

# **SANTE PUBLIQUE INTERNATIONALE ET MONDIALE: GOUVERNANCE ET QUESTIONS ETHIQUES**

*George A. O. Alleyne*

---

## **Introduction**

Le terme santé mondiale ou globale est très en vogue ces temps-ci et semble remplacer la santé internationale comme cadre de référence dans lequel se situe le débat sur la gouvernance et, dans une mesure moindre, les questions éthiques concernant la santé des populations. Le présent document se penche sur les origines des préoccupations en santé internationale et les raisons de la nouvelle prédilection pour la santé mondiale suivant certaines réflexions sur sa gouvernance et éthique. Souvent, on ne reconnaît pas assez l'évolution des idées et de la pratique en santé internationale au fil des ans, accompagnée par des changements dans les relations entre les états et la connectivité plus étroite dans tous les domaines saisis dans le concept actuel de mondialisation.

## **L'histoire de l'engagement international**

L'histoire et les problèmes en santé internationale, ainsi que le travail à ce niveau, ont été amplement décrits par plusieurs examens et le présent document s'inspire largement de ceux de Howard-Jones (1950, 1977, 1978) et Goodman (OMS, 1978). La genèse de la coopération moderne entre les états sur le plan santé découle directement de la préoccupation soulevée par les maladies infectieuses et les connaissances progressives de leur étiologie. La peste fut l'une des plus grandes épidémies qui a ravagé le monde occidental et ses répercussions économiques et autres en Europe avaient toute l'ampleur d'une catastrophe (Herlihy, 1997). Les efforts de prévention de la peste étaient liés de près au commerce maritime et le système de quarantaine en tant que mesure préventive tenait aux besoins de s'assurer que les vaisseaux jetant l'ancre au port n'étaient pas porteurs de maladies infectieuses. Intéressant de noter que les pays qui présentaient certaines objections à propos de la quarantaine invoquaient le fait que ces

mesures freinaient et entravaient le commerce. Howard-Jones (1950) cite un rapport anglais sur la quarantaine de 1849, qui souligne que « la réelle sécurité contre une maladie épidémique est une offre abondante et constante d'air pur. » Cette autre citation va droit au but.

[:] tout le monde ne s'entend pas pour dire que la peste est même contagieuse ; les faits en majorité indiquant qu'elle peut l'être occasionnellement, mais qu'elle n'est généralement pas propagée de cette manière. La disparition de ce fléau dans notre pays, ainsi que dans la plupart des autres pays de l'Europe, est certainement due aux meilleures mesures de drainage, de ventilation et de prévention d'accumulation de saleté dans les rues, etc. Si certaines conditions atmosphériques particulières favorisent certes sa propagation, la quarantaine ne s'en est pas moins avérée insuffisante pour prévenir cette propagation.

Au regard de la position de l'Angleterre dans le monde et de sa dominance du commerce maritime et de son esprit mercantile, cette vue n'est guère surprenante.

L'épidémie du choléra, prenant son origine en Asie, a pris le pas sur la peste se classant au premier rang des maladies infectieuses les plus préoccupantes de la fin du 19<sup>e</sup> siècle et, alors même que Koch démontrait l'origine bactérienne du choléra en 1884, il a fallu des décennies avant que cette information n'influence les efforts de coopération pour lutter contre la maladie. Confrontés par des épidémies répétées de choléra et reconnaissant de plus en plus toute la difficulté à les endiguer, les super puissances ont commencé à se rencontrer en conférences pour discuter d'une éventuelle action menée de front en commun pour s'attaquer à la menace de la maladie épidémique. L'histoire des Conférences sanitaires internationales, dont la première s'est tenue à Paris en 1851, a été fort bien relatée (Goodman, 1971 ; Howard Jones, 1977 ; 1978). Organisées pour discuter des armes dans le combat contre les maladies, il en fallut sept pourtant avant qu'une Conférence sanitaire internationale ne soit signée et ce n'est qu'en 1903 que le monde a vu une Convention introduisant une approche relativement uniforme entre les nations pour se parer contre l'importation de la peste et du choléra. L'accord accueillant la Convention sanitaire a débouché tout naturellement sur l'idée de créer une entité permanente pour coordonner les activités nécessaires en santé internationale.

### **Organisations internationales de la santé**

L'Office international d'Hygiène publique (OIHP), dont le siège était à Paris, fut la première de ces entités chargée au départ de systématiser et de recouper les résultats des Conventions sanitaires suivantes qui allaient inclure la typhoïde et la fièvre jaune au rang des préoccupations de santé publique à l'échelle internationale. Une organisation internationale de la santé séparée a été créée après la Première Guerre sous l'égide de la Ligue des Nations. Leçon salutaire d'ailleurs en politique internationale que de suivre toutes les machinations se mettant en travers de la création pourtant si logique d'une seule entité. Par exemple, les Etats-Unis n'étaient pas membres de la Ligue des Nations et représentaient l'un des adversaires les plus véhéments se déclarant à haute voix contre la création d'une seule entité de coordination (Goodman, 1971). Il est important de réaliser que le travail de ces entités était de nature essentiellement informative. Il s'agissait avant de notifier l'apparition de maladies et conseiller aux pays les mesures à prendre.

Les activités de la Division de Santé internationale à la Fondation Rockefeller, créée en 1913, et celles de la Ligue des Sociétés de la Croix Rouge, créée en 1919, sont souvent citées comme exemples du travail international effectué par des organisations non gouvernementales. Nul doute, leur travail a eu un effet très positif sur la santé des habitants d'un grand nombre de pays. Les activités de la Fondation Rockefeller dans le combat contre la fièvre jaune au Pérou revêtaient une importance cruciale (Cueto, 2001) et sa campagne pour l'éradication de l'ankylostome aux Etats-Unis auraient joué un rôle de première plan pour éradiquer « le germe de la paresse » stimulant ainsi le développement économique de cette partie du pays (Ettling, 1981). Et pourtant, en dépit du titre officiel conféré au travail de ces organisations, elles n'étaient pas internationales au vrai sens du mot puisqu'elles ne supposaient aucune collaboration entre les nations.

A la fin de la Deuxième Guerre Mondiale, l'Organisation mondiale de la Santé a été créée comme entité unique responsable de coordonner les activités sanitaires internationales. Il a été convenu qu'elle intégrerait les activités et les missions des organisations sanitaires internationales existantes. Le présent survol historique ne saurait être complet sans signaler que les pays des Amériques avaient formé, dès 1902, leur entité de coordination sanitaire internationale, l'Organisation sanitaire panaméricaine,

dans le but explicite de coordonner la collecte d'information et la systématisation des pratiques en vue de prévenir la propagation des maladies infectieuses dans les Amériques (Pro Salute Novi Mundi, 1992).

