

Où sont les droits ? Où est la responsabilité ? Qui sert la santé publique mondiale ?

ANNAMARIE BINDENAGEL ŠEHOVIĆ, PHD*

Une tension inhérente existe entre les droits et la responsabilité, elle est particulièrement prononcée en ce qui concerne l'accès aux soins et aux services de santé. Malgré des décennies de défense des droits et à l'adhésion à ces services, promus et solidifiés dans le domaine de la santé publique par les progrès à l'accès aux services de santé publique, ces questions restent largement sans réponses : *Qui et quels droits doivent être protégés ? À qui ou à quelles entités incombe-t-il de garantir ces droits ? Qui agit au nom de la santé publique mondiale et comment ?* Malgré des décennies de défense et de reconnaissance de ces droits, encouragés et consolidés dans le domaine de la santé publique par les progrès réalisés en matière d'accès aux services de santé publique, ces questions demeurent largement sans réponse. Cet article explore ces questions en analysant la réponse et la responsabilité d'aborder l'épidémie de VIH/sida en Afrique du Sud et l'Ebola en Afrique de l'Ouest.

La tension entre les droits et la responsabilité n'est pas nouvelle. Trois grands changements ont eu lieu concernant leur attribution et leur exercice, notamment depuis les années 1990. Tout d'abord, approximativement depuis la paix de Westphalie en 1648, la responsabilité, mais pas les droits de l'homme, en matière de responsabilité territoriale et finalement corporelle revient à l'état souverain. Deuxièmement, depuis environ les années 1960, le langage des droits de l'homme est entré dans le discours relatif à la responsabilité de l'état souverain. Il finit par englober les idées et les idéaux de la sécurité humaine, que la Commission indépendante internationale sur la sécurité humaine a qualifié de « liberté cruciale » et définit comme impliquant « la protection des personnes contre les menaces graves et abusives, à la fois nationales et sociétales, et l'autonomisation des individus et des collectivités de prendre en charge leur propres besoins de développement¹ ». C'est à

* L'auteure est actuellement maître de conférences et chercheuse en relations internationales à l'Université d'Erfurt, en Allemagne. Elle est également chercheuse associée du *Center for the Study of Globalisation and Regionalism* de l'Université de Warwick, au Royaume Uni, et conseillère principale pour la sécurité alimentaire et nutritionnelle à *Olusegun Obasanjo Foundation* pour la sécurité humaine à Londres. Ses spécialités incluent les relations entre états et acteurs non étatiques, la santé publique mondiale et la responsabilité. Son livre, *VIH/sida and the South African State: The Responsibility to Respond*, Ashgate Global Health, a été publié en 2014. Dr. Šehović travaille actuellement sur un manuscrit comparant les réactions nationales et internationales au VIH/sida et à l'Ebola.

l'état souverain qu'il incombe de créer les conditions favorables à l'épanouissement d'une telle liberté.

Cependant, des changements significatifs ont survenu dès lors en qui assume la responsabilité. Ils ont coïncidé avec le moment dit unipolaire après la chute du mur de Berlin, l'effondrement de l'Union soviétique, la fin de la guerre froide et l'émergence de la sécurité humaine, notamment en 1994 avec le Rapport du développement humain du Programme de développement des Nations Unies, dont le second chapitre est intitulé, à juste titre, « Nouvelles dimensions de la sécurité humaine² ». Bien que la souveraineté de l'état continue d'être la pierre angulaire des relations locales, nationales et internationales, ainsi que de la gouvernance globale, son pouvoir réel de promulguer des responsabilités et de prendre en charge l'attribution de droits à ses citoyens a sans doute diminué, pas uniformément, mais presque, indépendamment du fait que l'état en question est perçu comme consolidé, fragile, ou défaillant/failli. Par conséquent, l'état officiellement souverain est *en définitive* responsable de garantir la sécurité territoriale et humaine traditionnelle de la population qui vit à l'intérieur de ses frontières. Il est en outre à la fois responsable de ces deux sécurisations, aussi bien à l'intérieur qu'à l'extérieur, au sein de la communauté internationale des états. Cependant, le même état est de plus en plus confronté à des acteurs non étatiques (ANE) qui exige à la fois son action et s'attribue une partie de sa responsabilité fonctionnelle, mais sans assumer l'obligation de l'état vis-à-vis de ses citoyens. En tant que tel, le système de gouvernance internationale centrée sur l'état est moins caractérisé par des relations de pouvoir entre états souverains que par une diffusion du pouvoir entre les états et les acteurs non étatiques.

Qui détermine et qui décide des droits qui doivent être protégés ? À qui ou à quelles entités incombe-t-il de garantir ces droits ? Qui agit au nom de la santé publique mondiale et comment ? Où se situe le pouvoir ?

Afin d'éclairer la trajectoire des droits le long du tracé (fragmenté) de la responsabilité mondiale de la santé publique, cet article examine d'abord les arguments en faveur de la reconnaissance des droits et des responsabilités en matière de santé, puis la réaction à l'épidémie de VIH/sida en Afrique du Sud et enfin les interventions qui se poursuivent dans la lutte contre l'Ebola. Il cherche enfin à réunir ces arguments et idées disparates pour proposer des solutions visant à promouvoir les droits et responsabilités d'une manière qui garantisse leur protection et leur mise en œuvre.

Le schisme entre les droits et les responsabilités : Comment en sommes-nous arrivés là ?

Quelles sont les origines du schisme entre l'attribution des droits et des responsabilités ? À quoi sont-ils attribuables ? Cet article soutient que le décalage croissant entre l'état et les acteurs non étatiques, quant à l'hypothèse de la diffusion de la responsabilité, est arrivée par mutations. Cette diffusion est un symptôme des relations dynamiques entre les changements dans la répartition de responsabilités mondiales et des obligations au fil du temps.

