois les représentants de GlaxoSmithKline Royaume-Uni (GSK UK) qui

²¹ Doshi rappelle que GlaxoSmithKline a établi ce genre de contrats « [...] with countries including Britain, France, and Belgium, contracts that GSK would be obliged to fulfil should a pandemic be declared. » (Doshi, 2010)

donnent les informations les plus utiles pour comprendre réellement le fonctionnement de cette gouvernance axée sur le marché et ses conséquences sur les politiques de santé publique. Tout en soulignant que : « [t]here was never any attempt to influence WHO or the experts involved in the pandemic process », GSK UK reconnaît que « [n]o one can work in isolation when it comes to preparing for a flu pandemic. *Only through working together, with the appropriate governance and codes of practice*, can responses to public health challenges such as that presented by H1N1 be developed. » (Kon, 240, p. 8 – nous soulignons). L’OMS elle-même considère l’industrie pharmaceutique comme un « partenaire » dans la gouvernance globale de la santé (Jefferson & Doshi, 2010). C’est précisément cette situation de perméabilité entre le secteur privé et les organisations internationales qui caractérise la gouvernance axée sur le marché. Cette porosité a été stimulée par l’ouverture faite aux mécanismes de suprasouveraineté introduits par le nouveau RSI de 2005.

Encore une fois, nous ne soutenons pas ici qu’il s’agit nécessairement d’influence illégale du secteur privé, mais plutôt de la logique intrinsèque d’un système pour lequel il n’existe pas d’autres modes d’action que la recherche de profit et l’économie de marché. Cette logique oriente le corps scientifique qui y baigne, notamment par le mode de financement de la recherche (Freitag, 1999). À titre d’exemple, des documents obtenus par un journal danois, le *Danish Daily*, révèle que :

Juhani Eskola, a Finnish vaccines adviser on the WHO board, has received £5.6m (€6.2m; \$9m) for his research centre, the Finnish National Institute for Health and Welfare from GlaxoSmithKline for research on vaccines during 2009. Professor Eskola is the deputy director general of the institute and a member of WHO’s Strategic Advisory Group of Experts on Immunization (SAGE), which advises member states on which vaccines to use and how much of these they should purchase. GlaxoSmithKline produces the H1N1 vaccine Pandemrix, which the Finnish government stockpiled after recommendations from Professor Eskola’s institute and WHO. (Carlowe, 2010)

Dans ce contexte, il n’est pas surprenant que les spécialistes fassent la promotion de certains médicaments, et ce, non pas par malveillance, mais simplement puisque c’est le système dans lequel s’inscrit leur recherche. L’enquête de Cohen et Philip a également démontré que plusieurs scientifiques impliqués dans la planification des politiques de santé

à l’OMS en cas de pandémie avaient également reçu du financement pour leur recherche ou pour certaines charges de travail. Ces informations n’avaient pas été rendues publiques par l’OMS durant la crise de H1N1 (Cohen & Philip, 2010, p. 1274). Ce manque de transparence est caractéristique d’un système de gouvernance axé sur le marché et ses mécanismes d’allocation auxquels on attribue sans réflexion et surtout sans évaluation une efficacité importante.

Cette gouvernance par le marché a même été directement intégrée aux mécanismes de gestion des pandémies de l’OMS. Les contrats de production d’antiviraux et de vaccins étaient en fait liés aux niveaux d’alerte pandémique établis par l’OMS. Dans le cas où une pandémie était déclarée, cela activait les contrats entre l’OMS et les compagnies pharmaceutiques ainsi que la production de ces médicaments (Doshi, 2010). Autant dire que les compagnies pharmaceutiques avaient un certain intérêt financier à ce que soit déclaré l’état d’alerte pandémique par l’OMS. Cette situation déjà problématique a été exacerbée par la modification du concept de pandémie quelque temps avant l’annonce officielle de la pandémie en 2009. Cette modification concernant le retrait du critère de sévérité du concept de pandémie utilisé jusque-là par l’OMS pour l’évaluation des états d’alerte, faisait référence à la nécessaire présence de « [...] enormous number of deaths and illness » (Flynn, 2010). Son retrait simplifiait du même coup le déclenchement de ces alertes (Smith, 2010, p. 48). Cette modification, dans le contexte de l’existence de contrats préétablis avec les compagnies pharmaceutiques, leur était donc bénéfique.

Une gouvernance par le marché atténue ainsi la distinction entre acteur privé et public, *tout en permettant* une minimisation de la responsabilité des premiers. L’OMS a ouvertement reconnu, suite à la crise du H1N1, le risque de conflits d’intérêts, en affirmant, par exemple, que ceux-ci sont toujours « inhérents » aux relations avec le secteur privé (Chan, 2010, p. 7). Elle s’est toutefois révélée incapable de saisir la réelle nature de l’économie politique globale de la santé et de la gouvernance par le marché, pour lesquels l’objectif premier n’est pas la promotion de la santé comme bien public, mais *plutôt* la recherche du profit, qui se base fondamentalement sur la capacité de payer des « clients » et « consommateurs », et non des malades ou des citoyens, capacités qui sont, nous le savons, inégalement distribuées à l’échelle de la planète.

6.4.2 L'OMS ET LA REPRODUCTION DES INÉGALITÉS ENTRE PAYS

Une seconde conséquence de cette gouvernance axée sur le marché se situe au niveau de la reproduction des inégalités²² entre pays, induites notamment par les transformations des priorités de santé publique. Cela entraîne des tensions en ce qui concerne la perception de l'équité entre les pays (Feldbaum, Lee & Michaud, 2010), ce qu'avait soulevé l'Indonésie lors de la crise du partage des virus souches de 2006. Une gouvernance axée sur le marché conduit ainsi à des modifications des priorités de santé publique en (ré)orientant ses actions vers les consommateurs ayant les capacités financières les plus importantes, ce qui peut potentiellement diverger des objectifs globaux de santé publique. L'épidémie de H1N1 de 2009 a été représentative de ce phénomène où une grande attention institutionnelle, politique, médiatique et structurelle s'est concentrée sur une maladie qui ne représentait pas nécessairement une menace majeure, du moins, pas de la même façon pour tous les pays. Marc Gentilini, un chercheur sur les maladies infectieuses, a qualifié cette situation « d'outrageuse », soulignant que « [...] when you compare it to the overall health situation in the world [...] I'm ashamed to see what is being done to avoid this flu which we know so little about, while malaria kills a million people and hardly anyone notices » (cité dans Duclos (2009)).

Ces réorientations des priorités, dans le cadre d'une gouvernance par le marché, demandent en effet à de nombreux pays d'investir des sommes importantes pour les mesures de planification antipandémique lorsqu'au même moment des infections relativement simples à traiter sont toujours endémiques dans ces pays (Abraham, 2011, p. 797). Ces priorités amènent la mise en place de mesures et de politiques qui sont « [...] overtly aimed at protecting western states from particular infectious disease epidemics, where the investment has been primarily in real-time global disease surveillance, scenario planning, drug stockpiling and vaccine development » (Davies, 2010, p. 142). Ces mesures s'avèrent inefficaces et irrationnelles dans des contextes où, par exemple, les populations n'ont même pas accès à des structures d'assainissement et de traitement des eaux (Loff, 2010, p. 5).

²² Lors du processus de révision du RSI, le représentant de l'Iran à l'OMS avait par exemple affirmé que « [...] infectious diseases posed a heavy burden on the economy of developing countries, thereby widening the gap between the 'haves' and the 'have-nots' » (OMS, 2001d, p. 44).

Comme l'a très justement rappelé Calain, « [...] if the main legacy of global surveillance policies consists merely of a summons to plug into a virtual 'network of networks', and to welcome foreign investigators donning bio-protective equipment [...] there is no escaping from the conclusion that the harvest of outbreak intelligence overseas is essentially geared to benefit wealthy nations. » (Calain, 2007b, p. 19)

L'attention récente qui a été portée aux maladies infectieuses (H1N1, SARS, H5N1, etc.) s'est ainsi portée sur des enjeux qui se sont révélés prioritaires non pas pour des objectifs de santé publique globaux, mais bien plus pour les préoccupations et intérêts des pays occidentaux (McInnes & Lee, 2006, p. 12). Cette situation a permis à l'OMS d'asseoir son leadership et son autorité sur la gouvernance globale de la santé (Davies, 2008, p. 295), comme notre analyse du processus de négociation du RSI de 2005 l'a démontré au chapitre 3. Les maladies infectieuses se sont ainsi vues « [...] portrayed as a threat that western states must take steps to alleviate in the areas of foreign, economic and security policy » (*idem*, p. 302). Les priorités de santé publique globale se sont dirigées vers les maladies ayant un fort potentiel de mobilité, particulièrement celles pouvant toucher de manière inhabituelle les pays occidentaux, ceux ayant les ressources les plus importantes (McInnes & Lee, 2006, p. 11). Comme le souligne avec pertinence Tomori, « [...] policy makers in resource-constrained countries perceive that undue and disproportionate emphasis is placed on providing resources to respond to disease outbreaks that might spread internationally, as compared with resources marshalled within national boundaries to prevent outbreaks in the first place » (Tomori, 2010, p. 205).

Ce phénomène a été également confirmé par nos résultats d'analyse présentés au chapitre 5 et pour lesquels nous avons identifié cet accent mis sur les phénomènes sanitaires multipays, et non pas sur des épisodes similaires en termes d'impact sur la santé se produisant dans un seul pays. Pour paraphraser Fidler, il est difficile de ne pas en conclure que la nouvelle structure de gouvernance de l'OMS soit bien plus qu'une forme de mécanisme global de « triage » entre les différents types d'infections (Fidler, 2005a). En aucun cas, les causes des problèmes sanitaires globaux qui sont, bien souvent, liés à la pauvreté et au manque de ressources, ne sont placées au cœur du dispositif de gouvernance. C'est cette caractéristique fondamentale d'une gouvernance par le marché qui a poussé

Ingram à observer que : « [t]he inability to transcend neoliberal ideology suggests that containment of the diseases of the poor rather than genuine global transformation may be a dominant mode for the new geopolitics of disease. » (Ingram, 2005, p. 537)

Cette caractéristique pousse à la reproduction d'inégalités dans la susceptibilité des pays aux maladies infectieuses. En effet, avec le nouveau RSI, « [...] sporadic cases of cholera are not unusual in sub-Saharan Africa, but in a Scandinavian country, where you do not expect to find cholera, an outbreak would merit a notification » (Rodier, 2007). L'OMS est toutefois consciente de ce phénomène depuis longtemps. On en trouve, par exemple, mention dans un document publié en 2000 (OMS, 2000a, p. 7). Il est pour le moins surprenant que cette organisation ait tout de même décidé de mettre en place un ensemble de régulations internationales, avec le RSI de 2005, qui exacerbe cette situation. Même si l'objectif de l'OMS n'est pas de stimuler les inégalités entre pays, la non-prise en compte des impacts de l'économie politique globale de la santé fait en sorte que l'on reproduit indirectement ces inégalités, renforçant du même coup la perception que « [t]he rich protect their interests while the poor are controlled » (Loff, 2010, p. 5).

Pourquoi donc une telle mobilisation contre une maladie aux conséquences sanitaires limitées lorsqu'au même moment, d'autres infections aussi simples que des infections gastro-intestinales tuent des millions de personnes chaque année²³ (Duclos, 2009)? *Parce que le choix des priorités de santé publique, dans un système de gouvernance par le marché, s'inscrit directement sur ces inégalités entre pays, et particulièrement sur leur capacité à payer.* Comme l'ont souligné Sparke et Anguelov, cette orientation des énergies vers la pandémie de H1N1 « [...] was ultimately about economic inequality itself insofar as it was about prioritizing a disease that *might* effect the wealthy rather than other diseases that *already* effect the poor » (Sparke & Anguelov, 2011, p. 15). Une gouvernance par le marché ne peut donc pas répondre efficacement aux enjeux globaux de santé puisque, par

²³ Huntington et Jones ont apporté une réponse intéressante à cette question. Ces auteurs ont en effet suggéré que, en ce qui concerne la pandémie de H1N1, « [i]t's all in the brand », ajoutant que « [i]n the case of H1N1, the brand is that H1N1, with its potential for causing widespread disease, is an international health disaster that could recreate the devastation caused by the 1918 Spanish flu (estimated 20-40 million deaths) or the 1968 Hong Kong flu (1-4 million deaths) » (Huntington & Jones, 2010, p. 33). C'est précisément, selon eux, ce marketing épidémiologique qui a permis à la crise de H1N1 de prendre une telle ampleur, contrairement par exemple à d'autres enjeux de santé.

nature, ce type de système est fondé sur ces inégalités, ce qui a amené Kamradt-Scott et Lee à souligner que la gouvernance globale de la santé se fonde sur des « market-based structural inequalities » (Kamradt-Scott & Lee, 2011).

Encore plus problématique, ce type de système de gouvernance « [...] run[s] the risk of neglecting the underlying structural deficiencies that produce the conditions from which epidemics emerge » (Dry, 2008, p. 5), reproduisant du même coup les inégalités entre les différents pays lors des crises sanitaires. En effet, dans le cas où une réelle pandémie meurtrière viendrait effectivement à avoir lieu, les pays en développement n'auraient qu'un accès limité aux médicaments et vaccins dont l'OMS a fait la promotion durant la crise de H1N1, ces pays ne disposant pas des capacités pour en assurer la production ou des moyens financiers pour se les procurer. Comme le souligne Loff, dans l'éventualité d'une pandémie d'influenza réellement catastrophique, on évalue à environ 96 % la proportion des décès qui aurait lieu dans les pays à faible et moyen niveau de vie (Loff, 2010, p. 5).

Non seulement ce type de gouvernance influence les priorités de santé publique des pays en développement, mais on constate aussi que ce sont eux qui souffriraient le plus de ces crises sanitaires si elles venaient à se matérialiser effectivement. Cette situation paradoxale s'explique notamment par le fait que 85-90 % des capacités de production des vaccins et médicaments, concentrées dans seulement neuf compagnies, se trouvent en Europe et en Amérique du Nord (Ricci, 2010, p. 9; Shashikant, 2009). Qui plus est, les contrats de production anticipés de médicaments et vaccins – c'est-à-dire avant que les crises n'aient lieu – établis entre certains pays, l'OMS et les compagnies pharmaceutiques, ainsi que les stratégies de stockage de médicaments promues par l'OMS handicapent grandement les possibilités d'accès en cas d'urgence sanitaire pour les pays les plus vulnérables (Loff, 2010, p. 5; Gostin, 2009). En cas d'urgence, ce serait donc à une grande pénurie de médicaments que feraient face les pays en développement (Shashikant, 2009), les laissant supporter un fardeau disproportionné (Bhattacharya, 2007, p. 589) en raison même de l'accent mis sur ces enjeux par d'autres pays.

Dans ce contexte, « [s]erious questions of global social justice arise when wealth, rather than need, becomes the primary allocation criterion. The maldistribution of vaccines in the face of a global health crisis will only widen the already large health gap between rich and

poor » (Gostin, 2009). Nous soutenons que cette situation est inhérente au mode de gouvernance par le marché mis en place par l’OMS, puisqu’elle se fait par l’entremise d’une théorie des prix basée sur l’offre et la demande, deux critères fortement modulables socialement, et non pas sur la nécessité et les besoins vitaux. Ce type de gouvernance ne peut donc pas logiquement mener à autre chose qu’à la reproduction de cette situation inégalitaire, l’économie de marché privilégiant toujours ceux qui ont la capacité de payer (Gostin, 2009) indépendamment de leurs besoins. C’est pourquoi cette gouvernance axée sur le marché tend à reproduire les inégalités d’accès aux soins de santé et aux médicaments, mais également pourquoi les crises qui la caractérisent se fondent également sur ces inégalités en tant que telles, reproduisant en quelque sorte le paradoxe de la mondialisation présenté au chapitre 4. Sparke et Anguelov font une excellente description de cette situation :

Édgar Hernández – the mislabeled ‘patient-zero’ from La Gloria Mexico – may well have inhaled H1N1 from a pig at a nearby American-owned pig fattening factory. Inequality was involved in this respect *because the reason many American CAFOs or Confined Animal Feed Operations have been relocated to Mexico relates to the lower wages and laxer enforcement of environmental regulations south of the border* – a North American Free Trade Agreement enabled-development that meant a better label for H1N1 may well have been ‘the NAFTA flu’ (Wallace, 2009b). (Sparke & Anguelov, 2011, p. 15 – nous soulignons)

On le constate, les crises sanitaires se nourrissent également, dans une forme de rétroaction, des inégalités pour fleurir. Cette situation inégalitaire est reproduite, involontairement ou non, par les mécanismes de gouvernance de l’OMS, et particulièrement par les nouveaux pouvoirs suprasouverains qui lui ont été accordés avec le RSI de 2005. Ces nouveaux pouvoirs demandent une indépendance et une impartialité (Calain, 2007a, p. 8) que ne semble pas être en mesure de mettre en place l’OMS, précisément en raison de son utilisation d’une gouvernance axée sur le marché qui, par nature, s’oriente sur les intérêts particuliers, et *a fortiori*, sur les intérêts des mieux nantis. Ces inégalités se font directement sentir au niveau des infrastructures de santé publique aux niveaux national et local, ce que n’est également pas capable de prendre en compte la gouvernance par le marché mise en place par l’OMS avec le nouveau RSI, reproduisant une fois de plus le cercle vicieux des inégalités sanitaires et économiques.

6.4.3 LES IMPACTS SUR LES INFRASTRUCTURES DE SANTÉ PUBLIQUE À L'ÉCHELLE NATIONALE/LOCALE

Le troisième et dernier lieu où se font ressentir les impacts d'une gouvernance de la santé axée sur le marché se situe au niveau des infrastructures et politiques publiques de santé locales et nationales. L'accent mis par l'OMS sur les initiatives globales entraîne une sorte de phénomène de désintéressement et de désinvestissement des échelles locales et nationales, lesquelles sont essentielles en termes de politiques publiques de santé. Comme le rappellent Szlezák et coll. :

[t]he continued crucial importance of national health systems as connectors of research and development with populations, and as guarantors of the successful and sustained delivery of health interventions to people and populations, is often overlooked in enthusiastic discussions of new approaches to the architecture of global health. Indeed, *the biggest challenge facing global health today is to reconcile the ongoing global-level transformation with the need to further strengthen and support national-level health systems.* (Szlezák & coll., 2010, p. 3 – nous soulignons)

Les initiatives globales, dont le nouveau RSI fait partie, et qui s'appuient principalement sur une économie de marché globale pour leur mise en place, font ainsi preuve d'une limitation qui est souvent bien plus importante, en termes de facteurs considérés, que les initiatives élaborées pour un contexte local ou national (Dry, 2008, p. 5). Ces échelles représentent, dans ce contexte, les espaces de gouvernance les moins desservis dans le cadre de la gouvernance globale actuelle, ce qui, paradoxalement, représente un risque important pour la santé globale, puisque c'est à ces niveaux que se situent les premières lignes de défense contre la propagation des maladies infectieuses et la prévention des crises sanitaires. Il ne faudrait donc pas négliger, comme le soulignent Weir et Mykhalovskiy, que « [t]he global space of public health surveillance operates through national health systems » (Weir & Mykhalovskiy, 2006, p. 258), et que c'est dans le contexte de leur sous-financement que naissent les menaces sanitaires les plus importantes.

Le nouveau RSI fait ainsi poser la responsabilité, voire l'obligation, du développement des infrastructures et capacités de surveillance directement sur les systèmes publics de santé nationaux, en particulier pour la vérification des informations épidémiologiques (Rodier & coll., 2007, p. 1450; Sturtevant, Anema & Brownstein, 2007, p. 118). Les investissements

nécessaires à la mise en place des structures globales de surveillance et de contrôle des maladies infectieuses peuvent entraîner un détournement des fonds et ressources locales qui auraient été beaucoup plus utiles, par exemple, dans la lutte contre la malaria, la tuberculose ou le VIH qui, eux, représentent de réelles menaces pour la santé globale (Wilson, Tigerstrom & McDougall, 2008, p. 46). Reingold a même avancé que cette situation d'affaiblissement du niveau local avait été vécue aux États-Unis lors de la mise en place de mécanismes globaux de surveillance (Reingold, 2003), soulignant de la sorte qu'aucun pays, aussi puissant soit-il, n'est à l'abri d'un affaiblissement ou d'une réorientation des structures locales de santé publique face au développement des infrastructures globales. Reingold rappelait à ce titre que les fonds états-uniens rendus disponibles pour les nouvelles initiatives globales « [...] are having a disproportionate impact on the priorities and activities of local and state health departments » (*idem*, p. 1).

Encore une fois, on se retrouve avec cette initiative globale de l'OMS devant un paradoxe de politique publique. Ce ne sont pas nécessairement les intérêts et besoins des communautés locales et nationales qui sont pris en considération par cette architecture globale, mais plutôt des objectifs généraux qui n'ont pas nécessairement comme fonction d'améliorer la situation sanitaire au niveau local. Comme l'a très bien résumé Lakoff, « IHR's reliance on national health systems did not necessarily imply strengthening governmental capacity to manage existing disease; rather, it sought to direct the development of outbreak detection systems according to the needs of global disease surveillance. » (Lakoff, 2010, p. 72)

Formulé autrement, le système global de surveillance de l'OMS se fonde sur le niveau local pour sa mise en oeuvre, mais ne cherche pas à répondre aux besoins des communautés situées à cette échelle. C'est une situation paradoxale pour un ensemble de régulations qui, « [...] for all their radical elements, [...] are very weak with respect to providing developing countries with assistance in improving their surveillance and response capabilities. » (Fidler, 2010, p. 220) On peut trouver, en partie du moins, les causes de cette rupture dans l'importance prise par l'économie de marché dans ce mode de gouvernance. L'objectif est ici d'obtenir de l'information sur ce qui est menaçant pour certains pays ayant les capacités de payer, c'est-à-dire de favoriser une forme de rentabilité des mécanismes de

gouvernance, et non pas de traiter ce qui est menaçant pour tous les pays, ce qui n'est pas rentable dans une logique de marché.

