



HAL
open science

Sécurité sanitaire et sécurité collective

Louis Balmond

► **To cite this version:**

Louis Balmond. Sécurité sanitaire et sécurité collective. Paix et sécurité européenne et internationale, 2016, 3. hal-03165126

HAL Id: hal-03165126

<https://hal.science/hal-03165126>

Submitted on 2 Jun 2021

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

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

Sécurité sanitaire et sécurité collective

Louis BALMOND

Professeur à l'Université de Toulon

Avec la résolution 2177 du 18 septembre 2014, le Conseil de sécurité des Nations unies constatait pour la première fois qu'une épidémie constituait une menace à la paix et à la sécurité internationale. Alors qu'un système de sécurité sanitaire internationale s'est constitué autour de l'Organisation mondiale de la santé, la gravité de la menace résultant de l'épidémie d'Ebola a conduit le Conseil à considérer que la paix était menacée et que la question, susceptible de mettre en cause l'ordre international, devait être traitée dans le cadre de la sécurité collective. Il a du, pour cela, adapter les instruments dont il dispose en fonction de l'originalité de la menace.

With 18 september 2014 resolution, the UN Security Council, for the first time, established an epidemic could be a threat to peace and international security. Even though an international sanitation security system had been built around World Health Organization, the severity of the threat coming from Ebola epidemic induced the Council to take into consideration that peace was threatened and the question should be dealt with in the scope of collective security. To reach this goal, the Council should adapt his tools to originality of the threat.

Organisation des Nations unies, Organisation mondiale de la santé, Conseil de sécurité, menace, paix, sécurité collective, sécurité sanitaire, système international, ordre international, épidémie, gouvernance

United Nations Organization, World health Organization, Security council, threat, peace, collective security, sanitation security, international system, international order, epidemic, governance

I.Introduction

Par la résolution 2177 du 18 septembre 2014¹) le Conseil de sécurité constate que « l'ampleur extraordinaire de l'épidémie d'Ebola en Afrique constitue une menace pour la paix et la sécurité internationale »² Cette résolution vise l'épidémie de maladie à virus Ebola touchant les Etats de l'Afrique de l'ouest, laquelle, après une flambée en 2013 en République Démocratique du Congo et au Soudan, aura fait en décembre 2015 en Afrique de l'Ouest 11315 décès sur 28637 cas répertoriés. Si le texte ne fait pas référence au chapitre VII de la Charte ni plus précisément à l'article 39 (constatation d'une menace contre la paix d'une rupture de la paix ou d'une agression), il emploie la formule bien connue de « menace à la

¹ S/RES/2177(2015) du 18 septembre 2014

² Voir sur cette résolution commentaires L.Balmond, Le Conseil de sécurité et la crise d'Ebola ; entre gestion de la paix et pilotage de la gouvernance globale, Questions of International Law, www.qil-qdi.org/2014/12; G-L.Burci, Ebola, the Security Council and the Securization of Public Health, www.qil-qdi.org/2014/12; A-S.Millet-Devalle, Les systèmes de sécurité internationaux à l'épreuve d'une épidémie régionale : la maladie à virus Ebola en Afrique, Annuaire Français des Relations Internationales, 2016, 18p. à paraître

paix et à la sécurité internationale », laquelle, utilisée par le Conseil de sécurité, constitue en quelque sorte, une forme de marqueur de la sécurité collective. Le Conseil, en qualifiant ainsi une situation, entend s'inscrire dans le cadre des dispositions de la Charte des Nations Unies qui lui accordent des pouvoirs spécifiques au titre de ce système particulier de sécurité qu'est la sécurité collective.

La sécurité collective est en effet, selon la distinction opérée par S.Sur, tout autant valeur que système, le premier élément mettant en avant la dimension psychologique du phénomène, le second les procédés et instruments visant à établir un état de relations stables, paisibles ordonnées et prévisibles.³ On retiendra ici⁴ qu'un système peut être défini comme « un ensemble d'éléments en interaction, formant une totalité et manifestant une certaine organisation »⁵ Les auteurs, s'ils abordent généralement ainsi l'étude du système international s'accordent également à reconnaître que celui-ci «est un tout complexe, formé d'éléments différents organisés en sous-systèmes »⁶ et que ces sous-systèmes se structurent sur une base géographique (sous-systèmes régionaux) ou fonctionnelles (sous-systèmes fonctionnels ou partiels)⁷

Cette présentation, si elle est illustrative de l'organisation de la société internationale, est par contre peu explicative car elle ignore la différence entre les notions de système et d'ordre. « Ce qui caractérise un ordre...c'est d'abord l'existence de règles gouvernant le comportement des acteurs et d'un dispositif institutionnel permettant d'en assurer un respect suffisant effectif⁸ ». Des éléments d'ordre figurent ainsi naturellement dans la Charte de l'Organisation des Nations unies. Le principe de l'interdiction unilatérale de l'emploi de la force et son corollaire le principe de l'obligation de règlement pacifique des différends, dont le caractère impératif n'est plus aujourd'hui réellement discuté, constituent ainsi de véritables principes constitutionnels sans lesquels aucune société internationale avec ses exigences de solidarité et de responsabilité de tous les Etats⁹n'est possible.

Or, la fonction attribuée par la Charte au système de sécurité collective est bien de garantir le respect de ces principes, de protéger éventuellement par le recours collectif à la force l'intégrité territoriale et l'indépendance politique des Etats et d'assurer ainsi le maintien de la paix et de la sécurité internationale. Il consacre le fait que la sécurité de chacun mettant en cause la sécurité de tous, la réaction doit également être collective. Pour cela, les Etats ont consenti à une « sorte de contrat social » consacré par l'article 24 de la Charte, en acceptant de confier, en contrepartie du renoncement au recours unilatéral à la force, la sécurité collective à un organe central, le Conseil de sécurité, qui en est le responsable principal¹⁰, mais non unique. Le Conseil de sécurité dispose à cette fin d'un pouvoir discrétionnaire quant à la constatation des faits générateurs de l'insécurité (article 39) et quant aux moyens, pouvant aller jusqu'à la contrainte armée, permettant d'y remédier (articles 41 et 42). Mais le système prévoit également un rôle non négligeable au profit de l'Assemblée générale des Nations

³ S.Sur, Relations internationales, Paris, Montchrestien, p.440 et s

⁴ Désirant, « être modeste » et « ne pas faire de la théorie des systèmes », selon la formule de B.Badie et M-C.Smouts, Le retournement du monde, Paris, Dalloz, 1995, p. 160 p

⁵ P.Braillard et M-R.Djalili, Relations internationales, Paris, PUF, 1997, p.75) et aussi la définition donnée par M.Gounelle dans un ouvrage sur Le système politique des relations internationales, Paris Dalloz, 2006, p.2 « un ensemble d'interactions régulières entre des acteurs spécifiques soumis à des contraintes intérieures (contexte) et extérieures (environnement) placés dans une configuration de pouvoir et soumis à un mode adéquat de régulation ».

⁶ B.Badie et M-C.Smouts, op. cit., p. 160 p

⁷ Voir en ce sens, M.Merle, Sociologie des relations internationales, Paris, Dalloz, 1982, p.444 ; P.de Senarclens, La Politique internationale, 3eme ed. Paris, A.Colin, 2000,p.30 ; M. Gounelle, op.cit. p.6 ; J-F.Guilhaudis, Relations internationales contemporaines, Paris, LITEC, 3emeed. pp.382-383

⁸ J-F.Guilhaudis, op. cit.p383

⁹ Y.Petit, Droit international du maintien de la paix, Bruxelles, Bruylant, 2001, p. 1024

¹⁰ P-M.Dupuy et Y.Kerbrat, Droit international public Paris, Dalloz, 12eme ed.2014, p.664

Unies (articles 11, 12, 14 de la Charte) du Secrétaire général (article 99 de la Charte) et des organismes régionaux (chapitre VIII).

Envisager uniquement la sécurité collective comme un système confronté à d'autres systèmes avec lesquels elle devrait coexister et coopérer est donc tout à fait réducteur. Par les principes qu'elle est chargée de faire respecter et les moyens qu'elle met en œuvre, elle ne peut être placée sur le même plan puisqu'elle a pour finalité d'assurer le maintien de la paix et de la sécurité internationale, c'est-à-dire de garantir l'ordre international existant.

La question des relations de la sécurité collective avec d'autres systèmes que l'on qualifiera ici de partiels¹¹ se pose néanmoins et la résolution 2177 le met bien en évidence

Avec la résolution 2177, le Conseil de sécurité considère qu'il est en présence d'une menace à la paix et à la sécurité internationale mais c'est bien la santé qui est en cause et c'est à une crise sanitaire qu'il est confronté¹². Selon lui, la menace est caractérisée par la virulence d'une épidémie sortant de l'ordinaire qui affecte des Etats affaiblis par des conflits armés et engagés dans un difficile processus de consolidation de la paix. L'interruption de ce processus risque de provoquer des troubles sociaux et le développement de l'insécurité qui s'étendra naturellement aux Etats voisins du fait des déplacements de population. Quant à l'épidémie, elle produira ses effets naturellement « au-delà » en altérant les échanges internationaux.

Or, « chaque sous-système fonctionnel correspond à un domaine d'action, [leur nombre est alors] très important, à la mesure des matières et des questions régies par les relations internationales.¹³ La résolution 2177 faisant référence à une situation menaçant la sécurité sanitaire au plan international, la question peut être posée de déterminer s'il existe un système international partiel propre à cette matière? S'il est répondu à cette interrogation par l'affirmative, alors l'articulation d'un système fonctionnel de sécurité sanitaire et de la sécurité collective se pose

II. Le système international fonctionnel de sécurité sanitaire"

L'apparition d'une sécurité sanitaire internationale présente toutes les caractéristiques d'un phénomène inéluctable. Parfois successivement, parfois concomitamment, se sont en effet développés deux mouvements qui ont affecté la santé publique. Le premier traduit l'impossibilité de considérer les questions sanitaires dans le cadre limité par les frontières des Etats. La santé est par essence transfrontière parce que les maladies le sont tout autant. Le second résulte du fait que face aux maladies, la puissance publique a une obligation de sauvegarde de la population. Elle doit faire en sorte d'en assurer la sécurité par des actions de prévention et de protection. La santé publique a donc progressivement acquis une dimension internationale aussi bien qu'une dimension sécuritaire.

