



# LE DÉFI DE L'ÉQUITÉ ET DE L'ACCESSIBILITÉ

EN SANTÉ DANS LE TIERS-MONDE

ENTRE DROIT FONDAMENTAL, JUSTICE SOCIALE ET LOGIQUE MARCHANDE

Sous la direction de

**Hachimi Sanni Yaya**

*pul* L'Harmattan

## CHAPITRE 9

# La gouvernance mondiale sanitaire face aux inégalités nord-sud<sup>1</sup>

Mohamed Behnassi et H. Sanni Yaya

Le monde dans lequel nous vivons est à la fois remarquablement prospère et parfaitement misérable [ ]. Un contrôle massif des ressources, des connaissances, des technologies côtoie, de manière frappante, des besoins extraordinaires et des inégalités frappantes.

Amarty Sen, économiste indien

### INTRODUCTION

Dans un monde politiquement divisé en États-nations autonomes, mais interdépendants, un ensemble de principes, de pratiques et d'institutions communes concourent à la formation de normes collectives qui s'imposent aux États, à la définition des orientations de l'action collective, ou à la fixation de règles directement applicables aux acteurs privés. C'est dans ce cadre que l'on a commencé à parler ces derniers temps de la gouvernance mondiale, principalement pour pallier le défaut de régulation étatique face à la mondialisation. Et, en dépit du fait que la plupart des analyses demeurent critiques, l'idée semble attrayante parce qu'elle exprime un souci démocratique de dialogue, de négociation et de compromis<sup>2</sup>.

- 
1. Ce chapitre est la version développée et mise à jour d'une communication présentée au Colloque international « Santé, Environnement et Développement Humain durable », organisé par la Faculté des Sciences Juridiques, Économiques et Sociales d'Agadir et le Centre Nord-Sud de Recherches en Sciences Sociales, 23-24 mai 2008, Agadir.
  2. Ruano-Borbalan, Jean Claude (2004), « La Gouvernance Mondiale: Nécessité ou Idéologie? », *Revue de Sciences Humaines*, Hors Série, n° 44, p. 58-62.

L'aggravation croissante des inégalités Nord-Sud dans plusieurs domaines constitue actuellement un enjeu hautement critique pour la gouvernance mondiale. Dans ce cadre, les inégalités sanitaires et environnementales, en raison de leur interaction et leur importance pour le futur de l'Humanité, occupent ces derniers temps, une place primordiale dans les critiques formulées à l'égard du nouvel ordre mondial<sup>3</sup>. De telles inégalités remontent au XIXe siècle, lorsque l'Europe a intégré l'ère industrielle, et elles se sont creusées durant le XXe siècle. Au cours des dernières décennies, la pauvreté a reculé davantage que pendant les cinq siècles précédents. Cependant, le déséquilibre sanitaire et environnemental entre le Nord et le Sud n'a cessé de s'approfondir. Malgré la reconnaissance de la santé comme droit humain par l'ONU, et en dépit des progrès spectaculaires de ces dernières décennies, plusieurs pays du Sud accusent un recul injustifiable au chapitre de la mortalité, de la morbidité et de l'espérance de vie, bref de la qualité de la santé publique.

Comme conséquence, la santé est devenue un enjeu mondial incontestable<sup>4</sup>. D'un point de vue de santé publique, nous avons vu, avec certaines épidémies, que nous ne sommes plus à l'abri d'une contamination par une infection qui aurait débuté loin de chez nous. D'un point de vue plus éthique, nous ne pouvons pas ignorer les flux quotidiens d'informations alarmantes sur les dégâts humains liés à ces ravages. Et enfin, d'un point de vue géopolitique, les impacts négatifs d'un tel enjeu ne se limitent plus aux frontières des États, ce qui amplifie le phénomène d'interdépendance.

Il faut souligner aussi que la santé, en tant qu'objet ancien de préoccupations internationales, bénéficie depuis quelques années d'un intérêt plus marqué de la part des acteurs de la gouvernance mondiale<sup>5</sup>. Force est de souligner par ailleurs que cet intérêt manifesté n'est pas toujours d'ordre strictement sanitaire. L'épidémie de VIH, mais aussi les problèmes environ-

---

3. Laïdi, Zaki (2002), «Les Enjeux de la Gouvernance Mondiale», *Annuaire Français des Relations Internationales (AFRI)*, volume III. p.262-278.

4. McMichael, A-J, Butler, C-D (2005), «Emerging Health Issues: The Widening Challenge for Population Health Promotion», *Proceedings of the 6th Global Conference on Health Promotion*, Bangkok, Thailand, 7-11 August.

5. L'OMS a choisi de consacrer la Journée mondiale de la Santé célébrée en 2007 au renforcement de la sécurité sanitaire internationale dans un contexte marqué par la mondialisation des échanges, du changement climatique et de la biodiversité. Aujourd'hui, un virus peut faire le tour de la planète en 48 h, comme nous l'a prouvé l'épidémie de SRAS par exemple. C'est pourquoi l'OMS a incité par la communauté internationale à formuler des réponses coordonnées, en mettant en œuvre une véritable sécurité sanitaire internationale durable.

nementaux ou la recherche de politiques favorables au développement, contribuent à cette élévation de la santé au rang des priorités affichées. Ces changements ne sont pas sans conséquence sur la politique internationale. Cependant, il existe pratiquement un décalage – parfois préoccupant – entre les enjeux sanitaires, les réponses qui leur sont apportées et le cadre dans lequel elles doivent s’inscrire et évoluer. Compte tenu de l’urgence de certaines interventions sanitaires, la perpétuation de ces décalages peut conduire à des situations de tension, dont les effets se feraient ressentir au-delà de la santé : instabilité politique, frein au développement et heurts dans les négociations multilatérales. Pour ces raisons, la santé apparaît sans doute comme l’un des enjeux les plus importants de la gouvernance mondiale dans la mesure où elle remet en question ses modes de régulation, ce qui suppose de la part des acteurs d’adapter leurs stratégies en fonction des exigences de ce nouvel environnement<sup>6</sup>. Par ailleurs, la santé est appelée à devenir l’un des domaines d’intervention majeurs des politiques internationales dans le futur parce que toute mésestimation des enjeux et défis qu’elle implique pourrait sans doute conduire à une plus grande instabilité globale.

Il faut également rappeler ici que la santé ne saurait être une « marchandise » comme les autres. Le droit à la santé, dont l’accès aux médicaments essentiels fait partie, est un droit de l’Homme et devrait être protégé comme tel. La notion de « bien public », qui trouve son application dans le domaine de la santé<sup>7</sup>, ne doit pas être ici confondue avec les soins de santé. La santé est un bien non rival<sup>8</sup>, non exclusif et les mécanismes du marché ne suffisent pas à en assurer l’universalité. La santé pour tous impose des mécanismes de péréquation inscrits dans un projet politique de développement.

Toutefois, il subsiste un manque d’organisation, de structuration et de mobilisation autour des problèmes sanitaires des pays du sud, phénomène qui résulte de carences structurelles et, dans une certaine mesure, des relations économiques et politiques internationales, comme les plans d’ajustement

- 
6. Dixneuf, Marc (2003), « La Santé, Enjeu de la Gouvernance Mondiale? », *Les Études du CERJ*, n° 99, p. 3.
  7. Inge, Kaul, Conceicao, Pedro, Le Goulven, Katell et Ronald Mendoza U. (2003), *Providing Global Public Goods. Managing Globalization*, New York, PNUD, Oxford University Press.
  8. Un bien non rival : absence de rivalité entre les usagers, le bien est disponible en quantité infinie ; un bien non exclusif : on ne peut exclure les usagers, qu’ils aient payé ou non la prestation. Ndour, Marame (2006), « Partenariats Public-privé Mondiaux pour la Santé : L’Émergence d’une Gouvernance Transnationale des Problèmes de Santé des Pays en Développement? », *Entreprises & Biens Publics*, n° 07, p. 3.

structurel. La coopération internationale dans le domaine de la santé révèle l'incapacité de faire accéder chacun des individus aux produits de santé dont il a besoin. Les priorités de l'agenda international du développement soulignent pourtant la nécessité d'une gouvernance mondiale de la santé. L'objectif est de mettre en œuvre des solutions durables pour lutter contre les maladies infectieuses qui, pour l'OCDE<sup>9</sup>, constituent une menace économique et politique pour les pays du sud.

Face à ce constat général, l'urgence et la nécessité de générer des solutions opérationnelles sont largement admises, aussi bien par les acteurs traditionnels de la gouvernance mondiale que par les acteurs non-étatiques (notamment les ONG et les firmes pharmaceutiques)<sup>10</sup>. Donc, pour éviter tout scénario sombre, on s'accorde actuellement sur le fait que l'amélioration de la gouvernance mondiale dans le domaine sanitaire est un objectif qui s'impose, sachant que sa réalisation est fortement tributaire de la fixation des objectifs globaux et du règlement des questions redistributives entre le Nord et le Sud<sup>11</sup>. On peut même aller jusqu'à évoquer l'existence d'une grave « fracture sanitaire » entre le Nord et le Sud, mais aussi en leur sein, entre riches et pauvres, urbains et ruraux, instruits et analphabètes, hommes et femmes.