Cette situation laisse également les pays en développement devant très peu d'options et de support de la part de la communauté internationale lorsque les crises sanitaires qu'ils vivent ne cadrent pas avec les critères développés par les structures globales de gouvernance (Bond, 2008, p. 376). Lorsque les problèmes de santé vécus par ces pays ne correspondent pas, par exemple, aux critères élaborés par l'OMS pour identifier les PHEIC, les structures locales et nationales de santé publique se retrouvent à prendre en charge de manière autonome les crises sanitaires sans l'apport de la structure de gouvernance de l'OMS, ce qui peut facilement engorger un système de santé déjà faible. Non seulement ces critères laissent une importante place à l'interprétation (Lakoff, 2010, p. 70), mais ils délèguent également tout ce qui n'y correspond pas aux structures de santé publique locales et nationales²⁴.

Les types de mécanismes développés par l'OMS pour la surveillance des maladies infectieuses ont également un impact considérable sur leur utilisation et utilité aux niveaux local et national. En particulier, l'utilisation d'informations provenant de sources informelles, c'est-à-dire devant être vérifiées par le système de santé, s'avère utile uniquement dans les cas où une bureaucratie administrative et un personnel médical peuvent être en mesure de traiter ces informations et de les vérifier (Calain, 2007b). Comme l'a souligné Aldis, « [...] it is obvious that surveillance data is useful only to those countries with a sufficient response capacity » (Aldis, 2008, p. 374), ce qui n'est pas le cas pour de nombreux pays en développement. Qui plus est, la possibilité d'accès à ces informations pour les pays en question peut être limitée par des contextes sociaux particuliers liés, par exemple, à une liberté de presse réduite, à des structures hiérarchiques rigides ou à des considérations partisans (Fidler & Gostin, 2006). Ce type d'information et de surveillance peut également réorienter les infrastructures et politiques publiques nationales vers un processus de catégorisation des maladies (Calain, 2007b, p. 16), et non

²⁴ Les études s'étant intéressées à la gouvernance globale de la santé ont à notre avis sous-estimé largement cet élément. Il serait par exemple nécessaire d'analyser les pratiques en matière de santé publique des différentes fondations et ONG, comme la fondation de Melinda et Bill Gates, selon cette perspective, ce qui n'a jamais été fait.

d'action à leur rencontre, ce que suggère le faible suivi pour les maladies infectieuses ne touchant pas plusieurs pays et que nous avons observé dans nos résultats d'analyse présentés au chapitre 4.

Le système de surveillance de l'OMS ne permet finalement pas de rétroaction entre la structure de surveillance globale (le GOARN) et les communautés locales quant aux informations analysées. Dans ce système par le haut :

[...] there is no attempt to provide local communities with epidemiological information for their own use in managing public health on a daily basis, in the absence of a confirmed outbreak. In other words, there is no attempt to make wealth of information collected under the auspices of GOARN work for local communities during the vast majority of the time when the locale is not subject to emergency control actions (Dry, 2008, p. 12).

Les populations et communautés locales représentent au final les principaux oubliés de cette structure de gouvernance globale. Avec ses mécanismes d'allocation par le marché influençant les priorités de santé publique aux échelles globale, nationale et locale, ce type de gouvernance entrave le développement des ressources et structures de santé dans les pays en ayant le plus besoin.

6.5 CONCLUSION : GOUVERNANCE PAR LE MARCHÉ ET CHANGEMENT DE PARADIGME DANS LA RELATION ENTRE ÉTATS ET ORGANISATIONS INTERNATIONALES

Ce dernier chapitre, avec son apport empirique, nous a permis de mettre en évidence les différentes critiques qui ont été portées contre l'OMS et les structures de gouvernance globale de la santé induites par le nouveau RSI. Ces critiques ont souligné un fait particulier, l'importance qu'y occupent le secteur privé et le marché, confirmant plusieurs éléments abordés au chapitre 4 quant aux réels enjeux de négociation du RSI de 2005. Ce que nous avons appelé une gouvernance axée sur le marché a ainsi profondément marqué les critiques faites contre l'OMS. L'ouverture vers une forme suprasouveraine de gouvernance de la santé, qui caractérise le RSI de 2005, s'est accompagnée de l'introduction d'acteurs économiques qui sont venus modifier la relation entre les États et les organisations internationales. La gouvernance globale de la santé inclut une multitude

d'acteurs (Kamradt-Scott & Lee, 2011, p. 845) qui ont été amenés à modifier sensiblement leurs interactions, induisant « [...] a qualitative shift in both how actors *engage* each other and *conceptualize* the world in which they participate » (Ricci, 2010, p. 7). La cause profonde de cette modification est à chercher, selon nous, dans l'importance grandissante qu'ont prise le marché et l'économisme dans les sociétés occidentales à partir de la fin des années 1970 (reaganisme, thatchérisme, accords de libre-échange, OMC, dérégulations, etc.).

Les conséquences de cette place grandissante du marché sur les inégalités entre pays et leur hiérarchisation face aux menaces sanitaires que cela suscite ne devraient pas cacher le fait que les oppositions réelles ne se situent non pas entre pays (riches versus pauvres), mais *plutôt* entre, tout d'abord, les intérêts de l'industrie pharmaceutique et ceux des politiques de santé, et deuxièmement, entre les intérêts des industries nationales et les politiques commerciales d'un côté, et les politiques publiques de santé de l'autre (Koivusalo, 2010). Comme l'a montré l'analyse des différentes critiques faites à la gouvernance globale de la santé sous l'OMS, ces éléments sont inhérents à une gouvernance de la santé par le marché, et les actions qu'elle suppose ne devraient pas être interprétées comme des lacunes de gouvernance, mais plutôt comme ses fondements principaux. C'est donc, selon nous, vers l'impact du marché, de la place du secteur privé, et des conséquences de l'économisme que devraient être amenés à se tourner les chercheurs en science politique s'intéressant aux enjeux globaux de santé afin d'être réellement en mesure de comprendre le changement de paradigme dans la relation s'établissant entre les États et les organisations internationales. Ce changement de paradigme reste totalement à être intégré dans la théorie des relations internationales, ce à quoi la conclusion de cette thèse se concentre.

CONCLUSION – LA COMPLEXITÉ DE LA GOUVERNANCE GLOBALE : COMMENT REPENSER
LES RELATIONS INTERNATIONALES AU-DELÀ DES OPPOSITIONS DICHOTOMIQUES ET DU
NATIONALISME MÉTHODOLOGIQUE

*Je suis pessimiste avec l'intelligence,
mais optimiste par la volonté.*

Gramsci (1971)

L'objectif de ce chapitre de conclusion est de faire le lien entre nos résultats empiriques, présentés aux trois chapitres précédents, et le champ des Relations internationales. Plus précisément, nous cherchons à intégrer nos observations au sein d'un espace théorique qui permet de prendre en compte notre appréciation de la négociation, de la pratique et de la contestation de la gouvernance globale de la santé par l'OMS au sein du RSI de 2005. Pour ce faire, nous présentons tout d'abord un résumé de nos différentes observations et conclusions empiriques issues des trois chapitres précédents. Nous mettrons ensuite l'accent sur le concept de la « gouvernance informationnelle » qui, selon nous, représente un apport considérable à la compréhension de la relation entre États et organisations internationales. Enfin, nous aborderons l'émergence de ce que nous appelons *l'approche de la complexité* comme cadre théorique et conceptuel pour penser les relations internationales contemporaines. Le développement de cette approche représente l'apport central, au niveau théorique, de cette thèse.

**1 NOS OBSERVATIONS ET CONCLUSIONS EMPIRIQUES COMME POINT DE DÉPART
D'UNE AUTRE THÉORISATION DES RELATIONS INTERNATIONALES**

Les différentes analyses effectuées aux chapitres précédents nous amènent à sept observations et conclusions concernant la gouvernance globale de la santé. Celles-ci représentent le point de départ de notre réflexion théorique concernant l'interaction entre États et organisations internationales dans la gouvernance globale, qui nous amènera à proposer quelques pistes de réflexion pour penser les Relations internationales contemporaines autrement qu'au travers des différentes oppositions dichotomiques que

nous avons soulignées dans les chapitres empiriques et qui marquent plus largement, comme nous l'avons mis en évidence, la théorie des Relations internationales dans leur ensemble.

Nos sept principales conclusions et observations principales quant à la gouvernance globale de la santé sont présentées au Tableau 7.1 ci-dessous.

Tableau 7.1 – Résumé des observations empiriques de la gouvernance globale de la santé

<i>Observations empiriques de la gouvernance globale de la santé</i>	
1. Importance de l'environnement et du contexte social dans lequel s'inscrit la lutte contre les maladies infectieuses.	<i>L'association historique entre maladies infectieuses, altérité et espace persiste toujours dans les modes contemporains de gouvernance de la santé. Cette association se fait par l'intermédiaire de l'interaction entre communautés politiques et environnement social dans laquelle s'inscrivent les politiques de santé publique.</i>
2. Importance de l'information et de la communication comme outil de gouvernance.	<i>En tant qu'outil de gouvernance, le RSI de 2005 se fonde presque exclusivement sur l'information, sa communication et sa circulation. On fait ainsi face à ce que nous avons appelé une « gouvernance informationnelle » qui a pour but d'établir une sorte de « cordon sanitaire informationnel » ou de « préemption informationnelle » au niveau global, ce qui reproduit certaines formes d'inégalités structurelles.</i>
3. Importance de l'économie de marché et des intérêts sécuritaires de certains pays comme objectifs de gouvernance globale.	<i>La généalogie du processus de négociation nous a montré que la promotion/protection de la santé n'est pas l'objectif premier du RSI de 2005. Ce sont plutôt la protection du commerce et de la mondialisation, la promotion des enjeux de sécurité internationale et la défense des intérêts de certains pays qui y priment.</i>
4. Importance de l'OMS comme cadre de la gouvernance globale de la santé, mais pas en opposition aux États et aux souverainetés.	<i>Les nouveaux pouvoirs de l'OMS se situent dans leur capacité à déclarer des pandémies et à utiliser/circuler l'information épidémiologique sans l'accord des pays. Ce pouvoir ne s'oppose pas aux États ou ne les oblige pas à effectuer certaines actions. Les États restent centraux dans la gouvernance globale de la santé. L'OMS ne possède donc pas, avec le RSI de 2005, un pouvoir suprasyouverain ou postwestphalien, qui serait opposé aux pouvoirs des États.</i>
5. Importance du RSI comme outil juridico-politique hors norme dans les Relations internationales.	<i>Le RSI n'est pas un traité au sens du droit international, il ne se concentre pas sur la production/allocation de la santé comme bien public global et n'est pas orienté vers la santé entendue comme droit humain. Il est plutôt intégré au sein de l'économie de marché entendue comme mode de gouvernance. En ce sens, le RSI de 2005 est un instrument juridique international complexe qui ne cadre pas avec les outils analytiques des Relations internationales et qui est sensible au contexte et à l'environnement dans lequel il s'inscrit.</i>
6. Importance des biais dans la pratique de la surveillance par l'OMS.	<i>L'analyse de la pratique de la surveillance révèle que le RSI se concentre sur les alertes multipays, mais qu'en termes d'importance analytique des régions, c'est l'Afrique qui est la plus surveillée. Toutefois, cette surveillance est limitée au niveau de son suivi dans le temps. L'Afrique est donc largement répertoriée, mais très peu suivie. Les capacités de surveillance effectives de l'OMS sont également très limitées, ce qui fait varier sa capacité de gestion des risques sanitaires en fonction du contexte épidémiologique (s'il y a des crises on cesse de surveiller certaines zones ou maladies). L'Asie est également beaucoup surveillée.</i>
7. Importance des critiques de l'économie de marché, mais on ne remet pas en cause les nouveaux pouvoirs accordés à l'OMS.	<i>Les critiques apportées à la gouvernance globale de la santé dans la période d'après 2005 se sont orientées majoritairement sur les risques de conflits d'intérêts, l'impact des compagnies pharmaceutiques et du secteur privé ainsi que, plus généralement, sur l'influence de ce secteur sur l'OMS (la gouvernance dans l'économie de marché globalisée). Par contre, peu de critiques se sont concentrées sur l'aspect systématiquement inégalitaire de la gouvernance globale de la santé et personne n'a remis en cause les nouveaux pouvoirs de l'OMS (on a plutôt critiqué leur faiblesse par rapport au secteur privé).</i>

Dans le cadre du RSI de 2005, l'OMS a mis en place ce que nous avons appelé une « gouvernance informationnelle ». Celle-ci se fonde sur de nouveaux pouvoirs accordés à l'OMS, mais ne s'oppose pas nécessairement aux pouvoirs des États, puisque le rôle de

l'OMS avec le RSI de 2005 s'articule autour de la communication et du partage d'information, actions qui ne sont pas contrôlées par les États. Ces derniers restent libres d'interpréter ou de faire ce qu'ils veulent des informations communiquées et mises en circulation par l'OMS. Ces informations n'ont donc pas un caractère contraignant pour les pays membres, ce qui fait que la gouvernance globale de la santé suppose des relations, structures et mécanismes qui ne cadrent pas avec l'opposition États/organisations internationales, mais qui les transcendent et les traversent.

En ce sens, ce système de gouvernance n'est ni vertical – opposition hiérarchique entre les acteurs – ni horizontal – relations plus ou moins égalitaires entre acteurs toujours en opposition –, mais se caractérise plutôt par la production de sphères de gouvernance relativement indépendantes les unes des autres. Les organisations internationales contrôlent l'information épidémiologique, tandis que les États conservent leur souveraineté sur l'application des politiques de santé publique. Par contre, ces sphères interagissent, notamment parce que les États utilisent l'information produite par l'OMS pour évaluer les risques sanitaires et mettre en place leurs politiques de santé publique, mais également parce que ces politiques s'inscrivent dans le cadre d'une économie de marché qui transcende à la fois les États et les organisations internationales, ne s'établissant toutefois pas sur la base de relations de pouvoir hiérarchiques et contraignantes. Ces sphères de gouvernance impliquent d'autres acteurs qui jouent un rôle majeur dans la matérialisation de la gouvernance, comme le secteur pharmaceutique privé. Ils utilisent l'information produite par l'OMS pour s'imposer dans la gouvernance de la santé. La gouvernance se fait ainsi non pas par ces acteurs – via un acte direct et précis –, mais bien au travers d'eux – via un acte indirect et diffus – en s'articulant avec d'autres structures de gouvernance (OMS, États, ONG, etc.).

En même temps, certaines des caractéristiques inégalitaires, impériales ou biaisées du système international sont reproduites par les mécanismes de gouvernance de l'OMS et du RSI de 2005 : les inégalités entre pays persistent et se reproduisent, les pays les plus puissants y reproduisent leur domination, les cordons sanitaires informationnels ou l'économie de marché comme mode de gouvernance excluent ceux qui n'ont pas la capacité de payer, les pays les plus faibles sont délaissés, etc. Cette gouvernance profite

ainsi d'une certaine manière aux intérêts des pays les plus puissants. Paradoxalement, elle n'est pas non plus à la solde de certains pays, mais elle est plutôt intégrée dans des environnements ou contextes particuliers disposant de leur logique propre – l'économie de marché, les luttes institutionnelles pour le contrôle de la gouvernance, le financement de la recherche par le secteur privé, les intérêts de certains pays, etc. – qui orientent indirectement les actions de l'OMS au-delà d'une utilisation des organisations internationales comme *proxy* par certains États ou certaines organisations. L'OMS s'est aussi, à certains niveaux, autonomisée des souverainetés nationales et a acquis des pouvoirs qui s'appliquent également envers tous les pays.

Les outils traditionnels des Relations internationales semblent donc être difficilement aptes à comprendre et interpréter ces observations empiriques dans la gouvernance globale de la santé, observations qui se caractérisent par une diffusion du pouvoir et de la gouvernance. Tout au long de cette thèse, nous avons mis en évidence cette diffusion qui s'est faite à la fois au niveau de l'importance qu'a prise la communication et l'information dans la gouvernance de l'OMS, mais également du rôle qu'a joué l'économie de marché comme *cadre* de cette gouvernance. Pour se faire, nous avons tout d'abord présenté, au chapitre 1, l'approche de la pensée complexe, la théorie de l'acteur-réseau et le cosmopolitisme méthodologique comme cadre théorique. Ces aspects théoriques et conceptuels nous avaient permis de nous positionner relativement au champ des Relations internationales en soulignant certains apports de ces approches. Ensuite, au chapitre 2, nous nous étions concentré sur la relation historique et sociale entre communauté politique et enjeux de santé, en mettant notamment l'accent sur le lien entre santé, dangerosité et territoire, la production de l'espace microbien global, le pouvoir social de la contagion et le rôle des États-Unis dans la gouvernance contemporaine de la santé. Au chapitre suivant, le chapitre 3, nous avons abordé dans le détail la forme et le fonctionnement du RSI de 2005, l'objet d'étude principale de cette thèse. Nous y avons détaillé les principaux nouveaux pouvoirs concédés par cet instrument juridique international à l'OMS et nous avons problématisé leur caractère révolutionnaire. Les chapitres 4, 5 et 6 ont été consacrés à une analyse empirique de la gouvernance globale de la santé par l'OMS. Au chapitre 4, nous avons effectué une généalogie du RSI de 2005 en détaillant un récit de rechange des *négociations* ayant mené à l'accord des pays membres en 2005. Au chapitre suivant, le

chapitre 5, nous avons analysé de manière quantitative la *pratique* de la gouvernance globale de la santé dans le cadre du RSI de 2005 en mettant l'accent sur les objets et sujets de cette gouvernance. Le chapitre 6 était quant à lui consacré aux *critiques* et à la *contestation* de la gouvernance globale de la santé, en particulier dans le cadre de la crise du partage des virus souches indonésiens en 2006 et la crise de H1N1 en 2009. Enfin, la conclusion qui suit est vouée à la proposition de fondements théoriques permettant de prendre en compte nos observations empiriques, proposition qui prend la forme de l'approche de la complexité en Relations internationales.

2 L'ÉMERGENCE DE L'APPROCHE DE LA COMPLEXITÉ EN RELATIONS INTERNATIONALES

À partir des éléments présentés précédemment, il nous apparaît possible de poser les bases de ce que nous appelons l'approche de la complexité¹ en Relations internationales. Ce mode de rechange de problématisation des Relations internationales se fonde sur la pensée complexe d'Edgar Morin, sur la théorie de l'acteur-réseau ainsi que sur le cosmopolitisme méthodologique, trois approches que nous avons présentées au chapitre 1. Cette proposition émerge dans le contexte d'une incapacité des approches actuelles des Relations internationales, elles-mêmes également mises en évidence au chapitre 1, à intégrer nos observations empiriques concernant la gouvernance globale de la santé par l'OMS dans le cadre du RSI de 2005.

Les principaux problèmes théoriques et conceptuels auxquels nous faisons face sont les suivants. Tout d'abord, l'OMS a reproduit, d'un côté, une certaine forme de structure inégalitaire du système international qui amplifie les défaillances du système, c'est-à-dire une rétroaction positive selon les termes de Morin (Morin, 1990). En reproduisant les fondements inégalitaires du système international par l'exclusion du continent africain dans les zones les plus surveillées ou la concentration sur des enjeux sanitaires concordant avec les intérêts occidentaux (libre-échange, influenza et bioterrorisme), l'OMS se nourrit des

¹ Nous proposons les bases de réflexion d'une approche potentiellement de rechange, et non pas d'une théorie finale, car nous croyons que les quelques développements présentés dans cette recherche représentent plutôt un champ de recherche à défricher qu'une théorie déjà fondée.

inégalités du système international pour favoriser son fonctionnement et sa position de leader. On constate, d'un autre côté, la présence d'une rétroaction négative qui tend à corriger les actions de l'OMS en problématisant la relation entre le secteur privé et les mécanismes de gouvernance globale, et non pas en restreignant cette gouvernance supranationale.

On a observé cette rétroaction dans les critiques apportées à l'OMS qui ne remettaient pas en question les nouveaux pouvoirs de l'OMS, mais plutôt leur insuffisance quant au secteur pharmaceutique. Ces deux systèmes de rétroaction soulignent l'incapacité de la dichotomie États/gouvernance globale à rendre compte adéquatement des caractéristiques du système international et des mécanismes d'interactions entre ses constituantes. Ces deux éléments rendent ainsi problématique la relation que l'on présente habituellement comme hiérarchique, et ce, dans un sens comme dans l'autre, entre États et organisations internationales.

