



HAL
open science

La santé, enjeu de la gouvernance mondiale ?

Marc Dixneuf

► **To cite this version:**

Marc Dixneuf. La santé, enjeu de la gouvernance mondiale ?. Les Études du CERI, 2003, 99, pp.36.
hal-03579442

HAL Id: hal-03579442

<https://sciencespo.hal.science/hal-03579442>

Submitted on 18 Feb 2022

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial - NoDerivatives 4.0
International License

Les Études du CERI
N° 99 - décembre 2003

**La santé,
enjeu de la gouvernance mondiale ?**

Marc Dixneuf

La santé, enjeu de la gouvernance mondiale ?

Résumé

Dans les pays en développement, l'impact de l'épidémie d'infection à VIH a révélé les effets potentiellement dévastateurs de politiques de santé inadaptées : disparition des adultes en âge de travailler, diminution des ressources alimentaires, arrêt de la croissance, instabilité interne, monopolisation des faibles ressources au détriment d'autres investissements. Cet impact négatif des épidémies ne se limite pas aux Etats, mais intéresse directement la gouvernance mondiale. La santé apparaît comme un domaine d'intervention majeur des politiques internationales pour les années à venir, une mésestimation des enjeux pouvant conduire à une plus grande instabilité globale.

Notre objectif est de montrer dans cette *Etude* l'importance de la santé pour la gouvernance mondiale et de faire l'état des transformations qu'elle suscite ou requiert au niveau global. Dans un premier temps, elle s'intéresse aux acteurs. La place croissante prise par les acteurs non gouvernementaux souligne les limites des Etats et des organisations internationales, et ceux-ci doivent ajuster leurs pratiques aux enjeux sanitaires. Dans un second temps, l'étude s'intéresse aux cadres d'élaboration des politiques de santé, en s'interrogeant sur la participation de certains acteurs à l'orientation des politiques et à l'adéquation du cadre commercial multilatéral avec les enjeux de la santé. Dans la mesure où elle remet en question ses modes de régulation, la santé apparaît comme un enjeu de la gouvernance mondiale.

Public Health, a Problem for Global Governance

Abstract

In developing countries, the impact of the HIV epidemic has revealed the potentially devastating effects of inadequate public health policies: disappearance of working-age adults, decrease in food resources, arrest of growth, domestic instability, monopolization of scarce resources to the detriment of other investments. The negative impact of epidemics does not only affect states, but also impinges directly on global governance. Public health is an area in which international policies will intervene massively in the coming years. Underestimating the issues involved could lead to greater world instability.

This study aims to demonstrate the importance of public health for global governance and take stock of the transformations it encourages or requires at the global level. First it takes a look at the actors. The increasing role of non-government actors points up the limits of states and international organizations, and the latter two need to adjust their practices to public health issues. Second, the study examines the frameworks in which public health policies are devised, questioning the role of certain actors in defining these policies and the appropriateness of the multilateral trade framework for addressing issues of public health. In that it calls into question its modes of regulation, public health has emerged as a concern for global governance.

La santé, enjeu de la gouvernance mondiale ?

Marc Dixneuf

Conseil national du Sida¹

Objet ancien de préoccupations internationales, le domaine de la santé bénéficie depuis quelques années d'un intérêt plus marqué de la part des acteurs de la gouvernance mondiale. Cet intérêt, manifesté notamment à l'occasion des dernières réunions du G8 ou de l'Assemblée générale des Nations unies, n'est pas d'ordre strictement sanitaire. L'épidémie de VIH, bien sûr, mais aussi les problèmes environnementaux ou la recherche de politiques favorables au développement contribuent à cette élévation de la santé au rang des priorités affichées. Ce processus s'accompagne de l'émergence sur la scène internationale des nouveaux acteurs non étatiques que sont les mouvements de défense des malades. Ces changements ne sont pas sans conséquence sur la politique internationale. Il existe en effet un décalage parfois important entre les problèmes de santé, les réponses qui leur sont apportées et le cadre dans lequel elles doivent s'inscrire. 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 des Etats et de zones régionales, frein au développement économique et heurts dans les négociations commerciales. Pour cette raison, la santé est devenue un enjeu de la gouvernance mondiale, ce qui suppose de la part des acteurs d'adapter leurs pratiques à ce nouvel environnement.

– *Quelle définition de la gouvernance ?*

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. Terme ancien, elle 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 administrations publiques. Dans une certaine mesure, le discours sur la gouvernance

¹ Les opinions exprimées ici n'engagent que leur auteur.

reflète, selon les cas, une forme d'idéalisme ou d'occultation des rapports de force, comme lorsqu'on évoque les « biens publics mondiaux »². 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 ne peut être appréhendée en dehors de la mondialisation qui « conduit à repenser les modes de représentation et de participation politiques »³. Elle prend en effet en considération la diversité des acteurs et des interactions entre des domaines *a priori* cloisonnés : public/privé ; économie/politique ; interne/externe. Les définitions de la gouvernance sont nombreuses. Nous la considérerons ici comme « l'ensemble des régulations produites par la prolifération d'acteurs interdépendants »⁴ et des interventions publiques qui en découlent. Ces acteurs interdépendants sont les Etats, les organisations intergouvernementales (OIG)⁵, les organisations non gouvernementales (ONG) nationales ou internationales, les associations communautaires, les entreprises, les fondations, les centres de recherche... 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 donné. Dans la mesure où elle illustre des mutations permanentes en réponse à l'intensification et à l'extension sectorielle ou géographique des interdépendances⁶, « la gouvernance permet de penser la gestion des affaires internationales non comme un aboutissement, comme un résultat, mais comme un processus continu »⁷.

La gouvernance sera considérée comme un processus de négociations permanentes entre des acteurs très hétérogènes engagés dans la conduite des politiques internationales : définition des orientations, des ressources allouées et des moyens mis en œuvre. Loin de reprendre à notre compte une vision idéaliste, nous y verrons un ensemble de tensions en évolution constante, un processus dans lequel alternent ou se développent conjointement les moments de conflit et de coopération. Néanmoins, nous y retrouverons 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 politiques internationales.

² M-C. Smouts, « Une notion molle pour des causes incertaines », dans F. Constantin (dir.), *Les Biens publics mondiaux. Un mythe légitimateur pour l'action collective ?*, Paris, L'Harmattan, 2002, p. 375.

³ M-C. Smouts, « La coopération internationale de la coexistence à la gouvernance mondiale », dans M-C. Smouts (dir.), *Les Nouvelles relations internationales. Pratiques et théories*, Paris, Presses de Sciences-Po, 1998, p. 155.

⁴ J. Laroche (dir.), *Mondialisation et gouvernance mondiale*, Paris, IRIS-PUF, 2003, pp. 11-12 et p. 19.

⁵ On trouvera à la fin de l'*Etude* une explication des sigles utilisés au fil du texte.

⁶ P. Jacquet, J. Pisani-Ferry, L. Tubiana, *Gouvernance mondiale*, Paris, Conseil d'analyse économique, La Documentation française, 2002, p. 13.

⁷ M-C. Smouts (dir.), *op. cit.*, p. 150.

– *Quels enjeux sanitaires au niveau mondial ?*

Le préambule de la constitution de l'Organisation mondiale de la santé (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, de la solitude liée à l'âge ou des atteintes physiques consécutives à la consommation excessive de tabac ou de sodas. 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 entreprises pharmaceutiques. Ainsi, depuis 1988, les laboratoires Merck Sharp & Dohme offrent gratuitement leur médicament Mectizan® qui permet de lutter efficacement contre l'onchocercose⁸. A l'inverse, le programme d'éradication du paludisme lancé en 1955 par l'OMS a connu un échec complet⁹.

Les principaux clivages sanitaires recoupent les différences de développement entre les Etats. Mais si les pathologies qui touchent les pays en développement (PED) ou les pays riches illustrent jusqu'à la caricature ces différences¹⁰, les enjeux internationaux de la santé 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 entreprises pharmaceutiques privées. Celles-ci développent en premier lieu des produits adaptés aux marchés des pays riches¹¹. 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 du monde, car si elle dépend de nombreuses variables (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 des politiques mondiales et, comme dans l'espace national, elle reflète la configuration du

⁸ L'onchocercose est une infection due à un ver microscopique qui se transmet par la piqûre d'un moucheron. Le moucheron vit près des rivières, d'où l'autre nom de la maladie : la « céciété des rivières ».

⁹ J. Siddiqi, *World Health and World Politics: the World Health Organization and the UN System*, Londres, Hurst & Company, 1995, p. 195. Certains programmes font l'objet de relances à l'occasion de pics épidémiques, comme c'est le cas en 2003 pour la poliomyélite, en voie d'éradication elle aussi.

¹⁰ Le dernier rapport de l'OMS sur la santé dans le monde met ainsi l'accent sur une différence importante entre les PED et les pays développés. Dans les PED, l'insuffisance pondérale touche chaque année 170 millions d'enfants et entraîne le décès de 3 millions d'entre eux. A l'opposé, 300 millions de personnes dans le monde sont cliniquement obèses et 500 000 meurent en Amérique du Nord ou en Europe de pathologies liées à l'obésité. OMS, *Rapport sur la santé dans le monde. Réduire les risques et promouvoir une vie saine*, Genève, Organisation mondiale de la santé, 2002, p. 8.

¹¹ P. Trouiller, P. Olliaro, E. Torreele et al., « Drug development for neglected diseases: a deficient market and a public-health policy failure », *The Lancet*, 359 (9324), 2002, pp. 2188-2194.

champ politique dans lequel elle s'inscrit : ici, celui de l'économie politique internationale¹². 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 en développement, 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 PED a conduit à l'élaboration de la politique des soins de santé primaires qui prenait en compte la faiblesse des moyens des pays en développement, 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 place des femmes, a conduit à l'extension des domaines d'intervention des politiques de santé, et ce changement contribue 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.

–*La santé, quels enjeux pour la gouvernance mondiale ?*

Depuis longtemps et pour de multiples raisons – colonisation, échanges commerciaux maritimes, aide au développement ou lutte contre les épidémies – 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. Les premières organisations interétatiques en charge de la santé ont été créées au XIX^e siècle, pour servir aussi bien à la surveillance des épidémies qu'au contrôle des flux commerciaux. Parallèlement, plusieurs organisations non gouvernementales dans le domaine de la santé ont vu le jour, comme la Croix-Rouge ou Save the Children International Union. 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 la League of Nations Health Organization¹³. Depuis lors, les fondations Ford ou Rockefeller n'ont cessé de contribuer à l'amélioration de la santé publique. Après la création de l'OMS, les politiques de santé ont accompagné les rivalités et les changements politiques internationaux. La décolonisation a contribué à réorienter l'action internationale et l'OMS a fait l'objet de tentatives d'instrumentalisation dans le cadre de la guerre froide ou du conflit israélo-arabe¹⁴. 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 Etats entre eux, la meilleure illustration en étant la réunion annuelle de l'Assemblée mondiale de la santé.

Comme l'ont montré Dodgson, Lee et Drager, la mondialisation modifie le contexte de

¹² D. Fassin, *L'Espace politique de la santé. Essai de généalogie*, Paris, PUF, 1996.

¹³ K. Lee, *Historical Dictionary of the World Health Organization*, Lanham/Londres, The Scarecrow Press, Inc., 1998 (Historical Dictionaries of International Organizations, n°15) ; V. Berridge, K. Loughlin, « Historical dimensions of global governance », *Global Health Governance, Discussion paper n°2*, Genève, OMS, 2002, pp. 11-12.

¹⁴ J. Siddiqi, *op. cit.*

la collaboration des acteurs de la santé. En premier lieu, elle augmente les risques sanitaires transfrontières soit en contribuant à la diffusion des maladies, comme l'illustre le cas du Sras, soit en modifiant la répartition géographique des facteurs déterminants de la santé¹⁵. En second lieu, la mondialisation favorise l'augmentation du nombre des participants aux politiques de santé et l'influence des acteurs non étatiques. Enfin, elle contribue au déclin de la capacité des Etats à faire face aux défis sanitaires globaux. Par ailleurs, les formes actuelles de la mondialisation ne semblent pas adaptées aux enjeux sociaux ou environnementaux. Les intérêts industriels dominent parfois ceux de la protection de la santé publique, comme ce fut le cas dans la crise de la vache folle¹⁶. Les politiques globales de la santé ne peuvent faire l'économie de l'action des Etats, mais elles doivent prendre la mesure d'autres acteurs qui agissent en dehors des cadres étatiques, comme les ONG ou les entreprises transnationales. Enjeu des relations interétatiques, la santé prend une place croissante dans la politique internationale.

