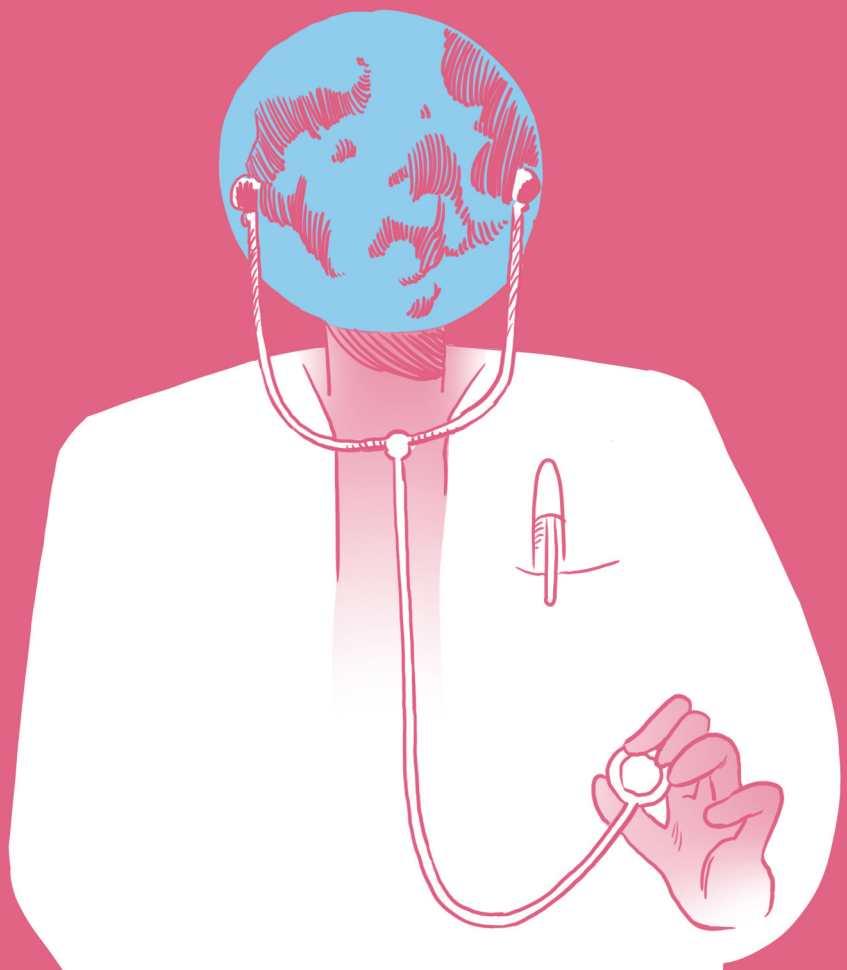


Dossier 4

La gouvernance mondiale de la santé

eduki FONDATION

Dossiers thématiques Eduki

La Fondation Eduki présente une série de dossiers thématiques liés à la coopération internationale – destinés principalement au corps enseignant en Suisse – qui permet d'appréhender les enjeux actuels dans le domaine traité et donner un aperçu du travail des institutions internationales basées à Genève. Ce matériel s'inscrit dans une réflexion générale que porte la Fondation Eduki sur le multilatéralisme et la Genève internationale.

Pour ce dossier thématique, les lectrices et lecteurs trouveront un ample historique, les problématiques, ainsi que les institutions principales opérant dans ce secteur. Ces éléments sont complétés par des capsules d'interviews audio d'expertes et experts du sujet abordé.

Enfin, un **ABC de la coopération internationale (en ligne)** reprend les principales expressions employées dans le dossier. Dans le document séparé « Travailler en classe » figurent une rubrique avec des chiffres, des institutions et des exercices et des activités pour travailler le thème en classe, ainsi qu'un répertoire de liens utiles et ressources pédagogiques. Tout ce matériel se trouve sur le site **www.eduki.ch**.

Thèmes

1. L'aide humanitaire
2. Les déplacements forcés
3. Les mouvements migratoires
4. La gouvernance mondiale de la santé
5. Paix et Système des Nations Unies

Conseils de lecture des dossiers

Quatre types de liens cliquables sur la version pdf du document suivant :

- Liens vers d'autres parties du présent dossier
- **Liens vers des ressources externes (sites web ou pdf téléchargeables) ou vers l'ABC de la coopération internationale**
- Capsules d'interviews d'expertes et experts de la Genève internationale — Lien audio
- Liens vers le document « Travailler en classe », pour aller plus loin (chiffres, institutions, liens utiles et exercices) — Travailler en classe

Sommaire Dossier n°4

Introduction
p.5

Acteurs et organisations
p.7

L'Organisation mondiale de la santé (OMS) p.7
Le Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida (ONUSIDA) p.11
Autres partenariats et initiatives : la constellation de la santé à Genève p.13
Le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme p.13
Unitaid p.13
L'Alliance du Vaccin (GAVI) p.14
The Global Alliance for Improved Nutrition (GAIN) p.15
La Fédération internationale de l'industrie du médicament (FIIM) p.15
Le Campus Biotech p.15

Thématiques et enjeux
p.16

Instruments juridiques p.16
Déclaration d'Alma-Ata (1978) : la naissance du concept de santé pour tous ; p.16
Charte d'Ottawa (1986) : la promotion de la santé comme priorité politique ; p.16
La Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac (2003) ; p.16
Le règlement sanitaire international (2005) : la gestion globale des épidémies. p.16
L'OMS et la pandémie de Covid-19 p.16
Le phénomène de généralisation des partenariats public-privé (PPP) p.19
Les médicaments, la gouvernance de la santé et l'industrie pharmaceutique p.23
Liens de l'OMS avec l'industrie pharmaceutique p.26
Le rôle opérationnel de l'OMS : lutte ou éradication des maladies p.29
La campagne d'éradication du paludisme dès les années 1950 p.30
Le grand succès de l'OMS : l'éradication de la variole en 1980 p.33
Le combat contre les maladies non transmissibles (MNT) et les troubles mentaux p.35