Pertinents pour l'argument ici sont les changements dans l'articulation et la répartition des responsabilités et des obligations dans le délai imparti allant de la fin de la Deuxième Guerre mondiale à 2014. Conceptuellement, cette période comprend les changements radicaux dans l'ordre mondial identifiés par le concept de James Rosenau de « gouvernance sans gouvernement », thèse d'abord forgée dans son livre du même titre avancée par James Rosenau, à travers l'affirmation de Stephan Krasner de la souveraineté comme « hypocrisie organisée », à ce que cet article appelle « hypocrisie désorganisée³ ». Rosenau maintenait qu'un certain nombre de « régimes » de gouvernance seraient formés pour aborder les questions spécifiques dans le domaine international. Dans une large mesure, il a été prouvé correct : si les ANE sont inclus, il existe une pléthore d'organisations se consacrant au traitement du VIH/sida, assurant l'approvisionnement en eau et l'assainissement, allant même jusqu'à administrer les transports publics dans des municipalités à travers le monde. Ce ne sont pas toutefois des « régimes » dans le sens où ils ont une structure organisationnelle centrale, que leurs interventions sont juridiquement contraignantes, ou que des mécanismes sont en place pour assurer la continuation de leurs services si et quand ils se retirent. Krasner a émis l'hypothèse selon laquelle les états, en tant qu'assise fondamentale du gouvernement et de la gouvernance, ne sont pas tout-puissants dans leur souveraineté⁴. S'alignant sur ce concept, j'é mets l'hypothèse en outre que les états restent néanmoins l'entité organisatrice clé dans un ordre mondial de plus en plus caractérisé par des acteurs agissant en dehors du système de l'état.

Autrement dit, les états sont supposés être capable de répondre à trois principes de la sécurité humaine : 1) assurer la sécurité territoriale et physique des citoyens ; 2) assurer la protection des vies et des moyens de subsistance par la stabilité économique de base, la santé, le bien-être ; et 3) prendre en charge la responsabilisation tant à l'interne, envers leur population, qu'à l'externe, face à la communauté internationale⁵. Il incombe à l'état de garantir ces obligations, même si leur exécution fonctionnelle revient à des acteurs non étatiques. Tant que ces obligations pourraient être coordonnées par l'état, ce dernier reste l'agent ultime.

La montée continue des ANE représente toutefois un changement fondamental dans la nature de la souveraineté concernant à la fois la sécurité territoriale et humaine. Ici, le terme « hypocrisie désorganisée », se réfère à l'état actuel des choses dans lequel nombreux acteurs sont « dans l'action » d'aborder, voire même de fournir, des dispositions de sécurité territoriale et humaine, mais sont au-delà du domaine du gouvernement d'un état ainsi que de la gouvernance internationale ou mondiale. La différence essentielle aujourd'hui est que les ANE, au lieu d'offrir les capacités qui font défaut aux états, ont contribué à la fragmentation de leur pouvoir, y compris leur capacité de garantir la sécurité traditionnelle et humaine :

Le rôle et l'influence des ONG [Organisations non gouvernementales] ont explosé au cours des cinq dernières années. Leurs ressources financières et, ce qui est souvent plus important, leurs compétences approchent, et parfois dépassent, celles des gouvernements des petits états et des organisations internationales. « Nous avons moins d'argent et moins de ressources qu'*Amnesty International*, alors que nous sommes l'agence de l'ONU

chargée des droits de l'homme », a noté Ibrahima Fall, le responsable du Centre des droits de l'homme de l'ONU, en 1993. « Cette situation est clairement ridicule ». Les ONG fournissent aujourd'hui plus d'aide publique au développement de l'ensemble du système des Nations Unies, à l'exception de la Banque mondiale et du Fonds monétaire international. Dans de nombreux pays, elles assurent les services de développement des collectivités urbaines et rurales, d'éducation et de soins médicaux que les gouvernements défaillants ne peuvent plus gérer⁶.

Trois exemples cités brièvement ici illustrent cette fragmentation qui va en s'accélé-rant. Tout d'abord, la Campagne internationale pour l'interdiction des mines terrestres (ICBL), dont Lady Di (la princesse Diana) se fit la championne : montrant des photos d'enfants mutilés a provoqué l'indignation de l'opinion publique mondiale, stimulant la signature en 1996 du Traité d'Ottawa, dans lequel le gouvernement canadien a promu le concept de la sécurité humaine. Deuxièmement, l'alliance transnationale entre l'*Us Act-Up* et la *South African Treatment Action Campaign* pour plaider en faveur de la prise en charge du traitement du VIH/sida par l'État : ici aussi, des images d'enfants, nés infectés par le VIH dans des camps de réfugiés au Cambodge, ont contribué à inciter l'ambassa-deur des États-Unis à l'ONU, Richard Holbrooke, à porter la question de la pandémie à l'attention du Conseil de sécurité. Troisièmement, la campagne *Global Witness* pour l'in-terdiction du commerce des « diamants du sang », dont les ventes avaient rempli les coffres des combattants dans les brutales guerres civiles de Sierra Leone et du Libéria : les consommateurs américains de bagues de fiançailles incrustées de diamants, ainsi que des sociétés diamantaires telles que DeBeers et des bijoutiers tels que Tiffany & Co., se sont joint à cet effort qui a abouti au *Kimberly Process* pour certifier les diamants qui ne prove-naient pas des régions en guerre. Ces trois exemples d'actions visant à opérer en dehors de l'état mais en agissant sur lui, illustrent le transfert du pouvoir dans les relations *inter-nationales* : de l'état lui-même, aux alliances entre organisations non gouvernementales (ONG) ou acteurs non étatiques (ANE), à des acteurs représentant l'état, les ONG/ANE et le marché. Le fait que ces acteurs extra-étatiques profitent de leur influence sur l'état, sous tous les angles, peut être considéré comme une contribution au renouveau de l'état d'un fournisseur de la sécurité humaine à un régulateur de celle-ci. Cette transformation est en train de changer la nature mais pas la portée de la responsabilité de l'état⁷. Si l'état s'avère incapable d'assurer ces services mais est chargé de garantir les droits des citoyens, qui alors décide des droits à garantir et à qui revient cette responsabilité ? Que seront les conséquences de la réattribution des droits et des responsabilités pour la santé en générale et, plus particulièrement, pour la santé en Afrique ?

