

**UNE LECTURE INSTITUTIONNELLE DES APPROCHES *ONE HEALTH* :
LE DÉVELOPPEMENT DES PARTENARIATS PUBLIC-PRIVÉ ET SES
ENJEUX EN DROIT INTERNATIONAL DES DROITS DE L'HOMME**

Anna GLAZEWSKI

Maîtresse de conférences en droit public à l'Université de Strasbourg

Pour citer cet article :

Anna Glazewski, « Une lecture institutionnelle des approches *One Health* : le développement des partenariats public-privé et ses enjeux en droit international des droits de l'homme », *Droits Fondamentaux*, n° 21, janvier – décembre 2023, 15 p.

Résumé : Les approches *One Health* connaissent un regain d'intérêt aux lendemains de la pandémie de Covid-19 mais les modalités institutionnelles de ces collaborations sont peu discutées en tant que telles. Reposant fréquemment sur le recours aux partenariats public-privé (« PPP »), les projets *One Health* contribuent ainsi à restructurer le champ du droit de la santé publique globale en positionnant l'État comme un acteur parmi beaucoup d'autres, ce qui a nécessairement des incidences sur le niveau de protection et de garantie des droits de l'homme. Alors que sont négociés les termes d'un nouveau traité international sur les pandémies dans lequel l'approche *One Health* est en voie de formalisation, la présente étude propose de démontrer que le droit international des droits de l'homme renferme déjà plusieurs principes et règles clairs quant à l'implication d'acteurs non-étatiques dans le domaine de la santé qu'il est nécessaire de prendre en considération.

Mots-clés : *One Health* ; partenariats public-privé ; privatisation ; partenariats mondiaux pour la santé ; traité international sur les pandémies ; droit au meilleur état de santé possible ; accès aux médicaments et aux soins ; santé publique.

Title: An Institutional Interpretation of the One Health Approach: Development of Public-Private Partnerships and its Implications in International Human Rights Law

Summary: While there has been renewed interest in *One Health* approaches in the wake of the Covid-19 pandemic, there has been little discussion of the institutional arrangements for these collaborations as such. Frequently based on the use of public-private partnerships ("PPPs"), these approaches are helping to restructure the field of global public health law by positioning the State as one player among many, which necessarily has an impact on the level of protection and guarantee of human rights. At a time when the terms of a new international treaty on pandemics are being negotiated, in which the *One Health* approach is in the process of being formalised, this study proposes to demonstrate that international human rights law already contains several unambiguous principles and rules regarding the involvement of non-state actors in the field of health that need to be taken into consideration.

Key words: One Health; public-private partnerships; privatisation; global health partnerships; international treaty on pandemics; right to the highest attainable standard of health; access to medicines and care; public health.

UNE LECTURE INSTITUTIONNELLE DES APPROCHES *ONE HEALTH* : LE DÉVELOPPEMENT DES PARTENARIATS PUBLIC-PRIVÉ ET SES ENJEUX EN DROIT INTERNATIONAL DES DROITS DE L'HOMME

Approche « intégrée », « systémique », « unifiée » : par les buts qu'elles poursuivent, qui visent le décloisonnement des spécialités scientifiques et médicales en vue de tenir compte des interdépendances entre les santés humaines, animales et environnementales, les approches dites *One Health* ou *Une seule santé*, impliquent aujourd'hui des coopérations institutionnelles entre de nombreux acteurs, publics et privés. Bien que de telles approches connaissent un regain d'intérêt aux lendemains de la pandémie de Covid-19, les modalités institutionnelles de ces collaborations sont peu discutées en tant que telles. Lorsqu'elles le sont, il s'agit le plus souvent de louer les mérites d'une coopération entre le secteur public et des acteurs et firmes privées, en général par le biais de partenariats dits public-privé (« PPP »)¹.

Il est vrai qu'il n'apparaît pas évident de distinguer ces modèles contractuels de la multitude de partenariats plus ou moins formels pouvant rassembler des entités publiques (nationales ou internationales) et des « partenaires » privés. Cette difficulté peut notamment s'expliquer par l'évolution même du champ institutionnel de la santé mondiale. Celui-ci a en effet connu des changements structurels fondamentaux ces trente dernières années, qui ont fait évoluer le droit international de la santé vers un droit de la « santé publique globale »², dans lequel les acteurs non-étatiques sont devenus incontournables. L'hétérogénéité des modes de coopération dans lesquels ces derniers se sont engagés, couplée à la multiplicité de ces acteurs et des normes nationales applicables en la matière rend le paysage institutionnel particulièrement encombré et partant, peu lisible.

Les « PPP » sont généralement définis par la Banque mondiale comme « *des dispositions, habituellement à moyen et long terme, entre les secteurs public et privés grâce auxquelles certains services qui relèvent de la responsabilité du secteur public sont administrés par le secteur privé, scellées par un accord clair sur des objectifs communs relatifs à la livraison d'infrastructures et/ou de services publics* »³. Ces contrats permettent d'engager le ou les partenaire(s) privé(s) à divers degrés, selon le type d'activités concernées : de

¹ Voir par exemple W. A. Gebreyes *et al.*, « [The Global One Health Paradigm: Challenges and Opportunities for Tackling Infectious Diseases at the Human, Animal, and Environment Interface in Low-Resource Settings](#) », *PLoS Neglected Tropical Diseases*, 2014. Pour un exemple récent en Amérique latine, voir M. Rodriguez *et al.*, « [Alianzas públicas, privadas y público-privadas para implementar Una Salud como acción contra la resistencia antimicrobiana en Colombia](#) », *Pan American Journal of Public Health*, 2023.

² Voir en particulier l'analyse de T. M. Brow, M. Cueto et E. Fee, « [The World Health Organization and the Transition From "International" to "Global" Public Health](#) », *American Journal of Public Health*, January 2006, 96(1): 62-72.