II.1. La construction du système international de santé publique

Le système international de santé publique s'est construit progressivement à travers un processus d'institutionnalisation qui s'est concrétisé par la création de l'Organisation mondiale de la santé mais également par le développement d'une diplomatie sanitaire et d'un droit international de la santé.

¹¹ Voir par exemple la très intéressante analyse de L.Boisson de Chazournes et T.Boutruche, Sécurité collective et droit de l'OMC, une alliance possible ?, Annuaire français des relations internationales, 2007, pp. 855-870

¹² L'ouvrage de base en la matière est la thèse de H.de Pooter, Le droit international face aux pandémies-vers un système de sécurité sanitaire collective ? Paris, 2013, 649 p. publiée sous ce titre, Paris, Pedone, 2015, 562p.

¹³ M.Gounelle, op. cit. p. 106.

II.1.1. L'internationalisation de la santé publique et la création de l'Organisation mondiale de la santé

L'Organisation mondiale de la santé avait défini, dans un premier temps, la santé comme « un état de complet bien-être physique, mental et social [qui] ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité »¹⁴. Cette définition, « louée pour son ambition quand ses détracteurs lui reprochaient de n'énoncer qu'un pur vœu pieux »¹⁵ sera abandonnée avec la Charte d'Ottawa de 1986 dans laquelle l'OMS définira la santé comme « l'équilibre et l'harmonie de toutes les possibilités de la personne humaine (biologiques, psychologiques et sociales) ». Dans les deux cas, se manifeste la volonté louable de ne pas limiter la santé à l'absence de maladie, ce qui ne permet pas d'ignorer la dialectique fondamentale qui relie ces deux états. Une seconde dialectique opposant l'individuel au collectif joue en la matière un rôle décisif. L'accent mis sur la dimension individuelle de la santé, est confirmé dans le point 2 du Préambule de la constitution de l'OMS précisant que « la possession du meilleur état de santé...constitue l'un des droits fondamentaux de l'être humain ». Toutefois, le même préambule renvoie également à sa dimension collective, qu'il s'agisse de la santé des peuples ou du niveau atteint par chaque Etat qui sont « précieux pour tous ». Cette double dialectique, de la santé et de la maladie d'une part, de l'individuel et du collectif d'autre part, remonte aussi loin que la présence de l'homme sur la terre et avec le mouvement de regroupement des individus et leur déplacement, elle donnera naissance à des épidémies¹⁶ voire lorsque l'espace touché sera particulièrement étendu, à des pandémies. Le développement des échanges de toute nature sera à l'origine de quatre transitions épidémiques, la première se situant au néolithique, la quatrième accompagnant aujourd'hui le phénomène de mondialisation¹⁷.

Cette évolution s'est opérée parallèlement à la structuration des sociétés humaines. La santé publique devient progressivement « une activité organisée de la société visant à promouvoir, à protéger, à améliorer et, le cas échéant, à rétablir la santé de personnes, de groupes ou de la population entière »¹⁸. Elle prendra ensuite la forme d'une politique publique de l'Etat, avec le premier ministère de la santé publique créé au Royaume Uni en 1848. La santé va alors connaître le mouvement classique d'internationalisation des activités étatiques, « de la diplomatie de conférence à l'administration internationale »¹⁹, du relationnel à l'institutionnel. Si la première conférence sanitaire internationale réunissant 12 Etats se tiendra en 1851 ; elles se multiplieront par la suite et favoriseront un processus d'institutionnalisation qui se manifestera d'abord sur un plan régional²⁰ puis sur le plan universel. La création de l'Office international d'hygiène publique en 1907 annonce alors celle de l'Organisation d'hygiène de la Société des Nations puis celle de l'Organisation Mondiale de la Santé en 1948. Le mouvement qui a conduit à la création de l'OMS traduit en définitive l'existence d'un « construit social »²¹ par lequel les Etats ont choisi la forme juridique qui leur apparaissait, à un moment donné, la plus appropriée pour répondre à des besoins communs. Conformément à une approche fonctionnaliste, face à une société

¹⁴ Principes de la Constitution de l'Organisation Mondiale de la Santé, Préambule, Point 1.

¹⁵ P.Pinell, Quelques réflexions sur les discours de l'OMS relatifs à la santé, in S.Maljean-Dubois et R.Mehdi (dir), La société internationale et les grandes pandémies, Paris, Pedone, 2007, p. 158

¹⁶ Que l'on peut définir comme le développement d'une maladie ou d'un phénomène pathologique qui atteint simultanément plusieurs individus répartis sur un territoire plus ou moins étendu

¹⁷ Voir sur cette question, N.Gualde, Comprendre les épidémies, la coévolution des microbes et des hommes, Le Seuil, 2006, notamment pp. 19-42

¹⁸ Agence de la Santé Publique du Canada <http://www.phac-aspc.gc.ca/ccph-cesp/glos-r-z-fra.php>

¹⁹ G.Devin et M-C.Smouts, Les organisations internationales, Paris, A.Colin, 2012, p.22

²⁰ L'Organisation Panaméricaine de la Santé créée en 1902 étant la plus ancienne organisation régionale en ce domaine ; www.paho.org

²¹ Selon la formule de G.Devin et M-C.Smouts, op.cit. p.16

internationale fractionnée en Etats souverains, des « arrangements fonctionnels » sont indispensables pour conduire une action commune dans le cadre le plus pertinent²². La primauté donnée aux techniciens et la dépolitisation de l'activité conduite par l'organisation, même si ces deux phénomènes doivent être nuancés²³ sont alors des gages de son efficacité.

Ces éléments trouvent leur traduction juridique dans l'article 69 de la constitution de l'OMS, en vertu duquel cette organisation internationale dotée de la personnalité juridique, est « rattachée aux Nations Unies comme une des institutions spécialisées prévues par l'article 57 de la Charte des Nations Unies », c'est-à-dire des institutions « créées par des accords intergouvernementaux et pourvues aux termes de leurs statuts, d'attribution internationales étendues »²⁴, ici dans le domaine de la santé publique. Investie par ses membres de la mission d'amener tous les peuples au niveau de santé le plus élevé possible (Article 1) sa constitution en fait une organisation de coopération marquée par plusieurs traits significatifs : le statut de membres associés accordé aux territoires ou groupes de territoires n'ayant pas la responsabilité de la conduite de leurs relations internationales permettant de garantir la couverture universelle de l'organisation (Article 8) ; un processus de déconcentration régionale institutionnalisé (article 44 et suivants) reposant sur six bureaux régionaux (Afrique, Amériques, Asie du Sud-Est, Europe, Méditerranée orientale, Pacifique occidental) ; enfin l'importance du rôle de la société civile dans le fonctionnement de l'organisation, traditionnelle en matière de santé publique, et qui se marque par le statut octroyé aux ONG, aux moins pour les ONG admises à des « relations officielles » avec l'OMS, ce qui exige d'avoir eu depuis au moins trois ans des relations de travail avec l'organisation.²⁵ Les caractéristiques propres de l'OMS confèrent ainsi à la santé publique une dimension globale plus encore qu'internationale²⁶ qui doit ouvrir la voie à une « gouvernance globale de la santé »²⁷

L'institutionnel n'a cependant pas pour autant fait disparaître le relationnel avec lequel il entretient des relations dialectiques. La montée en puissance de l'OMS s'est accompagnée du renforcement de la prise en considération de la santé publique, aussi bien sur le terrain diplomatique que sur celui du droit international, consacrant ainsi sa dimension internationale.

II.1.2. L'internationalisation de la santé publique : diplomatie sanitaire et droit à la santé.

Les domaines de l'action internationale de l'Etat sont aujourd'hui multiples et ne se limitent plus aux questions régaliennes. Toute action internationale, dans quelque domaine que ce soit peut, à certaines conditions, servir les objectifs de politique étrangère d'un Etat. La santé y figure ainsi parfois en bonne place et conduit les Etats, qui disposent des moyens techniques, financiers et humains nécessaires, à développer une véritable diplomatie sanitaire. Ils sont d'autant plus encouragés à agir en ce sens que la santé a gagné progressivement un statut juridique dans l'ordre international.

²² Voir .M.Virally, L'organisation mondiale, Paris, A.Colin, 1972, p. 337.

²³ Voir infra

²⁴ Voir A.Pellet, Commentaire de l'article 57 in J.P. Cot, M.Forteau, A.Pellet, Commentaire de la Charte des Nations Unies articles par articles, notamment pp. 846 et s.

²⁵ Actuellement gouverné par les « Principes régissant les relations entre l'Organisation Mondiale de la Santé et les organisations non gouvernementales, adopté en 1987, complété par le Document de réflexion pour la consultation informelle avec les États Membres et les acteurs non étatiques, 17-18 octobre 2013

²⁶ Par référence à la notion de Global Health apparue dans un rapport « America's Vital Interest in Global health du l'Institute of Medicine des Etats Unis de 1997, cité par D.Kerouedan, Géopolitique de la santé mondiale, Collège de France, Fayard, 2013

²⁷ Allocution de la Directrice de l'OMS sur la gouvernance mondiale de la santé : 18 mois après la flambée Ebola, Londres, <http://www.who.int/dg/speeches/2015/18months-after-ebola-outbreak/fr/>.

Les Etats conduisent et parfois revendiquent une diplomatie sanitaire qui prend toutes les formes de la coopération. Plusieurs exemples significatifs peuvent être mentionnés et ils ne sont pas l'apanage des pays développés. Ainsi, la diplomatie cubaine en la matière est très active depuis la révolution castriste de 1959. Elle consiste avant tout à mettre des médecins à la disposition des Etats qui le souhaitent, éventuellement pour leur permettre de faire face à une crise particulière.²⁸ L'exemple français peut également être considéré car il a une longue histoire²⁹ Sur le plan bilatéral en effet, la coopération avec les Etats francophones d'Afrique depuis les années soixante, fait suite à un siècle d'action au titre de puissance coloniale. Après les indépendances, cette coopération va connaître plusieurs inflexions³⁰; mais la France reste « force de propositions et contributeur financier de premier plan face aux défis mondiaux posés par la santé » (à travers par exemple le développement de financements innovants comme la Facilité internationale d'achat de médicaments en 1991 ou la défense de la couverture sanitaire universelle)³¹ Sur le plan multilatéral, Paris, outre son soutien à l'OMS, est à l'origine, en 2006, avec la Norvège, de l'Initiative « Diplomatie et Santé » regroupant sept Etats (Afrique du Sud, Brésil, France, Indonésie, Norvège, Sénégal, Thaïlande) qui constitue un cadre de concertation informel pour défendre les enjeux de santé publique internationale, notamment devant l'Assemblée générale des Nations unies.³² Le 20 mars 2007, les sept Etats participants ont défini un agenda pour l'action à travers la Déclaration ministérielle d'Oslo de 2007, confirmée par la Déclaration ministérielle de 2010 autour de dix thèmes de travail : la préparation au risque pandémique ; les maladies infectieuses émergentes ; les ressources humaines en santé ; la santé en situation de conflits ; les crises humanitaires et désastres naturels ; le VIH/sida ; la santé et l'environnement; la santé et le développement ; la santé et les politiques commerciales ; la gouvernance pour la sécurité sanitaire.