Le développement rapide d'épidémies et l'absence d'amélioration du niveau de santé sont préoccupants, et les politiques de santé sont un enjeu éthique de la gouvernance mondiale. Ce ne sera cependant pas le point de vue développé ici. Les domaines d'intervention nécessaires sont nombreux, mais les impacts d'un mauvais état de santé le sont tout autant et dépassent les seules questions sanitaires. La santé sera considérée ici comme un enjeu de la gouvernance mondiale car le retard dans la mise en œuvre des politiques mondiales de santé est susceptible d'avoir un impact sur la croissance économique, le développement, la sécurité intérieure des Etats et la stabilité globale. Les ravages actuels de l'épidémie d'infection à VIH sont soulignés autant dans les conférences internationales que dans de multiples rapports émanant des OIG¹⁷. L'ensemble des régulations de la gouvernance globale 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 plus difficile la fluidification des relations internationales recherchée par les tenants d'une gouvernance globale élargie au plus grand nombre. Pour que cette épidémie, et les autres problèmes de santé, ne perturbent pas l'ensemble de la gouvernance mondiale, il est nécessaire que les acteurs ajustent leurs pratiques aux changements internationaux liés à la santé, et que les obstacles à la mise en œuvre de politiques de santé efficaces soient levés.

¹⁵ R. Dodgson, K. Lee, N. Drager, « A conceptual review », *Global Health Governance, Discussion paper n° 1*, Genève, OMS, 2002. Sur ce point et à titre d'exemple, on peut se reporter à l'article de Roy Smith, « The Impact of Globalization on Nutrition Patterns : A Case-study of the Marshall Islands », pp. 86-140, dans K. Lee (ed.), *Health Impacts of Globalization, Towards Global Governance*, Basingstoke, Palgrave MacMillan, 2003.

¹⁶ K. Lee, P. Patel, « Far From the Maddening Cows : The Global Dimensions of BSE and vCJD », pp. 47-60, dans K. Lee (ed.), *op. cit.*

¹⁷ Chaque conférence internationale sur le sida est l'occasion pour nombre d'intervenants de le rappeler. Ce fut le cas lors de la 9^e Conférence européenne sur le sida, en octobre 2003, à Varsovie, comme lors de la Conférence internationale sur le sida et les MST en Afrique, à Nairobi, en septembre 2003.

LES ACTEURS DE LA GOUVERNANCE FACE A LA SANTE : DES AJUSTEMENTS NECESSAIRES ?

Progressivement, la santé a gagné une place de premier plan dans les agendas internationaux. Cette évolution marque une réelle préoccupation à l'égard des enjeux sanitaires de la part des acteurs de la gouvernance, au premier rang desquels les Etats. Ce changement, largement stimulé par le développement de l'épidémie d'infection à VIH, contribue à faire émerger sur la scène internationale les acteurs associatifs du domaine de la santé. Leur présence au niveau mondial et les liens entretenus entre les associations du Nord et du Sud ont contribué à mettre en cause certaines pratiques des acteurs étatiques, au risque d'amoinrir leur légitimité. Les Etats et les OIG, notamment, doivent s'adapter aux changements que les enjeux de santé entraînent dans la gouvernance mondiale.

Des pratiques remises en cause

Les associations de défense des malades ne se cantonnent pas à la protestation, même pour les plus contestataires d'entre elles. Ce sont aussi des organisations de proposition, bien informées, qui ont acquis une capacité d'expertise dans la surveillance des politiques de santé des pays riches et des traitements développés par l'industrie. Elles sont peu disposées à accepter le registre convenu des échanges internationaux, leurs représentants étant souvent directement concernés par les problèmes de santé en débat. Les politiques étrangères des Etats comme le travail des OIG sont ainsi sous observation permanente.

• L'influence de la santé sur le contexte de la politique internationale

Parmi les nombreux enjeux de santé mondiaux, l'infection à VIH et le sida offrent un bon exemple de l'impact de la santé sur la gouvernance, notamment par la position de choix que les associations de défense des malades ont acquise au niveau de chaque Etat, et qui tend à se reproduire au niveau international.

– *La santé : une place grandissante dans les réunions multilatérales*

La santé n'occupe une position centrale dans les agendas globaux que depuis quelques années. 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 ou de l'intérêt manifesté par les pays développés lors des G8. Cependant, par les enjeux sanitaires qui lui sont liés et ses implications en terme d'économie politique internationale, l'épidémie de VIH apparaît comme un catalyseur essentiel de cette attention.

La déclaration de la Conférence de Rio de 1992 pose dans son premier principe le droit des personnes à avoir une vie saine et productive en harmonie avec la nature. Le plan

Action 21 adopté lors de cette conférence consacre 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, biologique, économique, social. Le développement durable inscrit la santé dans l'agenda international et le document préparatoire de la conférence de Johannesburg affirme : « 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 »¹⁸. 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 amélioration de la santé. Les objectifs du Millénaire, qui comportent un volet sur le développement et l'éradication de la pauvreté, contribuent également à la placer au cœur de la gouvernance mondiale. Parallèlement, elle occupe une place croissante dans les débats et déclarations des G8. L'impact de ces prises de positions peut être discuté, mais elles traduisent les préoccupations des pays développés. Dans la déclaration finale du sommet d'Okinawa, en 2000, le sujet apparaît dans le passage sur la réforme des banques multilatérales de développement, invitées à investir dans la santé. L'année suivante, le plan en faveur de l'Afrique élaboré pour le sommet de Gênes 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 dans 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 points¹⁹.

L'épidémie de VIH/sida et les nombreuses réunions internationales dont elle fait l'objet expliquent l'attention portée à la santé publique dans les dernières réunions du G8. Unique maladie nommément citée dans l'introduction du Rapport 2002 de l'OMS²⁰, le sida est aussi la seule pathologie qui ait fait l'objet d'une session extraordinaire de l'Assemblée générale des Nations unies, en juin 2001. Les campagnes internationales en faveur de l'accès aux médicaments dans les pays du Sud organisées par diverses ONG ont soutenu cet affichage. Par ailleurs, différents documents s'intéressent au VIH en tant qu'enjeu global de sécurité. Ce faisant, ils contribuent à déplacer l'épidémie du domaine exclusif de la santé vers celui de la « haute politique »²¹. L'épidémie de VIH reflète l'économie politique internationale de la santé. Certains spécialistes dénoncent les effets économiques néfastes de la mondialisation qui favorisent la diffusion de l'épidémie en contribuant au déclin des conditions de vie de certaines populations²². L'impact

¹⁸ Rapport du secrétaire général sur la santé et le développement durable, E/CN.17/2001/PC/6. Point 35, p. 7. Les défis pour la santé énumérés dans ce document sont : l'accès à l'eau, le bruit, la pollution, l'élimination des déchets, la sécurité alimentaire, les catastrophes liées au climat.

¹⁹ Les six points, dans l'ordre de leur énumération, sont : la lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme ; le renforcement des systèmes de santé ; l'accès aux médicaments ; la lutte contre les maladies qui touchent essentiellement les pays en voie de développement ; l'éradication de la poliomyélite ; la pneumopathie atypique.

²⁰ OMS, 2002, *op. cit.*, p. 4.

²¹ D. Altman, « Understanding HIV/AIDS as a Global Security Issue », dans K. Lee (ed.), *op. cit.*, p. 40.

²² K. Lee, A. Zwi, « A global political economy approach to AIDS: ideology, interest and implications », *New*

économique de l'épidémie qui touche très directement les entreprises et qui est sans doute sous-estimé renforce l'intérêt porté aux pays pauvres les plus touchés²³. Le discours néolibéral façonne largement la réponse à l'épidémie, qui met l'accent sur l'économie dans l'allocation des ressources pour la lutte contre le sida²⁴. Celle-ci dépend également de l'industrie pharmaceutique, et par conséquent de considérations relevant des politiques industrielles et du droit commercial. Les travaux sur l'économie du sida en viennent donc naturellement argumenter en faveur de la « rentabilité » d'une prise en charge des malades et d'un accès généralisé aux médicaments, contre ceux qui laissent entendre que de telles politiques ont un coût financier trop élevé²⁵. L'épidémie d'infection à VIH alimente aussi bien les débats au sein des organisations internationales que les préoccupations des responsables de la sécurité, les tensions entre ONG et entreprises et les débats économiques, qu'il s'agisse de l'économie de la santé ou du commerce mondial.

– *Des acteurs non étatiques au premier plan*

Dans les pays développés, l'épidémie de VIH/sida a considérablement contribué à modifier les relations entre les médecins, les chercheurs, les associations et les malades. Cette évolution découle en grande partie du travail des associations de malades, auquel ont participé des membres du corps médical. Certaines ont progressivement acquis une grande compétence, que ce soit dans le domaine du plaidoyer ou dans celui de la maîtrise des données scientifiques. Parfois contraintes, les entreprises du secteur pharmaceutique ont appris à travailler avec elles et leur activité – du développement de nouveaux médicaments à leur mise sur le marché – fait l'objet d'une attention constante. Ce faisant, les associations de lutte contre le sida sont devenues des acteurs centraux de la santé dans les pays développés²⁶. Le VIH occupe ainsi une place à part dans l'histoire des épidémies. Dès les premières années, la mobilisation de malades dans les pays développés a bouleversé le monde de la médecine et de la recherche. Les politiques de lutte contre l'épidémie et la prise en charge des séropositifs doivent beaucoup à l'investissement des militants. Que ce soit au niveau national ou international, les personnes vivant avec le VIH sont devenues des interlocuteurs importants et déterminants dans l'orientation et la mise en œuvre des programmes. Au

Political Economy, 1, 1996, pp. 360-361.

²³ S. P. Eholie, M. Nolan, A. P. Gaumon et al., « Antiretroviral Treatment can be cost-saving for Industry and Life-saving for Workers: A Case Study from Côte d'Ivoire's Private Sector », et S. Freire, « HIV/AIDS Affected Households: Status and Temporal Impacts », dans J-P. Moatti, B. Coriat, Y. Souteyrand, T. Barnett, J. Dumoulin, Y. A. Flori (eds), *Economics of AIDS and Access to HIV/AIDS Care in Developing Countries. Issues and Challenges*, Paris, ANRS, 2003 (Coll. Sciences sociales et sida).

²⁴ K. Lee, A. Zwi, art. cit., p. 366 ; D. Altman, « Globalization and the "AIDS industry" », *Contemporary Politics*, 4(3), 1998, p. 235.

²⁵ J-P. Moatti, *op.cit.*

²⁶ S. Epstein, *Histoire du sida. 1 : Le Virus est-il bien la cause du sida ? ; 2 : La Grande révolte des malades*, Paris, Le Seuil/Les Empêcheurs de penser en rond, 2001 ; J. Barbot, *Les Malades en mouvements. La médecine et la science à l'épreuve du sida*, Paris, Balland, 2002 ; D. Lestrade, *Act Up, une histoire*, Paris, Denoël, 2000.

niveau mondial, les ONG ou les associations ont contribué à la transformation du contexte dans lequel opèrent les acteurs de la gouvernance. En premier lieu, elles ont adopté un mode d'action qui associe expertise et dénonciation du scandale ; en second lieu, elles ont constitué ou investi des espaces de discussion et de décision au niveau mondial (International AIDS Society, Fonds mondial). De plus, les associations du Nord et du Sud entretiennent des relations suivies et partagent leurs expériences. Si la transmission d'un savoir propre aux acteurs de terrain sur la meilleure manière d'encourager le dépistage du VIH semble n'avoir que peu d'influence sur la gouvernance mondiale (bien que ce processus de solidarité transnationale ne soit pas sans effet), l'impact est réel avec l'échange d'informations relatives aux politiques internationales, à l'action des entreprises pharmaceutiques ou aux pressions des Etats sur les moins avancés d'entre eux. Aux côtés de ces associations communautaires, on retrouve des ONG puissantes dont les moyens permettent l'élaboration de documents largement diffusés qui servent directement l'action internationale des associations.

La gravité de l'épidémie d'infection à VIH a encouragé les innovations institutionnelles au sein du système des Nations unies. Le rôle de ces acteurs non étatiques a progressivement été pris en compte dans les structures de lutte contre le sida mises en place par les organisations internationales. Les pratiques et les représentations en matière de santé en ont été modifiées, notamment dans les relations entre OIG et ONG. La première étape a été la création du Global Project on AIDS (GPA), à un moment où le sida était non seulement une épidémie destructrice, mais aussi la source de fantasmes divers. Pour faire face à ces deux aspects, son directeur a fait travailler des épidémiologistes et des virologues avec des spécialistes de l'éthique et des personnes atteintes par le virus. Le GPA a fait participer les ONG à la définition des politiques à mettre en œuvre en développant leurs relations avec l'OMS, tout en les encourageant à s'organiser au niveau mondial²⁷. La création du Programme conjoint des Nations unies pour la lutte contre le sida (Onusida) en remplacement du GPA, en 1996, a marqué une autre étape dans le processus d'émergence des acteurs associatifs au niveau international. Ainsi le Conseil de coordination du programme (CCP) rassemble-t-il les représentants de vingt-deux Etats, les coparrains de l'Onusida (les agences partenaires) et cinq représentants des ONG²⁸. En étant présents dans le CCP, les ONG et les représentants des personnes vivant avec le VIH disposent d'un poste d'observation de choix sur les pratiques des acteurs gouvernementaux. La création du Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme a répondu à la même préoccupation. Le Conseil du Fonds associe des représentants d'Etats, d'ONG, de fondations et

²⁷ P. Soderholm, *Global Governance of AIDS: Partnerships with Civil Society*, Münd, Lünd University Press, 1997, p. 11. Le GPA est formellement créé à la suite d'une résolution de l'Assemblée générale des Nations unies, 42/8 Global AIDS strategy, 1987. Le GPA apporte un soutien financier aux ONG qui s'organisent au sein de l'International Council of AIDS Service Organization (ICASO) afin d'apparaître comme un interlocuteur structuré face à ce bailleur. P. Soderholm, *op. cit.*, p. 96 et pp. 129-130.