Historique
p.38

Le 19ème siècle : les prémisses de la coopération sanitaire internationale p.38
L'entre-deux-guerres : la Société des Nations et l'Organisation d'hygiène p.39
La Fondation Rockefeller : financier et arbitre en faveur de la SdN p.39
La Seconde Guerre mondiale : réflexions et pratiques autour de la santé p.41
La naissance de l'OMS (1945-1948) p.43
L'innovation : une Organisation " mondiale " de la santé p.44
Les premiers défis : la santé et le développement (1948-1972) p.44
L'OMS sous l'emprise de la guerre froide p.44
La nouvelle stratégie de santé pour tous d'ici l'an 2000 (1973-1988) p.45
La défense de la santé dans un monde globalisé (1988-1997) p.46
Réduction des contributions régulières à l'OMS dès la fin de la guerre froide p.47
Le 21ème siècle : un système global de santé à Genève p.48

Bibliographie
p.50

Lexique des maladies
p.52

Avant-propos

Eduki propose le présent matériel aux enseignantes et enseignants souhaitant avoir une meilleure connaissance des réalisations dans le domaine de la gouvernance mondiale de la santé qui sont menées depuis Genève.

Penser et maintenir la paix du système international est une réflexion sur laquelle philosophes, penseurs et politiques ont écrit depuis les temps anciens. Cet idéal pacifique a animé les discussions des réseaux juridiques et pacifiques du 19ème siècle pour aboutir à la création d'organisations internationales chargées d'interpréter cet ambitieux dessein. Le système des Nations Unies, tel qu'il existe depuis la seconde moitié du 20ème siècle, constitue le dernier aboutissement de ces réflexions, ainsi qu'un instrument multilatéral qui élabore des projets chaque jour pour essayer d'atteindre cet objectif pacifique. Il s'avère essentiel de faire connaître ce travail. Ce document ainsi que les autres dossiers de la série ont pour vocation d'éclairer toute personne intéressée à une thématique qui est au cœur du travail de plusieurs organisations internationales (OI) et organisations non gouvernementales (ONG) présentes à Genève.

Le but de ce dossier est de mettre à disposition des connaissances générales sur le sujet, ainsi que de proposer des éléments pour en permettre une lecture critique. C'est la raison pour laquelle, méthodologiquement, il est basé à la fois sur les documents produits par les organisations elles-mêmes, et sur la littérature secondaire. Des chercheurs issus de plusieurs disciplines : histoire, science-politique, anthropologie, etc. étudient en effet depuis plusieurs décennies les différents sujets du multilatéralisme, ainsi que les réalisations des organisations internationales, pour en rapporter sur le temps long les évolutions, les succès ainsi que les limites. Eduki s'est inspiré de ces multiples travaux pour présenter une analyse détaillée des thématiques et des enjeux que recoupe l'énoncé très général de ces modules.

Pour des raisons de lisibilité, de taille du dossier et de simplification pour les traductions, Eduki a pris le parti d'utiliser le langage épicène au lieu du langage inclusif.

Note de l'auteure : ce dossier a été réalisé principalement sur la base des travaux d'Yves Beigbeder, Marcos Cueto, Dominique Kerouedan et Ilona Kickbusch. En raison du format de ce dossier, les sources utilisées ne sont pas mentionnées de façon exhaustive, mais référencées dans la bibliographie.

Introduction

Au fil du temps, un impressionnant pôle de santé internationale s'est développé à Genève, au point qu'on qualifie la ville de capitale mondiale de la santé publique. Autour de l'Organisation mondiale de la santé (OMS), l'acteur phare du système des Nations Unies sur lequel se focalise ce dossier, gravitent en effet une multitude d'ONG, de think tanks, de plateformes, de fondations, de fonds public-privé ainsi que les hôpitaux universitaires. Ce rassemblement physique dans un même lieu des acteurs concernés par le thème de la santé a facilité de multiples interactions constructives tout en contribuant au dynamisme des échanges avec le reste du monde.

La crise sanitaire internationale liée au coronavirus **Covid-19** qui a débuté fin 2019 a mis l'OMS sous le feu des projecteurs, elle a rappelé l'importance des relations entre l'humain, l'animal et leur environnement et leurs impacts sur la santé humaine, et elle a démontré l'influence de la géopolitique sur la gestion et la résolution des questions de santé. Comme il est exposé dans la **section historique**, c'est une OMS déjà affaiblie politiquement et financièrement qui a dû affronter cette nouvelle crise. En effet, certaines erreurs de gestion lors des crises du virus de la **grippe H1N1** (2009) et de celui d'**Ébola** (2014) avaient déjà entamé sa crédibilité, tandis que le rôle toujours plus important des acteurs privés dans son financement pose problème dans les processus décisionnels. L'ampleur de cet évènement sanitaire a cependant révélé la nécessité pour la communauté internationale de coopérer afin de coordonner une réponse sensée à ce problème mondial. Ainsi, peut-être que le Covid-19 aura pour effet bénéfique de renforcer le multilatéralisme et l'OMS sur le long terme.

Dans le sillage des difficultés rencontrées pour juguler la **pandémie** de Covid-19 dans un monde globalisé, les populations ont pris conscience des enjeux de la santé internationale. Néanmoins, les **épidémies**, pour impressionnantes qu'elles sont, ne doivent pas faire oublier toutes les autres thématiques liées à la santé : maladies transmissibles ou non, tabagisme, **maladies tropicales** ou **orphelines**, protection de la santé des personnes vulnérables, qualité des soins, santé mentale, contraception, vaccins, personnel de santé, etc. l'inventaire des problématiques discutées à Genève est imposant. Notre but ici n'est pas de dresser un tableau clinique ni d'aborder tous les sujets dont se préoccupe l'OMS, mais plutôt de saisir les enjeux impliqués par la gouvernance globale de la santé. A ce titre, il nous est paru instructif d'analyser comment les différentes entités à Genève se saisissent des problématiques de santé, comment elles collaborent entre elles et avec les gouvernements et les populations nationales, ainsi que les difficultés auxquelles elles sont confrontées dans l'exercice de leur gouvernance. En fin de compte, il s'agit de décoder et d'évaluer comment le multilatéralisme façonne la **santé publique** et les défis humains et financiers qui lui sont liés.