L'entrée de la santé sur la scène diplomatique ne pouvait se faire, par ailleurs, sans référence au droit international, sans interrogation sur l'éventuelle existence d'un droit à la santé en droit international. La question semblait avoir été tranchée dès le Préambule de la constitution de l'OMS affirmant que « la possession du meilleur état de santé qu'il est capable d'atteindre constitue l'un des droits fondamentaux de tout être humain ». Cette reconnaissance, que l'on retrouvera dans les textes fondateurs de la Charte internationale des droits de l'homme aussi bien que dans des conventions plus spécifiques³³ laisse toutefois entière la question de la portée de ce droit, qui prend la forme d'une créance sur de multiples débiteurs éventuels, mais avant tout sur l'Etat. La volonté de garantir une effectivité plus grande à ce droit, appuyée par le processus de mondialisation va conduire à une autre approche faisant de la santé un bien public mondial. Cette notion, défendue en particulier par les économistes et soutenue par les organisations intergouvernementales qui y voient un moyen de « relancer l'action publique internationale en soulignant l'existence de responsabilités communes qui incombent à une communauté internationale encore à construire »³⁴. laissera cependant les juristes plutôt sceptiques. La notion perçue comme « une

²⁸ La contribution des médecins envoyés par Cuba en Afrique de l'ouest pour lutter contre l'épidémie d'Ebola en 2014 a été particulièrement soulignée

²⁹ Voir pour l'évolution de la coopération française dans le domaine de la santé, Santé et développement : cinquante ans de coopération française en Afrique, Dr D Kerouedan, G. Gonzalez-Canali, Dr H. Balique, Dr B. Flouy, Mondes , 2011, pp.81-93.

³⁰ Diminution du rôle des services militaires de santé, renforcement de l'offre de santé périphérique par le soutien aux centres de santé communautaires etc...

³¹ Voir La France et la gouvernance mondiale de la santé, www.diplomatie.gouv.fr/politique-etrangere-de-la-France/sante

³² UN.Doc.A/RES/63/33 du 26 novembre 2008 définissant les objectifs de l'Initiative « Diplomatie et Santé ».

³³ Déclaration universelle des droits de l'homme, article 25; Pacte relatif aux droits économiques sociaux et culturels, article 12§1 et, par ailleurs, Convention sur les droits de l'enfant, article 24

³⁴ M-C.Smouts et G.Devin,op. cit. p.113-114

de ces expressions utilisées pour signifier un phénomène dont la traduction juridique reste problématique »³⁵ ne les convainc pas et son application à la santé publique apparaît particulièrement inopérante. Il faut donc ramener la santé sur le terrain des droits de l'homme, considérer non pas la santé mais la protection de la santé comme un droit fondamental international³⁶ et conserver éventuellement le terme de bien public mondial dans le domaine de la santé pour les médicaments afin de fonder leur disponibilité pour tous³⁷. Selon la formule radicale de L. Dubouis, « prise à la lettre, l'expression droit à la santé apparaît dénuée de sens... Universelle par contre s'avère l'affirmation d'un droit à la protection de la santé qui constitue la véritable signification du droit à la santé »³⁸. Si l'on admet ainsi l'existence, parmi les droits de l'homme, de droits-créance imposant à l'Etat des prestations positives pour que ces droits soient garantis, alors peut être reconnu le droit dont dispose l'individu à l'encontre de l'Etat de voir sa santé protégée. Une telle norme a toutefois une portée juridique variable : obligatoire dans certains droits internes, elle reste pour l'instant encore programmatique en droit international, même si des évolutions sont toujours possibles³⁹.

C'est donc ainsi une reconnaissance juridique indirecte d'un droit à la santé qui est reconnue à travers l'obligation de protection pesant sur les Etats, cette dernière traduisant également la nécessaire dimension sécuritaire de la santé publique.

II.2. La dimension sécuritaire du système international de santé publique.

Tout comme son internationalisation, la dimension sécuritaire est inhérente à la santé publique, et a suivi le plus souvent une évolution parallèle. Les politiques de santé publique ont été construites dans le but de faire face aux menaces sanitaires au point de devenir parfois un élément de la politique de sécurité nationale des Etats. Leur conjonction a naturellement conduit à reconnaître l'existence d'une sécurité sanitaire internationale

II.2.1. Les politiques de santé publique comme protection face aux menaces sanitaires

Malgré la définition de l'OMS, la santé entretient des rapports particulièrement étroits avec la maladie et l'homme se retrouve au centre de ces rapports. La maladie le menace et doit faire l'objet d'une riposte grâce à laquelle sa santé sera protégée voire rétablie. On peut reprendre ici la formule utilisée par S. Sur selon laquelle « Comme perception, [la sécurité] suppose qu'il soit convenablement répondu aux menaces ou aux risques que redoutent les uns et les autres »⁴⁰ Risque d'abord parce que la santé est tributaire d'un ensemble de facteurs extérieurs dont la connaissance voire l'évolution sont imprévisibles. Menaces parce que certaines situations conduisent à une mise en cause directe de la santé : le plus souvent il

³⁵ J.-M. Sorel, La notion de bien public mondial vue du droit international, in S. Maljean-Dubois et R. Mehdi, op. cit. p. 164

³⁶ Voir en ce sens, les explications décisives de B. Feuillet, La santé d'un bien public international à un droit fondamental, in S. Maljean-Dubois et R. Mehdi, op. cit. pp. 181-187)

³⁷ Sur ce plan, les débats autour de la notion de bien public mondial présentent alors le plus grand intérêt ; voir en ce sens, A. Desclaux, Santé comme bien public mondial et gratuité des traitements antirétroviraux ; concrétisation d'une notion utopique, in S. Maljean-Dubois et R. Mehdi, op. cit. pp. 201-208 et M.-D. Varella, Accès à la santé, accès aux médicaments, in S. Maljean-Dubois et R. Mehdi, op. cit. pp. 209-214

³⁸ L. Dubouis, santé ('Droit à la...') in, J. Andriantzimbavozina, H. Gaudin, J.-P. Marguenaud, S. Rials, F. Sudre Dictionnaire des droits de l'homme, Paris, PUF, 2008, p. 881

³⁹ On suivra notamment avec intérêt la pratique du Comité des droits économiques sociaux et culturels après l'entrée en vigueur, le 5 mai 2013, du Protocole facultatif au Pacte international relatif aux droits économiques sociaux et culturels, Chronique des faits internationaux, Revue générale de droit international public, 2013-2, pp. 347-348

⁴⁰ S. Sur, Relations internationales, op. cit. p. 441.

s'agira d'une maladie particulière laquelle sans même atteindre nécessairement le stade de l'épidémie et a fortiori de la pandémie, menace la santé d'une partie de la population.

Les idées omniprésentes de risque et de menaces à propos de la santé publique s'accompagnent également de l'idée de riposte sur le terrain aussi bien de la prévention que de la protection. Le corps ne secrète-il pas des anticorps pour lutter contre la maladie ? L'individu est menacé et il est d'abord défendu par des immunités « faculté physiologique que l'être humain possède de se défendre contre des composants de son environnement potentiellement hostile »⁴¹ La dialectique de la menace et de la riposte propre à la situation de chaque individu face à la maladie situe d'emblée la question de la santé dans un contexte sécuritaire. La réponse longtemps individuelle est devenue progressivement collective et a pris la forme d'une véritable politique publique : la lutte contre la maladie pour protéger la santé publique

Avec l'avènement de l'Etat, la riposte est devenue collective et organisée et a reposé, dans un premier temps, sur l'idée de « cloisonnement des espaces »⁴² par des mesures unilatérales qui vont protéger la population en isolant l'Etat de l'extérieur, une fois la maladie apparue, voire de manière préventive. Conçues et mises en œuvre d'abord de manière très empirique, elles prendront ensuite la forme de la quarantaine, consistant à mettre à l'écart des personnes, des animaux, ou des végétaux durant une certaine période pour empêcher la transmission de maladies supposées contagieuses. La quarantaine a vu sa portée fortement limitée mais elle n'a pas disparu. D'autres modes d'action sont venus la compléter mais le confinement reste une des premières réponses apportée dans une situation d'épidémie.

Au-delà de la protection de la sécurité de la population face aux maladies, une seconde dimension est apparue, prenant en considération non pas la maladie elle-même et ses effets sur les individus, mais ses effets sur la collectivité, son bon fonctionnement, sa capacité à résister à d'autres menaces, voire sa survie. La sécurité sanitaire doit ainsi être considérée comme partie intégrante de la sécurité nationale dans la mesure où, indirectement, les menaces sanitaires peuvent y porter atteinte. Une crise sanitaire peut en effet déstabiliser un Etat du fait des troubles économiques et sociaux, des déplacements de population et finalement des conflits qu'elle provoque. De plus, la diffusion d'une maladie peut être employée comme une arme contre un Etat. Les bio-attaques, relevant ou non du bio-terrorisme, ne sont pas en effet une fiction⁴³ même si cette arme n'est pas d'un emploi aisé.

Il est tout à fait significatif de constater que les Etats se sont préoccupés de cette nouvelle dimension des menaces sanitaires et ont le cas échéant prévus des dispositifs spécifiques de riposte à cet effet. Pour les Etats Unis par exemple, la préoccupation pour la santé mondiale a été présentée comme « l'intérêt vital des États-Unis ». Ils ont donc progressivement intégré cette dimension dans leur réflexion stratégique, car il est possible que [beaucoup de maladies infectieuses] émergent à l'étranger » et « soient à l'origine de déstabilisation politique lorsque leur ampleur menace les conditions socio-économiques du développement tout en ralentissant les processus de démocratisation et de transition, entraînant l'émergence de situations de conflit et d'urgences humanitaires ». La maladie deviendrait donc alors « un agent non traditionnel de menace » pour leur sécurité⁴⁴.

