

Une nouvelle branche du droit international : Le droit international de la santé

A New Branch of International Law: International Health Law

Michel Bélanger

Volume 13, Number 4, 1982

URI: <https://id.erudit.org/iderudit/701420ar>

DOI: <https://doi.org/10.7202/701420ar>

[See table of contents](#)

Publisher(s)

Institut québécois des hautes études internationales

ISSN

0014-2123 (print)

1703-7891 (digital)

[Explore this journal](#)

Cite this article

Bélanger, M. (1982). Une nouvelle branche du droit international : Le droit international de la santé. *Études internationales*, 13(4), 611–632.
<https://doi.org/10.7202/701420ar>

Article abstract

International health law is a soft law which is now reaching full maturity. It has gradually taken root since the middle of the 19th century, and it represents a synthesis of several disciplines (international work law, international social law, international humanitarian law, international medical law, international environment law, ...) International health law must be linked to international economic law and particularly to international development law. Moreover, it is mostly a Third-world law, especially since the World Health Organization (W.H.O.) caters first of all to the needs and demands of the developing nations. Thus it offers both an ideological and technical aspect which is very present in the concepts of New International Health Order and of Primarian Health Cares. W.H.O. must be considered as the main organization in the field of international public health, though, an international sanitary division has been established with both world organizations (mainly the United Nations System organizations), trans-regional, regional or sub-regional organizations, all with sanitary competence, as well as many non-governmental organizations with a sanitary purpose. The standardization process (general standards and ordinary standards) of international health law is nevertheless very advanced, and make international health law a half proclamatory and half executory law.

UNE NOUVELLE BRANCHE DU DROIT INTERNATIONAL : LE DROIT INTERNATIONAL DE LA SANTÉ

Michel BÉLANGER*

ABSTRACT — A New Branch of International Law: International Health Law

International health law is a soft law which is now reaching full maturity. It has gradually taken root since the middle of the 19th century, and it represents a synthesis of several disciplines (international work law, international social law, international humanitarian law, international medical law, international environment law, ...) International health law must be linked to international economic law and particularly to international development law. Moreover, it is mostly a Third-world law, especially since the World Health Organization (W.H.O.) caters first of all to the needs and demands of the developing nations. Thus it offers both an ideological and technical aspect which is very present in the concepts of New International Health Order and of Primary Health Care. W.H.O. must be considered as the main organization in the field of international public health, though, an international sanitary division has been established with both world organizations (mainly the United Nations system organizations), trans-regional, regional or sub-regional organizations, all with sanitary competence, as well as many non-governmental organizations with a sanitary purpose. The standardization process (general standards and ordinary standards) of international health law is nevertheless very advanced, and make international health law a half proclamatory and half executory law.

Le droit international public est aujourd'hui plus que jamais une matière « à tiroirs ». Ses divisions, qui tendent à se multiplier, prennent deux directions principales. L'une, la plus importante, est de nature fonctionnelle: entrent dans cette catégorie le droit international du développement, le droit international économique, ou le droit international de l'environnement. La seconde direction concerne des divisions géographiques: on peut envisager l'existence d'un droit international continental (le droit international américain, etc.), d'un droit international sous-régional (par exemple, le droit communautaire européen), ou même d'un droit international trans-régional (comme le droit international des pays socialistes). Tous ces « tiroirs » ne sont pas encore véritablement ouverts: tel est le cas du droit international de l'agriculture, du droit international de l'industrie.

Quand peut-on parler de l'émergence d'une nouvelle branche du droit international? Plusieurs conditions doivent être réunies pour que l'on puisse évoquer véritablement la naissance d'une nouvelle branche du droit international. Il faut tout

* Maître-Assistant de Droit Public à l'Université de Bordeaux I.
Revue Études internationales, volume XIII, n° 4, décembre 1982

d'abord que la prise de conscience internationale de la nécessité de règles juridiques dans un domaine particulier (ou dans une zone géographique spécifique) soit effective. Le droit international public s'est fondé sur l'adoption de principes généraux (le principe de l'égalité des États, qui a permis l'échange de diplomates ou la tenue de conférences diplomatiques, ou bien encore le principe de la liberté des mers). Le droit international économique s'élabore à partir de principes qui régissent les relations économiques internationales (concernant le système commercial international, le système monétaire international et la coopération internationale pour le développement). Une seconde condition, essentielle aujourd'hui bien que corollaire de la première, tient à l'action des Organisations internationales. Les domaines d'activité des Organisations doivent en effet être particulièrement étendus dans les matières considérées (l'Organisation Internationale du Travail et le droit international du travail, etc.). La précision des règles juridiques élaborées par ces Organisations doit être élevée; autrement dit, les compétences des Organisations internationales doivent être importantes (pouvoir de contrôle de l'Accord Général sur les Tarifs Douaniers et le Commerce, ou pouvoir de gestion du Fonds Monétaire International): *a contrario*, le peu de pouvoirs de l'Organisation pour l'Alimentation et l'Agriculture est un obstacle au développement du droit international de l'agriculture. La troisième condition, qui complète les deux précédentes, implique la présence de sources juridiques systématisées (actes internationaux, coutume, principes généraux du droit, jurisprudence internationale et doctrine).

Le droit international économique est un bon exemple d'émergence récente d'une nouvelle branche du droit international public¹. Le moment est-il venu de considérer le droit international de la santé également comme une nouvelle branche du droit international public?

Le problème est ici celui de la spécificité du droit international de la santé. Le droit international de la santé est en effet à distinguer du droit international du travail et du droit social international, ainsi que du droit international humanitaire et du droit médical international.

Le droit international du travail ne touche pas seulement à des activités d'ordre sanitaire (la médecine du travail, les conséquences sur la santé du travail forcé.), mais concerne de façon générale, sur le plan international, les règles relatives au travail. En outre, plus qu'à la santé, il s'intéresse en fait à l'hygiène (Convention de Berne de 1906 sur l'emploi du phosphore, Convention n° 149 de 1977 de l'OIT sur les conditions de travail et de vie du personnel infirmier, Convention n° 152 de 1979 concernant la sécurité et l'hygiène du travail dans les manutentions portuaires, etc.).

Le droit social international est en réalité, quant à lui, une partie du droit international du travail. Il concerne non seulement les questions sanitaires liées au travail, mais aussi et surtout les questions sociales, comme celles contenues dans la Charte sociale européenne de 1961: le droit social européen a ainsi pour objet d'étude les activités sociales et aussi sanitaires des Organisations européennes (notamment le Conseil de l'Europe).

1. C.f. notre ouvrage: « *Institutions économiques internationales: introduction au droit international économique* ». Paris, Economica, 1981.

Le droit international humanitaire est en quelque sorte un droit international de la santé en période de guerre (conflit international ou guerre civile) ou de situation équivalente (l'intervention d'humanité par exemple). C'est un droit qui participe à la protection générale des droits de l'homme. Son contenu est donc plus large que celui du droit de la santé, mais son application est plus étroite.

Le droit médical international est, lui, beaucoup plus spécialisé que le droit international de la santé. Il traite certes des problèmes médico-juridiques aussi bien en temps de guerre qu'en temps de paix (assistance médicale, morale médicale, responsabilité médicale..), et son objet général est la protection internationale des individus sur le plan médical, mais en réalité son but final est la protection internationale du médecin.

Ces quatre spécialités juridiques, dont, à notre sens, seul le droit international du travail est une véritable branche du droit (tout particulièrement grâce aux activités normatives de l'OIT), n'enlèvent rien à la spécificité du droit international de la santé. Le droit à la santé est bien sûr un droit de l'homme, et les questions sanitaires, qui se posent aussi bien en période de paix qu'en période de guerre, présentent à la fois un aspect politique (humanitaire) et un aspect technique (médical). Le droit de la santé est en fait une synthèse de tout cela, et peut être défini comme l'ensemble des règles juridiques relatives à la protection internationale de la santé.