³ Banque mondiale, Guide de référence des PPP : Version 2.0, 2016, p. 20.

certains services médicaux spécialisés à l'intégralité d'établissements de soins et des services concernés, en passant par la « seule » conception, construction et fonctionnement d'infrastructures médicales⁴. Dans tous les cas, le montage poursuivi suit une logique similaire : les coûts d'investissement sont initialement financés par le(s) partenaire(s) privé(s), à charge pour le gouvernement de le payer ensuite annuellement selon une formule et pour une durée préalablement déterminées. Fruit de l'influence des thèses néo-libérales et du nouveau management public (*new public management*), le recours au PPP est assez généralement présenté comme un outil permettant de faciliter l'accès à la santé dans des États dans lesquels les ressources publiques sont en tension (c'est-à-dire, à peu près partout aujourd'hui) et partant, comme un montage innovant et désormais incontournable. C'est d'ailleurs ce qu'affirme le dernier rapport du Groupe Indépendant d'Évaluation (« GIE ») – unité de la Banque mondiale chargée de l'évaluation de la performance des politiques de cette dernière – relatif à l'engagement de la Banque mondiale dans des partenariats public-privé relatifs à la santé publique⁵.

Pour autant, la définition des PPP qui est donnée par certaines organisations internationales en charge de développer les approches *One Health* diffère de manière assez importante, le mode de financement ne semblant pas central, du moins à première vue. L'Organisation mondiale de la santé animale le définit ainsi de façon plus générale comme une « *approche conjointe selon laquelle les secteurs public et privé conviennent de responsabilités et partagent des ressources et risques pour atteindre des objectifs communs qui génèrent des bénéfices de manière durable* »⁶.

Les PPP envisagés dans cette étude renvoient ainsi non seulement aux modèles que l'on peut observer assez classiquement au sein des États mais aussi à des partenariats de plus grande ampleur appelés « partenariats publics privés sanitaires internationaux »⁷ tels que le Fonds mondial contre le sida, la tuberculose et le paludisme, car se développent dans le champ des projets *One Health* ces deux types principaux de modalités. Il faut néanmoins relever dès à présent l'indétermination qui plane sur la notion de partenariat public-privé dans le champ du droit mondial de la santé en comparaison avec ce que l'on connaît de la notion en droit public interne. Nous nous en tiendrons à la formule déjà proposée en doctrine, consistant à définir ces partenariats dans le champ de la santé mondiale comme des partenariats tendant à « *faire coopérer acteurs privés et*

⁴ Pour un aperçu de la diversité des combinaisons possibles, J. K. Roehrich, M. A. Lewis, G. George, « [Are public-private partnerships a healthy option? A systematic literature review](#) », *Social Science & Medicine*, Vol. 113 (2014), pp. 110-119.

⁵ Independent Evaluation Group, « [Public-Private Partnerships in Health – World Bank Group Engagement in Health PPPs, An IEG Synthesis Report](#) », 2016, 43 p.

⁶ Organisation mondiale de la santé animale, 2017, [Manuel PPP de l'OIE : Lignes directrices pour les Partenariats Public-Privé dans le domaine vétérinaire](#), p. 2.

⁷ Sur ce sujet, voir l'étude d'Auriane Guilbaud, en particulier « Chapitre 4. L'institutionnalisation par les partenariats public-privé », in *Business partners. Firmes privées et gouvernance mondiale de la santé*, Presses de Sciences Po, 2015, pp. 115-146.

publics autour d'un objectif commun », l'amélioration de la santé mondiale⁸, tout en soulignant comme la notion indéterminée de partenariat, a joué un rôle important pour contenter un large nombre d'acteurs du marché mondial de la santé⁹.

Le développement de la participation du secteur privé dans des domaines ressortant traditionnellement du secteur public – la santé publique, en l'occurrence –, est présenté de manière relativement neutre du point de vue des risques qu'il comporte. La formule retenue par le GIE est éloquente à cet égard : « *La conclusion d'accords de PPP impose certaines exigences relatives à la création d'un environnement favorable du pays concerné et comporte des risques ; toutefois, il en va de même pour les alternatives consistant à rester inactif ou à continuer à fournir des services par l'intermédiaire du secteur public* »¹⁰.

Pourtant, il est assez clair que le principe même du recours au partenariat public-privé pour des activités relevant auparavant de l'État implique *a minima* un désengagement public quant au savoir-faire technique ou humain et un engagement financier de l'État sur le long terme. Des rapports successifs de la Cour des comptes française (identifiant le recours problématique aux PPP dans le secteur de l'immobilier judiciaire) ainsi que de la Cour des comptes européenne (dans les domaines des technologies de l'information et des communications ainsi que dans le domaine du transport) ont par exemple démontré l'absence très nette de neutralité financière d'un tel montage et les multiples risques supportés *in fine* par le partenaire public¹¹. Très étudiés d'un point de vue économique, les PPP le sont moins d'un point de vue plus « qualitatif », c'est-à-dire du point de vue de la nature des activités exercées, des services prestés et surtout des effets corrélatifs sur les compétences et le savoir-faire public. Analysant quelque 1400 publications concernant les PPP dans le domaine de la santé sur une période d'une vingtaine d'années, des auteurs ont ainsi démontré la surreprésentation d'études en comptabilité, finance et gestion publique et la sous-représentation d'autres branches¹².

L'hypothèse formulée ici, confortée par des constats opérés dans d'autres domaines de l'action publique¹³, est que l'arrangement par lequel un État confie l'exercice d'une activité (médicale, vétérinaire ou en lien avec l'environnement) à

⁸ P. Jacob, « Quel droit pour les partenariats public-privé ? » in SFDI, *Colloque de Rennes « Santé et droit international »*, Paris, Pedone, 2019, pp. 143-184.

⁹ A. Guilbaud, « Les partenariats public-privé sanitaires internationaux : diffusion et incarnation d'une norme de coopération », *Mondes en développement*, 2015/2, n° 170, pp. 91-104.

¹⁰ Independent Evaluation Group, « [Public-Private Partnerships in Health – World Bank Group Engagement in Health PPPs, An IEG Synthesis Report](#) », 2016, p. vi, traduction personnelle de l'anglais.

¹¹ Cour des comptes, « [La politique immobilière du ministère de la Justice, Mettre fin à la fuite en avant](#) », Rapport public thématique, décembre 2017 ; Cour des comptes européenne, « [Les partenariats public-privé dans l'UE : de multiples insuffisances et des avantages limités](#) », Rapport spécial n° 09/2018.

¹² J. K. Roehrich, M. A. Lewis, G. George, « Are public-private partnerships a healthy option ? A systematic literature review », *Social Science & Medicine*, Vol. 113 (2014), pp. 110-119.