La prise en considération de la menace sur la santé publique sous ces deux formes trouve également une traduction opérationnelle. Ainsi, la France a mis en place en 1999 un plan concernant le risque biologique (BIOTOX) associé depuis 2001 à PIRATOX destiné à la

⁴¹ N.Gualde, op. cit.p.14

⁴² J.Salmon, Rapport introductif in S.Maljean-Dubois et R.Mehdi, op. cit ; p.27

⁴³ Comme l'a confirmé par exemple, aux Etats Unis, l'envoi de courriers contaminés au bacille du charbon, le 18 septembre 2001 ,www.wikipedia.org/enveloppes_contaminees_au_bacille_du_charbon

⁴⁴ Voir sur ce point, D.Kerouedan, op.cit. pp. 56-60 et notamment p.57 ; La Stratégie européenne de sécurité retiendra également cette dimension, évoquant « la maladie dans les pays en développement » parmi les enjeux de la sécurité européenne

prévention et à la protection contre le terrorisme biologique et chimique⁴⁵. C'est dans le cadre de BIOTOX qu'a été adopté en 2003 le Plan national de réponse à une menace de variole⁴⁶ maladie particulièrement contagieuse, pourtant considérée par l'OMS, depuis 1978, comme complètement éradiquée. Toutes les souches du virus doivent avoir été détruites ou confiées aux deux laboratoires autorisés, aux Etats Unis et en Russie, mais la possibilité que des personnes ayant la capacité de les cultiver aient obtenu des virus ne peut être écartée. Le plan a donc pour objectif de prévoir les mesures à mettre en œuvre en cas d'une « réapparition de la maladie qui serait naturellement malveillante »⁴⁷

II.2.2. La reconnaissance de la notion de sécurité sanitaire internationale

La double évolution connue quasi-simultanément par la santé publique, vers une internationalisation et une dimension sécuritaire de plus en plus prégnante, a conduit alors à l'apparition d'une notion de sécurité sanitaire internationale. Celle-ci n'a cependant émergé que progressivement même si le Préambule de la constitution de l'OMS rappelle dès 1946, que « la santé de tous les peuples est une condition fondamentale de la paix... et de la sécurité. ». Ce n'est en réalité que dans les années 1990 que la prise de conscience de la relation santé-sécurité va se développer et que l'OMS évoquera pour la première fois dans deux résolutions de l'Assemblée mondiale de la santé en 1995 la notion de sécurité sanitaire internationale. Elle la définira comme « l'ensemble des activités, tant préventives que correctives, mises en oeuvre pour réduire au minimum la vulnérabilité à des événements sanitaires graves menaçant l'état de santé collectif des populations ; quelles que soient les régions géographiques ou les frontières qui les séparent »⁴⁸ *L'International Crisis Group*, pour sa part, dans un rapport de 2001⁴⁹ consacré au « Virus HIV/AIDS comme question de sécurité » ira plus loin, marquant le passage inévitable de la sécurité internationale à la sécurité collective en matière sanitaire. En effet, si l'épidémie de HIV/AIDS était naturellement une question de santé se posant au plan individuel, local et national, elle était également une question de sécurité internationale car elle contribue aux problèmes de sécurité internationale et crée des entraves à leurs réponses notamment en affaiblissant l'efficacité du peacekeeping.

Ainsi, il apparaît bien qu'il existe dans la recherche de la sécurité sanitaire internationale « une forme d'action commune canalisée par des organisations intergouvernementales et organes internationaux et que, dans les frontières de cette action, chaque Etat bénéficie de la garantie de la collectivité ». En contrepartie, il accepte d'abandonner le droit d'adopter des mesures unilatérales dans certains domaines. Et H.de Pooter de conclure que le droit international, face aux pandémies, s'organise sous la forme d'un « système de sécurité sanitaire collective »⁵⁰. On souscrita à cette analyse tout en soulignant que, si la sécurité sanitaire emprunte une bonne part de sa logique à la sécurité collective, elle ne recourt pas toutefois aux mêmes instruments. La question de l'articulation du système de sécurité sanitaire internationale à la sécurité collective reste cependant posée

⁴⁵ www.vie-publique.fr/documents-vp/biotox.shtml.

⁴⁶ www.social.sante.gouv.fr/IMG/pdf/plan_variole_2006-2.pdf

⁴⁷ N.Gualde, op. cit. p.247

⁴⁸ Rapport sur la santé dans le monde, 2007 : Un avenir plus sûr : la sécurité sanitaire mondiale au XXIème siècle, 2007, p. IX, www.who.int/whr/2007/07_report_fr.pdf.

⁴⁹ www.crisisgroup.org/en/publication-type/reports.aspx?year=2001

⁵⁰ H.de Pooter, thèse précitée, p.572

III. L'articulation entre système de sécurité sanitaire internationale et système de sécurité collective

L'articulation du système de sécurité sanitaire internationale à la sécurité collective s'opère de deux manières différentes selon que l'ordre international que la sécurité collective a pour finalité de garantir n'est pas ou est en cause. Dans la première hypothèse, la relation est caractérisée par la complémentarité. Par contre, dans la seconde le système de sécurité sanitaire internationale est subordonné à la sécurité collective

III.1. La complémentarité du système de sécurité sanitaire et de la sécurité collective

La complémentarité se marque par le fait qu'en tant que système, bénéficiant à ce titre d'un certain degré d'autonomie, le système de sécurité sanitaire internationale va apporter sa propre contribution à la sécurité internationale. Toutefois dans le même temps, le Conseil de sécurité peut choisir de s'impliquer dans les questions sanitaires, à partir du moment où il considère que la sécurité sanitaire fait partie intégrante de la sécurité internationale

III.1.1. La contribution du système de sécurité sanitaire à la sécurité internationale

L'évolution des questions de santé publique au plan international a conduit les Etats à investir une organisation internationale, l'OMS, de la mission d' « amener tous les peuples au niveau de santé le plus élevé possible ». Dans ce but, elle doit assurer des fonctions d'aide et d'assistance, stimuler la coopération et la recherche, favoriser toutes les activités susceptibles de faire progresser l'action en faveur de la santé ⁵¹ Dans le système des Nations unies, elle est ainsi le responsable principal de la sauvegarde de la santé publique au plan international, ce qui constitue sa spécialité, conformément au principe qui commande les compétences des organisations internationales. Le choix retenu a consisté en effet à considérer que « la coopération dans les domaines économiques et social pourrait mieux être assurée par des institutions spécialisées liées aux Nations Unies...tout en conservant une grande autonomie »⁵². Institution spécialisée des Nations unies, l'OMS est donc d'abord une organisation internationale dont les compétences et les pouvoirs reposent sur son acte constitutif et disposant de la personnalité juridique ce qui la rend, à ce titre et par hypothèse, autonome de toute autre sujet de droit international. Fruit d'une histoire qui lui est propre, « son objet social » qui est « la raison fondamentale pour laquelle elle est instituée » doit répondre aux besoins des Etats qui l'ont créée. Ces derniers ont choisi de lui attribuer des compétences techniques permettant de répondre aux sollicitations des administrations spécialisées des Etats membres avec lesquelles elles collaborent étroitement. Comme d'autres institutions spécialisées, l'OMS est parfois considérée comme un véritable service public international, soumis à des exigences qui ont conduit à lui conférer, dans certains cas, des pouvoirs originaux de décision ou de contrôle et à tenter de la tenir éloignée de la politisation. Dans le débat entre l'autonomie et la

⁵¹ Pour synthétiser très sommairement les 22 points par lesquels l'article 2 de la Constitution de l'OMS énumère les fonctions de l'organisation

⁵² V.Tomkiewicz, Concurrence chevauchements de compétences et coordination entre organisations internationales, in E.Lagrange et J-M.Sorel dir. , Droit des organisations internationales, Paris, 2013, p. 897

dépendance envers l'Organisation des Nations Unies, les auteurs⁵³ semblent avoir tranché en faveur de l'autonomie : quel que soit le contrôle exercé par les Nations unies sur ces institutions, ces dernières ne peuvent imposer leurs vues car « les institutions spécialisées sont autour et non au-dessous des Nations Unies »⁵⁴ Si l'autonomie laisse entière la question des possibles chevauchements de compétence entre des organisations dont la création ne résulte pas d'une démarche constitutionnelle globale mais surtout la question d'une éventuelle hiérarchie des compétences entre organisations, elle permet à toute institution spécialisée de développer un système, partiel, limité à un domaine particulier des relations internationales, ensemble d'éléments qui s'articulent les uns aux autres pour constituer un tout avec ses propres caractéristiques, ses propres institutions, et ses propres règles juridiques et non juridiques de fonctionnement⁵⁵.

S'est donc constitué autour de l'OMS un système international dont l'originalité résulte, outre sa spécialité, de son caractère a priori⁵⁶ technique, les spécialistes de la santé jouant un rôle essentiel dans les instances d'expertises mais surtout dans l'administration générale de l'organisation. Le Directeur général de l'OMS demeure ainsi un technicien, dont la désignation et la fonction obéissent certes à des considérations politiques mais dont on peut dire qu'elles s'estompent progressivement devant les exigences de la santé publique internationale. Dans les limites fixées par la constitution de l'OMS, il opère une centralisation du pouvoir, plus aisément sans doute que le Secrétaire général de l'ONU, confronté à l'Assemblée générale et au Conseil de sécurité, eux aussi organes politiques. Cette position justifie qu'il ait été doté du pouvoir déterminant de constater l'existence d'une menace à la sécurité sanitaire internationale. Démarche initiée dans un premier temps, par la création du réseau *Alerte et action* destiné à identifier rapidement, vérifier et communiquer sur les menaces afin d'organiser une réponse coordonnée, elle est à l'origine du concept d'urgence de santé publique de portée internationale (ISPP)⁵⁷. Intégré au Règlement sanitaire international de 2005, celui-ci devient la « clé de voute »⁵⁸ de la riposte aux menaces sanitaires. Le déclenchement de l'action de l'OMS résulte désormais du constat qu'il existe une urgence de santé publique de portée internationale, constat qui appartient discrétionnairement au Directeur général. Même si cette décision doit faire préalablement l'objet d'une consultation du Comité d'urgence⁵⁹ et d'une discussion avec l'Etat partie sur le territoire duquel a lieu l'évènement, le Directeur général conserve le dernier mot.