Les droits de qui ?

La révolution de la sécurité humaine et le développement axés sur le respect des droits résident dans leur universalisme. Les états deviennent les bastions de la responsa-bilité ultime de l'ampleur de la disposition des droits pour ce qui est possible dans leurs capacités, mais aussi, sans doute, en respectant les normes internationales les plus élevées.

Désormais célèbre, le « *Four Freedoms Speech* » de l'ancien président américain Franklin D. Roosevelt, de 1941, a précédé l'appel à la sécurité humaine de 1994 du Programme de développement des Nations Unies et de nouveau dans la publication du Rapport de 2003, « La sécurité humaine maintenant », par la Commission sur la sécurité humaine⁸. Dès le début de la période après la Deuxième Guerre mondiale, l'article 1 de la Charte des Nations Unies et l'article 25 de la Déclaration universelle des droits de l'homme des Nations Unies, avaient codifiés les principes de la sécurité humaine, y compris l'accent sur le droit à la santé :

Toute personne a droit à un niveau de vie suffisant pour assurer la santé et le bien-être et ceux de sa famille, notamment pour l'alimentation, l'habillement, le logement, les soins médicaux... et le droit à la sécurité en cas de... maladie et d'invalidité... La maternité et l'enfance ont droit à une aide et à une assistance spéciales⁹.

La centralité de la santé parmi les priorités de la politique mondiale est réitérée dans la constitution de l'Organisation mondiale de la santé en 1948, du Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels, du Programme des Nations Unies pour le développement (PNUD) de 1994 et l'adoption du Règlement sanitaire international (RSI) en 1969 et, plus récemment, mis à jour en 2005. Ces règlements ont transformé des idées normatives en principes d'action¹⁰. Pourtant, la mise en œuvre réelle traîne, perdu dans le monde opaque entre la responsabilité théorique et pratique.

Le PIDESC, ainsi que la Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes (CEDAW), la Convention relative aux droits de l'enfant et la Déclaration de Doha de l'Organisation mondiale du commerce sur les « aspects des droits de propriété intellectuelle qui touchent au commerce » (ADPIC), qui autorise dans certaines conditions la production des versions génériques de médicaments essentiels avant l'expiration des brevets, semblent prévoir une obligation *implicite* de la part des états d'améliorer la santé et d'établir définitivement la santé comme droit de l'homme (la sécurité). Cependant, et cela est très important, aucun de ces documents ne prescrit une obligation *explicite*.

De même, le RSI met l'accent sur le droit universel et élargi le droit de chaque citoyen (du monde) de jouir du meilleur état de santé possible. En fait, le RSI qui était entré en vigueur en 2007, exige des 196 états signataires l'obligation de « développer des capacités en santé publique pour dépister et répondre aux situations d'urgences de santé publique de portée internationale (USPI), exigeant des états qu'ils coopèrent pour développer ces capacités. Cependant, les règlements ne prévoient pas d'incitations, ne sanctionne pas les états pour manque de coopération, ou d'attribuer les responsabilités¹¹ ». Il n'existe aucune obligation spécifique ou exécutoire qui garantissent aux individus de réaliser une santé physique et mentale ni ligne directrice quant à la façon dont l'état doit exécuter ses obligations¹². Cette situation crée évidemment des problèmes pour la mise en œuvre du droit à la santé qui relève de la responsabilité d'un état à fournir la sécurité (humaine). Les conséquences sont particulièrement évidentes en ce qui concerne les ré-

ponses des états à des menaces à la sécurité humaine de la santé. Deux d'entre elles sont les épidémies de VIH/sida et de l'Ebola.

À qui la responsabilité ?

Le système (inter)national basé sur des états souverains continue de fonctionner sous l'hypothèse que les « gouvernements ont la responsabilité de la santé de leurs peuples et qu'ils ne peuvent s'acquitter de cette responsabilité qu'en prenant des mesures sanitaires et sociales adéquates¹³ ». D'une façon critique,

tandis que seuls les états sont parties au Pacte, et donc finalement responsables de son respect, tous les membres de la société, les individus, y compris les professionnels de la santé, les familles, les collectivités locales, les organisations intergouvernementales et non gouvernementales, les organisations de la société civile, ainsi que les entreprises privées ont des responsabilités en matière de concrétisation du droit à la santé¹⁴.

Comme le note Milli Lake à propos des procédures judiciaires au Congo,

La prise de pouvoir de facto par ces divers groupes d'acteurs a créé des conditions permettant à des acteurs non étatiques d'avoir accès aux processus juridiques et de les influencer en se livrant à des tâches normalement réservées aux représentants du gouvernement souverain. Ces activités ne seraient pas possibles dans des contextes où l'état a une plus grande portée¹⁵.