²⁸ Les organisations qui co-parrainent l'ONUSIDA sont : l'UNICEF, le PNUD, le FNUAP, l'UNDCP, l'UNESCO, l'OMS, la Banque mondiale, l'OIT, et le PAM, dernier à rejoindre le programme en octobre 2003. Les pays membres du Conseil de coordination du Programme sont élus par le Conseil économique et social selon une répartition régionale : Europe de l'Ouest et autres (7 sièges) ; Afrique (5 sièges) ; Asie Pacifique (5 sièges) ; Amérique latine et Caraïbes (3 sièges) ; Europe de l'Est et CEI (2 sièges). Les représentants des personnes vivant avec le sida et des ONG sont au nombre de 9. Les pays d'origine sont : Ghana ; Mozambique ; Guatemala ; Argentine ; Canada ; Hong Kong ; Pakistan ; Portugal ; Ukraine.

d'entreprises privées²⁹. Des membres sans droit de vote siègent également et représentent l'Onusida, l'OMS et la Banque mondiale, ainsi que les personnes vivant avec le VIH. Avec l'Onusida, le Fonds apparaît donc comme un vecteur favorable aux acteurs non gouvernementaux dans les politiques de santé, alors que la lutte contre le sida tend à être déterminante dans la gouvernance globale. Les membres des associations de lutte actifs dans ces organismes internationaux représentent des organisations qui ont fait la preuve de leur capacité d'influence au niveau national. Leur présence a été favorisée par les Etats lorsque ces derniers ont encouragé l'émergence des enjeux de santé au niveau mondial, et ils sont devenus experts dans la « surveillance » des acteurs de la santé, institutions publiques, chercheurs, corps médical, entreprises pharmaceutiques. L'environnement des politiques des Etats et des OIG s'en trouve partiellement modifié, et les limites rencontrées par les acteurs gouvernementaux en matière de santé n'en sont que plus manifestes.

• **Les limites des acteurs gouvernementaux et du système des Nations unies**

Tout en bénéficiant de leur inscription à l'agenda global, les problèmes sanitaires soulignent l'éparpillement de la gestion de la santé dans l'architecture onusienne et les ambiguïtés des politiques étrangères des Etats 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 OIG peinent à coordonner leurs actions ou à coexister de manière satisfaisante, et les Etats concilient difficilement les objectifs de leur politique étrangère avec ceux de l'action en faveur de la santé.

– *Des OIG plus concurrentes que partenaires*

Les politiques multisectorielles de santé impliquent différentes OIG et génèrent des tensions que les structures de coordination ne régulent pas toujours, quand elles ne les accentuent pas. Dans la mesure où ces organisations sont dotées de ressources très inégales aux plans financier, médiatique, humain, technique, 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 des Nations unies, 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

²⁹ Les pays sont : la Chine (pour la région Pacifique Ouest) ; la Thaïlande (pour l'Asie du Sud-Est) ; le Pakistan (pour la région méditerranéenne Est) ; l'Ouganda (pour l'Afrique de l'Est et du Sud) ; le Nigéria (pour l'Afrique de l'Ouest et centrale) ; le Brésil (pour l'Amérique latine et les Caraïbes) ; la Commission européenne (qui représente la Belgique et l'Autriche) ; la France (qui représente l'Allemagne, le Luxembourg et l'Espagne) ; l'Italie ; La Suède (qui représente le Danemark, l'Irlande, les Pays-Bas et la Norvège) ; Le Royaume-Uni (qui représente le Canada et la Suisse) ; l'Ukraine (pour l'Europe de l'Est) ; le Japon ; les Etats-Unis. Les ONG sont représentées par Aides (association française) pour les ONG du Nord et Health Rights Action Group (Ouganda) pour les ONG du Sud. Les fondations privées sont représentées par la Fondation Bill et Melinda Gates. Le secteur privé est représenté par un dirigeant de McKinsey & Company.

prix différenciés qui les a rendus possibles³⁰. L'action contre la pauvreté et pour le planning familial de la Banque mondiale a permis à celle-ci d'investir progressivement ce secteur. Les effets désastreux des plans d'ajustement structurel ont offert à la Banque 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 PED. En 1993, la publication du rapport *Investing in Health* a été perçue par certains observateurs comme une tentative de la Banque pour orienter les politiques de santé de l'ensemble du système des Nations unies. Dans le cas de l'épidémie d'infection à VIH, les interventions multisectorielles et leurs chevauchements sont aujourd'hui limités par l'Onusida, mais ils n'ont pas totalement disparu. Par exemple, l'Unicef et le FNUAP soutiennent des programmes de réduction de la transmission du virus de la mère à l'enfant ou de prévention auprès des jeunes. Certaines agences partagent des préoccupations communes tout en préservant leurs particularités. La promotion des droits des personnes est défendue par le PNUD et l'OIT, cette dernière partageant avec l'Unesco des fonctions de plaidoyer auprès des dirigeants ; mais dans ces deux domaines, l'OIT se concentre sur le milieu de l'entreprise. L'Onusida doit contribuer à la coordination des différentes actions et soutenir le plaidoyer en faveur de la lutte contre le VIH. Cependant, des critiques s'élèvent contre le programme conjoint pour ne pas s'être cantonné au rôle de secrétariat qui devait être le sien³¹. Par ailleurs, après l'annonce en juillet 2003 de la création d'un département sida, tuberculose et paludisme à l'OMS, le lancement de l'initiative *3 by 5*³² confirme ainsi l'investissement de l'organisation dans la lutte contre le sida. Entre un secrétariat dont l'activité tend à étendre les compétences et une agence spécialisée qui réinvestit le domaine du sida, les chevauchements perdurent.

Les OIG 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, l'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 *Global Compact* et *Millenium Goal* doublent parfois l'action des agences³³. 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 matière³⁴. Un rapport dirigé par Jeffrey Sachs et publié par la Commission macroéconomie et santé de l'OMS, intitulé *Investing in Health for Economic Development*, propose un schéma de coordination entre l'OMS et la Banque mondiale et une répartition du travail des agences. L'OMS serait chargée de la veille et du conseil ; en association avec la Banque mondiale, elle définirait les pratiques

³⁰ Le principe des prix différenciés consiste, pour les entreprises qui fournissent les vaccins, à moduler les prix de leurs produits selon le niveau de développement des Etats.

³¹ Entretiens.

³² Lancé le 1^{er} décembre 2003, ce programme de l'OMS vise à mettre sous traitement 3 millions de séropositifs au VIH dans le monde d'ici à 2005.

³³ B. Deacon, E. Ollila, M. Koivusalo, P. Stubbs, *Global Social Governance. Themes and Prospects*, Helsinki, Hakapaino Oy, 2003, p.16.

³⁴ Entretiens.

à suivre et le FMI aurait pour mission de soutenir les politiques nationales de réforme. Là encore, ce schéma n'apparaît pas très convaincant à nombre d'acteurs. Telle qu'elle existe, la participation des organisations internationales à l'élaboration des politiques de santé permet d'envisager de multiples combinaisons. Le BIT avec son fonctionnement tripartite apparaît comme le plus légitime. La coordination sur le mode d'Onusida semble être une orientation pertinente et économique. On voit mal cependant comment étendre ces modèles : qui, dans une OMS rénovée, représenterait les employeurs et les syndicats : les médecins, les malades ou les entreprises pharmaceutiques ? Onusida apparaît aujourd'hui comme une agence de plus et toute idée de création supplémentaire est rejetée, comme, par exemple, la proposition de la Commission macroéconomie et santé d'un fonds global pour la recherche³⁵. Par ailleurs, l'existence dans le système des Nations unies d'institutions spécialisées et de programmes qui n'ont ni les mêmes liens institutionnels ni les mêmes modes de financement ne permet pas d'envisager des structures hiérarchisées avec, par exemple, l'OMS qui définirait des orientations pour les faire appliquer par des programmes. De plus, comme cela a été souligné, le rapprochement des institutions agissant dans des domaines proches, bien que souhaitable, semble difficile à réaliser. En matière de développement humain et de politiques sociales, les différences de fonctionnement et d'objectifs entre l'OMS et l'OIT laissent entrevoir peu de bénéfices d'un éventuel rapprochement³⁶.

– *L'ambiguïté des politiques étrangères*

La politique étrangère d'un Etat a pour objet de façonner son environnement afin qu'il puisse en retirer des bénéfices en termes d'image, de capacité de négociation ou d'action en faveur de ses ressortissants, d'un point de vue individuel comme d'un point de vue collectif. Ce travail sur l'image du pays, l'orientation des espaces de négociation et la mise en œuvre d'actions de terrain permet d'influencer les représentations des autres acteurs, d'augmenter les ressources de l'Etat et de promouvoir un discours destiné à l'espace politique interne. Les Etats ne peuvent être qu'intéressés par le principe de politiques mondiales de santé. Dans cette perspective, la gouvernance mondiale leur offre une ressource complémentaire pour une politique étrangère au service de leurs intérêts. La reconnaissance des principes de la gouvernance permet donc de tenir un discours sur le pragmatisme de l'Etat – la collaboration des entreprises à la gouvernance est nécessaire – et son ouverture à la société civile – les ONG maîtrisent des compétences utiles. Pourtant, la gouvernance s'avère un processus délicat à maîtriser pour les Etats. La multiplication des participants à la décision dilue leur capacité à contrôler le déroulement du jeu des négociations, et accroît la nécessité de relations multiples afin de bénéficier de soutiens diversifiés. En outre, la gouvernance mondiale suppose une certaine autonomie des organisations internationales. Le financement d'agences comme l'OMS repose en partie sur les contributions extrabudgétaires des Etats. Ceux-ci contrôlent ainsi l'orientation des agences, ce qui peut affaiblir leur légitimité à défendre certaines orientations³⁷. Entre la gouvernance au

³⁵ Entretiens.

³⁶ P. Jacquet, *op. cit.*, p. 97.

³⁷ R. Horton, « WHO : The casualties and compromises of renewal », *The Lancet*, 359 (9617), 4 mai 2002, pp. 1605-1611.

service d'une gestion partagée des politiques mondiales, et la politique étrangère d'un Etat définie à partir de ses représentations du système international et de ses intérêts, les divergences peuvent être importantes. Ces divergences peuvent par ailleurs se retrouver au niveau des administrations des affaires étrangères ou des organisations internationales. Les responsables des actions de terrain sont moins enclins à envisager des politiques de santé dans un cadre politique global, tandis que les dirigeants, de par leur mission, envisagent d'abord l'action extérieure dans son environnement le plus large, considérant les politiques de santé comme un instrument d'influence extérieure parmi d'autres.

L'ambiguïté des politiques étrangères tient à la multiplicité des objectifs qu'une action peut viser. Si un acteur de terrain attend d'un Etat le financement d'un équipement de soins, le bailleur de fonds, quant à lui, attend plus que le simple bénéficiaire qu'en retireront les malades. La délivrance de médicaments peut permettre à une entreprise d'obtenir un marché local, l'affichage de ce don peut renforcer l'image d'un Etat participant pleinement aux politiques globales en faveur du développement. Le financement du Fonds mondial de lutte contre le sida illustre la difficulté des Etats à participer à la gestion de la santé en s'affranchissant des contraintes de leur politique étrangère. Cette structure innovante passe aux yeux des associations militantes, comme à ceux des organisations expertes, pour un outil élaboré par les pays développés pour promouvoir l'achat par les PED de médicaments de marque. Cependant, les ressources du Fonds n'atteignent pas les sommes annoncées et nécessaires. Les Etats-Unis se sont engagés dans la lutte contre le sida au niveau mondial, mais essentiellement sur des bases bilatérales. Par ailleurs, tout en poursuivant les discussions au sein de l'OMC sur l'application des ADPIC et l'accès aux médicaments, ils signent des accords bilatéraux plus protecteurs du droit des brevets que les ADPIC³⁸. Comme les Etats-Unis, la France s'est engagée en faveur des politiques de lutte contre le sida au niveau mondial. Cet engagement aux côtés des PED s'est manifesté dès 1997 et a donné lieu à la création du Fonds de solidarité thérapeutique international (FSTI). Le FSTI a mené à bien de nombreux projets, mais les premières semaines de son existence sont révélatrices des résultats d'une annonce politique sans planification préalable : cette structure a été mise en place par une équipe de stagiaires, dirigée par un haut fonctionnaire, avant que des acteurs de terrain confirmés ne soient appelés pour lui donner une réelle consistance. Le FSTI illustre certains aspects de la politique étrangère de la France en matière de santé : des engagements courageux, des déclarations qui contribuent indéniablement à la mise sur l'agenda de la question de l'accès aux médicaments, mais pas de préparation préalable et une mise en œuvre difficile. A la suite du G8 d'Evian qui s'est tenu le 2 juin 2003, le gouvernement français a rassemblé les donateurs du Fonds mondial pour encourager les versements financiers. Mais comme lors de la conférence de Thessalonique du 20 juin 2003, elle n'a pas réussi à susciter de la part de ses partenaires européens un investissement financier plus conséquent, et est restée confuse lorsqu'elle a évoqué sa propre contribution. Ce peu d'investissement sonnait et trébuchant lui est également reproché en ce qui concerne sa participation à l'Onusida, qui reste faible : le décalage est grand entre les positions affichées et les engagements financiers. Il a été dénoncé par un

³⁸ Les ADPIC sont les « Aspects des droits de propriété intellectuelle qui touchent au commerce ». Les pays concernés par les négociations bilatérales avec les Etats-Unis sont : Singapour, le Chili, la Jordanie, le Maroc, les pays d'Amérique centrale membres du CAFTA, ceux de la Southern African Customs Union (Botswana, Lesotho, Namibie, Afrique du Sud, Swaziland).