### **Les trois phases du travail sanitaire international**

Si nous limitons notre analyse à la période qui débute avec le 20<sup>e</sup> siècle, on peut regarder la période allant jusqu'à la création de l'Organisation mondiale de la Santé comme la première étape d'intérêt croissant à la santé internationale et des premiers pas de la collaboration en ce domaine. Cette phase est caractérisée par l'effort visant à endiguer les maladies infectieuses « à la frontière » (Arhin-Tenkorang, 2003) des pays pris individuellement. Toutes les mesures, en commençant par la quarantaine, visaient à prévenir l'entrée de la maladie ou à éviter que les maladies ne sortent de la région infectée. Sur ce dernier plan, des normes d'inspection portuaires ont été instaurées pour vérifier que les bateaux ne soient infectés ou infestés dans ces lieux. Partant du principe que la prévalence des maladies différait entre les pays riches et pauvres, il fallait avant tout éviter que les maladies des pauvres ne viennent envahir les pays des riches. Selon Aginam, c'est l'âge de l'isolationnisme où le monde développé voyait le monde en développement comme un réservoir de peste et de maladies. « *La réelle politique de la diplomatie de santé publique du 19<sup>e</sup> siècle, sous l'égide des conférences sanitaires internationales, repose sur le souhait de protéger l'Europe civilisée des maladies exotiques et des pathogènes émanant des sociétés non européennes et non civilisées* » (Aginam, 2004).

La seconde caractéristique est celle d'ordre utilitaire. La prévention de la maladie était importante non seulement pour la condition humaine, mais également pour le commerce et les échanges. De fait, le Code sanitaire panaméricain de 1924, traité officiel soutenant l'Organisation sanitaire panaméricaine actuelle, indique son bien-fondé :

L'uniformisation des mesures mises en place aux lieux d'entrée pour la prévention de l'introduction et de la propagation des maladies transmissibles humaines, aux fins d'assurer une plus grande protection et de lever tout obstacle entravant inutilement la communication et le commerce international (Code sanitaire panaméricain, 2002).

La troisième caractéristique de cette étape, c'est que les problèmes et préoccupations de santé étaient ceux du pays pris individuellement. On ne s'intéressait pas directement à la santé des personnes dans le monde et, partant, la coopération ne cherchait pas à apporter une assistance pour améliorer systématiquement la santé des peuples les plus pauvres et les plus malades du monde. Enfin, cette phase de la santé internationale est caractérisée par des accords collectifs entre les gouvernements représentant les nations. De fait, les premières conférences sanitaires internationales étaient tenues par des diplomates et les conventions étaient vues sur un même pied que d'autres traités diplomatiques entre des gouvernements souverains.

La seconde phase de la santé internationale et du travail en santé internationale a démarré après la Deuxième Guerre Mondiale et s'étend jusqu'aux dernières décennies du 20<sup>e</sup> siècle. Pour la première fois allait-on prêter une véritable attention à la prévention et au combat contre des maladies à l'échelle mondiale et une action internationale allait se profiler tout spécifiquement à cette fin. Les forces qui l'animaient étaient essentiellement humanitaires : propre intérêt et sécurité nationale. Nombreux sont les faits qui nous montrent que la collaboration inter-nations à la recherche d'un même but, par exemple, l'éradication de la variole, restent encore l'un des fers de lance de cette coopération internationale gardienne de la santé mondiale. L'aspect humanitaire dominait immédiatement après la Deuxième Guerre Mondiale, bien que le débat soit teinté par la Guerre Froide. La déclaration du Président Truman dans son discours inaugural de 1949 en est évocatrice puisqu'il déclarait :

A nous de lancer un nouveau programme ambitieux pour partager nos progrès scientifiques et industriels au profit du développement et de la croissance des régions sous-développées. Plus de la moitié des personnes dans le monde vivent dans des conditions proches de la misère. Elles n'ont pas suffisamment à manger. Elles sont les victimes des maladies. Leur vie économique est primitive et stagnante. Leur pauvreté est un handicap et une menace tant pour elles que pour les régions plus prospères. Pour la première fois dans l'histoire, l'humanité possède les connaissances et compétences pour soulager la souffrance de ces personnes.

Venait animer cette euphorie de collaboration entre les nations le sentiment partagé qu'une authentique coopération

internationale pouvait résoudre les problèmes de santé du monde. C'était la phase où on allait reconnaître de plus en plus ce qu'Aginam (2004) appelle « une vulnérabilité mutuelle de la maladie dans un monde mondialisé. » Il y avait également dans tout cela un calcul égoïste. Une fameuse publication des Instituts de Médecine des Etats-Unis expliquait très clairement pourquoi il entrait dans l'intérêt de ce pays de traiter les problèmes de santé survenant au-delà de ses frontières (Institut de Médecine, 1997) et, à l'évidence, les Américains se déplaçant à l'étranger couraient également le risque de contracter ces maladies. A son niveau le plus fondamental, une maladie répandue dans des pays sous-développés risquait de soulever les foules et de déclencher un conflit social pouvant bien déborder dans des pays plus développés. Qui plus est, des conditions insalubres pouvaient bien être une des raisons poussant à la migration vers des pays plus développés et plus sains. Des pays pauvres et en mauvaise santé ne sont généralement pas de bons marchés pour les produits de ceux plus sains. Selon Walt (2001), les états collaborent sur le plan santé puisqu'ils reconnaissent l'avantage de promouvoir le bien public qu'est la santé, encore que la tâche ne soit guère aisée. Ils peuvent également agir ainsi au vu des déficiences des systèmes sanitaires nationaux qui se trouveront renforcés par l'action collaborative et enfin, bien que ce soit rare, ils peuvent collaborer devant la menace de la force. La sécurité nationale est également venue au premier plan comme une raison poussant les pays à s'intéresser à la santé (Alleyne, 1996 & Health and Hemispheric Security, 2002).

L'Organisation mondiale de la Santé était le forum incontesté et indiscuté aidant les pays à mettre en commun expertise et ressources pour s'attaquer ensemble aux problèmes de santé. La coopération par le truchement de l'OMS était conçue au départ comme une assistance technique puisque les experts des divers pays recrutés par l'OMS apportaient leur expertise d'une manière quasi-missionnaire et la fonction de l'organisation et son assistance étaient définies par le transfert de connaissances et d'expertise du monde développé au monde en développement. On ne pensait guère que le travail de l'organisation importait vraiment pour la santé des pays développés.