De ce principe découle également l'idée d'une incohérence des oppositions entre les différentes échelles spatiales. Le global et le national ne sont pas, dans cette perspective, des oppositions scalaires (Bousquet & Curtis, 2011, p. 45), mais bien des modes d'interaction et de problématisation différents qui sont liés entre eux par la nature « en réseau »² de ses interactions et acteurs. Pour Ali, par exemple, les références à un contexte global représentent un terrain fertile pour la complexité :

[...] le défi de la globalité est, en même temps, un défi de la complexité ; en effet, il y a bien complexité lorsque sont inséparables les composants différents constituant un tout (comme l'économique, le politique, le culturel, etc.). Une pensée incapable d'envisager le contexte et le complexe planétaire rend aveugle et irresponsable ; l'intelligence doit non seulement découper, cloisonner et isoler, mais aussi relier et recomposer. (Ali, 2004, p. 106)

Dans ces interactions qui caractérisent certaines perceptions d'échelle, l'information joue un rôle fondamental de « matrice organisationnelle » (Morin, 1990, pp. 36-37). En tant que « matrice organisationnelle », l'information n'est donc pas seulement un message, mais elle est aussi ce qui va structurer la nature du système dans lequel l'information se diffuse.

² En lien avec l'usage de ce concept dans la théorie de l'acteur-réseau, voir chapitre 1, *supra*.

L'information doit donc être entendue à la fois comme *cadre* et *flux* de la gouvernance, ce qui nous a amenés à parler de « gouvernance informationnelle » pour caractériser la gouvernance de l'OMS, en opposition, par exemple, avec la gouvernance supranationale ou postwestphalienne. En ce sens, l'information n'y est pas la fin d'un processus organisationnelle, mais bien, comme le rappelle Morin, le « point de départ » (Morin, 1990, p. 38) d'un processus de gouvernance qui met en scène une série d'implication pratique et concrète, ce que l'on a constaté avec le rôle du secteur privé qui a utilisé cette information comme cadre d'action. Suivre l'information dans ses liaisons et interactions avec les différents acteurs, c'est suivre l'organisation du système et son acquisition d'uniformité et de cohérence. Notre analyse empirique de la gouvernance globale de la santé a permis de mettre en évidence ce rôle hors du commun joué par l'information et la communication. C'est précisément cette information et sa circulation qui ont structuré les mécanismes de gouvernance dans le cadre du RSI de 2005.

En contrôlant certaines formes d'information et de communication, l'OMS ne s'est pas opposée aux États selon une rationalité antagonisme, mais s'est plutôt inscrite dans un cadre où l'information est devenue l'énergie du système permettant à d'autres acteurs d'agir ou non. À titre d'exemple, les alertes pandémiques de l'OMS, c'est-à-dire « l'information » dans les termes de la pensée complexe de Morin, ont représenté le signal pour le déclenchement des contrats de production de vaccins et antiviraux, affectant par la suite toute une série de pratiques et d'acteurs, à la fois nationaux, locaux ou globaux, reliant ainsi les champs politique, juridique, économique, épidémiologique, etc. ; et stimulant le caractère *productif* de la gouvernance globale. Ces éléments rappellent l'importance de l'organisation « en réseau » de la gouvernance globale de la santé.

Selon la théorie de l'acteur-réseau, « [...] entities take their form and acquire their attributes as a result of their relations with other entities » (Law, 1999, p. 3), rappelant ainsi que les structures de gouvernance n'ont pas une essence en soi, mais acquièrent plutôt leur forme par l'établissement de relations et connexions avec d'autres structures ou acteurs et non pas selon une relation dichotomique avec eux. La théorie de l'acteur-réseau s'écarte ainsi des relations oppositionnelles ; elle s'établit en étroite continuité avec la pensée complexe de Morin, qui souligne que l'apparence d'uniformité et de cohérence des

systemes est en fait produite par l'interaction entre ses composantes et non par ses caractères singuliers. Dans cette perspective, et comme l'a mentionné Law, « [...] what appears to be topologically natural, given in the order of the world, is in fact produced in networks » (*idem*, p. 8). Selon nous, ainsi que nous l'avons progressivement démontré dans cette thèse, c'est cette constitution en réseau qui caractérise la gouvernance globale contemporaine de la santé, et non selon un cadre conceptuel et théorique oppositionnel.

Dans cette perspective, et pour comprendre l'émergence et l'organisation d'un réseau, il est donc nécessaire de suivre les acteurs et leurs pratiques pour voir où s'établissent ces connexions et interactions. C'est exactement ce que nous avons fait au cours de cette thèse, en suivant les « actants » durant la négociation, la pratique et la contestation afin de représenter ce réseau dans lequel se situe et se constitue la gouvernance globale de la santé. Si Latour cherchait à comprendre la « science in action » ou la « science in the making » (Latour, 1987), nous avons, de notre côté, cherché à comprendre la gouvernance dans l'action et dans sa fabrique, positionnant notre analyse sur les acteurs eux-mêmes³. Cette analyse de la pratique des acteurs permet ainsi, non pas de prendre pour acquis les oppositions et présupposés – au niveau, par exemple, scalaire, identitaire, matériel, disciplinaire, social, épistémologique, ontologique, etc. –, mais bien d'expliquer leur émergence par la liaison des différents actants qui en forment la substance. Latour souligne à ce sujet que :

[i]nstead of thinking in terms of surfaces - two dimension - or spheres - three dimension - one is asked to think in terms of nodes that have as many dimensions as they have connections. As a first approximation, the ANT claims that modern societies cannot be described without recognizing them as having a fibrous, thread-like, wiry, stringy, ropy, capillary⁴ character that is never captured by the notions of levels, layers, territories, spheres, categories, structures, systems. It aims at explaining the effects accounted for by those traditional words without having to buy the ontology, topology and politics that goes with them. (Latour, 1997, p. 2)

³ Voir l'introduction de cette thèse, *supra*, pour une justification de ce postulat épistémologique aux conséquences analytiques majeures.

⁴ On note ici la correspondance avec les concepts d'assemblage et de rhizome de Deleuze et Guattari (1975, 1980), concept qui a été utilisé par DeLanda (2006) pour « complexifier » les sciences sociales, sans être toutefois limitée à leurs présupposés épistémologiques issus du poststructuralisme, notamment, la domination ontologique du langage par rapport à la réalité matérielle.

En ce sens, la théorie de l'acteur-réseau permet de comprendre l'émergence des différentes oppositions scalaires que l'on retrouve dans les Relations internationales, signifiant que l'apparence d'opposition n'est possible que par l'intermédiaire de différents modes et intensités de connexion entre les actants. La théorie de l'acteur-réseau ne nie donc pas ces perceptions d'échelles, mais suggère plutôt qu'elles sont issues de différentes connexions qui en structurent l'aspect unidimensionnel. Encore plus fondamental toutefois, la théorie de l'acteur-réseau ne va pas se concentrer *a priori* sur la nature « macro ou micro » des actants ou du réseau (Latour, 1997), mais plutôt sur les connexions qui s'établissent entre les actants et qui les caractérisent comme globaux, nationaux, locaux, etc.

En se concentrant sur les connexions, la théorie de l'acteur-réseau fournit donc une grille d'analyse qui n'est pas oppositionnelle, mais relationnelle et qui ne prend pas pour acquis des observations ou présupposés ontologiques :

[a] network notion implies a deeply different social theory: *it has no a priori order relation*; it is not tied to the axiological myth of a top and of a bottom of society; it makes absolutely no assumption whether a specific locus is macro- or micro- and does not modify the tools to study the element 'a' or the element 'b'; thus, it has no difficulty in following the transformation of a poorly connected element into a highly connected one and back. A network notion is ideally suited to follow the change of scales since it does not require the analyst to partition her world with any priori scale. The scale, that is, the type, number and topography of connections is left to the actors themselves. The notion of network allows us to lift the tyranny of social theorists and to regain some margin of manoeuvres between the ingredients of society -its vertical space, its hierarchy, its layering, its macro scale, its wholeness, its overarching character- and how these features are achieved and which stuff they are made of. Instead of having to chose between the local and the global view, the notion of network allows us to think of a global entity -a highly connected one- which remains nevertheless continuously local [...]. Instead of opposing the individual level to the mass, or the agency to the structure, we simply follow how a given element becomes strategic through the number of connections it commands and how does it lose its importance when losing its connections. (Latour, 1997, p. 4 – nous soulignons)⁵

Cet élément est particulièrement utile pour repenser les Relations internationales, puisque celles-ci sont profondément marquées par cette opposition entre différentes échelles

⁵ Cette dé-réification des oppositions d'échelle propre à la théorie de l'acteur-réseau s'inscrit parfaitement dans le cadre de la pensée complexe de Morin, qui cherche précisément à relier les éléments entre eux, et non pas à les séparer, catégoriser et opposer.

scalaires ou champs sociaux. Même des approches ou des auteurs qui ont problématisé la relation interne/externe, avec par exemple le ruban de Möbius⁶ de Bigo (2001; 2005) ou l'idée d'interrelation de l'interne/externe⁷ de Walker (1993), n'ont su le faire que dans une perspective limitée à une conception rectiligne et évolutive de l'espace entre les structures et systèmes, c'est-à-dire qui s'articule en termes de dimensions (deux ou trois) et non pas de connexions. Le ruban de Möbius ou l'approche de Walker ne sont pas basés sur une architecture en réseau, mais représentent plutôt une continuité rectiligne, une médaille à deux faces, entre le national et le global, l'interne et l'externe, ce qui, bien qu'étant assez novateur pour les Relations internationales, n'apporte pas la richesse analytique de la multidimensionnalité du réseau et de ses connexions. Non seulement nous n'avons pas affaire uniquement à la construction d'une opposition scalaire – comme l'ont effectivement montré Bigo et Walker –, mais nous n'avons pas non plus affaire à une continuité entre les différents espaces – ce que n'ont pas été en mesure de mettre en évidence Bigo et Walker). Nous avons plutôt affaire à une connexion entre acteurs qui structurent des apparences d'échelle et d'uniformité.

Ces quatre éléments du processus de translation identifiés dans le cadre du cadre théorique au chapitre 1 (la problématisation, l'intéressement, l'enrôlement et la mobilisation) vont permettre l'émergence du réseau et de sa domination ou non dans un certain secteur d'activité. À partir de ces éléments, la gouvernance globale de la santé apparaît ainsi comme un processus beaucoup plus complexe d'émergence, et non pas comme une évolution rectiligne rendue nécessaire, par exemple, par un contexte épidémiologique requérant, par nature, une gouvernance supranationale, ou par une domination des pays les

⁶ Pour Bigo, « [a]s in a Möbius ribbon, the internal and the external are intimately connected » (Bigo, 2001, p. 113), dans le sens spécifique pour Bigo que la sécurité interne et externe sont reliées (*idem*, p. 100), mais non que l'émergence de l'interne et l'externe sont le produit de connexions particulières. Il s'agit d'une différence majeure qui distingue notre approche.

⁷ Pour Walker, les théories des Relations internationales représentent « [...] a discourse that systematically reifies and historically specific spatial ontology, a sharp delineation of here and there, a discourse that both expresses and constantly affirms the presence and absence of political life inside and outside the modern state as the only ground on which structural necessities can be understood and new realms of freedom and history can be revealed » (Walker, 1993, p. ix). Bien qu'intéressante pour son identification d'un processus de construction des échelles spatiales, cette vision de Walker n'en reste pas moins limitée à une reformulation des théories de l'émancipation n'ayant que très peu d'assises pratiques et empiriques, notamment au niveau de ceux qui vivent le phénomène identifié par Walker.

plus puissants au sein d'un système particulier. Il s'agit plutôt d'un processus d'articulation des actants autour de la structuration d'une problématique qui permet de sécuriser certaines positions et certains acteurs, comme l'OMS en tant que leader de la gouvernance globale de la santé, ce que notre analyse empirique a notamment permis de mettre en évidence.

Dans cette perspective également, le cosmopolitisme n'apparaît pas comme une structure qui est directement et expressément créée. Il se différencie de la mise en place d'institutions internationales qui a souvent été confondue avec l'existence d'une communauté internationale ou de pratiques politiques supranationales (voir, notamment, les travaux de David Held). Le cosmopolitisme provient plutôt des conséquences ou des résultats indirects de pratiques qui sont dirigées vers autre chose que l'établissement d'un ordre suprasouverain. Il s'avère donc essentiel de comprendre ici le cosmopolitisme comme pouvant émaner d'éléments n'ayant pas comme objectif premier son actualisation – par exemple, dans le cas du RSI de 2005 –, mais dont la résultante mène à une forme de cosmopolitisme par l'intermédiaire du désenclavement des cadres d'analyse.

Jocelyne Couture nous rappelle d'ailleurs que le cosmopolitisme ne représente pas non plus l'extension de pratiques locales ou nationales au niveau mondial (Couture, 2010), mais plutôt l'appréciation des implications d'action, peu importe leur échelle, sur la production d'un destin collectif et du partage d'un sens de la communauté. Le cosmopolitisme symbolise donc la désarticulation du national comme ultime espace de compréhension, d'organisation et de pratique politique, ce qui ne signifie cependant pas que le mondial soit le seul et unique nouvel espace politique légitime ou qu'il s'oppose à l'articulation national/local, ni même que le national ne puisse être à certains égards pertinent comme espace analytique. Pour penser le cosmopolitisme, il ne s'agit donc pas de (re)créer une nouvelle relation oppositionnelle binaire nationalisme/cosmopolitisme ou local/mondial (Delanty, 2009, p. 16), mais plutôt de libérer les cadres d'analyse de l'emprise du national et d'intégrer d'autres concepts sans toutefois effacer totalement les anciens.

Comme le rappelle Delanty, « [c]osmopolitanism makes sense only as a site of tensions in which different principles and orientations are played out. The most significant tension that constitutes the field of cosmopolitanism is the interaction of the global and the local » (Delanty, 2009, p. 15). Pour l'illustrer, l'analyse des enjeux de santé publique s'avère

spécialement appropriée, puisque ceux-ci représentent précisément un lieu de tension entre le mondial et le local, entre les intérêts des différents acteurs (pays, institutions, secteur privé, etc.) s'exprimant à travers l'insatisfaction provoquée par une gestion uniquement nationale, mais également uniquement planétaire/mondiale. La gouvernance de la santé a ainsi fait directement référence à différents types de frontières de gouvernance, desquels différents types de conceptions et de compréhensions ont émergé, comme l'a montré notre analyse empirique. Ce désenclavement analytique s'articule, selon nous, au travers des principes de la pensée complexe, de la théorie de l'acteur-réseau et du cosmopolitique méthodologique et a permis d'élaborer les bases analytiques, conceptuelles et théoriques de ce que l'on peut appeler une *approche de la complexité dans les Relations internationales*.

L'approche de la complexité que nous proposons se pose tout d'abord comme résolument « critique », dans le sens de Gerald Holden, c'est-à-dire qu'elle conteste ce qui a le statut d'évidence ou de certitude (Holden, 2006). Toutefois, et notamment dans le but d'éviter la reproduction des catégories dichotomiques que nous avons soulignées précédemment, cette approche s'écarte, à certains niveaux, de ce qui a généralement été représentées comme les approches critiques en Relations internationales, sans toutefois en rejeter l'ensemble des fondements épistémologiques et ontologiques. Nous cherchons donc à répondre à certaines lacunes de ces approches tout en reconnaissant leur apport plus que considérable aux Relations internationales.

L'approche de la complexité, dont nous tentons d'établir ici les bases, cherche ainsi à s'établir sur une forte base empirique. Ce fondement empirique majeur, fondamental à la compréhension des phénomènes internationaux et leur théorisation, devrait précéder, selon nous, les analyses méthathéoriques qui en sont venues, quelquefois, à dominer le champ des études critiques des Relations internationales. Nous avons donc fait la promotion, dans notre thèse, d'un renversement du mode de problématisation qui se situerait, non pas dans la recherche d'un universalisme – aussi critique soit-il, avec l'émancipation ou la construction discursive de la réalité par exemple⁸ –, mais plutôt dans l'étude des anomalies

⁸ La domination du langage comme facteur analytique de la constitution de la réalité que l'on retrouve chez certains théoriciens des Relations internationales, agit quelquefois, à notre avis, comme une loi universelle

comme point de départ analytique. Au lieu de partir de lois universelles et d'aller vérifier leur application dans les espaces locaux et précis, en essayant d'homogénéiser ce qui ne cadre pas avec la loi universelle, nous suggérons qu'il faut plutôt partir de ce qui apparaît étrange, bizarre, erroné, les petits éléments sans liens apparents, pour, par la suite, amener l'établissement de connexions qui créent un sens. À titre d'exemple, dans notre problématisation de la gouvernance globale de la santé, nous ne sommes pas partis d'une loi universelle – avec *l'a priori* que la souveraineté et la gouvernance globale s'opposent, que la gouvernance globale est nécessaire pour régler les problèmes de santé, ou que la production de l'espace sanitaire global est uniquement discursive –, mais nous sommes plutôt partis du caractère étrange de l'accord qui s'est établi autour du RSI de 2005. Nous avons pris l'arrière-plan de la gouvernance (les négociations, les pratiques et les contestations) pour en établir les fondements et connexions qui lui ont donné une apparence d'uniformité et d'accord (retour sur le premier plan), sans nier les contradictions et divergences qui peuvent émerger de retournement du mode de problématisation.

Il convient ici de souligner six observations et/ou avantages du cadre théorique développé ici pour bien situer les bases de l'approche de la complexité que nous proposons dans cette thèse. Il est toutefois important de rappeler que ces avantages cherchent à provoquer de nouvelles propositions théoriques et conceptuelles plutôt qu'en fixer les bases dans un cadre rigide, et que ces propositions se font en interaction, et non en opposition, aux approches critiques des Relations internationales. C'est en ce sens que l'avantage principal de cette approche est sa réflexivité et son ouverture aux apports extérieurs. Ces autres avantages sont :

1. L'approche de la complexité met l'accent sur la *pratique* des relations internationales. L'approche de la complexité est donc fondamentalement empirique et cherche à fonder la théorisation sur ces éléments empiriques, et non l'inverse – orienter

similaire à l'anarchie ou à la souveraineté inaliénable chez les néoréalistes. Nous cherchons, avec l'approche de la complexité, à ce prémunir de ce type de réification de facteurs analytiques.

l'analyse empirique en fonction de la théorie, ce qui pourrait avoir comme conséquence une concentration démesurée sur les discours entendus comme pratiques⁹ ;

2. L'approche de la complexité cherche aussi à éviter la distinction dichotomique entre « *problem solving theory* » et théories critiques. Cette approche cherche plutôt à mettre en évidence l'émergence des réseaux en se concentrant sur la « pratique » des relations internationales, en incluant le langage et les discours, mais en ne s'y limitant pas. Nous croyons, en ce sens, éviter, dans la mesure du possible, la reproduction de certaines structurations dichotomiques (critique/non-critique, langage/réalité matérielle, théorie/pratique) du champ des Relations internationales ;

3. Dans cette perspective, l'approche de la complexité accorde une importance limitée au langage dans la construction des phénomènes sociaux. La réalité matérielle de ceux-ci et le langage s'inscrivent dans une relation circulaire qui reconnaît la matérialité de la réalité en dehors de son expression par le langage, même si l'importance de ce dernier n'est pas niée. Les stratégies discursives ne sont donc pas centrales à l'approche de la complexité, mais constituent un « actant », au sens de la théorie de l'acteur-réseau présenté précédemment, parmi d'autres de l'émergence des phénomènes sociaux. Dans cette perspective, l'approche de la complexité n'est ni fondationaliste, ni antifondationaliste, mais soutient plutôt que la vérité, bien réelle pour ceux qui la subissent, est produite à l'intérieur de réseaux ;

4. En ce qui concerne le débat agent/structure, l'approche de la complexité ne reconnaît ni l'un ni l'autre comme force motrice des phénomènes sociaux, mais soutient plutôt que ces phénomènes émergent par l'intermédiaire des connexions entre actants du réseau. L'environnement dans lequel s'inscrit ce réseau influence sa forme, fondant cette approche dans une logique d'éco-systémisme ;

⁹ David Ambrosetti (2009), s'inspirant d'Iver Neumann, avait souligné le risque, avec le courant critique en Relations internationales, d'une concentration sur la « profusion de travaux portant sur les discours des décideurs politiques et diplomatiques – ou de tout autre acteur de la scène politique internationale – sans égard pour les diverses autres pratiques qui accompagnent ces discours (ces derniers constituant eux-mêmes des ensembles de pratiques) » (Ambrosetti, 2009, p.103). Notre objectif a été, dans cette thèse, de nous concentrer aussi sur d'autres pratiques, sans exclure les discours et récits langagiers.

5. L'approche de la complexité propose une ontologie co-constitutiviste et relationnelle, c'est-à-dire qui reconnaît la matérialité sans nier le processus de construction des phénomènes sociaux et soutient que la matérialité réelle des phénomènes sociaux provient des relations et connexions entre les actants. Cette ontologie relationnelle favorise le pluralisme disciplinaire en permettant à différents champs sociaux ou différentes disciplines de participer, par les connexions entre actants propres aux réseaux, à la compréhension et structuration des concepts analytiques ;

6. Enfin, le projet émancipateur qui sous-tend l'approche de la complexité n'est pas orienté vers une forme de libération des exclus et opprimés, mais propose plutôt des modes de compréhension des phénomènes sociaux qui donnent un pouvoir d'agence direct aux acteurs en fondant l'analyse sur *leur* pratique – l'analyste se trouve ainsi dans un mode *d'écoute* et non pas de *divulgation* de mystères qu'il aurait réussi à percer. Nous soutenons donc qu'un réel projet émancipateur, pour être cohérent, doit fonder les modes de changements sur la pratique des acteurs et non sur leur théorisation par des acteurs externes (les chercheurs académiques) se trouvant dans une position hiérarchique par rapport à leur objet d'étude.