« zap »³⁹ lors de la clôture de la conférence des donateurs du Fonds mondial, qui s'est tenue en France en juillet 2003. Ce Fonds bénéficie d'un réel investissement politique, et la perturbation de la réunion a pris une dimension particulière, dans la mesure où elle a également signifié l'intrusion des mouvements de défense des malades au milieu d'une réunion multilatérale consacrée à la santé. Une première dénonciation de ce décalage avait eu lieu lors de l'ouverture de la conférence internationale sur le sida qui s'était tenue les jours précédents⁴⁰. L'opposition entre la politique étrangère des Etats et les enjeux urgents de santé, portés par les ONG et les associations, a pris là une forme visible.

Préserver la légitimité des interventions

Les acteurs gouvernementaux et intergouvernementaux soutiennent donc des processus, l'émergence des acteurs non étatiques, qui contribuent à remettre en cause les modalités de leur action, ou au moins les placent sous surveillance. Dans le domaine sanitaire, la place acquise par des ONG expertes capables de diffuser rapidement des messages ou de mobiliser des groupes de protestation sur un même sujet dans plusieurs pays, par exemple l'action des associations contre la marque Coca-Cola en 2002, est en mesure d'affaiblir les positions des Etats et des organisations internationales. Les enjeux de santé sont vitaux, directement perçus par ceux qui sont en attente de médicaments ou de structures de soins. L'annonce d'un projet du système des Nations unies ou d'un Etat qui ne se traduirait pas concrètement sur le terrain représente un facteur de risque à un 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. En second lieu, ce décalage dessert l'image de l'Etat et peut faire douter de sa capacité future à prétendre à une position de leadership. Les Etats 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 le processus de négociations permanentes qui constitue la gouvernance mondiale.

• Renforcer l'action des OIG

En matière de santé, notamment si l'on considère l'épidémie de VIH, il semble nécessaire que s'affirme une autorité pour orienter les organisations internationales. La

³⁹ Le zap est une forme classique du répertoire d'action des mouvements de lutte contre le sida ; il consiste à perturber une réunion en montant sur la scène et en interrompant les débats. A l'occasion, cette intervention s'accompagne de la projection de faux sang ou de cendres d'une personne morte du sida.

⁴⁰ Du 13 au 16 juillet 2003 s'est tenue à Paris la 2^e conférence de l'International AIDS Society sur la pathogénèse et les traitements. Dans son discours prononcé à l'ouverture de la conférence, M-J. Mubuzenakamwe (médecin et membre de l'Association burundaise de soutien aux séropositifs et sidéens,) a déclaré, après avoir cité en les datant les nombreuses déclarations des dirigeants occidentaux : « Il y a deux réalités : l'une faite d'annonces sans effet ; l'autre, la nôtre, dans laquelle le nombre de morts augmente chaque jour. ».

santé apparaît comme une ressource parmi d'autres dans la compétition que se livrent les organisations internationales. Intervenir dans ce champ leur permet de collecter des fonds, d'étendre leurs domaines d'intervention et de renforcer leur visibilité. A cet égard, la création de l'Onusida apparaît comme le résultat de la concurrence entre les agences et non de leur collaboration⁴¹. Dès lors, il semble difficile pour les responsables de ce secrétariat d'agir sans tenter de dépasser ces rivalités en s'imposant comme un acteur central, ce qui suscite naturellement des réactions de rejet. L'Onusida revendique son insertion dans le système des Nations unies et souligne l'engagement à ses côtés du Secrétaire général de l'ONU⁴². Cependant, si cette insertion dans le système lui permet de faire valoir une forme de dépendance pour contrer les accusations de trop grande autonomie, elle ne lui permet pas d'échapper aux luttes de pouvoir au sein des Nations unies. Au cours de l'année 2001, l'UNGASS et la création du Fonds mondial ont bénéficié du soutien de Kofi Annan. Mais aujourd'hui, la capacité d'entraînement du Secrétaire général dans ce domaine, bien que réaffirmée en septembre 2003, lors de la 58^e assemblée générale de l'ONU, paraît plus limitée. Les conflits en Afghanistan et en Irak peuvent sans doute, pour une part, expliquer ce déplacement des priorités. Une impulsion renouvelée au niveau du Secrétariat général de l'ONU pourrait aider à surmonter les handicaps liés à cette concurrence entre agences, mais les propositions récentes au sujet de la gouvernance mondiale ne semblent pas accorder une place importante au Secrétaire général. Le Directeur général de l'OIT suggère, par exemple, de mettre en place un forum de dialogue comprenant le FMI, l'OMC, la Banque mondiale, l'OIT et le PNUD⁴³. De plus, les initiatives du Secrétaire général en faveur de l'ouverture de l'ONU au monde de l'entreprise n'ont pas été appréciées par certains acteurs⁴⁴.

Dans la mesure où l'ONU n'a que le pouvoir que lui reconnaissent les Etats membres, cela pose la question du rôle du Conseil de sécurité dans la gestion de la gouvernance mondiale. Les récents événements en Irak ont montré les réticences des Etats-Unis à avoir recours aux Nations unies. Dans le domaine de la santé, le programme pour la lutte contre le sida annoncé par George Bush en juin 2003 concerne principalement des actions bilatérales. Néanmoins les Etats-Unis ne peuvent assurer seuls leur mise en œuvre et ils seront inévitablement amenés à prendre appui sur les structures internationales existantes⁴⁵. La Commission pour la gouvernance globale a proposé la création d'un Conseil de sécurité économique ouvert aux agences spécialisées⁴⁶. Dans le cadre des projets de réforme de l'ONU, cette proposition est de nouveau mise en avant. Si l'on considère que la création d'un organe supplémentaire marque parfois plus l'échec à faire fonctionner ce qui existe que la capacité de réformer, cette proposition

⁴¹ Michel Lavollay, entretien et notes communiquées par l'intéressé.

⁴² UNAIDS/PCB(14)/06.6, 26-27 juin 2003 ; UNAIDS/PCB(14)/03.2, 26-27 juin 2003, pp.10-11 et p. 39.

⁴³ Voir le point de vue de Juan Somavia : « Mondialisation : une autre gouvernance », *Les Echos*, 30 mai 2003.

⁴⁴ Entretiens.

⁴⁵ Entretiens.

⁴⁶ Commission on Global Governance, *Our Global Neighbourhood*, Oxford, Oxford University Press, 1995, p. 222.

peut être discutée. La création d'un Conseil de sécurité économique et social est parée de multiples vertus. Elle compenserait le déficit de légitimité du G8 et la faiblesse du Conseil économique et social, éviterait l'écueil que représente l'élargissement du Conseil de sécurité à des puissances régionales, répondrait au manque de contrôle du Secrétariat sur le système onusien. Toutefois, le déficit de légitimité du G8 tient essentiellement au manque de cohérence entre les annonces et les politiques effectivement mises en œuvre. De ce point de vue, la création d'un Conseil de sécurité économique et social soutenue par les pays développés risque de ne pas avoir plus d'effets positifs si elle n'est pas rapidement suivie de résultats concrets. La mise en place d'une structure supplémentaire serait certainement un espace de négociation utile pour des arrangements entre Etats, mais ne ferait pas cesser les tractations susceptibles de générer des blocages. Par bien des aspects, cette création ressemble plus à l'aménagement d'un espace nouveau visant à satisfaire les attentes de quelques pays, que ce soit pour acquérir une position symbolique aux Nations unies ou pour prouver une cohérence avec les discours tenus dans d'autres arènes. C'est probablement ce qui conduit Ellen 't Hoen, de Médecins sans frontières, à déclarer « les Etats devraient faire fonctionner l'ONU tel qu'il existe avant d'envisager d'autres structures »⁴⁷.

Le Conseil de sécurité a pour objectif principal de maintenir la paix et la sécurité, conformément aux dispositions de la Charte des Nations unies. La résolution 1308 votée en 2000 témoigne de la prise en compte des enjeux sanitaires dans une réflexion sur la sécurité prise au sens large ; dans cette mesure, le Conseil pourrait se saisir des problèmes de santé sans sortir de ses compétences ; cela permettrait de souligner l'importance des enjeux sanitaires et sociaux pour l'ensemble de la communauté internationale, même si l'action du Conseil continue à être contrôlée par ses membres permanents.

• Faire de la santé mondiale un intérêt national

En dépit des fréquentes contradictions entre les déclarations des gouvernements et leurs pratiques, les effets des enjeux de santé sur l'émergence de certains acteurs se diffusent et peuvent représenter un intérêt direct pour les Etats. On l'a vu, les gouvernements français successifs ont manifesté leur attachement aux politiques mondiales de lutte contre le sida, mais ont tous jusqu'ici rencontré des difficultés à traduire financièrement cet attachement. Conformément à ses traditions, la politique étrangère de la France se distingue essentiellement par la grandeur de son discours. Néanmoins, au début de l'année 2003, la Direction de la coopération du ministère des Affaires étrangères et le ministère de la Santé se sont engagés dans une voie inspirée par la gouvernance. Dans le but revendiqué de renforcer la cohérence de l'action extérieure de l'Etat, vieux leitmotiv du Quai d'Orsay, les deux administrations se sont retrouvées au sein d'un Comité interministériel de la coopération internationale et du développement (Cicid-sida). Toutefois, il ne s'agit pas là de réunir seulement des administrations ou des entreprises sous contrôle de l'Etat, mais l'ensemble des acteurs intéressés, c'est-à-dire les associations comme les entreprises et les ONG. Initiative d'une administration centrale, la plate forme se présente comme un simple espace d'échanges. Elle n'en revêt pas moins certains aspects innovants, avec la participation d'acteurs

⁴⁷ Entretien.

hétérogènes aux discussions. Par les informations échangées, cet espace de débat peut modifier la perception que les acteurs étatiques ont de l'expertise que peuvent apporter les associations. Dans certains pays africains, celles-ci sont plus performantes que le secteur hospitalier public que souvent elles inspirent. La routinisation des échanges dans un cadre national peut favoriser des pratiques étatiques plus favorables aux politiques mondiales de santé et à la gouvernance mondiale. De plus, cette dernière dépend de la qualité de la gouvernance interne à chaque Etat⁴⁸. La mise en œuvre des normes et orientations définies au niveau mondial suppose une cohérence avec les politiques nationales. En s'en tenant au cas du sida, des politiques mondiales qui prônent la non-discrimination des séropositifs ne peuvent se traduire sur le terrain qu'avec l'intégration au niveau national des idées qui les portent. Le cas de la politique sud-africaine relative à l'accès aux médicaments est éloquent de ce point de vue. Les autorités ne soutiennent pas les politiques de mise à disposition des médicaments qui sont par ailleurs prônées parallèlement aux politiques de prévention et d'information. Le dernier exemple en date est le retrait par le gouvernement de Pretoria de la prescription de la Nevirapine dans le cadre de la prévention de la transmission mère enfant, alors que l'efficacité de ce produit a été scientifiquement prouvée⁴⁹.

Pour la Commission sur la gouvernance globale, les Etats doivent accepter le principe d'une éthique globale, garante de l'efficacité de la gouvernance, afin de dépasser les intérêts particuliers⁵⁰. Certainement souhaitable et contribuant à fixer un objectif, ce principe semble difficile à respecter compte tenu des ressorts de la compétition internationale⁵¹. 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 de l'épidémie de Sras, et celui de l'épidémie de VIH dans les pays de l'Est⁵², devraient contribuer à faire tomber la barrière entre le discours sur la globalisation et la reconnaissance de ses effets concrets. De même, l'évolution de l'épidémie de VIH en France ou en Grande-Bretagne dans les groupes de populations migrantes peut faire de la lutte contre le VIH dans les PED un enjeu d'intérêt national pour les pays riches. De plus, l'impact des épidémies sur les économies des pays en développement ne peut manquer de se répercuter au niveau international. Les filiales africaines des entreprises françaises n'ont réussi que très récemment à faire accepter aux maisons mères les enjeux économiques de l'épidémie de sida. Certains acteurs gouvernementaux semblent sourds au respect des droits fondamentaux qui devraient pourtant guider les politiques de santé. Ils seront peut-être plus sensibles à une approche en termes de ressources humaines. Le référentiel de l'action publique dépendant

⁴⁸ P. Jacquet, *op. cit.*, p. 74.