Les relations officielles dans d'autres domaines, au sein des états et entre ces derniers, influençaient évidemment leur action de santé. Panisset (2002) a brossé en traits élégants le tableau de la santé internationale comme partie intégrante des relations

internationales et politiques étrangères. Il prend son point de départ dans l'attitude des pays des Amériques face au Pérou lorsque le choléra est apparu dans ce pays en 1992. Il décrit cette seconde étape de la santé internationale comme une défense de la théorie fonctionnelle de la politique, tel que vu par Mitrany, un des doyens de l'internationalisme. Mitrany était davantage intéressé par la politique internationale, mais son fonctionnalisme reste pertinent pour cette phase de la santé internationale.

Le fonctionnalisme repose sur les principes que l'homme peut être détaché de sa loyauté à l'état nation une fois qu'il aura fait l'expérience d'une coopération internationale enrichissante, que l'organisation internationale structurée en fonction des demandes de la tâche pourra être source d'un bien-être supérieur à celui obtenu dans les confins de l'état et que les gains seront plus élevés si l'organisation travaille dans les endroits où c'est nécessaire, au-delà des frontières nationales, pénétrant très souvent dans l'espace de travail idéal d'une organisation (Mitrany, 1875)

La troisième phase du travail sanitaire international démarrant lors des dernières décennies du 20<sup>e</sup> siècle et s'étendant à nos jours se caractérise non pas tant par un changement dans l'intention du travail, mais plutôt par un changement fondamental dans le nombre d'intervenants concernés et la pluralité des organisations essayant d'améliorer la santé dans le monde. Ce souci repose encore sur la connaissance du risque collectif, accentué davantage par la mondialisation. De fait, la diffusion rapide de l'information provoque par elle-même certaines des maladies « modernes » et il existe une omniprésence de vecteurs humains, alimentaires et animaux. Les préparations à l'échelle mondiale pour confronter l'éventuel risque d'une épidémie de grippe aviaire en sont symboliques. Si la raison risque d'être cachée parfois, l'altruisme et le souci humanitaire n'en pilotent pas moins certaines actions collectives pour la santé.

C'est lors de cette troisième étape que nous voyons un changement puisque la santé mondiale tend à remplacer la notion de la santé internationale plus souvent, bien qu'il ne faille pas confondre ces deux concepts différents. Il n'est ni pédant ni sémantique d'insister sur le fait que la santé est un état d'être des gens et qu'elle est prise en charge individuellement ou dans des populations qui sont distribuées dans un espace géographique donné. Il faut pouvoir faire la différence entre la santé mondiale, nationale, locale et individuelle et les mesures courantes de la santé

reflètent bien ces distinctions. La santé internationale suppose des actions de la part des nations et le terme connote un ensemble donné d'intervenants. La réponse aux catastrophes nationales par une action collective des nations est un excellent exemple de l'effort international qui s'attache à l'espace national ou sous-national. L'action internationale peut être axée sur une question de santé nationale, régionale ou mondiale. Les actions pour améliorer la santé dans le monde ne supposent pas forcément une collaboration entre les nations et, par conséquent, n'ont pas besoin d'être internationales. La santé mondiale doit se rapporter à l'état de santé des peuples dans le monde dans leur entier et doit avoir une connotation géographique. La définition de Goodman donnée il y a plus de 35 ans reste encore la plus simple et la plus claire (Goodman, 1971). Il définissait en effet la santé internationale de la manière suivante :

« [l']une ou toutes ces activités de prévention, diagnostic ou traitement des maladies qui demandent l'examen et l'action conjugués de plus d'un pays. »

Il définissait clairement le pays et la nation comme synonymes et postulait que la santé internationale était nécessaire pour améliorer la santé mondiale. Pour certains, le changement de terminologie, mondial venant remplacer international, s'inscrit dans un processus politique et historique plus vaste tenant compte du changement dans le rôle de l'OMS et de l'impact accru de la mondialisation (Brown, 2006 & Yach 1998). On ne sait toujours pas vraiment pourquoi santé mondiale est parfois santé globale, probablement question de préférence.

Il y a pourtant quelque chose de nouveau. En effet, on reconnaît de plus en plus que la santé du monde est l'affaire de tout un chacun et pas simplement la préoccupation des gouvernements nationaux. La santé des gens dans le monde est définie comme un bien public mondial et, par conséquent, il faut ériger une architecture mondiale pour la préserver en tant que telle (Chen, 1999). L'état de nation ne saurait être le seul intervenant lorsque tant de déterminants et de résultats de maladie dépendent d'influences qui transcendent les frontières nationales et c'est bien dans ce contexte que se présentent les questions de gouvernance.

### **Gouvernance et santé mondiale**

Le débat sur la gouvernance tient essentiellement à des interprétations différentes d'un concept qui puise dans les théories

de la science sociale et de la politique publique (Thibault ; Weiss, 2000). Rhodes (1996) retient six utilisations du terme telles que « état minimal, » « gouvernance institutionnelle, » « nouvelle gestion publique, » « bonne gouvernance, » « systèmes socio-cybernétiques » et « réseaux interorganisationnels auto-organisant » et propose que ces dernières « complètent les marchés et hiérarchies en tant que structures régissantes procédant à l'octroi éclairé des ressources et exerçant contrôle et coordination. »

La gouvernance dans ce document est davantage normative s'inscrivant dans la lignée du concept et de la définition qui conviendraient à une institution complexe d'une université (Gayle, Tewarie). Elle signifie simplement : « la structure et les processus par le biais desquels des décisions sont prises assurant le fonctionnement optimal de l'institution » et est fondamentalement différente du gouvernement. Une gouvernance efficace de l'institution ou du système dégage les stratégies, cerne les priorités et fixe les modalités pour arriver aux résultats souhaités. C'est plus ou moins dans cette optique que la Banque mondiale (1994) utilise le terme :

L'illustration parfaite d'une bonne gouvernance se note dans une prise de décisions ouverte et éclairée, une bureaucratie imprégnée d'un système de valeurs professionnelles, une branche exécutive d'un gouvernement responsable de ses actions, une solide société civile participant aux affaires publiques, reconnaissant tous la primauté du droit.

Par ailleurs, la Commission de la Gouvernance mondiale (1995) définit la gouvernance comme...