Cela aggrave le problème de la responsabilité car compter seulement le nombre d'inculpations de crimes d'importance, ou le nombre de personnes demandant des renseignements sur les soins médicaux et les médicaments antirétroviraux pour le VIH par exemple, « Nous en dit peu sur la dynamique du pouvoir » qui détermine la réponse nécessaire au problème à portée de la main (y compris sa définition)¹⁶. Lac note que

sur une échelle plus large, on pourrait alléguer que l'implication d'acteurs internationaux dans des activités de gouvernance au niveau micro République démocratique du Congo a servi non à renforcer les capacités mais en fait pour soulager davantage l'État congolais de ses responsabilités en matière de fourniture des biens et services de première nécessité à ses citoyens. En effet, en raison d'une litanie de « les organisations internationales et nationales prêtes à assumer ces tâches, il peut y avoir peu d'inclinaison pour le gouvernement central de réinvestir son temps et ses ressources dans le développement d'un appareil fonctionnel de l'état¹⁷.

Ces développements minent activement la souveraineté de l'état et sa capacité d'exercer ses responsabilités, conduisant à des absurdités telles que la demande de l'Indonésie d'une « souveraineté virale », l'idée que les virus appartiennent à l'état d'où ils sont originaires, dans le but d'empêcher ou de retarder le partage de données et d'échantillons de la grippe H1N1, et aussi en raison des coûts anticipés pour réparer les dommages d'être assimilé à un état contagieux et être exclu des prestations de recherche et de traitement. Le cas de l'Indonésie a été une tentative malheureuse par l'État de prendre le contrôle des informations relatives au déclenchement de l'épidémie, de sa réaction nationale et de sa

souveraineté dans l'interdépendance, en particulier sa capacité de réguler les interventions médicales potentielles et les éventuels brevets créés à l'extérieur et (re)vendus à l'Indonésie.

Ces exemples rappellent tous la théorie et la réalité pratique dans le système international centré sur l'état, que

Il y a des rôles que seul l'état, du moins dans les régimes politiques d'aujourd'hui, peut exécuter. Les états sont la seule unité politique non volontaire, celle qui peut imposer l'ordre et est investie du pouvoir de lever l'impôt... Il se peut en outre que seul l'état-nation peut répondre aux besoins sociaux essentiels auxquels les marchés n'attachent aucune valeur. Fournir un minimum de sécurité de l'emploi, éviter un chômage élevé, préserver un environnement vivable et un climat stable, ainsi que protéger la santé et la sécurité des consommateurs sont quelques-unes des tâches qui peuvent rester en suspens dans un monde de l'expansion des marchés et d'états en recul¹⁸.

En admettant alors la nécessaire vitalité d'un état souverain responsable de la garantie à l'accès aux droits, notamment aux droits à la santé, et en admettant le rôle croissant joué par des acteurs non étatiques dans la même arène, quel est le statu quo actuel ? Qu'est-ce que cela signifie ?

Le pouvoir diffus : l'hypocrisie désorganisée

Si les états souverains étaient omnipotents et omniprésents dans les territoires ostensiblement sous leur contrôle et leur autorité, une telle réorganisation serait inutile. Seuls les états exerceraient leur responsabilité, aussi bien intérieure qu'extérieure, de garantir les sécurités territoriale et humaine au sein de leurs frontières. Cependant, ce n'est pas le cas. En termes de géopolitique extérieure, chaque état est, et a toujours été, influencé et affecté par ses voisins proches et lointains. Selon Paul Farmer, « l'application des droits est une toute autre affaire, car les états sont souvent les signataires qui sont responsables des violations de ces droits, de la torture à la négligence du secteur public ». En effet, « la santé et les droits de l'homme ont besoin d'un cadre juridique pour imposer aux gouvernements nationaux, mais qui est responsable¹⁹ ? » Ceci est démontré au cours de la période que nous examinons, pendant laquelle la souveraineté (nationale) des états a été exportée vers la plupart des états du monde alors même qu'elle était circonscrite à dessein. Elle s'est produite par le biais du conflit géopolitique Est-Ouest ainsi que de régimes de gouvernance particuliers. Cette circonspection a également été renforcée par la création asymétrique d'institutions de gouvernance mondiale, y compris l'ONU et la prolifération des ANE dont la prise en charge organisée de responsabilité et d'obligation en matière de sécurité humaine est au mieux incertaine et au pire inexistante. Dès lors, la centralité de l'état est en train de devenir rapidement plus conceptuelle que réelle, dont le résultat est une hypocrisie désorganisée avec des conséquences très réelles. Les répercussions contemporaines de cette hypocrisie désorganisée se rapportent aux menaces transnationales à la sécurité humaine posées par les flambées de maladies, notamment le VIH/sida et l'Ebola, ainsi que les réactions immédiates et engendrées par les crises financières, telles que la

réduction des prestations en matière de soins de santé, et aux actions d'organisations criminelles, y compris la mafia ou l'État islamique.

La section suivante et ses deux sous-sections comparent les deux brèves études de cas, l'action mondiale contre le VIH/sida et l'Ebola. Elles illustrent l'hypothèse de la souveraineté aujourd'hui comme une hypocrisie désorganisée et plongent dans une discussion analytique de ce qui pourrait être fait à propos de la *souveraineté diffuse*.

La gouvernance de la santé mondiale : qui est en charge ? (Re)définir les rôles des acteurs étatiques et non étatiques

L'architecture actuelle de gouvernance mondiale, y compris la gouvernance pour la santé, repose sur l'hypothèse que les gouvernements des états sont les entités responsables des droits de l'homme, au moins de ceux des citoyens. Accomplir ce droit à la santé exige qu'un état doit posséder les moyens nécessaires pour donner aux individus l'accès aux soins de santé²⁰. Mais si cela signifie que l'état doit fournir des soins de santé au-delà de l'accès à ces soins, et dans quelle mesure il est obligé de le faire, reste incertain. Autrement dit, il existe un vide. En effet, dans ce vide s'insèrent une myriade d'acteurs non étatiques qui s'approprient une responsabilité fonctionnelle dans la lutte contre l'épidémie, mais ne prennent pas en charge la garantie en dernier ressort d'une réponse au VIH/sida, ni le mandat plus large de la santé publique, dévolus à l'état.