⁴⁹ TAC News Service, « MCC decision to deregister nevirapine for mother-to-child transmission prevention is disturbing and confusing », 31 juillet 2003.

⁵⁰ Commission on Global Governance, *op. cit.*, pp. 46 et 55.

⁵¹ J. Habermas, *Après l'Etat-nation. Une nouvelle constellation politique*, Paris, Fayard, 2000, pp. 118-119.

⁵² F. Hamers, A. Downs, « HIV in Central and Eastern Europe », *The Lancet*, 361 (9362), 22 mars 2003, pp. 1035-1044.

aujourd'hui en partie de celui des entreprises, les difficultés que rencontreront ces dernières amèneront sans doute les pouvoirs publics à considérer la santé des PED comme un enjeu très concret pour l'économie des pays du Nord. Les principes de solidarité qui sous-tendent l'action extérieure des Etats en matière de santé se révèlent insuffisants ; il est important que les gouvernements perçoivent l'intérêt direct qu'ils trouveront dans la mise en œuvre de politiques globales en faveur de la santé dans les pays du Sud. Cet investissement limite les coûts à venir de politiques trop tardives. Les grandes orientations de la politique étrangère ne peuvent faire l'économie d'une réflexion d'ensemble qui replace la santé dans le cadre politique global, en en faisant un outil stratégique pragmatique qui dépasse les usages rhétoriques. Les discours ne servent d'ailleurs plus que les croyances de ceux qui les prononcent, et on peut douter de leur efficacité devant les assemblées internationales qui rassemblent les responsables d'associations et les dirigeants politiques des pays du Sud⁵³.

En exposant leur politique, les Etats et les OIG doivent prendre la mesure de l'émergence des associations dans ces domaines et de l'attention qu'elles portent aux programmes mis en place. La santé relève d'une gestion mondiale du fait de la diffusion des maladies, que cette diffusion dépende de la transmissibilité 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 de santé globaux peut contribuer à l'amélioration de la gouvernance globale ; elle peut aussi aider à façonner un environnement plus sûr pour l'Etat qui la conduirait.

LA GOUVERNANCE MONDIALE ET LA SANTE : DES OBSTACLES EVITABLES ?

La gouvernance mondiale se caractérise, entre autres, par la participation d'acteurs non étatiques à la définition et à la mise en œuvre de politiques globales, ainsi que par la portée des accords qui encadrent le commerce mondial. Dans le domaine de la santé, ces caractéristiques portent en elles autant d'éléments prometteurs que de motifs d'inquiétude. La santé s'avère 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

⁵³ Lors de la conférence ABCDE de la Banque mondiale qui s'est tenue en juin 2000 à Paris, le discours de Laurent Fabius soulignant l'engagement de la France dans le développement n'a recueilli que des applaudissements de politesse et des hochements de tête désabusés. En 2003, Marie-Josée Mbuzennakamwe a conclu son discours à la conférence d'ouverture de l'IAS par ces mots : « Accepterez-vous de cautionner cette hypocrisie en applaudissant lors de la cérémonie de clôture des discours vides de tout engagement financier véritable ? ».

surgir au cœur des processus de régulation. La complexité des politiques de santé suppose une intégration prudente des acteurs non gouvernementaux 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 tout en limitant les heurts dans l'agenda international. Compte tenu des épidémies actuelles et de l'absence de solution à court terme, notamment pour le VIH, le rôle de ces deux vecteurs de la gouvernance mondiale dans la santé doit faire l'objet d'une réflexion constante.

Préciser le rôle des acteurs non étatiques

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. La participation des acteurs non étatiques à leur définition et à leur mise en œuvre accompagne le discours sur la gouvernance qui voit en la participation du plus grand nombre la garantie d'une plus grande efficacité. Pour autant, la simple présence de ces acteurs dans certains processus de décision n'assure pas nécessairement leur meilleure contribution.

• Les multiples enjeux de la santé

Les rapports de l'OMS, comme le nombre croissant des agences parrainant l'Onusida, révèlent la grande diversité des secteurs liés à la santé. On l'a vu, l'ensemble des organisations internationales participent à l'élaboration de programmes en faveur de la santé. La Banque mondiale a publié un rapport sur le lien entre santé et environnement ; le PNUD s'est intéressé à l'interdépendance entre santé, éducation et pauvreté, l'éducation favorisant une meilleure hygiène et une meilleure planification familiale⁵⁴. Les politiques globales de santé prennent également en compte la question du sexe au-delà de la santé de la reproduction et cette approche irrigue l'ensemble des projets. C'est le cas du rapport sur la violence, mais aussi des travaux extérieurs aux OIG. Le Global Forum on Health Research dont l'objectif est de contribuer à réduire l'écart entre les sommes consacrées à la recherche pour les pathologies du Nord et du Sud, a fait de cette approche un élément important de son programme⁵⁵. L'étendue des facteurs

⁵⁴ K. Lvovsky, « Health and environment », *Environment Strategy Papers, Strategy series*, n° 1, The World Bank, PNUD, octobre 2001 ; S. Fukuda-Parr (dir.), *Rapport mondial sur le développement humain 2003. Les objectifs du Millénaire pour le développement : un pacte entre les pays pour vaincre la pauvreté humaine*, Paris, Economica/New York, PNUD, 2003. ⁵⁴1264

⁵⁵ E. Krug, L. Dahlberg, J. Mercy, A. Zwi, R. Lozano-Ascencio, *Rapport mondial sur la violence et la santé*, Genève, OMS, 2002. Global Forum for Health Research, *The 10/90 Report on Health Research 2001-2002*, Genève, 2002.

favorables ou défavorables à la santé conduit l'OMS à travailler en collaboration avec d'autres organisations. Ce fut le cas avec la FAO dans le cadre d'une réflexion sur le lien entre la malnutrition et les maladies chroniques. L'industrialisation, le développement économique et l'urbanisation contribuent à la modification des pratiques alimentaires et à une vie plus sédentaire⁵⁶. Il en résulte un accroissement des maladies chroniques telles que l'obésité, le diabète ou les affections dentaires. Les politiques globales de santé doivent donc intégrer de nombreuses variables : la place des femmes dans la société, les politiques en faveur de la réduction de la pauvreté, des programmes sur l'alimentation ou l'environnement.

Si les facteurs qui conditionnent le niveau de santé d'une population apparaissent très divers, les impacts du niveau de santé sur les sociétés sont tout aussi variés. Les politiques de santé peuvent servir des objectifs importants qui ne sont pas d'ordre spécifiquement médical, comme le développement ou la sécurité. L'épidémie du VIH/sida modifie considérablement l'espérance de vie dans les pays les plus touchés. Entre 1980 et 2000, l'espérance de vie à la naissance est passée de 58 à 48 ans en Côte-d'Ivoire et de 67 à 47 ans en Afrique du Sud⁵⁷. L'augmentation du nombre de décès des adultes pose des problèmes sociaux comme la pénurie de travailleurs qualifiés ou l'augmentation du nombre d'orphelins qui doivent être pris en charge. Les coûts sociaux sont importants à long terme, notamment par la perte de la transmission du savoir que représentent ces décès⁵⁸. Le mauvais état de santé est un frein au développement alors que celui-ci est supposé contribuer à l'élévation du niveau de santé. Les grandes pandémies de sida, tuberculose et paludisme sont aussi présentées comme des enjeux de sécurité dans des rapports qui émanent tant d'organismes étatiques que d'établissements privés comme l'International Crisis Group (ICG). Ces documents s'inscrivent dans des perspectives différentes. Certains prennent des accents alarmistes pour évoquer une troisième guerre mondiale⁵⁹. D'autres s'intéressent en premier lieu à l'impact de la diffusion des maladies infectieuses sur la politique étrangère des Etats-Unis⁶⁰. Le développement de l'épidémie de sida dans certaines puissances régionales a été souligné plus récemment par le National Intelligence Council⁶¹. Dans le rapport de l'ICG, le sida est présenté comme un enjeu de sécurité individuel, économique, local, national et international⁶². Tout en

⁵⁶ OMS/FAO, « Diet, nutrition and the prevention of chronic diseases. Report of a joint WHO/FAO expert consultation », *WHO Technical Report series*, 916, 2003.

⁵⁷ G. Pison, « Le sida va-t-il entraîner un recul de la population de l'Afrique au sud du Sahara ? », *Population et sociétés*, 385, décembre 2002.

⁵⁸ C. Bell, S. Devarajan, H. Gersbach, *The Long-run Economic Costs of AIDS : Theory and an Application to South Africa*, Washington, The World Bank, 2003.

⁵⁹ E. Bonnemaison, *Sida et sécurité*, Africa Center For Strategic Studies, janvier 2002.

⁶⁰ Gordon D. (ed.), *The Global Infectious Disease Threat and its Implications for the United States*, National Intelligence Council, janvier 2000, 38 p.

⁶¹ D. Gordon (ed.), *The Next Wave of HIV/AIDS : Nigeria, Ethiopia, Russia, India, and China*, National Intelligence Council, septembre 2002, 26 p.

⁶² International Crisis Group, *HIV/AIDS as a Security Issue*, Washington/Bruxelles, ICG Report, 19 juin 2001.

servant les intérêts de l'industrie pharmaceutique, ces rapports contribuent à souligner le lien entre sécurité et santé⁶³. La résolution 1308 (2002) du Conseil de sécurité des Nations unies prend acte de ces risques en soulignant l'importance de l'épidémie de VIH parmi les personnels des opérations de maintien de la paix. L'ONU craint de ne plus disposer de troupes en nombre suffisant pour les missions d'interposition si la crise sanitaire touche massivement les militaires. Du point de vue biomédical, les politiques de santé au niveau mondial permettent d'améliorer la qualité et la durée de la vie. Mais la protection de la santé conduit à prendre en compte différents facteurs « en amont », comme la pauvreté, l'alimentation ou la place des femmes dans la société, et « en aval », comme la sécurité ou le développement économique. Elle souligne donc les multiples implications des politiques mondiales et influence ou est influencée par de nombreux processus de régulation.

• **Quel niveau d'action pertinent pour les acteurs non étatiques ?**

Face à la grande diversité des interventions nécessaires en matière de santé et à l'insuffisance des ressources financières des OIG, les acteurs non gouvernementaux – ONG, fondations ou entreprises – participent activement à l'élaboration et à la mise en œuvre des politiques de santé. Ces acteurs occupent une position déterminante dans la gouvernance mondiale à la faveur de la combinaison de plusieurs facteurs, comme l'autonomie acquise par les entreprises à l'égard des Etats, la privatisation des programmes de transfert Nord-Sud ou la participation des ONG aux programmes de l'ONU⁶⁴. Leur intervention dans le domaine de la santé peut conduire à la collaboration des entreprises productrices de médicaments avec les ONG, dans le cadre d'un programme onusien. Mais cette participation élargie, qui donne des résultats positifs, ne doit pas être comprise comme une solution parfaite ; elle peut en effet générer des effets pervers contradictoires avec les objectifs finaux des politiques de santé.

La participation des entreprises à la gouvernance mondiale est largement encouragée par les initiatives de Kofi Annan en faveur des échanges entre le système des Nations unies et les entreprises. Annoncée en janvier 1997 devant le *World Economic Forum* par le Secrétaire général, l'idée des partenariats public-privé (PPP) prend forme, en 1999, devant la même assistance, avec le lancement du *Global Compact*, qui a pour ambition d'associer l'ONU au secteur privé. L'année suivante, la définition des *Millennium Development Goals* confirme cette orientation : les entreprises doivent être intégrées aux programmes onusiens en faveur du développement. Le domaine de la santé présente de nombreuses opportunités pour les PPP, qui peuvent servir les entreprises directement impliquées dans ce secteur, comme les firmes pharmaceutiques qui développent, produisent et commercialisent les médicaments ou les équipements nécessaires aux politiques de santé. En réponse aux critiques émises à leur encontre à la suite de controverses sur les prix des médicaments, ces entreprises investissent les PPP ou soutiennent l'action de fondations. Elles sont ainsi présentes dans les programmes *Roll*

⁶³ M. Dixneuf, « Au-delà de la santé publique : les médicaments génériques entre perturbation et contrôle de la politique mondiale », *Revue française de science politique*, 53 (2), avril 2003, pp. 277-304 ; S. Elbe, « HIV/AIDS and the changing landscape of war in Africa », *International Security*, 27(2), 2002, pp. 159-177.

⁶⁴ D. Josselin, W. Wallace, *Non-State Actors in World Politics*, Basingstoke, Palgrave, 2001.