« la gouvernance est la somme des nombreuses manières dont les individus et les institutions publiques et privées gèrent leurs affaires communes. »

La complexité de la gouvernance augmente avec le nombre d'intervenants et d'intérêts présents, bien que le concept essentiel reste le même : il faut des structures et des processus par le truchement desquels pourra être gérée l'entreprise entière. Aussi, la principale question est-elle de savoir quelles sont les structures et processus qui fonctionnent au sein d'une nation et entre celles-ci pour promouvoir la santé dans un espace géographique défini qui, dans le contexte de la santé globale sera au niveau mondial. Il semble également important de définir la gouvernance de sorte à pouvoir décrire ce qu'est une bonne gouvernance, comme l'a fait la Banque mondiale, et ce qui ne saurait l'être. Il ne semble guère

suffisant à cet égard de la décrire simplement sous l'angle d'une myriade de réseaux et d'intervenants et de ne pas pouvoir ainsi définir les caractéristiques qui se prêtent au changement. Notons qu'en dépit des défis que doit relever l'OMS, il n'en reste pas moins que toute structure qui cherche à mobiliser les multiples intervenants et à tisser une toile parmi les nombreux réseaux et intervenants de la santé mondiale confère une place prépondérante à cette organisation (Kickbusch, 2000).

### **Le rôle de l'Etat**

Nous avons examiné la nature de l'interaction entre les nations avant d'envisager d'autres intervenants. Dès la création des Conventions sanitaires internationales, on parlait du principe que les accords étaient passés entre gouvernements représentant des états-nations. Le préambule de la constitution de l'Organisation mondiale de la Santé commence par :

“Les Etats partis à la présente Constitution déclarent conformément à la Charte des Nations Unies que les principes suivants sont fondamentaux au bonheur, aux relations harmonieuses et à la sécurité des peuples.... »

“La santé de tous les peuples est fondamentale à la paix et à la sécurité et dépend de la pleine coopération de tous les individus et de tous les états. »

Il est évident que les « parties » présentes à l'accord étaient des états-nations, tel que représenté par leurs gouvernements officiels. La structure de gouvernance de cette organisation n'accepte pas une participation et un engagement formel d'une entité autre qu'un gouvernement. A ce jour, on ne reconnaît pas le pluralisme accru des intervenants au sein de l'état-nation qui évolue pourtant si rapidement et influence notre compréhension de l'internationalisme. Les mécanismes assurant le fonctionnement de ces organisations internationales provenaient d'accords et de résolutions formulés collectivement par des gouvernements dans diverses assemblées, traduits dans leurs activités techniques au niveau du pays et de manière prédominante en collaboration avec les autorités nationales. L'histoire et le développement ultérieur de l'état-nation n'étaient pas reconnus, pas plus que n'était compris véritablement que la concentration absolue du pouvoir dans les mains du gouvernement comme représentant de l'état-nation était une relique du passé et que nous nous trouvons à présent dans une ère post-westphalienne. Ce

phénomène, connu comme le « changement de pouvoir, » a été provoqué par l'interconnectivité accélérée par la croissance et la vitesse des communications (Matthews, 1997).

Le Traité de Westphalie de 1648, marquant la fin de la Guerre de 30 ans, consacrait la dissolution du Saint Empire romain, la fin de la féodalité en Europe et l'apparition de l'état-nation comme entité qui allait exercer son pouvoir sur un espace défini du point de vue géographique. L'état-nation représentait la forme d'organisation sociale par le biais de laquelle les vies d'une population définie étaient ordonnées. L'état était caractérisé comme un système de gouvernement responsable de protéger les droits fondamentaux de ses citoyens. L'état et le gouvernement étaient virtuellement un tout et une seule entité. Progressivement, nous avons assisté pourtant à la croissance du pluralisme au sein de l'état-nation et, si le gouvernement est encore l'intervenant central au sein de l'état, il n'en existe pas moins plusieurs intervenants non gouvernementaux qui réclament la part qui leur est due dans le règlement des affaires au sein de l'état-nation (Drucker, 1999). Ces autres intervenants pourraient être classés comme la société civile et le secteur privé. L'état-nation n'a pas disparu, mais il existe à présent plusieurs intervenants légitimes au sein de cet état côte à côte avec le gouvernement. La persistance et la pertinence de l'état-nation sont si bien renfermées dans le fameux éditorial de *the Economist* (1995), « L'état-nation est mort. Longue vie à l'état-nation. »

Toutefois, en toute impartialité, il faut prendre connaissance de l'état du monde au moment où était établi le système international actuel. Tel que le remarque la Commission de gouvernance mondiale (1995),

Lorsque le système des Nations Unies a été créé, les états-nations dont certains pouvoirs impériaux dominaient. On accordait une grande foi à la capacité des gouvernements de protéger les citoyens et d'améliorer leur vie. Le monde cherchait avant tout à prévenir une troisième guerre mondiale et à éviter une autre dépression mondiale. Aussi, semblait-il logique de créer un ensemble d'institutions internationales et intergouvernementales pour assurer la paix et la prospérité.

L'on oublie parfois également qu'à cette époque, il n'existait que peu d'états-nations. En 1945, il n'existait que 48 membres des Nations Unies alors qu'aujourd'hui, on en compte 192, avec toute la complexité des arrangements plus grande qui s'ensuit vu la grande variation de tailles et de ressources entre eux.

## **Gouvernance dans les organisations sanitaires internationales**

La principale question de la gouvernance au niveau de la santé internationale et mondiale concerne la fonction de toutes les parties prenantes intéressées dans l'état-nation, qu'il s'agisse du gouvernement ou d'entités non gouvernementales. Dans le cas de la santé internationale, l'action de santé étant collaborative entre les nations, il s'agit pour la plupart d'entités intergouvernementales. La question qui se présentera dans un avenir proche est de savoir si leur gouvernance, sur le plan de leurs structures et processus, sera modifiée pour inviter la pluralité d'intervenants réclamant la légitimité au sein de l'Etat.

La question de la gouvernance dans la santé mondiale se trouve ainsi sur deux plans séparés qui restent connexes. Premièrement, comment le nouveau pluralisme influencera-t-il la gouvernance des organisations qui ont pour mission d'accomplir le travail international nécessaire pour améliorer la santé dans le monde ? La seconde est l'éventuelle évolution de la gouvernance dans un système auquel participe une pluralité d'intervenants.