Le concept de **santé globale**, qui consiste à atteindre l'équité en matière de santé au niveau mondial en s'attaquant aux questions de santé transnationales, aux déterminants, aux interventions et aux structures formelles qui échappent au contrôle des institutions nationales (OMS, 2021), a véritablement émergé dans les années 1990 et incarne une nouvelle profession de foi dans la mondialisation qui

Le personnel de l'OMS vient évaluer la situation à Madagascar, où des cas de peste bubonique ont refait surface.
© OMS/Hery Razafindralambo, 2017

motive les collaborations entre les acteurs de la santé. Auparavant, on parlait plutôt de santé internationale, expression qui renvoie essentiellement aux contrôles des épidémies transfrontalières. Ce changement de paradigme qui accompagne l'ère néolibérale témoigne de l'importance accordée désormais aux institutions internationales dans le domaine sanitaire à l'instar de l'**OMS** et de la **Banque mondiale** . La gouvernance mondiale de la santé désigne dans ce cadre les politiques d'aide médicale menées par ces organisations internationales, en collaboration non plus seulement avec les institutions publiques nationales, mais également avec les acteurs privés (fondations, universités et compagnies multinationales), les ONG et les gouvernements donateurs. Les protagonistes à l'origine de ces connexions transnationales, généralement issus des pays riches, décident des priorités sanitaires à l'échelle planétaire.

Le développement de la santé globale a en effet modifié sensiblement le paysage institutionnel en la matière. Deux mutations récentes sont parties intégrantes de son évolution. La première concerne la nature du travail de l'OMS. À l'origine essentiellement technique et scientifique (posture incarnée par **l'organisation de campagnes massives de vaccination**), l'Organisation s'est progressivement politisée. Bien qu'elle s'en défende, l'OMS s'est affranchie de son rôle purement technique pour entrer dans le débat public politique comme elle en a fait l'expérience pour la première fois lors des intenses débats autour du **Code international de commercialisation des substituts de lait maternel en 1981**, question abordée dans le chapitre sur les **instruments juridiques**. De plus, l'OMS n'est pas l'unique organisation internationale à être compétente en matière de santé, elle doit composer avec une galaxie d'autres agences onusiennes qui chacune à sa manière est liée à la santé et a ainsi alimenté la prolifération des mandats sanitaires. La seconde mutation concerne les **acteurs.** La santé globale ne concerne plus seulement les institutions internationales, dont la gouvernance est assurée par des États qui lui donnent peu de moyens, elle englobe désormais une pluralité d'acteurs non étatiques. En premier lieu, les ONG qui sont des acteurs opérationnels essentiels pour la mise en œuvre de la santé globale, et en second lieu des acteurs privés et notamment des **fondations philanthropiques**. Ces deux derniers sont devenus des garants indispensables à la création des partenariats public-privé (PPP) qui se sont multipliés afin de fournir des biens collectifs sanitaires. Toutefois, ces nouveaux acteurs posent divers dilemmes concernant les conflits d'intérêts, l'influence décisionnelle, le choix de créer de nouvelles normes, le contrôle des agendas et des priorités en matière de santé (Kastler 2016). Ce sont tous ces défis qui sont exposés dans ce dossier.

La **section historique**, ainsi que de nombreux exemples, exposent comment les acteurs de l'internationalisme ont mobilisé trois arguments majeurs en faveur de l'étendue de la coopération multilatérale en matière de santé mondiale (Amrith 2017). Leurs raisonnements, qui se basent sur l'observation des échanges transnationaux croissants, prennent leurs racines dans les origines de la coopération sanitaire du 19ème siècle. Le premier argument est le lien intrinsèque entre la santé et le développement économique. Le rapport, commandé par l'OMS à l'économiste américain Jeffrey Sachs en 2000, souligne à quel point le rôle de la santé a été sous-évalué pour la croissance économique, et préconise d'accroître sensiblement le volume des ressources consacrées au secteur de la santé par les pays en développement comme par les donateurs, faisant valoir qu'investir dans la santé et le capital humain est une condition nécessaire au développement économique. Le deuxième argument repose sur la solidarité humaine. En effet, depuis ses débuts, l'aide humanitaire s'est développée pour venir en aide aux victimes et soulager la misère. La promotion de la santé globale après 1945 participe à cet esprit d'allégement des souffrances de l'être humain à l'échelle planétaire même s'il s'inscrit dans l'esprit libéral qui préside au nouvel ordre d'après-guerre. Le troisième argument en faveur d'une coopération globale de la santé est sécuritaire. L'essor des communications et des voyages a augmenté les risques de contagion rapide entre pays et continents. Depuis le 19ème siècle, la coopération sanitaire internationale vise à contenir les maladies afin de prémunir la santé des populations et endiguer les menaces qu'elles font peser sur l'économie.

La lectrice ou le lecteur trouvera sur le sujet de la gouvernance de la santé, le travail des agences de l'Organisation des Nations Unies et des ONG qui lui sont afférentes, ainsi que les principaux **enjeux** qui y sont liés sous forme de débat critique. Un **ample historique** permet d'inscrire ces thématiques dans le temps long. Une rubrique exercices et activités a été créée à l'attention spéciale du corps enseignant. Enfin, un **glossaire en ligne** reprend les principales expressions employées dans ce dossier, et un **lexique des maladies** explicite les termes médicaux.

Acteurs et organisations

Cette section présente le mandat et le travail actuel de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) ainsi que différents organismes onusiens ou partenariats public-privé (PPP), qui ont été créés en complémentarité ou en concurrence avec elle. En effet, le développement de questions de santé toujours plus complexes, la persistance de certaines épidémies, les difficultés à trouver des solutions et des financements afférents et les blocages étatiques ont motivé la création de multiples entités dans le champ de la santé globale.