C'est dans ce sens qu'en septembre 2000, dans le cadre d'une Déclaration onusienne acceptée par 189 pays, la communauté internationale a adopté les Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD) à atteindre d'ici à 2015. Parmi eux, quatre concernent directement la santé (réduction de la mortalité infantile, amélioration de la santé maternelle et lutte contre le VIH, le paludisme et la tuberculose) et l'environnement. Quant au huitième objectif – « *mettre en place un partenariat mondial pour le développement* » –, il exhorte de manière explicite les acteurs du développement ainsi que le secteur privé à résoudre le problème de l'accès aux médicaments : « *en coopération avec l'industrie pharmaceutique, rendre les médicaments essentiels disponibles et abordables dans les pays en développe-*

9. OCDE (1996), « Le Rôle de la Coopération pour le Développement à l'aube du XXI<sup>e</sup> Siècle », OCDE, disponible sur <http://www.oecd.org/dataoecd/41/32/15249681.pdf>

10. L'expérience du changement climatique ne cesse de montrer actuellement que les nouveaux enjeux sanitaires-environnementaux soulèvent des questions d'équité redoutables entre ces deux mondes avec des aspirations et des priorités différentes, voire divergentes.

11. Behnassi, Mohamed (2008), « Assessment of Global Environmental and Sustainability Governance from a Developing Country Perspective », *Actes du Colloque international: Développement Durable, Responsabilité Sociale des Organisations et Performances Économiques: Bilan, Enjeux et Perspectives*, 13-14 novembre, Marrakech.

ment»<sup>12</sup>. Mais, il s'agit aussi plus globalement de lutter contre l'extrême pauvreté, la faim et la malnutrition, étant donné que « *lorsqu'un pays est pauvre, il le paie en termes de santé publique* »<sup>13</sup>. Les crises sanitaires auxquelles font face les pays pauvres ont introduit cette problématique au cœur des débats internationaux, mais également dans l'agenda des décideurs politiques des pays du Nord et des organisations interétatiques.

Cet article vise d'une part, à mettre en exergue l'importance stratégique des enjeux sanitaires et la nécessité de les placer au rang des priorités de l'agenda mondial, et, d'autre part, à évaluer les changements que ces enjeux suscitent ou requièrent au niveau de la gouvernance mondiale. Pour ce faire, nous ferons le point, dans un premier temps, sur les enjeux sanitaires actuels pour montrer comment les inégalités Nord-Sud aggravent davantage la fracture entre ces deux mondes dans le domaine sanitaire. Dans un second temps, nous essaierons d'évaluer la gouvernance mondiale de la santé en termes de fonctionnement, acteurs et tendances pour pouvoir ensuite dégager un ensemble de recommandations visant à renforcer son efficacité et sa crédibilité, à l'instar des différentes formes de gouvernance mondiale dont les moyens de régulation sont actuellement plus ou moins élaborés.

## INÉGALITÉS SANITAIRES NORD-SUD : ENJEUX ET DÉFIS

La santé est unanimement reconnue nécessaire à la vie. Son caractère à la fois indispensable et fragile démontre toute l'importance qu'il y a à la protéger et à la sauvegarder. Elle est par ailleurs un état dont les dysfonctionnements méritent non seulement des réponses médicales, mais aussi politiques, économiques et sociales. Depuis longtemps, et pour de multiples raisons (colonisation, échanges commerciaux maritimes, aide au développement ou lutte contre les épidémies, etc.), la santé fait partie des sujets récurrents des discussions interétatiques. Sa position centrale actuelle résulte d'un long processus d'internationalisation des politiques sanitaires accentué par la mondialisation<sup>14</sup>.

---

12. Objectifs du Millénaire pour le Développement, <http://www.un.org/french/millennium-goals/index.html>

13. « La Santé : Clé du Développement Humain ». Disponible sur : [http://www.diplomatie.gouv.fr/fr/article\\_imprim.php3?id\\_article=40000](http://www.diplomatie.gouv.fr/fr/article_imprim.php3?id_article=40000)

14. World Health Organization (2002), *Global Crises – Global Solutions, Managing Public Health Emergencies of International Concern through the Revised International Health Regulations*, International Health Regulations Revision Project, WHO/CDS/CSR/GAR/2002.4.

Les premières organisations interétatiques en charge de la santé ont été créées au XIX<sup>e</sup> siècle, pour servir aussi bien à la surveillance des épidémies qu'au contrôle des flux commerciaux. Parallèlement, plusieurs ONG dans le domaine de la santé ont vu le jour (telles que la Croix-Rouge ou encore l'Union Internationale de Secours aux Enfants) et des organisations caritatives ont également développé leurs activités dans ce secteur (comme la Fondation Rockefeller qui a joué un rôle majeur dans la mise en place de l'Organisation de la Santé de la Ligue des Nations).

Après la création de l'OMS, les politiques sanitaires ont accompagné les rivalités et les changements géopolitiques internationaux. La décolonisation a contribué à réorienter l'action collective et l'OMS a fait l'objet de tentatives d'instrumentalisation dans le cadre de la guerre froide. La mondialisation reste cependant le processus dont l'impact semble le plus déterminant. En effet, pendant une longue période, les politiques sanitaires se sont élaborées dans un cadre international par la concertation des États entre eux, la meilleure illustration en étant la réunion annuelle de l'Assemblée Mondiale de la Santé.

Il faut reconnaître que la santé des pauvres suscite, depuis quelques années, un regain d'intérêt, ce qui explique l'importance de travaux de recherche réalisés dans ce domaine. Cependant, l'intérêt manifesté par la communauté internationale pour les inégalités sanitaires n'a pas toujours été constant. Entre le milieu des années 1970 et 1980, cette question a beaucoup retenu l'attention, mais, par la suite, on s'est plutôt soucié de la durabilité, de l'efficacité et de la viabilité des services de santé. Or, depuis quelque temps, on parle de plus en plus de l'importance de l'égalité, de l'équité et de la santé des pauvres, en dépit du fait que les retombées directes de cet intérêt restent un objet de controverses.

Pourquoi ces fluctuations? Pour ceux intéressés par les inégalités sanitaires et les questions apparentées, les décennies 1970-80 furent une ère favorable. En matière de développement économique, le principe de croissance générale a été vigoureusement contesté par les partisans du développement « par le bas », privilégiant les besoins fondamentaux de l'être humain. Sur le plan sanitaire, cette orientation s'est traduite par le mouvement en faveur de la « santé pour tous », accéléré par la Conférence Internationale sur les Soins de Santé Primaires, tenue à Alma-Ata en 1978. C'est ainsi que l'on a mis en exergue l'importance de la santé des populations, et que les États ont appuyé ou encouragé l'organisation de services de santé gratuits pour l'ensemble des collectivités.

Mais cela n'allait pas durer. Dès le milieu des années 1980, la situation avait évolué à trois égards. Tout d'abord, les espoirs en matière de développement furent tempérés dans bien des cas par les graves difficultés économiques rencontrées par les pays pauvres et on a très tôt compris que le but tant recherché de la gratuité des services de santé publique pour tous n'allait pas se concrétiser, du moins dans l'immédiat. Ensuite, les changements radicaux survenus en matière de théorie économique dans les pays socialistes d'Europe de l'Est et d'Asie (notamment la Chine), vinrent saper la confiance dans les approches étatiques du développement. Ces changements gagnèrent le secteur de la santé et des doutes se firent jour quant à l'opportunité du rôle central de l'État dans la prestation des services de santé. Enfin, l'euphorie initiale, suscitée par la « santé pour tous » céda la place au réalisme, et un examen plus serré de la performance des soins de santé primaires fit naître, à tort ou à raison, des doutes sur leur aptitude à concrétiser les gains spectaculaires qu'ils promettaient au départ<sup>15</sup>.

Suite à la publication du solide ouvrage de la Banque Mondiale « *Financing Health Services in Developing Countries* » en 1987, la santé des pauvres avait cessé de monopoliser l'attention de ceux qui s'intéressaient aux problèmes de santé des pays du Sud. En fait, on s'est mis à privilégier la durabilité, comme le montrent les multiples activités consacrées au financement de la santé, et l'efficacité, comme en atteste le mouvement en faveur d'un meilleur rapport coût/efficacité. Sur le plan épidémiologique, l'attention s'est détournée de la charge de morbidité des pauvres pour porter sur la charge de morbidité dans l'ensemble du monde et s'arrêter sur la transition démographique et épidémiologique qui était en train de donner naissance dans les pays pauvres à de nouvelles classes moyennes aisées, dont les caractéristiques en matière de morbidité se rapprochaient de plus en plus de celles du monde occidental<sup>16</sup>.

Depuis le milieu des années 1990, la santé occupe une position centrale dans l'agenda mondial. C'est ainsi qu'ont été entrepris, avec l'aide de nombreux donateurs, plus d'une douzaine de projets de recherche, dans plus de 100 pays, sur la santé, la pauvreté et l'équité. En 1995, le Rapport de l'ONU sur la Gouvernance Mondiale n'en faisait pas mention, même s'il soulignait l'importance de la sécurité humaine au sens large. Cette évolution tient à plusieurs facteurs, qu'il s'agisse du développement durable

---

15. Gwatkin, Davidson R. (2000), « Health Inequalities and the Health of the Poor: What do we Know? What can we Do? », *Bulletin of the World Health Organization*, vol. 78, p. 3-18.