Une telle définition appelle plusieurs précisions. Pour se distinguer du droit international humanitaire, le droit international de la santé est avant tout un droit du temps de paix. On a tendu, à vrai dire, à spécifier les règles juridiques relatives aux questions sanitaires apparaissant en période de guerre (Conventions de Genève de 1949 et Protocoles additionnels de 1977). Mais il ne faut pas oublier que les Conventions sanitaires depuis le milieu du XIX^{ème} siècle, ou le Règlement sanitaire international établi dans le cadre de l'Organisation Mondiale de la Santé, ont une portée générale. Il n'empêche toutefois que le fait de considérer le droit international de la santé comme étant essentiellement un droit du temps de paix renforce à la fois sa permanence, son universalité et son unité: sa permanence d'abord, parce qu'il est un droit commun et non un droit d'exception, son universalité ensuite, parce qu'il s'applique à la totalité des États composant la société internationale, son unité enfin, car il se doit de mettre en oeuvre des règles générales.

Une autre précision à apporter est que le droit international de la santé concerne avant tout la santé humaine. Il touche à des domaines voisins (notamment la santé animale et la protection de l'environnement), mais les envisage par rapport à la protection de la santé humaine. C'est ainsi qu'une Organisation intergouvernementale comme l'Office International des Epizooties est en relations officielles avec l'OMS (depuis 1961). Ou encore, dans un but de protection des consommateurs, la Communauté économique européenne contrôle les importations de viande de boucherie (directive 72/462 du Conseil des ministres du 12 décembre 1972..). On peut évoquer également les risques de la santé humaine du fait de l'environnement avec la pollution de l'air, la pollution marine, etc.

La question de l'effectivité du droit international de la santé vient compléter celle de la spécificité de ce droit. Le droit international de la santé peut être

actuellement considéré comme un droit à part entière pour trois raisons principales. Il s'est tout d'abord produit une véritable prise de conscience de sa nécessité. Ce que nous appelons aujourd'hui le droit international de la santé a été au départ un droit international de l'hygiène, dans la mesure où, à partir de la deuxième moitié du XIX^e siècle, un certain nombre de règles juridiques à portée sanitaire ont été formulées et adoptées par des conventions qui engageaient les États Parties à uniformiser leurs pratiques dans le domaine de la prophylaxie des maladies épidémiques: il s'agissait ainsi de mesures d'hygiène (dératisation, désinsectisation... utilisées dans le cadre de la quarantaine). D'une conception défensive qui était la base du droit international de l'hygiène, on est passé, avec le droit international de la santé, à une conception offensive qui apparaît en filigrane dans la Constitution de l'OMS. L'immensité des tâches dans le domaine de la protection de la santé publique internationale, notamment dans les pays du Tiers-Monde, les domaines multiples d'intervention (maladies, fléaux sociaux comme l'usage des stupéfiants ou l'alcoolisme, protection de l'environnement...), la protection des différentes catégories de personnes (enfants, femmes, personnes âgées, handicapés...), fournissent une matière considérable à un droit international de la santé.

La création de l'OMS a ensuite beaucoup fait pour qu'existât un droit international de la santé. Sur le plan du contenu de ce droit, l'OMS (complétant, il est vrai, les activités des Organisations qui l'ont précédée) a eu, dès sa création, une conception globale de sa mission: on en a pour preuve, par exemple, le nombre et la diversité des comités d'experts qu'elle a mis en place, dont les activités couvrent l'ensemble des problèmes touchant à la santé. Mais également sur le plan de la valeur juridique des décisions qu'elle a prises, l'OMS a été dotée de compétences quasi réglementaires et quasi judiciaires qui sont assez exceptionnelles dans le droit général des Organisations internationales. Le pouvoir quasi réglementaire de l'OMS est réel, puisque cette Organisation a, constitutionnellement, la capacité d'adopter des règlements (citons par exemple l'important Règlement sanitaire international) qui, pour être obligatoires pour les États membres, ne doivent pas avoir été refusés par lesdits États (qui peuvent toutefois les accepter avec des réserves) dans un délai fixé. Les obligations des États sont ainsi particulières: adoption de mesures sanitaires adéquates, notification de ces mesures à l'OMS, etc. Les compétences quasi judiciaires de l'OMS tiennent au fait que cette Organisation peut intervenir, avec l'accord des États concernés, pour résoudre des différends d'ordre sanitaire survenus entre deux ou plusieurs États membres (art. 100 du R.S.I. de 1969 modifié). Par exemple, lors du différend survenu en 1970 entre la Turquie d'une part, la Roumanie et la Bulgarie d'autre part, à propos de l'application des règlements sur le choléra, le Directeur général de l'OMS intervint pour résoudre ce différend, et le Comité de la surveillance internationale des maladies transmissibles considéra cette action comme satisfaisante. L'OMS peut également utiliser la procédure de l'enquête internationale (art. 2 et 18 de la Constitution de l'OMS, art. 11 al. 3 et art. 22 du R.S.I.). Cette intervention, nécessitant le consentement de l'État impliqué, est toutefois limitée aux maladies quaranténaires. La procédure a été utilisée plusieurs fois (au Moyen-Orient en 1948, en Angola en 1961, dans les territoires occupés par Israël en 1974..).

Il existe enfin des sources juridiques déjà systématisées du droit international de la santé. Parmi les principes généraux du droit international de la santé, il faut

faire une place spéciale au droit à la santé, qui est aujourd'hui compris avant tout comme le droit aux soins de santé². Les actes internationaux à contenu sanitaire comprennent les traités à base humanitaire (le premier ayant été, semble-t-il, l'accord conclu le 17 juillet 1743 entre le comte de STAIR et le duc de NOAILLES), les conventions humanitaires (Conventions de Genève de 1949, Constitution de l'OMS, etc.), et les actes des Organisations internationales intervenant dans le domaine de la santé (le R.S.I. par exemple). La jurisprudence internationale n'est pas très développée en matière sanitaire (l'alinéa 3 de l'art. 100 du R.S.I., qui prévoit le recours à la Cour Internationale de Justice, n'a, jusqu'à présent, jamais été utilisé), ou plutôt intervient dans le cadre de l'élaboration du droit international humanitaire (procès des médecins allemands à Nuremberg en décembre 1946 et procès des médecins japonais à Khabarovsk en décembre 1949), et connaît une extension particulière en droit communautaire européen (arrêts de la Cour de Justice des Communautés Européennes en matière de circulation des médicaments et de droit des brevets, ainsi que pour l'application du principe de l'assimilation de l'étranger au national, principe qui est utilisé en ce qui concerne l'établissement des professions médicales et para-médicales dans les pays de la Communauté). La doctrine, active en droit médical international (tout particulièrement grâce à la Commission médico-juridique de Monaco) et en droit international humanitaire (avec notamment le Comité International de la Croix-Rouge), a ainsi une matière considérable à défricher.

Le droit international de la santé est en effet un « soft law », c'est-à-dire un droit en formation. Ce droit récent tend à prendre de plus en plus d'importance, car il est lié à l'extension du droit international économique en général et du droit international du développement en particulier. Un rapport étroit existe de fait entre santé et développement³, parce que la protection sanitaire, dans les pays du Tiers-Monde notamment, est conçue comme un impératif du développement. Avant d'être une branche du droit international général, le droit international de la santé est une branche du droit international du développement. Cela explique qu'il présente un certain caractère idéologique. La situation sanitaire d'un pays sert par exemple de critère pour l'utilisation du concept, nouveau en droit international, de pays les moins avancés (P.M.A.). Il n'y a donc pas de politique du développement sans politique de la santé. Une telle conception est nettement contenue dans les concepts de soins de santé primaires et de nouvel ordre sanitaire international.

La notion de soins de santé primaires (S.S.P.), concept-clef de la stratégie centrale de l'OMS la plus importante actuellement, a été officiellement adoptée lors de la Conférence d'Alma-Ata, organisée conjointement par l'OMS et le Fonds des Nations Unies pour l'Enfance (FISE/UNICEF) en août-septembre 1978. Elle est la résultante en réalité de deux types d'expériences mises en oeuvre dès les années 1950-1960: au plan international, le FISE/UNICEF a toujours préconisé ce qu'il a

2. H.D.C. ROSCAM ABBING: « *International Organizations in Europe and the Right to Health Care* » (Kluwer, Deventer, 1979).