Le nouveau règlement sanitaire international (RSI) de 2005 marque également une évolution significative des rapports entre protection de la santé et souveraineté nationale⁶⁰ à travers les relations entre l'Etat sur le territoire duquel se manifeste la maladie et l'OMS. D'une part, celle-ci n'est plus liée par les notifications des Etats; elle devient elle-même

⁵³ Voir entre autres G.Devin et M.C.Smouts, op. cit. p.43 ou V.Tomkiewicz, op. cit.

⁵⁴ R-J.Dupuy, Le droit des relations entre les organisations internationales, RCADI, vol.100, 1960-2, pp. 579

⁵⁵ M.Gounelle et M.P.Lanfranchi, Relations internationales, Paris, Dalloz, 2015, p.210 ; Dans le même sens

⁵⁶ Cela ne doit pas occulter, naturellement, le fait que tout regroupement d'Etats présente nécessairement un caractère politique ce que confirme le traitement différencié de la question palestinienne par les institutions spécialisées des Nations unies

⁵⁷ M.Poulain, Révision du règlement sanitaire international, réseau « alerte et action » : l'efficacité des outils de réaction de l'OMS à l'épreuve du SRAS et de la grippe aviaire, in S.Maljean-Dubois et R.Mehdi, op. cit. pp. 101-118

⁵⁸ M.Poulain, Le Règlement sanitaire international de l'OMS, in E.Lagrange et J-M.Sorel, op.cit. p. 760

⁵⁹ A la suite du déclenchement de l'épidémie de virus Zika, le Comité d'urgence du RSI a tenu, sur convocation du Directeur général, une première réunion, le 1er février 2016. Dans la déclaration adoptée, le Comité émettait l'avis que l'on se trouvait bien en présence d'une urgence de santé publique de portée internationale (USPPI). Sur cette base, le Directeur de l'OMS a décrété le même jour une USPPI et publié l'avis sous forme de recommandations temporaires au titre du RSI (2005).

⁶⁰ S.Delga, Un droit international public de la santé contraignant pour les Etats in. D.Kerouedan, Santé internationale ; les enjeux de santé au Sud, Paris, Presses de SciencesPo, 2011, p. 484

décideur dans la détection des épidémies. D'autre part, si « les crises sanitaires contemporaines ont conduit l'OMS à se comporter de facto comme une autorité de régulation, en se tenant au cœur du système multilatéral de surveillance et de réponse, la révision du RSI va lui permettre de le faire en droit »⁶¹. Avec le RSI de 2005, l'OMS passe de la régulation à la réglementation en créant à l'égard des Etats parties, au plan interne, l'obligation de développer des capacités minimales de santé publique et au plan international, l'obligation de notifier à l'OMS les cas de maladies susceptibles de constituer une « urgence de santé publique de portée internationale »⁶². Ce nouveau régime d'obligation a conduit à des interrogations sur la nature et la portée obligatoire du RSI à l'égard des Etats membres. Au-delà d'un pouvoir traditionnel d'adresser des recommandations aux Etats membres, l'OMS dispose-t-elle d'un véritable pouvoir réglementaire ? Cette interrogation est classique pour les organisations techniques et il y a été répondu positivement dans le cas de l'Organisation de l'Aviation Civile Internationale ou de l'Organisation Météorologique Mondiale en mettant en place un mécanisme *d'opting out*. Ce mécanisme, par lequel « l'objection d'un Etat ou d'un groupe d'Etats ne peut pas porter atteinte au pouvoir normatif d'une organisation internationale de prescrire des normes susceptibles d'être appliquées par tous leurs destinataires »⁶³ est également retenu à l'OMS (articles 21 et 22 de la Constitution de l'OMS). La nature *sui generis* du RSI, ni véritable acte unilatéral d'une organisation, ni accord international stricto sensu, rend possible l'aménagement du régime de l'entrée en vigueur et des réserves et sauvegarde ainsi le caractère obligatoire du texte⁶⁴. Il confirme ainsi « un indéniable élargissement du domaine de la réglementation autoritaire des organisations internationales »⁶⁵ au moins de celles qui ont une compétence technique.

L'action de l'OMS enfin n'est possible que grâce au concours de toute une série d'acteurs intervenant en particulier sur le plan opérationnel à travers une collaboration qui reste néanmoins empirique, la plupart ayant leur propre stratégie ou leurs propres intérêts. L'OMS ne peut prétendre lutter contre les menaces sanitaires qu'avec le concours des Etats membres, des organisations internationales et notamment régionales, des ONG ainsi que des entreprises privées et cela a été confirmé à l'occasion de la réponse à l'épidémie d'Ebola. La mobilisation des Etats a été particulièrement significative comme en atteste les débats au Conseil de sécurité lors de l'adoption de la résolution 2177⁶⁶ tout comme celle des ONG⁶⁷ et des organisations régionales. Ces dernières notamment l'Union européenne, la CEDEAO et l'Union africaine mettront en œuvre, avec le système des Nations unies, un véritable partenariat. On notera en particulier que l'organisation continentale africaine choisira d'adopter une démarche renvoyant à l'esprit du chapitre VIII de la Charte en autorisant le déploiement d'une Mission d'appui de l'Union africaine à la lutte contre Ebola en Afrique de l'ouest. Cette mission médicale mixte, civile et militaire humanitaire, sera composée de médecins, d'infirmières et autre personnel médical et paramédical, ainsi que de personnels militaires nécessaires à la protection et à l'efficacité de la Mission⁶⁸. Enfin, l'OMS est intervenue pour mobiliser les laboratoires pharmaceutiques en vue de la mise au point d'un

⁶¹ M.Poulain, Révision du Règlement sanitaire international, Réseau « Alerte et action » : L'efficacité des outils de réaction de l'OMS à l'épreuve du SRAS et de la grippe aviaire, in. S.Maljean-Dubois et R.Mehdi, dir, op. cit. p.117.

⁶² Voir sur le régime de ces obligations, H.de POOTER, op.cit. p.68-84

⁶³ L.Boisson de Chazournes, Le pouvoir réglementaire de l'OMS à l'aune de la santé mondiale, : réflexion sur la portée et la nature du Règlement sanitaire international de 2005, in Droit du pouvoir et pouvoir du droit, Mélanges offerts à J.Salmon, Bruxelles, Bruylant, 2007, p. 1171

⁶⁴ Voir sur ce point, les analyses de M.Poulain, op. cit., notamment pp.761-763 et L.Boisson de Chazournes op. cit. pp.1168-1178

⁶⁵ P.Daillier, M.Forteau, A.Pellet, Droit international public, Paris, LGDJ, 2009, P. 410

⁶⁶ Les Etats ont détaillé à cette occasion toutes les mesures prises pour faire face à la crise, S/PV.7268

⁶⁷ Développée devant le Conseil par le représentant de Médecins sans frontières, M.Niamah, S/PV.7268

⁶⁸ Conseil de paix et de sécurité de l'Union africaine, 450ème réunion, 19 août 2014, PSC/PR/COMM.(CDL)

vaccin contre Ebola. Dès octobre 2014, l'Autorité de réglementation suisse pour les produits thérapeutiques a approuvé un essai portant sur un vaccin expérimental, dernier d'une série d'essais en cours au Mali, au Royaume-Uni et aux États-Unis d'Amérique⁶⁹.

Dans le système constitué autour de l'OMS, un organe centralisé peut donc discrétionnairement constater l'existence d'une situation sanitaire constituant en fait une menace à la paix et à la sécurité internationales, pour y faire face adopter des mesures contraignantes s'imposant aux Etats et organiser la mobilisation de tous les acteurs. Cela n'interdit pas pour autant au Conseil de sécurité d'intervenir dans les questions de sécurité sanitaire internationale.

III.1.2. L'implication du Conseil de sécurité dans les questions de sécurité sanitaire internationale.

Les questions de sécurité sanitaire ne sont toutefois pas étrangères au domaine d'action du Conseil de sécurité, en tant qu'organe de l'Organisation des Nations unies mais surtout en tant que responsable principal du maintien de la paix et de la sécurité internationale.

La Charte, en effet, au titre de la coopération économique et sociale internationale prévoit en son article 55 que les Nations unies « favoriseront...la solution de problèmes internationaux dans les domaines...de la santé publique ». Pour atteindre cet objectif, les membres de l'Organisation s'engagent par ailleurs à agir tant conjointement que séparément, en coopération avec l'Organisation. Si cet article est une « sorte de « préambule bis » (et partiel) »⁷⁰, il a néanmoins fondé l'action des Nations unies dans les domaines qu'il mentionne et même au-delà. La Déclaration du Millénaire développera notamment la dimension sanitaire de cette coopération en évoquant la réduction de la mortalité infantile, l'amélioration de la santé maternelle, le combat contre le VIH/Sida, le paludisme et d'autres maladies⁷¹. Dans tous ces domaines, l'intervention du Conseil de sécurité n'est pas a priori exclue pour autant que soit respectée la répartition des compétences entre les organes des Nations unies.

Mais c'est surtout par une interprétation renouvelée des menaces à la paix et à la sécurité internationale qui fondent son action que le Conseil a établi un lien entre les questions de sécurité sanitaire internationale et la sécurité collective. Cela aurait été plus difficile si le Conseil avait continué à ne considérer que les menaces résultant d'agressions armées entre Etats. Or, il est bien connu que depuis une vingtaine d'années maintenant, la conception de la menace susceptible de fonder son action a profondément évolué avec l'émergence du concept de sécurité humaine. La construction de la sécurité collective dans la Charte répondait à un véritable « manifeste idéologique »⁷² avec la paix comme but suprême. Devant permettre de préserver le monde du fléau de la guerre, elle était inscrite délibérément dans une perspective interétatique : les menaces auxquelles elle devait faire face étaient militaires et la sécurité qu'il s'agissait d'établir la sécurité des Etats dont résulterait la sécurité des individus. Une telle approche s'est trouvée confrontée à l'évolution de la conflictualité internationale et à la place de plus en plus importante occupée par les individus dans les rapports internationaux. Si

⁶⁹ Déclaration de l'OMS du 28 octobre 2014, <http://www.who.int/mediacentre/news/statements/2014/swissmedic-ebola-vaccine/fr/>

⁷⁰ A.Pellet, Commentaire de l'article 55, §a et b in J-P.Cot, A.Pellet, M.Fortreau, La Charte des Nations Unies, commentaire article par article, 3eme ed. Paris, Economica, 2005 p. 1451

⁷¹ Déclaration du Millénaire, A/55/L.2, _ septembre 2000

⁷² R.Kolb, Introduction au droit des Nations unies, Bruxelles, Bruylant, 2008, p.37

la nécessité de repenser en conséquence la question des conditions de la légalité de l'emploi de la force en droit international demeure aujourd'hui très discutée, l'existence de menaces non militaires à la sécurité internationale ainsi que sa dimension humaine ne sont plus réellement contestées. Il est acquis aujourd'hui que la sécurité internationale peut également être mise en cause par « tout évènement ou phénomène meurtrier ou qui compromet la survie et sape les fondements de l'Etat en tant qu'élément de base du système international constitue une menace contre la sécurité internationale ». ⁷³ Il est acquis également que la personne humaine est la finalité ultime de la sécurité et que sécurité de l'Etat et sécurité humaine, c'est-à-dire la protection des individus contre les menaces, qu'elles s'accompagnent ou non de violence, sont nécessairement complémentaires. Parmi celles-ci figurent, à côté de la pauvreté, de la famine, des atteintes aux droits de l'homme, de la criminalité, des risques environnementaux ou de la traite des êtres humains, les maladies ⁷⁴.