En suivant la trajectoire depuis de l'émergence locale des réponses globales au VIH/sida et du virus Ebola, révèle la fragmentation de l'ordre mondial dans l'hypocrisie désorganisée. Comme les deux pandémies l'illustrent sans équivoque, il n'existe aucun régime de gouvernance mondiale pour la sécurité humaine. En outre, compte tenu des lacunes qui existent dans un système global fondé sur les responsabilités d'états officiellement souverains, mais sans capacités formelles, opérationnelles et indispensables, il n'est pas surprenant que d'autres acteurs soient entrés en lice. Comme le montrent les deux cas, les ANE ont pris les devants dans la réponse au VIH/sida et au virus Ebola.

VIH/sida

En ce qui concerne la réponse mondiale au VIH/sida sur une période de plus de trente ans, les ANE ont pu 1) donner l'alarme et pousser les états, riches et relativement peu touchés (notamment les États-Unis et l'Europe), à ce qu'ils réagissent en faveur de leurs populations infectées ; 2) jouer un rôle de triage dans les états les plus touchés, surtout en Afrique subsaharienne, en prenant soin des malades et finalement en les traitant²¹ ; et 3) faire pression sur les états dont les populations ont le plus souffert d'accepter la responsabilité et l'obligation finales de la mise à disposition de traitements à vie sur une échelle toujours plus grande. Ces événements se sont produits en plusieurs phases. Tout d'abord, les acteurs non étatiques, à la fois locaux et internationaux, ont offert des soins aux personnes infectées par le VIH. Deuxièmement, avec la disponibilité des traitements,

les ANE locaux et internationaux ont fait pression pour y accéder, allant même jusqu'à les chercher eux-mêmes²². Ces mesures ont été renforcées des organisations internationales et multilatérales comme le Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida ; par des déclarations politiques telles que la résolution 1308 du Conseil de sécurité de l'ONU en 2000 et les déclarations politiques de 2006 et 2011 sur le VIH/sida de l'Assemblée générale de l'ONU, des accords bilatéraux (le Plan d'urgence du président des États-Unis pour la lutte contre le sida, PEPFAR, lancé en 2003, par exemple) ; et des activités philanthropiques (notamment de la Fondation Bill et Melinda Gates). L'action contre le VIH/sida préconisée par ces organisations a été renforcée par des appels d'offres pour des médicaments anti-VIH, qui forcèrent bel et bien les états bénéficiaires tels que l'Afrique du Sud et l'Ouganda à accepter de mener une forme particulière d'action anti-VIH/SIDA pour une durée indéterminée. Finalement, en acceptant les prescriptions de ce plan d'action, l'Afrique du Sud, par exemple, sauta sur l'occasion pour faire honneur au chapitre 2 de sa Constitution en assumant la responsabilité de la santé de sa population. Cela semble illustrer la pérennité du pouvoir et de l'autorité de l'état, ainsi que la responsabilité et l'obligation en matière de sécurité humaine de la part de l'état.

L'état reste le point focal des activités de plaidoyer et d'action. Le mythe de sa souveraineté renforçait la notion de sa responsabilité ultime de la population présente à l'intérieur de ses frontières et de son obligation de lui rendre des comptes. Néanmoins, force est de constater que les états chargés de l'ultime réponse au VIH/sida avaient peu de marge de manœuvre, leur organisme compétent voyant sa liberté d'action limitée verticalement et horizontalement²³.

Ebola

De même, la pandémie du virus Ebola qui sévit actuellement, met une énorme pression dans toutes les directions, sur les États les plus touchés, la Guinée, le Libéria et la Sierra Leone. Cet exemple met en évidence les similitudes et les différences avec la trajectoire de la riposte au VIH/sida. Une réponse ici pourrait être caractérisée comme plus urgente que celle du VIH/sida, dont la période d'incubation est mesurée en année et non en jours. Ces États les plus touchés, par leur propre décompte et les normes d'un état souverain qui continuent à régir l'analyse d'un ordre mondial qui fonctionne, sont incapables d'organiser de monter une réponse adéquate, trop peu est fait dans tous les domaines. Le Libéria a lancé un appel en faveur d'une aide extérieure, proclamant son absence de souveraineté.

Les ANE, notamment les exemplaires Médecins sans frontières (MSF), sont débordés. Dans un cri de guerre sans précédent, MSF a demandé une intervention militaire pour endiguer la marée de la pandémie. *Samaritan's Purse*, une autre organisation d'aide humanitaire faisant face à l'épidémie d'Ebola au Libéria (dont deux bénévoles ont été évacués vers les États-Unis lorsque leur test de dépistage se révéla positif), a exprimé son inquiétude du fait que les états avaient délaissé les organisations non gouvernementales pour parer à une telle menace à la sécurité.

Dans une tentative de soutenir les ANE et les états les plus touchés, le Conseil de sécurité de l'ONU a adopté à l'unanimité le 18 septembre 2014 la résolution 2177. La résolution déclara Ebola une urgence internationale, concluant que la propagation de la pandémie pourrait inverser les gains de maintien de la paix et du développement. Elle « a appelé les états membres à déployer des ressources médicales, à renforcer la sensibilisation du public et mettre fin aux interdictions de voyager... [mais] laissa planer un doute sur les fonctions précises exigées des états²⁴ ». La résolution a déclenché la mise en place de la Mission des Nations unies pour l'action d'urgence contre l'Ebola²⁵. Le service aérien humanitaire des Nations Unies a acheminé également des fournitures médicales à la région la plus touchée.