Dans un esprit de synthèse, les différents apports de la pensée complexe de Morin, de la théorie de l'acteur-réseau et du cosmopolitisme méthodologique pour (re)penser les Relations internationales et la gouvernance globale au sein de l'approche de la complexité sont représentés à la Figure 7.1.

Figure 7.1 – Les apports théoriques de l’approche de la complexité pour (re)penser les Relations internationales



De cette approche théorique et conceptuelle de la complexité, qui représente plus une proposition de recherche ouverte qu'une finalité, peuvent donc être tirées quelques réflexions sur la théorie des Relations internationales et la relation entre États et structures de gouvernance supranationale, ce qui nous permet également de répondre à notre question de recherche générale. Notre question générale de recherche cherchait à savoir pourquoi les

États en sont venus à coopérer dans le cadre de la gouvernance globale de la santé et à accepter un mécanisme de gouvernance, le RSI de 2005, potentiellement contraignant en termes de souveraineté nationale.

Dans la perspective de l'approche de la complexité, il est nécessaire de comprendre la gouvernance globale comme un « réseau », c'est-à-dire comme une structure qui acquiert sa stabilité et sa cohérence par l'interaction entre différents actants, et pour laquelle l'information et la communication sont les principaux modes d'architecture organisationnelle, la situant de la sorte au-delà d'une opposition entre souveraineté nationale et gouvernance supranationale. La nature et l'importance de la gouvernance dépendent dans cette perspective des niveaux de connexions entre les différents actants et non pas d'oppositions d'échelle ou de pouvoirs. Les Relations internationales ne doivent donc pas être analysées en fonction de la tyrannie des échelles ou des distances, puisque ces échelles de gouvernance perçues n'ont pas de sens en elles-mêmes au-delà des interactions et liaisons qui les font émerger comme telles, éloignant l'analyse des facteurs ou distinctions micro/macro. Dans cette perspective, on ne s'arrête pas sur différentes échelles dans les Relations internationales, mais simplement sur plus ou moins de connexions en fonction des actants du réseau. L'approche de la complexité cherche donc à dépasser les oppositions scalaires ou catégorielles comme cadre analytique, nécessité analytique que notre étude de la gouvernance globale de la santé a révélée. En effet, la gouvernance ne s'y effectue pas en fonction d'échelles ou de niveaux, mais plutôt en fonction de liaisons entre différents acteurs et structures qui ont produit certains modes de gouvernance et en ont inhibé d'autres – gouvernance par le marché versus orientée vers l'allocation de biens publics par exemple.

L'information joue dans ce type de structure relationnelle le rôle de matrice organisationnelle de la gouvernance en structurant la forme de la gouvernance et de ses actions. L'information ne passe pas par les connexions. Elle crée des connexions et établit des modes de gouvernance – par le marché dans le cas qui nous concerne. Il s'agit ici d'une différence majeure que l'on retrouve, par exemple, dans le rôle qu'ont pu prendre les niveaux d'alertes pandémiques de l'OMS dans la relation avec les acteurs privés de

l'économie de marché capitaliste pour qui cette information a structuré leur interaction dans la gouvernance.

L'environnement dans lequel se situe la gouvernance globale – et de manière plus générale celui des relations internationales – apparaît également fondamental pour comprendre les formes que prendra cette gouvernance. C'est pourquoi il faut comprendre la gouvernance comme un système ouvert et interagissant avec son environnement tout en étant inscrit dans un processus d'autonomisation. Dans cette perspective, des mécanismes de gouvernance similaires dans des environnements différents ne donneront pas des résultats similaires¹⁰, parce que précisément différentes connexions et relations s'y établiraient. Les Relations internationales sont donc « situées » dans des schèmes et environnements particuliers et dont il faut tenir compte dans la compréhension des mécanismes de la gouvernance globale.

C'est pourquoi il faut comprendre le pouvoir dans les relations internationales non pas comme une possession, mais plutôt comme s'établissant dans un cadre relationnel. Ce pouvoir se situe au niveau du contexte de persuasion, d'influence, d'orientation, d'inclusion, d'exclusion, d'association qui a une nature fondamentalement relationnelle. Les relations de pouvoir ne s'établissent donc pas selon deux dimensions – oppositions verticales et horizontales entre acteurs comme le supposent les théories réalistes, libérales et leurs variantes néo –, ou trois dimensions – opposition horizontale et verticale entre acteurs, plus le langage qui a un rôle de médiateur de la réalité matérielle du pouvoir comme le soutiennent le constructivisme et les approches critiques –, mais bien en fonction des connexions et liaisons s'établissant au sein du réseau. Le pouvoir n'y est pas uniquement hiérarchique ou fondé sur l'inclusion/exclusion – ce que l'on retrouve dans une grande majorité d'approches théoriques des Relations internationales à notre avis –, mais interactionnel, c'est-à-dire qu'il dépend des connexions et interactions entre acteurs, et c'est sur ces facteurs que va se fonder l'inclusion ou l'exclusion. En ce sens, le pouvoir ne force pas nécessairement, mais produit et induit des choses. Le pouvoir de l'OMS dans la

¹⁰ C'est entre autres pourquoi selon nous l'approche de la complexité se fonde sur une architecture théorique et conceptuelle non totalisante, car elle admet un processus de non-régularité et non-linéarité dans son « application » à différents enjeux, contrairement au constructivisme, qui affirme que les phénomènes sont toujours des construits sociaux, ou au poststructuralisme, qui soutient que la perception de la réalité est toujours le produit d'un rapport discursif.

gouvernance globale de la santé, comme on l'a vu, est un « producteur » de cadres informationnels pour le fonctionnement des mécanismes de marché. Le pouvoir n'est pas *la gouvernance* ou *le réseau* en eux-mêmes, mais bien produit *dans* ou *par* le réseau, par l'interaction entre ses différents niveaux de connexions. C'est pourquoi, à notre avis, il faut comprendre le pouvoir dans la gouvernance globale comme étant *productif*.

Dans une perspective similaire, les disciplines ou champs sociaux (politique, juridique, économique, social, public, etc.) doivent être compris comme étant interreliés, c'est-à-dire perméables les uns aux autres. Cette perméabilité des champs sociaux et des disciplines doit, selon nous, caractériser fondamentalement les Relations internationales, précisément parce que leur interprétation, dans une logique de cosmopolitisme méthodologique, cherche à se désenclaver analytiquement du nationalisme méthodologique. L'approche de la complexité en Relations internationales se fonde donc sur l'idée qu'on ne peut comprendre un enjeu ou un domaine sans en saisir les relations avec d'autres, ce que nous a montré à de multiples reprises : l'interaction du juridique, de l'économique, du politique, du diplomatique, etc., dans la gouvernance globale de la santé. C'est ainsi que pour nous, la recherche en Relations internationales doit se fonder sur le renversement du mode de problématisation permettant l'émergence d'un cadre analytique non totalisant qui puisse permettre l'étude des anomalies et oppositions au-delà d'une recherche d'harmonisation des connaissances par des lois universelles, c'est-à-dire l'acceptation de la singularité dans la construction des systèmes.

Il est donc possible de répondre à notre question de recherche en soulignant que les États ont « coopéré »¹¹ entre eux dans le cadre du RSI de 2005 *parce que la gouvernance globale de la santé qui en résultait ne s'établissait pas dans un cadre oppositionnel – entre les États et l'OMS –, mais faisait plutôt intervenir une multitude d'acteurs transcendant la vision unitaire des États et des organisations internationales en se basant, notamment, sur le pouvoir productif qu'y jouent l'information et la communication*. Ces acteurs s'établissaient dans, par et au-delà des États, faisant ainsi apparaître la gouvernance globale

¹¹ Nous mettons ici des guillemets puisque l'approche de la complexité a comme objectif précisément de problématiser l'apparence d'uniformité de la coopération et sa non-remise en cause comme argument ayant justifié l'élaboration et l'accord du RSI de 2005.

non pas comme une force oppositionnelle, mais comme étant potentiellement productive dépendamment des connexions et relations de ses acteurs. L'information épidémiologique a joué un rôle fondateur dans la « coopération » entre les États. C'est pourquoi la gouvernance globale n'est ni hégémonique, ni impériale, même si elle reproduit les caractéristiques inégalitaires du système international. Les puissances (étatiques, privées, organisationnelles, civiles, etc.) les plus connectées sont favorisées dans cette gouvernance globale tandis que celles qui le sont moins sont défavorisées. La gouvernance n'est pas contrôlée, mais émerge en fonction des différentes connexions. Si le RSI de 2005 n'est pas mu par une allocation de biens publics ou de droits humains, ce n'est pas parce que la santé n'en a pas les caractéristiques fondamentales, mais bien parce que les connexions entre les actants s'effectuent sur d'autres bases et dans d'autres environnements. Cette compréhension des relations internationales et de la gouvernance globale possède, selon nous, un véritable potentiel émancipatoire, puisqu'elle souligne qu'une modification progressive des bases de cet environnement, par la pratique des acteurs, peut avoir un effet majeur sur la nature des mécanismes de gouvernance, ce qui n'est toutefois pas le cas actuellement.

3 CONCLUSION : L'APPROCHE DE LA COMPLEXITÉ, UN NOUVEAU CHAMP DE RECHERCHE POUR LES RELATIONS INTERNATIONALES

Notre objectif, avec cette thèse et notre étude de cas axée sur une problématisation de la gouvernance globale de la santé, était de poser les bases de l'ouverture d'un nouvel espace de recherche dans les Relations internationales qui a pour fondements la pensée complexe d'Edgar Morin, en parallèle avec les apports de la théorie de l'acteur-réseau et du cosmopolitisme méthodologique. Les éléments proposés ici ne sont pas une fin en soi et ne représentent pas un cadre théorique abouti par lequel il est maintenant possible d'analyser et de comprendre l'ensemble des enjeux des Relations internationales. Nous ne prétendons pas non plus que notre approche règle la totalité des problèmes théoriques, conceptuels et méthodologiques de la discipline des Relations internationales. Au contraire, il s'agit de fournir certains outils analytiques, théoriques, conceptuels et méthodologiques pour ouvrir un nouveau champ de recherche autocritique et réflexif qu'il reste à nourrir et stimuler par

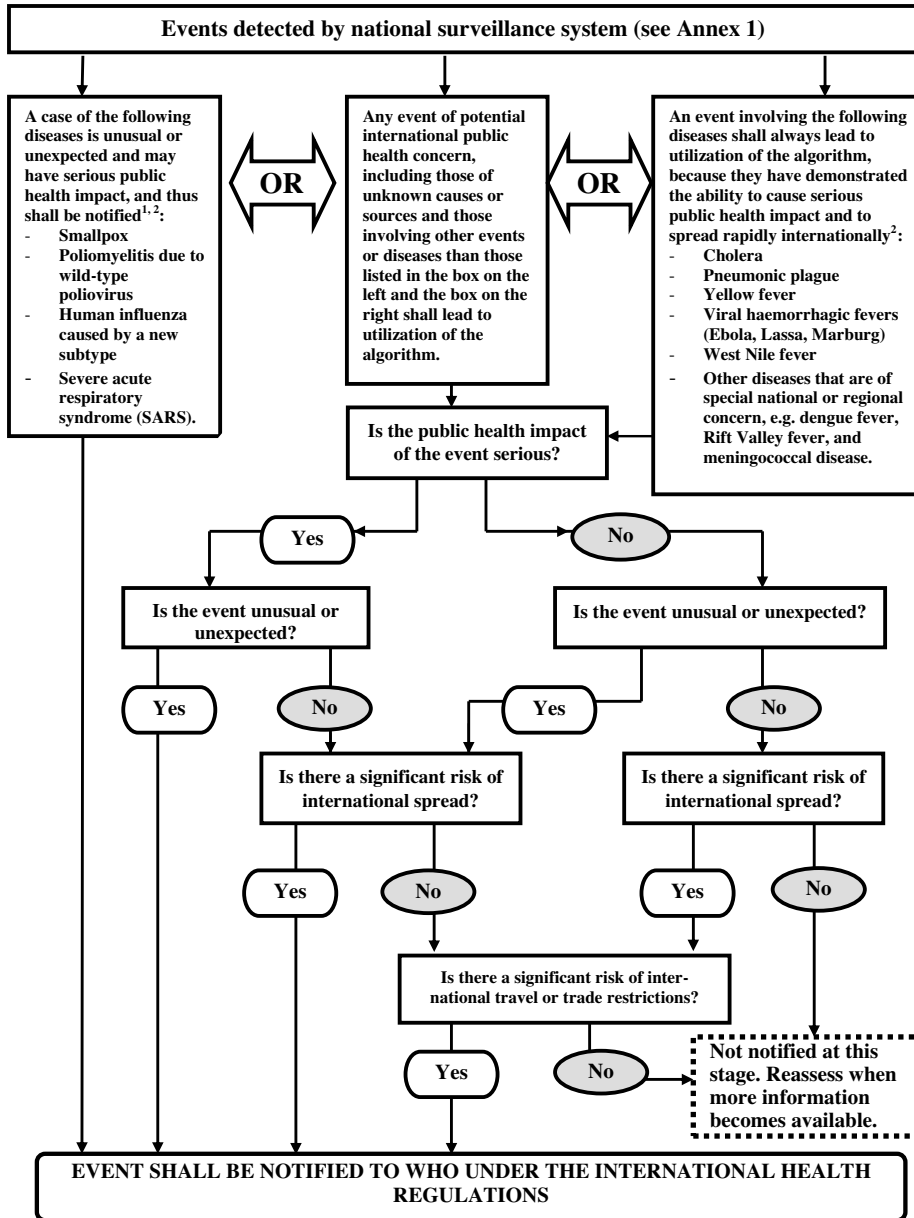
de nouvelles recherches, études, analyses que nous espérons stimuler par ce travail théorique.

Un des points d'ancrage principal pour ces nouvelles recherches dans le cadre de l'approche de la complexité repose, selon nous, dans l'interaction entre relations internationales et politiques publiques, un espace analytique et pratique qui a été peu étudié en raison des structurations disciplinaires et des oppositions dichotomiques entre l'espace national et l'espace global, entre les différents champs sociaux ainsi qu'entre les différentes théories et approches. Cette approche permettrait de complexifier le champ des politiques publiques (Forester, 1993; Considine, 1994) qui est souvent « prisonnier » du concept d'État. Comme l'a rappelé Stone, « [t]rapped by methodological nationalism and an intellectual agoraphobia of globalization, public policy scholars have yet to examine fully global policy processes and new managerial modes of transnational public administration » (Stone, 2008, p. 19). Le défi serait ici selon nous de comprendre spécifiquement le processus par lequel les relations internationales affectent les politiques publiques nationales. C'est pourquoi la santé publique représente à notre avis un des meilleurs sujets pour entamer cette problématisation multiniveau et multidisciplinaire, notamment dans le contexte des crises sanitaires. Comment, par exemple, les actions de l'OMS affectent-elles concrètement les politiques publiques de santé dans le cas de crises sanitaires ? Est-ce que les recommandations de l'OMS sont suivies ? De quelle manière et par quels intermédiaires ? Comment s'intègre le secteur privé entre l'OMS et les secteurs de santé publique au niveau national lors des crises sanitaires ? Ces questions représentent un des grands chantiers de recherche qu'ouvre l'approche de la complexité en Relations internationales, mais celle-ci permettra également d'éclairer, nous l'espérons, de nombreux secteurs de la vie humaine où s'imbriquent de plus en plus les différentes échelles et où la souveraineté nationale a de fait perdu son monopole analytique et pratique.

ANNEXES

ANNEXE 1 – ALGORYTHME DÉCISIONNELLE DE L'OMS

DECISION INSTRUMENT FOR THE ASSESSMENT AND NOTIFICATION OF EVENTS THAT MAY CONSTITUTE A PUBLIC HEALTH EMERGENCY OF INTERNATIONAL CONCERN



Tirée de OMS (2005a, p. 43)

ANNEXE 2 – CLASSIFICATION GÉOGRAPHIQUE UTILISÉE PAR L'OMS

Régions	Pays
African Region	Algeria, Angola, Benin, Botswana, Burkina Faso, Burundi, Cameroon, Cape Verde, Central African Republic, Chad, Comoros, Congo, Côte d'Ivoire, Democratic Republic of the Congo, Equatorial Guinea, Eritrea, Ethiopia, Gabon, Gambia, Ghana, Guinea, Guinea-Bissau, Kenya, Lesotho, Liberia, Madagascar, Malawi, Mali, Mauritania, Mauritius, Mozambique, Namibia, Niger, Nigeria, Rwanda, Sao Tome and Principe, Senegal, Seychelles, Sierra Leone, South Africa, Swaziland, Togo, Uganda, United Republic of Tanzania, Zambia, Zimbabwe
South East Region	Bangladesh, Bhutan, Democratic People's Republic of Korea, India, Indonesia, Maldives, Myanmar, Nepal, Sri Lanka, Thailand, Timor-Leste
Western Pacific Region	Australia, Brunei Darussalam, Cambodia, China, Cook Islands, Fiji, Japan, Kiribati, Lao People's Democratic Republic, Malaysia, Marshall Islands, Micronesia (Federated States of), Mongolia, Nauru, New Zealand, Niue, Palau, Papua New Guinea, Philippines, Republic of Korea, Samoa, Singapore, Solomon Islands, Tonga, Tuvalu, Vanuatu, Viet Nam
European Region	Albania, Andorra, Armenia, Austria, Azerbaijan, Belarus, Belgium, Bosnia and Herzegovina, Bulgaria, Croatia, Cyprus, Czech Republic, Denmark, Estonia, Finland, France, Georgia, Germany, Greece, Hungary, Iceland, Ireland, Israel, Italy, Kazakhstan, Kyrgyzstan, Latvia, Lithuania, Luxembourg, Malta, Monaco, Montenegro, Netherlands, Norway, Poland, Portugal, Republic of Moldova, Romania, Russian Federation, San Marino, Serbia, Slovakia, Slovenia, Spain, Sweden, Switzerland, Tajikistan, The former Yugoslav Republic of Macedonia, Turkey, Turkmenistan, Ukraine, United Kingdom of Great Britain and Northern Ireland, Uzbekistan
Eastern Mediterranean Region	Afghanistan, Bahrain, Djibouti, Egypt, Iran (Islamic Republic of), Iraq, Jordan, Kuwait, Lebanon, Libyan Arab Jamahiriya, Morocco, Oman, Pakistan, Qatar, Saudi Arabia, Somalia, Sudan, Syrian Arab Republic, Tunisia, United Arab Emirates, Yemen
Region of the Americas	Antigua and Barbuda, Argentina, Bahamas, Barbados, Belize, Bolivia, Brazil, Canada, Chile, Colombia, Costa Rica, Cuba, Dominica, Dominican Republic, Ecuador, El Salvador, Grenada, Guatemala, Guyana, Haiti, Honduras, Jamaica, Mexico, Nicaragua, Panama, Paraguay, Peru, Saint Kitts and Nevis, Saint Lucia, Saint Vincent and the Grenadines, Suriname, Trinidad and Tobago, United States of America, Uruguay, Venezuela

Source: WHO regional offices, <http://www.who.int/about/regions/en/index.html>

BIBLIOGRAPHIE

- Aavitsland, P. (2008). *International Surveillance with the new International Health Regulations*. EpiNorth, 30 janvier, accessible à <http://www.epinorth.org/> Page consultée le 10 mai 2012.
- Abraham, T. (2011). The Chronicle of a Disease Foretold: Pandemic H1N1 and the Construction of a Global Health Security Threat. *Political Studies*, 59(4) : 797-812.
- Achitoff-Gray, M. E. (2009). *Virtual Epidemics: Registers of Emergence in an Age of Biosecurity*. Thèse, Wesleyan University.
- AFP (2008). Indonesia's Bird Flu Warrior Takes on the World. *Agence France Presse*, 12 octobre.
- Aginam, O. (2003). The Nineteenth Century Colonial Fingerprints on Public Health Diplomacy : A Postcolonial View. *Law, Social Justice & Global Development* (1).
- Aginam, O. (2004). Between Isolationism and Mutual Vulnerability: A South-North Perspective on Global Governance of Epidemics in an Age of Globalization. *Temple Law Review*, 77 : 297-312.
- Aginam, O. (2005). *Global Health Governance: International Law And Public Health In A Divided World*. Toronto : University of Toronto Press.
- Agnew, J. (1994). The territorial trap. *Review of International Political Economy*, 1(1) : 53-80.
- de Alcantara, H. C. (1998). Uses and Abuses of the Concept of Governance. *International Social Science Journal*, 50(155) : 105-113.
- Aldis, W. (2008). Health Security as a Public Health Concept: A Critical Analysis. *Health Policy and Planning*, 23(6) : 369-375.
- Ali, A. A. (2004). Edgar Morin, sociologue et théoricien de la complexité : des cultures nationales à la civilisation européenne. *Sociétés*, 4(86) : 99-117.
- Alma-Ata (1986). *Déclaration d'Alma-Ata sur les soins de santé primaires*. 12 septembre, Alma-Ata.
- Ambrosetti, D. (2009). « Décide de demeurer saisi de la question » : La mobilisation du Conseil de sécurité de l'ONU face aux crises. *Cultures & Conflits*, 75 : 99-122.
- Anderson, K. & coll. (2003). *Handbook of Cultural Geography*. Thousand Oaks : Sage.
- Anderson, W. P. (1998). Where Is the Postcolonial History of Medicine? *Bulletin of the History of Medicine*, 72(3) : 522-30.