3. Louis-Paul AUJOLAT: « *Santé et développement en Afrique* »? Paris, A. Colin, Institut International d'Administration Publique, 1969. La liaison entre santé et développement a été officialisée par la résolution 34/58 adoptée par l'Assemblée Générale de l'Organisation des Nations Unies le 29 novembre 1979.

qualifié au départ de « services de base » puis de « services communautaires », et, au plan national, un certain nombre de pays (Cuba dès 1960, le Venezuela après 1962, le Niger à partir de 1963, la Chine en 1965, etc.) ont fondé leur système de santé sur des principes comme l'accessibilité à tous des services de santé ou l'intervention directe des masses organisées. Les S.S.P. sont en effet des soins de santé accessibles à tous les individus et à toutes les familles d'une communauté donnée dans un pays donné, faisant appel à des méthodes et à des mesures sanitaires en général simples et d'un coût peu élevé, et applicables par la population elle-même ainsi que par des personnels médicaux ou para-médicaux brièvement formés. Or la Déclaration d'Alma-Ata évoque (dans son art. 3) l'interdépendance existant entre la santé et le progrès économique et social, et se réfère directement au nouvel ordre économique international.

Le concept de nouvel ordre sanitaire international (NOSI)⁴ est justement un élément du nouvel ordre économique international. Le NOSI est avant tout fonctionnel, car il se réalise à travers la coopération entre les États, principalement dans le cadre des Organisations internationales à objet ou à compétences sanitaires. Le problème est ici celui de l'adoption d'une stratégie (notamment à long terme): la politique des soins de santé primaires exprime ainsi le choix d'une stratégie à moyen terme (1980 — an 2 000). Le NOSI peut être également structurel, dans la mesure où se pose aujourd'hui le problème de la gestion démocratique des Organisations internationales. L'OMS peut être en effet considérée comme une Organisation internationale classique, puisqu'elle a été constituée avant la période de décolonisation massive. La régionalisation de l'OMS atténuée, il est vrai, ce caractère.

Le NOSI peut alors être compris comme exprimant la volonté de la majorité des États du monde, à savoir les pays en développement, de refondre les règles du droit international de la santé. Les demandes des pays du Tiers-Monde relatives au contenu de la coopération sanitaire internationale, se traduisent par un refus de ce que l'on peut qualifier de néo-colonialisme technologique, c'est-à-dire l'influence sur le plan international des conceptions médicales prônées par les pays développés et appliquées tout particulièrement par les sociétés transnationales de médicaments. L'OMS a repris, dans une certaine mesure, ces demandes en en structurant et en en régularisant le développement (en utilisant notamment l'art. 21 de sa Constitution). C'est ainsi, par exemple, que son effort de systématisation juridique s'est traduit par l'adoption par l'Assemblée mondiale de la santé en 1981 du Code international de commercialisation des substituts du lait maternel, ou encore en 1982 de mesures permettant à l'Organisation de déposer des brevets pharmaceutiques et de faire valoir ses droits de propriété industrielle.

Le droit international de la santé est ainsi un droit original de par la place particulière qu'il occupe au sein du droit international économique. Il est significatif de l'évolution contemporaine du droit international général, qui doit s'adapter à une

4. EARTHSCAN (Anil AGARWAL, Mike MULLER et Geoff WATTS): « *Vers un nouvel ordre de la santé* ». Paris, Les Ed. Ouvrières, Coll. Nord-Sud, 1981; Charles Olke VAN PANNENBORG: « *A New International Health Order: an Inquiry into the International Relations of World Health and Medical Care* ». Alblasterdam, Université de Groningue, 1978, notamment pp. 30-75 et pp. 296-343.

situation géo-politique déterminée à la fois par la diversité catégorielle des pays et par l'interdépendance des besoins des États. Cette double tendance se retrouve d'ailleurs de façon caractéristique dans le droit international de la santé, qui est un droit dont l'élaboration est marquée par deux traits principaux, à savoir la diversité organisationnelle et l'unification normative.

I — LA DIVERSITÉ ORGANISATIONNELLE

Le premier problème essentiel de l'élaboration d'un droit est celui de la convergence des sources. La solution de ce problème est due aujourd'hui largement à l'intervention d'Organisations mondiales spécialisées dans un domaine particulier, et qui sont regroupées au sein du système des Nations Unies.

Il en est ainsi, avec l'OMS, pour le droit international de la santé. Mais la centralisation institutionnelle dans le domaine de la protection internationale de la santé a toujours été battue en brèche, aujourd'hui plus que jamais: si l'OMS reste l'Organisation centrale, on assiste au développement d'une véritable parcellisation sanitaire internationale.

A — L'Organisation mondiale de la santé en tant qu'organisation centrale

Le caractère d'Organisation centrale qui est celui de l'OMS actuellement signifie en fait un certain affaiblissement de cette Organisation. En 1946, le but de la création de l'OMS était particulièrement ambitieux, puisqu'il s'agissait d'instituer une Organisation unique de la santé sur le plan international. L'OMS a ainsi été dotée de compétences importantes.

1 — L'idée de l'Organisation unique et ses limites

La coopération sanitaire internationale, fondée au départ sur certaines pratiques de défense sanitaire (par exemple avec l'institution des provéditeurs de la santé à Venise) puis sur la généralisation de ces pratiques (avec la quarantaine), s'est institutionnalisée à partir du milieu du XIX^e siècle avec les Conférences sanitaires internationales. Elle a permis la conclusion d'accords multilatéraux à objet sanitaire (Convention de Venise de 1892, Convention de Dresde de 1893, etc..).

La création d'Organisations internationales sanitaires est venue renforcer cette coopération. Les Conseils quarantaires (à Tanger, Alexandrie, Constantinople et Téhéran) n'ont été que des organismes sanitaires internationaux à vocation restreinte. Une seconde génération d'Organisations a réuni des organismes sanitaires internationaux à vocation générale, avec l'Office International d'Hygiène Publique (1907), l'Organisation d'Hygiène de la Société des Nations et l'Administration des Nations Unies pour le Secours et le Relèvement (UNRRA, 1943). En outre, dès 1902, une Organisation sanitaire du continent américain a été créée sous le nom de Bureau Sanitaire International en Amérique.

Ainsi, à la fin de la Seconde Guerre mondiale, il y avait une multiplicité d'organismes internationaux à vocation sanitaire:

- le Conseil Sanitaire Maritime et Quarantenaire d'Égypte, reconnu comme Bureau régional d'information épidémiologique de l'OIHP (les trois autres Conseils quarantentaires ont disparu au cours de la Première Guerre mondiale);
- le Bureau Sanitaire Panaméricain (qui prit ce nom en 1923);
- l'OIHP, qui n'a pas été absorbé par la Commission Temporaire des Épidémies (qui a été le préalable à l'Organisation permanente d'hygiène qu'a constituée la SDN), du fait principalement de l'opposition des États-Unis;
- l'Organisation d'Hygiène de la SDN, qui a poursuivi pendant la guerre deux activités: le Service des renseignements épidémiologiques et des statistiques sanitaires, ainsi que l'Administration des étalons biologiques internationaux;
- et la Division de la santé de l'UNRRA.

Lors de la Conférence de San Francisco d'avril-juin 1945, plusieurs États (notamment le Brésil et la Chine) demandèrent l'institution d'une Organisation internationale unique de la santé. Cette idée présida ainsi à la création de l'OMS le 22 juillet 1946. La Commission Intérimaire, mise en place dans l'attente que les instruments de ratification de vingt-six États Membres des Nations Unies aient été déposés entre les mains du Secrétaire général de l'ONU pour l'entrée en vigueur de la Constitution de l'OMS, réalisa en effet, pour appliquer cette idée, une triple opération. Tout d'abord, elle reprit les fonctions des Organisations internationales sanitaires antérieures, à savoir l'OIHP (l'Arrangement de Rome de 1907 a été dénoncé individuellement par les États Parties entre 1946 et 1952), l'Organisation d'Hygiène de la SDN (ainsi que le Bureau d'Orient de la SDN situé à Singapour), et la Division de la santé de l'UNRRA (l'UNRRA disparut le 30 juin 1947). Ensuite, elle intégra les Organisations régionales de la santé existantes, c'est-à-dire l'Organisation Sanitaire Panaméricaine (qui prit cette appellation en 1947), qui devint (par l'Accord de Washington du 24 mai 1949) la Région OMS des Amériques, et le Bureau sanitaire régional panarabe d'Alexandrie (les fonctions du Conseil Sanitaire Maritime et Quarantenaire d'Égypte avaient été reprises en 1938 par le ministère de la Santé d'Égypte, mais en 1946 les États Membres de la Ligue Arabe avaient décidé de lui rendre son statut de Bureau régional), dont les fonctions furent transférées à l'OMS en juillet 1949 et qui devint le Bureau régional OMS de la Méditerranée orientale. Enfin, elle conclut un certain nombre d'arrangements avec l'ONU et des Institutions spécialisées des Nations Unies (OIT, FAO, Organisation de l'Aviation Civile Internationale, Organisation des Nations Unies pour l'Éducation, la Science et la Culture): ces arrangements furent ultérieurement repris et multipliés par les Assemblées mondiales de la santé.