L'Organisation mondiale de la Santé reste essentiellement une organisation intergouvernementale et ses structures et processus n'acceptent pas l'action formelle de tout autre intervenant, si ce n'est le gouvernement. Ses Organes Directeurs comprennent des représentants des gouvernements. Intéressant de noter qu'au départ, les membres du Conseil exécutif de l'OMS devaient servir dans leurs capacités personnelles, comme si l'on avait cherché à retirer l'influence des politiques gouvernementales. Mais par la suite, on a accepté et reconnu officiellement que les membres représentaient effectivement leurs gouvernements. Le chef de l'Organisation est élu par un processus purement politique où l'effort diplomatique d'un pays pèse plus lourd que le mérite intrinsèque du candidat. L'un des grands défis qui se présentent à cette organisation, c'est de se restructurer pour tenir compte du pluralisme actuellement observé dans les états-nations. L'OMS acceptera-t-elle la société civile et le secteur privé dans ses conseils, leur conférant voix au chapitre et vote sur un pied d'égalité à celui des gouvernements ? Les gouvernements nationaux sauront-ils reconnaître l'anachronisme de l'arrangement actuel et structurer ainsi leurs délégations pour qu'elles témoignent de la contribution des intervenants non gouvernementaux ? S'il est facile de déterminer le foyer d'autorité dans un gouvernement et, par conséquent, son représentant dûment habilité, quel sera par contre le mécanisme garantissant la légitimité de l'autre

représentation non gouvernementale. Une pluralité d'intérêts au sein d'une organisation internationale existe probablement dans l'Organisation internationale du travail qui, dès ses débuts, a reconnu que le nom international ne faisait pas obstacle à la participation d'intervenants à l'extérieur du gouvernement dans ses organes directeurs.

L'Article 1(Travail international) de sa constitution stipule que

« Les Membres de l'Organisation internationale du Travail seront des Etats ».

L'Article 3 précise sa composition :

Les réunions de la Conférence générale des représentants des Membres se tiendront occasionnellement selon la nécessité et du moins une fois par an. Elles seront composées de quatre représentants de chaque Membre dont deux délégués du Gouvernement et deux autres représentant respectivement les employeurs et le personnel de chacun des Membres.

A l'heure actuelle, il existe une telle multitude d'intervenants au niveau de la santé mondiale qu'il vaut mieux suivre Frenk et ses collègues et parler d'un Système de Santé mondiale (Frenk, 1997). Il existe une pluralité d'intervenants et un pluralisme au sein de ces intervenants. Il existe plusieurs organismes des Nations Unies outre l'OMS dont les actions influencent la santé dans le monde. Nous ne faisons référence qu'aux trois principales organisations, bien qu'il en existe d'autres telles que l'Organisation pour l'Alimentation et l'Agriculture (FAO) et le Programme des Nations Unies pour le Développement (UNDP), qui interviennent également sur le plan de la santé.

UNICEF. Créé par l'Assemblée générale des Nations Unies en 1946 pour aider les enfants après la Deuxième Guerre Mondiale en Europe, l'UNICEF était d'abord connu comme le Fonds d'urgence des Nations Unies pour l'enfance. En 1953, l'UNICEF devenait partie permanente du système des Nations Unies, dont la mission est d'aider les enfants vivant dans la pauvreté dans les pays en développement. Son nom plus court devenait le Fonds des Nations-Unis pour l'Enfance mais le sigle restait le même "UNICEF," et continue de nos jours à désigner cette organisation. Ses organes directeurs comprennent des représentants de 38 gouvernements.

UNFPA. A la demande de l'Assemblée générale des Nations Unies, un modeste Fonds spécial pour la Population a été créé en

1967 pour apporter formation, recherche et conseils dans le domaine de la population. En 1969, le fonds devenait le Fonds des Nations Unies pour les Activités en matière de Population. En 1987, il a été renommé officiellement le Fonds des Nations Unies pour la Population (bien que le sigle reste UNFPA), pour refléter son rôle prépondérant au sein du système des Nations Unies : promouvoir les programmes de population et coordonner les activités en matière de population. Cet organisme a d'abord insisté sur la planification familiale pour contrôler la croissance de la population. Son orientation démographique est notée clairement dans la série des conférences sur la population qui ont été organisées. Par contre, depuis 1994, elle se concentre davantage sur la santé sexuelle et reproductive en insistant sur les droits de la femme en ce domaine. Son conseil exécutif comprend des représentants des gouvernements.

ONUSIDA, Programme conjoint des Nations Unies pour la Lutte contre le VIH/SIDA, est une collaboration conjointe et novatrice de la famille des Nations Unies. L'ONUSIDA regroupe les efforts et les ressources de 10 organisations du système des Nations Unies pour aider le monde à prévenir de nouvelles infections à VIH, à apporter les soins à ceux déjà infectés et à mitiger l'impact de l'épidémie. Fondé en 1994 par une résolution du Conseil économique et social des Nations Unies et démarré en janvier 1996, l'ONUSIDA est guidé par Conseil de Coordination des Programmes comptant des représentants de 22 gouvernements de toutes les régions géographiques, les cosponsors de l'ONUSIDA et cinq représentants d'organisations non gouvernementales (ONG), y compris des associations de personnes vivant avec le VIH/SIDA. L'ONUSIDA est la première des organisations des Nations Unies traitant spécifiquement de la santé qui comprend des membres autres que les gouvernements dans son principal organe directeur.

Même au sein du système des Nations Unies lui-même, il n'existe pas de structure qui permette ou demande une collaboration en santé. Tel que le remarque Williams, une concurrence ouverte peut avoir lieu entre des organismes spécialisés, produisant une crise dans le système (Williams, 1987). Il ne semble guère que des progrès aient été faits dans ce domaine et c'est bien la raison pour laquelle certains demandent une réforme des Nations Unies et de ses organisations. Il est difficile d'exiger une coopération qui dépend du bon sentiment et de la bonne volonté du chef de l'organisation en question puisque

certaines chefs sont élus et d'autres sont nommés par le Secrétaire général. Par ailleurs, les différentes sources de financement pour les divers organismes donnent lieu à un grand nombre de différents groupes d'influence et d'intérêt. Les augures ne semblent guère bonnes pour créer de telles structures et processus qui permettraient une collaboration efficace de ces organismes des Nations Unies.

### **Gouvernance dans un système de santé mondiale**

Les perspectives d'une bonne gouvernance dans le « Système de Santé mondiale » plus vaste sont-elles meilleures qu'entre les organismes formels engagés dans la santé ? Nous l'avons déjà dit auparavant, il existe de nombreux intervenants dans le domaine de la santé. Ce sont les gouvernements, les entreprises privées et la société civile et leur interaction et portée internationale s'est étendue à la cadence de la mondialisation. Nous avons fait référence auparavant au phénomène de la mondialisation ou globalisation, tel que défini par Giddens (1990) : « l'intensification des relations sociales mondiales qui relie des lieux distants de sorte à ce que les événements locaux subissent l'influence d'événements survenant à des milliers de kilomètres et vice-versa. » Ce phénomène et l'intensification de la connectivité - suivant inexorablement la technologie de la communication - fait de la santé une authentique question globale ou mondiale. Si on a pu penser, par le passé, que les maladies infectieuses étaient la seule ou principale manifestation de cette interconnectivité mondiale, nous savons à présent que certains des principaux déterminants des maladies non transmissibles sont dus à des influences mondiales. Il ne saurait y avoir un meilleur exemple d'un phénomène mondial affectant les maladies non transmissibles que le tabagisme ou, de manière plus précise, la promotion du tabagisme par l'industrie du tabac.