Sur ces bases, à plusieurs reprises, le Conseil de sécurité a choisi d'examiner les interactions existantes entre questions sanitaires et maintien de la paix et de la sécurité internationale ⁷⁵. Ce sera le cas pour le VIH/SIDA et ses conséquences sur le plan de la paix et de la sécurité en Afrique ⁷⁶, démarche qui aura des suites normatives avec l'adoption de la résolution 1308 du 17 juillet 2000 relative à la « Responsabilité du maintien de la paix et de la sécurité internationale : le VIH/SIDA et les opérations internationales de maintien de la paix ⁷⁷ » dans laquelle le Conseil souligne que « la pandémie de VIH.SIDA, si elle n'est pas enrayée, peut mettre en danger la stabilité et la sécurité », ce qui justifie son intervention car, rappelle-t-il, lui incombe « la responsabilité principale du maintien de la paix et de la sécurité internationale ». Dans une seconde résolution du 7 juin 2011, le Conseil, toujours à propos du VIH/SIDA, considèrera que cette pandémie doit être prise en compte dans l'élaboration et la mise en œuvre des activités de prévention, de maintien et de consolidation de la paix, en s'appuyant là encore sur les responsabilités que lui confère la Charte ⁷⁸. Les liens établis ainsi par le Conseil de sécurité entre sécurité sanitaire et maintien de la paix et de la sécurité internationale ont été néanmoins contestés par un certain nombre d'Etats au nom du respect des équilibres, d'une part au sein de la Charte, d'autre part entre l'ONU et les institutions spécialisées. Le Conseil de sécurité, organe politique, a-t-il réellement compétence pour traiter des questions de santé publique ? Des Etats contesteront cette démarche pour la santé, aussi bien, plus généralement, que pour certaines des nouvelles menaces ⁷⁹, d'autant que s'y ajoute le risque d'exagérer la dimension sécuritaire des questions au détriment de leur traitement à long terme. Cette approche sécuritaire, éventuellement « propice à une large mobilisation de la communauté internationale ⁸⁰ » a donc fait l'objet de critiques, comme ce fut le cas lors de la réunion thématique du Conseil de sécurité consacrée aux « Nouveaux défis à la paix et à la sécurité internationale et prévention des conflits » du 23 novembre 2011. Les quelques Etats qui y étaient hostiles ont trouvé l'appui de la directrice de l'OMS lors de cette même réunion

⁷³ Un monde plus sûr, notre affaire à tous, Rapport du Groupe de personnalité de haut niveau sur les menaces, les défis et le changement, UN doc.A/59/565, 2 décembre 2004 ; Cette évolution apparaissait déjà dans l'Agenda pour la paix, UN doc.4/47/277-S/24111, 17 juin 1992 ou dans la Déclaration du Millénaire, UN doc, A/RES/55/2, 8 septembre 2000

⁷⁴ C-P.David, J-F.Rioux, Le concept de sécurité humaine, in J-F.Rioux (dir) La sécurité humaine, une nouvelle conception des relations internationales, Paris, 2002, p. 19

⁷⁵ C.Colette, La contribution de la sécurité sanitaire internationale à la sécurité internationale, in M.Arcari et L.Balmond, La gouvernance globale...op. cit. p.372

⁷⁶ UN doc.S/PV.4087, 10 janvier 2000

⁷⁷ UN doc S/RES/1308(2000), 17 juillet 2000

⁷⁸ UN doc S/RES/1983(2011), 7 juin 2011

⁷⁹ UN.doc. S/PV.5663, 17 avril 2007

⁸⁰ A-S.Millet-Devalle, op cit.

affirmant que « la plupart des problèmes sanitaires dont s'occupe l'OMS ne menacent pas directement la paix et la sécurité ⁸¹».

Il reste cependant que la très grande majorité des Etats ont soutenu la démarche du Conseil et donc admis que celui-ci puisse intervenir au cas où une crise sanitaire menacerait la paix et la sécurité internationale, d'autant que pour lutter contre ces nouvelles menaces⁸², son pouvoir discrétionnaire l'a conduit à créer des instruments originaux plus en adéquation avec leurs caractéristiques. L'action coercitive laisse le plus souvent place à des opérations de paix aux finalités multiples mais dont la dimension humaine est décisive, conduites sur la base d'autorisation accordées à des Etats ou à des organisations internationales⁸³. On assiste ainsi à une renationalisation, au moins relative, de la sécurité collective et au développement constant d'un régionalisme très différent de celui organisé par le Chapitre VIII de la Charte. Si l'on ajoute le rôle joué par les autres organes de l'ONU, singulièrement l'Assemblée générale mais aussi le Secrétaire général et l'intervention acceptée ou sollicitée des institutions spécialisées, des organisations internationales régionales et des ONG notamment dans la phase de consolidation de la paix, le Conseil, plutôt qu'au sommet de la pyramide de la sécurité collective, se retrouve au centre d'un réseau dans lequel interagissent une pluralité d'acteurs⁸⁴. S'il conserve son pouvoir de décision, d'action et de légitimation, il devient aussi parfois, faute de pouvoir ou de vouloir exercer un véritable pouvoir hiérarchique sur certains de ces acteurs, une instance d'impulsion et d'alerte. Dans un contexte où désormais l'universalisme de la Charte doit composer avec la globalisation des progrès technologiques et du marché⁸⁵, le Conseil de sécurité agit ainsi aussi bien comme organe central de la sécurité collective que comme acteur d'une gouvernance globale dans laquelle l'ONU joue un rôle décisif⁸⁶.

Ainsi, le Conseil de sécurité est-il désormais en mesure, à la fois, de considérer qu'une maladie constitue une menace à la paix et à la sécurité internationale parce qu'elle porte atteinte à la sécurité humaine et de déployer des moyens éventuellement originaux pour y faire face. La complémentarité de la sécurité sanitaire et de la sécurité collective est alors possible mais elle s'efface cependant lorsque le Conseil de sécurité jugera que l'ordre international est en cause. Dans ce cas, le système de sécurité sanitaire internationale se retrouvera subordonné à la sécurité collective

III.2. La subordination du système de sécurité sanitaire internationale à la sécurité collective

La complémentarité entre sécurité sanitaire et sécurité collective se conçoit tant que sont en cause des relations de systèmes⁸⁷. Elle cède toutefois lorsque, au jugement du Conseil de sécurité, l'ordre international dans sa manifestation la plus fondamentale, la paix, se trouve

⁸¹ Déclaration de la Directrice de l'OMS devant le Conseil de sécurité, UN. Doc. S/PV/6668, du 23 novembre 2011

⁸² Voir sur ce processus, J-M.Sorel, L'élargissement de la notion de menace contre la paix, in Le Chapitre VII de la Charte des Nations unies, Paris, Pedone, pp. 3-57

⁸³ Voir pour une synthèse de cette question, J.Tercinet, Les opérations de paix, cette revue PSEI-2, mis en ligne le 15 octobre 2015, URL : <http://revel.unice.fr/psei/index.html?id=508>

⁸⁴ Pour reprendre le titre de l'ouvrage de F.Ost et M.Van de Kerchove, De la pyramide au réseau ? Pour une théorie dialectique du droit, Bruxelles, 2002.

⁸⁵ L.Balmond, Gouvernance globale et sécurité collective : les profils d'une convergence, in M.Arcari et L.Balmond, La gouvernance globale face aux défis de la sécurité collective, Naples Editoriale Scientifica, 2012, p. 4,

⁸⁶ Voir N.Ferri, The United Nations in Global Governance, in M.Arcari et L.Balmond, op. cit, pp. 49-68

⁸⁷ Comme cela peut être aussi le cas par exemple entre système sanitaire international et système commercial international ; Voir sur ce point les développements qui y sont consacrés dans H.de Pooter, op. cit.

menacé. Dans ce cas, la sécurité collective, en tant que garante de l'ordre international, doit primer. Cela se manifeste à la fois par le cantonnement du système de sécurité sanitaire internationale et par l'exercice par le Conseil de sécurité d'un véritable pouvoir de substitution lorsqu'il le juge discrétionnairement nécessaire.

III.2.1 Le cantonnement du système de sécurité sanitaire internationale

Certains domaines des relations internationales, parce qu'ils touchent à l'ordre international, en particulier l'emploi de la force et ses différentes modalités, doivent nécessairement demeurer soustraits à l'intervention des systèmes partiels. Leur incompétence pourrait certes être déduite du respect du principe de spécialité qui commande leur action. Mais la question posée se présente plutôt, non pas comme l'organisation d'une éventuelle coexistence entre systèmes mais comme le respect d'une hiérarchie entre des compétences de nature fondamentalement différentes. Sur les questions d'emploi de la force et de légalité des armes employées, le système partiel de sécurité sanitaire est radicalement incompétent.