¹³ A. Glazewski, *Les "obligations structurelles" de l'État au regard du droit international. Recherche sur une nouvelle catégorie juridique*, Thèse, Paris II Panthéon-Assas, dir. E. Decaux, 2018, 529 p.

un ou plusieurs prestataires privés ne peut s'avérer totalement neutre du point de vue des usagers comme du point de vue de l'État. Du point de vue de l'utilisateur, des logiques de coût et de profit peuvent orienter les choix du prestataire privé, qu'ils soient stratégiques (*e.g.* réticences au développement de la recherche scientifique dans une branche peu « porteuse » d'un point de vue économique) ou opérationnels (*e.g.* moyens mis en œuvre pour la formation du personnel de soin), d'une manière pouvant lui être défavorable. Du point de vue de l'État, le développement de telles coopérations peut conduire à une perte de savoir-faire et partant, d'autonomie ou, dans des configurations extrêmes, de « souveraineté sanitaire » et ainsi ne faire de lui qu'un acteur parmi une constellation d'autres, dont l'intérêt général ne serait plus nécessairement le centre de gravité. Quelle que soit la focale, ce sont *in fine* l'exercice et les conditions de garantie du droit au meilleur état de santé susceptible d'être atteint qui sont concernés. Le sujet ne saurait être laissé de côté, alors que l'échéance fixée à 2030 par les États membres de l'ONU pour la réalisation des Objectifs de développement durable approche¹⁴.

Alors que sont négociés les termes d'un nouveau traité international sur les pandémies dans lequel l'approche *One Health* est en voie de formalisation, la présente étude propose de démontrer que le droit international des droits de l'homme renferme déjà plusieurs principes et règles clairs quant à l'implication d'acteurs non-étatiques dans le domaine de la santé qu'il est nécessaire de prendre en considération.

Le développement des approches *One Health* s'inscrit dans le contexte d'un véritable foisonnement des partenariats public-privé dans le champ de la santé globale (I), par lesquels les États ne sauraient toutefois pas transférer leurs obligations en matière de protection internationale du droit à la santé (II).

I. L'INCONTOURNABLE PARTENARIAT PUBLIC-PRIVÉ DANS LES PROJETS ONE HEALTH

L'observation des projets développés et publiquement présentés comme s'inscrivant dans une approche *One Health* permet de constater que les partenariats public-privé sont devenus incontournables. Si ces modèles de coopération sont présentés comme innovants, souples ou efficaces, ils n'en restent pas moins une forme de privatisation de la santé publique (A), mouvement que le droit international des droits de l'homme a observé en invitant à un certain nombre de précautions (B).

¹⁴ Bien que ne relevant pas *stricto sensu* du champ du droit international des droits de l'homme, les Objectifs de développement durable adoptés en 2015 par les États membres de l'ONU et fixant un ensemble de cibles à atteindre à l'horizon 2030 offrent un certain nombre d'indicateurs et de cibles en matière de santé. Parmi eux figure ainsi une cible relative à l'appui de « *la recherche et [de] la mise au point de vaccins et de médicaments contre les maladies, transmissibles ou non, qui touchent principalement les habitants des pays en développement* » et « *donner accès, à un coût abordable, à des médicaments et vaccins essentiels* ».

A. Un modèle de coopération plébiscité

Alors qu'elle invite à « repenser la santé », l'initiative *One Health* telle que présentée par la Déclaration conjointe du Groupe tripartite (FAO, OIE, OMS) et du PNUE en 2021 en réponse à la pandémie de COVID-19 ne mobilise que peu de discussions autour des implications institutionnelles de cette approche intégrée de la santé. Les partenariats publics-privés sont plébiscités, leur caractère innovant et flexible étant mis en perspective avec les supposés lourdeurs bureaucratiques, fermant ainsi la voie à toute discussion institutionnelle un peu plus approfondie. Les approches *One Health* sont ainsi activement développées par le biais de ce type de coopérations.

Le plan d'action pour la santé globale, adopté en 2022 par les membres du le Groupe tripartite (FAO, OIE, OMS) et le PNUE pour la période 2022-2026¹⁵ établit six pistes d'actions, qui renvoient chacune à des activités spécifiques, des résultats attendus et un calendrier d'action. Ces pistes sont soutenues par des « principes transversaux » : adopter d'une pensée systémique ; favoriser la sensibilisation, la communication *et les partenariats publics-privés* ; renforcer la gouvernance et les cadres institutionnels et juridiques et utiliser les connaissances traditionnelles des populations autochtones et des communautés locales, le cas échéant¹⁶. Le partenariat public-privé fait ainsi figure de modèle de coopération de référence dans le contexte des projets *One health*.

Cela ne surprend pas : les organisations membres du Groupe tripartite font elles-mêmes, en d'autres circonstances, la promotion de ce type de partenariat. L'Organisation mondiale de la santé animale (« OMSA », ex-OIE¹⁷) l'encourage par exemple dans le domaine vétérinaire ainsi qu'en témoigne le manuel développé par cette organisation avec le soutien de la Fondation Bill & Melinda Gates¹⁸, contributrice incontournable des multiples initiatives mondiales pour la santé (et ce, quelles qu'en soient les dénominations). Quoique semblant chercher à limiter les risques présentés par le recours accru au secteur privé, l'Organisation mondiale de la santé a quant à elle présenté récemment, par le biais de l'un de ses bureaux régionaux, une série de mesures concrètes à l'intention des gouvernements de pays à revenus intermédiaires pour « optimiser » certaines formes de PPP dans le domaine de la santé¹⁹.

¹⁵ FAO, UNEP, WHO and WOA, [One Health Joint Plan of Action \(2022-2026\)](#). Working together for the health of humans, animals, plants and the environment, Rome, 2022, 86p.

¹⁶ *Ibid.* at p. xi.

¹⁷ Fondée en 1924 sous l'appellation Office International des Épizooties (« OIE »), cette organisation a été ainsi rebaptisée en 2003.

¹⁸ Organisation mondiale de la santé animale, 2017, [Manuel PPP de l'OIE : Lignes directrices pour les Partenariats Public-Privé dans le domaine vétérinaire](#), 57 p. Voir aussi plus récemment les éléments saillants du huitième Sommet global *One Health* (30 mars 2022, Abu Dhabi) dans le bulletin périodique de l'Organisation mondiale de la santé animale, The Official, [Bulletin 2022-2](#).