- Andersen, E. A. & Lindsnaes, B. (2007). *Towards New Global Strategies: Public Goods and Human Rights*. Leiden/Boston: Martinus Nijhoff Publishers.
- Andréani, G. (2001). Gouvernance globale : origines d'une idée. *Politique étrangère*, 66(3) : 549-568.
- Annas, G. (2005). Human Rights and Health: The Universal Declaration of Human Rights at 50. In Gruskin, S., Grodin, M. A., Marks, S. P. & Annas G., *Perspectives on Health and Human Rights* (p. 65-71). New York: Routledge.
- Ansell, C., Sondorp, E. & Stevens, R. H. (2012). The Promise and Challenge of Global Network Governance: The Global Outbreak Alert and Response Network. *Global Governance: A Review of Multilateralism and International Organizations*, 18(3) : 317-337.
- Aradau, C. (2004). Security and the Democratic Scene: Desecuritization and Emancipation. *Journal of International Relations and Development*, (7) : 388-413.
- Arnold, D. (1996). Inventing Tropicallity. In D. Arnold, *The Problem of Nature: Environment, Culture and European Expansion* (pp. 141-168). Malden: Blackwell.
- Arnold, D. (2000). 'Illusory Riches': Representation of the Tropical world, 1840-1950. *Singapour Journal of Tropical Geography*, 21(1) : 6-18.
- Ashely, R. K. (1998). Untying the Sovereign State: A double Reading of the Anarchy Problematique. *Millennium*, 17(2) : 227-262.
- Avilés Mendoza, G. J. (2006-2007). New International Health Regulations : Platform for Global Health Governance. *Ethos Gubernamental*, IV : 77-102.
- Axelrod, R. (1984). *The Evolution of Cooperation*. New York: Basic Books.
- Baker, M. G. & Fidler, D. P. (2006). Global Public Health Surveillance under New International Health Regulations. *Emerging Infectious Diseases*, 12(7) : 1058-1065.
- Baker, M. G. & Forsyth, A. M. (2007). The New International Health Regulations: A Revolutionary Change in Global Health Security. *New Zealand Medical Journal*, 120(1267).
- Barnett, M. N. & Duvall, R. (2005). Power in Global Governance. In Barnett, M. & Duvall, R., *Power in Global Governance* (pp. 1-32). Cambridge: Cambridge University Press.
- Barnett, M. N. & Finnemore, M. (1999). The Politics, Power, and Pathologies of International Organizations. *International Organization*, 53(4) : 699-732.
- Barnett, M. N. & Finnemore, M. (2004). *Rules For The World: International Organizations In Global Politics*. Cornell: Cornell University Press.
- Bartelson, J. (1995). *A Genealogy of Sovereignty*. Cambridge : Cambridge University Press.

- Bashford, A. (2001). Foreign Bodies: Vaccination, Contagion and Colonialism in the Nineteenth Century. In Bashford, A. & Hooker, C., *Contagion: Historical and Cultural Studies* (pp 39-60). London: Routledge.
- Bashford, A. (2002). At the Border Contagion, Immigration, Nation. *Australian Historical Studies*, 33(120) : 344-358.
- Bashford, A. (2004). *Imperial Hygiene: A Critical History of Colonialism, Nationalism and Public Health*. New York: Palgrave Macmillan.
- Bashford, A. (2006a). Global Biopolitics and the History of World Health. *History of the Human Sciences*, 19(1) : 67-88.
- Bashford, A. (2006b). 'The Age of Universal Contagion': History, Disease and Globalization. In Bashford, A., *Medicine at the Border: Disease, Globalization and Security, 1850 to the Present* (pp. 1-18). Basingstoke: Palgrave Macmillan.
- Bashford, A. & Nugent, M. (2001). Leprosy and the Management of Race, Sexuality and Nation in Tropical Australia. In Bashford, A. & Hooker, C., *Contagion: Historical and Cultural Studies* (pp. 106-128). London: Routledge.
- Bashford, A. & Hooker, C. (2001). Introduction : Contagion, Modernity and Postmodernity. In Bashford, A. & Hooker, C., *Contagion: Historical and Cultural Studies* (pp. 1-14). London: Routledge.
- Batina, R. G. & Ithori, T. (2005). *Public Goods Theories and Evidence*. Berlin: Springer.
- Beaglehole, R. & Bonita, R. (2010). What is Global Health. *Global Health Action*, 3(5142) : 1-2.
- Beck, U. (2006). Qu'est ce que le cosmopolitisme ? Paris : Aubier.
- Beck, U. & Sznaider, N. (2006). Unpacking Cosmopolitanism for the Social Sciences: A Research Agenda. *The British Journal of Sociology*, 57(1) : 1-23.
- Bettcher, D. & Lee, K. (2002). Globalisation and Public Health. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 56(1) : 8-17.
- Bhattacharya, D. (2007). An Exploration of Conceptual and Temporal Fallacies in International Health Law and Promotion of Global Public Health Preparedness. *The Journal of Law, Medicine & Ethics*, 35(4) : 588-98.
- Bigo, D. (2001). The Moebius Ribbon of Internal and External security. In Albert, M., Jacobson, D. & Lapide, Y., *Identities, Borders, Orders Rethinking International Relations Theory* (pp. 91-136). Minneapolis/London: University of Minnesota Press.
- Bigo, D. (2005). La mondialisation de l'(in)sécurité ? Réflexions sur le champ des professionnels de la gestion des inquiétudes et analytique de la transnationalisation des processus d'(in)sécurisation. *Cultures & Conflits*, 58(Été) : 53-101.

- Blouin Genest, G. (2010). Vers une géopolitique critique de la santé : espace, altérité et maladies infectieuses dans les Relations internationales. *Dynamiques internationales*, 1(3) : 1-20.
- Blouin Genest, G. & Grondin, D. (2010). « This is Africa » ... L'empire au cœur des Relations internationales et l'anglais comme langue impériale: le silence postcolonial à travers le cas d'Achille Mbembe. In Pellerin H., *La perspective en relations internationales* (pp. 217-249). Montréal: Athéna Éditions.
- Blouin Genest, G., Julien, F. & Paquerot, S. (2012). *L'eau en commun: de ressource naturelle à chose cosmopolitique*. Montréal: PUQ.
- Boidin, B. (2005). La santé : approche par les biens publics mondiaux ou par les droits humains ? *Mondes en développement*, 3(131) : 29-44.
- Boidin, B. (2005). La santé comme bien public mondial: un contenu ambigu et incertain. In Froger, G., Mainguy, C., Brot, J. & Gerardin, H., *Quels acteurs pour quel développement ?* (pp. 247-264). Paris: Gemdev Karthala.
- Boisson de Chazournes, L. (2007). Le pouvoir réglementaire de l'Organisation mondiale de la santé à l'aune de la santé mondiale : réflexions sur la portée et la nature du Règlement sanitaire international de 2005. In Angelet, N., *Droit du pouvoir, pouvoir du droit : mélanges offerts à Jean Salmon* (pp. 1157-1181). Bruxelles: Bruylant.
- Bond, K. (2008). Health Security or Health Diplomacy? Moving Beyond Semantic Analysis to Strengthen Health Systems and Global Cooperation. *Health Policy and Planning*, 23(6) : 376-378.
- Bousquet, A. & Curtis, S. (2011). Beyond Models and Metaphors: Complexity Theory, Systems Thinking and International Relations. *Cambridge Review of International Affairs*, 24(1) : 43-62.
- Bousquet, A. & Geyer, R. (2011). Introduction: Complexity and the International Arena. *Cambridge Review of International Affairs*, 24(1) : 1-3.
- Braudel, F. (1987). *Grammaire des civilisations*. Paris : Flammarion.
- Braun, B. (2007). Biopolitics and the Molecularization of Life. *Cultural Geographies*, 14(1) : 6-28.
- Breckenridge, C.A., Pollock, S., Bhabha, H.K. & Chakrabarty, D. (2002). *Cosmopolitanism*. Durham : Duke University Press.
- Brown, T. M., Cueto, M. & Fee, E. (2006). The World Health Organization and the Transition From “International” to “Global” Public Health. *American Journal of Public Health*, 96(1) : 62-72.

- Brownstein, J. S., Freifeld, C. C., Reis, B. Y. & Mandl, K. D. (2008). Surveillance Sans Frontières: Internet-Based Emerging Infectious Disease Intelligence and the HealthMap Project. *Plos Medicine*, 5(7) : 1019-1024.
- Büger, C. (2007). Paradigms, Cultures and Translations: Seven Ways of Studying the Discipline of International Relations. *Paper prepared for presentation at the 48th Annual Conference of the International Studies Association*. Chicago, USA.
- Büger, C. & Gadinger, F. (2007). Reassembling and Dissecting: International Relations Practice from a Science Studies Perspective. *International Studies Perspectives*, 8(1) : 90-110.
- Bush, G. W. (2005). *President Outlines Pandemic Influenza Preparations and Response*. Bethesda, 1^{er} novembre.
- Butler, D. (2007). Q&A: Siti Fadilah Supari. *Nature*, 450(7173) : 1137.
- Butler, D. (2011). Revamp for WHO. *Nature*, 473(7348) : 430-431.
- Buzan, B. (1991). *People, States and Fear: An Agenda for International Security Studies in the Post-Cold War Era, 2e édition*. Boulder: Lynne Rienner.
- Buzan, B., Wæver, O. & de Wilde, J. (1998). *Security : A New Framework for Analysis*. Boulder: Lynne Rienner.
- Calain, P. (2007a). Exploring the International Arena of Global Public Health Surveillance. *Health Policy and Planning*, 22(1), pp. 2-12.
- Calain, P. (2007b). From the Field Side of the Binoculars: A Different View on Global Public Health Surveillance. *Health Policy and Planning*, 22(1) : 13-20.
- Calain, P. & Fidler, D. P. (2007). XDR Tuberculosis, the New International Health Regulations, and Human Rights. *Global Health Governance*, 1(1) : 1-3.
- Callon, M. (1986). Some Elements of a Sociology of Translation: Domestication of the Scallops and the Fishermen of St-Brieuc Bay. In Law, J., *Power, Action and Belief: A New Sociology of Knowledge?* (pp. 196-223). London: Routledge.
- Carlowe, J. (2010). WHO Vaccine Expert Had Conflict of Interest, Danish Newspaper Alleges. *BMJ*, 340 (1136): 119.
- C.A.S.E. collective (2006). Critical Approaches to Security in Europe: A Networked Manifesto. *Security Dialogue*, 37(4) : 443-487.
- Castel, R. (1991). From Dangerousness to Risk. In Burchell, G., Gordon, C. & Miller, P., *The Foucault Effect: Studies in Governmentality* (pp 281-298). Chicago: University of Chicago Press.
- Castells, M. (2005). Global Governance and Global Politics. *Political Science & Politics*, 38(1) : 9-16.

Castillo-Salgado, C. (2010). Trends and Directions of Global Public Health Surveillance. *Epidemiologic Reviews*, 32(1) : 93-109.

CBC (2007). *Indonesia to Sign Exclusive Bird Flu Vaccine Deal*. 6 février. Accessible à <http://www.cbc.ca/news/health/story/2007/02/06/flu-indonesia.html> Page consultée le 17 juin 2012.

CDC (2010). *Updated CDC Estimates of 2009 H1N1 Influenza Cases, Hospitalizations and Deaths in the United States, April 2009 – April 10, 2010*. Accessible à http://www.cdc.gov/h1n1flu/estimates_2009_h1n1.htm Page consulté le 26 juin 2012.

Cederman, L.-E. (1997). *Emergent Actors in World Politics: How States and Nations Develop and Dissolve*. Princeton: Princeton University Press.

CESCR (2000). *Observation générale no 14: Le droit au meilleur état de santé susceptible d'être atteint*. Conseil économique et social. 22^e session, Genève.

CGG (1995). *Our Global Neighbourhood, The report of the Commission on Global Governance*. Oxford : Oxford University Press.

Chan, M. (2006). *Speech to the World Health Assembly*. Discours, Genève, 9 novembre.

Chan, D. M. (2009a). *World Now at the Start of 2009 Influenza Pandemic*. Discours, 11 juin, Genève.

Chan, D. M. (2009b). *World is Better Prepared for Influenza Pandemic*. Address to the ASEAN+3 Health Ministers' Special Meeting on Influenza A(H1N1) Bangkok, Thailand.

Chan, M. (2010). WHO Director-general Replies to the BMJ. *BMJ*, 340(3463) : 7.

Chan, E. H., Brewerc, T. F., Madoffc, L. C., Pollackc, M. P., Sonrickera, A. L., Kellera, M. & coll. (2010). Global Capacity for Emerging Infectious Disease Detection. *PNAS*, 107(50) : 21701-21706.

Chan, M., Støre, J. & Kouchner, B. (2008). Foreign Policy and Global Public Health: Working Together Towards Common Goals. *Bulletin of the World Health Organization*, 86(7) : 498.

Charte d'Ottawa. (1986). *Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé*. Ottawa.

Childress, J. F., Faden, R. R., Gaare, R. D., Gostin, L. O., Kahn, J., Bonnie, R. J. & coll. (2002). Public Health Ethics: Mapping the Terrain. *Journal of Law, Medicine & Ethics*, 30(2) : 169-177.

Chopra, M., Galbraith, S. & Darnton-Hill, I. (2002). A Global Response to a Global Problem: The Epidemic of Overnutrition. *Bulletin of the World Health Organization*, 80(12) : 952-958.

Chu, M. C., Rodier, G. & Heymann, D. (2010). Capacity-Building Under the International Health Regulations to Address Public Health Emergencies of International Concern. In

- IOM, *Infectious Disease Movement in a Borderless World: Workshop Summary* (pp. 195-203). Washington : The National Academy Press.
- Clarke, A. E., Shim, J. K., Mamo, L., Fosket, J. R. & Fishman J. R. (2003). Biomedicalization: Technoscientific Transformations of Health, Illness, and U.S. Biomedicine. *American Sociological Review*, 68(2) : 161-194.
- Cohen, D. & Philip, C. (2010). WHO and the Pandemic Flu “Conspiracies”. *BMJ*, 340(2912) : 1274-1279.
- Coker, R. & Ingram, A. (2006). Passports and Pestilence : Migration, Security And Contemporary Border Control of Infectious Diseases. In Bashford, A., *Medicine at the Border: Disease, Globalization and Security, 1850 to the Present* (pp. 159-176). Houndmills: Palgrave Macmillan.
- Collectif d'auteurs. (2010). Pseudo-pandémie d'A(H1N1) - Alarmisme et gaspillage de fonds publics. *Le devoir*, 12 juin.
- Collier, S. J. & Lakoff, A. (2008). The Problem of Securing Health. In Collier, S. J. & Lakoff, A., *Biosecurity Interventions: Global Health and Security in Question* (pp. 7-32). New York: Columbia University Press.
- Comaroff, J. (2010). Beyond Bare Life: AIDS, (Bio)Politics, and the Neoliberal Order. In Dilger, H. & Luig, U., *Morality, Hope and Grief Anthropologies of AIDS in Africa* (pp. 21-42). New York / Oxford: Berghahn Books.
- Connolly, W., (1989). Identity and Difference in Global Politics. In Derian, J. & Shapiro, M., *International/Intertextual Relations: Postmodern readings of World Politics*. Lexington : Lexington Books.
- Considine, M. (1994). *Public Policy: A Critical Approach*. London: Palgrave.
- Convention de Vienne (1969). *Convention de Vienne sur le droit des traités*. ONU, Vienne.
- Convery, I., Welshman, J. & Bashford, A. (2006). Where is the Border? Screening for Tuberculosis in the United Kingdom and Australia, 1950-2000. In Bashford, A., *Medicine at the Border: Disease, Globalization and Security, 1850 to the Present* (pp. 97-115). Basingstoke: Palgrave Macmillan.
- Conseil de l'Europe – Assemblée Parlementaire (2010). *The Handling of the H1N1 Pandemic: More Transparency Needed*. Strasbourg.
- Couture, J. (2010). Qu'est-ce que le cosmopolitisme ? In Chung, R. & Nootens, G., *Le cosmopolitisme : Enjeux et débats contemporains* (p. 15-36), Montréal : Les Presses de l'Université de Montréal.
- Cox, R. W. (1986). Social Forces, States and World Orders : Beyond International Relations Theory. In Keohane, R. O., *Neoliberalism and its Critics*. New York : Columbia University Press.

- Cox, R. W. (1996). Social Forces, States and World Orders : Beyond International Relations Theory. In Cox, R. W. & Sinclair, T. J., *Approaches to World Order*. Cambridge : Cambridge University Press.
- Cutler, C. A. (2003). *Private Power and Global Authority Transnational Merchant Law in the Global Political Economy*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Davies, S. E. (2008). Securitizing Infectious Disease. *International Affairs*, 84(2) : 295-313.
- Davies, S. E. (2010). *Global Politics of Health*. Cambridge: Polity Press.
- Déclaration d'Oslo (2007). *Foreign Policy Taking up the Challenges of Global Health: Agenda for Action Adopted by the Ministers of Foreign Affairs of Brazil, France, Indonesia, Norway, Senegal, South Africa and Thailand*, Oslo, 20 mars.
- de Goede, M. (2003). Beyond Economism in International Political Economy. *Review of International Studies*, 29(1) : 79-98.
- Delanda, M. (2006). *A New Philosophy of Society: Assemblage Theory and Social Complexity*. Londres/New York : Continuum.
- Delanty, G. (2006). The Cosmopolitan Imagination : Critical Cosmopolitanism and Social Theory. *The British Journal of Sociology*, 57(1) : 25-47.
- Delanty, G. (2009). *The Cosmopolitan Imagination*, Cambridge : Cambridge University Press.
- Deleuze, G. & Guattari, F. (1975). *Kafka: Pour une littérature mineure*. Paris: Les Éditions de Minuit.
- Deleuze, G. & Guattari, F. (1980). *Mille-Plateaux*. Paris: Les Éditions de Minuit.
- De Paolo, C. (2006). *Epidemic Disease and Human Understanding : A Historical Analysis of Scientific and Other Writings*. Boston : McFarland & Company.
- Der Spiegel (2011). Länder vernichten Millionen Dosen H1N1-Impfstoff, *Der Spiegel*, 25 novembre.
- Derrida, J. (2001). *On Cosmopolitanism and Forgiveness*, Londres/New York : Routledge.
- Dillon, M. & Reid, J. (2001). Global Liberal Governance: Biopolitics, Security and War. *Millennium: Journal of International Studies*, 30(1) : 41-66.
- Dingwerth, K. & Pattberg, P. (2006). Global Governance as a Perspective on World Politics. *Global Governance*, 12(2) : 185-203.
- Dodgson, R., Lee, K. & Drager, N. (2002). *Global Health Governance : A Conceptual Review*. Discussion paper No. 1. Centre on Global Change & Health London School of Hygiene & Tropical Medicine and the Dept of Health & Development of the World Health Organization.

- Dogan, M. (1996). The Hybridization of Social Science Knowledge. *Library Trends*, 45(2) : 296-314.
- Dorolle, P. (1968). Old Plagues in the Jet Age. International Aspects of Present and Future Control of Communicable Disease. *British Medical Journal*, 4(5634) : 789–792.
- Doshi, P. & Jefferson, T. (2010). Another Question for GSK. *BMJ*, 340(3455).
- Dry, S. (2008). *Epidemics for all? Governing Health in a Global Age*. STEPS Working Paper 9, Brighton: STEPS Centre.
- Duclos, D. (2009). Pandemics and Rumours The Great Swine Flu Scare. *Le monde diplomatique, english edition*, Décembre.
- Dunne, M., Pryor, J. & Yates, P. (2005). *Becoming a Researcher: A Companion to the Research Process*. New York: Open University Press.
- Dupuich-Rabasse, F. (2006). *La gestion des compétences collectives*. Paris : l'Harmattan.
- Durodié, B. (2011). H1N1 – The Social Costs of Cultural Confusion. *Global Health Governance*, IV(2) : 1-19.
- Elbe, S. (2005). AIDS, Security, Biopolitics. *International Relations*, 19(4) : 403-419.
- Elbe, S. (2006). Should HIV/AIDS Be Securitized? *International Studies Quarterly*, 50(1) : 119-144.
- Elbe, S. (2010a). Securitizing Epidemics: Three Lessons from History. *Non publié*. Accessible à www.stefanelbe.com Consulté le 17 janvier 2012.
- Elbe, S. (2010b). *Security and Global Health: Toward the Medicalization of Insecurity*. Cambridge: Polity.
- Emadi-Coffin, B. (2002). *Rethinking International Organization : Deregulation and Global Governance*. London/New York: Routledge.
- Escobar, A. (2004). Beyond the Third World: Imperial Globality, Global Coloniality and Anti-Globalisation Social Movements. *Third World Quarterly*, 25(1) : 207-230.
- Farley, J. (1992). Parasites and the Germ Theory of Disease. In Rosenberg C. E. & Golden, J., *Framing Diseases: Studies in Cultural History* (pp 33-49). New Brunswick: Rutgers University Press.
- Farmer, P. (1999). Pathologies of Power: Rethinking Health and Human Rights. *American Journal of Public Health*, 89(10) : 1486-96.
- Farmer, P. (2005). *Pathologies of Power: Health, Human Rights, and the New War on the Poor*. 2nd edition. Berkeley: University of California Press.
- Fassin, D. (2009). Another Politics of Life is Possible. *Theory, Culture & Society*, 26(5) : 44-60.