C'est ce que l'on peut déduire de l'avis de la Cour internationale de justice de 1996 sur la licéité de l'utilisation des armes nucléaires par un Etat dans un conflit armé compte tenu de leurs graves répercussions sur la santé et l'environnement⁸⁸ L'Assemblée mondiale de la santé avait pris à plusieurs reprises position sur les effets des armes nucléaires sur la santé et les services de santé, rappelant qu'« aucun service de santé au monde n'était capable d'améliorer de manière significative une situation résultant de l'utilisation ne serait-ce que d'une seule arme nucléaire » et concluant que « la prévention primaire est le seul moyen approprié de maîtriser les effets sur la santé⁸⁹»

Sollicitée⁹⁰ par cette assemblée, la Cour internationale de justice a refusé de répondre à la demande d'avis consultatif au motif que cette démarche méconnaissait le principe de spécialité auquel était soumis l'OMS. Non seulement, cela remettait en cause le système voulu par la Charte « tendant à organiser la coopération internationale de façon cohérente par le rattachement à l'ONU, dotée de compétences de portée générale, de diverses organisations, autonomes et complémentaires, dotées de compétences sectorielles⁹¹ » mais de plus l'OMS s'immisçait ainsi dans une matière « politique » relevant de la compétence de deux organes principaux de l'ONU, le Conseil de sécurité et l'Assemblée générale⁹². Or, les compétences de l'OMS sont nécessairement limitées au domaine de la santé publique ; les questions touchant au recours à la force, à la réglementation des armements et au désarmement, sont du ressort de l'ONU et échappent à la compétence des institutions spécialisées⁹³.

⁸⁸ Cour internationale de justice, avis consultatif du 8 juillet 1996

⁸⁹ Projet de résolution sur les effets des armes nucléaires sur la santé et l'environnement, A45/A/Conf.Paper N° 2 du 9 mai 1992

⁹⁰ Dans les termes suivants « Compte tenu des effets des armes nucléaires sur la santé et l'environnement, leur utilisation par un Etat au cours d'une guerre ou d'un autre conflit armé constituerait-elle une violation de ses obligations au regard du droit international, y compris la constitution de l'OMS », Résolution WHA 46.40 du 14 mai 1993

⁹¹ Avis du 8 juillet 1996, §26, voir, M.Perrin de Brichambaut, AFDI 1996, pp. 317-336 ? Les avis consultatifs rendus par le CIJ le 8 juillet 1996 sur la licéité de l'utilisation des armes nucléaires dans un conflit armé (OMS) et sur la licéité de la menace et de l'emploi d'armes nucléaires (AGNU

⁹² P.Klein, Les compétences et pouvoirs de l'organisation internationale, in E.Lagrange et J-M.Sorel, op. cit p.743

⁹³ Voir aussi V.Coussirat-Coustère, Armes nucléaires et droit international : à propos des avis consultatifs du 8 juillet 1996 de la Cour internationale de justice, AFDI 1996, pp. 337-356, notamment pp. 338-340 ; A-S.Millet-Devalle, Les avis consultatifs de la CIJ du 8 juillet 1996 ? RGDIP, 1997/1, pp. 141-174, notamment pp.146-150

La prise de position négative de la Cour était néanmoins d'autant plus prévisible que la question posée par l'OMS portait sur la licéité de l'utilisation d'une arme et donc indirectement sur les conditions de l'emploi de la force. Il peut être admis, a contrario, que, lorsqu'il s'agit, face à une arme particulière de nature à toucher spécifiquement la santé, de prévoir et d'organiser des mécanismes de prévention, l'OMS reste alors dans son rôle et ses compétences. C'est ce que révèle par exemple le Rapport sur la santé dans le monde 2007 portant sur les « Nouvelles menaces sur la santé au XXIème siècle » qui montre comment le bioterrorisme, composante spécifique de la nouvelle menace qu'est le terrorisme, est pris en compte dans le cadre de l'OMS comme atteinte à la santé publique⁹⁴.

Ainsi la Cour, dépassant une approche reposant sur les relations entre systèmes, écarte toute possibilité d'immixtion du système de sécurité sanitaire dans les matières relevant de la sécurité collective. Eu égard, aux principes sur lesquels repose la Charte, il est inévitable que le politique l'emporte sur le technique, que l'ordre prime sur le système. C'est cette exigence de la primauté de l'ordre qui permet au Conseil de sécurité, en présence d'une menace à la paix et à la sécurité internationale, de faire prévaloir le système de sécurité collective sur le système de sécurité sanitaire.

III.2.2 La prévalence du système de sécurité collective

Avec la résolution 2177, le Conseil de sécurité ne se borne plus à établir une relation entre une situation sanitaire et le maintien de la paix et de la sécurité internationale. Au nom de la prévalence de la sécurité collective dont il est le responsable principal, il intervient dans le fonctionnement du système de sécurité sanitaire en choisissant discrétionnairement les formes et les modalités de son action. Il les tire aussi bien des pouvoirs que lui confère la Charte que de sa pratique en tant que gardien de l'ordre international. La nature spécifique de la menace sanitaire le conduit néanmoins à en faire une utilisation originale.

Confronté à la crise d'Ebola, le Conseil de sécurité constate, sur la base de l'article 39 de la Charte, que celle-ci constitue une menace à la paix et à la sécurité internationale. Pour le Conseil, du fait de la gravité de la crise et de l'urgence de son traitement, ce n'est donc plus une question de santé publique qui est en cause, mais parce qu'elle concerne la paix internationale, une question touchant l'ordre international. Un tel constat, opéré discrétionnairement, car la menace à la paix n'est en définitive que ce qu'il qualifie comme tel⁹⁵, lui confère la compétence pour agir en sa qualité de responsable principal du maintien de la paix et lui ouvre, en conséquence, la possibilité de mettre en œuvre les instruments de la sécurité collective. Du point de vue de l'ordre international, les potentialités de ce pouvoir sont considérables car il s'appuie sur un élargissement de la notion de menace à la paix et à la sécurité internationale que le Conseil de sécurité maîtrise et qui, dans son principe, n'est pas réellement contesté. On notera que le projet devenu la résolution 2177 a été co-signé par 130 Etats, et que lors des débats, un seul Etat, l'Argentine, a nuancé son acceptation de l'intervention du Conseil⁹⁶. Le fait que lorsqu'elles atteignent un certain degré de gravité, le

⁹⁴ Rapport sur la santé dans le monde 2007, Un avenir plus sûr: la sécurité sanitaire mondiale au XXIe siècle, notamment chapitre 3 ; Voir aussi M. Poulain, La protection de la santé publique face à la menace terroriste AFDI 2001 pp. 151-173

⁹⁵ «Une menace à la paix au sens de l'article 39 n'est pas autre chose qu'une situation dont l'organe compétent pour adopter des sanctions déclare qu'elle menace effectivement la paix », J. Combacau, le pouvoir de sanction de l'ONU. Etude théorique de la coercition non militaire, Paris, Pedone, 1974, p.100

⁹⁶ Intervention du représentant de l'Argentine, UN Doc, S/PV.7268, p.23

traitement des nouvelles menaces puisse basculer dans le champ de la sécurité collective fait donc aujourd'hui consensus⁹⁷.

L'adoption de la résolution 2177 s'explique également par la présence d'éléments plus factuels, qui ont justifié que le Conseil de sécurité qualifie la « situation » de menace à la paix et à la sécurité internationale. C'est d'abord le fait que l'épidémie affectait de manière particulièrement grave, deux Etats, le Liberia et la Sierra Leone, engagés, après des années de conflit armé, dans un processus de consolidation de la paix. Les efforts accomplis et les résultats obtenus dans ce cadre risquaient d'être anéantis et le début de stabilité retrouvée mis en cause par « des troubles civils et des tensions sociales, une aggravation du climat politique et une aggravation de l'insécurité ». Le Conseil de sécurité, qui s'était déjà montré gravement préoccupé par l'ampleur de l'épidémie de nature à porter atteinte à « la stabilité durable du Liberia » dans sa résolution 2176 du 15 septembre 2014 sur le renouvellement éventuel de la Mission des Nations Unies au Liberia (MINUL)⁹⁸, établissait donc une relation étroite entre menace sanitaire et paix.

C'est ensuite, ce qui est apparu au Conseil comme l'impuissance, au moins relative, du système sanitaire international à traiter la menace résultant de l'épidémie. En effet, « alors qu'en 2002, puis en 2011, la réaction de l'OMS aux épidémies de SRAS et H1N1 avait démontré un ferme pilotage, celle apportée à Ebola a fait l'objet de vives critiques, tant internes qu'externes⁹⁹ ». Trois aspects ont été mis en évidence. D'une part, l'absence de capacités opérationnelles s'est trouvée aggravée par les difficultés financières de l'organisation, contrainte, par exemple de dissoudre son département de réaction aux épidémies et pandémies faute de moyens. D'autre part, la crise a révélé l'impuissance du RSI à imposer aux Etats le développement de leurs capacités minimales en matière de santé publique. Celles-ci sont encore trop élevées pour les Etats les plus faibles qui sont dans l'impossibilité de notifier à l'OMS un événement pouvant exiger une USPPI. Enfin, les conditions même du déclenchement de l'USPPI se sont avérées insatisfaisantes du fait d'une alerte déclenchée trop tard et avec un seuil d'alerte trop élevé.

Il n'est donc pas surprenant que la conjonction de ces éléments, transformant une crise sanitaire en menace pour la paix, au moins régionale, ait poussé le Conseil de sécurité à s'emparer de la question en sa qualité de responsable principal du maintien de la paix et de la sécurité internationale¹⁰⁰. Ce faisant, il pouvait alors mettre en œuvre les moyens qu'il jugerait pertinents parmi ceux que lui confère la Charte au titre de la sécurité collective et ceux qu'il pourrait créer de sa propre initiative pour faire face à une menace nouvelle.

Les faits montrent que face à une menace tout à fait originale, le Conseil a jugé bon d'abord, de ne pas utiliser les moyens coercitifs que lui confère la Charte notamment pour assurer le respect du caractère obligatoire du RSI lorsqu'il interdit les restrictions générales aux déplacements et aux échanges commerciaux internationaux justifiés par l'épidémie¹⁰¹. De même, la place des instruments militaires dans le processus de lutte contre l'épidémie semble avoir été minorée alors que le développement des opérations de paix confirme l'importance de leur rôle, bien au-delà de l'emploi de la force, à la fois par leur capacité à mettre en œuvre une médecine d'urgence mais également à isoler et sécuriser des zones pour contenir une

⁹⁷ Ce que sa non-intervention dans le cas de l'épidémie de Zika, plus circonscrite géographiquement, touchant des Etats plus à même d'y faire face et surtout moins virulente, tendrait à confirmer.

⁹⁸ UNdoc.S/RES/2176 (2014) ; Voir aussi, outre la résolution 2177 et la résolution 2188 du 9 décembre 2014 qui proroge l'embargo sur les armes au Libéria dans le cadre de la consolidation de la paix.