¹⁹ OMS, [Public-private partnerships for health care infrastructure and services: policy considerations for middle-income countries in Europe](#), Bureau de Barcelone, 2023, 51p. Le rapport présente plus particulièrement les « *transaction-specific PPP* », c'est-à-dire des contrats conclus entre États et entreprises privées afin de réaliser plusieurs activités (qu'il s'agisse d'une

Plus concrètement, dans le contexte de l'approche *One Health*, la coopération entre entités publiques et privées est mise en œuvre pour financer la recherche, prévenir et/ou gérer les risques sanitaires. Le développement de PPP est parfois présenté comme permettant d'améliorer le niveau global de la santé, en enrichissant par exemple la connaissance en matière de lutte contre certaines maladies grâce au financement de la recherche, ainsi qu'en favorisant l'accès aux soins et aux médicaments.

Une illustration des bienfaits pouvant être retirés de ce type de coopération peut être apportée par la campagne « SOS » (pour « *Stamp-Out Sleeping sickness* »), entamée au début des années 2000 en Ouganda afin de lutter contre la trypanosomiase humaine africaine, plus communément appelée « maladie du sommeil », une maladie mortelle causée par des parasites transmis à l'homme par des piqûres de mouches tsé-tsé infectées. Cette maladie vectorielle s'est particulièrement développée en Afrique sub-saharienne, région ayant connu une série d'épidémies dévastatrices depuis le début du XX^{ème} siècle. Ayant pour ambition d'endiguer sa propagation, un partenariat public-privé rassemblant des agences gouvernementales ougandaises, des équipes de recherche de l'Université d'Édimbourg et de Makerere (Ouganda), un laboratoire biopharmaceutique vétérinaire français (*Ceva Santé Animale*) ainsi qu'une société européenne d'investissement (*IK Investment Partners*), a été conclu en 2006. La recherche produite par cette coopération a permis de démontrer de façon inédite l'implication des bovins dans la propagation de la maladie et, tout en développant des traitements destinés à ces derniers, de trouver des solutions de dépistage moins invasives et risquées pour l'humain (grossièrement : en déparasitant les troupeaux de bovins plutôt qu'en prélevant du liquide céphalo-rachidien chez l'humain). Les effets des protocoles ainsi conçus puis mis en œuvre ont été évalués très positivement : la prévalence de la maladie a été réduite de 75 % dans le bétail grâce au seul traitement de masse, avec une réduction de 90 % des cas de maladie du sommeil chez l'homme²⁰. Par ailleurs, ces protocoles ont été intégrés dans les pratiques locales, pérennisant ainsi les solutions conçues par le PPP et signant son succès²¹.

Déduire de ce seul exemple que le PPP est le modèle de coopération le plus souhaitable pour tout projet *One Health* serait évidemment trop rapide. Un certain nombre de difficultés méthodologiques s'opposent plus généralement à toute conclusion aussi nette. Tout d'abord, il n'existe pour l'instant pas de panorama exhaustif des coopérations scientifiques et institutionnelles existantes en la

branche médicale, de la construction d'infrastructures de santé ou d'un ensemble intégré de prestations).

²⁰ S. C. Welburn et P. Coleman, "Human and Animal African Trypanosomiasis" in J. Zinsstag *et al.*, *One Health : The Theory and Practice of Integrated Health Approaches*, CABI, 2nd éd., 2021, p. 270.

²¹ C. Waiswa *et al.*, "[Experiences of the one-health approach by the Uganda Trypanosomiasis Control Council and its secretariat in the control of zoonotic sleeping sickness in Uganda](#)", *Parasite Epidemiol Control*, Volume 11, Novembre 2020.

matière, encore moins des partenariats public-privé²². Dès lors, opérer une comparaison entre les différents modes de coopération (totalement publiques ou totalement privées, par exemple), n'est pas chose aisée. Il a par ailleurs été exposé que les projets *One Health* sont fréquemment évalués par modélisation plutôt qu'au regard de leurs résultats concrets et l'on dispose encore de trop peu d'éléments à cet égard²³. Enfin, l'approche *One Health* n'est pas une sorte de label dont les divers partenariats et coopérations interinstitutionnels chercheraient nécessairement à s'estampiller et nombreux sont les auteurs à faire remonter l'idée de santé « globale » à bien plus loin dans le temps, quelles que soient les notions utilisées²⁴ : il est donc possible que certains projets suivent une approche inspirée de la santé globale sans pour autant adopter une communication déclinant ce vocabulaire.

Outre ces difficultés méthodologiques, plusieurs développements pratiques récents et plusieurs études ont permis de démontrer que le développement et le recours accru aux PPP dans le domaine de la santé présentaient un certain nombre de risques.

B. Un ensemble de risques pourtant bien identifiés

Bien que les PPP se développent depuis plusieurs dizaines d'années en matière de santé publique²⁵ – ce qui devrait suffire à leur faire perdre le caractère « innovant » qui leur est si fréquemment associé –, la pandémie de Covid-19 a ravivé l'intérêt du public pour ce type de configuration, en particulier avec le mécanisme « COVAX », l'un des trois piliers du dispositif pour accélérer l'accès aux outils de lutte contre la COVID-19 (« Accélérateur ACT »).

Conformément aux thèses économiques qui ont présidé sa généralisation dans de nombreux domaines publics, le recours au partenariat public-privé a été présenté comme un outil garantissant une meilleure efficacité de la recherche vaccinale contre la COVID-19 et partant, un meilleur accès à la vaccination pour

²² Plusieurs analyses comparatives ont toutefois été réalisées et l'on citera en particulier la revue de littérature de C. dos S. Ribeiro, L. H.M. van de Burgwal et B. J. Regeer, "[Overcoming challenges for designing and implementing the One Health approach: A systematic review of the literature](#)", *One Health*, vol. 7, Juin 2019.

²³ Sarah E. Baum, Catherine Machalaba MPH *et al.* "Evaluating one health: Are we demonstrating effectiveness?", *One Health*, Vol. 3, June 2017, pp. 5-10.

²⁴ Voir par exemple V. Ridde, E. Guillard et A. Faye, « Le retour d' « une seule santé » et la santé mondiale : ne reproduisons pas les mêmes erreurs », *Médecine Tropicale et Santé Internationale*, Volume 2(3), Septembre 2022.

²⁵ J. K. Roehrich *et al.*, "[Are public-private partnerships a healthy option ? A systematic literature review](#)", *Social Science & Medicine*, vol. 113, Juillet 2014, pp. 110-119.

la population mondiale²⁶. Cette corrélation entre efficacité de la recherche et accès équitable au vaccin a toutefois été questionnée puis remise en cause²⁷.