Donc, en 1946 — 1948, le mouvement s'est nettement amorcé en faveur de la constitution d'une Organisation unique de la santé. Cette volonté de centralisation doit être considérée comme l'aboutissement de l'expérience de la coopération sanitaire internationale depuis le milieu du XIX^{ème} siècle.

L'idée de l'Organisation sanitaire unique a connu pourtant, dès le départ, des limites d'un point de vue fonctionnel. Elle ne put, tout d'abord, interdire le maintien de l'aide sanitaire bilatérale (par exemple celle attribuée par des États développés à leurs anciennes colonies). Elle ne put, ensuite, empêcher l'existence d'une coopération multilatérale partielle en matière sanitaire (une telle coopération s'est développée, par exemple, entre les États de l'Europe du Nord à partir de 1907, et sera

amplifiée dans le cadre du Conseil Nordique). Elle ne put, enfin, limiter l'intervention dans le domaine sanitaire d'Organisations universelles (l'ONU, mais aussi les Institutions spécialisées des Nations Unies, ainsi que les Organisations non gouvernementales à objet sanitaire).

À ces limites fonctionnelles s'ajoutent des limites d'ordre budgétaire, car le budget d'une seule Organisation internationale ne peut suffire pour résoudre les problèmes sanitaires du monde, qu'ils soient généraux (notamment l'éradication de maladies) ou particuliers (lorsqu'il y a urgence, par exemple pour arrêter une épidémie, ou encore en période de guerre). Le Programme des Nations Unies pour le Développement ou la Banque Mondiale ont ainsi aujourd'hui pris en partie le relais financier de l'OMS, alors que la Croix-Rouge Internationale intervient spécialement dans les situations de conflits armés.

Il faut rappeler également que l'accession à l'indépendance des États du Tiers-Monde, avec leur entrée à l'O.M.S., a modifié largement les données de la coopération sanitaire internationale. Des critiques ont ainsi été adressées à l'encontre du fonctionnement jugé trop bureaucratique de cette Organisation⁵.

2 – La technique de l'attribution d'un pouvoir décisionnel à l'OMS et ses limites

En dotant l'OMS de fonctions quasi réglementaires et quasi judiciaires, les constituants de 1946 ont voulu, sans nul doute, donner à cette Organisation des *compétences supranationales*⁶. Les principaux éléments de la supranationalité de l'OMS sont les suivants :

- la Constitution de l'OMS ne contient pas de dispositions permettant la sortie de l'Organisation : l'universalité fonctionnelle de l'Organisation est ainsi renforcée ; les normes de l'OMS sont ainsi des normes générales de droit international, qui lient tous les États ;
- l'art. 73 de la Constitution de l'OMS signifie qu'un tiers des États Membres de l'Organisation peut être lié contre sa propre volonté, puisque, pour l'adoption d'un amendement à la Constitution ou d'une révision de ce texte, la règle de l'unanimité est abandonnée au profit de la règle de la majorité des deux tiers ;
- surtout, avec les règlements de l'OMS, est utilisé le système de la ratification négative, car, les règlements ne nécessitant pas de ratification, si un État Membre ne veut pas être lié, il doit prendre l'initiative de l'action en utilisant le procédé de la réserve.

Le RSI de 1969 limite d'ailleurs, de façon particulière, la souveraineté des États en donnant à l'OMS le droit d'investigation dans des « zones infectées », alors que les précédents RSI se réfèrent directement aux États : le fondement de l'intervention de l'OMS est ainsi épidémiologique, c'est-à-dire fonctionnel, et l'intervention de l'Organisation ne peut être entravée par les instances étatiques.

5. Annie THEBAUD-MONY : « *Besoins de santé et politique de santé : analyse des travaux de l'O.M.S. : 1974 – 1978* ». Thèse, U.E.R. de Sciences Sociales, Paris V, 1980, Tome I.

6. H.D.C. ROSCAM ABBING, *op. cit.*, pp. 316-343.

On peut ainsi parler de pouvoir décisionnel de l'OMS⁷, contenu dans les art. 21 et 22 de la Constitution de l'Organisation. Ce pouvoir n'est pas seulement fondé sur des règlements, mais aussi de plus en plus sur de simples résolutions de l'Assemblée mondiale de la santé, par exemple en matière de standardisation biologique (résolution WHA 18.7) ou avec la pharmacopée internationale (résolution WHA 3.10).

Les obligations des États sont particulièrement précises en ce qui concerne les procédures de la notification et de la publication: les États doivent transmettre un certain nombre d'informations à l'OMS, notamment à propos des vaccinations ainsi que des zones infectées.

Le système juridique de l'OMS, fondé dès 1946 sur la reconnaissance à cette Organisation de compétences quasi réglementaires et quasi judiciaires a été en réalité complété progressivement par l'emploi d'une procédure plus directe, rendue nécessaire à la fois par l'accroissement du nombre des États Membres de l'OMS, par un certain nombre de considérations techniques, et par les avantages résultant de l'acceptation des normes et de la coordination des actions sanitaires étatiques.

Mais le pouvoir décisionnel de l'OMS connaît plusieurs limites. Il n'existe en fait que pour les matières techniques énumérées limitativement à l'art. 21 de la Constitution. Les États peuvent en outre se dégager de la réglementation internationale en faisant connaître au Directeur général de l'Organisation, dans un délai déterminé, qu'ils refusent le règlement ou qu'ils l'admettent avec des réserves. La limite fondamentale reste le principe de la souveraineté étatique. Par exemple, pour que l'OMS puisse procéder à une enquête internationale, le consentement de l'État concerné est nécessaire. Il faut évoquer également, à ce propos, la situation des « Membres inactifs » de l'OMS, qui sont des États (l'Union soviétique avec l'Ukraine et la Biélorussie le 12 février 1949, la Bulgarie le 29 novembre 1949, la Roumanie le 20 février 1950, l'Albanie le 25 février 1950, la Tchécoslovaquie le 14 avril 1950, Formose le 5 mai 1950) qui, en raison de diverses critiques adressées à l'OMS (activités insuffisantes, charges financières trop lourdes, méthodes, résultats, caractère bureaucratique, politisation...), et ne pouvant se retirer juridiquement de l'Organisation, ont décidé de ne pas participer aux activités et au financement de l'OMS (pratiquement tous ont repris leur participation active, en 1952 pour Formose, et en 1955-1958 pour les États communistes: il ne reste que le cas de l'Ukraine et de la Biélorussie).

Si l'idée d'Organisation unique ne pouvait s'appliquer réellement dans le domaine de la santé internationale, le choix de fonctions particulières confiées à l'OMS s'est révélé véritablement opérationnel. L'OMS reste l'Organisation principale en matière sanitaire, à côté des autres Organisations mondiales à caractère technique. Elle reste même l'Organisation centrale face aux multiples Organisations régionales, trans-régionales et sous-régionales qui exercent des activités sanitaires.

7. F. GUTTERIDGE: « Notes on Decisions of the World Health Organization » (in Stephen M. SCHWABEL, dir.: « *The Effectiveness of International Decisions* », Leyden, Sijthoff, 1971, pp. 277-282).

B — La parcellisation sanitaire internationale

La coopération institutionnelle internationale sur le plan sanitaire est aujourd'hui extrêmement fournie. La conception d'une OMS Organisation unique de la santé n'a nullement empêché de nombreuses Organisations internationales d'exercer des activités sanitaires. Il est en effet intéressant de constater que, dès la fin de la Deuxième Guerre mondiale, les Organisations régionales qui ont été constituées, qu'elles soient politiques, économiques ou militaires, ont eu des activités sanitaires. On assiste ainsi actuellement à une véritable parcellisation sanitaire internationale, qui exprime une double tendance, à la fois à la déconcentration et à la décentralisation.