⁹⁹ A-S.Millet-Devalle, op. cit. notes 54 à 61

¹⁰⁰ A contrario, les caractéristiques de l'épidémie d'infections à virus Zika n'ont pas conduit le Conseil de sécurité à considérer qu'il y avait là une menace à la paix et à la sécurité internationale. Il appartient donc au système sanitaire international de traiter l'épidémie.

¹⁰¹ Restrictions mises en place par des Etats de l'Afrique de l'ouest mais également l'Australie et le Canada, voir A-S.Millet-Devalle, op. cit.

épidémie. C'est ce qui a d'ailleurs conduit plusieurs Etats, (Etats-Unis, France Royaume Uni entre autres) mais aussi l'Union Africaine à mettre en œuvre, des moyens militaires¹⁰². Il reste toutefois que la qualification opérée laissait la possibilité au Conseil de recourir à ces instruments si la situation avait empirée. Or, et l'on doit s'en féliciter, c'est l'inverse qui s'est produit.

Ensuite, le Conseil a choisi d'exercer un rôle d'impulsion plutôt que de décision, le tout s'inscrivant dans une démarche mobilisant tous les partenaires du système de sécurité collective dont il n'est que le responsable principal. Le Conseil a entendu situer prioritairement son action sur le terrain de l'alerte, en renforçant la qualification d' « urgence de santé publique de portée internationale » donnée par l'OMS en août 2014. Il modifiait ainsi le sens et le déroulement du processus en provoquant, au nom de la menace à la paix, une dramatisation sensée faciliter la mobilisation de tous les acteurs concernés. Pour mobiliser, il « encourage », « demande », « engage », « prie » mais ne « décide » pas.

Enfin, les caractéristiques propres à une menace sanitaire ont conduit les organes des Nations unies à adopter une interprétation constructive des articles 12 et a fortiori 99 de la Charte qui assurent la prédominance du Conseil de sécurité sur l'Assemblée générale et sur le Secrétaire général lorsque le Conseil « remplit à l'égard [...] d'une situation les fonctions qui lui sont attribuées par la présente Charte ». L'Assemblée générale a ainsi adopté le 19 septembre 2014 une résolution sur les « mesures visant à endiguer et combattre l'épidémie à virus Ebola qui s'est déclarée récemment en Afrique de l'ouest ¹⁰³ ». Plus encore, le Secrétaire général qui dès le 12 août avait désigné un coordinateur spécial du système des Nations unies pour Ebola décidera le 17 septembre 2014 la création de la Mission des Nations Unies pour l'Action d'Urgence contre Ebola (MINUAUCE), initiative que le Conseil de sécurité et l'Assemblée générale seront appelés à soutenir¹⁰⁴. On constatera et la chronologie est significative que le 19 septembre, c'est en réalité le système des Nations unies qui est en place pour agir et faire agir de manière coordonnée contre l'épidémie. L'accent mis systématiquement sur le « système des Nations unies », notamment par les Etats, manifeste que dans cette crise, l'action du Conseil ne peut être appréciée indépendamment de celle des autres composantes du système¹⁰⁵.

Ainsi, ce sont donc bien les choix du Conseil de sécurité qui dessinent les conditions de l'articulation du système de sécurité sanitaire internationale à la sécurité collective. Ils sont commandés par le pragmatisme, aussi bien lorsqu'il s'agit de qualifier une situation de menace à la paix et à la sécurité internationales que de mettre en œuvre les instruments de la sécurité collective pour y faire face. Dans la qualification de la situation, l'appréciation des circonstances de l'espèce est toujours décisive. Quant aux moyens mis en œuvre, la résolution rappelle utilement que la sécurité collective ne se limite pas au Conseil de sécurité et à l'exercice par celui-ci de mesures de contraintes. Par sa pratique, le Conseil opère « un véritable travail d'écriture ou de réécriture, une révision discrète de la constitution des Nations unies¹⁰⁶ ». Celle-ci, du fait de la nature de la menace, peut le conduire à choisir,

¹⁰² Voir supra note 68

¹⁰³ Résolution de l'AGNU du 19 septembre 2014, S/PV/69/1

¹⁰⁴ Lettres identiques datées du 17 septembre 2014, adressées au Président de l'Assemblée générale et au Président du Conseil de sécurité par le Secrétaire général, A/69/389-S/2014/679 : « J'ai décidé de créer une mission des Nations Unies ». Dans la Lettre datée du 20 août 2015, adressée au Président de l'Assemblée générale, le Secrétaire général emploiera des termes différents : « j'ai proposé à l'Assemblée générale qu'une Mission des Nations Unies pour l'action d'urgence contre l'Ébola – la première mission sanitaire d'urgence jamais créée par l'Organisation des Nations Unies – soit mise en place

¹⁰⁵ L.Balmond, *Le Conseil de sécurité et la crise d'Ebola...* op. cit. § 2.1.

¹⁰⁶ Ph.Weckel, *Le Chapitre VII de la Charte et son application par le Conseil de sécurité*, *Annuaire français de droit international*, 1991, p.166

discrétionnairement, des méthodes relevant de la gouvernance globale mais qu'il adapte aux exigences de la sécurité collective.

IV. Conclusion

Si l'on parvient à la conclusion qu'un système de sécurité sanitaire internationale existe et qu'il peut être articulé à la sécurité collective pour faire face à des crises sanitaires aiguës, l'intérêt d'une telle construction exige qu'elle soit efficace. Or, l'expérience de la crise d'Ebola ne le confirme que partiellement. Si le Conseil de sécurité a choisi de s'appuyer sur le constat d'une menace à la sécurité internationale, ce n'est pas pour déployer tous les moyens qu'il tire de la Charte¹⁰⁷ mais plutôt pour alerter, mobiliser, et coordonner. Ce faisant, il a sans doute opéré le choix judicieux de ne pas investir complètement un domaine dans lequel des moyens d'intervention réellement efficaces lui font défaut. Son rôle se limite nécessairement à la mise en œuvre des instruments qu'il juge pertinents, qu'ils lui soient donnés par la Charte ou procèdent de sa propre pratique. Il le reconnaît implicitement d'ailleurs lorsque, dans la résolution 2177, il salue « le rôle central de l'OMS » en la matière. C'est donc du côté du système de sécurité sanitaire internationale, dont les insuffisances ont été soulignées précédemment, qu'il faut rechercher d'éventuelles améliorations de l'efficacité de cette construction. Cela suppose de la part de l'OMS, à la fois un accroissement de sa démarche partenariale avec d'autres agences internationales, avec des ONG mais également avec le secteur privé¹⁰⁸ et un renforcement considérable de ses moyens, afin de pouvoir traiter l'urgence et d'agir sur un plan opérationnel. Si l'OMS et plus généralement le système des Nations unies, ont été capables de mobiliser des fonds pour assurer la lutte contre l'épidémie d'Ebola, cela ne saurait toutefois remplacer des ressources permanentes et stables permettant d'anticiper et de se préparer aux situations d'urgence¹⁰⁹. De même, sur un plan opérationnel, l'OMS pourrait utilement s'inspirer de l'initiative de l'Union européenne, laquelle, le 15 février, a créé, dans le cadre du mécanisme européen de protection civile et à la suite de l'épidémie d'Ebola, un Corps médical européen capable d'intervenir rapidement en cas de risque épidémique, en Europe ou dans le monde¹¹⁰. Les États membres de l'Union mettent ainsi à disposition une ou plusieurs équipes de spécialistes mobilisables en cas d'urgence. Pour pouvoir intégrer le Corps médical européen, ces équipes doivent se soumettre à une procédure de certification, laquelle, une fois obtenue leur permet d'être intégrées au Corps médical européen. Elle devient alors disponible pour un déploiement dans le cadre d'opérations de réaction d'urgence de l'Union, coordonnées par le Centre de coordination de la réaction d'urgence (CERU) basé à la Commission européenne¹¹¹. L'adoption d'un tel mécanisme serait de nature à conférer à l'OMS des moyens opérationnels incomparablement plus efficaces. On objectera naturellement que l'organisation est loin d'avoir les moyens de pouvoir s'en doter. La convergence avec la sécurité collective retrouve alors tout son intérêt. Si la technique du mandat par laquelle le Conseil de sécurité autorise une organisation

¹⁰⁷ Une fois encore, « le concept de sécurité collective semble dès lors avoir pris le pas sur le système de sécurité collective », L.Balmond, La sécurité collective in. S.Doumbe-Bille dir, La régionalisation du droit international, Bruxelles Bruylant 2012, p.24

¹⁰⁸ Voir G.Devin et M-C.Smouts, op. cit. pp.141-147

¹⁰⁹ Comment sans cela répondre par exemple à la recommandation de constituer un Centre OMS pour la préparation et la riposte aux situations d'urgence visant la lutte contre les flambées épidémiques et l'action humanitaire ; Rapport du groupe d'experts chargé de l'évaluation intérimaire de la riposte à Ebola, <http://www.who.int/csr/resources/publications/ebola/ebola-panel-report-fr.pdf>

¹¹⁰ Bruxelles 2, 15 février 2016

¹¹¹ La décision de déployer les équipes reste toujours une décision de l'Etat membre concerné. Douze équipes sont actuellement disponibles.

régionale à conduire une mission de maintien de la paix est devenue d'application courante, ne peut-on envisager que, dans le cadre du partenariat qui associe les organisations régionales et l'OMS, celle-ci puisse les mandater de mettre en œuvre face à une menace à la sécurité sanitaire internationale, les moyens dont elles disposent ?

Ainsi, derrière des questions certes importantes sur la santé publique internationale, le traitement de la crise d'Ebola interroge également sur l'état de l'ordre international et de la contribution à celui-ci des organisations intergouvernementales¹¹². Leur développement a été perçu le plus souvent comme un progrès significatif dans la construction d'une paix positive durable. Elles apparaissent pourtant parfois aujourd'hui à bout de souffle, victimes à la fois de la montée de l'unilatéralisme des Etats et de leur dilution dans la masse des acteurs de la mondialisation. Elles sont pourtant, encore aujourd'hui, comme les Etats avec lesquels elles ont partie liée, irremplaçables. Il importe donc que ces derniers mettent à leur service la volonté politique et les moyens matériels nécessaires à leur action. La lutte contre les menaces à la sécurité sanitaire internationale apparaît pour cela comme un objectif privilégié car particulièrement consensuel.

¹¹² En ce sens, S.Sur, Les organisations internationales : dynamiques et désenchantements, *Revue générale de droit international public*, 2012/3, pp. 667-674