Back Malaria ou *Stop TB* lancés à l'initiative de l'OMS. En dehors de l'industrie pharmaceutique, une partie des entreprises qui investissent le domaine de la santé le font pour leur image. De ce point de vue, le sida apparaît comme une épidémie particulièrement « intéressante ». Ainsi, le *World Economic Forum* a créé le *Global Health Initiative* (GHI) pour soutenir l'engagement du secteur privé dans la lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme. Le GHI rassemble entre autres Coca-Cola et Heineken, aux côtés de Pfizer ou Exxon. Ces entreprises participent également au *Global Business Coalition on HIV/AIDS*, dirigé par Richard Holbrooke, qui s'est donné pour mission de soutenir auprès des entreprises la mise en œuvre de politiques en faveur de la lutte contre le VIH. Pour les acteurs de terrain, cet investissement n'est pas négligeable dans la mesure où il permet de dégager des ressources financières. Quelle que soit leur organisation de rattachement, ils considèrent tous que « la situation est catastrophique, donc tout est bon à prendre ». Les entreprises dont l'activité repose sur des filiales dans les pays en développement touchés par l'épidémie constituent un autre groupe intéressé par une participation accrue aux politiques de santé. Les branches africaines des groupes industriels font face aux décès de leurs employés et au coût de la formation des remplaçants. Ces entreprises recherchent dans leur participation aux politiques de lutte contre le VIH un moyen de préserver leurs ressources humaines par des politiques de santé efficaces. Cette participation des employeurs privés est récente : la première réunion de *Global Compact* consacrée au sida s'est tenue en mai 2003 à l'OIT⁶⁵.

Bien que ce soit en définitive l'intérêt direct de l'entreprise qui prime, la nature de cet intérêt détermine le bénéfice plus ou moins collectif retiré des programmes mis en œuvre. L'expertise des entreprises implantées dans les pays les plus touchés par des épidémies comme le VIH est indiscutable, tout comme leur intérêt direct à la mise en place d'une politique de santé adaptée aux besoins des employés. Elles n'ont bien sûr ni la vocation ni les moyens de se substituer à des programmes d'envergure nationale, et la préservation des intérêts de l'entreprise est clairement affichée. Il en va un peu différemment pour les autres catégories d'entreprises. La participation d'une marque de grande diffusion à un programme de lutte contre le sida relève autant de la philanthropie que du marketing, mais cela n'a que peu d'incidence sur les orientations des politiques. Toutefois, dans le cas des entreprises industriellement impliquées dans le domaine de la santé, ces partenariats apparaissent comme un instrument possible d'orientation des politiques mondiales. Ce qui peut soulever plusieurs types de problèmes. En premier lieu, les PPP brouillent les objectifs et les responsabilités respectives des secteurs publics et privés⁶⁶. L'image bureaucratique et inefficace de l'ONU ne lui donne pas une position de force dans un partenariat où l'entreprise oriente le processus de régulation. Le système des Nations unies peut en être affaibli, comme l'indépendance et le sens de la responsabilité publique d'agences telles que l'OMS. De plus, les PPP ont échoué à attirer les fonds importants attendus des entreprises ; pour autant les OIG peuvent être

⁶⁵ Une fois convaincues de la pertinence des programmes proposés, ces entreprises apparaissent comme les partenaires les plus sûrs. Sous l'impulsion de leurs filiales en Afrique, les entreprises françaises ont mis en place en 2003 un programme « Sida entreprise ». Entretien.

⁶⁶ K. Buse, G. Walt, « Global public-private partnerships. Part I. A new development in health? », *BWHO*, 78(4), 2000, p. 549.

sensibles à l'argument financier et ne pas être exigeantes sur les termes des alliances⁶⁷. Enfin, les PPP ont parfois généré des coûts supplémentaires pour les pays bénéficiaires⁶⁸. La participation des acteurs privés à la gouvernance de la santé doit donc être sérieusement évaluée afin de s'assurer que l'application des programmes ne limite pas l'accès aux soins. La critique des défaillances des agences comme des systèmes de santé publique nationaux dans les pays en développement justifie les PPP, qui, pour autant, ne s'avèrent pas totalement dénués d'effets potentiellement négatifs. Il est nécessaire pour les entreprises de générer des profits, elles peuvent parfois pour cela contourner certaines règles, comme ce fut le cas avec l'entente industrielle au niveau mondial sur les vitamines ou plus récemment sur le prix des antirétroviraux (ARV) en Afrique du Sud⁶⁹.

Les ONG à but non lucratif participent depuis longtemps à l'élaboration des politiques de santé. Parmi bien d'autres, la Croix-Rouge ou Médecins sans frontières, les seconds en opposition avec la première, ont en partie façonné les modalités des interventions d'urgence. L'impact de la mondialisation sur la santé modifie la participation des organisations non lucratives à la gouvernance globale de la santé. Les critiques contre l'industrie pharmaceutique sont plus fréquentes, soit pour discuter les orientations des recherches, soit pour contester le déroulement des essais. D'une manière générale, les ONG considèrent que ces acteurs privés agissent souvent à l'encontre des intérêts collectifs et elles peuvent apparaître comme des contrepoids utiles⁷⁰, par exemple dans le domaine de la recherche. En effet, les entreprises pharmaceutiques orientent leurs efforts de recherche et développement en fonction essentiellement de critères commerciaux, donc vers les marchés solvables des pays développés et les pathologies de ces pays, et la part de la recherche orientée vers les traitements des maladies endémiques dans les pays en développement est très réduite (on l'évalue à 10%)⁷¹. Partant de ce constat, deux réponses sont apportées. A la suite d'une initiative de l'OMS, le Global Forum for Health Research (GFHR), un PPP qui bénéficie de fonds publics et collabore avec des entreprises⁷², a pour objectif de réduire ce « 10/90 gap ».

⁶⁷ K. Buse, G. Walt, « Globalisation and Multilateral Public-private Health Partnership : Issues for Health Policy », dans K. Lee, K. Buse, S. Fustukian (eds), *Health Policy in a Globalising World*, Cambridge, Cambridge University Press, 2002, p. 42. B. Deacon, E. Ollila, M. Koivusalo, P. Stubbs, *op. cit.*, pp. 57 et 66.

⁶⁸ Par exemple l'Unicef a établi des partenariats avec McDonald's et Coca-Cola alors que l'obésité chez les enfants augmente. La commission Macroéconomie et développement a commandé une étude sur les génériques à l'industrie de la recherche. K. Buse, G. Walt, « Global public-private partnerships. Part II. What are the health issues for global governance? », *BWHO*, 78(5), 2000, p. 704 et 706.

⁶⁹ Competition Commission, Media Release n°29 of 2003, 16 octobre 2003, « Competition commission finds pharmaceutical firms in contravention of the competition act », www.compcom.co.za

⁷⁰ Les premiers affrontements importants entre des ONG et des entreprises dans le domaine de la santé datent des années 1970 à propos des laits maternisés produits par l'industrie agroalimentaire.

⁷¹ P. Trouiller, P. Olliaro, E. Torreele, *op. cit.*

⁷² Les ressources du GFHR proviennent de la Banque mondiale, de l'OMS et de plusieurs gouvernements dont le Canada, le Danemark et la Suisse.

En 2003, MSF, associé avec l'OMS et divers fondations et centres de recherche⁷³, a créé le *Drugs for Neglected Diseases initiative* (DNDi). Le constat de MSF est le suivant : si des PPP ont été mis en place pour stimuler la recherche sur des produits concernant certaines maladies négligées, ce sont des produits qui peuvent avoir un débouché dans les pays développés, comme le paludisme et la tuberculose⁷⁴. MSF propose donc de travailler exclusivement sur des maladies qui ne concernent que des pays en développement. Ces organisations corrigent les effets indirects de la dépendance des entreprises à l'égard du marché, mais selon des degrés variables, en fonction de leurs liens avec l'industrie. Cet exemple montre que les politiques de santé reposent sur la compétition permanente des acteurs pour définir les actions ou les modes de collaboration jugés pertinents.

Les ONG humanitaires ou de solidarité sont perçues comme les représentants de la société civile surveillant les actions de gouvernements parfois peu soucieux des principes de l'Etat de droit ; il semble donc important de les associer aux travaux des organisations internationales. Cependant, ce ne sont pas des acteurs dénués d'intérêts financiers et ils ne sont pas garants de la démocratisation de la mondialisation⁷⁵. On peut imaginer plusieurs modes de participation : surveillance des OIG, droit de proposition, expertise. Si la santé est un secteur important de la contribution des ONG à la gouvernance mondiale, cette participation n'est pourtant pas la solution idéale aux problèmes de santé. Les ONG surveillent les OIG de l'extérieur et les intégrer peut être un moyen de limiter la qualité de leurs critiques. MSF a ainsi refusé de participer au Conseil du Fonds mondial. En partant du principe que les politiques de santé doivent servir les intérêts collectifs, les ONG doivent pouvoir agir et critiquer librement l'action des Etats et des organisations internationales. Cette indépendance étant la garante de leur autorité et de leur utilité, les acteurs institutionnels doivent, de leur côté, préférer des ONG parfois très critiques à des partenaires plus complaisants. Par les ressources financières, l'expertise et la distance critique qu'ils peuvent apporter, les acteurs non étatiques sont des atouts pour les politiques de santé et la gouvernance mondiale. Mais le bénéfice collectif de leur participation suppose un encadrement adapté. Les ONG remplissent une fonction d'alerte qu'une intégration trop poussée à la gouvernance mondiale pourrait affaiblir ; à l'inverse, l'orientation de politiques de santé par des acteurs économiques dont les intérêts sont parfois contradictoires avec ceux des populations concernées peut être susceptible de conduire à la mise en place de programmes dont la priorité ne serait pas collective.

⁷³ Les partenaires fondateurs sont : MSF ; le programme OMS/TDR ; la Fondation Oswaldo Cruz (Brésil) ; l'Indian Council of Medical Research (Inde) ; l'Institut Pasteur ; le ministère de la Santé de Malaisie.

⁷⁴ Le directeur exécutif du GFHR a été un temps au Conseil d'administration du *Medicines for Malaria Venture*, un des PPP désignés par MSF comme pouvant servir des marchés au Nord. DNDi, *An Innovative Solution*, Working Draft, MSF, p. 5.

⁷⁵ P. Jacquet, *op. cit.*, p. 36 et 97.

Anticiper les blocages à venir

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 aux objectifs de santé. Négociés à un moment où les enjeux globaux affichés étaient différents, ces accords devraient être repensés en tenant compte de l'extension des risques sanitaires. 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.

• Quelle priorité pour la santé à l'OMC ?

Les discussions au sein de l'OMC sur les médicaments et le droit des brevets illustrent les tensions entre les besoins d'une intervention urgente et le cadre dans lequel celle-ci peut s'organiser. Un brevet a pour principe de permettre à son détenteur de s'assurer l'exclusivité de la commercialisation de son produit pendant une période donnée, les bénéfices devant alors compenser les dépenses engagées pour la recherche. En contrepartie, le dépôt de ce brevet doit contribuer à la diffusion du savoir. L'accord sur les ADPIC étend ce principe diversement appliqué dans les Etats aux membres de l'OMC, avec des délais de mise en œuvre variables selon leur niveau de développement (2005 pour les PED et 2016 pour les pays les moins développés). L'accord prévoit également des exceptions à son application dans des situations particulières. Ainsi, la protection de la santé fait partie des motifs d'attribution de licences obligatoires. Les exceptions sont donc possibles et encadrées par l'accord qui prévoit également le commerce des copies de médicaments entre les Etats⁷⁶. Les enjeux sanitaires paraissent ainsi parfaitement pris en considération. L'application des ADPIC aux médicaments soulève en effet de nombreuses questions quant à son effet sur les politiques de santé dans les pays du Sud. Le brevet représente une part importante du coût des médicaments et constitue donc l'un des freins à leur accès quand ils ne sont pas tombés dans le domaine public. La campagne des ONG pour l'accès aux médicaments et les publications de l'OMS ont souligné la possibilité pour certains pays de bénéficier de ces exceptions compte tenu de leur situation sanitaire et de leurs capacités financières⁷⁷. Mais certains Etats développés se sont faits les défenseurs d'une interprétation restrictive des articles concernés, contestant l'étendue de ces exceptions et l'interprétation donnée. Le débat a donc fait rage entre les défenseurs de simples politiques de prévention, considérant que l'absence de structures de soins dans les pays en développement rendait illusoire toute distribution de médicaments, et ceux qui soutenaient que les soins étaient tout aussi indispensables

⁷⁶ Articles 27.2, 30, 31 et 31f de l'Accord sur les ADPIC.