1 — La déconcentration sanitaire internationale

La déconcentration sanitaire internationale peut être comprise comme étant l'attribution de compétences sanitaires à des institutions internationales représentant le système des Nations Unies dans les différents continents. Elle participe en fait à un double mouvement: d'un côté, en ce qui concerne l'OMS, elle est une application de l'idée d'Organisation unique de la santé, mais, d'un autre côté, dans le cadre des autres Organisations du système des Nations Unies, elle accroît l'éclatement des activités sanitaires internationales.

En étant principalement une application de l'idée d'Organisation unique de la santé, appliquée avec la création de l'OMS, la déconcentration sanitaire internationale est une technique classique de renforcement de la centralisation. Ce mouvement avait été amorcé, avant la Deuxième Guerre mondiale, avec la mise en place par l'Organisation d'Hygiène de la SDN d'un Bureau d'Extrême-Orient en 1925 (installé à Singapour) et d'une « succursale » épidémiologique en mai 1944 (à Washington). Mais c'est avec l'OMS que la déconcentration sanitaire internationale est devenue systématique. Le concept de déconcentration internationale traduit un progrès dans le caractère universel des Organisations internationales, dans la mesure où les représentants de ces Organisations sont présents dans les différents continents, et également dans la mesure où sont créés des organismes dotés de compétences déléguées du Sièg. L'OMS possède en effet, depuis sa création, des institutions régionales (Comités régionaux, Bureaux régionaux placés sous l'autorité de Directeurs régionaux, et Comités consultatifs régionaux de la recherche médicale), couvrant la totalité de la planète (Région africaine, Région des Amériques, Région de la Méditerranée orientale, Région du Pacifique occidental, Région du Sud-Est asiatique et Région européenne). Ces institutions régionales, selon l'art. 45 de la Constitution de l'OMS, sont « partie intégrante » de l'Organisation. La déconcentration est en effet effective dans la mesure où:

- les instances régionales de l'OMS ne disposent pas de l'autonomie financière;
- les organes centraux de l'OMS contrôlent les activités des organes régionaux;
- les Bureaux régionaux ont pour mission d'exécuter, dans les limites des Régions OMS, les décisions de l'Assemblée mondiale de la santé et du Conseil exécutif;
- les Directeurs régionaux sont nommés par le Conseil exécutif de l'OMS;
- la nomination des fonctionnaires régionaux de grade élevé nécessite l'approbation du Sièg.

La centralisation de l'OMS, qui connaît un aménagement particulier avec la mise en place des Régions OMS⁸, se fonde ainsi à la fois sur des relations hiérarchiques et des relations de tutelle entre les organes centraux et les organes régionaux.

La déconcentration sanitaire internationale, si elle s'exprime principalement dans le cadre de l'OMS régionalisée dans le sens d'un aménagement de la centralisation sanitaire internationale au profit de cette Organisation, participe également à un mouvement contraire d'éclatement des activités sanitaires sur le plan mondial. Certaines autres Organisations du système des Nations Unies exerçant, à côté de leur domaine privilégié de compétence, des activités d'ordre sanitaire, ont en effet mis en place des structures régionales. L'OIT réunit des Conférences régionales. L'UNESCO, qui intervient en matière d'éducation de la santé, a établi des Régions. Le FISE/UNICEF possède sept régions.

Le mouvement de déconcentration des Organisations du système des Nations Unies reste en réalité, dans le domaine sanitaire, assez limité. Il ne concerne pas toutes les Organisations, comme notamment la Banque Mondiale. Sa place n'est en outre pas très bien définie entre le coordination « politique » (le choix et l'application d'une stratégie comme celle des soins de santé primaires), administrative et financière des activités sanitaires internationales, et la décentralisation de ces activités. Le fonctionnement des institutions sanitaires internationales depuis la Seconde Guerre mondiale traduit une préférence de plus en plus marquée des États pour la décentralisation.

2 – La décentralisation sanitaire internationale

Si la déconcentration de l'OMS correspondait au départ à un aménagement de l'idée d'Organisation unique de la santé, la décentralisation signifie un aménagement de l'idée d'Organisation centrale. Le principe de la régionalisation a été largement admis lors de la constitution de l'OMS, mais des divergences de vues se sont manifestées à propos des fonctions des Bureaux régionaux. Certains États ne souhaitaient qu'une décentralisation réduite, attribuant aux Bureaux régionaux seulement un rôle de services d'information épidémiologique. D'autres États voyaient dans la décentralisation un risque réel d'affaiblissement de l'autorité des organes centraux de l'OMS. Le choix de la régionalisation de l'OMS en 1946 se fonde toutefois sur un certain nombre d'éléments de décentralisation internationale.

La décentralisation de l'OMS⁹ apparaît tout d'abord en ce qui concerne la composition des organes régionaux: les Comités régionaux réunissent les représentants des États Membres de l'OMS situés dans les différentes zones, et les Directeurs régionaux sont élus par ces mêmes représentants. Il faut remarquer que ce système

8. Claude-Henri VIGNES: « La régionalisation de l'O.M.S. » in « *Régionalisme et universalisme dans le droit international contemporain* », Société Française pour le Droit International, Colloque de Bordeaux de 1976, Paris, Pédone, 1977, pp. 189-200.

9. Robert BERKOV: « *The World Health Organization: A Study in Decentralized Administration* ». Thèse, Sciences Politiques, Genève, 1957.

électif est profondément original par rapport aux autres institutions des Nations Unies. Les compétences des organes régionaux de l'OMS sont également décentralisées. Les Comités régionaux possèdent en effet certaines compétences propres: ils formulent les directives qui se rapportent aux questions de caractère exclusivement régional, ou recommandent l'utilisation de crédits supplémentaires par les gouvernements des États Membres des régions OMS. Les Directeurs régionaux sont eux-mêmes de véritables autorités régionales: ils sont de droit secrétaires des Comités régionaux, nomment un certain nombre de fonctionnaires aux postes régionaux, etc.

Le principe d'autonomie connaît donc une certaine application à l'OMS, dans le cadre de la décentralisation géographique. Cette décentralisation tend à s'accroître. Elle est tout d'abord complétée par une décentralisation technique résultant de la quasi institutionnalisation à l'OMS de la pratique des groupes d'experts, qui sont réunis en tableaux et comités, et qui également interviennent dans le cadre du Comité Consultatif de la Recherche Médicale. Les tableaux d'experts, composés d'experts dont l'Organisation peut obtenir des avis techniques sur un sujet particulier, sont utilisés fréquemment par l'OMS, mais ce sont surtout les comités d'experts, réunis par le Directeur général de l'OMS pour traiter un sujet particulier, qui jouent un rôle essentiel dans l'élaboration de la politique de l'Organisation. Il serait toutefois possible d'accroître l'autorité normative des comités OMS d'experts, en leur donnant, à l'instar du Comité d'experts OMS de l'administration publique de la santé, un statut permanent. Le rôle des experts pour dire le droit international de la santé est ici d'autant plus important que de nombreux comités mixtes ont été établis, comprenant des experts de l'OMS et des experts d'autres Organisations internationales intervenant dans le domaine de la santé publique (Comité mixte FAO/OMS d'experts des additifs alimentaires, Comité mixte FAO/OMS/PNUÉ sur les contaminations des aliments, etc.).

La décentralisation géographique de l'OMS est également renforcée par la volonté d'autonomie des États Membres. Ceux-ci ont en effet confié des compétences sanitaires aux Organisations régionales qu'ils ont créées. Il est caractéristique de constater que toutes les Organisations trans-régionales, régionales ou sous-régionales, mises en place depuis la Seconde Guerre mondiale, qu'elles soient politiques, militaires ou économiques, ont aussi des activités sanitaires. Cela est particulièrement développé en ce qui concerne les Organisations européennes (Conseil de l'Europe, Conseil Nordique, Union de l'Europe Occidentale, Communautés européennes, Benelux), ou occidentales (Organisation du Traité de l'Atlantique Nord, Organisation de Coopération et de Développement Économiques), mais aussi les Organisations des autres continents (Organisation de l'Unité Africaine, Ligue Arabe, Conseil de Coopération du Golfe, Commission du Pacifique Sud, etc.). On assiste ainsi à l'élaboration, à côté du droit international général de la santé, de droits régionaux de la santé. Le droit européen de la santé est un droit essentiellement technique, c'est-à-dire fondé sur des accords intervenant dans des domaines techniques: tel est le cas de l'Accord Partiel de 1959, ou encore des Accords européens conclus dans le cadre du Conseil de l'Europe; ce droit présente toutefois, à certains égards, un aspect idéologique, notamment avec l'application, dans le cadre du Conseil Nordique et des Communautés européennes, des principes de liberté de circulation et de liberté d'établissement. Ce que l'on peut appeler le

droit tiers-mondiste de la santé est par contre avant tout un droit idéologique, c'est-à-dire basé sur des conceptions idéologiques, marquées tout particulièrement par un rejet de la médecine occidentale; cependant ce droit adopte progressivement un certain nombre de mesures techniques (en matières de fabrication de médicaments essentiels par exemple).