L'Organisation mondiale de la santé (OMS)

L'acteur dominant dans le champ de la gouvernance globale de la santé est l'**Organisation mondiale de la santé (OMS)**, créée en 1948. Elle constitue une institution spécialisée de l'ONU et lui est liée par un accord officiel qui précise que les liens entre les deux organisations doivent se faire sur un mode de collaboration et de coordination volontaire et non de rapport hiérarchique. **La Constitution de l'OMS** énonce dans son préambule que « la santé de tous les peuples est une condition fondamentale de la paix du monde et de la sécurité : elle dépend de la coopération la plus étroite des individus et des États ». Le but de l'OMS est « d'amener tous les peuples des États membres et partenaires au niveau de santé le plus élevé possible, la santé étant définie comme un état de complet bien-être physique, mental et social et non pas seulement comme une absence de maladie ou d'infirmité ». En énonçant que l'amélioration de la santé mondiale constitue désormais une préoccupation majeure de la communauté internationale, les États inaugurent un changement d'orientation très net de leur politique sanitaire mondiale après 1945. Dans le même temps, la Constitution de l'OMS qui lie les concepts de santé avec ceux de paix et de sécurité s'inscrit dans la ligne fonctionnaliste qui a prévalu à la création de nombreuses organisations dites techniques des Nations Unies. Il s'agit de l'idée qu'en développant des organisations spécialisées dans un domaine d'activités où les nations ont un intérêt commun, on encouragerait la formation de communautés professionnelles transnationales qui éroderaient ainsi les souveraineté nationales et préserveraient la paix. Même si cette vision est restée utopique, en 1945 elle a fortement influencé les fondateurs de l'OMS et cette dernière s'est efforcée tant bien que mal de se tenir à l'écart des conflits politiques.

Afin d'atteindre les buts énoncés, la Constitution de l'OMS énumère toute une série de fonctions que l'Organisation doit remplir.

- **En premier, une fonction normative et de standardisation** qui consiste à proposer des instruments juridiques comme des conventions ou des règlements, à émettre des recommandations, à encourager l'adoption de normes internationales concernant notamment les aliments, les produits biologiques, pharmaceutiques et similaires, à réviser la nomenclature internationale des maladies, des causes de décès et à standardiser les méthodes de diagnostic. L'adoption de la **Convention-cadre antitabac** entrée en vigueur en 2005 a constitué un succès normatif notable

Bâtiment de l'OMS à Genève.
© U.S. Mission Geneva/
Eric Bridiers, 2014

pour l'OMS.

- **Deuxièmement, elle a une fonction de recherche, de formation et de publication** : en diffusant de nombreuses statistiques et autres ouvrages dans tous les domaine de la santé, l'OMS offre ainsi aux expertes et experts, aux journalistes comme au grand public une des rares sources qui procèdent à des compilations et des comparaisons au niveau international. De plus, avec ce travail de compilation des maladies et de recherche de solutions thérapeutiques, l'Organisation est à même de proposer des solutions transnationales aux problèmes sanitaires qui apparaissent de par le monde.

- **Troisièmement, l'Organisation a une fonction de formation du personnel médical et sanitaire** ainsi que de développement de systèmes d'enseignements, sous forme principalement d'assistance technique.

- **Enfin, la dernière fonction est opérationnelle :** l'Organisation aide les gouvernements à renforcer leurs services de santé, offre une aide d'urgence, initie ou participe à des programmes de lutte et d'éradication des maladies transmissibles et non transmissibles. A cet égard, **l'éradication de la variole entre 1966 et 1977** constitue le plus grand succès de l'OMS, tandis que **celle du paludisme fut un échec** (Beigbeder 2015).

L'OMS peut véritablement prétendre à l'universalité, puisque 194 États en sont membres en 2022. Sa gouvernance est composée du Conseil exécutif qui comprend 34 membres élus pour trois ans, et de l'Assemblée mondiale de la santé, son organe principal, qui se réunit une fois par an et est chargée de déterminer la politique de l'Organisation, de contrôler les autres organes, de décider de la politique budgétaire et de proposer des projets de conventions. Chaque État y envoie trois personnes déléguées au maximum, en général des représentantes et représentants de l'administration sanitaire nationale.

La structure de l'OMS est très décentralisée. En effet, si le siège et son secrétariat sont à Genève, l'Organisation possède six autres structures régionales à Copenhague, Brazzaville, Washington, Manille, Delhi et Le Caire. Cette décentralisation est estimée efficace et plus adéquate pour gérer les administrations de **santé publique**, elle permet d'adapter les politiques et les stratégies en fonction des conditions régionales qui peuvent être très différentes d'un pays à l'autre. Néanmoins, la répartition des pays par région ne s'est pas faite sans problème, notamment dans le cas du rattachement d'Israël à la région Méditerranée orientale en 1949. Tous les pays arabes de cette région refusant d'assister à une réunion où siègerait Israël, ce dernier finit par être rattaché à la région Europe en 1985.

Au-delà de ce cas particulier, l'autonomie des bureaux régionaux a souvent posé problème au fonctionnement de l'OMS, les directions régionales ayant la possibilité de gérer de manière indépendante du siège les budgets transférés. À partir des années 1980, les directeurs généraux successifs de l'OMS ont critiqué cette décentralisation. Les frictions proviennent essentiellement de l'indépendance des directions régionales par rapport à la direction générale et on a parfois parlé de sept OMS différentes. Les relations entre le siège et les bureaux régionaux sont désormais apaisées au début du 21ème siècle, la coopération a évolué de manière constructive et la gestion est devenue plus unifiée, certains bureaux régionaux abritant également des centres techniques hébergés par les États membres (Kickbusch 2020).