16. Gwatkin, D.R. (2000), op. cit.



ou de l'intérêt manifesté par les pays du Nord lors de certaines réunions internationales. La Déclaration de Rio de 1992 pose dans son premier principe le droit à une vie saine et productive en harmonie avec la nature. L'Agenda 21 consacre, pour sa part, tout un chapitre à la protection et à la promotion de la santé, qui insiste sur l'interdépendance entre la santé et l'environnement au sens large (économique, social, etc.). Le développement durable inscrit la santé dans l'agenda international et le document préparatoire de la Conférence de Johannesburg a affirmé que « la santé est devenue une préoccupation plus importante en matière de développement. En tant que facteur ou indicateur, elle est un élément clé de la productivité »<sup>17</sup>. Le plan d'action adopté lors de cette Conférence, en septembre 2002, défend l'idée que les objectifs du développement durable ne sont pas réalisables sans l'amélioration de la santé. Les Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD), qui comportent un volet sur le développement et l'éradication de la pauvreté, ont contribué également à placer la santé parmi les priorités de l'agenda mondial. Parallèlement, la santé occupe de plus en plus une place croissante dans les débats et déclarations du G8<sup>18</sup>.

Autre signe des temps, la stratégie actuelle de la Banque Mondiale dans le domaine de la santé, de la nutrition et du développement, fait une large place à l'amélioration de la santé des pauvres<sup>19</sup> : la priorité dans ce domaine est de travailler avec les pays pour améliorer les résultats en matière de santé, de nutrition et de développement dans les pays en développement. Un nouvel élan a d'autre part été donné par l'OMS dans plusieurs documents officiels<sup>20</sup>.

L'impact de toutes ces prises de position peut être discuté, mais elles traduisent souvent les préoccupations des pays développés. Dans la Déclaration finale du Sommet d'Okinawa en 2000, le sujet apparaît dans la partie consacrée à la réforme des banques multilatérales de développement, invitées à investir dans la santé. L'année suivante, le plan en faveur de l'Afrique,

---

17. OMS, (2001), *Santé et Développement Durable: Principales Tendances en Matière de Santé*. Rapport du Secrétaire Général de l'OMS. E/CN.17/2001/PC/6. Point 35, p. 7

18. La Déclaration du Sommet du G8 sur la croissance et la responsabilité en Afrique adoptée en 2007 s'inspire des déclarations formulées lors de précédents Sommets en réaffirmant la nécessité urgente d'un effort d'investissement en faveur de programmes de santé qui aideront les pays à sauver et améliorer des vies, ainsi qu'à atteindre les Objectifs du Millénaire pour le Développement liés à la santé.

19. Human Development Network, World Bank Group (1997), *Health, Nutrition, and Population Sector Strategy*, Washington, DC, the World Bank.

20. OMS (2008), *Les soins de santé primaires maintenant plus que jamais*, Rapport sur la santé dans le monde, Genève.

élaboré pour le Sommet de Gènes prévoit de soutenir le développement humain en investissant dans la santé. Cet axe est développé à la suite de la Réunion de Kananaskis, qui répond favorablement au NEPAD (*New Partnership for Africa's Development*). Le point 6 de ce plan adopté en 2002 s'intitule « *Améliorer la santé et combattre le VIH/sida* ». Un point sur la dette souligne également que son allègement doit bénéficier aux investissements touchant le domaine de la santé. La réunion de 2003 à Evian confirme l'importance de la santé dans les travaux du G8, en lui consacrant une déclaration spécifique en six points.

Si tout cela est encourageant pour ceux qui s'intéressent à l'équité en santé et à la santé dans les pays en développement, c'est loin d'être suffisant pour garantir une amélioration notable de la situation. Par ailleurs, la mondialisation ne semble pas adaptée aux enjeux sanitaires mondiaux et elle a même modifié le contexte de la collaboration des acteurs de la santé. En premier lieu, elle augmente les risques sanitaires transfrontières, soit en contribuant à la diffusion des maladies, soit en modifiant la répartition géographique des facteurs déterminants de la santé. En second lieu, la mondialisation favorise l'augmentation du nombre des participants aux politiques sanitaires et l'influence des acteurs non-étatiques. Enfin, elle contribue au déclin de la capacité des gouvernements à faire face aux défis sanitaires mondiaux. À cela, s'ajoute le fait que les intérêts industriels dominent parfois ceux de la protection de la santé publique, comme ce fut le cas dans la crise de la vache folle, du SRAS ou encore du Sida dans plusieurs pays.

Dans une autre perspective, il faut dire que les politiques sanitaires des pays du Sud sont marquées, à la fois, par des améliorations et de grandes difficultés. Plusieurs entraves peuvent être repérées, notamment celles relatives au prix des services de santé et à la répartition géographique inadaptée de ces derniers. Ces pays doivent faire face à des enjeux sanitaires très importants sans système de mutualisation des coûts. De plus, la faible coordination entre le privé et le public induit souvent un environnement de compétition, compétition qui, on peut aisément l'imaginer, ne va pas toujours dans l'intérêt des couches les moins favorisées de la société. À cela s'ajoute des difficultés du secteur pharmaceutique, comme l'insuffisance et l'insécurité des moyens de transport, le faible contrôle de la qualité, la corruption, le clientélisme, etc. Sur le plan des professionnels de la santé, le problème de la qualification, du nombre et de la répartition de ceux-ci pose également problème. Outre ces indicateurs de santé qui mettent à nu les différences profondes d'accès aux soins entre les pays riches et les pays pauvres, l'OMS estime qu'à l'heure actuelle, au moins un tiers de la population mondiale, soit deux milliards de personnes, n'a toujours pas accès

aux médicaments essentiels. Dans les régions les plus pauvres d'Afrique et d'Asie, ce chiffre peut aller jusqu'à 50 %<sup>21</sup>.

Dans le même temps, les statistiques sur les ravages causés par certaines épidémies (comme le Sida, la tuberculose et le paludisme) révèlent la fragilité croissante des structures socio-économiques des pays touchés. 20 % de la population mondiale dispose de 80 % de la production de médicaments. Seulement 0,2 % de la recherche pharmaceutique est consacrée aux infections graves du système respiratoire, à la tuberculose, à la diarrhée alors que ces maladies occasionnent à elles seules 18 % des décès. Selon l'OCDE<sup>22</sup>, ces maladies infectieuses constituent une menace économique et politique destructive pour les pays du Sud.

Les difficultés proviennent ainsi du système de santé, mais les problèmes de politiques de santé et d'éducation, de réseaux de soins et de distribution des médicaments sont liés à des questions de santé publique, et il s'agit tout d'abord d'un problème de gouvernance nationale qui constitue la première cause de difficultés pour les politiques sanitaires.

## **ENJEUX SANITAIRES NORD-SUD : CAS DE L'ACCÈS AUX MÉDICAMENTS GÉNÉRIQUES**

L'Accord sur les Aspects des Droits de Propriété Intellectuelle qui touchent au Commerce (désormais appelé Accord sur les ADPIC), conclu entre l'Organisation mondiale pour la propriété intellectuelle (OMPI) et l'Organisation mondiale du commerce (OMC) à la fin du cycle d'Uruguay en 1994, constitue la seule vraie grande avancée de la protection de la propriété intellectuelle dans l'Histoire. L'Accord couvre une vaste gamme de sujets, y compris la question de la santé publique. Pour apaiser les préoccupations des pays du Sud, l'Accord prévoit que ces derniers pouvaient adopter des mesures protégeant la santé publique, promouvoir l'intérêt public et prévenir l'abus des lois sur la propriété intellectuelle. Ces mesures, appelées « clauses de sauvegarde de la santé publique », permettent à ces pays d'obtenir des médicaments génériques équivalents aux médicaments brevetés.

---

21. OMS (2000), *Renforcement des Systèmes de Santé dans les Pays en Développement*, Rapport du Secrétariat de l'OMS, disponible sur : [http://ftp.who.int/gb/pdf\\_files/WHA53/fa9.pdf](http://ftp.who.int/gb/pdf_files/WHA53/fa9.pdf)

22. OCDE (1996), *Le Rôle de la Coopération pour le Développement à l'aube du XXI<sup>e</sup> Siècle*, disponible sur : <http://www.oecd.org/dataoecd/41/32/15249681.pdf>

L'Accord sur les ADPIC a instauré également l'obligation pour tous les pays d'établir des brevets d'une durée de vingt ans, en particulier pour les médicaments. Par conséquent, les critiques et les inquiétudes vis-à-vis de cet Accord se sont beaucoup développées dans les années suivantes et les controverses ont pris une nouvelle orientation avec l'apparition des trithérapies contre le Sida. Celles-ci ont un effet direct sur la mortalité à cause du Sida (devenu une des premières causes de mortalité dans de nombreux pays du Sud), et sur les médicaments antirétroviraux qui sont tous couverts par des brevets. Le coût élevé du traitement resterait totalement inaccessible pour une grande partie de ces pays.

Comme réaction, un certain nombre de pays du Sud ont alerté l'opinion mondiale, tout en montrant que le traitement des malades du Sida est possible pour ces derniers, alors qu'une interprétation étroite de l'Accord sur les ADPIC, soutenue par certains pays développés et guidée par les États-Unis, limite la capacité des pays à prendre des mesures énergiques pour faire face à l'épidémie<sup>23</sup>. Comme conséquence, la question des brevets pour les médicaments a fait l'objet de nombreuses polémiques dans l'opinion mondiale. L'OMS a joué un rôle important, avec les débats à l'Assemblée Mondiale de la Santé et la publication d'un document analysant et expliquant l'Accord sur les ADPIC. De l'autre côté, les responsables politiques d'un certain nombre de pays n'avaient pas vu en quoi les règles de l'OMC, concernant les brevets, pouvaient avoir des conséquences en termes de santé publique. Par ailleurs, certaines ONG transnationales (comme *Médecins sans frontières*, dont la dimension mondiale a été reconnue par le prix Nobel) ont également réussi à mobiliser l'opinion publique mondiale dans ce domaine.