La gouvernance de ces partenariats a en effet été étudiée et leur ampleur, tout-à-fait inédite en matière de santé publique, exposée puis critiquée. Ce qui a été décrit comme un « super PPP »²⁸, qui pourrait s'apparenter en fait à ce que d'autres auteurs décrivent comme des partenariats public-privé sanitaires internationaux (PPPSI²⁹), articule différentes coopérations préexistantes (l'Alliance du Vaccin GAVI³⁰, la Coalition pour les innovations en matière de préparation aux épidémies, « CEPI »³¹) et l'OMS. Il reposait sur des règles de fonctionnement très complexes, rendant tout mécanisme de reddition de comptes particulièrement peu lisible et témoignant d'une influence peu déterminante du secteur public³². Il n'a par ailleurs pas été accompagné de règles strictes d'approvisionnement en vaccin et les États occidentaux se sont livrés à ce que le directeur de l'OMS a appelé une course au nationalisme vaccinal³³, véritable course à l'approvisionnement particulièrement défavorable aux pays les moins avancés. Il s'agit d'un exemple certes assez extrême, du point de vue de son ampleur financière, matérielle et de l'importance jouée dans le contexte d'une pandémie récente, mais qui demeure toutefois révélateur de ce que la question institutionnelle a été laissée de côté, compromettant *in fine* le droit d'accès à la santé.

²⁶ C. M. Savoy et E. I. Méndez-Leal, « [Beyond COVAX : The Importance of Public-Private Partnerships for Covid-19 Vaccine Delivery to Developing Countries](#) », Center for Strategic and International Studies, Rapport, Septembre 2021.

²⁷ K. T. Storeng, A. de Bengy Puyvallée et F. Stein, « [COVAX and the rise of the “super public private partnership” for global health](#) », *Global Public Health*, 2021.

²⁸ *Idem*.

²⁹ A. Guilbaud, *op. cit.*, pp. 115-146.

³⁰ Selon les informations rendues publiquement disponibles par l'Alliance GAVI, il s'agit d'une fondation suisse à but non lucratif « ayant le statut d'institution internationale en Suisse et un statut de charité publique aux États-Unis ». L'Alliance GAVI est dirigée par un conseil d'administration présidé par José Manuel Barroso. Au sein de ce conseil d'administration, l'UNICEF, l'OMS, la Banque mondiale occupent des sièges permanents, tout comme la Fondation Bill et Mé linda Gates.

³¹ Pour « Coalition for Epidemic Preparedness Innovations », il s'agit d'une association de droit norvégien destinée au financement de projets de recherche indépendants en matière vaccinale. Elle est dirigée par un conseil d'administration composé de douze membres ayant un droit de vote et de cinq observateurs, aucun gouvernement n'y étant formellement représenté quoique certains agents publics en fassent partie (par exemple la Directrice générale des produits pharmaceutiques et des dispositifs médicaux du ministère de la Santé de la République d'Indonésie). Le CEPI est également composé d'un « groupe commun de coordination » aux fonctions consultatives, composé d'organisations indépendantes parmi lesquelles le GAVI précité, l'OMS, l'UNICEF mais également Médecins sans frontières ou la Food and Drug Administration américaine.

³² L'étude précitée de Storeng, de Bengy Puyvallée et Stein montre par ailleurs que sur une liste de 464 individus membres de la structure de gouvernance du COVAX, seuls 14% (c'est-à-dire 63 personnes), représentaient des gouvernements. Les auteurs exposent que l'influence dans la prise de décision ressort davantage du GAVI, du CEPI et de la Fondation Gates.

³³ « Covid-19 : le nationalisme vaccinal d'une poignée de nations est moralement indéfendable, dénonce le chef de l'OMS », ONU Info, 7 juillet 2021.

C'est notamment pour éviter de reproduire ces écueils qu'ont émergé des négociations autour d'un instrument international visant à prévenir, préparer et riposter face aux pandémies dont l'Assemblée mondiale de la santé a confié la préparation à un organe intergouvernemental de négociation. Alors que l'approche *One Health* a fait son apparition dans ces négociations, les questions institutionnelles n'ont cependant pas émergé de manière plus précise, comme nous nous apprêtons à l'étudier.

De fait, lorsque des projets *One Health* sont réalisés par le biais de partenariats public-privé, certains aspects sont confiés à des entités non-étatiques à but lucratif (financement, recherche, formation, distribution, plaidoyers etc.). Or certains auteurs ont mis en évidence le fait que l'efficacité de la promotion de la santé (de manière générale) par le biais de tels partenariats n'était pas corroborée par des études scientifiques et plus, que la majorité des études publiées qui encourageaient le recours à ce type de partenariats n'étaient pas indépendantes ou dont la qualité scientifique était médiocre³⁴.

Plusieurs études dans le domaine de l'administration et de la gestion publique ou des sciences politiques critiquent le développement de tels partenariats dans le domaine de la santé en général. Le risque que la réputation de grandes organisations internationales soit utilisée pour vendre des biens ou services à des fins commerciales, ternissant ainsi l'image et la confiance du public dans une forme d'« impartialité morale » des organisations internationales a ainsi été souligné très tôt³⁵. D'autres études ont par exemple pointé les risques de conflit d'intérêt et de « capture institutionnelle », pour employer des termes issus des sciences économiques³⁶. Pareils risques sont jugés inhérents à ces partenariats, les entités non-étatiques à but lucratif étant enclines à les rejoindre en vue d'influencer les gouvernements dans la détermination de politiques publiques ou d'assouplir certaines réglementations en leur faveur³⁷.

Dans le champ du droit international des droits de l'homme, la question de la participation d'acteurs non-étatiques aux activités de santé publique a également suscité un certain nombre d'inquiétudes et conduit à préciser les obligations étatiques en pareilles hypothèses.

³⁴ L.A Parker, G.A. Zaragoza, & I. Hernández-Aguado, "Promoting population health with public-private partnerships: Where's the evidence?" *BMC Public Health*, vol. 19, article 1438, 2019.

³⁵ I. Kickbusch, et J.D. Quick, "Partnerships for health in the 21st century" *World health statistics quarterly (Rapport trimestriel de statistiques sanitaires mondiales)*, 1998, 51 (1), pp. 68-74 : "They include the possibility that the (...) WHO reputation will be used to sell goods and services for corporate gain, thus tarnishing WHO's reputation as an impartial holder of health values (...)"