Où sont les états ? Trois cents médecins cubains sont arrivés en Sierra Leone, et environ cent cinquante médecins en provenance de la Chine sont attendus. Les États-Unis et l'Union européenne ont construit des hôpitaux et locaux d'isolement de fortune, mais n'ont pas envoyé de délégations de personnel médical bien que certains bénévoles se dirigent vers la région.

Les fidèles du système centré sur l'état de l'ordre mondial et les institutions internationales et multilatérales des Nations Unies à la petite Organisation mondiale de la santé (OMS), ont peu fait. Il fallut à l'OMS cinq mois, entre le premier cas déclaré le 25 mars et le 8 août, pour déclarer une urgence sanitaire internationale. Depuis lors, elle a publiquement abdiqué son rôle de coordinateur des interventions, déclarant n'être qu'un « agence technique seulement ». Elle seconde la formation des médecins cubains en Sierra Leone.

Personne ne semble être en charge. Personne, aucun ANE, aucun état, aucune organisation internationale ou multinationale n'est dans une position d'autorité. Personne ne maîtrise la situation. Personne n'est responsable de la sécurité humaine des personnes les plus affectées. Le pouvoir est diffus. La souveraineté est non seulement désorganisée, mais aussi de plus en plus hypothétique. Et pourtant...

Le garant par défaut de la sécurité humaine reste alors l'état de toute évidence pas tout à fait souverain. La réaction au VIH/sida a révélé les faiblesses de cette arrangement, même si du point de vue actuel, il semble que les états les plus touchés sont en mesure de mobiliser les ressources financières et humaines pour contenir cette pandémie. En ce qui concerne la crise actuelle de l'Ebola, malgré la fragilité évidente des états concernés, l'ordre mondial centré sur l'état persiste. Il le fait en dépit du fait qu'il semble manifestement incapable de garantir la sécurité humaine pour un nombre croissant de personnes. Aucun régime plausible de rechange n'a émergé. Comment cela pourrait-il changer ?

Conclusions : dépasser les schismes – contenir la complexité

En supposant que l'hypothèse de la souveraineté désorganisée proposée ici se révèle viable, la question devient, qu'est-ce que cela signifie ? Pour garantir la sécurité humaine, il faut s'assurer que la responsabilité et la reddition de comptes pour les composantes de

celles-ci sont attribuées à quelqu'un. Les mécanismes pour déclencher une action pour une telle garantie sont à trouver²⁶.

Le monde a besoin d'un cadre multilatéral qui peut fournir à la fois des réponses rapides aux situations d'urgence et le renforcement des capacités à long terme qui vise à pallier les déficiences sous-jacentes dans les infrastructures, l'expertise et le financement dans ces états faibles. Sinon, ils resteront les maillons faibles de la santé publique mondiale. Comme Terje Tvedt, un expert norvégien des organisations à but non lucratif, fait valoir, ces états défaillants sont mieux servis par des organisations intergouvernementales représentant des pays souverains²⁷.

Les études de cas ci-dessus révèlent principalement deux aspects de l'ordre mondial actuel : 1) qu'il continue à reposer sur des hypothèses de la théorie de la souveraineté suprême de l'état, et 2) que ces mêmes hypothèses sont simultanément sapées par la présence et la diffusion de pouvoir des éléments de souveraineté par les acteurs et organisations multinationaux/internationaux, ainsi que par les acteurs non étatiques, chacun aux niveaux local, national et mondial. La contradiction inhérente dans ces deux positions est renforcée dans leurs manifestations conceptuelles et techniques. Autrement dit, où, sinon dans l'état, pourraient résider la responsabilité et la reddition des comptes en matière de sécurité humaine ?

Le système de l'état est là pour durer. Pourtant, des faiblesses considérables le caractérisent tant au niveau national qu'au niveau international. Dans une tentative pour reconnaître les exigences qui lui sont imposées, en dépit de ses faiblesses, et d'engager la responsabilité de la communauté internationale, le rapport de la Responsabilité de protéger (R2P), de 2001, a cherché à ériger une réponse globale en cas de génocide, de crimes de guerre et de crimes contre l'humanité²⁸. Proposé par la Commission internationale de l'intervention et de la souveraineté des états, elle a jusqu'ici échoué sur deux fronts : elle n'a pas recueilli un consensus conceptuel global sur le moment d'intervenir, et elle manquait de mécanismes automatiques pour obliger ceux qui sont durablement capables de le faire à réagir.

Un manque similaire de déclencheurs automatiques a entravé l'intervention globale à l'épidémie d'Ebola. Aucun mécanisme n'existe pour contraindre une intervention. Même la résolution 2177 du Conseil de sécurité de l'ONU « appelle » seulement les états membres qui déploient du personnel vers les pays les plus touchés à assurer l'évacuation médicale en cas de besoin. Aucune disposition n'oblige un tel déploiement ou le déploiement de personnel médical de toute urgence (comme nous l'avons ci-dessus). Les états-nations affectés sont largement laissés seuls à faire face aux conséquences, avec peu de soutien d'acteurs non étatiques.

Il est concevable que certaines approches pourraient surmonter ce schisme. Sur le plan conceptuel, « contenir la complexité » pour l'attribution de la responsabilité et de la reddition des comptes de la sécurité humaine est nécessaire. En outre, sur le plan technique, le faire est subordonné à la nécessité et à la volonté des états à partager formellement leur souveraineté l'institution de mécanismes juridiques pour déléguer la souveraineté, et la création de conditions et de mécanismes auxiliaires par lequel la souveraineté

est retournée à l'état. Le but et l'objectif ici sont de reconnaître la durabilité du système de l'état actuel, avec la réserve qu'aucun état n'est souverain, et de redistribuer le pouvoir diffus dans l'ordre mondial non seulement pour assurer la sécurité humaine sur une base *ad hoc* et à court terme, mais aussi pour garantir sa disposition à long terme. La proposition suivante, composée de trois positions conceptuelles et quatre solutions techniques pouvant s'appliquer à une agence (inter)nationale de santé, vise à permettre un tel réalignement des droits et responsabilité du travail.