Le fait que le transfert des risques de santé est transnational et que son contrôle n'entre pas dans la capacité d'un seul gouvernement explique l'opinion voulant que l'état-nation et son gouvernement ne peuvent plus être les principaux tenants de la santé mondiale, d'où la nécessité de rechercher et de stimuler la croissance d'autres intervenants. Un dilemme subsiste pourtant. Si les risques sont de nature transnationale et si l'Etat ne peut pas les contrôler, c'est pourtant bien l'Etat qui a l'autorité nécessaire pour prendre des mesures de correction au sein de ses frontières. Tel que Jamison et al, (1998) l'expliquent :

L'autorité de l'état-nation a été sapée par le front commun des forces supranationales menant à la mondialisation et les forces subnationales menant à la fragmentation et aux nouvelles formes de « tribalisme ». Et pourtant la structure politique du monde est telle que la souveraineté reste investie dans les états-nations individuels et, par conséquent, les gouvernements nationaux restent investis de la responsabilité de la santé de leurs populations.

Il existe moult exemples d'entreprises avec une portée mondiale. Les entreprises transnationales peuvent effectivement influencer la santé. Des groupes d'entreprises se sont créés pour traiter de problèmes de santé particuliers tel qu'on l'a vu dans le combat contre le VIH/SIDA (Global Business). D'autres mouvements visent à renforcer la société civile mondiale en créant des réseaux de divers intervenants du « troisième secteur » (De Oliveira, Tendon, 1994).

Ces 10 dernières années, le concept de ce que la société civile et les organisations non gouvernementales peuvent entreprendre sur le plan de la santé mondiale a été profondément marqué par la Fondation Bill et Melinda Gates avec des ressources de 29 milliards \$US et des dépenses pour la santé mondiale en 2005 de l'ordre de 844 millions \$US (Global Health-Fondation Bill et Melinda Gates). Cette capacité est encore renforcée par le don de Warren Buffet de 31 milliards \$US et la demande que 1,5 milliard \$US soient dépensés annuellement. Cette Fondation dont la mission est « *de vérifier que des progrès sont faits pour sauver la vie et qu'ils soient partagés avec ceux qui en ont le plus besoin* » compte effectivement la capacité et le pouvoir nécessaire pour faire une différence. Ces décisions sont prises par un leadership éclairé et son conseil et ses structures ne comptent aucun lien formel à une structure sanitaire internationale. De fait, il n'est guère probable qu'une des structures formelles puisse contenir une organisation de cette taille.

Et pourtant, en dernière analyse, tout système de gouvernance mondiale pour la santé mondiale doit reconnaître la primauté de l'état-nation et, plus particulièrement, du gouvernement comme principal acteur qui compte l'autorité juridique et morale pour traiter les problèmes de santé entrant dans sa compétence, même si les déterminants peuvent être transnationaux et que les accords de collaboration sont internationaux. Seul le gouvernement dans son état-nation peut manier les leviers de politique nécessaire pour propulser telle action traitant la majorité, voire l'intégralité de tous les déterminants sociaux de la santé, même ceux qui doivent leur

genèse à une propagation transfrontalière des vecteurs. Si l'origine du risque peut transcender les frontières nationales, la solution pourtant, dans bien des cas, réside à l'intérieur dans l'état-nation. Une grande partie de la discussion sur le problème de la pluralité des agents et la complexité de la coopération et de la collaboration perd de sa pertinence si le principe fondamental est observé, à savoir que c'est le programme national qui est le point focal et que le cadre d'action est le pays individuel. Cela ne dément nullement le fait qu'il existe d'importants programmes réalisés par des organisations non gouvernementales, notamment une religion organisée qui apporte des soins aux populations. La balkanisation des pays, avec différents intervenants assumant la responsabilité des soins ou des divers aspects des soins est chose fréquente. Et pourtant, c'est une situation insatisfaisante et sa persistance perpétue plus souvent que non la faiblesse de l'appareil d'état qui détient la responsabilité légale et morale de prendre les mesures sanitaires et sociales garantissant la santé de sa population. Cela ne veut pas dire que les ONG ne doivent pas et ne peuvent pas participer aux résultats de santé au niveau du pays et nous avons vu que, dans au moins un pays, le Guatemala, les gouvernements acceptent le fait de la pluralité des institutions, faisant appel aux ONG pour fournir des soins dans des conditions spécifiques.

### **Questions éthiques**

Aucune réflexion sur la santé des individus ou des populations dans le monde et la responsabilité que cela suppose ne saurait échapper aux considérations éthiques. On s'entend pour dire qu'un code éthique doit exister pour la santé de la population, au même titre que les soins individuels des patients par un médecin. Il existe de fait un code accepté d'éthiques pour la santé publique pour le système de Santé publique des Amériques (Thomas, 2002). Ce code renferme des principes liés aux respects des droits humains, à la justice distributive et au devoir comme motivation éthique mais traite essentiellement d'actions d'individus qui ont la responsabilité de la santé publique au sein d'un pays. Ce code ne pourra probablement pas être appliqué à la santé mondiale.

Singer explore généralement le type de réflexion et pratique mondiales comportant des dimensions éthiques. La principale question est de savoir si des personnes qui font passer le bien-être de leur famille avant le bien-être d'étrangers sauront accepter qu'il existe une responsabilité morale et éthique de s'occuper de ceux

qui ne font pas partie de leur « cercle » et ceux proches ou ceux semblables tendent à former le groupe auprès duquel se justifient les individus. Il est difficile pour une personne de penser autrement qu'en termes utilitaires lorsqu'il s'agit de la santé. Si, en théorie, les individus peuvent accepter qu'il existe bien des inégalités dans l'humanité et que toutes les personnes ont le droit à profiter de mesures qui protègent et préservent leur santé, à un niveau pratique, elles voient pourtant les choses de manière bien différente. Singer pense que tous les êtres humains devraient être l'unité fondamentale du souci éthique. La question qui se présente au niveau mondial est de voir quel mécanisme permettra d'arriver à une situation où la santé d'une personne, quel que soit son emplacement géographique, a la même valeur et où la réduction des inégalités est une question de politiques à un niveau plus élevé et non pas au vouloir individuel ? Cela ne pourra être accompli que par la coopération internationale qui suppose des intervenants autres que les entités gouvernementales. Tel que noté auparavant, le problème réside dans la structure pour arriver à cette coopération. Singer présente l'idéal d'une certaine forme de gouvernement mondiale, mais très vite, juge que ce n'est pas faisable au vu de la complexité et de la rigidité d'une telle structure, outre le fait que tous les états, petits ou grands, ne souhaitent pas se départir d'une partie, aussi petite soit-elle, de leur souveraineté.