³⁶ G. Stigler, "The Theory of Economic Regulation", *The Bell Journal of Economics and Management Science*, Vol. 2, n° 1 (spring 1971), pp. 3-21.

³⁷ Voir par exemple et parmi beaucoup d'autres, en matière alimentaire, D. Stuckler, M. Nestle, « Big Food, Food Systems, and Global Health », *PLOS Medicine*, 2012, 9(6).

II. L'INDISPENSABLE SUBORDINATION DES PARTENARIATS PUBLIC-PRIVÉ "ONE HEALTH" AUX EXIGENCES DE PROTECTION DES DROITS DE L'HOMME

Plusieurs développements importants du droit international des droits de l'homme doivent être soulignés en ce qu'ils soulèvent non seulement des questions de principe (A) mais abordent également les incidences pratiques du recours à la privatisation pour la garantie et l'exercice effectif de droits conventionnellement protégés (B).

A. La « privatisation de la santé » tolérée par le droit international des droits de l'homme

Parmi les différents organes de traité, le Comité pour l'élimination de la discrimination à l'égard des femmes (« CEDAW ») s'est inquiété le premier de l'affaiblissement du niveau de garantie des droits individuels, en l'occurrence ceux des femmes, observé corrélativement au transfert de fonctions du domaine de santé à des organismes privés. Insistant sur le fait que pareil transfert ne peut en emporter en matière de responsabilité étatique, le CEDAW a invité les États à lui indiquer tant les moyens institutionnels, gouvernementaux, mis en place pour promouvoir la santé des femmes que les mesures mises en œuvre pour garantir la prestation des services de santé³⁸.

L'année suivante, le Comité pour les droits économiques, sociaux et culturels (ci-après « Comité DESC ») a quant à lui invité les États parties au Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels (« PIDESC ») à faire preuve de vigilance s'agissant de la privatisation des activités de santé. En se référant à leur obligation de protéger le droit au meilleur état de santé susceptible d'être atteint (article 12 du PIDESC), il les invitait à veiller « à ce que la privatisation du secteur de la santé n'hypothèque pas la disponibilité, l'accessibilité, l'acceptabilité et la qualité des équipements, produits et services sanitaires, de contrôler la commercialisation de matériel médical et de médicaments par des tiers et de faire en sorte que les praticiens et autres professionnels de la santé possèdent la formation et les aptitudes requises et observent des codes de déontologie appropriés »³⁹. La privatisation des activités de santé ne doit ainsi pas obérer la qualité de la prise en charge et des équipements médicaux, à charge pour les États partie de s'en assurer par les moyens de leur choix.

Le Comité DESC a confirmé par la suite et explicitement que la privatisation – entendue au sens large comme la participation du secteur privé à des domaines ressortant classiquement de celui de l'État – n'est, en elle-même, pas proscrite par le PIDESC et ce, « même dans des domaines comme (...) la santé, dans lesquels le rôle du secteur public est traditionnellement important ». Il a néanmoins affirmé que « les

³⁸ CEDAW, Recommandation générale n° 24, Article 12 de la Convention « Les femmes et la santé », 1999, § 17.

³⁹ Comité DESC, Observation générale n° 14, *Le droit au meilleur état de santé susceptible d'être atteint*, E/C.12/2000/4, § 35.

prestataires privés doivent toutefois être soumis à une réglementation stricte qui leur impose des "obligations de service public" ». La formulation – tout aussi inédite que mystérieuse – de ces obligations fut complétée par quelques illustrations, telle que l'interdiction faite aux prestataires de soins de santé de refuser l'accès à des services, des traitements ou des informations abordables et adéquates⁴⁰.

Enfin, dans sa dernière Observation générale (n° 25⁴¹), le Comité DESC a réitéré l'absence d'obstacle posé par le PIDESC à la privatisation, concernant cette-fois les activités scientifiques. Il a cependant affirmé que « *privatiser la recherche scientifique à grande échelle, sans autre considération, risque parfois de compromettre l'exercice* » du droit de participer au progrès scientifique et à ses applications (§ 58). La « *privatisation de la recherche* » est ici questionnée principalement sous l'angle des enjeux en matière de droit de participer aux progrès scientifiques et appelle un certain nombre de développements plus précis quant à la mise en œuvre de ce droit⁴².

Il faut relever une voix dissonante parmi les organes de traités, celle du Comité des droits des enfants qui, dans son Observation générale n° 15, a affirmé dans une logique apparemment opposée à ce qui vient d'être décrit, que « *Les États peuvent (...) encourager les partenariats public-privé et les initiatives en matière de durabilité susceptibles d'améliorer l'accès aux technologies relatives à la santé et d'en faire baisser le coût* »⁴³. Si la fin justifie donc les moyens, le Comité a toutefois précisé dans une autre Observation générale adoptée durant la même session que « *les États ne sont pas exemptés des obligations qui leur incombent au titre de la Convention lorsqu'ils externalisent ou privatisent des services qui ont des incidences sur la mise en œuvre des droits de l'enfant* »⁴⁴.

Plus récemment, les difficultés générées par la privatisation progressive des systèmes médicaux ont été mises à l'index dans le contexte de la pandémie de COVID-19. Plusieurs rapporteurs spéciaux des Nations unies ont ainsi invité à revenir sur les politiques de privatisation entamées ces trois dernières décennies, qui ont selon eux causé une forme de réification de la santé⁴⁵.

⁴⁰ Comité DESC, Observation générale n° 24, *Les obligations des États en vertu du Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels dans le contexte des activités des entreprises*, soixante et unième session, 29 mai-23 juin 2017, E/C.12/GC/24, § 21.

⁴¹ Comité DESC, Observation générale n° 25, *La science et les droits économiques, sociaux et culturels*, soixante-septième session, 17 février-6 mars 2020, E/C.12/GC/25.

⁴² Voir *infra* II. B.

⁴³ Comité des droits de l'enfant, Observation générale n° 15, *Le droit de l'enfant de jouir du meilleur état de santé possible* (article 24), soixante-deuxième session (14 janvier – 1^{er} février 2013), CRC/C/GC/15, § 42.