Le problème est alors, sur le plan général, celui de la compatibilité de l'action de l'OMS avec celle des autres Organisations internationales intervenant dans le domaine de la santé. L'OMS a assisté avec méfiance à la multiplication des Organisations régionales à compétences sanitaires, et s'est opposée jusqu'à ce jour à la création d'Organisations régionales de la santé. Elle n'a pas ainsi délégué de ses compétences aux Organisations régionales existantes exerçant des activités sanitaires. Sa réaction a été en fait double. Elle a, en premier lieu, conclu un certain nombre d'accords officiels avec des Organisations régionales politiques (la Ligue Arabe le 22 août 1961 et l'OUA le 24 septembre 1969) et des Organisations financières régionales (la Banque Africaine de Développement en mai 1974 et la Banque Islamique de Développement en mai 1978). Mais ces accords ne sont pas nombreux. Il faut cependant y ajouter la procédure des relations officielles appliquée par l'OMS à de nombreuses ONG, ainsi que les accords entre l'OMS, l'ONU et les autres Organisations du système des Nations Unies. On peut en outre penser que la procédure des accords officiels avec des Organisations régionales va être développée. C'est ainsi qu'un accord, établi par un échange de lettres du 29 mai et du 19 juin 1972, a été conclu entre la Commission des Communautés européennes et le Bureau régional de l'OMS pour l'Europe (et il est actuellement prévu un accord au niveau mondial); la Banque Interaméricaine de Développement a de même engagé des discussions avec l'OMS depuis novembre 1979 pour établir un tel accord; ou encore, l'Association des Nations de l'Asie du Sud-Est a adopté à Manille en juillet 1980 le principe de sa collaboration avec l'OMS.

En second lieu, l'OMS s'est tournée principalement vers les pays du Tiers-Monde. Le droit international de la santé élaboré actuellement par cette Organisation est largement un droit tiers-mondiste, c'est-à-dire un droit fondé en grande partie sur les demandes des pays en développement. Pour rester l'Organisation centrale de la santé sur le plan international, l'OMS s'est en effet attachée principalement aux problèmes sanitaires des pays du Tiers-Monde: elle a ainsi privilégié la coopération technique entre pays en développement (par exemple dans le domaine de la fabrication des médicaments). Elle favorise de la sorte la décentralisation sanitaire internationale.

La parcellisation sanitaire internationale ne détruit pas fondamentalement la centralisation sanitaire voulue avec la création de l'OMS. Cette Organisation a été suffisamment souple et pragmatique pour s'adapter à cette situation. En réalité, un réseau sanitaire mondial fort ténu a été mis en place, à l'intérieur duquel l'OMS reste l'Organisation centrale. La diversité organisationnelle est donc le signe d'un assouplissement institutionnel, le but ultime restant l'élaboration d'un droit international de la santé le plus complet possible.

II – L'UNIFICATION NORMATIVE

La diversité organisationnelle n'empêche pas irrémédiablement l'unification des normes de droit international de la santé. Elle facilite même l'édiction de ces normes, alors que la fonction d'unification est reconnue à l'OMS: par exemple, le Conseil de l'Europe et l'Institut national néerlandais de santé publique ont fixé une normalisation de l'hémoglobinométrie qui a été reconnue comme normalisation internationale par l'OMS.

Il convient de distinguer entre ce qu'il est possible d'appeler les normes cadres et les normes ordinaires. Les normes cadres sont les normes qui établissent, à travers la formulation de principes, le cadre général d'une activité, alors que les normes ordinaires sont des normes fondées sur les éléments techniques. L'intérêt de cette distinction est d'une part son caractère opérationnel, d'autre part le fait que l'on évite un classement selon les fonctions éthique, politique ou technique des normes considérées (alors que ces fonctions sont souvent confondues), et enfin que l'on considère que toutes les normes peuvent avoir une application immédiate. L'unification des normes de droit international de la santé concerne à la fois ces deux catégories de normes.

A — L'unification des normes cadres

Les normes cadres de droit international de la santé fixent le cadre général des activités sanitaires internationales. Elles présentent une double caractéristique, à savoir établir un droit proclamatoire¹⁰, et concerner des normes catégorielles.

1 – Un droit proclamatoire

Le droit international de la santé fait appel à un certain nombre de normes à portée générale. Cela traduit en partie le caractère de « soft law » de ce droit. L'OMS est appelée à jouer un rôle important dans l'élaboration de ces normes. L'art. 2 de sa Constitution, consacré aux fonctions de l'Organisation, stipule que l'OMS est chargée de « favoriser l'amélioration des normes de l'enseignement et de celles de la formation du personnel sanitaire, médical et apparenté » (paragraphe o), ou encore de « standardiser, dans la mesure où cela est nécessaire, les méthodes de diagnostic » (paragraphe t), et finalement « d'une manière générale, (de) prendre toute mesure nécessaire pour atteindre le but assigné à l'Organisation » (paragraphe v). Les normes cadres de droit international de la santé sont également contenues dans les résolutions de l'Assemblée mondiale de la santé. Par exemple, la résolution WHA 29.55 de la vingt-neuvième A.M.S. de mai 1976 prie (art. 3 par. 4) le

10. Monique CHEMILLER-GENDREAU: « Droit proclamatoire et droit exécutoire » (in « *Réalités du droit international contemporain* », Actes de la IV^e Rencontre de Reims, Centre d'Étude des Relations Internationales, 1978. Cf. également Jean DUPUY: « Droit déclaratoire et droit programmatore: de la coutume sauvage à la 'soft law' » (in « *L'élaboration du droit international* », S.F.D.I., Colloque de Toulouse, Pédone, 1975, pp. 132-148), Hubert THIERRY « Esquisse d'une classification fonctionnelle des normes du Droit international ». Mél. CHARLIER, 1981, pp. 297-308.

Directeur général « de promouvoir la normalisation: a) des définitions, méthodes de mesure et statistiques concernant le comportement de fumeur, la consommation de tabac et la morbidité et la mortalité liées à l'usage du tabac; b) des techniques de laboratoires employées pour l'analyse quantitative des substances nocives contenues dans les produits à base de tabac »¹¹.

Il faut ajouter que les différentes Déclarations émanant des Organisations du système des Nations Unies (par exemple la Déclaration des droits du déficient mental du 20 décembre 1971, ou la Déclaration des droits des personnes handicapées du 9 décembre 1975), des Organisations régionales (par exemple la Charte sociale européenne, adoptée par le Conseil de l'Europe le 18 octobre 1961), et même des ONG (par exemple la Déclaration des droits de l'enfant, qui a été rédigée le 17 mai 1923 par l'Union Internationale de Secours aux Enfants, adoptée par la SDN, et reprise par une résolution du 20 novembre 1959 de l'Assemblée générale de l'ONU ou encore le Code international d'éthique médicale adopté par l'Association Médicale Mondiale le 12 octobre 1949), se fondent sur des principes à caractère normatif. Ces textes, par leur nombre et leur diversité, font du droit international de la santé un droit largement proclamatoire.

2 – Des normes catégorielles

Les normes cadres établies par le droit international de la santé semblent concerner essentiellement des catégories de personnes. Plusieurs classements sont en fait envisageables et sont utilisés conjointement en droit international de la santé :

- le classement par domaines: ce classement est utilisé par le Pacte international relatif aux droits civils et politiques (16 décembre 1966), le Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels (16 décembre 1966), ou la Déclaration sur le progrès social et le développement (11 décembre 1969);
- le classement par thèmes: Convention pour la prévention et la répression du crime de génocide (9 décembre 1948), Déclaration sur l'éradication de la faim et de la malnutrition (16 novembre 1974), etc.;
- et le classement par catégories, qui peut être soit un classement vertical, concernant les problèmes touchant toutes les catégories d'individus (Convention sur la suppression du trafic des personnes et l'exploitation de la prostitution des autres du 2 décembre 1949, Convention concernant le statut des réfugiés du 26 avril 1954, Convention sur la réduction de l'apatridie du 4 décembre 1954, etc.), soit un classement horizontal, tenant compte des catégories de personnes.