L'application des principes éthiques au niveau mondial est également liée à la question de l'affectation des ressources pour traiter les déterminants des inégalités entre les états dans le cadre de la justice sociale. Certaines de ces inégalités sont déterminées sur le plan social et d'autres peuvent dépendre de l'inadéquation des systèmes sanitaires locaux. La capacité à mesurer les différences dans l'état de santé, ainsi que le poids des déterminants, est un préalable essentiel à tout effort en vue de réduire les inégalités au sein des pays et entre les pays. Aussi, cela devient-il pratiquement une question de nécessité éthique de mettre en place des systèmes qui mesurent l'état de santé individuel et de la population. Guère utile de notifier la santé des pays sous forme de moyennes nationales puisque ces données masquent des différences entre des groupes au sein d'un pays caractérisées par leur emplacement géographique et position sociale faisant qu'il est impossible donc de montrer où résident les inégalités ou encore de prendre les mesures nécessaires pour redresser ces déséquilibres. L'approche à la mesure de la santé comprend donc une dimension

éthique et ne doit pas reposer sur l'utilitaire qui voit dans l'amélioration de la moyenne le but à atteindre.

L'effort d'amélioration de la santé dans le monde doit également envisager le type de recherche qui s'avère nécessaire. Récemment, une grande partie des améliorations dans des pays en développement est due à la diffusion de l'information et de la technologie découlant de la recherche dont la majeure partie est menée dans le monde développé (Jamison, Sandbu, Wang). Il existe bien une authentique coopération internationale en santé, Nous l'avons dans la détermination de la séquence du génome humain. Par ailleurs, la plupart de la recherche sanitaire qui est appelée internationale et bien d'autres aspects en santé appelées internationaux sont de fait « extra-nationaux » et se rapportent à des activités réalisées dans des pays en développement par des intervenants des pays développés.

Bhutta (2002) expose dans l'optique du monde en développement un grand nombre des aspects éthiques de cette recherche « internationale » passée au crible ces derniers temps, surtout en ce qui concerne les essais des médicaments antirétroviraux dans les pays en développement (Angell, 1997). Tel que le note Bhutta, la controverse tient au fait qu'on souhaite voir la question uniquement sur le plan directives et réglementations sans être sensible aux complexités liées à la participation communautaire et aux normes de soins préalables et subséquentes. La recherche en santé ne devrait pas chercher uniquement à trouver des réponses spécifiques aux questions mais doit se préoccuper de l'aspect équité et de la mesure dans laquelle la recherche et ses résultats permettront de diminuer ces inégalités tellement évidentes. L'idéal serait un partenariat entre les chercheurs des deux mondes, celui en développement et celui développé qui est fait de confiance mutuelle et de prise de décisions de chacun, d'appartenance nationale, de planification rapide pour traduire les résultats en politique et dans les faits et d'engagement pour renforcer la capacité locale de recherche (Costello, 2000).

### **Conclusions**

La santé mondiale évoque la santé des peuples du monde et son meilleur garant est l'effort international collectif. La gouvernance de cet effort est de l'ordre du défi surtout dans ce monde aussi connecté et le meilleur espoir d'arriver à une organisation efficace du système réside dans l'organisation

sanitaire international, représentant la volonté et l'effort collectifs des états-nations dans la configuration pluraliste post-westphalienne. Un document récent du Département du Royaume Uni pour le développement international préconise une réforme du système de développement international si la gouvernance doit profiter au pauvre (UKDID, 2006).

Plus que jamais a-t-on besoin d'organisations internationales pour équilibrer les intérêts nationaux conflictuels et trouver des solutions aux problèmes qui ne peuvent pas être résolus par les pays à eux seuls. Seule l'intervention multilatérale aura la force d'agir lorsque les états n'arrivent plus à protéger leur population ; de faire respecter les réglementations commerciales ; de s'attaquer au SIDA ou à la grippe aviaire qui nous menace tous et de gérer le climat, les forêts, les pêcheries et l'eau que nous partageons tous. C'est la seule issue, privé d'un système international efficace, le monde serait un lieu plus inégalitaire, plus dangereux et plus divisé.

## REFERENCES

- Aginam, O. 2004. Between isolationism and mutual vulnerability: a south-north perspective on global governance of epidemics in an age of globalization. *Temple Law Review*, 77; 297-312.
- Alleyne, G.A.O. 1996. Health and National Security, *Bulletin of the Pan American Health Organization*.30; 158-163.
- Angell, M. 1997. The Ethics of Clinical Research in the Third World, *New England Journal of Medicine*, 337; 847-849.
- Arhin-Tenkoran G, D. Conceicao, P. Beyond communicable disease control: health in the age of globalization. Eds Kaul, I. Conceicao, P. Le Goulven, K. Mendoza, RU. 2003. *Providing Global Public Goods. Managing Globalization*, Published for UNDP. Oxford University Press, New York, Oxford.
- Bhutta, ZA. 2002. Ethics in international health research: a perspective from the developing world, *Bulletin of the World Health Organization*, 80; 114-120.
- Brown, TM. Cueto, M. Fee, E. 2006. The World Health Organization and the transition from International to Global Public Health, *American Journal of Public Health*, 96: 62-71.
- Chen, L C. Evans, TG. Cash, RA. "Health as a global public good" in Kaul I, Grunberg I, Stern MA.eds., *Global Public Goods: International Cooperation in the 21<sup>st</sup> Century*. 1999. Oxford University Press: New York.
- Commission on Global Governance, *Our Global Neighbourhood*. 1995. (Oxford University Press, Oxford).
- Costello, A. Zumla, A. 2000. Moving to Research Partnerships in Developing Countries. *British Medical Journal*, 321:827-829.
- Cueto, M. 2001. Sanitation from above: The Rockefeller Foundation and Yellow Fever in The return of epidemics. *Health and Society in Peru during the*