⁴⁴ Comité des droits de l'enfant, Observation générale n° 16, *Les obligations des États concernant les incidences du secteur des entreprises sur les droits de l'enfant*, soixante-deuxième session (14 janvier – 1^{er} février 2013), CRC/C/GC/16, § 33.

⁴⁵ L. Farha, J.P. Bohoslavsky, K. Boly Bary, L. Heller, O. De Schutter, M. Sepúlveda Carmona, "Covid-19 has exposed the catastrophic impact of privatizing vital services", *The Guardian*, 19 Octobre 2020.

Ces inquiétudes auraient pu donner lieu à débat dans le cadre du projet de traité international sur les pandémies mais alors que la présente étude est finalisée, cela n'a pas pu être observé. Certes, l'insertion dans le projet de traité d'une disposition visant à promouvoir « un principe “Une seule santé” » semble acquise. Envisagée par le Bureau de l'organe de rédaction dès les premières étapes du projet⁴⁶, elle figure bien dans la proposition soumise à négociation sous la dénomination simplifiée « Une seule santé »⁴⁷. À ce stade, la rédaction de cet article 5 contient sept alinéas définissant les démarches générales à adopter, les États parties étant notamment invités à « *favoris[er] et renforç[er] les synergies entre la collaboration multisectorielle et transdisciplinaire au niveau national et la coopération au niveau international* » (article 5 § 2). Il n'est toutefois question ni des modèles de coopération préférables par lesquels engager des projets *One Health*, ni des limites éventuelles à leur opposer.

À ce jour, la mise en œuvre pratique des politiques de santé ne semble pas faire l'objet de développements normatifs systématisés dans le champ du droit international des droits de l'homme. La mise en œuvre des partenariats public-privé dans les projets *One Health* est cependant susceptible d'être encadrée par un certain nombre de principes et règles qu'il convient d'étudier à présent.

B. L'implication d'entités non-étatiques dans les projets *One Health* : la persistance des obligations étatiques en matière de droits fondamentaux

Les deux Pactes de 1966 (le Pacte international relatif aux droits civils et politiques, « PIDCP »⁴⁸) ; le Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels, « PIDESC »⁴⁹), qui réunissent 174 et 172 États respectivement, offrent à eux deux un cadre juridique permettant d'illustrer qu'en dépit du fait qu'ils confient des missions à des entités privées dans le cadre de projets *One Health*, les États demeurent tenus par une série d'obligations dont les plus pertinentes peuvent être explicitées.

Réunir une constellation d'acteurs variés dans le cadre de partenariats pour des projets *One Health* semble en première lecture s'inscrire dans la philosophie

⁴⁶ Sous un article 5 intitulé « Renforcement de la prévention et de la préparation face aux pandémies au moyen d'un principe “Une seule santé” », [Texte de la convention, de l'accord ou d'un autre instrument international de l'OMS sur la prévention, la préparation et la riposte face aux pandémies \(« CA+ de l'OMS »\)](#) rédigé par le Bureau du Groupe de rédaction de l'organe intergouvernemental de négociation chargé de rédiger et de négocier une convention, un accord ou un autre instrument international de l'OMS sur la prévention, la préparation et la riposte face aux pandémies, A/INB/5/6, 2 juin 2023).

⁴⁷ Proposition de texte de l'Accord de l'OMS sur les pandémies soumis à négociation, 30 octobre 2023, A/INB/7/3.

⁴⁸ Pacte international relatif aux droits civils et politiques, New York, 16 décembre 1966, Nations Unies, n° 14668, *Recueil des Traités*, vol. 999, p. 171 et vol. 1057, p. 407.

⁴⁹ Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels, New York, 16 décembre 1966, Nations Unies, n° 14531, *Recueil des Traités*, vol. 993, p. 3.

exposée par le Comité DESC dans son Observation générale n° 25 précitée, relative à la science aux droits économiques, sociaux et culturels⁵⁰, adoptée en pleine pandémie de Covid-19. En effet, le Comité y a exprimé la nécessité de mettre en œuvre des mécanismes de coopération internationale face aux pandémies. Il l'a toutefois fait en des termes très généraux⁵¹. Bien que présentée comme souhaitable, la « coopération internationale accrue » n'est pas abordée sous l'angle de ses ressorts organisationnels. Il faut dire qu'au moment de son adoption (67^{ème} session, du 17 février au 6 mars 2020), le monde n'avait pas encore totalement basculé dans la course à la recherche vaccinale contre la Covid-19 et les difficultés rencontrées par le mécanisme COVAX n'avaient pas encore pris l'ampleur qu'elles connurent ensuite dans le débat public.

Toutefois, les incidences de la participation d'acteurs privés à la recherche sur la santé humaine ou environnementale ont par ailleurs été abordées plus précisément et permettent de tirer quelques conclusions.

Tout d'abord, les risques que des recherches médicales poursuivant une approche *One Health* sont susceptibles de faire peser sur l'intégrité physique des personnes ne peuvent totalement être éliminés du simple fait que la conception de médicaments ou que la réalisation d'examen ou de tests aurait été conduite par un laboratoire privé. La protection contre les menaces prévisibles pesant sur l'intégrité corporelle des individus, même lorsqu'elles émanent de personnes privées, est une obligation étatique que le Comité des droits de l'homme affirme de manière constante sur le fondement de l'article 9 du PIDCP, protégeant le droit à la liberté et à la sécurité de la personne⁵². Dans les cas les plus extrêmes c'est le droit à la vie, garanti par l'article 6 du Pacte, qui impose aux États parties une obligation de protéger la vie en adoptant « toutes lois et autres mesures appropriées pour protéger le droit à la vie contre toutes les menaces raisonnablement prévisibles, y compris celles émanant de particuliers ou d'entités privées »⁵³. Au titre de leur obligation positive de protection, les États parties ont de surcroît « l'obligation d'exercer la diligence voulue en prenant des mesures positives raisonnables, qui ne leur imposent pas une charge disproportionnée, pour répondre aux menaces raisonnablement prévisibles pour la vie émanant de particuliers ou d'entités privées dont le comportement n'est pas imputable à l'État »⁵⁴. On peut toutefois relever, même si ce n'était pas l'objet principal de la présente recherche, que fort peu de cahiers des charges des PPP sont rendus publics, ce qui rend leur analyse juridique pour le moment impossible. Il y a néanmoins lieu de souligner l'obligation de *due diligence* ainsi exposée, qui a vocation à s'appliquer y compris lorsque les missions confiées au secteur privé sont des missions de recherche médicale dont la conduite ou les effets sont susceptibles d'avoir une incidence sur l'intégrité physique et la vie des individus.