Le classement catégoriel horizontal est de plus en plus utilisé (notamment avec la procédure des « Années internationales »), car il permet de cerner les différents aspects des problèmes juridiques qui se posent (personnes concernées, domaines d'application, lacunes de la législation internationale). Cette méthode facilite l'unification des normes cadres de droit international de la santé.

11. OMS.: « *Recueil des résolutions et décisions de l'Assemblée Mondiale de la Santé et du Conseil Exécutif* ». Genève, Vol. II, 4^e éd., 1981, pp. 109-110.

On peut ainsi considérer que les normes cadres établies par le droit international de la santé sont essentiellement des normes qui s'appliquent à des catégories de personnes. Par exemple, le principe général de la protection internationale des enfants est utilisé en référence à un certain nombre de normes, notamment :

- en matière de développement physique et moral : principe 2 de la Déclaration des droits de l'enfant, paragraphe 16 de la Proclamation de Téhéran du 13 mai 1968, art. 10 de la Déclaration sur le progrès social et le développement ;
- en matière de protection médicale : principe 4 de la Déclaration des droits de l'enfant ; art. 10 par. 3 du Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels (protection de la santé des enfants au travail) ;
- en matière nutritionnelle : principe 4 de la Déclaration des droits de l'enfant, art. 11 du Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels, art. 10 de la Déclaration sur le progrès social et le développement ;
- en matière de handicap : principe 5 de la Déclaration des droits de l'enfant ;
- en matière de torture : paragraphe 5 de la Déclaration sur la protection des femmes et des enfants en cas d'urgence et de conflit armé (14 décembre 1974) ;
- en ce qui concerne l'immigration et l'émigration : art. 17 de la Convention sur la suppression du trafic des personnes et l'exploitation de la prostitution des autres.

Un autre exemple peut être donné avec la protection internationale des handicapés, qui, fondée sur le concept de droit au traitement, fait appel à des normes cadres concernant tout, particulièrement les domaines médical, social, professionnel et éducatif (résolution du 13 juillet 1950 du Conseil Économique et Social de l'ONU, Déclaration des droits du déficient mental du 20 décembre 1971, Déclaration des droits des personnes handicapées du 9 décembre 1975, Recommandation n° 99 du Bureau International du Travail).

L'intérêt des normes cadres à portée catégorielle est d'établir une protection globale et universelle de groupes humains (enfants, femmes, handicapés, personnes âgées...). La recherche des normes cadres de droit international de la santé montre bien l'immense travail de synthèse qui est effectué, dans la mesure où l'origine de ces normes est diversifiée (ONU, OMS, autres Organisations du système des Nations Unies, Organisations régionales, voire ONG) et où les domaines concernés sont multiples. La législation sanitaire internationale *stricto sensu* est en réalité liée à la législation internationale sur l'environnement, à certains aspects de la législation internationale sur les droits de l'homme, à la législation en matière de population, à plusieurs éléments de la législation internationale du travail ... Le droit international de la santé doit tenir compte fondamentalement de cette approche multidimensionnelle de son contenu. C'est grâce à la formulation des normes cadres que ce caractère multidimensionnel peut être approfondi.

B — L'unification des normes ordinaires

Les normes ordinaires de droit international de la santé présentent un caractère strictement technique et sont d'exécution immédiate. Elles font du droit international de la santé un droit exécutoire, et consistent en normes fonctionnelles.

I – Un droit exécutoire

L'importance des compétences quasi réglementaires de l'OMS facilite le caractère exécutoire du droit international de la santé. Ce caractère est même renforcé grâce aux compétences d'une Organisation mondiale comme l'OIT, ou encore grâce aux compétences d'une Organisation régionale comme les Communautés européennes.

Selon l'art. 21 de la Constitution de l'OMS, c'est l'AMS qui a autorité pour adopter les règlements relatifs à « la nomenclature concernant les maladies, les causes de décès et les méthodes d'hygiène publique » (paragraphe b/), ainsi que « les normes relatives à l'innocuité, la pureté et l'activité des produits biologiques, pharmaceutiques et similaires qui se trouvent dans le commerce international » (paragraphe d/). L'art. 2 de la Constitution précise d'ailleurs que l'OMS exerce, parmi ses fonctions, celle d'« établir et réviser, selon les besoins, la nomenclature internationale des maladies, des causes de décès et des méthodes d'hygiène publique » (paragraphe s/), et de « développer, établir et encourager l'adoption de normes internationales en ce qui concerne les aliments, les produits biologiques, pharmaceutiques et similaires » (paragraphe u/).

L'OMS a adopté un certain nombre de règlements fixant des normes ordinaires. La Classification statistique internationale des maladies, traumatismes et causes de décès (appelée généralement la Classification internationale des maladies, CIM), Règlement n^o 1 de l'OMS adopté par la première AMS et périodiquement révisé depuis, impose aux États Membres d'y recourir pour l'établissement de leurs statistiques nationales des causes de maladies et de décès. En 1969, l'OMS a également adopté une Classification internationale des maladies appliquée à l'odontostomatologie (CIM-AO). Le RSI a obligé les États à modifier ou à réviser leurs législations pour son application. Il concerne les conditions sanitaires à maintenir, les mesures à prendre contre les maladies dans les ports et les aéroports ouverts au trafic international, les documents sanitaires à détenir et les droits sanitaires à appliquer. Les normes codifiées dans le RSI sont particulièrement précises, notamment pour les transports de pèlerins¹².

Des recommandations peuvent aussi servir de fondement au droit exécutoire en matière sanitaire. La *Pharmacopée internationale* est ainsi un recueil de spécifications: aux spécifications pour les réactifs s'ajoutent les substances chimiques de références, les règles de bonne pratique applicables à la fabrication des médicaments et au contrôle de leur qualité, et les dénominations communes internationales. La procédure en matière de *Dénominations communes internationales* (DCI) est la suivante: les listes de DCI proposées font l'objet d'une publication bi-annuelle dans la « Chronique OMS »; les objections peuvent être formulées dans les quatre mois qui suivent cette publication; en l'absence d'objections, ces DCI deviennent des DCI recommandées, c'est-à-dire que les États doivent les adopter comme dénominations communes nationales et prendre les mesures législatives pour leur utilisation. On a ainsi, avec les DCI, un exemple de recommandation exécutoire à portée quasi obligatoire.

12. Cf. notre étude: « Les actions de protection sanitaire en mer ou au port », *Le Droit Maritime Français*, octobre 1981, pp. 579-589, notamment pp. 581-582.

L'élaboration des normes alimentaires fait appel à une procédure équivalente. La Commission FAO/OMS du Codex Alimentarius commence par décider quelles normes doivent être établies. Un avant-projet est préparé et envoyé à tous les États Membres, ainsi qu'aux autres Organisations internationales intéressées (notamment l'Organisation Internationale de Normalisation) pour observations. Ce document peut, après la réception des réponses des États et des Organisations, être révisé par le Comité du Codex, et cette version est présentée à la Commission du Codex qui élabore alors un projet de normes. Ce texte est à nouveau soumis aux États, puis envoyé au Comité du Codex pour une nouvelle révision. Le projet est ensuite étudié par la Commission du Codex, qui peut encore l'amender. Il devient enfin une norme recommandée. Ce texte est alors transmis à nouveau aux États pour acceptation définitive. Lorsqu'un nombre suffisant de gouvernements l'ont adopté, la norme recommandée est publiée dans le Codex Alimentarius en tant que norme Codex.

Il faut évoquer également le rôle des *Centres internationaux OMS de référence*, qui sont des institutions chargées de contribuer à la mise au point et au maintien des normes dans des domaines spécialisés. Ils forment un réseau mondial d'institutions facilitant l'utilisation de normes précises en ce qui concerne le matériel (consultations, réunion de données, détermination des normes, production et distribution de matériel normalisé, échange de renseignements, formation) et la pratique relatifs aux différentes maladies.