- Feldbaum, H., Lee, K. & Michaud, J. (2010). Global Health and Foreign Policy. *Epidemiologic Reviews*, 32(1) : 82-92.
- Fernandes, J. (2004). Ebola Takes to the Road: Mobilizing Viruses in defense of the Nation-State. In Edkins, J., Pin-Fat, V. & Shapiro, M. J. (eds.) *Sovereign Lives: Power in Global Politics* (pp. 189-2010), New York: Routledge.
- Fidler D. P. (1996). Globalisation, International Law, and Emerging Infectious Diseases. *Emerging Infectious Diseases*, 2(2) :77-84.
- Fidler, D. P. (1997-1998). The Globalization of Public Health: Emerging Infectious Diseases and International Relations. *Indiana Journal of Global Legal Studies*, 5 : 11-51
- Fidler, D. P. (2001). The Globalization of Public Health: The First 100 Years of International Health Diplomacy. *Bulletin of the World Health Organization*, 79(9) : 842-849.
- Fidler, D. P. (2003a). SARS: Political Pathology of the First Post-Westphalian Pathogen. *Journal of Law, Medicine and Ethics*, 31(4) : 485–505.
- Fidler, D. P. (2003b). Public Health and National Security in the Global Age: Infectious Diseases, Bioterrorism, and Realpolitik. *The George Washington International Law Review*, 35 : 787-856.
- Fidler, D. P. (2004a). Germs, Norms and Power: Global Health's Political Revolution. *Law, Social Justice & Global Development*, (1) : 1-22.
- Fidler, D. P. (2004b). *SARS, Governance and the Globalization of Disease*. Houndmills: Palgrave Macmillan.
- Fidler, D. P. (2005a). From International Sanitary Conventions to Global Health Security: The New International Health Regulations. *Chinese Journal of International Law*, 4(2) : 325-392.
- Fidler, D. P. (2005b). Health as Foreign Policy: Between Principle and Power. *The Whitehead Journal of Diplomacy and International Relations*, (6) : 179-194.
- Fidler, D. P. (2006). Biosecurity: Friend or Foe for Public Health Governance? In Bashford, A., *Medicine at the Border: Disease, Globalization and Security, 1850 to the Present* (pp. 196-218). Basingstoke: Palgrave Macmillan.
- Fidler, D. P. (2007a). Architecture Amidst Anarchy: Global Health's Quest for Governance. *Global Health Governance*, 1(1) : 1-17.
- Fidler, D. P. (2007b). Constitutional Outlines of Public Health's « New World Order ». *Temple Law Review*, 77 : 247-289.
- Fidler, D. P. (2008-2009). After the Revolution: Global Health Politics in a Time of Economic Crisis and Threatening Future Trends. *Global Health Governance*, 2(2) : 1-21.

- Fidler, D. P. (2010). Viral Sovereignty, Global Governance, and the IHR 2005: The H5N1 Virus Sharing Controversy and Its Implications for Global Health Governance. In IOM, *Infectious Disease Movement in a Borderless World: Workshop Summary* (pp. 210-228). Washington : The National Academy Press.
- Fidler, D. P. & Drager, N. (2006). Health and Foreign Policy. *Bulletin of the World Health Organization*, 84(9) : 687.
- Fidler, D. P. & Gostin, L. O. (2006). The New International Health Regulations: An Historic Development for International Law and Public Health. *The Journal of Law, Medicine & Ethics*, 34(1) : 85-94.
- Fidler, D. P. & Gostin, L. O. (2008). *Biosecurity in the Global Age Biological Weapons, Public Health, and the Rule of Law*. Stanford: Stanford University Press.
- Fierke, K. M. (2002). Links Across the Abyss: Language and Logic in International Relations. *International Studies Quarterly*, 46(3) : 331-354.
- Flynn, P. (2010). *The Handling of the H1N1 Pandemic: More Transparency Needed*. Parliamentary Assembly, Council of Europe, Social Health and Family Affairs Committee, Strasbourg.
- Forester, J. (1993). *Critical Theory, Public Policy and Planning Practice*. Albany: State University of New York Press.
- Formenty, P., Roth, C., Gonzalez-Martin, F., Grein, T., Ryan, M., Drury, P. et coll. (2006). Les pathogènes émergents, la veille internationale et le Règlement sanitaire international. *Médecine et maladies infectieuses*, 36(1) : 9-15.
- Foucault, M. (2001a). Table ronde du 20 mai 1878. In Foucault, M., *Dits et écrits II. 1976-1988* (pp. 839-853). Paris: Quarto Galimard.
- Foucault, M. (2001b). Le souci de la vérité. In Foucault, M., *Dits et écrits II. 1976-1988* (pp. 1487-1497). Paris: Quarto Galimard.
- Foucault, M. (2001c). Le sujet et le pouvoir. In Foucault, M., *Dits et écrits II. 1976-1988* (pp. 1041-1062). Paris: Quarto Galimard.
- Foucault, M. (2001d). Nietzsche, la généalogie, l'histoire. In Foucault, M., *Dits et écrits I. 1954-1975* (pp. 1004-1024). Paris: Quarto Galimard.
- Foucault, M. (2004). *Sécurité, territoire, population* : Cours au Collège de France. 1977-1978. Paris : Gallimard Seuil.
- Fournois, H. (2011). Le déficit de la R&D dans le domaine des maladies négligées. In Kerouedan, D., *Santé internationale: Les enjeux de santé au Sud* (pp. 503-513). Paris: Presses de Sciences Po.

- Franklin, S. (2000). Life Itself: Global Nature and the Genetic Imaginary, In Lury, S. & Stacey, J., *Global Nature, Global Culture* (pp. 188-227), Londres: Sage.
- Frederick, H. H. (1993). *Global Communication & International Relations*. Belmont : California: Wadsworth.
- Freitag, M. (1999). *Le naufrage de l'université et autres essais d'épistémologie politique*. Québec/Paris: Nuit blanche éditeur et Éditions La Découverte.
- French, M. A. (2009). Woven of War-time Fabrics: the Globalization of Public Health Surveillance. *Surveillance & Society*, 6(2) : 101-115.
- Fuchs, D. A. (2002). Globalization and Global Governance: Discourses on Political Order at the Turn of the Century. In Fuchs, D. A. & Kratochwil, F., *Transformative Change and Global Order: Reflections on Theory and Practice*. Münster: LIT Verlag.
- Gabas, J.-J. & Hugon, P. (2001). Les biens publics mondiaux et la coopération internationale. *L'Économie politique*, 12(4) : 19-31.
- Gable, L. (2007). The Proliferation of Human Rights in Global Health Governance. *Journal of Law, Medicine & Ethics*, 35(4) : 534-544.
- Garrett, L. (1994). *The Coming Plague: Newly Emerging Diseases in a World out of Balance*. New York : Farrar, Straus and Giroux.
- Geller, A. (2011). The Use of Complexity-based Models in International Relations: A Technical Overview and Discussion of Prospects and Challenges. *Cambridge Review of International Affairs*, 24(1) : 63-80.
- Gilboa, E. (2005). The CNN Effect: The Search for a Communication Theory of International Relations. *Political Communication*, 22(1) : 27-44.
- Gill, S. (1995). Globalisation, Market Civilisation, and Disciplinary Neoliberalism. *Millennium*, 24(3) : 399-423.
- Gilpin, R. G. (1987). *The Political Economy of International Relations*. Princeton : Princeton University Press.
- Ginsberg, J., Mohebbi, M. H., Patel, R. S., Brammer, L., Smolinski, M. S. & Brilliant, L. (2009). Detecting Influenza Epidemics Using Search Engine Query Data. *Nature*, 457(19 février) : 1012-1014.
- Gleick, J. (1998). *Chaos: Making a New Science*. London: Vintage.
- Global Health Security Initiative (2011). Ministerial Statement. Ottawa.
- Godlee, F. (2010). Conflicts of Interest and Pandemic Flu: WHO Must Act Now to Restore its Credibility, and Europe Should Legislate. *BMJ*, 340 (c2947) : 1256-57.
- Goodman, N. M. (1971). *International Health Organizations and their work*. Londres: Churchill Livingstone.

- Gossner, C. M.-E., Schlundt, J., Embarek, P. B., Hird, S., Lo-Fo-Wong, D., Beltran, J. J. & coll. (2009). The Melamine Incident: Implications for International Food and Feed Safety. *Environ Health Perspect*, 117(12) : 1803-1808.
- Gostin, L. O. (2004). International Infectious Disease Law: Revision of the World Health Organization's International Health Regulations. *Journal of American Medical Association*, 291(21) : 2623-2627.
- Gostin, L. O. (2007). A Proposal for a Framework Convention on Global Health. *Journal of International Economic Law*, 10(4) : 989-1008.
- Gostin, L. O. (2008). *Public Health Law: Power, Duty, Restraint*. Berkeley : University of California Press.
- Gostin, L. O. (2009) Swine Flu Vaccine: What Is Fair? *Hastings Center Report*, 39(5) : 9-10.
- Gostin, L. O. & Lazzarini, Z. (1997). *Human Rights and Public Health in the AIDS Pandemic*. Oxford/New York: Oxford University Press.
- Gow, J. (2002). The HIV/AIDS Epidemic in Africa: Implications for US Policy. *Health Affairs*, 21(3) : 57-69.
- Gramsci, A. (1971). *Selections from the Prison Notebooks*;. New York: International Publishers.
- Granjon, M.-C. (2005). Introduction. In Granjon, M.-C., *Penser avec Foucault: Théorie critique et pratiques politiques*, Paris : Karthala.
- Grein, T. W., Kamara, K.-B. O., Rodier, G., Plant, A. J., Bovier, P., J. Ryan, M. et coll. (2000). Rumors of Disease in the Global Village: Outbreak Verification. *Emerging Infectious Diseases*, 6(2) : 97-102.
- Greene, J. C., Caracelli, V. J. & Graham, W. F. (1989). Toward a Conceptual Framework for Mixed-method Evaluation Designs. *Educational Evaluation and Policy Analysis*, 11(3) : 255-274.
- Grolle, J. & Hackenbroch, V. (2009). Interview with Epidemiologist Tom Jefferson: 'A Whole Industry Is Waiting For A Pandemic'. *Der Spiegel*, 21 juillet.
- Haas, E. B. (1958). *The Uniting of Europe : Political, Social, and Economic Forces, 1950–1957*. Stanford : Stanford University Press.
- Habermas, J. (2000). *Après l'État-nation: une nouvelle constellation politique*. Paris: Fayard.
- Hacking, I. (2004). *Historical Ontology*, Cambridge : Harvard University Press.
- Hacking, I. (1998). *Mad Travelers: Reflections on the Reality of Transient Mental Illness*. Virginia: The University Press of Virginia.

- Haggerty, K. D. & Ericson, R. V. (2000). The Surveillant Assemblage. *British Journal of Sociology*, 51(4) : 605-622.
- Hall, R. B. & Biersteker, T. J. (2004). The Emergence of Private Authority in the International System. In Hall, R. B. & Biersteker, T. J., *The Emergence of Private Authority in Global Governance* (pp. 3-22). Cambridge: Cambridge University Press.
- Hanson, W. E., Creswell, J. W., Plano Clark, V. L., Petska, K. S. & Creswell, J. D. (2005). Mixed Methods Research Designs in Counseling Psychology. *Journal of Counseling Psychology*, 52(2) : 224-235
- Hardt, M. & Negri, A. (2000). *Empire*. Paris : Exils.
- Harrison, M. (2006). Disease, Diplomacy and International Commerce: The Origins of International Sanitary Regulation in the Nineteenth Century. *Journal of Global History*, 1(2) : pp. 197-217.
- Hasenclever, A., Mayer, P. & Rittberger, V. (1997). *Theories of International Regimes*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Hawkins, D. G., Lake, D. A., Nielson, D. L. & Tierney, M. J. (2006). Delegation under Anarchy: States, International Organizations, and Principal-Agent Theory. In Lake, D. A., Nielson, D. L. & Tierney, M. J., *Delegation and Agency in International Organizations* (pp. 3-40). Cambridge: Cambridge University Press.
- Helfer, L. R. (2004). Politics, Power and Public Health: A Comment on Public Health's 'New World Order'. *Temple Law Review*, 77 : 291-295.
- Hermet, G. (2003). Gouvernance sans doute, mais pas contre l'État démocratique. In Milani, C. S. & Germán Solinís, A., *Démocratie et gouvernance mondiale: quelles régulations pour le XXIe siècle?* (pp. 35-47). Paris : UNESCO KARTHALA.
- Hesse-Biber, S. N. (2010). *Mixed Methods Research: Merging Theory with Practice*. New York/London: The Guilford Press.
- Heymann, D. L. (2002). The Microbial Threat in Fragile Times: Balancing Known and Unknown Risks. *Bulletin of the World Health Organization*, 80(3) : 179.
- Heymann, D. L. (2003). The Evolving Infectious Disease Threat : Implications for National and Global Security. *Journal of Human Development and Capabilities*, 4(2) : 191-207.
- Heymann, D. L. (2006). SARS and Emerging Infectious Diseases: A Challenge to Place Global Solidarity above National Sovereignty. *Annals Academy Medical of Singapore*, 35(5) : 350-353.
- Heymann, D. L. (2010). Public Health, Global Governance, and the Revised International Health Regulations. In IOM, *Infectious Disease Movement in a Borderless World: Workshop Summary* (pp. 182-194). National Academy of Science.

- Heymann, D. L. & Rodier, G. (1998). Global Surveillance of Communicable Diseases. *Emerging Infectious Diseases*, 4(3) : 362– 365.
- Heymann, D. L. & Rodier, G. R. (2001). Hot Spots in a Wired World: WHO Surveillance of Emerging and Re-emerging Infectious Diseases. *The Lancet Infectious Diseases*, 1 : 345-353.
- Hirst, P. & Thompson, G. (1996). *Globalization in Question: The International Economy and the Possibilities of Governance*. Cambridge: Polity.
- Hoffman, S. J. (2010). The Evolution, Etiology and Eventualities of the Global Health Security Regime. *Health Policy and Planning*, 25(6) : 510-522.
- Holbrooke, R. & Laurie, G. (2008). 'Sovereignty' That Risks Global Health. *Washington Post*, 10 août.
- Holden, G. (2006). Cinematic IR, the Sublime and the Indistinctness of Art. *Millennium: Journal of International Studies*, 34(3) : 793-818.
- Hooker, C. (2006). Drawing the Lines: Danger and Risk in the Age of SARS. In A. Bashford, *Medicine at the Border: Disease, Globalization and Security, 1850 to the Present* (pp. 179-195). Basingstoke: Palgrave Macmillan.
- Horton, R. (2007). Health as an Instrument of Foreign Policy. *The Lancet*, 369(10 mars) : 806-807.
- Huntington, J. & Jones, A. (2010). H1N1 Brand Power: Marketing a Disaster. *Health Science Inquiry*, 1(1) : 33-34.
- Hurrell, A. (2007). *On Global Order Power, Values, and the Constitution of International Society*. Oxford : Oxford University Press.
- Hurrell, A. & Woods, N. (1999). *Inequality, Globalization, and World Politics*. Oxford: Oxford University Press.
- Huysmans, J. (2006). *The Politics of Insecurity: Fear, Migration and Asylum in the EU*. London: Routledge.
- Illich, I. (1975). *Némésis médicale*. Paris : Seuil.
- Ingram, A. (2005). The New Geopolitics of Disease: Between Global Health and Global Security. *Geopolitics*, 10(3) : 522-545.
- Ingram, A. (2007). HIV/AIDS, Security and the Geopolitics of US–Nigerian Relations. *Review of International Political Economy*, 14(3) : 510-534.
- Ingram, A. (2008a). Domopolitics and Disease: HIV/AIDS, Immigration, and Asylum in the UK. *Environment and Planning D: Society and Space*, 26(5) : 875-894.
- Ingram, A. (2008b). Pandemic Anxiety and Global Health Security. In Pain, R. & Smith, S. J., *Fear: Critical Geopolitics and Everyday Life* (pp. 75-86). Aldershot: Ashgate.

- International Crisis Group. (2001). *HIV/AIDS as a Security Issue*. Issue report no. 1, Washington.
- IOM (1992). *Emerging Infections : Microbial Threats to Health in the United States*. Joshua Lederberg, Robert E. Shope, et Stanley C. Oaks, Jr. (eds.), Washington : National Academy Press.
- IOM (1997). *America's Vital Interest in Global Health : Protecting Our People, Enhancing Our Economy, and Advancing Our International Interests*. Washington : National Academy Press.
- IOM (2003). *Microbial threats to health : Emergence, detection, and response*, Mark S. Smolinski, Margaret A. Hamburg, et Joshua Lederberg (eds.), Washington : National Academy Press.
- Irwin, R. (2010). Indonesia, H5N1, and Global Health Diplomacy. *Global Health Governance*, 3(2) : 1-21.
- Isasi, R. M. & Nguyen, T. M. (2005-2006). The Global Governance of Infectious Diseases: The World Health Organization and The International Health Regulations. *Alberta Law Review*, 43(2) : 497-510.
- Jean, R. (1990). *L'Or et la Soie*. Paris: Babel Roman - Actes Sud.
- Jefferson, T. & Doshi, P. (2010). Time for Change, WHO. *BMJ*, 340(3461) : 8.
- Jervis, R. (1997). *System Effects: Complexity in Political and Social Life*. Princeton: Princeton University Press.
- Jill, S. (1999). The Private is Global: Feminist Politics and Global Political Economy. *New Political Economy*, 4(1) : 113-128.
- Johns, M., Blazes, D. L., Fernandez, J., Russell, K., Chen, D. & Loftis, R. (2011). The United States Department of Defense and the International Health Regulations (2005): Perceptions, Pitfalls and Progress Towards Implementation. *Bulletin of the World Health Organization*, 89(3) : 234-235.
- Johnson, R. B. & Onwuegbuzie, A. J. (2004). Mixed Methods Research: A Research Paradigm Whose Time has Come. *Educational Researcher*, 33(7) : 14-26.
- Journal of the National Medical Association (1999). Obesity Declared an Epidemic in the United States. *Journal of the National Medical Association*, 91(12) : 645.
- Kamradt-Scott, A. & Lee, K. (2011). The 2011 Pandemic Influenza Preparedness Framework: Global Health Secured or a Missed Opportunity? *Political Studies*, 59(4) : 831-847.
- Karns, M. P. & Mingst, K. A. (2010). *International Organizations: The Politics and Processes of Global Governance*. 2e édition. Boulder/Londres: Lynne Rienner Publishers.

- Katz, R. & Singer, D. A. (2007). Health and Security in Foreign Policy. *Bulletin of the World Health Organization*, 85(3) : 233-234.
- Kaul, I., Conceição, P. G. & Mendoza, R. U. (2003). *Providing Global Public Goods Managing Globalization*. Oxford: Oxford University Press.
- Kaul, I. & Faust, M. (2001). Global Public Goods and Health: Taking the Agenda Forward. *Bulletin of the World Health Organization*, 79(9) : 869-874.
- Kaul, I., Grunberg, I. & Stern, M. A. (1999). Defining Global Public Good. In Kaul, I., Grunberg, I. & Stern, M. A., *Global Public Goods : International Cooperation in the 21st Century* (pp. 450-508). New York: Oxford University Press.
- Kavalski, E. (2007). The Fifth Debate and the Emergence of Complex International Relations Theory: Notes on the Application of Complexity Theory to the Study of International Life. *Cambridge Review of International Affairs*, 20(3) : 435-454.
- Kay, A. & Williams, O. (2009). Introduction: The International Political Economy of Global Health Governance. In Kay, A. & Williams, O. *Global Health Governance Crisis, Institutions and Political Economy* (pp. 1-23). New York: Palgrave Macmillan.
- Kelle, A. (2007). Securitization of International Public Health: Implications for Global Health Governance and the Biological Weapons Prohibition Regime. *Global Governance*, 13(2) : 217-235.
- Keohane, R. O. (1984). *After Hegemony : Cooperation and Discord in the World Political Economy*. Princeton : Princeton University Press.
- Keohane, R. O. & Nye, J. S. Jr. (1972). *Transnational Relations and World Politics*. Cambridge : Harvard University Press.
- Keohane, R. O. & Nye, J. S. Jr. (1974). Transgovernmental Relations and World Politics. *World Politics*, 27(1) : 39-62.
- Keohane, R. O. & Nye, J. S. Jr. (1998). Power and Interdependence in the Information Age. *Foreign Affairs*, 77(5) : 81-94.
- Kickbusch, I. (2003). Global Health Governance: Some Theoretical Considerations on the New Political Space. In Lee, K., *Health Impacts of Globalization: Towards Global Governance* (pp. 192–203). London: Palgrave.
- Kickbusch, I. (2005). Action on Global Health: Addressing Global Health Governance Challenges. *Public Health*, 119(11) : 969-973.
- Kickbusch, I. (2006). The Need for a European Strategy on Global Health. *Scandinavian Journal of Public Health*, 34(6) : 561-565.
- King, N. B. (2002). Security, Disease, Commerce: Ideologies of Postcolonial Global Health. *Social Studies of Science*, 32(5-6) : 763-789.