Exercice

La Suisse et la lutte antitabac

La Suisse a signé la **Convention-cadre de l'OMS** en 2004, mais elle ne l'a pas encore ratifiée (en 2022). Elle fait ainsi figure d'exception en Europe, seuls les États-Unis, l'Argentine, le Maroc et Cuba ne l'ont pas non plus ratifiée. De plus, la Suisse possède une législation très peu restrictive : la publicité pour le tabac est autorisée dans la presse et c'est le seul pays européen avec la Biélorussie où le parrainage des événements culturels et sportifs n'est pas limité. La Suisse qui abrite trois grandes compagnies de tabac sur son sol, Philip Morris, Japan Tobacco International et British American Tobacco, semble privilégier la volonté de ne pas entraver la liberté économique de ces cigarettiers. Les expertes et experts déplorent cette attitude et ce d'autant plus que le directeur (de 1991 à 2009) de l'Office fédéral de la santé publique, Thomas Zeltner, a été très impliqué dans le processus normatif de la convention de l'OMS au début des années 2000. Ils estiment que la position de la Suisse, qui d'un côté profile Genève comme la capitale de la santé mondiale, et de l'autre soutient les multinationales du tabac, engendre un impact très négatif en termes d'image et lui fait perdre de l'influence (Le Temps, 3 février 2022). Pourquoi le Parlement suisse n'a pas ratifié la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac ?

Travailler en classe

L'OMS travaille en partenariat avec d'autres organisations internationales qui traitent également de la santé comme l'**Organisation internationale pour les migrations** (OIM), le **Comité international de la Croix-Rouge** (CICR), l'**Organisation internationale du travail** (OIT) et l'**Organisation mondiale du commerce** (OMC). L'OIM et l'OMS ont ainsi collaboré dans le cadre des nouveaux défis posés par les migrations depuis 2015, notamment en élaborant un Cadre sur les priorités et les principes directeurs de la promotion de la santé des personnes réfugiées et des personnes migrantes. Les conclusions de ce document ont été intégrées dans le **Pacte mondial pour des migrations sûres, ordonnées et régulières**, adopté par l'Assemblée générale de l'ONU en 2018. Dans le domaine humanitaire, l'OMS s'implique sur le plan opérationnel notamment dans les zones de conflit, elle s'est ainsi associée au CICR en 2015 afin que les populations puissent avoir accès aux services de santé même lors de guerre et d'urgence humanitaire. Les deux organisations ont lancé un appel commun aux États afin qu'ils garantissent le droit à la santé des populations vivant dans une zone de conflit.

Enfin, devant la recrudescence des attaques contre les personnels de santé dans les zones de conflit, l'OMS a lancé en 2018 un Système mondial de surveillance des attaques contre les soins de santé qui enregistre les actes et les menaces de violence, ainsi que les entraves qui compromettent la disponibilité ou la fourniture de soins et de services de santé préventifs et curatifs dans les pays touchés par des conflits ou des crises. Le but de l'OMS avec ce système qui recueille et comptabilise les actes de violences est de mener des campagnes de sensibilisation pour mettre fin aux attaques, faire connaître les règles pertinentes du droit international humanitaire et inciter la communauté internationale à agir pour une meilleure protection des services de santé.

© OMS/Christopher Black, 2017

Dr Tedros Adhanom Ghebreyesus (1965-), Directeur général de l'OMS (2017-)

L'Organisation est dirigée depuis mai 2017 par le Dr Tedros Adhanom Ghebreyesus, ancien ministre de la Santé (2005-2012) et des Affaires étrangères (2012-2016) d'Éthiopie. Premier Directeur général issu du continent africain, il est devenu l'une des figures les plus connues de la planète **lors de ses briefings très réguliers pour informer le monde de l'évolution de la pandémie de Covid-19**. Sa première candidature a été soutenue par tous les États de l'Union africaine ainsi que par la Chine. Il a entamé un second mandat en 2022.

Avant d'occuper son poste actuel, le Dr Tedros Adhanom Ghebreyesus a rempli plusieurs fonctions de direction dans la gouvernance mondiale, notamment comme Président du Conseil du **Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme** (2009-2011), Président du Partenariat faire reculer le paludisme (2007-2009) et co-président du conseil du Partenariat pour la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant (2005-2009). Il a fait campagne sur la question de la couverture vaccinale universelle qu'il considère comme la priorité absolue de son mandat. Depuis 2017 le Dr Tedros Adhanom Ghebreyesus a mis en place de nouvelles stratégies pour l'OMS comme le **13ème Programme général de travail** de 2018 qui a pour but d'aider les pays à atteindre les cibles liées à la santé des **Objectifs de développement durable (ODD)**, ou l'Académie de l'OMS, un centre de formation continue basé à Lyon avec le soutien de la France afin d'apporter les dernières innovations en matière d'apprentissage des adultes au secteur de la santé globale.

Le Directeur général a également mené des réformes internes et peut se targuer d'avoir obtenu pour la première fois la parité hommes-femmes dans les postes de haute-direction de l'Organisation. Il a également poursuivi la stratégie de partenariats public-privé (PPP) et a encore diversifié les partenaires, en travaillant par exemple avec les fabricants d'aliments transformés pour lutter contre les maladies non transmissibles associées aux acides gras trans (utilisés dans l'industrie agroalimentaire comme stabilisateurs et comme conservateurs, ils peuvent augmenter le risque cardiovasculaire), avec les géants du numérique pour promouvoir des conseils de santé et éviter les fake news concernant les vaccins par exemple, et aussi avec les fabricants de fournitures médicales afin de faire bénéficier plus largement le personnel de santé d'équipements de protection contre le Covid-19. Enfin l'OMS, sous sa gouvernance, s'est lancée dans des partenariats innovants avec la FIFA et GoogleFit afin d'atteindre un public cible qu'elle ne touchait pas auparavant (source OMS).