---

23. Avec l'ADPIC, l'émergence de nouvelles normes commerciales internationales ayant un impact direct sur les politiques de santé des pays du Sud renforce les inégalités en matière de santé entre les pays. En dépit des différences de niveau de développement économique, cet Accord a généralisé le système de brevets sur les médicaments. Censé protéger l'intérêt général et dans le même temps les intérêts privés des industriels du médicament, l'Accord est perçu comme une solution sous-optimale à un compromis institutionnel impossible. Les négociations, les batailles politiques et juridiques se succèdent au sein de l'OMC, mais également dans d'autres domaines, sans qu'un compromis acceptable pour les différentes parties prenantes soit atteint. Il en résulte une remise en question de la légitimité de l'application stricte de cet Accord, notamment en ce qui concerne les médicaments, alors que, parallèlement, se multiplient les travaux sur les rapports entre santé et développement, et que croît la prise de conscience des acteurs du développement, comme la Banque mondiale. Voir Ndour, Marame (2006), op.cit. p. 5.

Au début du troisième Millénaire, la Conférence Ministérielle de l'OMC qui s'est tenue à Doha en 2001 a innové. Pour la première fois, une organisation interétatique sur le commerce adopte une déclaration concernant la santé publique sachant que les questions du commerce et de la santé<sup>24</sup> (comme celles du commerce et de l'environnement ou de la réglementation du travail) étaient bien séparées dans les négociations multilatérales. En quoi cette Déclaration est-elle un tournant, mais aussi en quoi cette Déclaration ne change-t-elle que peu de choses ?

Selon Dumoulin (2001)<sup>25</sup>, la politique internationale du médicament illustre ce tournant. L'OMC s'est enlue au début de ce Millénaire dans un combat amer autour de la question des brevets sur les médicaments. Les controverses portaient sur l'étendue des besoins sanitaires au nom desquels un pays peut faire prévaloir le droit à la santé sur le respect des brevets. Selon les pays du Nord, dont l'industrie monopolise la quasi-totalité des brevets pharmaceutiques mondiaux, des exceptions aux brevets pouvaient être tolérées pour les médicaments permettant de lutter contre le Sida, la tuberculose et le paludisme. Ils ont ajouté, pour se donner bonne image, une poignée de maladies, pour la plupart, tropicales et de faible intérêt commercial. Mais ni le cancer, ni le diabète, ni l'asthme, par exemple, ne figurent sur la liste limitative de maladies auxquelles ils veulent désormais restreindre la Déclaration de Doha, sachant que ce type de maladies touche largement les pays du Sud.

Il faut souligner ici que cette Déclaration précise utilement certains points, en ouvrant les possibilités d'interprétation de l'Accord sur les ADPIC. Des clauses de sauvegarde à l'exclusivité des brevets de vingt ans avaient bien été prévues en 1994, mais elles étaient assez limitées et souvent pas assez précises (par exemple la situation d'urgence reste non définie), ce qui ouvre la porte à des conflits. À Doha, il a été précisé que « chaque membre a le droit d'accorder des licences obligatoires et la liberté de déterminer les motifs pour lesquels de telles licences sont accordées<sup>26</sup> », ce qui donne pratiquement toute liberté à chaque pays d'interpréter les motifs d'accorder une licence obligatoire. On peut lire que « chaque Membre a le droit de déterminer ce qui constitue une situation d'urgence nationale ou d'autres circonstances d'extrême urgence, étant entendu que les crises dans le

24. Blouin, Chantal (2007), « Trade Policy and Health: From Conflicting Interests to Policy Coherence », *Bulletin of the World Health Organization*, n° 85, p.218-224.

25. Dumoulin, Jérôme (2001), « Mondialisation et santé publique: Doha, un tournant? », *Société Française de Santé Publique*, n° 13, p. 321-323.

26. Licences sur des brevets sans l'accord du détenteur de ceux-ci.

domaine de la santé publique, y compris celles qui sont liées au Sida, à la tuberculose, au paludisme et à d'autres épidémies, peuvent représenter une situation d'urgence nationale ou d'autres circonstances d'extrême urgence»<sup>27</sup>. Cette disposition limite clairement les contestations possibles (Dumoulin, 2001).

D'autres aspects, plus techniques, furent soulevés pour limiter la portée de l'Accord sur les ADPIC. Dans ce cadre, on a tenté entre autres de réduire la liste des pays autorisés à réclamer ces exceptions, de restreindre les technologies auxquelles ils pouvaient prétendre dans le cadre de l'Accord et de créer un ensemble de contraintes légales qu'il serait à la fois complexe et coûteux à mettre en œuvre, et qui limiterait encore les possibilités de se procurer à bas prix des médicaments sous brevet. Les pays du Nord avaient, en vérité, conspiré pour dévaloriser (ou même revenir sur) les promesses accordées auparavant.

Placés sur la défensive, les pays du Nord acceptèrent, lors de la réunion de Doha, une déclaration générale sur le droit des pays à prendre des mesures pour protéger la santé publique. Un succès présenté comme l'aube d'une nouvelle ère du commerce international, plus juste pour les pauvres. C'est dans ce contexte, où la Déclaration de Doha (malgré son contenu qui peut paraître maigre à qui n'a pas suivi de près les débats sur l'OMC et la santé publique depuis 1996) a été qualifiée de tournant important dans la mesure où il est enfin reconnu que la poursuite des intérêts commerciaux des pays ne règle pas nécessairement les problèmes de santé publique, que la communauté internationale a placé les grands problèmes de santé publique avant les intérêts commerciaux<sup>28</sup>.

Force est de constater également que les initiatives de l'OMC en faveur d'une plus grande accessibilité aux médicaments ont choqué les grandes firmes pharmaceutiques. En réponse, l'industrie en question concentra ses feux sur l'un des points-clés de la mise en application de la Déclaration. Le paragraphe 6 enjoignait l'OMC de trouver une solution au problème des restrictions à l'exportation. En effet, lorsqu'un pays décide d'imposer une licence obligatoire sur un brevet, il est entendu que la copie du médicament, réalisée par les industriels locaux, doit être principalement destinée au marché intérieur. Mais, si tous les pays potentiellement producteurs se voient ainsi interdire d'exporter, comment un pays ne disposant d'aucune industrie locale pourrait-il faire valoir ses droits? Et, si son marché local est d'une

---

27. Paragraphe 5/c de la Déclaration sur l'Accord sur les ADPIC et la Santé Publique.

28. Dumoulin, Jérôme (2001), *op. cit.*

faible importance, comment le même pays pourrait-il disposer de producteurs locaux viables (sachant que, dans l'industrie pharmaceutique, les économies d'échelle sont très importantes)? Une solution raisonnable, et ne contredisant pas le libre-échange tant prôné par l'OMC, eût été d'autoriser l'exportation d'une copie de médicament à l'ensemble des pays ayant décidé de faire prévaloir le droit à la santé sur le respect des brevets, afin d'organiser, concrètement, la mise à disposition au moindre coût des médicaments qui permettraient de soulager les souffrances et d'éviter des pertes humaines injustifiables.

Il faut noter que dans les derniers jours de la négociation, en décembre 2002, et sous la pression du lobby pharmaceutique, le gouvernement américain proposa une liste limitative des maladies concernées par la Déclaration<sup>29</sup>. Ce qui fut interprété comme une tentative de renverser le sens de ladite Déclaration, après en avoir accumulé les bénéfices médiatiques. Cette énumération, qu'aucun critère de santé publique ne vient étayer, fit l'unanimité contre elle : 143 pays sur les 144 membres de l'OMC s'y opposèrent. Mais cela n'a pas empêché le Directeur Général de l'OMC de tenter une relance des négociations en 2003, sur la base d'une liste similaire, en suggérant que, pour toute maladie n'y figurant pas, une consultation préalable de l'OMS permettrait de l'ajouter.

Les États-Unis et l'UE mettent désormais les pays pauvres face à un choix difficile et cruel : ou bien ils acceptent un accord vicié et complexe, empreint de limitations et de restrictions, qui, au final, ne fonctionnera (mal) que dans une poignée de pays, ou bien ils restent les mains vides. Les débats se veulent très techniques, mais quelques éléments devraient avoir la force de l'évidence. On a suscité un faux débat autour de la question des licences obligatoires, car l'Accord sur les ADPIC donnait déjà le droit à chaque pays membre de l'OMC de ne pas tenir compte d'un brevet, en fixant lui-même les raisons. Cela, on l'a vu, ne peut fonctionner efficacement pour les petits pays, dont le marché domestique est limité. D'autant plus qu'ultérieurement, les pays producteurs et exportateurs de copies de médicaments (l'Inde et autres pays potentiels) intégreront les contraintes des ADPIC et ne seront plus autorisés à fournir aux petits pays des médicaments à bas prix.

---

29. L'exclusion de certaines maladies telles que la pneumonie, le diabète, l'asthme, les maladies cardiaques ou le cancer qui ne sont pas prioritaires pour les pays du Nord relève du cynisme sachant que la majorité des morts dues à ces maladies ont lieu dans les pays pauvres.