⁷⁷ H. 't Hoen, « TRIPS, Pharmaceutical Patents and Access to Essential Medicines : Seattle, Doha and beyond », dans J-P. Moatti, *op. cit.* ; C. Correa, *Implications of the Doha Declaration on the TRIPS Agreement and Public Health*, Health Economics and Drugs, EDM Series n°12, juin 2002 ; C. Correa, *The Uruguay Round and Drugs*, OMS, février 1997 ; G. Velasquez, P. Boulet, *Mondialisation et accès aux médicaments. Les implications de l'accord ADPIC/OMC*, 2^e éd., OMS, janvier 1999.

dans les PED que dans les pays développés⁷⁸. Des heurts entre les Etats-Unis et le Brésil ou entre un groupe d'entreprises pharmaceutiques et le gouvernement sud-africain ont été les révélateurs des tensions internationales suscitées par les divergences sur l'interprétation de cet accord. Ces tensions seront atténuées en deux temps. Les pays membres de l'OMC ont confirmé à Doha, en novembre 2001, que l'accord sur les ADPIC devait être interprété de manière conforme aux objectifs de santé publique. Mais, tout en suscitant beaucoup d'espoirs, cette déclaration et la solution adoptée ne résoudre pas immédiatement tous les problèmes, et notamment celui du recours aux licences obligatoires par des pays ne disposant pas de capacités de fabrication. Sur ce sujet, une décision a complété dans un second temps, en août 2003, la Déclaration de Doha pour en préciser les modalités d'application⁷⁹. Ces deux textes, la déclaration et la décision qui en précise l'application, sont des signes d'une volonté réelle de trouver une solution qui réponde aux besoins des politiques de santé tout en préservant l'encadrement du commerce mondial. Du point de vue du droit, parce qu'ils précisent l'interprétation à donner à certains articles des ADPIC, ils peuvent être lus comme une avancée réellement positive. Les enjeux de santé auraient acquis ainsi une pleine reconnaissance au sein de l'OMC.

Néanmoins, ces textes ne peuvent être lus en dehors du contexte économique et politique international. Les arguments juridiques ou économiques opposés à l'application des clauses de l'accord sur les ADPIC en faveur d'un accès élargi aux médicaments masquent les enjeux qui dépassent les problèmes de santé. La solution élaborée, juridiquement cohérente, ne modifie en rien l'influence exercée par les pays riches sur les pays en développement pour orienter les choix des politiques nationales de santé. Ce ne sont donc pas tant les objectifs affichés de l'OMC qui posent problème que l'utilisation de l'organisation par les pays les plus puissants. Les discussions qui ont précédé l'adoption de ces textes montrent que les pays développés ne considèrent pas la santé comme un enjeu prioritaire par rapport aux objectifs commerciaux. Les arguments avancés au cours des débats leur ont servi essentiellement à s'assurer du contrôle de la distribution des produits, avec pour conséquence de différer la possibilité pour les pays en développement de s'approvisionner au meilleur prix, les programmes d'accès existant par ailleurs étant largement insuffisants. Si les difficultés liées aux réseaux de distribution ou à l'insuffisance des systèmes de santé dans leur ensemble ne sont pas discutables, les défenseurs d'une application restrictive des ADPIC ont cependant progressivement abandonné leurs arguments face au succès de politiques de terrain comme celles du FSTI, ou à la suite de travaux de recherche⁸⁰. Toutefois, même le compromis adopté en août 2003⁸¹, bien que contraignant pour les pays en développement, a fait l'objet de la

⁷⁸ Le débat portait aussi sur la part du brevet, de la distribution ou des taxes dans le coût du médicament.

⁷⁹ WT/L/540, *Mise en œuvre du paragraphe 6 de la déclaration de Doha sur l'accord sur les ADPIC et la santé publique*.

⁸⁰ Le dernier en date à être tombé est celui relatif à l'inefficacité économique de la distribution des traitements. Un important travail collectif a démontré le bénéfice d'une mise sous antirétroviraux des séropositifs dans les pays en développement. J-P. Moatti, *op. cit.*

⁸¹ Le pays doit indiquer précisément le nom et la quantité du produit importé et faire preuve de son incapacité à le produire. L'exportateur, pour sa part, doit préciser les volumes exportés, les identifier par un emballage spécifique et diffuser ces informations sur le site de l'OMC. *Implementation of paragraph 6 of the Doha Declaration on the TRIPS Agreement and Public Health*, Draft, 16 décembre 2002. Document

part des Etats-Unis d'une proposition d'ajout d'une clause restrictive : une liste des pathologies pour lesquelles le compromis s'appliquerait. Pour les entreprises productrices de médicaments de marque, ce sont les ressources financières nécessaires au développement de nouvelles molécules qui peuvent être tarées par les copies. Il s'avère qu'une grande partie des licences des grands groupes expirent dans les années à venir, ce qui fera baisser l'ensemble de leurs recettes. Menacées par la croissance du marché des génériques dans les pays développés, ces entreprises redoutent en outre de voir leurs marges réduites par les copies destinées aux marchés des pays pauvres. Il est donc important pour elles de limiter l'étendue du marché des copies en les cantonnant à quelques maladies. L'analyse de la liste des pathologies proposées montre que celles qui y figurent ne bénéficient pas de traitement existant, et que les maladies responsables de mortalités élevées pour lesquelles il existe un traitement n'y figurent pas, à l'exception du sida⁸². La prise en compte de la santé dans les discussions au sein de l'OMC est donc très relative et n'est envisagée qu'au regard des différentes ressources, financières, industrielles, sécuritaires, que les Etats développés veulent préserver⁸³.

De plus, le recours par les Etats-Unis à des accords bilatéraux plus contraignants que celui sur les ADPIC montre que cette tendance persiste. Ce sont donc les politiques nationales ou mondiales en faveur de la santé qui sont limitées par cet accord, car si des clauses favorables à la prise en compte des enjeux sanitaires existent, leur application semble difficile à accepter pour certains pays ou producteurs de médicaments. L'urgence d'une réponse d'envergure à l'épidémie de sida est admise, mais les accords commerciaux inspirés par les entreprises façonnent la gouvernance de la santé. En tergiversant sur une application des ADPIC aux médicaments adaptés aux enjeux sanitaires, les pays développés manifestent au mieux une sous-estimation des risques globaux associés au VIH. Les affrontements interétatiques que ces débats ont suscités ont pu donner de l'OMC l'image d'un instrument au service de quelques Etats plutôt que celle d'un cadre juridique favorable à l'intérêt collectif. Aux yeux de nombreux observateurs, les enjeux de santé ont été relégués au second rang derrière les préoccupations commerciales et ce décalage est préjudiciable à la gouvernance globale. Le cadre de l'OMC tel qu'il apparaît à la seule lumière des ADPIC ne semble pas favorable aux politiques de santé : en effet, à compter du moment où la possibilité pour les Etats d'utiliser la flexibilité des ADPIC a été évoquée, les pays développés l'ont constamment remise en cause. Les négociations dans le domaine du médicament ne peuvent être lues seulement du point de vue juridique, car cela reviendrait à nier les rapports de puissance internationaux et le rôle des entreprises dans l'élaboration de ces textes. Dans la mesure où ces rapports de force sont préjudiciables à la légitimité de l'OMC, il est nécessaire de faire en sorte que d'autres obstacles de même nature soient levés.

accessible sur www.wto.org/english/tratop_e/trips_e/implem_para6_e.htm

⁸² M. Moran, *La Déclaration de Doha remise en question. Une analyse de MSF sur les tentatives récentes de restreindre l'utilisation des licences obligatoires par les pays en développement à une liste déterminée de maladies*, Médecins sans frontières, mai 2003.

⁸³ M. Dixneuf, *op. cit.*

- **Des cadres à adapter**

Les accords de l'OMC sont le fruit de longues négociations qui ont accompagné les transformations de l'économie mondiale. Elaborés dans un contexte politique particulier, les accords semblent aujourd'hui partiellement inadaptés à leur environnement. Dans le domaine de la santé, il faut veiller à ce que ces accords ne créent ni blocages ni effets négatifs. Avec la création de l'OMC, le nombre des parties contractantes du GATT a continué à augmenter et de nouveaux accords ont été adoptés. Ces derniers sont aussi le produit d'interactions entre des acteurs gouvernementaux et des acteurs privés et résultent de processus sociaux marqués par l'évolution du contexte international. Certains travaux ont souligné les transformations permanentes de l'environnement global et les décalages qu'elles suscitent chez les acteurs entre leurs représentations et la situation réelle⁸⁴. Il ne semble pas que les accords de l'OMC et leurs promoteurs puissent échapper à ces changements. Parfois fondés sur des codes adoptés à la fin des années 1970, discutés au cours des années 1980 ou encore finalisés dans les années d'après guerre froide, ces accords répondent à des préoccupations anciennes. Les efforts des entreprises pharmaceutiques pour y insérer le droit de propriété intellectuelle datent du début des années 1980⁸⁵, alors que l'impact de l'épidémie de sida en dehors des pays occidentaux n'était pas encore mesuré. Dans le même temps, les plans d'ajustement structurel s'enchaînaient, longtemps sans égard pour leurs effets sociaux. La signature des accords de l'OMC, en 1994, alors que le bloc communiste se désagrègeait, a participé de l'euphorie née de la « victoire » d'un modèle. La rhétorique de la « guerre économique » dominait dans les discours des dirigeants politiques comme des commentateurs, et les mesures prônées par les organisations multilatérales économiques constituaient la voie royale vers l'équilibre mondial. Aujourd'hui, le consensus de Washington est remis en cause et l'on reconnaît que la santé peut être un vecteur majeur de développement. Les idées qui ont orienté les politiques de coopération sont partiellement modulées, alors que, pour certains, les accords commerciaux internationaux pèsent sur les politiques de santé ou la sécurité alimentaire⁸⁶. Des travaux récents montrent par ailleurs que le commerce mondial stimulé par l'OMC est susceptible d'avoir des effets négatifs sur la santé en contribuant à des délocalisations qui abaissent le niveau de protection des travailleurs⁸⁷. Alors que les accords de l'OMC sont entrés dans une phase de mise en œuvre globale, certains s'interrogent sur leurs effets potentiellement négatifs.

⁸⁴ N. Elias, *La Société des individus*, Paris, Fayard, 1991 ; G. Devin, « Norbert Elias et l'analyse des relations internationales », *Revue française de science politique*, 45(2), 1995, pp. 305-327 ; G. Goertz, *Contexts of International Politics*, Cambridge, Cambridge University Press, 1994.

⁸⁵ S. K. Sell, *Power and Ideas: North-South Politics of Intellectual Property and Antitrust*, Albany, NY, State University of New York Press, 1998.

⁸⁶ M. Koivusalo, *World Trade Organization and Trade-creep in Health and Social Policies*, Helsinki, STAKES, 1999.

⁸⁷ S. Fustukian, D. Sethi, A. Zwi, « Workers' Health and Safety in a Globalising World », pp. 208-228, dans K. Lee et al, *op.cit.*

Outre l'accord sur les ADPIC, l'OMC a la charge de veiller à l'application de l'Accord relatif aux obstacles techniques au commerce (OTC), de l'Accord sur les mesures sanitaires et phytosanitaires (SPS), et de l'Accord général sur le commerce des services (AGCS). Comme l'indique une étude conjointe de l'OMS et de l'OMC, tous ces accords sont susceptibles d'avoir des effets en matière de santé dans les pays en développement. Les auteurs de cette étude, qui tentent d'anticiper des problèmes potentiels à venir en passant en revue les accords à travers le prisme des politiques sanitaires, en appellent à une concertation accrue entre les acteurs du commerce et ceux de la santé⁸⁸. Les différents accords prévoient tous des exceptions en faveur de la santé, mais les accords OTC et SPS ne les acceptent que sur la base de preuves scientifiques. De plus, en faisant référence au *Codex Alimentarius*, l'accord SPS en a fait un outil de promotion du commerce, alors qu'il a pour objet la définition de normes protectrices des consommateurs⁸⁹. L'AGCS concerne encore assez peu les services de santé, mais le développement du commerce dans ce secteur n'est pas sans risque. Les investissements de capitaux étrangers peuvent viser une clientèle aisée et contribuer à renforcer les inégalités dans l'accès aux soins⁹⁰. Le premier des risques encourus est de rendre inapplicables des politiques de santé qui ne reposent pas sur des mécanismes de marché⁹¹.

Compte tenu des retards pris dans les politiques de santé du fait des blocages des discussions sur l'application des ADPIC, on peut s'attendre à d'autres obstacles : la santé est une ressource dans la concurrence internationale par le levier de marchandages qu'elle représente. Les Etats, soucieux de l'impact des dégradations environnementales ou désireux d'offrir la sécurité alimentaire la plus stricte, peuvent faire valoir l'argument sanitaire pour adapter la mise en œuvre des accords. C'est une préoccupation importante dans les pays développés, notamment à la suite des crises de la vache folle ou des campagnes relatives aux OGM. Les pays africains, pour leur part, perçoivent l'opposition européenne aux OGM comme un moyen de les empêcher de recourir à ces cultures, et l'aide alimentaire des Etats-Unis comme un moyen de les leur imposer⁹². Elément important de l'équilibre nutritionnel des populations, la protection des productions vivrières locales peut s'inscrire dans une politique de santé globale, mais aussi être considérée comme du protectionnisme⁹³. En dépit de l'optimisme qui se

⁸⁸ OMS/OMC, *Les Accords de l'OMC et la santé publique. Etude conjointe de l'OMS et du Secrétariat de l'OMC*, Genève, 2002, p. 167. Le document énumère les questions de santé particulièrement concernées par ces accords : maladies infectieuses, sécurité sanitaire des produits alimentaires, lutte antitabac, environnement, accès aux médicaments et aux vaccins, services de santé, sécurité alimentaire et nutrition.