Son mandat n'est pourtant pas exempt de critiques, notamment lorsqu'en octobre 2017 il a cherché à nommer Robert Mugabe, le très controversé président du Zimbabwe, comme ambassadeur de bonne volonté de l'OMS, alors que celui-ci gouverne de manière dictatoriale dans son pays. Ce choix est sévèrement critiqué par des ONG et certains États membres et le Dr Tedros Adhanom Ghebreyesus doit faire volte-face. Enfin, c'est surtout sa complaisance à l'égard de la Chine lors de la crise du Covid-19 et la lenteur de sa gestion de la crise qui lui ont valu le plus de critiques. Plusieurs sénateurs républicains américains ont d'ailleurs demandé sa démission à cette occasion. La chercheuse Valérie Niquet est particulièrement sévère à son égard. Tout en dénonçant la mainmise de la Chine sur l'Afrique, elle indique comment le pays se sert de ses liens économiques avec le continent africain pour peser dans les enceintes onusiennes. Elle affirme que dans ce processus d'influence, le Dr Tedros Adhanom Ghebreyesus (alors que la Chine a financé le relèvement économique de l'Éthiopie dans les années 2000) est la marionnette du régime chinois pour conserver une influence prépondérante sur l'OMS. Ce dernier obtient par exemple du Directeur général, au nom du principe « d'une seule Chine », qu'il ne renouvelle pas à Taïwan le statut d'observateur à l'OMS, qu'elle avait de 2009 à 2016. Et surtout, les autorités chinoises évitent, lors de la crise du Covid-19, toute dénonciation concernant leur gestion de la pandémie de la part de l'OMS, contrairement à ce qui c'était passé lors de la crise du SRAS en 2003 (Niquet 2019).

L'OMS et l'OIT ont des mandats complémentaires en ce qui concerne les services de santé, notamment la sécurité et la santé au travail. Elles se préoccupent de la bonne santé des travailleuses et travailleurs et ont collaboré dans le cadre d'un comité mixte de la médecine du travail qui leur a permis de partager leur expertise en matière de maladies et de risques au travail. En 2015, elles ont publié conjointement **HealthWise**, une méthodologie participative visant à améliorer la qualité des structures de santé qui encourage les gestionnaires et les agents à travailler en équipe afin de promouvoir des lieux de travail sûrs et sains. Enfin, c'est avec la participation de l'OIT et de l'Organisation de coopération et de développement économique (OCDE), que l'OMS publie en 2016 un plan d'action « **S'engager pour la santé et la croissance** », une mobilisation forte en faveur des ressources humaines en santé et de l'emploi dans le secteur sanitaire afin de contribuer au renforcement des systèmes de santé, au Programme 2030, à la couverture universelle en santé et à une croissance économique inclusive.

La globalisation croissante des échanges mondiaux a également engendré une collaboration de l'OMS avec l'OMC afin de protéger la santé publique dans les transactions commerciales mais aussi de favoriser l'accès des produits et services de santé. En 2013, ces deux organisations se sont adjoint la collaboration de l'**Organisation mondiale de la propriété intellectuelle** (OMPI) afin de mettre en place une « Coopération trilatérale sur la santé publique, la propriété intellectuelle et le commerce » qui permet aux trois organisations de se réunir régulièrement pour échanger des informations sur leurs programmes de travail respectifs et promouvoir l'accessibilité des biens de santé publique. Les trois agences ont formulé des plans d'action pour étendre leur coopération sur le plan opérationnel. Ainsi, en juin 2021, les instances dirigeantes des trois organisations ont convenu de soutenir davantage leurs membres dans la lutte contre le Covid-19 en collaborant à une série d'ateliers visant à mieux faire circuler les informations relatives à la **pandémie** et en mettant en œuvre une plateforme conjointe d'assistance technique tripartite pour répondre aux besoins des gouvernements membres en matière de technologies médicales et soutenir leurs réponses pour préserver la santé des populations malgré les impacts négatifs du coronavirus (Kickbusch 2020).

Depuis sa création, l'OMS a néanmoins également été en concurrence avec d'autres agences des Nations Unies. Par exemple avec le **Fonds des Nations Unies pour l'enfance** (UNICEF), dont le mandat s'adresse en priorité aux enfants mais dont l'action de lutte contre les maladies recoupe celle de l'OMS ce qui a engendré toute une série de rivalités et ce d'autant plus que le budget de l'UNICEF était généralement mieux doté que celui de l'OMS. Autre agence, le **Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida (ONUSIDA)** constitué en 1995, est créé principalement par défiance vis-à-vis de la gouvernance de l'OMS **cantonnant cette dernière à un rôle normatif**. Dans le même esprit, la création d'un mécanisme de financement durable de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme échappe à l'OMS par la fondation d'une nouvelle organisation en 2002, le **Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme**. Sur le plan de la gouvernance mondiale de la santé, le principal concurrent de l'OMS depuis la fin des années 1990 est la **Banque mondiale**. Cette dernière a mené une politique néolibérale de prêts et de politiques en faveur de la santé et de la nutrition dans le cadre de ses programmes de développement qui a créé de nombreuses tensions avec l'OMS (Beigbeder 2015).

Le saviez-vous ?

2020 : l'année internationale des sages-femmes et du personnel infirmier

L'OMS a déclaré 2020, année internationale des sages-femmes et du personnel infirmier, créant ainsi une opportunité non seulement de célébrer le travail d'acteurs essentiels du domaine de la santé mais également de mettre en lumière leurs difficiles conditions de travail, et d'appeler à investir davantage dans les effectifs de ces catégories de personnels. L'OMS estime en effet qu'il faudrait neuf millions de sages-femmes et de personnel infirmier supplémentaires dans le monde pour espérer réaliser la couverture sanitaire universelle à l'horizon 2030.