Selon Love (2003)<sup>30</sup>, aucun indice ne permet, par ailleurs, de penser que les pays du Sud abuseront des licences obligatoires. Dans la pratique, c'est même l'inverse qui se produit actuellement, et rares étant les pays qui osent faire valoir leurs droits face au risque de mesures d'intimidation et de rétorsion<sup>31</sup>. Par ailleurs, les pays du Sud, étranglés par la dette, consacrent trop peu de ressources à la santé. Chaque dollar, économisé sur le coût des traitements, des vaccins, des tests, pour l'une ou l'autre des maladies qui affectent leur population, est un dollar utilisable pour se procurer plus de médicaments, ou des médicaments plus chers pour soutenir ou reconstruire les infrastructures, payer médecins et infirmières, etc. L'Accord de novembre 2001, mis en œuvre par des gens de bonne foi, devait lever les principaux obstacles juridiques interdisant à ces pays de s'organiser pour promouvoir l'accès de tous aux traitements. C'est, au contraire, au sabotage systématique de la Déclaration de Doha que se sont livrés, depuis lors, les représentants des pays les mieux dotés en matière de santé et de niveau de vie.

## **L'IMPÉRIEUSE NÉCESSITÉ D'UNE GOUVERNANCE MONDIALE SANITAIRE**

Les politiques mondiales de la santé ne peuvent faire l'économie de l'action des États, mais elles doivent prendre la mesure d'autres acteurs qui agissent en dehors des cadres étatiques, comme les ONG ou les firmes multinationales. Enjeu des relations interétatiques Nord-Sud, la santé prend désormais une place croissante dans l'agenda des différents acteurs de la politique mondiale qu'ils soient publics ou privés.

Le développement rapide des épidémies et l'absence d'amélioration du niveau de santé sont actuellement très préoccupants, et les politiques de santé sont à la fois un enjeu éthique, économique et politique de la gouvernance mondiale. La santé est considérée comme telle, car tout retard dans la mise en œuvre de politiques mondiales de santé efficaces et équitables est susceptible d'avoir un impact sur la croissance économique, sur le développement et sur la sécurité collective. L'ensemble des régulations de la gouver-

---

30. Love, James (2003), «L'Europe et les États-Unis Prolongent l'apartheid Sanitaire», *Le Monde Diplomatique*, mars, p. 28-29.

31. L'Afrique du Sud, bien qu'elle compte 5 millions de séropositifs, a rejeté fin 2002 une demande de licence obligatoire sur des médicaments anti-sida suggérée par le fabricant indien Cipla. Quant au Brésil, il s'est limité à menacer, à trois reprises, de prendre des licences obligatoires, deux fois pour des produits anti-sida très onéreux, et une fois pour le Glivec, un médicament contre la leucémie coûtant 50 000 euros par an – dans les trois cas un accord amiable de réduction des prix fut trouvé.



nance mondiale risque d'être handicapé par une mauvaise évaluation des enjeux sanitaires et des besoins qu'ils requièrent. Les conséquences de politiques sanitaires inadaptées peuvent rendre aussi plus difficile la fluidification des relations internationales recherchée par les tenants d'une gouvernance mondiale élargie au plus grand nombre d'acteurs et de thèmes. Pour que les problèmes de santé ne perturbent pas l'ensemble de la gouvernance mondiale, il est nécessaire que les acteurs ajustent leurs pratiques aux changements mondiaux liés à la santé, et que les obstacles à la mise en œuvre de politiques de santé efficaces soient levés.

Pour résoudre les graves problèmes engendrés par le mauvais état de santé des plus démunis, il faut beaucoup plus que de grands discours politiques, des études statistiques ou des colloques internationaux. Pour progresser vraiment, il faudra un engagement sérieux à long terme ainsi que la volonté de revoir radicalement les stratégies de santé et de développement. Cela veut dire aussi qu'il faudra, tout en s'en inspirant, aller bien au-delà des évolutions prometteuses évoquées plus haut pour déclencher un mouvement et une force réels en faveur des réformes. Comment y parvenir ? C'est l'un des principaux enjeux pour tous ceux qui sont préoccupés par les inégalités sanitaires Nord-Sud.

## **GOVERNANCE MONDIALE : NOTION ET PORTÉE**

Au cours des années 1990, la notion de *gouvernance* a acquis la notoriété d'un produit qui aurait bénéficié d'un remarquable plan de promotion. La réflexion sur les difficultés, les nécessités, les voies multiples d'une « gouvernance » mondiale bat son plein depuis plus d'une dizaine d'années, et ne se dément pas. Selon Ruano-Borbalan<sup>32</sup>, il n'est pas d'écrit sur ce sujet qui n'en rappelle l'importance. Rien que pour la discipline des relations internationales, ce sont des dizaines de livres et de manuscrits par année. Ce sont d'abord les organisations internationales nées de Bretton Woods (Banque Mondiale et Fonds Monétaire International-FMI) qui ont utilisé et popularisé, à la fin des années 1980, une réflexion sur la gouvernance mondiale, suivie par l'ONU dans les années 1990, et ensuite par les diverses instances de coopération économique ou par la prolifération des rapports étatiques. Mais, l'abondance de réflexions et d'écrits sur la question entraîne par le fait même de la confusion, et nul ne sait ce que recouvre exactement la

---

32. Ruano-Borbalan, Jean-Claude (2004), « La gouvernance mondiale : nécessité ou idéologie ? », *Revue de Sciences Humaines*, Hors Série, n° 44, p. 58-62.

notion de gouvernance mondiale que, pourtant, beaucoup appellent de leurs vœux.

Terme ancien, la gouvernance se présente parfois comme un fourre-tout, qui, selon celui qui s'en empare, permet d'invoquer le réalisme du marché ou l'efficacité de l'entreprise comparée aux déficiences des organismes étatiques. Dans une certaine mesure, le discours sur la gouvernance reflète, selon les cas, une forme d'idéalisme ou d'occultation des rapports de force, comme lorsqu'on évoque les biens publics mondiaux. Pour l'étude des relations internationales, la notion de gouvernance permet toutefois de s'atteler à la difficile question de la localisation de l'autorité dans la définition et la mise en œuvre des politiques mondiales, autorité répartie en de multiples espaces, parfois déléguée à des agences privées. Cette notion peut être difficilement appréhendée en dehors de la mondialisation qui conduit à repenser les modes de représentation et de participation politiques.

En effet, la notion de la gouvernance prend en considération la diversité des acteurs et des interactions entre des domaines a priori cloisonnés : public/privé ; économie/politique ; interne/externe. Les définitions proposées pour cette notion sont nombreuses. Elle peut être considérée comme l'ensemble des régulations produites par la prolifération d'acteurs interdépendants et des interventions publiques qui en découlent. Ces acteurs interdépendants sont les États, les organisations interétatiques, les ONG nationales ou transnationales, les entreprises privées, les fondations, la communauté scientifique, les médias, voire même les individus. La nature des relations entre ces acteurs n'est jamais définitive, pas plus que le nombre de ceux qui participent à une discussion sur un problème ou un enjeu donné.

En outre, la gouvernance mondiale s'appuie sur des procédures de statuts divers, qui vont de la simple consultation entre gouvernements à l'adoption de législations communes, en passant par la formation de consensus sur les objectifs à atteindre, la reconnaissance mutuelle, ou la définition de bonnes pratiques (*Soft Law*). Cette gouvernance repose sur la coopération intergouvernementale ou sur l'action d'institutions multilatérales spécialisées dotées d'instruments propres, dans certains cas aussi sur l'action normalisatrice d'opérateurs privés. Elle s'exerce au niveau mondial ou par le canal d'organisations régionales. Elle tient, ou ne tient pas, sa légitimité de la délégation des États, de la ratification des traités par les parlements, de la prise en compte des points de vue exprimés par les différentes représentations des sociétés civiles dans le cadre du débat démocratique, mais ne relève d'aucune autorité politique centrale et ne fait l'objet d'aucune sanction démocratique d'ensemble. En d'autres termes, la gouvernance mondiale est

considérée comme un processus de négociations permanentes entre des acteurs très hétérogènes engagés dans la conduite des politiques mondiales : définition des orientations, des ressources allouées et des moyens mis en œuvre ainsi que le développement des différentes formes de partenariats mondiaux<sup>33</sup>.

Dans la mesure où elle illustre des mutations permanentes en réponse à l'intensification et à l'extension sectorielle ou géographique des interdépendances, « la gouvernance permet de penser la gestion des affaires internationales non comme un aboutissement ou un résultat, mais comme un processus continu »<sup>34</sup>. Elle peut être vue également sous l'angle d'un ensemble de tensions en évolution constante, un processus dans lequel alternent ou se développent conjointement les moments de conflit et de coopération. Néanmoins, on retrouve ce présupposé qui veut que la participation du plus grand nombre d'acteurs aux discussions peut contribuer à désamorcer leurs possibles conflits ou mésententes. Processus soumis à des tensions permanentes, la gouvernance est aussi caractérisée par cette représentation partagée par les acteurs – pas par tous ni simultanément – selon laquelle elle peut contribuer à fluidifier les relations et les négociations à différentes échelles.