Tout d'abord, la reconnaissance explicite de la prééminence de l'état en tant que garant de la sécurité humaine est nécessaire. Compte tenu de la pléthore d'acteurs non étatiques opérant aux niveaux local, national, international et global, restreindre ou terminer leur travail est peu probable d'être réalisable ou utile. Cependant, les immatriculer aux niveaux de l'état et internationalement pourrait ajouter un peu de transparence à leurs activités, tout en permettant à l'état hôte de déterminer où et comment négocier l'allocation de ses (maigres) ressources.

Deuxièmement, comme en témoigne la réponse à l'Ebola, les états (fragiles) demandant, ou ayant accès, à une assistance devraient avoir le pouvoir de choisir à qui ils s'adressent, pour quoi et pour combien de temps ; en outre, ces états, les acteurs non étatiques ou les organisations multinationales ou internationales qui reçoivent ces demandes ne devraient pas pouvoir refuser, mais devraient être contraintes de répondre à la demande et de coordonner leurs actions. Cette souveraineté partagée ou déléguée offrirait un moyen de consolider la clause de la sécurité humaine tout en délimitant clairement les lignes de responsabilité et de reddition des comptes. Un précédent plausible pour le faire pourrait être la réponse à l'Ebola qui a pris forme sous l'autorité du secrétaire général de l'ONU.

Troisièmement, les états (trop) dépendants du partage ou de la délégation d'une partie de leur souveraineté à d'autres états ou ANE, doivent avoir un mécanisme leur permettant de la récupérer. Cette disposition pourrait également se révéler utile en cas d'abus de la souveraineté partagée ou déléguée par les ANE qui ne respectent pas leurs obligations ou qui agissent délibérément à l'insu de l'état au-dessus, au niveau ou en dessous duquel ils opèrent.

Au-delà de ces options conceptuelles, il y a quatre solutions techniques à une réorganisation globale permettant d'assurer la sécurité humaine pour la santé. Avec les enseignements tirés des réponses au VIH/sida et Ebola fraîche à l'esprit, il est essentiel qu'une organisation internationalement reconnue et légitime serve de centre de notification chargé de déclarer et de fournir des informations sur une situation d'urgence sanitaire internationale. Cette entité ne doit pas être nécessairement l'OMS, dont l'autorité et la légitimité internationales à la suite de sa réponse au VIH/sida ainsi que de son abdication face à l'Ebola, sont gravement compromises²⁹. L'OMS, cependant, pourrait servir de portail d'information (en concurrence avec *Wikipedia*, dont le site a apparemment pris une longueur d'avance comme source d'informations sur la pandémie du virus d'Ebola), de la même façon qu'elle publie des orientations sur le traitement du VIH/sida qui sont respectées.

Deuxièmement, une fois qu'une urgence internationale de santé a été déclarée, des actions prescrites sont nécessaires. Actuellement seules des actions volontaires existent, pas une solution durable, ni même une solution tout court. Réaffirmé clairement sont les faits suivants : les acteurs non étatiques qui peuvent choisir les régions où ils servent, dans quelles politiques, et pour combien de temps, un manque de protocoles ou de fourniture de matériel de protection pour lutter contre l'Ebola ; et une pénurie de déploiement de personnel médical, aussi dans le cas du virus de l'Ebola. En cas d'urgence, toutes les conditions suivantes doivent également être mandatées : si et lorsque les traitements sont disponibles, si elles sont produites et qui les produit, et qui paie et combien.

Troisièmement, les urgences de santé ne dégénèrent pas sans préavis. *Zoonoses*, des maladies qui sont transmises par des animaux infectés à des êtres humains, comme le VIH et l'Ebola ont longtemps été prédits. S'y préparer à implique des structures de la santé ainsi que des structures éducatives, financières et de gouvernance. Pour pouvoir prédire et réagir à la prochaine épidémie de ce type, l'Initiative pour la sécurité sanitaire mondiale menée par les États-Unis, les propositions de Fonds universel pour les systèmes de santé et d'Assurance maladie universelle, et le Règlement sanitaire international (RSI) remanié bénéficiant d'un financement national et international adéquat ainsi que des incitations et des sanctions sont absolument vitaux.

Quatrièmement, les impondérables de la santé sont aussi des déterminants de la santé. À plus long terme, les interventions techniques pour la santé doivent tenir compte des sécurités alimentaire et économique, et vice versa.

Comme cet article a cherché à démontrer, l'arrangement actuel pour garantir les droits par l'intermédiaire de responsabilités repose sur un système d'états qui se fracture. Il appartient aux acteurs étatiques et non étatiques, comme agents constitutifs de la communauté internationale, de réaligner les droits et les responsabilités. Des recherches plus approfondies sur la répartition et l'interaction des droits et responsabilités, ainsi que des solutions constructives pour leur réalignement sont nécessaires.

Notes

1. OGATA, Sadako et CELS, Johan, « Human Security—Protecting and Empowering the People », *Global Governance* 9, no. 3, juillet-septembre 2003, p. 274.

2. Programme de développement de l'ONU, *Human Development Report, 1994*, New York : Oxford University Press, 1994, http://hdr.undp.org/sites/default/files/reports/255/hdr_1994_en_complete_nostats.pdf.