Des infirmières se préparent à travailler dans le camp de réfugiés rohingyas de Cox's Bazar, au Bangladesh. © OMS/Blink media/Fabeha Monir, 2020

Unité de sensibilisation sanitaire des voyageurs en Mauritanie, subventionnée par diverses OI et ONG. © ONUSIDA, 2021

Le Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida (ONUSIDA)

La première **syndémie** moderne, le **VIH/sida** qui fait son apparition au début des années 1980, nécessite une réponse globale que l'OMS, avec ses moyens limités, n'a pas réussi à organiser. C'est sur ce constat que le **Conseil économique et social des Nations Unies** (ECOSOC) crée le 1er décembre 1995 le **Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida** (ONUSIDA) qui réunit en 2022 onze institutions des Nations Unies (HCR, UNICEF, PAM, PNUD, UNFPA, ONUDC, ONU Femmes, OIT, UNESCO, OMS et Banque mondiale). L'originalité d'ONUSIDA réside dans sa gouvernance car c'est le seul programme conjoint coparrainé du système des Nations Unies. Il est dirigé par un Conseil de Coordination du Programme qui se caractérise par sa petite taille et son niveau d'inclusivité, composé des États membres, des organismes coparrainants, des ONG et de la société civile en particulier de personnes vivant avec le VIH et touchées par le virus. C'est une manière de reconnaître le rôle joué dès le début par les activistes pour que la maladie soit reconnue comme une épidémie dont la communauté internationale doit se préoccuper. La gouvernance inclusive d'ONUSIDA a été reconnue par l'ECOSOC comme un modèle pour le système des Nations Unies en vue de progresser dans le domaine du développement durable. Cette composition avec des acteurs multiples a influencé d'autres mécanismes multilatéraux ultérieurs, comme **Le Partenariat RBM pour en finir avec le paludisme** créé en 1998, l'**Alliance du Vaccin** fondée en 2000 et le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme créé en 2002.

Dès sa création, l'équipe dirigeante d'ONUSIDA choisit une approche différente de celle de l'OMS. Consciente qu'une réponse à la maladie basée sur un modèle universel n'est pas viable, elle cherche à développer des approches nationales différenciées pour les victimes du sida. Le programme produit également un nouveau champ lexical technique de la maladie pour éviter les discriminations, en remplaçant les expressions péjoratives comme « homosexuels/homosexuelles » et « gays » par « hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes » et « femmes qui ont des rapports sexuels avec des femmes » ou encore « prostitués/prostituées » par «travailleurs/travailleuses du sexe». Ces changements ont pour but de promouvoir une approche plus éthique dans la lutte contre la maladie. L'ONUSIDA devient également une référence en matière d'information épidémiologique, grâce à la publication annuelle de son rapport sur l'**épidémie** mondiale du **VIH/sida**, considéré comme une source essentielle de statistiques.

Depuis 2019, l'ONUSIDA est dirigé par Winnie Byanyima (1959-), femme politique et diplomate ougandaise. Auparavant directrice d'**Oxfam**, elle défend ardemment les causes de la justice sociale et de l'égalité des genres. Son objectif déclaré est de mettre un terme à l'épidémie de sida d'ici 2030. Convaincue que les soins de santé sont un droit humain, elle figure parmi les premières personnalités à avoir exigé un vaccin contre le Covid-19 mis à disposition gratuitement pour toute la population mondiale.

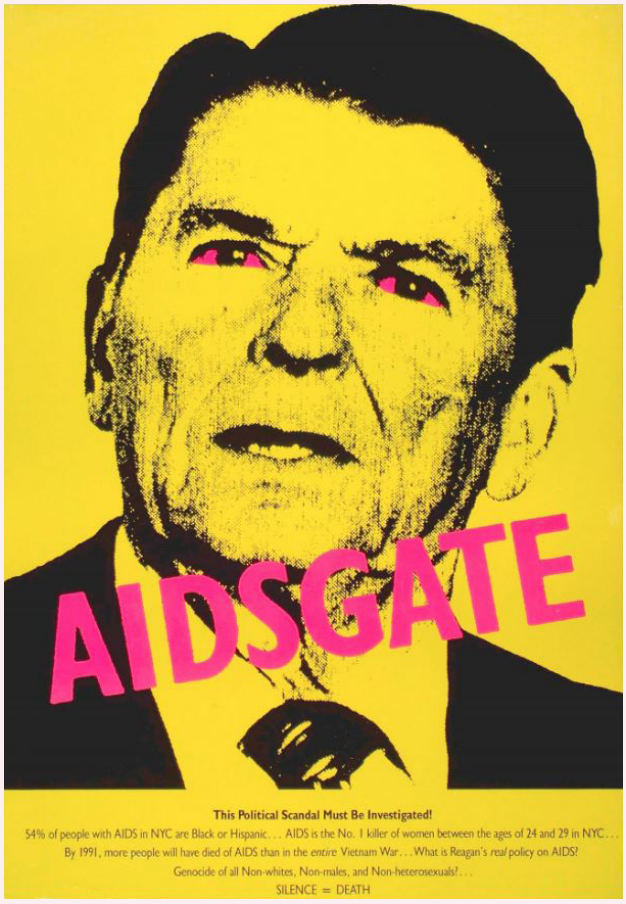
L'ONUSIDA a su dès le départ entretenir de bonnes relations avec les donateurs privés comme avec les agences de financement bi ou multilatérales. Ainsi, dès 1996, c'est grâce au soutien financier des fondations Gates et Rockefeller qu'ONUSIDA peut lancer l'Initiative internationale pour un vaccin contre le sida (**IAVI**) et procéder aux recherches et tests nécessaires. A la fin des années 1990, la Banque mondiale augmente elle aussi ses donations pour lutter contre le sida et les verse d'ailleurs plutôt à l'ONUSIDA et à des ONG qu'à l'OMS. L'aspect financier envenime d'autant les relations déjà tendues entre l'OMS et l'ONUSIDA. En effet, la première estime que la création d'ONUSIDA a miné son autorité et elle fait tout son possible pour entraver son travail les premières années de son existence (Cueto 2019).

Lutte contre le sida : l'implication de la société civile

Le sida survient dans l'Amérique néo-libérale du président Ronald Reagan en 1981. Cette **épidémie** se révèle rapidement très mortelle, cependant le gouvernement américain préfère stigmatiser les malades plutôt que mener une politique de santé adéquate. Militant, écrivain et dramaturge, Larry Kramer (1935-2020) est l'un des premiers militants de la lutte contre le sida. Diagnostiqué séropositif dans les années 1980, il énonce en 1983 que « la poursuite de notre existence dépend de notre capacité à nous mettre en colère ». Il a fait bouger les lignes et provoqué une prise de conscience en co-fondant la première association de lutte contre le sida **Gay Men's Health Crisis (GMHC)** en 1982 et en instituant l'association **AIDS Coalition to Unleash Power (Act Up)** en 1987.