- King, N. B. (2003). Immigration, Race, and Geographies of Difference in the Tuberculosis Pandemic. In Gandy, M. & Zumla, A., *Return of the White Plague: Global Poverty and the New Tuberculosis* (pp. 39-54). London: Verso Press.
- King, N. B. (2004). The Scale Politics of Emerging Diseases. *OSIRIS*, 19 : 62-76.
- Kohn, G. C. (2008). *Encyclopedia of Plague and Pestilence from Ancient Times to the Present*. New York: Facts On File.
- Koivusalo, M. (2010). Common Health Policy Interests and the Shaping of Global Pharmaceutical Policies. *Ethics and International Affairs*, 24(4) : 395-414.
- Kon, P. (240). GlaxoSmithKline UK Responds. *BMJ*, 340(3464) : 8.
- Koplan, J. E., Bond, C., Merson, M. H., Reddy, S., Rodriguez, M. H., Sewankambo, N. K. & coll. (2009). Towards a Common Definition of Global Health. *The Lancet*, 373(6 juin) : 1993-1995.
- Krantz, M. (2009). Investors Look for Stocks that Could Gain from Swine Flu. *USA Today*, 22 septembre.
- Kratochwil, F. & Ruggie, J. G. (1986). International Organization: A State of the Art on an Art of the State. *International Organization*, 40(4) : 753-775.
- Krasner, S. D. (1991). Global Communications and National Power: Life on the Pareto Frontier. *World Politics*, 43(3) : 336-56.
- Krause, K. & Williams, M. (1997). *Critical Security Studies, Concepts and Cases*, Minnesota : University of Minnesota Press.
- Kraut, A. M. (1994). *Silent Travelers : Germs, Genes, and the 'Immigrant Menace'*. Baltimore : Johns Hopkins University Press.
- La Fontaine (1999). *Fables, tome 1 & 2*. Paris : Nouvelle librairie de France, Collection nationale des grands auteurs de la Nouvelle librairie de France.
- Lakoff, A. (2010). Two Regimes of Global Health. *Humanity: An International Journal of Human Rights, Humanitarianism, and Development*, 1(1) : 59-79.
- Lapid, Y. (1989). The Third Debate: On the Prospects of International Theory in a Post-Positivist Era. *International Studies Quarterly*, 33(3) : 235-254.
- Larner, W. & Walters, W. (2004). *Global Governmentality: Governing International Spaces*. New York: Routledge.
- Laroche, J. (2006). Une système transnational entre hégémonie et anomie. In Duchastel, J. & Canet, R., *Crise De L'état, Revanche Des Sociétés* (pp. 35-63). Montréal: Athena.
- Latour, B. (1987). *Science in Action: How to Follow Scientists and Engineers Through Society*. Cambridge: Harvard University Press.

- Latour, B. (1996). On Actor-network Theory: A few Clarifications. *Soziale Welt*, 47(4) :369-381.
- Latour, B. (1997). On Actor-network Theory: A Few Clarifications Plus More than a Few Complications. *Working paper*, Accessible à <http://www.cours.fse.ulaval.ca/edc-65804/latour-clarifications.pdf> Consulté le 16 juin 2012.
- Latour, B. (1999). On Recalling ANT. In Law, J. & Hassrad, J., *Actor Network Theory and After*, Oxford: Blackwell Publishing.
- Latour, B. (2005). *Reassembling the Social An Introduction to Actor-Network-Theory*. Oxford: oxford University Press.
- Law, J. (1999). After ANT: Complexity, Naming and Topology. In Law, J. & Hassard, J., *Actor Network Theory and After*. Oxford: Blackwell Publishing.
- Lee, K. (2009a). *The World Health Organization (WHO)*. Abingdon: Routledge.
- Lee, K. (2009b). Understandings of Global Health Governance: The Contested Landscape. In Kay, A. & O. Williams, *Global Health Governance Crisis, Institutions and Political Economy* (pp. 27-41). New York: Palgrave Macmillan.
- Lee, K. & Fidler, D. P. (2007). Avian and Pandemic Influenza: Progress and Problems with Global Health Governance. *Global Public Health: An International Journal for Research, Policy and Practice*, 2(3) : 215-234.
- Lee, K. & Goodman, H. (2002). Global Policy Networks: The Propagation of Health Care Financing Reform since the 1980s. In Lee, K., Buse, K. & Fustukian, S., *Health Policy in a Globalising World* (pp. 97-119). Cambridge: Cambridge University Press.
- Legg, S. (2009). Of Scales, Networks and Assemblages: The League of Nations Apparatus and the Scalar Sovereignty of the Government of India. *Transactions of the Institute of British Geographers*, 34(2) : 234-253.
- Linklater, A. (1990). *Men and Citizens in the Theory of International Relations, 2e édition*. London: Palgrave Macmillan.
- Linklater, A. (1996). Citizenship and Sovereignty in the Post-Westphalian State. *European Journal of International Relations*, 2(1) : 77-103.
- Linklater, A. (1998). *The Transformation of Political Community: Ethical Foundations of the Post-Westphalian Era*. Essex: University of South Carolina Press.
- Loff, B. (2010). World Trade, the Poor and Swine Flu. *Indian Journal of Medical Ethics*, VII(1) : 4-5.
- Lombard, J. & Vandewalle, B. (2007). *Philosophie de l'épidémie*. Paris: L'Harmattan.
- Lowes, R. (2010). WHO Says Failure to Disclose Conflict of Interests of Pandemic Advisors Was an "Oversight". *Medscape Medical News*, 8 juin.

- Lupton, D. (2003). *Medicine as Culture*. London: SAGE Publication.
- MacFarlane, S., Jacobs, M. & Kaaya, E. (2008). In the Name of Global Health: Trends in Academic Institutions. *Journal of Public Health Policy*, 29(4) : 383-401.
- Mack, E. (2006). World Health Organization's New International Health Regulations: Incursion on State Sovereignty and Ill-Fated Response to Global Health Issues. *Chicago Journal of International Law*, 7(1) : 365-377.
- Macleod, A. & O'Meara D.(2007). *Théories des relations internationales: Contestations et résistances*. Montréal: Athéna Éditions.
- Mahler, H. (1981). The Meaning of "Health for all by the year 2000". *Global Health Forum*, 2(1) : 5-22.
- Mann, J. M. (1997). Health and Human Rights: If Not Now, When? *Journal of Health and Human Rights*, 2(3) : 113-120.
- Mann, M. (2001). Globalization and September 11. *New Left Review*. 12(november/december) : 51-72.
- Marchand, M. H. & Parpart, J. L. (1995). *Feminism/Postmodernism/Developement*. London/New York: Routledge.
- Marmot, M. (2005). Social Determinants of Health Inequalities. *The Lancet*, 365(9464) : 1099-1104.
- Martin, P. (2008). Epidemics: Lessons From the Past and Current Patterns of Response. *Geoscience*, 340(9) : 670-678.
- Mason Meier, B. (2007). Advancing Health Rights in a Globalized World: Responding to Globalization through a Collective Human Right to Public Health. *Global Health Law, Ethics, and Policy*, 35(4) : 545-555.
- Mawani, R. (2006). Screening out Diseased Bodies: Immigration, Mandatory HIV Testing, and the Making of a Healthy Canada. In Bashford, A., *Medicine at the Border: Disease, Globalization and Security, 1850 to the Present* (pp. 136-158). New York: Palgrave.
- Mawudeku, A., Lemay, R., Werker, D., Andraghetti, R. & St. John, R. (2007). The Global Public Health Intelligence Network. In M'ikanatha, N. M., Lynfield, R., Van Beneden, C. A. & de Valk, H., *Infectious Disease Surveillance* (pp. 304-317). Oxford: Blackwell Publishing.
- McCallum, D. (1997). Mental Health, Criminality and the Human Sciences. In Peterson, A. & Bunton R., *Foucault, Health and Medicine*. Abingdon: Routledge.
- McEwan, C. (2009). *Postcolonialism and Development*. New York: Routledge.
- McInnes, C. & Lee, K. (2006). Health, Security and Foreign Policy. *Review of International Studies*, 32(1) : 5-23.

- McNeil, D. J. (2009). Containing Flu Is Not Feasible, Specialists Say. *The New York Times*, 29 avril.
- Mearsheimer, J. (1994-5). The False Promise of International Institutions. *International Security*, 19(3) : 5-49.
- Merianos, A. (2001). Demande d'accès aux OVL adressée à l'OMS. Réponse à une demande effectuée par Gabriel Blouin Genest, 21 mars 2011.
- Merianos, A. & Peiris, M. (2005). International Health Regulations (2005). *The Lancet*, 366(9493) : 1249-1251.
- M'ikanatha, N. M., Lynfield, R., Julian, K. G., Van Beneden, C. A. & de Valk, H. (2007). Infectious Disease Surveillance: A Cornerstone for Prevention and Control. In M'ikanatha, N. M., Lynfield, R., Van Beneden, C. A. & de Valk, H., *Infectious Disease Surveillance* (pp. 3-17). Oxford: Blackwell Publishing.
- Milliken, J. (1999). The Study of Discourse in International Relations: A Critique of Research and Methods. *European Journal of International Relations*, 5(2) : 225-254.
- Minna Stern, A. (2006). Yellow Fever Crusade: US Colonialism, Tropical Medicine, and the International Politics of Mosquito Control, 1900-1920. In Bashford, A., *Medicine at the Border: Disease, Globalization and Security, 1850 to the Present* (pp 41-59). New York: Palgrave.
- Mitrany, D. (1943). A Working Peace System: An Argument for the Functional Development of International Organization. London: Royal Institute for International Affairs.
- Moren, N. A. (2001). The World Health Organization Global Outbreak and Response Network - What can Europe Learn from this Example? *Eurosurveillance*, 5(49).
- Morens, D. M., Folkers, G. K. & Fauci, A. S. (2004). The Challenge of Emerging and Re-emerging Infectious Diseases. *Nature*, 430 (8 juillet) : pp. 242-249.
- Morin, E. (1973). *Le Paradigme perdu, la nature humaine*. Paris: Seuil.
- Morin, E. (1990). *Introduction à la pensée complexe*. Paris : Seuil
- Morin, E. (1995a). La stratégie de reliance pour l'intelligence de la complexité. *Revue Internationale de Systémique*, 9(2).
- Morin, E. (1995b). *La méthode, Tome 4 Les Idées*. Paris: Points.
- Morin, E. (1999). *Relier les connaissances: Le défi du XXI siècle*. Paris: Seuil.
- Morin, E. (2004). Edgar Morin: La complexité un défi à la connaissance. *L'actualité Poitou-Charentes*, 68(27) : 27-29.
- Morin, E. (2008). Un voyage dans les connaissances en train de se transformer. Entretien avec Edgar Morin, réalisé par Daniel Bougnoux et Bastien Engelbach, Accessible à

http://www.nonfiction.fr/article-960-entretien_avec_edgar_morin_2_science_et_philosophie.htm Page consultée le 17 juillet 2012.

Morin, E. & Le Moigne, J.-L. (1999). *L'intelligence de la complexité*. Montréal: L'Harmattan.

Morse, S. S. (1995). Factors in the Emergence of Infectious Diseases. *Emerging Infectious Diseases*, 1(1) : 7-15.

Mowlana, H. (1997). *Global Information and World Communication*. 2nd ed. London: Sage.

Muller, B. J. (2010). *Security, Risk and the Biometric State: Governing Borders and Bodies*, London, Routledge.

Murphy, C. (1994). *International Organisation and Industrial Change: Global Governance since 1850*. Oxford: Oxford University Press.

Murphy, C. N. (2005). *Global Institutions, Marginalization, and Development*. Londres/New York: Routledge.

NIC (2000). *The Global Infectious Disease Threat and Its Implications for the United States*. National Intelligence Council.

Navarro, V. (2007). *Neoliberalism, Globalization and Inequalities: Consequences for Health and Quality of Life*. Amityville: Baywood Publishing Company.

Neumann, I. B. (2002). Returning Practice to the Linguistic Turn: The Case of Diplomacy. *Millennium - Journal of International Studies*, 31(3) : 627-651.

Newman, I. & Benz, C. R. (1998). *Qualitative-Quantitative Research Methodology: Exploring the Interactive Continuum*. Carbondale: Southern Illinois University Press.

Nielson, D. L., Tierney, M. J. & Waeber, C. E. (2006). Bridging the Rationalist–Constructivist Divide: Re-engineering the Culture of the World Bank. *Journal of International Relations and Development*, 9(2) : 107-139.

Nootens, G. (2010). *Souveraineté démocratique, justice et mondialisation : essai sur la démocratie libérale et le cosmopolitisme*, Montréal : Liber.

Novotny, T. E. (2008). Global Governance and Public Health Security in the 21st Century. *California Western International Law Journal*, 38 : 19-40.

O'Dowd, A. (2010). Council of Europe condemns “unjustified scare” over swine flu. *BMJ*, 340(3033) : 1266.

OMS (1948). *Constitution de l'Organisation mondiale de la santé*. Genève.

OMS (1969). *Règlement Sanitaire Internationale (1969)*, Genève.

- OMS (1995a). *Resolution WHA48.7: Revision and Updating of the International Health Regulations*. 48^e Assemblée Générale de la Santé, Genève.
- OMS (1995b). *Resolution WHA48.13 Communicable Diseases Prevention and Control: New, Emerging, and Re-emerging Infectious Diseases*. 48^e Assemblée Générale de la Santé, Genève.
- OMS (1995c). *New, Emerging, and Re-emerging Infectious Diseases, and Revision of the International Health Regulations*. Conseil Exécutif, 97^e session, Doc. No. EB97/15, Genève.
- OMS (1996a). *The International Response to Epidemics and Applications of the International Health Regulations: Report of a WHO Informal Consultation, Geneva, Switzerland, 11–14 December 1995*. Doc. No. WHO/EMC/IHR/96.1, Genève.
- OMS (1996b). *New, Emerging and Re-emerging Infectious Diseases, and Revision of the International Health Regulations*, Comité A, Réunion No. 7, Genève.
- OMS (1996c). *New, Emerging and Re-emerging Infectious Diseases, and Revision of the International Health Regulations, add.1*. 49^e Assemblée Mondiale de la Santé, Doc. No. A49/6, Genève.
- OMS (1997a). *New, Emerging, and Re-emerging Infectious Diseases, and the Revision of the International Health Regulations*, Conseil Exécutif, 97^e session, Genève.
- OMS (1997b). *Revision of the International Health Regulation: Progress Report - Report by the Director General to the Executive Board*. Doc. No. EB101/12, 22 octobre, Genève.
- OMS (1997c). *Revision of the International Health Regulations Progress Report, December 1996*. *Weekly Epidemiological Record*, 72(3) : 9-16.
- OMS (1998a). *Revision of the International Health Regulations: Progress Report*. 51^e Assemblée Mondiale de la Santé, Genève.
- OMS (1998b). *Révision du Règlement sanitaire international : Rapport de situation, juillet 1998* *Weekly Epidemiological Record*, 73(31) : 233-240.
- OMS (1998c). *Committee on International Surveillance of Communicable diseases: Appointment of Members*. Summary Records : Second Meeting, Genève.
- OMS (1999a). *Revision and updating of the International Health Regulations: Progress Report, April 1999*. 52^e Assemblée Mondiale de la Santé, Doc. No. A52/9, Genève.
- OMS (1999b). *Revision of the International Health Regulations: Progress Report, January 1999*. Genève.
- OMS (1999c). *Revision of the International Health Regulations: Progress Report, July 1999*. Genève.
- OMS (1999d). *Removing Obstacles to Healthy Development*. Genève.

- OMS (2000a). *Global Outbreak Alert and Response. Report of a WHO Meeting. Geneva, Switzerland 26-28 April 2000.* Doc. No. WHO/CDS/CSR/2000.3, Genève.
- OMS (2000b). *A Framework for Global Outbreak Alert and Response.* Doc. No. WHO/CDS/CSR/2000.2, Genève.
- OMS (2000c). *Global Health Security - Epidemic Alert and Response. Report by the Secretariat.* Conseil Exécutif, 107^e session, Doc. No. EB107/5, Genève.
- OMS (2000d). Revision of the International Health Regulations: Progress Report, July 2000. *Weekly Epidemiological Record*, 75(29) : 234-236.
- OMS (2000e). Revision of the International Health Regulations: Progress Report, January 2000. *Weekly Epidemiological Record*, 4(75) : 35-36
- OMS (2001a). *Global Health Security - Epidemic Alert and Response, Report from the Secretariat.* 54^e Assemblée Mondiale de la Santé, Doc. No. A54/9, 2 avril, Genève .
- OMS (2001b). *Global Health Security: Epidemic Alert and Response.* 54^e Assemblée Mondiale de la Santé, Committee A : 8th meeting, Genève.
- OMS (2001c). Revision of the International Health Regulations: Progress report, February 2001 *Weekly Epidemiological Record*, 76(8) : 57-64.
- OMS. (2001d). *Global Health Security: Epidemic Alert and Response.* Summary record : Third Meeting, 16 janvier, Genève.
- OMS (2001e). *Resolution 54.14 - Global Health Security: Epidemic Alert and Response,* 54^e Assemblée Mondiale de la Santé, Genève.
- OMS (2002a). *Global Crises – Global Solutions: Managing Public Health Emergencies of International Concern Through the Revised International Health Regulations.* Doc. No. WHO/CDS/CSR/GAR/2002.4, Genève.
- OMS (2002b). Revision of the International Health Regulations: Progress report, May 2002. *Weekly Epidemiological Record*, 19(77) : 157-160.
- OMS (2002c). *Natural and Accidental Release of Biological, Chemical or Radionuclear Agents Affecting Health or Their Deliberate Use to Cause Harm.* 55^e Assemblée Mondiale de la Santé, Committee A : 7th meeting, Genève.
- OMS (2002d). *Deliberate Use of Biological and Chemical Agents to Cause Harm: Public Health Response - Report by the Secretariat.* Doc. No. A55/20, 55^e Assemblée Mondiale de la Santé, 16 avril, 55^e Assemblée Mondiale de la Santé, Genève.
- OMS (2002e). *Resolution EB109.R5. & WHA55.16 - Global Public Health Response to the Deliberate use of Biological and Chemical Agents, and Radio-nuclear Attacks to Cause Harm.* Genève.

OMS (2003a). *Resolution WHA56.29 Severe acute respiratory syndrome (SARS)*. 56^e Assemblée Mondiale de la Santé, Geneva.

OMS (2003b). *Revision of the International Health Regulations Report by the Secretariat, Add.1*. 56^e Assemblée Mondiale de la Santé, Genève.

OMS (2003c). *Revision of the International Health Regulations: Report by the Secretariat*. 56^e Assemblée Mondiale de la Santé, Doc. No. A56/25, Genève.

OMS (2003d). *Obésité: prévention et prise en charge de l'épidémie mondiale*. Genève

OMS (2003e). *Summary Table of SARS Cases by Country, 1 November 2002 - 7 August 2003*. Disponible à http://www.who.int/csr/sars/country/country2003_08_15.pdf Page consultée le 17 juin 2012.

OMS (2003f). *Revision of the International Health Regulations : Severe Acute Respiratory Syndrome (SARS) Report by the Secretariat*. Doc. No. A56/48, 56^e Assemblée Mondiale de la Santé, Genève.

OMS (2003g). *Resolution WHA56.28 Revision of the International Health Regulations*. 56^e Assemblée Mondiale de la Santé, Genève.

OMS (2003h). *Revision of the International Health Regulations: Item 14.16 of the Agenda*. 56^e Assemblée Mondiale de la Santé, Committee A : 9th meeting, Genève.

OMS (2003i). *Revision of the International Health Regulations EB111,R13*. Conseil Exécutif, 56^e Assemblée Mondiale de la Santé, Genève.

OMS (2004a). Renforcement de la fonction d'alerte précoce de la surveillance en République de Serbie: leçon d'une année d'expérience. *Weekly Epidemiological Record*. 16(79) : 153-160.

OMS (2004b). *International Health Regulations: Working Paper for Regional Consultations (draft 12 January 2004)*. Intergovernmental Working Group on Revision of the International Health Regulations, Doc. No. IGWG/IHR/Working paper/12.2003,12 janvier, Genève.

OMS (2004c). *Review and Approval of Proposed Amendments to the International Health Regulations: Draft revision (30 September 2004)*. Intergovernmental Working Group on Revision of the International Health Regulations, Doc. No. A/IHR/IGWG/3, 30 septembre, Genève.

OMS (2004d). *Summary Report of Regional Consultations*. Intergovernmental Working Group on Revision of the International Health Regulations, Doc. No. A/IHR/IGWG/2, 14 septembre, Genève.

OMS (2004e). *WHO Guidelines on the Use of Vaccines and Antivirals during Influenza Pandemics*. Department of Communicable Disease Surveillance and Response, Genève.

- OMS (2005a). *Règlement Sanitaire Internationale (2005), 2^e édition*. Genève.
- OMS (2005b). *Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac*. Genève.
- OMS (2005c). *Resolution WHA58.3 - Revision of the International Health Regulations*. 58^e Assemblée Mondiale de la Santé, Genève.
- OMS (2006). *Maladies tropicales négligées: Succès ignorés, nouvelles opportunités*. Genève.
- OMS (2007a). *The World Health Report 2007 - A Safer Future: Global Public Health Security in the 21st Century*. Genève.
- OMS (2007b). *2007-2008 XDR & MDR Tuberculosis Global Response Plan, FactSheet*, Doc. No. WHO/HTM/TB/2007.387, juin 2007, Genève.
- OMS (2009a). *Influenza - Fact Sheet*. Accessible à <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs211/en/index.html> Page consultée le 26 juin 2012.
- OMS (2009b). *IHR Activity Report 2009*. Lyon.
- OMS (2010a). *Working to Overcome the Global Impact of Neglected Tropical Diseases*. Genève.
- OMS (2010b). *2009 IHR Activity Report*. Doc. No. WHO/HSE/IHR/LYO/2010.2, Lyon.
- OMS (2011). *Implementation of the International Health Regulations (2005): Report of the Review Committee on the Functioning of the International Health Regulations (2005) in relation to Pandemic (H1N1) 2009*. 64^e Assemblée Mondiale de la Santé, Doc. No. A64/10, Genève.
- ONU (1948). *Déclaration universelle des droits de l'homme*. Paris
- ONU (1992). *Convention sur la diversité biologique*. Rio.
- ONU (2000a). *Resolution 1308 (2000) on the Responsibility of the Security Council in the Maintenance of International Peace and Security: HIV/AIDS and International Peace-keeping Operations*. Doc. No. S/RES/1308(2000).
- ONU (2005). *In Larger Freedom: Towards Development, Security and Human Rights for All*. Doc. No. A/58/2005.
- ONUSIDA (2003). *Fact Sheet: HIV/AIDS and Security*. Copenhague.
- Oppong, J. R. (2010). *Pandemics and Global Health*. New York: Chelsea House.
- Osther, K. (2002). Contagion and the Boundaries of the Visible: The Cinema of World Health. *Camera Obscura*, 17(2) : 1-39.
- O'Tuathail, G. (1996). *Critical Geopolitics : The Politics of Writing Global Space*. Minneapolis : University of Minnesota, Press.