⁵⁰ Comité DESC, Observation générale n° 25 sur la science et les droits économiques, sociaux et culturels, soixante-septième session (17 février-6 mars 2020), E/C.12/GC/25.

⁵¹ *Ibid.*, § 82.

⁵² CDH, Observation générale n° 35, Article 9 : liberté et sécurité de la personne, 112^{ème} session (7 – 31 octobre 2014), CCPR/C/GC/35, § 9.

⁵³ CDH, Observation générale n° 36, Article 6 : droit à la vie, 124^{ème} session (8 octobre – 2 novembre 2018), CCPR/C/GC/36, § 18.

⁵⁴ *Ibid.*, § 21.

Le développement de projets *One Health* dans lesquels sont impliquées des entités à but lucratif doit par ailleurs veiller à ne pas compromettre l'accessibilité économique des produits de la recherche. Dès son Observation générale n° 14 précitée, le Comité avait détaillé la teneur des composantes du droit à la santé. Outre la disponibilité des installations, biens, services et programmes en matière de santé publique, le Comité a exposé la teneur de la notion d'accessibilité. Ces installations, biens, services et programmes en matière de santé publique, doivent être accessibles à toute personne relevant de la juridiction de l'État partie ce qui implique non seulement l'absence de discrimination dans la prestation de biens et services de santé mais encore d'en garantir l'accessibilité, physique et surtout économique. L'accessibilité économique, aussi appelée « l'abordabilité » par le Comité DESC, signifie que les installations, biens et services en matière de santé doivent être d'un coût abordable pour tous (§ 12). Cela rejoint des constats formulés par le précédent titulaire du mandat de Rapporteur spécial sur le droit qu'a toute personne de jouir du meilleur état de santé physique et mentale possible concernant l'accès aux médicaments : dans plusieurs rapports thématiques, Anand Grover avait ainsi mis en avant que l'accessibilité des médicaments dépend pour partie des logiques qui prédominent, en particulier de la capacité des États à contrebalancer des logiques de marché⁵⁵.

Enfin, non sans lien avec le précédent point, la recherche menée dans des projets *One Health* ne doit pas conduire à compromettre les droits collectifs. En effet, le droit de participer au progrès scientifique recouvre des enjeux s'étendant à l'échelle de plusieurs types de populations : les personnes vivant dans la pauvreté⁵⁶ ainsi que les communautés locales et traditionnelles et les peuples autochtones⁵⁷. C'est sans doute sur ce dernier volet que l'on percevra aisément la proximité de vues et d'inspiration entre les approches *One Health* et le droit à la science, le Comité DESC affirmant en effet que « *[L]es connaissances locales, traditionnelles et autochtones, particulièrement au sujet de la nature, des espèces (flore, faune, semences) et de leurs propriétés, sont précieuses et ont un rôle important à jouer dans le dialogue scientifique mondial* » (§ 39). Surtout, au-delà d'un soutien de principe en faveur de ces connaissances traditionnelles, le Comité invite les États à prendre des mesures pour les protéger : adopter des régimes de propriété intellectuelle spéciaux, veiller à permettre à ces communautés de contrôler ces connaissances ou encore assurer une « *consultation véritable (...) aux fins d'obtenir un consentement libre, préalable et éclairé chaque fois que l'État partie ou des acteurs non étatiques mènent des recherches, prennent des décisions ou créent des politiques qui intéressent la science et ont une incidence sur les peuples autochtones, ou lorsqu'ils utilisent leurs connaissances* » (§ 40). Ceci se révèle particulièrement sensible dans le champ des approches *One Health* qui, comme nous l'avons précédemment exposé dans le cadre du projet « SOS », mobilisent les savoirs de communautés agricoles locales.

⁵⁵ Rapport du Rapporteur spécial sur le droit qu'a toute personne de jouir du meilleur état de santé physique et mentale possible, Anand Grover, concernant l'accès aux médicaments, A/HRC/23/42 ; ainsi que A/HRC/11/12.

⁵⁶ Comité DESC, Observation générale n° 25 précitée, §§ 36-38.

⁵⁷ *Ibid.*, §§ 39-41.

Le droit international des droits de l'homme renferme déjà plusieurs principes et règles clairs, parfaitement mobilisables par exemple dans le contexte de formalisation des approches *One Health* dans le projet de traité international sur les pandémies.

Si les partenariats public-privés demeurent l'option privilégiée pour développer de tels programmes de recherche sur la santé, les diverses inquiétudes exprimées par les organes de traités internationaux relatifs aux droits de l'homme invitent à une discussion de principe sur le rôle et la place de l'État dans le développement de la santé globale, compte tenu de sa responsabilité dans la protection internationale du droit à la santé.

On peut en effet observer un équilibre particulier, certainement assez précaire du point de vue de la protection effective des droits individuels et collectifs, dans lequel la protection internationale des droits de l'homme (y compris la protection du droit à la santé) demeure largement stato-centrée alors que les États n'ont plus le monopole des développements de la santé mondiale, parce qu'ils choisissent de s'appuyer très largement sur les acteurs non-étatiques. À ce constat s'ajoute surtout celui d'un paradoxe. Le développement des approches *One Health*, qui invitent à repenser la santé à l'interface entre celle de l'humain, des animaux et de leur environnement, passe totalement sous silence l'interface « public/privé » dans le domaine de la santé. Celle-ci est pourtant essentielle en ce qu'elle renferme une série de questions cruciales pour « repenser la santé » et qui consiste à se demander où se situe l'intérêt général, qui est en charge de le préserver et comment⁵⁸.

En tout état de cause, le développement de tels partenariats dans les programmes *One Health* doit s'accompagner de l'adoption d'un cadre juridique accessible au public et tenant compte des divers aspects du droit à la santé, qui dépassent la question de l'intégrité corporelle et touchent par exemple l'accessibilité de la santé ou ses ressorts collectifs tels que la protection des populations autochtones et des catégories de population les plus pauvres.

⁵⁸ Pour une réflexion particulièrement stimulante sur ce sujet, voir A. von Bogdandy, M. Goldmann, I. Venzke, "From Public International to International Public Law: Translating World Public Opinion into International Public Authority", *European Journal of International Law*, Volume 28, Issue 1, 1 February 2017, pp. 115–145.