- Twentieth Century. Ashgate, Aldershot, Burlington USA. Singapore. Sydney.
- De Oliveira, D. M. Tendon, R. 1994. Citizens Strengthening Global Civil Society. CIVICUS, World Alliance for Citizen Participation.
- Drucker, PF. 1999. The New Pluralism. Leader to Leader No. 14, Fall. <http://www.pfdf.org/leaderbooks/121/fall99/new-pluralism.html>
- Eliminating world poverty: Making Governance Work for the Poor. White Paper on International Development. 2006. Department for International Development DFID UK July <http://www.dfid.gov.uk/wp2006/default.asp>.
- Ettling, J. 1981. The Germ of Laziness, Rockefeller philanthropy and public Health in the New South, Cambridge Mass, and London, Harvard University Press.
- Frenk, J. Sepulveda, J. Gomez-Dantes, O. McGuinness, MJ. Knaul, F. 1997. The Future of World Health: the New World Order and International Health. British Medical Journal, 314: 1404-1408.
- Gayle, D J, Tewarie, B, White, AQ. Governance in the Twenty-First Century University, Approaches to Effective Leadership and Strategic Management. ASHE-ERIC Higher Education report: Volume 30, 1. Adrianna J.Kezar, Series editor.
- Giddens, A. 1990. The Consequences of Modernity, Stanford University Press, Stanford, California.
- Global Business Coalition on HIV/AIDS. <http://www.businessfightsaids.org>.
- Global Health-Bill and Melinda Gates Foundation <http://www.gatesfoundation.com/GlobalHealth>
- Goodman, N M. 1971. International Health Organizations and Their Work. Second Edition, Churchill Livingstone, Edinburgh, and London
- Health and Hemispheric Security. 2002. Pan American Health Organization Washington, DC, November.
- Herlihy, D. 1997. The Black Death and the transformation of the West, Harvard University Press Cambridge Mass. and London, England.
- Howard-Jones, N. 1950. Origins of International Health Work. British Medical Journal; XX; 1032-1037.
- Howard-Jones, N. 1977. International Public Health: The Organizational Problems Between the Two World Wars (1) WHO Chronicle, 31:391-403.
- Howard-Jones, N. 1977. ditto(2) WHO Chronicle,; 31: 449-460.
- Howard-Jones, N. 1978. ditto (3) WHO Chronicle,; 32:26-38.
- Howard-Jones, N. ditto (4) WHO Chronicle,; 32:63-75.
- Howard-Jones, N. 1978. ditto –Epilogue WHO Chronicle, 1978;32:156-166
- Howard-Jones, N. International Labor Organization Constitution. <http://www.ilo.org/public/english/about/iloconst.htm>
- Institute of Medicine. 1997. America's Vital Interest in Global Health. Washington: National Academy Press.
- Jamison, DJ, Frenk, J, Knaul, F. 1998. International collective action in health: objectives, functions and rationale. The Lancet,;351: 514-517
- Jamison, DT, Sandbu, M, Wang, J. "Why has infant mortality decreased at such different rates in different countries"? Working Paper 21. Disease Control Priorities Project. Bethesda, MD.
- Kickbusch, I. 2000. The Development of International Health-Accountability Intact? Social Science and Medicine, 51:979-989.
- Matthews, JT. 1997. Power Shift. Foreign Affairs, 76; 50-66.

- Mitrany, D. 1975. *The Functional Theory of Politics*. Martin Robertson & Company Ltd. London.
- Pan American Sanitary Code. 2002. *Basic Documents of the Pan American Health Organization*.
- Panisset, UB. 2000. *International Health Statecraft, Foreign Policy and Public Health in Peru's Cholera Epidemic*. University Press of America, Inc. Lanham, New York, Oxford.
- Pro salute Novi Mundi. 1992. *A History of the Pan American Health Organization*. Pan American Health Organization.
- Rhodes, RAW. 1996. *The New Governance: Governing without government*. *Political Studies*, 44; 652-667.
- Siddiqi J. 1995. *World Health and World Politics. The World Health Organization and the UN system..* University of South Carolina Press.
- Singer, P. *One world: The ethics of globalization*. Yale University Press. New Haven & London.
- The Economist. 1995-1996: "The Nation-State is dead. Long live the Nation-State". 337 (7946); 15-18.
- Thibault, JF. *As if the world were a virtual polity: the political philosophy of global governance*. [http://www: the global site.ac.uk/press/108thibault.htm](http://www.the-global-site.ac.uk/press/108thibault.htm)
- Thomas, JC. Sage, M. Dillenberg, J. Guillory, JV. 2002. "A Code of Ethics for Public Health" *American Journal of Public Health*; 92:1057-1059.
- Truman, Harry S. 1949. *Inaugural Address, January*. <http://www.bartleby.com/124/pres53.html>
- Walt, G. 2001. "Global Cooperation in International Public Health" in Eds. Merson, M H. Black, RE. Mills, A J. *International Public Health. Diseases, Programs, Systems and Policies*. An Aspen publication. Aspen publishers, Inc. Gaithersberg, Maryland.
- Weiss, TG. 2000. *Governance, Good Governance, and Global Governance: Conceptual and Actual Challenges*. *Third World Quarterly*, 21; 795-814.
- World Bank. 1994. *Governance: the World Bank's Experience*. Washington, DC.
- Williams, D. 1987. *The Specialized agencies and the United Nations. The System in Crisis* St. Martin's Press, New York
- Yach, D. Bettcher, D. 1998. *The globalization of public health, I, Threats and opportunities*. *American Journal of Public Health*, 88; 735-738.
- Yach, D. Bettcher, D. 1998. *The globalization of public health II: The Convergence of Self-Interest and Altruism*. *American Journal of Public Health*, 88; 738-741.

**A PROPOS DE L'AUTEUR**

*George Alleyne*, OCC, M.D., F.R.C.P., F.A.C.P. (Hon), DSc (Hon), ressortissant de la Barbade a accédé au poste de Directeur du Bureau sanitaire panaméricain (BSP), Bureau régional de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) le 1<sup>er</sup> février 1995 et a terminé un second mandat de quatre ans le 31 janvier 2003. En février 2003, il était élu Directeur émérite du BSP. En février 2003, M. Kofi Annan, Secrétaire général des Nations Unies, le nommait son Envoyé spécial pour le VIH/SIDA dans les Caraïbes. En octobre 2003, il était nommé Chancelier de l'University of the West Indies. Actuellement, il est titulaire d'une chaire de professeur à l'Ecole de Santé publique de Bloomberg, Johns Hopkins University. Il a reçu de nombreuses décorations prestigieuses pour son travail et distinctions honorifiques de bien des pays des Amériques. En 2001, il était décoré de l'Ordre de la Communauté des Caraïbes, distinction la plus élevée qui puisse être faite à un ressortissant des Caraïbes.