3. ROSENAU, James N. et CZEMPIEL, Ernst-Otto, éd., *Governance without Government: Order and Change in World Politics*, Cambridge, Royaume Uni : Cambridge University Press, 1992 ; et KRASNER, Stephen D., *Sovereignty: Organized Hypocrisy*, Princeton, New Jersey : Princeton University Press, 1999.

4. Voir KRASNER, *Sovereignty*, pp. 8–9, p. 42.

5. HÖSLE, Vittorio, *Morals and Politics*, trad. RENDALL, Steven, Notre Dame, Indiana : University of Notre Dame Press, 2004 ; et RISSE, Thomas, « Paradoxien der Souveränität: Die konstituive Norm, auf der die heutige Staatenwelt gründet—dass nämlich Staaten souverän

sind—gilt uneingeschränkt nicht mehr. Was heisst das? », *Internationale Politik*, juillet/août 2007, pp. 40–47.

6. MATHEWS, Jessica T., « Power Shift », *Foreign Affairs* 76, no. 1 janvier/février 1997, www.foreignaffairs.com/articles/1997-01-01/power-shift.

7. Voir JARVIK, Laurence, « NGOs: A 'New Class' in International Relations », *Orbis: Journal of World Affairs* 51, no. 2, printemps 2007, pp. 217–238 ; et MATHEWS, « Power Shift ».

8. « Franklin D. Roosevelt, 1941 State of the Union Address ('The Four Freedoms') (6 janvier 1941) », *Voices of Democracy: The US Oratory Project*, consulté le 29 juin 2015, <http://voicesofdemocracy.umd.edu/fdr-the-four-freedoms-speech-text/> ; et OGATA et CELS, « Human Security », pp. 273–282.

9. « *The Universal Declaration on Human Rights* », 1948, Article 25, Nations unies, consulté le 22 juin 2015, www.un.org/en/documents/udhr/index.shtml#a12.

10. « *International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights* », 1966, Article 12, consulté le 22 juin 2015, www.ohchr.org/EN/ProfessionalInterest/Pages/CESCR.aspx.

11. GOSTIN, Lawrence O. et FRIEDMAN, Eric A., « Ebola: A Crisis in Global Health Leadership », *Lancet* 384, no. 9951, 11 octobre 2014, p. 1323.

12. DAVIES, Sara E., *Global Politics of Health*, Cambridge, Royaume uni : Polity, 2010.

13. « *Constitution of the World Health Organization* », 1946, p. 1, consulté le 22 juin 2015, www.who.int/governance/eb/who_constitution_en.pdf.

14. « Substantive Issues Arising in the Implementation of the International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights: General Comment No. 14 (2000) », *Committee on Economic, Social and Cultural Rights*, 22^e sess., Genève, 25 avril–12 mai 2000, http://apps.who.int/disasters/repo/13849_files/o/UN_human_rights.htm.

15. LAKE, Milli, « Organizing Hypocrisy: Providing Legal Accountability for Human Rights Violations in Areas of Limited Statehood », *International Studies Quarterly* 58, no. 3, septembre 2014, p. 519.

16. *Id.*, p. 523.

17. *Id.*, p. 524.

18. MATHEWS, « *Power Shift* ».

19. FARMER, Paul, *Pathologies of Power: Health, Human Rights, and the New War on the Poor*, Berkeley : University of California Press, 2003, p. 11.

20. Voir « Constitution of the World Health Organization », 1946, p. 1 ; et World Health Organization, *International Health Regulations (2005)*.

21. Notamment avec des traitements consistant en cocktails antirétroviraux développés et brevetés par des géants de l'industrie pharmaceutique dans les pays du Nord et de l'Ouest (principalement aux États-Unis, en Grande-Bretagne et en France, ainsi qu'en Israël), jusqu'à ce que l'Inde devienne dans les années 2000 la « pharmacie du monde » offrant des médicaments génériques, souvent recombinaisonnés d'une manière novatrice pour un coût nettement inférieur au coût initial.

22. Voir le *Treatment Action Campaign*, consulté le 22 juin 2015, www.tac.org.za.

23. Le cas de l'Ouganda est plus frappant. Lorsque la première version du PEPFAR exigea des états qu'ils affectent 33,3 pour cent des fonds à des programmes de prévention du VIH préconisant uniquement l'abstinence sexuelle, le président ougandais Yoweri Museveni modifia radicalement son message politique de *zero-grazing* ce qui se traduit à la fois par un accroissement du financement et une progression de l'incidence du VIH.

24. GOSTIN et FRIEDMAN, « *Ebola: A Crisis in Global Health Leadership* », p. 1324.

25. « Ebola: What Lessons for the International Health Regulations? », *Lancet* 384, no. 9951, 11 octobre 2014, p. 1321, [www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736\(14\)61697-4.pdf](http://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736(14)61697-4.pdf).

26. Le concept de « Responsabilité de protéger » (R2P), présenté en 2001 comme tentative d'obliger la communauté internationale à assumer ses responsabilités et à agir en cas de génocide ou de crimes contre l'humanité, ne s'est pas révélé efficace.

27. Cité dans JARVIK, « *NGOs: A 'New Class'* », pp. 217–238.

28. Voir la Commission internationale de l'intervention et de la souveraineté des États, *The Responsibility to Protect*, Ottawa, Ontario, Canada : International Development Research Centre, décembre 2001, <http://responsibilitytoprotect.org/ICISS%20Report.pdf>.

29. Voir PATRICK, Stewart M. et CHARDELL, Daniel, « Course Correction: WHO Reform after Ebola », *Internationalist* (blogue), Council on Foreign Relations, 27 janvier 2015, <http://blogs.cfr.org/patrick/2015/01/27/course-correction-who-reform-after-ebola/>.