Dans une autre perspective, et, qu'on le veuille ou non, l'avenir de la gouvernance mondiale passe obligatoirement par une reconfiguration en profondeur des modes qui gouvernent les relations entre les premiers acteurs du grand échiquier : les États. Ce constat pourrait paraître paradoxal puisque l'« État » se caractérise d'abord par ses limites, ses imperfections, ses mauvaises habitudes, et sa faible habilité à aborder les problèmes de la mondialisation (en l'occurrence ceux liés à la santé et à l'environnement). Il est d'ailleurs convenu de parler d'une érosion inéluctable de l'État, avec l'idée que celui-ci est, à terme, condamné. Rien de neuf dans tout ceci, dira-t-on, puisqu'on avait avancé cette hypothèse au 19<sup>e</sup> siècle. Or, même si d'autres acteurs plus ou moins légitimes ont pris une place grandissante sur l'échiquier planétaire suite au dégel de l'après-guerre froide et à la révolution des technologies de l'information et des communications (NTIC), ceux-ci n'ont qu'un rôle au mieux secondaire (y compris l'ONU ou les grandes multinationales) à jouer dans la conduite des grandes affaires de ce monde. L'État

---

33. Dixneuf, Marc (2003), « La Santé, Enjeu de la Gouvernance Mondiale? », *Les Études du CERI*, n° 99, p. 3.

34. Smouts, Marie-Claude (dir.), (1998) *Les Nouvelles Relations Internationales. Pratiques et Théories*, Paris, Presses de Sciences Po, 1998, p. 150.

sera au cœur de la mise en place, si elle a lieu, d'une nouvelle architecture de la gouvernance mondiale<sup>35</sup>.

## **POLITIQUES SANITAIRES MONDIALES : CHAMPS ET SPÉCIFICITÉS**

Le préambule de la constitution de l'OMS définit la santé comme « un état de complet bien-être physique, mental et social, qui ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité ». Ainsi, les politiques de santé au niveau mondial visent la réduction des effets néfastes des maladies et des affections liées à nos modes de vie. Une politique de santé consiste également à se préoccuper de la situation des femmes, de la violence dans les sociétés ou des risques environnementaux. Que les décès soient liés à des affections transmissibles (VIH/Sida, maladies diarrhéiques, tuberculose, paludisme), ou non transmissibles (maladies cardiovasculaires, cancer, asthme), les motifs de préoccupation sanitaire sont nombreux. Dans quelques cas, des programmes mondiaux ont réussi à éradiquer certaines pathologies. L'OMS se félicite ainsi d'avoir pu contribuer à la disparition de la variole en 1980 à la suite d'un programme de vaccination lancé en 1967. D'autres maladies bénéficient de programmes d'envergure, soutenus par des firmes pharmaceutiques. À l'inverse, le Programme d'éradication du paludisme dans plusieurs pays en développement, lancé en 1955 par l'OMS, a connu un échec complet.

Pour tracer l'évolution chronologique des interventions de l'OMS et évaluer son apport, il faut dire que cette organisation, malgré l'existence d'un certain nombre de difficultés, a pu influencer l'action collective en faveur de la santé. La Conférence mondiale sur la promotion de la santé (Ottawa, 1986) et la Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé qui en résulte, sont mondialement reconnues comme le fondement des concepts et des principes régissant la promotion de la santé moderne. La Conférence d'Ottawa et la série ultérieure de conférences mondiales de l'OMS, qui ont eu lieu à Adélaïde en 1988, Sundsvall en 1991, Jakarta en 1997 et Mexico en 2000, ont aidé à orienter les mesures au moyen desquelles on s'attellera aux déterminants de la santé pour atteindre l'objectif de la santé pour tous. La promotion de la santé, grâce à des interventions d'ordre comportemental, social, politique et environnemental, a amené les individus, communautés et acteurs à modifier leurs habitudes en matière de santé, contribuant ainsi

---

35. Blin, Arnaud et Marin Gustavo (2007), « Repenser la gouvernance mondiale », disponible sur : [http://www.world-governance.org/IMG/doc/Repenser\\_sans\\_logo.doc](http://www.world-governance.org/IMG/doc/Repenser_sans_logo.doc). [20/11/2008]

à réduire les causes de mortalité et de morbidité, telles que les cardiopathies, les accidents de la circulation routière, les maladies infectieuses et le Sida<sup>36</sup>. Les bienfaits sont, cependant, plus nets chez les personnes plus favorisées aux plans sociaux et économiques. Aussi est-il urgent de compléter les programmes influant sur les facteurs de risque par des politiques qui génèrent des conditions de nature à améliorer la santé des groupes vulnérables.

Par ailleurs, l'application des stratégies de promotion de la santé s'inscrit dans un contexte qui a sensiblement évolué depuis la Conférence d'Ottawa, spécialement sous l'effet de la mondialisation, à la fois source de difficultés et d'opportunités pour la promotion de la santé. La VI<sup>e</sup> Conférence mondiale sur la promotion de la santé, intitulée « *Politique et partenariat pour l'action : s'atteler aux déterminants de la santé* » (Bangkok, 2005), a été organisée par l'OMS en vue d'aider à réduire les inégalités face à la santé dans le contexte de la mondialisation moyennant la promotion de la santé. Le principal résultat de la Conférence a été l'adoption de la Charte de Bangkok pour la promotion de la santé à l'heure de la mondialisation, et le consensus entre les participants sur les orientations futures en la matière. Un forum mondial d'organisations et de parties intéressées sera chargé de promouvoir le suivi de cette Charte et de soutenir les travaux jusqu'à la 7<sup>e</sup> Conférence mondiale sur la promotion de la santé qui se tiendra dans la Région africaine en 2009<sup>37</sup>.

Dans le cadre de toutes ces rencontres internationales, les principaux clivages sanitaires recourent souvent les différences de développement entre les différents États du monde. Mais si les pathologies qui touchent les pays du nord et ceux du sud illustrent jusqu'à la caricature ces différences, les enjeux sanitaires mondiaux se situent davantage au niveau des moyens disponibles pour lutter contre les maladies et les effets de celles-ci : c'est l'accès aux soins et aux médicaments qui sépare les populations. Ainsi, les maladies tropicales font l'objet d'un quasi-abandon de la recherche conduite par les firmes pharmaceutiques privées. Celles-ci développent en premier lieu des produits adaptés aux marchés des pays riches. L'un des objectifs des politiques mises en œuvre au niveau mondial est donc de corriger ces disparités. La santé se situe au carrefour des problèmes actuels dont souffre l'Humanité, car si elle dépend de nombreuses variables (notamment l'éducation, la pauvreté) elle en influence d'autres (le développement, la sécurité). Ce faisant, elle stimule les rivalités des acteurs engagés dans la définition

---

36. OMS (2002), *Rapport sur la Santé dans le Monde, 2002 – Réduire les Risques et Promouvoir une Vie Saine*, Genève, Organisation mondiale de la santé.

37. OMS (2006), *Promotion de la Santé : Suivi de la VI<sup>e</sup> Conférence Mondiale sur la Promotion de la Santé*, Rapport du Secrétariat de l'OMS.

des politiques mondiales et, comme dans l'espace national, elle reflète la configuration du champ politique dans lequel elle s'inscrit : ici, celui de l'économie politique internationale.

Les préoccupations de l'OMS suivent ces évolutions, de la reconstruction des services de santé de pays dévastés à la fin de la Seconde guerre mondiale à l'assistance aux pays du Sud, en passant par le contrôle des épidémies. Le décalage entre le modèle des politiques de santé occidentales (hôpitaux, soins curatifs, techniques coûteuses, personnels qualifiés) et les moyens des pays du Sud a conduit à l'élaboration de la politique des soins de santé primaires qui prenait en compte la faiblesse des moyens de ces pays, mais qui reposait sur une vision optimiste du développement et n'envisageait pas l'émergence de nouvelles épidémies. La prise de conscience de la diversité des facteurs qui contribuent à un bon niveau de santé, notamment ceux qui touchent à l'environnement et à la question du genre, a conduit à l'extension des domaines d'intervention des politiques de santé. Ce changement a contribué au renforcement des interactions entre les questions de santé et les enjeux sociaux ou de sécurité. En n'étant plus cantonnées au contrôle des épidémies, les politiques de santé s'inscrivent un peu plus comme une des variables des négociations de la gouvernance mondiale.

## **LIMITES D'UNE GOUVERNANCE MONDIALE SANITAIRE**

Tout en bénéficiant de leur inscription à l'agenda mondial, les défis sanitaires actuels soulignent l'éparpillement de la gestion de la santé dans l'architecture onusienne et les ambiguïtés des politiques étrangères des États membres. Face à l'émergence de nouveaux acteurs ou à la mise en place de nouvelles structures, les limites des interventions des acteurs « centraux » apparaissent d'autant plus clairement. Les organisations interétatiques peinent à coordonner leurs actions ou à coexister de manière satisfaisante, et les États concilient difficilement les objectifs de leurs politiques étrangères avec ceux de l'action en faveur de la santé.

Les politiques multisectorielles de santé impliquent plusieurs organisations interétatiques et génèrent des tensions que les structures de coordination n'arrivent pas toujours à réguler, si elles ne les exacerbent pas parfois. Dans la mesure où ces organisations sont dotées de ressources (financières, médiatiques, humaines, techniques) souvent inégales, on peut légitimement s'interroger sur leur hiérarchisation. Mais une réforme complète du système ne semble pas la voie la plus immédiatement intéressante pour la santé. Bien avant la période d'affaiblissement de l'OMS sous la direction d'Hiroshi Nakajima, l'ensemble du système de l'ONU, programmes et agences, s'est

préoccupé des aspects sanitaires qui pouvaient toucher leur domaine de compétence. Dans les années 1960, l'UNICEF a rassemblé plusieurs agences pour évaluer les besoins des enfants en matière de santé ; elle a également conduit des programmes de vaccination et mis en œuvre le principe des prix différenciés qui les a rendus possibles<sup>38</sup>.