- O'Tuathail, G. & Agnew, J. (1992). Geopolitics and Discourse : Practical Geopolitical Reasoning in American Foreign Policy. *Political Geography Quarterly*, 11(2) : 190-204.
- Paquerot, S. (2006). Reconfigurations des acteurs et de l'ordre du jour dans le domaine de l'eau : Une gouvernance mondiale en quête de légitimité. In J. Duchastel & R. Canet, *Crise de l'État, revanche des sociétés ouvrage collectif* (pp. 307-329). Montréal: Athena.
- Paris, R. (2001). Human Security: Paradigm Shift or Hot Air? *International Security*, 26(2) : 87-102.
- Parlement européen (2010). *Hearing on Lessons of Influenza A (H1N1) Pandemic*. Accessible à [http://www.europarl.europa.eu/news/en/headlines/content/20101008STO86172/html/Hearing-on-lessons-of-Influenza-A-\(H1N1\)-pandemic](http://www.europarl.europa.eu/news/en/headlines/content/20101008STO86172/html/Hearing-on-lessons-of-Influenza-A-(H1N1)-pandemic) Page consultée le 8 juin 2012.
- Parlement européen (2011). *Question of Mara Bizzotto concerning the H1N1 outbreak*, 20 décembre. Accessible à <http://www.europarl.europa.eu/sides/getDoc.do?pubRef=-//EP//TEXT+WQ+E-2011-012106+0+DOC+XML+V0//EN> Page consultée le 17 juillet 2012.
- Pattberg, P. (2006). *Global Governance: Reconstructing a Contested Social Science Concept*. GARNET Working Paper: No 04/06.
- Patton, P. (1994). Metamorpho-logic: Bodies and Powers in a Thousand Plateaus. *Journal of the British Society for Phenomenology*, 25(2) : 157-169.
- Peter, P. (2001). *AIDS and Human Security. Speech at the United Nations University, ONUSIDA, Tokyo Japan, 2 octobre*.
- Peterson, S. (2002-2003). Epidemic Disease and National Security. *Security Studies*, 12(2) : 43-81.
- PIDSEC (1966). *Pacte international relatif aux droits sociaux, économiques et culturels*. Comité des droits économiques, sociaux et culturels.
- Pieterse, J. N. (2004). Neoliberal Empire. *Theory, Culture and Society*, 21(3) : 119-140.
- Plotkin, B. (2007). Human Rights and Other Provisions in the Revised International Health Regulations (2005). *Public Health*, 121(11) : 840-845.
- Plotkin, B. J., Hardiman, M., Gonzalez-Martin, F. & Rodier, G. (2007). Infectious Disease Surveillance and the International Health Regulations. In M'ikanatha, N. M., Lynfield, R., Van Beneden, C. A. & de Valk, H., *Infectious Disease Surveillance* (pp. 18-31). Oxford: Blackwell Publishing.
- PNUD. (1994). *Rapport mondial sur le développement humain*. Paris: Economica.
- Prah Ruger, J. (2007). Normative Foundations of Global Health Law. *The Georgetown Law Journal*, 96 : 423-443.

- Price-Smith, A. T. (2009). *Contagion and Chaos: Disease, Ecology, and National Security in the Era of Globalization*. Cambridge: The MIT Press.
- Rabinow, P. (1996). *Artificiality and Enlightenment: From Sociology to Biosociality. Essays on the Anthropology of Reason*. Princeton: Princeton University Press.
- Rajchman, J. (1995). Foucault Ten Years After. *New Formations*, 25 : 214-220.
- Reingold, A. (2003). If Syndromic Surveillance is the Answer, What is the Question? *Biosecurity and Bioterrorism: Biodefense strategy, practice, and science*, 1(2) :1-5.
- Reuter, P. (1989). *Introduction to the Law of Treaties*. London/New York: Kegan Paul International.
- Ricci, J. (2010). H1N1 Returns, Again: The Globalization, Re-Conceptualization and Vaccination of “Swine Flu”. *Global Health Governance*, III(2) : 1-18.
- Rigby, N. J., Kumanyika, S. & James, W. (2006). Confronting the Epidemic: The Need for Global Solutions. *Journal of Public Health Policy*, 27(2) : 418-434.
- Rigg, J. (2007). *An Everyday Geography of the Global South*. New York: Routledge.
- Rittberger, V., Zangl, B. & Andreas, K. (2012). *International Organization, 2e édition*. New York: Palgrave Macmillan.
- Ritzer, G. (2005). Actor-Network Theory. In Ritzer D. *Encyclopedia of Social Theory, Volume I* (pp. 1-3). Londres : Sage.
- Rodier, G. (2007). New Rules on International Public Health Security. *Bulletin of the World Health Organization*, 85(6) : 428-431.
- Rodier, G., Greenspan, A. L., Hughes, J. M. & Heymann, D. L. (2007). Global Public Health Security. *Emerging Infectious Diseases*, 13(10) : 1447-1452.
- Rodier, G. & Heymann, D. (2004). Global Surveillance, National Surveillance, and SARS. *Emerging Infectious Diseases*, 10(2) : 173-175.
- Roemer, M. (1994). Internationalism in Medicine and Public Health. In Porter, D., *The History of Public Health and the Modern State* (pp. 403-423). Amsterdam : Rodopi.
- Rose N. (1996). The Death of the Social ? Re-figuring the Territory of Government. *Economy and Society*, 25(3) : 327-356.
- Rose, N. (2007). *The Politics of Life Itself: Biomedicine, Power, and Subjectivity in the Twenty-First Century*. Princetown: Princetown University Press.
- Rosenau, J. L. (1990). *Turbulence in World Politics: A Theory of Change and Continuity*. Londres: Harvester Wheatsheaf.

- Rosenau, J. L. (1992). Governance, Order, and Change in World Politics. In Rosenau, J. L. & Czempiel, E.-O., *Governance Without Government: Order and Change in World Politics* (pp. 1-29). Cambridge: Cambridge University Press.
- Rosenau, J. N. (1995). Governance in the Twenty-first Century. *Global Governance*, 1(1) : 13-43.
- Rosow, S. J. (2003). Toward an Anti-disciplinary Global Studies. *International Studies Perspectives*, 4(1) : 1-14.
- Ruffié, J. & Sournia, J.-C. (1995). Les épidémies dans l'histoire de l'homme. De la Peste au Sida. Essai d'anthropologie médicale. Paris : Champs/Flammarion.
- Ruger, J. P. (2006). Ethics and Governance of Global Health Inequalities. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 60(11) : 998-1002.
- Ruggie, J. (1993). Territoriality and Beyond: Problematizing Modernity in International Relations. *International Organization*, 47(1) : 139-174.
- Saïd, E. W. (1995). *Orientalism*. London: Penguin.
- Salter, M. S. (2008). *Politics at the Airport*. Minneapolis, University of Minnesota Press.
- Schell, H. (1997). Outburst! A Chilling True Story about Emerging-Virus Narratives and Pandemic Social Change. *Configurations*, 5(1) : 93-133.
- Schuchat, A. & Desenclos, J.-C. (2007). Foreword. In M'ikanatha, N. M., Lynfield, R., Beneden, C. A. & de Valk, H., *Infectious Disease Surveillance* (pp. xvii-xix). Oxford: Blackwell Publishing.
- Sedyaningsih, E. R., Isfandari, S., Soendoro, T. & Supari, S. F. (2008). Towards Mutual Trust, Transparency and Equity in Virus Sharing Mechanism: The Avian Influenza Case of Indonesia. *Annals Academy of Medicine*, 37 : 482-488.
- Sending, O. J. & Neumann, I. B. (2006). Governance to Governmentality: Analyzing NGOs, States, and Power. *International Studies Quarterly*, 50(3) : 651-672.
- Session plénière de Strasbourg (2011). Reaction to Swine Flu "Disproportionate"; MEPs Discuss EU's Response, 3 mars. Accessible à <http://www.europarl.europa.eu/news/en/headlines/content/20110228FCS14493/002/html/Reaction-to-swine-flu-disproportionate-MEPs-discuss-EU's-response> Page consultée le 4 aout 2012.
- Shashikant, S. (2009). WHO: Approach to "Counterfeit" Drugs may Affect Access to Medicines, *South North Development Monitor*, 6618(15). Accessible à http://www.twinside.org.sg/title2/intellectual_property/info.service/2009/twn.ipr.info.090101.htm Page consultée le 2 juin 2012.

- Shildrick, M. (2001). Vulnerable Bodies and Ontological Contagion. In Bashford, A. & Hooker, C., *Contagion: Historical and Cultural Studies* (pp 153-168). Abington: Routledge.
- Sindjoun, L. (1999). L'Afrique dans la science des Relations internationales: Notes introductives et provisoires pour une sociologie de la connaissance, *Revue africaine de Sociologie*, 3(2) : 142-167.
- Skubiszewski, K. (1965-66). Enactment of Law by International Organizations. *British Yearbook of International Law*, 198 : 198-174.
- Smith, A. (1991). Recherches sur la nature et les causes de la richesse des nations. Paris : Garnier Flammarion.
- Smith, J. (2010). Critics Closely Eye WHO's New H1N1 Review. *Rheumatology News*, Mai : 48.
- Smith, N. (1993). Homeless/Global: Scaling Places. In Bird, J., Curtis, B., Putnam, T., Robertson G. & Tickner, L., *Mapping the Futures Local: Cultures Global Change* (pp. 87-120), London : Routledge.
- Smith, R., Beaglehole, R., Woodward, D. & Drager, N. (2002). *Global Public Goods for Health: Health Economic and Public Health Perspectives*. Oxford: Oxford University Press.
- Smith, R., Woodward, D., Acharya, A., Beaglehole, R. & Nick, D. (2004). Communicable Disease Control: A 'Global Public Good' Perspective. *Health policy and planning*, 19(5) : 271-278.
- Smith, S. (1996). Positivism and Beyond. In Smith, S., Booth, K. & Zelewski, M. C., *International Theory: Positivism and Beyond* (pp. 11-44). Cambridge: Cambridge University Press.
- Smith, S. (2004). Singing Our World into Existence: International Relations Theory and September 11. *International Studies Quarterly*, 48(3) : 504-507.
- Smith, S., Booth, K. & Zelewski, M. C. (1996) *International Theory: Positivism and Beyond*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Smouts, M.-C. (1998). Du bon usage de la gouvernance en relations internationales. *Revue Internationale des Sciences sociales*, 155 : 85-94.
- Sontag, S. (1997). Aids and its Metaphor. In Davis, L. J., *The Disabilities Study Reader* (pp 153- 160), New York: Routledge.
- Sontag, S. (1979). *Illness as Metaphor*. New York: Random House.
- Sparke, M. & Anguelov, D. (2012). H1N1, Globalization and the Epidemiology of Inequality. *Health and Place*, 18(4) : 726-736.

- Stein, R. (2003). WHO Gets Wider Power to Fight Global Health Threats . *Washington Post*, 28 mai, A15.
- Sterner, C. S. (2007). A Brief History of Miasmatic Theory. *Working paper*, University of Cincinnati.
- Stone, D. (2008). Global Public Policy, Transnational Policy Communities, and their Networks. *Policy Studies Journal*, 36(1) : 19-38.
- Strange, C. (2006). Postcard from Plaguetown: SARS and the Exoticization of Toronto. In Bashford, A., *Medicine At The Border: Disease, Globalization and Security, 1850 to the Present* (pp. 219-239). Basingstoke: Palgrave Macmillan.
- Sturtevant, J. L., Anema, A. & Brownstein, J. S. (2007). The New International Health Regulations: Considerations for Global Public Health Surveillance. *Disaster Medicine and Public Health Preparedness*, 1(2) : 117-121.
- Swyngedouw, E. (1997). Neither Global nor Local: Glocalisation and the Politics of Scale. In Cox, K., *Spaces of Globalisation* (pp. 138-166), New York : Guilford Press.
- Swyngedouw, E. (2004). Globalisation or 'Glocalisation'? Networks, Territories and ReScaling. *Cambridge Review of International Affairs*, 17(1) : 25-48.
- Szlezák, N. A., Bloom, B. R., Jamison, D. T., Keusch, G. T., Michaud, C. M., Moon, S. & coll. (2010). The Global Health System: Actors, Norms, and Expectations in Transition. *PLoS Med*, 7(1).
- Tashakkori, A. & Teddlie, C. (1998). *Mixed Methodology: Combining Qualitative and Quantitative Approaches*. Thousand Oaks : Sage.
- Tashakkori, A. & Teddlie, C. (2003). *Handbook of Mixed Methods in Social and Behavioral Research*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Taylor, P M. (1997). *Global Communications, International Affairs and the Media since 1945. 1st ed.* London: Routledge.
- Taylor, A. L. & Bettcher, D. W. (2000). WHO Framework Convention on Tobacco Control: A Global 'Good' for Public Health . *Bulletin of the World Health Organization*, 78(7) : 920-929.
- Thucydide. (2000). *La Guerre du Péloponnèse*. Paris: Galimard Folio Classique.
- Tickner, J. A. (1995). Revisioning Security. In Booth, K. & Smith, S., *International Relations Theory Today* (pp. 175-197). Cambridge: Polity Press.
- Tickner, A. (2003). Seeing IR Differently: Notes from the Third World. *Millennium*, 32(2) : 295-324.

- Tomori, O. (2010). Implementing the Revised International Health Regulations in Resource-Constrained Countries: Intentional and Unintentional Realities. In IOM, *Infectious Disease Movement in a Borderless World: Workshop Summary* (pp. 204-209).
- Tsebelis, G. & Garrett, G. (2001). The Institutional Foundations of Intergovernmentalism and Supranationalism in the European Union. *International Organization*, 55(2) : 357-390.
- Tucker, J. B. (2005). Updating the International Health Regulations. *Biosecurity and Bioterrorism: Biodefense Strategy Practice, and Science*, 3(4) : 328-347.
- Twisselmann, B. (2002). WHO and the Global Outbreak and Response Network: Coordinated Surveillance to Combat Infectious Disease. *Eurosurveillance*, 6(3).
- UK Government (2008). *Health is Global. A UK Government Strategy 2008–13*. Londres. Accessible à http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH_088702 Consulté le 12 mai 2012.
- van Munster, R. (2007). Security on a Shoestring: A hitchhiker's Guide to Critical Schools of Security in Europe. *Cooperation and Conflict*, 42(2) : 235-243.
- Virchow, R. (1848/1985). *Collected Essays on Public Health and Epidemiology*. Cambridge: Science History Publications.
- Walby, S. (2007). Complexity Theory, Systems Theory, and Multiple Intersecting Social Inequalities. *Philosophy of the Social Sciences*, 37(4) : 449-470.
- Walker, R. (1993). *Inside/Outside: International Relations as Political Theory*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Walsh, B. (2007). Indonesia's Bird Flu Showdown. *Time*, 10 mai.
- Walt, G. & Buse, K. (2001). Global Cooperation in International Public Health. In Merson, M. H., Black, R. E. & Mills, A. J., *International Public Health: Diseases, Programs, Systems, and Policies* (pp. 649-680). Sudbury: Jones and Bartlett Publishers.
- Walters, W. (2004a). The Political Rationality of European Integration. In Larner, W. & Walters, W., *Global Governmentality Governing International Spaces* (pp. 155-173). London/New York: Routledge.
- Walters, W. (2004b). Secure Borders, Safe Haven, Domopolitics. *Citizenship Studies*, 8(3) : 237-260.
- Waltz, K. N. (1979). *Theory of International Politics*. Reading : Addison-Wesley.
- Waltz, K. N. (1993). The Emerging Structure of International Politics. *International Security*, 18(2) : 44-79.
- Watson, R. (2010a). Council of Europe Launches Investigation into H1N1 Pandemic. *BMJ*, 340(641) : 284.

- Watson, R. (2010b). WHO is Accused of “Crying Wolf” over its Decision to Declare the H1N1 Virus a Pandemic. *BMJ*, 340(7750) : 783.
- Watson, R. (2010c). Politician Accuses Drug Companies of Needlessly Overplaying Dangers of H1N1 to Boost Sales. *BMJ*, 340(641) : 119.
- Watson, R. (2011a). European Parliament Criticises H1N1 Pandemic Response. *BMJ*, 342(1639) : 619.
- Watson, R. (2011b). MEPs Criticise WHO for Alarm Created by H1N1 Pandemic Advice. *BMJ*, 342(7792) : 303.
- Waeber, O. (1995). Securitization and Desecuritization. In Lipschutz, R. D., *On security* (pp. 46-86). New York: Columbia University Press.
- Waeber, O. (1998). The Sociology of a Not So International Discipline: American and European Developments in International Relations. *International Organization*, 52(4) : 687-727.
- Weir, L. & Mykhalovskiy, E. (2006). The Geopolitics of Global Public Health Surveillance in the 21st Century. In Bashford, A., *Medicine at the Border: Disease, Globalization and Security, 1850 to the Present* (pp. 240-263). Basingstoke: Palgrave Macmillan.
- Weir, L. & Mykhalovskiy, E. (2010). *Global Public Health Vigilance*. New York: Routledge.
- White, C. (2010). Government is in Talks with GSK to Offload Surplus Swine Flu Vaccine. *BMJ*, 340(170).
- Williams, M. C. (2003). Words, Images, Enemies: Securitization and International Politics?, *International Studies Quarterly*, 47(4) : 511-31.
- Wilson, K. & Brownstein J. S. (2009). Early Detection of Disease Outbreaks Using the Internet. *Canadian Medical Journal Association*, 180(8) : 829-831.
- Wilson, K., Tigerstrom, B. & McDougall, C. (2008). Protecting Global Health Security Through the International Health Regulations: Requirements and Challenges. *CMAJ*, 179(1) : 44-48.
- Wodard, W. (2009). *Faked Pandemics - a Threat for Health*. Résolution, Assemblée Parlementaire du Conseil de l'Europe.
- Woodward, D. & Smith, R. (2003). Global Public Goods for Health: Concepts and Issues. In Smith, R., Beaglehole, R. W. & Drager, N., *Global Public Goods for Health: a Health Economic and Public Health Perspective*. Oxford: Oxford University Press.
- Yamada, T. (2009). Poverty, Wealth, and Access to Pandemic Influenza Vaccines. *The New England Journal of Medicine*, 361 : 1129-1131.

- Youde, J. (2010). *Biopolitical Surveillance and Public Health in International Politics*. New York: Palgrave Macmillan.
- Yuk-ping, C. L. & Thomas, N. (2010). How is Health a Security Issue? Politics, Responses and Issues. *Health Policy and Planning*, 25(6) : 447-453.
- Zacher, M. W. (1999). Global Epidemiological Surveillance : International Cooperation to Monitor Infectious Diseases. In Kaul, I., Grunberg, I. & Stern, M. A., *Global Public Goods : International Cooperation in 21st Century* (pp. 266-283). New York/Oxford : Oxford University Press.
- Zacher, M. W. (2007). The Transformation in Global Health Collaboration since the 1990s. In Cooper A. F., Kirton, J.J., Schrecker, T., *Governing Global Health* (pp. 15-27). Aldershot: Ashgate.
- Zacher, M. W. & Keefe, T. J. (2008). *The Politics of Global Health Governance: United by Contagion*. New York: Palgrave Macmillan.
- Zarocostas, J. (2010a). Confusion and Delays Beset WHO's Management of H1N1 Pandemic. *BMJ*, 341(5534) : 1136.
- Zarocostas, J. (2010b). H1N1 Review Panel Seeks Access to Confidential Letters. *BMJ*, 340(2792) : 1158.
- Zarocostas, J. (2010c). WHO Swine Flu Review Committee Promises to Probe Links with Drug Industry. *BMJ*, 341(3648) : 1136.
- Zarocostas, J. (2011). WHO Processes on Dealing with a Pandemic Need to be Overhauled and Made More Transparent. *BMJ*, 342(3378) : 1136.
- Zerner, C. (2005). Emerging Cartographies of Environmental Danger: Africa, Ebola and AIDS. In Hartmann, B., Subramanian, B. & Zerner, C., *Making Threats: Biofears and Environmental Anxieties* (pp 159-185). Lanham: Rowman & Littlefield Publishers.
- Zylberman, P. (2006). Civilizing the State: Borders, Weak States and International Health in Modern Europe. In Bashford, A., *Medicine at the Border: Disease, Globalization and Security, 1850 to the Present* (pp 21-40). New York: Palgrave.