⁸⁹ Le *Codex Alimentarius* relève de l'OMS et de la FAO. K. Ranson, R. Beaglehole, C. Correa, Z. Mirza, K. Buse, N. Drager, « The Public Health Implications of Multilateral Trade Agreements », pp. 18-40, dans K. Lee et al, *op.cit.*

⁹⁰ N. Drager, « Making trade work for public health », *British Medical Journal*, 319, 1999, p. 1214.

⁹¹ A. Pollock, D. Price, « Rewriting the regulations: how the World Trade Organisation could accelerate privatisation in health-care systems », *The Lancet*, 356, 9 décembre 2000, pp. 1995-2000.

⁹² Jihan El Tarhi, *Les Maux de la faim*, document audiovisuel, BBC/Arte, 2003.

⁹³ M. Koivusalo, *op. cit.*

dégage du document conjoint OMS/OMC, la grande autonomie de l'OMC par rapport au système des Nations unies et la complexité du traitement des questions de santé au sein de cette organisation peuvent donner matière à préoccupation. En n'intégrant pas comme une variable fondamentale la santé publique dans ses accords, l'OMC s'expose à des tiraillements incessants entre, d'une part, les acteurs de la santé publique et, d'autre part, ceux du commerce. Les épidémies de VIH, de tuberculose et de paludisme perdurent et s'étendent. Elles aggravent les autres problèmes de santé, grèvent les budgets nationaux et pénalisent le développement. La résolution des problèmes liés aux ADPIC ne lèvera pas les hypothèques sur la santé avec les accords de l'OMC.

En faisant la promotion de la convention cadre sur le tabac, l'OMS contribue à faire entrer une partie des échanges commerciaux dans un cadre sanitaire, bien que cette convention n'ait pas la puissance normative de l'OMC⁹⁴. Le droit international de la santé se développe⁹⁵ et les défenseurs de la santé publique peuvent utiliser les droits fondamentaux pour faire valoir leurs points de vue⁹⁶. Une réflexion d'ensemble sur la place du cadre commercial par rapport aux droits sociaux pourrait ouvrir la voie à une plus grande cohérence entre les impératifs de la santé publique et ceux du commerce à l'échelle mondiale. Toutefois, cette perspective semble aujourd'hui lointaine compte tenu du jeu des Etats-Unis qui superposent des accords bilatéraux aux traités multilatéraux.

CONCLUSION

Du point de vue de la gouvernance mondiale, les politiques de santé doivent être envisagées dans la perspective des effets potentiellement déstabilisateurs au niveau global que peuvent avoir les épidémies ou la dégradation du niveau de santé des populations. Cette perception des risques liés à la santé doit s'accompagner de la prise en compte des effets induits sur les relations entre les acteurs. Les Etats et les OIG ont contribué à l'émergence des acteurs non étatiques dans le processus de gouvernance mondiale. De fait, les politiques étrangères sont suivies, les résultats annoncés attendus ; les déclarations sont mesurées à l'aune de leur possibilité d'application. Dans le domaine de la santé, la multiplicité des intervenants non étatiques et leur capacité d'échange d'informations sur les besoins et les ressources disponibles ne permettent pas de faire des promesses décalées. Les transformations de l'environnement international doivent être intégrées aux pratiques des acteurs au-delà de leurs discours ou propositions. Les

⁹⁴ La Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac prévoit, par exemple, pour les pays qui ratifient la Convention, des mesures financières pour réduire la demande ou les règles de la publicité destinée à ces produits.

⁹⁵ A. Taylor, « Global governance, international health law and WHO : looking towards the future », *Bulletin of the World Health Organization*, 80(12), 2002, pp. 975-980.

⁹⁶ D. Patterson, L. London, « International law, human rights and HIV/AIDS », *Bulletin of the World Health Organization*, 80(12), 2002, pp. 964-969.

réactions désabusées des acteurs internationaux de la santé face aux ajustements difficiles des politiques étrangères aux défis les plus urgents manifestent leur résignation devant les interventions des pays développés. Ce problème de l'adaptation des pratiques ne concerne d'ailleurs pas les seuls Etats. Les entreprises se voient reconnaître leur capacité à participer aux politiques globales ; elles doivent donc également engager une réflexion qui ne soit pas exclusivement fondée sur les principes de l'économie de marché, et accepter la pertinence d'autres approches. Dans quelle mesure est-il possible pour un acteur privé de défendre des intérêts collectifs ? De même, la participation des acteurs non étatiques du secteur non lucratif aux processus multilatéraux est présentée comme un gage de démocratisation ; pour autant, sont-ils plus efficaces et vigilants dans ou hors des espaces de débat multilatéraux ? Les problèmes sanitaires interviennent dans de multiples régulations et l'ensemble des politiques internationales, économie, sécurité, commerce et développement, risquent de pâtir d'une mésestimation des enjeux qu'ils représentent. Les débats sur la santé révèlent un fréquent décalage entre les représentations des acteurs et les enjeux, qui handicape la gouvernance. Il est de la responsabilité des organisations décisionnaires de ne pas se limiter à une analyse statistique ou épidémiologique, mais d'intégrer aussi les problèmes sanitaires comme une variable importante des régulations économiques ou juridiques globales qui font partie de la politique internationale⁹⁷.

⁹⁷ L'auteur tient à remercier les personnes suivantes pour le temps qu'elles ont bien voulu lui accorder : Christian Bailly (ministère des Affaires étrangères) ; Michel de Groulard (Onusida), Michel Lavollay (BIT) ; Gilles Poumerol (OMS) ; Louis Currat (Global Forum for Health Research) ; Jean-Loup Rey (ESTHER) ; Jean-Elie Malkin (ESTHER) ; Ellen't Hoen (Médecins sans frontières) ; Tomas Niklasson (UE, Direction du développement). Les remerciements s'adressent également à Judith Burko pour son extrême patience.

Sigles et abréviations

| | |
|--------------|--|
| ADPIC : | Accord sur les aspects de la propriété intellectuelle qui touchent au commerce |
| AGCS : | Accord général sur le commerce des services |
| AIDS : | Acquired immuno-deficiency syndrome |
| ANRS : | Agence nationale de la recherche scientifique |
| ARV : | Antirétroviraux |
| BIT : | Bureau international du travail |
| CAFTA : | Central America free trade area |
| CCP : | Comité de coordination du programme |
| Cicid-sida : | Comité interministériel de la coopération internationale et du développement sur le sida |
| DNDi : | Drug neglected diseases initiative |
| ESTHER : | Ensemble pour une solidarité thérapeutique en réseau |
| FAO : | Organisation des Nations unies pour l'alimentation et l'agriculture |
| FNUAP : | Fonds des Nations unies pour la population |
| FSTI : | Fonds de solidarité thérapeutique international |
| GATT : | Accord général sur les tarifs douaniers et le commerce |
| GFHR : | Global forum on health research |
| GHI : | Global health initiative |
| GPA : | Global project on AIDS |
| IAS : | International AIDS society |
| ICG : | International crisis group |
| MSF : | Médecins sans frontières |
| NEPAD : | New partnership for Africa's development |
| OIG : | Organisation intergouvernementale |
| OIT : | Organisation internationale du travail |
| OGM : | Organismes génétiquement modifiés |
| OMS : | Organisation mondiale de la santé |
| ONG : | Organisation non gouvernementale |
| ONU : | Organisation des Nations unies |
| Onusida : | Programme commun des Nations unies sur le VIH/sida |
| OTC : | Obstacles techniques au commerce |
| PED : | Pays en développement |
| PNUD : | Programme des Nations unies pour le développement |
| PPP : | Partenariat public privé |
| Sida : | Syndrome de l'immunodéficience acquise |
| SPS : | Accord sur les mesures sanitaires et phytosanitaires |
| Sras : | Syndrome respiratoire aigu sévère |
| TAC : | Treatment action campaign |
| UNDCP : | Programme des Nations unies contre la drogue et le crime |
| Unesco : | Organisation des Nations unies pour l'éducation, la science et la culture |
| Unicef : | Fonds des Nations unies pour l'enfance |
| VIH : | Virus de l'immunodéficience humaine |

Références

Ouvrages généraux sur la politique internationale et la gouvernance

Finnemore M., *National Interest in International Society*, Ithaca, Londres, Cornell University Press, 1996.

Gaudin J-P., *Pourquoi la gouvernance ?*, Paris, Presses de Sciences-Po, 2002. (Coll. La Bibliothèque du citoyen).

Green A., Matthias A., *Non-Governmental Organizations and Health in Developing Countries*, Basingstoke, MacMillan Press, 1997.

Held D., McGrew, *Governing Globalization*, Cambridge, Polity Press, 2002.

Jacquet P., Pisani-Ferry J., Tubiana L., *Gouvernance mondiale*, Paris, Conseil d'analyse économique, La Documentation française, 2002.

Laroche J. (dir.), *Mondialisation et gouvernance mondiale*, Paris, IRIS-PUF, 2003.

Sell S. K., *Power and Ideas : North-South Politics of Intellectual Property and Antitrust*, Albany, NY, State University of New York Press, 1998.

Smouts M-C. (dir.), *Les Nouvelles relations internationales. Pratiques et théories*, Paris, Presses de Sciences Po, 1998.

Stubbs R., Underhill G. (eds), *Political Economy and the Changing Global Order*, 2^e ed., Oxford, Oxford University Press, 2000.

Santé, globalisation et gouvernance

Altman (D.), « Globalization, Political Economy, and HIV/AIDS », *Theory and Society*, 28, 1999, pp. 559-584.

Altman D., « Understanding HIV/AIDS as a Global Security Issue », pp. 33-46, dans Lee K. (ed.), *Health Impacts of Globalization, Towards Global Governance*, Basingstoke, Palgrave MacMillan, 2003.

Deacon B., Ollila E., Koivusalo M., Stubbs P., *Global Social Governance. Themes and Prospects*, Helsinki, Hakapaino Oy, 2003.

Dixneuf M., « Au-delà de la santé publique : les médicaments génériques entre perturbation et contrôle de la politique mondiale », *Revue française de science politique*, 53 (2), avril 2003, pp. 277-304.

Global Health Governance Discussion paper, Genève, OMS, 2002. Dodgson R., Lee K., Drager N., « A Conceptual Review », n° 1 ; Berridge V., Loughlin K., « Historical Dimensions of Global Governance », n° 2 ; Fidler D., « Overview of the Role of International Law in Protecting and Promoting Global Public Health », n° 3.

Gordon D. (ed.), *The Global Infectious Disease Threat and its Implications for the United States*, National Intelligence Council, janvier 2000, 38 p.

Gordon D. (ed.), *The Next Wave of HIV/AIDS : Nigeria, Ethiopia, Russia, India and China*, National Intelligence Council, septembre 2002, 26 p.

Hall R.B., Biersteker T.J., (eds), *The Emergence of Private Authority in Global Governance*, Cambridge, Cambridge University Press, 2002.

Higgott R.A., Underhill G., Bieler A. (eds), *Non-State Actors and Authority in the Global System*, Londres, Routledge, 2000.

Josselin D., Wallace W., *Non-State Actors in World Politics*, Basingstoke, Palgrave, 2001.

Koivusalo M., « The impact of WTO agreements on health and development policies », *GASPP, Policy Brief*, 3, janvier 2003, pp. 1-8.

Koivusalo M., Ollila E., *Making a Healthy World : Agencies, Actors and Policies in International Health*, Londres, Zed Books, 1997.

Lee K. (ed.), *Health Impacts of Globalization. Towards Global Governance*, Basingstoke, Palgrave MacMillan, 2003.

Lee K., Buse K., Fustukian S. (eds), *Health Policy*

in a Globalising World, Cambridge, Cambridge University Press, 2002.

Moatti J-P., Coriat B., Souteyrand Y., Barnett T., Dumoulin J., Flori Y-A. (eds), *Economics of AIDS and Access to HIV/AIDS Care in Developing Countries. Issues and Challenges*, Paris, ANRS, 2003 (Coll. Sciences sociales et sida).

Ollila E., « Global health-related public-private partnerships and the United Nations », *GASPP, Policy Brief*, 2, janvier 2003, pp. 1-8.

OMS, *Rapport sur la santé dans le monde. Réduire les risques et promouvoir une vie saine*, Genève,

Organisation mondiale de la santé, 2002.

Siddiqi J., *World Health and World Politics: the World Health Organizations and the UN System*, Londres, Hurst & Company, 1995.

Soderholm P., *Global Governance of AIDS: Partnerships with Civil Society*, Münd, Lünd University Press, 1997.

Third World Quarterly, 23 (2), avril 2002, « Special issue : Global health and governance: HIV/AIDS », pp. 191-393.