L'action contre la pauvreté et pour le planning familial de la Banque Mondiale lui a permis d'investir progressivement dans ce secteur. Les effets désastreux des plans d'ajustement structurel (PAS) et les vertus tant prônées de la « bonne gouvernance » lui ont offert également une occasion d'aller plus avant dans ce domaine. En 1987, elle a défendu l'évaluation de l'impact de ses plans sur le secteur de la santé tout en faisant la promotion de systèmes partiellement privés pour les pays du Sud. En 1993, la publication du Rapport « *Investing in Health* » a été perçue par certains observateurs comme une tentative de la Banque visant l'orientation des politiques sanitaires de l'ensemble du système onusien.

Les organisations interétatiques qui interviennent dans le secteur de la santé tentent d'influencer les choix des politiques. D'un côté, la Banque Mondiale et le FMI sont en compétition pour influencer les autres agences. De l'autre, l'OMS (considérée ces derniers temps comme incapable de gérer les défis et de piloter seule les politiques internationales en matière de santé malgré son rôle de sensibilisation et d'alerte et l'apport de sa Commission Macroéconomie et Santé<sup>39</sup>), l'Organisation Internationale de Travail (OIT) ou l'UNICEF ne s'alignent pas nécessairement sur les projets du Département des Affaires Sociales de l'ONU. Par ailleurs, les programmes comme le Pacte Mondial et l'OMD doublent parfois l'action des agences. Reste à signaler que, dans la mesure où la Banque Mondiale finance des projets, il pourrait paraître légitime qu'elle les oriente. Toutefois, elle ne semble avoir convaincu aucun acteur de santé de la qualité de son action en la matière<sup>40</sup>.

## INTERVENTIONS DES ACTEURS NON-ÉTATIQUES

Dans le domaine sanitaire, la place acquise par des ONG, capables de diffuser rapidement des messages ou de mobiliser des mouvements de protestation sur un même sujet dans plusieurs pays, est en mesure d'affaiblir

---

38. Dixneuf, Marc (2003), « La Santé, Enjeu de la Gouvernance Mondiale ? », *Les Études du CERI*, n° 99, p. 12.

39. Commission Macroéconomie et Santé. 2001. *Macroéconomie et Santé : Investir dans la Santé pour le Développement Économique*. Genève, OMS, 2002.

40. Dixneuf, Marc (2003), op. cit. p. 13.

les positions des États et des organisations interétatiques. En effet, l'émergence des acteurs non-étatiques a contribué à remettre en cause les modalités de l'action gouvernementale ou intergouvernementale ou, au moins, à les placer sous surveillance.

Il faut souligner encore que les OMD ont fourni un nouveau cadre pour les partenariats entre les acteurs gouvernementaux et non gouvernementaux afin de créer un environnement propice au développement, à l'élimination de la pauvreté et à l'investissement dans la santé. Grâce à la défense de la politique de santé publique, les ONG avec leurs diverses structures et fonctions constituent les conditions *sine qua non* à la promotion de la santé en raison de leur présence sur le terrain et leur proximité avec les communautés, ce qui leur permet de contribuer à la satisfaction des besoins, préoccupations et aspirations des populations en termes de santé<sup>41</sup> et du bien-être.

Par ailleurs, les enjeux sanitaires sont d'une certaine vitalité, à tel point qu'ils sont directement perçus par ceux qui sont en attente de prestations, médicaments ou de structures de soins. L'élaboration et l'annonce d'un projet gouvernemental ou intergouvernemental, dont les objectifs ne se traduisent pas concrètement sur le terrain, représentent un facteur de risque à double titre. En premier lieu, le retard dans l'action sanitaire aggrave l'impact du mauvais état de santé de la population sur le développement ou la sécurité<sup>42</sup>. En second lieu, ce décalage porte atteinte à l'image de l'État et peut faire douter de sa capacité future à prétendre à une position de leadership. Les États ont donc intérêt à préserver leur légitimité d'action en achevant de placer la santé en haut de l'agenda international ; l'adaptation de leur politique étrangère à la réalité des risques sanitaires leur permet d'exercer leur influence dans les processus de négociations permanentes qui sont au cœur de la gouvernance mondiale.

De manière générale, en exposant leur politique, les États et les organisations interétatiques doivent prendre la mesure de l'émergence des ONG dans ces domaines et de l'attention qu'elles portent aux politiques et programmes mis en place. La santé relève d'une gestion mondiale du fait de la diffusion des maladies, que cette diffusion dépende de la transmissi-

---

41. Narayan, Thelma, Wise, Marilyn et Ghebrehiwet Tesfamichael (2005), « NGO Coalitions for Global Health Promotion », <http://phmovement.org/pha2/issues/documents/ngocoalitionsforglobalhealthpromotion.doc>

42. Coupland, Robin (2007), « Security, Insecurity and Health », *Bulletin of the World Health Organization*, n° 85, p. 181-184.



bilité de la pathologie ou de l'extension des facteurs qui la favorisent, comme la consommation ou les conditions environnementales. La santé dépend des projets de réduction de la pauvreté, de l'amélioration des conditions de vie et du développement économique, mais en même temps elle les conditionne. Une politique étrangère orientée par les enjeux sanitaires mondiaux peut contribuer à l'amélioration de la gouvernance mondiale ; elle peut aussi aider à façonner un environnement plus sûr pour l'État qui la conduirait.

Pour la Commission sur la gouvernance mondiale, les États doivent accepter le principe d'une éthique globale, garante de l'efficacité de la gouvernance, afin de dépasser les intérêts particuliers, souvent égoïstes. Certainement souhaitable et contribuant à fixer un objectif, ce principe semble difficile à respecter compte tenu des ressorts de la compétition internationale<sup>43</sup>. En revanche, les limites des acteurs gouvernementaux peuvent être repoussées grâce à une meilleure perception des conséquences globales des risques sanitaires aujourd'hui cantonnés aux pays pauvres. Volontiers invoquée, l'interdépendance n'est pas encore pour autant perçue comme une réalité tangible. Pourtant, le développement d'un certain nombre d'épidémies dont les effets transcendent les frontières géopolitiques (comme le SRAS et le Sida ou la grippe porcine), devrait contribuer à faire tomber la barrière entre le discours sur la mondialisation et la reconnaissance de ses impacts concrets.

### **POUR UNE GOUVERNANCE MONDIALE SANITAIRE EFFICACE, ÉQUITABLE ET CRÉDIBLE**

Dans le domaine de la santé, les caractéristiques de la gouvernance mondiale (telles que la participation des acteurs non-étatiques à la définition et à la mise en œuvre de politiques mondiales et l'importance et la portée des accords encadrant le commerce mondial) portent en elles autant d'éléments prometteurs que de motifs d'inquiétude. La santé s'avère de plus en plus un vecteur d'innovation en matière de gestion des problèmes mondiaux ; pour autant, il importe de penser constamment les solutions mises en œuvre au regard de leurs effets. La gouvernance mondiale a fait les frais des heurts multiples consécutifs aux débats sur l'accès aux médicaments dans le cadre de l'Accord sur les ADPIC, et l'image de l'OMC en a pâti un peu plus.

La santé représente donc un enjeu pour la gouvernance mondiale par les obstacles qu'elle est susceptible de faire surgir au cœur des processus de

---

43. Habermas, Jürgen (2000), *Après l'État-Nation. Une Nouvelle Constellation Politique*, Paris, Fayard, p. 118-119.

régulation. La complexité des politiques de santé suppose une intégration prudente des acteurs non-étatiques afin de retirer le bénéfice de leur expertise sans perdre de vue les objectifs du bien commun. La mise en œuvre de politiques inadaptées peut être un obstacle à la résolution de problèmes de santé qui, alors, sont susceptibles d'avoir un impact au-delà du domaine sanitaire. De la même manière, il est nécessaire d'anticiper les blocages à même de survenir à l'OMC afin de préserver l'Organisation elle-même, et sa crédibilité pour les pays du Sud, tout en limitant les heurts dans l'agenda mondial. Dans ce cadre, Petiteville affirme qu'« *il ne faut pas sous-estimer la montée en puissance des pays en développement depuis la création de l'OMC. Ceux-ci ont désormais, pour eux, la force du nombre et leur importance au sein de l'Organisation s'accroît encore sous l'effet d'entraînement produit par les puissances émergentes du Sud (Inde, Brésil, Afrique du Sud, Chine). Cette nouvelle place qu'occupent aujourd'hui les pays du Sud a fait considérablement évoluer la structure du pouvoir au sein du régime commercial international [...] Depuis Seattle, on sait que cette fronde des pays en développement n'est pas que symbolique et qu'elle est effectivement en mesure de paralyser l'OMC* »<sup>44</sup>.

Donc, compte tenu des enjeux sanitaires actuels et de l'absence de solutions à court terme pour certaines d'entre elles, le rôle de ces deux vecteurs de la gouvernance mondiale dans la santé est appelé à faire l'objet d'une réflexion constante. Les accords de l'OMC ont établi le cadre dans lequel s'organise, en grande partie, la gouvernance mondiale, mais ce cadre n'est pas forcément adapté à certains problèmes mondiaux, à savoir les enjeux sanitaires et environnementaux. Négociés à un moment où les défis affichés étaient différents, une grande partie de ces accords devraient être repensés en tenant compte de l'extension des risques actuels (sanitaires et environnementaux). Leur rigidité apparente opposée, au processus en évolution constante que représentent la gouvernance et les enjeux de santé, risque de monopoliser l'agenda international sur des questions de santé plus étendues que celles de l'accès aux médicaments en tant qu'enjeu et priorité importants pour les pays du sud.