L'OIT, quant à elle, élabore des normes internationales du travail, dont un certain nombre concernent la santé publique. Les propositions adoptées par la Conférence générale, qui prennent la forme de conventions, imposent aux États Membres de soumettre ces textes, dans un délai déterminé, à l'autorité législative nationale afin d'aboutir à des textes de droit positif. L'oeuvre normative de l'OIT en matière de santé couvre trois grands domaines :

- l'interdiction des substances particulièrement nocives pour les travailleurs (par exemple, la Convention n° 155 de 1960 sur la protection contre les radiations ionisantes, ou la Convention n° 136 de 1971 relative au benzène ;
- les conditions de sécurité et de salubrité (par exemple, la Convention n° 120 de 1964 a énoncé les principes d'hygiène à appliquer dans le commerce et les bureaux) ;
- et la protection du milieu du travail (par exemple, la Convention n° 148 de 1977 concerne l'environnement du travail, et plus précisément la pollution atmosphérique, le bruit et les vibrations).

Les Communautés européennes ont, en tant qu'Organisations régionales, une activité normative concernant également le domaine de la santé publique. Elles interviennent notamment pour harmoniser les réglementations établies par les États Membres en matière de sécurité du travail et de lutte contre les maladies professionnelles.

Le droit international de la santé, qui est déjà pour partie un droit proclamatoire est aussi, pour une autre partie, un droit exécutoire, car il concerne des matières techniques. Ce caractère est particulièrement développé au niveau mondial, avec l'OMS et l'OIT, et apparaît également de façon nette avec des Organisations régionales rassemblant des pays développés. Le droit exécutoire est en quelque sorte

un progrès par rapport au droit proclamatoire, dans la mesure où il abandonne en grande partie l'aspect idéologique qu'il présente en tant que droit proclamatoire. Les demandes du Tiers-Monde, reprises par l'OMS et par les Organisations régionales regroupant les pays en développement, ont certes renforcé le caractère proclamatoire du droit international de la santé; mais il n'empêche que la vocation première de ce droit est d'être exécutoire, et de permettre ainsi l'établissement de normes fonctionnelles.

2 – Des normes fonctionnelles.

Les normes ordinaires élaborées par le droit international de la santé sont des normes à fonction technique. L'OMS s'est ainsi intéressée tout particulièrement, depuis 1952, à l'établissement de normes internationales pour les substances biologiques, qui sont des compléments de la Pharmacopée internationale (elle a, par exemple, adopté en 1964 des normes internationales pour le vaccin antioquelucheux). La FAO et l'OMS ont mis au point un Programme mixte sur les normes alimentaires avec le Codex Alimentarius (1963): la Commission FAO/OMS du Codex Alimentarius, qui est le principal organe d'exécution de ce Programme, a pour objectif d'aider à protéger la santé des consommateurs et de faciliter le commerce international des denrées alimentaires en élaborant des normes pour les résidus de pesticides et les additifs alimentaires.

L'activité normative de l'ORT est également importante en matière sanitaire. On a pu distinguer¹³ entre:

- les normes visant des risques déterminés (par exemple dans la Convention n°119 de 1963 sur la protection des machines);
- les normes concernant des branches d'activités particulières (par exemple dans la Convention n° 152 de 1979 à propos de la sécurité et de l'hygiène du travail dans les manutentions portuaires);
- les normes relatives aux méthodes et aux organismes de prévention des accidents du travail (*ibid.*);
- et les normes définissant les maladies professionnelles donnant droit à réparation (par exemple dans la Convention n° 130 de 1969 concernant les soins médicaux et les indemnités de maladie).

Les normes peuvent être reprises ou complétées au niveau régional. Par exemple, dans le cadre des Communautés européennes, les directives du Conseil n° 76/579/Euratom du 1^{er} juin 1976 et n° 80/836/Euratom du 15 juillet 1980 fixent les normes de base relatives à la protection sanitaire de la population et des travailleurs contre les dangers résultant des rayonnements ionisants. Ces normes peuvent même avoir un caractère exclusivement régional: il en est ainsi, par exemple, avec les Normes européennes applicables à l'eau de boisson (1961).

13. Nicolas VALTICOS, in G.H. Camerlynck (dir.): « *Traité de Droit international du travail* », tome VIII, 1970, pp. 367-381, ainsi que: « Normes universelles et normes régionales dans le domaine du travail » in « *Régionalisme et universalisme dans le Droit international contemporain* », *op. cit.*, pp. 289-307.

L'unification des normes internationales de santé est aujourd'hui largement avancée. Elle a d'ailleurs été entreprise depuis longtemps. Le premier Congrès international de statistique décida, en 1853, de constituer une « nomenclature uniforme des causes de décès, applicable à tous les pays » (la liste fut adoptée dès 1855). De même, en 1915, une Commission de la nomenclature pharmaceutique internationale a été créée (sous l'égide de la Fédération Pharmaceutique Internationale), et une première liste de dénominations a été établie; puis, lors des Conférences de Bruxelles de 1906 et de 1925, deux Arrangements internationaux pour l'unification de la formule des médicaments héroïques ont été adoptés, alors que l'Organisation d'Hygiène de la SDN mit en place une Commission technique d'experts en pharmacopée, qui fut chargée de préparer les règles générales relatives à la nomenclature. Ou encore, le Comité d'Hygiène de la SDN, prenant la suite de l'action du Statens Serum Institut de Copenhague, fixa des étalons internationaux pour les substances biologiques.

C'est par cette unification systématique des normes que le droit international de la santé a un caractère réellement opérationnel, et montre le rôle essentiel joué par l'Organisation centrale de la santé qu'est l'OMS dans le domaine de la législation sanitaire internationale.

« Peut-on... parler d'un corpus de 'droit international de la santé'? », s'est interrogé le « Sixième Rapport de l'OMS sur la situation sanitaire dans le monde, 1973-1977 »¹⁴. La réponse a été apportée immédiatement dans ce document: « Si l'on donne à 'santé' le sens que lui ont attribué les auteurs de la Constitution de l'OMS, il faut répondre à cette question par un 'oui' sans ambiguïté ».

Le droit international de la santé est maintenant un droit à part entière, qui se caractérise par le fait qu'il est largement un droit de solidarité fondé sur un certain nombre d'éléments: la coopération sanitaire internationale est ancienne, les États ont confié à l'OMS des prérogatives juridiques particulières, pratiquement toutes les Organisations intergouvernementales exercent des activités sur le plan sanitaire, les ONG à objet sanitaire sont très nombreuses, la coopération sanitaire entre pays en développement à se renforcer.

Le droit international de la santé est basé sur des principes qui sont une synthèse des demandes des pays industrialisés et de celles des pays en développement. Cette synthèse est relativement plus facile à obtenir qu'en droit international économique général, car la santé est une partie essentielle de la coopération internationale pour le développement.

Est-il alors possible de dire qu'il existe un service international de la santé? Les États conservent la responsabilité de la santé de leurs populations, et l'OMS n'est pas, en ce sens, un service mondial de la santé. Mais, dans la mesure où un service public international peut être défini comme « toute activité internationale ayant pour but de donner satisfaction à un besoin d'intérêt international »¹⁵, on peut

14. Genève, 1980, Vol. I, p. 63.

15. C. CHAUMONT; « Perspectives d'une théorie du Service public à l'usage du Droit international contemporain »; Mél. SCHELLE, Vol. I, 1950, p. 123.

considérer qu'il existe un service public international de la santé, assuré conjointement par l'OMS, les autres Organisations du système des Nations Unies, et les Organisations intergouvernementales régionales. À côté de ce service public international, il y a également de nombreuses formes de gestion privée de la santé internationale avec les ONG.

Le problème essentiel reste celui de l'efficacité du droit international de la santé. Il a trait tout d'abord à la fonction des normes élaborées. Les normes de droit international de la santé sont à la fois des normes à fonction technique et des normes à fonction éthique ou politique. Les normes cadres préparent en fait le cadre général de l'application des normes ordinaires. L'efficacité du droit international de la santé s'apprécie ensuite avec la valeur juridique des textes contenant ces normes. Or, la procédure utilisée pour l'adoption des normes ordinaires, ainsi que le pouvoir quasi réglementaire de l'OMS, ou encore l'utilisation des directives à portée sanitaire dans les Communautés européennes, donnent une valeur juridique toute particulière au pouvoir normatif des Organisations intervenant dans le domaine de la santé publique internationale.