Les facteurs qui conditionnent l'état de santé des populations, comme les impacts de celui-ci sur le développement, sont au cœur de l'élaboration des politiques. L'implication effective des acteurs non-étatiques dans le processus de définition et de mise en œuvre de telles politiques accompagne le discours sur la gouvernance qui voit en la participation du plus grand

---

44. Petiteville, Franck (2004), « L'Hégémonie est-elle Soluble dans le Multilatéralisme? Le cas de l'OMC », *Critique Internationale*, n° 22, p. 63-76.

nombre la garantie d'une plus grande efficacité, crédibilité et représentativité. Pour autant, la simple présence de ces acteurs dans certains processus décisionnels n'assure pas nécessairement leur meilleure contribution.

## CONCLUSION

L'analyse ci-dessus montre visiblement qu'il y a un défi à relever : celui de mettre fin aux inégalités sanitaires entre les pays du Nord et ceux du Sud. Conjuguées à une crise de santé à l'échelle mondiale, ces inégalités ne sont pas principalement et seulement liées aux maladies, mais également à un système de gouvernance qui laisse à désirer, tant aux niveaux nationaux (affaiblissement des politiques étatiques) qu'au niveau international (affaiblissement des mécanismes interétatiques en raison d'un contexte mondialisé en restructuration permanente).

Selon Kickbusch<sup>45</sup>, nos interventions doivent donc porter sur les déterminants politiques de la santé, tout particulièrement sur les mécanismes qui aideront à préserver les biens publics mondiaux, nécessaires à un développement viable et équitable. Ces derniers temps, on a proposé dans le cadre de la VI<sup>e</sup> Conférence mondiale sur la promotion de la santé un traité « nouveau genre » qui établirait les nouveaux paramètres de la gouvernance mondiale de la santé<sup>46</sup>. Selon le même auteur, reprendre cette proposition serait un pas dans la bonne direction. Les associations nationales pour la santé publique doivent prêcher l'exemple en présentant la santé comme un bien public mondial et en organisant des « sommets nationaux sur la santé mondiale » pour discuter des mécanismes éventuels du processus politique nécessaire. Il faut, pour cela, inscrire les questions de gouvernance mondiale de la santé aux programmes d'autres secteurs, comme la politique étrangère, car la santé est indispensable non seulement à la réduction de la pauvreté et à la promotion du développement humain et économique<sup>47</sup>, mais aussi pour tout ce qui concerne la sécurité humaine<sup>48</sup>.

45. Kickbusch, Ilona (2006), « Mapping the Future of Public Health: Action on Global Health », *Canadian Journal of Public Health*, vol. 97, n° 1.

46. OMS (2006), *Promotion de la Santé: Suivi de la Sixième Conférence Mondiale sur la Promotion de la Santé*, Rapport du Secrétariat de l'OMS.

47. OMS (2001), *Macroéconomie et Santé: Investir dans la Santé pour le Développement Économique*, Rapport de la Commission Macroéconomie et Santé, Genève, Organisation mondiale de la Santé.

48. Coupland, Robin (2007), « Security, insecurity and health », *Bulletin of the World Health Organization*, n° 85, p. 181-184.

## BIBLIOGRAPHIE

- Behnassi, Mohamed (2008), « Assessment of Global Environmental and Sustainability Governance from a Developing Country Perspective », *Actes du Colloque international: Développement Durable, Responsabilité Sociale des Organisations et Performances Economiques: Bilan, Enjeux et Perspectives*, 13-14 novembre, Marrakech.
- Blin, Arnaud et Marin Gustavo (2007), « Repenser la Gouvernance Mondiale », disponible sur : [http://www.worldgovernance.org/IMG/doc/Repenser\\_sans](http://www.worldgovernance.org/IMG/doc/Repenser_sans).
- Blouin, Chantal (2007), « Trade Policy and Health: From Conflicting Interests to Policy Coherence », *Bulletin of the World Health Organization*, n° 85, p. 218-224.
- Commission Macroéconomie et Santé (2001), *Macroéconomie et Santé: Investir dans la Santé pour le Développement Économique*, Genève, OMS, 2002.
- Coupland, Robin (2007), « Security, Insecurity and Health », *Bulletin of the World Health Organization*, n° 85, p. 181-184.
- Delorme, Jacky, « SIDA: Prévention et Trithérapies, pas de Contre-Indication pour le Sud », <http://www.oit.org/public/french/dialogue/actrav/publ/123/aids.pdf>
- Dixneuf, Marc (2003), « La Santé, Enjeu de la Gouvernance Mondiale? », *Les Études du CERI*, n° 99, p. 3.
- Dumoulin, Jérôme (2001), « Mondialisation et Santé Publique: Doha, un Tournant? », *Société Française de Santé Publique*, n° 13, p. 321-323.
- Gwatkin, Davidson R. (2000), « Health Inequalities and the Health of the Poor: What do we Know? What can we Do? », *Bulletin of the World Health Organization*, n° 78, p. 3-18.
- Habermas, Jürgen (2000), *Après l'État-Nation. Une Nouvelle Constellation Politique*, Paris, Fayard, p. 118-119.
- Human Development Network (1997), *Health, Nutrition, and Population Sector Strategy*, Washington, DC, the World Bank.
- Kaul, Inge, Conceicao, Pedro, Le Goulven, Katell et Ronald Mendoza U. (2003), *Providing Global Public Goods. Managing Globalization*, New York, PNUD, Oxford University Press.
- Kickbusch, Ilona (2006), « Mapping the Future of Public Health: Action on Global Health », *Canadian Journal of Public Health*, vol. 97, n° 1.
- Laïdi, Zaki (2002), « Les Enjeux de la Gouvernance Mondiale », *Annuaire Français des Relations Internationales (AFRI)*, volume III. p. 262-278.
- Love, James (2003), « L'Europe et les États-Unis Prolongent l'apartheid Sanitaire », *Le Monde Diplomatique*, mars, p. 28-29
- McMicheal, Anthony J. et Colin Butler (2005), « Emerging Health Issues: The Widening Challenge for Population Health Promotion », *Proceedings of the 6th Global Conference on Health Promotion*, Bangkok, Thailand, 7-11 August.
- Ndour, Marame (2006), « Partenariats Public-privé Mondiaux pour la Santé: L'Émergence d'une Gouvernance Transnationale des Problèmes de Santé des Pays en Développement? », *Entreprises & Biens Publics*, N° 07. p. 3.

- Organisation de coopération et de développement économiques (1996), *Le Rôle de la Coopération pour le Développement à l'aube du XXIe Siècle*, disponible sur : <http://www.oecd.org/dataoecd/41/32/15249681.pdf>
- Organisation mondiale de la santé (2000), *Renforcement des Systèmes de Santé dans les Pays en Développement*, Rapport du Secrétariat de l'OMS, Genève, Organisation mondiale de la santé.
- Organisation mondiale de la santé (2001), *Macroéconomie et Santé: Investir dans la Santé pour le Développement Économique*, Rapport de la Commission Macroéconomie et Santé, Genève, Organisation mondiale de la Santé.
- Organisation mondiale de la santé (2001), *Santé et Développement Durable: Principales Tendances en Matière de Santé*, Rapport du Secrétaire Général de l'OMS. E/CN.17/2001/PC/6. Point 35, p. 7.
- Organisation mondiale de la santé (2002), *Rapport sur la Santé dans le Monde, 2002 – Réduire les Risques et Promouvoir une Vie Saine*, Genève, Organisation mondiale de la Santé.
- Organisation mondiale de la santé (2006), *Promotion de la Santé: Suivi de la Sixième Conférence Mondiale sur la Promotion de la Santé*, Rapport du Secrétariat de l'OMS.
- Petiteville, Franck (2004), «L'hégémonie est-elle Soluble dans le Multilatéralisme? Le Cas de l'OMC», *Critique Internationale*, n° 22, p. 63-76.
- Petiteville, Franck (2004), «L'Hégémonie est-elle Soluble dans le Multilatéralisme? Le Cas de l'OMC», *Critique Internationale*, n° 22, p. 63-76.
- Ruano-Borbalan, Jean Claude (2004), «La Gouvernance Mondiale: Nécessité ou Idéologie?», *Revue de Sciences Humaines*, Hors Série, n° 44, p. 58-62.
- Smouts, Marie-Claude (dir.), (1998), *Les Nouvelles Relations Internationales. Pratiques et Théories*, Paris, Presses de Sciences Po, p. 150.
- Sol, Picciotto (2003), «Private Rights vs Public Interests in the Trips Agreement: The Access to Medicines Dispute», *American Society of International Law, Proceedings*, vol. 97, p. 167-172.
- Thieren, Michel (2007), «Health and Foreign Policy in Question: The Case of Humanitarian Action», *Bulletin of the World Health Organization*, n° 85, p. 218-224.
- World Health Organization (2002), *Global Crises – Global Solutions, Managing Public Health Emergencies of International Concern through the Revised International Health Regulations*, International Health Regulations Revision Project.