Dès 1986, les malades du sida et la société civile américaine ont estimé nécessaire d'alerter sur la gravité de l'épidémie à travers des actions marquantes afin de pousser les autorités compétentes à agir. Les actions des groupes militants ont permis de faire évoluer la situation en manifestant de manière bruyante et parfois violente leur colère face aux **responsables politiques et aux personnes dirigeantes de grands groupes pharmaceutiques**. Le 10 mars 1987, Larry Kramer prononce un discours à l'encontre des pouvoirs publics dans lequel il critique aussi la résignation des personnes homosexuelles face à l'hécatombe que provoque le sida. Son appel à l'action débouche sur une manifestation quelques jours plus tard à Wall Street : c'est la naissance officielle d'Act Up dont les différents modes d'actions coups de poing comme les die-in expriment la colère de la société civile. Son slogan « silence = death » (« silence = mort ») est accompagné d'un triangle rose en référence à la marque de distinction des personnes homosexuelles dans les camps de concentration nazis.

Le but initial d'Act Up est de combattre l'inaction et le mutisme des pouvoirs publics et des gouvernements vis-à-vis du sida en faisant pression sur les autorités compétentes pour permettre au plus grand nombre de personnes d'accéder aux traitements disponibles ou aux protocoles d'essais, et d'accélérer les processus de la recherche thérapeutique. Face à la propagation de l'épidémie de sida dans le reste du monde, **Act Up Paris** est fondé par Didier Lestrade en 1989 en France. C'est notamment grâce à Act Up et la pression de la société civile que les premières trithérapies sont mises sur le marché en 1996 permettant aux personnes malades de vivre avec le sida. Ainsi, cette ONG a permis de construire un discours politique et des actions donnant une visibilité au sida afin de susciter une prise de conscience de la société. Son fondateur Larry Kramer meurt le 27 mai 2020 d'une pneumonie.



« AIDSGATE » ou le scandale du sida : Poster mettant en cause l'inaction du président américain Ronald Reagan dans la mise en place de politique de lutte contre le sida.
© National Museum of American History/1987

Même si d'importantes disparités régionales subsistent - l'Afrique subsaharienne reste la région la plus touchée par le VIH/sida - l'ONUSIDA a accompli des progrès marquants dans la lutte contre la syndémie. Entre le pic enregistré en 1997 et la situation en 2020, les nouvelles infections par le VIH ont diminué de 52% au niveau mondial, le recul le plus prononcé étant observé chez les enfants. Ainsi, en 2020, environ 1.5 million de personnes étaient nouvellement infectées par le VIH, contre 3 millions en 1997. De plus, 28.2 millions de personnes ont accès à la thérapie antirétrovirale au 30 juin 2021 sur les 37.7 millions environ de personnes qui vivent avec le VIH (source ONUSIDA, 2022).

Travailler en classe

VIH État de la pandémie dans le monde (2020)

	Afrique	Europe	Suisse
Pourcentage de personnes séropositives dans la population	**4,2%**	**0,4%**	**0,2%**
Nouvelles infections / an / 100'000 hab.	**80**	**20**	**0,6**
Décès liés au sida / an / 100'000 hab.	**59**	**0,5**	**0,1**
Accès au traitement antirétroviral des personnes séropositives	**77%**	**83%**	**84%**

Autres partenariats et initiatives : la constellation de la santé à Genève

Depuis les années 2000, plusieurs nouvelles organisations sont créées et s'installent à Genève. L'originalité de ces institutions est constituée par leur type de gouvernance qui implique le secteur privé, les grandes **fondations philanthropiques** et la société civile. Les principaux acteurs existants afin de lutter contre certaines maladies (**sida**, **tuberculose**, **malaria**) ou certains fléaux (tel la malnutrition) et également afin d'accélérer la recherche sur les vaccins ou mobiliser les ressources d'accès aux médicaments sont présentés ici de manière non-exhaustive. Cette prolifération d'acteurs a eu une influence sur le système de la gouvernance globale de la santé. L'OMS ne constitue plus l'entité unique et centralisatrice des questions mondiales de la santé. Ces organisations sont certes parfois en concurrence pour l'obtention des ressources financières, mais elles permettent aussi de combler certaines déficiences de l'OMS.

Le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme

Au début du 21ème siècle, malgré les efforts conjoints de l'OMS, d'ONUSIDA, des ONG et des États membres, le **sida**, la **tuberculose** et le **paludisme** continuent de faire des ravages en particulier dans les pays pauvres. En 2020, 37.7 millions de personnes vivaient avec le VIH et 680'000 personnes environ sont décédées de maladies liées au sida ; 10 millions de personnes ont contracté la tuberculose et 1.5 million de personnes en sont mortes ; 241 millions de personnes souffraient du paludisme et 627'000 en sont décédées (source Fonds mondial 2022).

Pour faire face à ce défi continuel, une nouvelle entité est décidée au sommet du G8 de Gênes en 2001 et établie à Genève : le **Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme**. Kofi Annan, le Secrétaire général de l'ONU (de 1997 à 2006) est à l'origine de cette initiative dont le mandat est de financer la lutte contre ces trois maladies dans les pays à faible et moyen revenus. Bien qu'elle travaille en partenariat avec l'OMS, il ne s'agit néanmoins pas d'une agence des Nations Unies, mais d'une fondation, soumise à la législation suisse. Ce fonds ne mène pas directement des projets opérationnels, il est uniquement chargé de canaliser des ressources financières et collabore ensuite avec des partenaires et des expertises locales. Entre sa création en 2002 et juin 2021, le Fonds mondial a dépensé plus de 50 milliards de dollars à l'appui de la lutte contre le VIH, la tuberculose et le paludisme et de programmes de renforcement des systèmes de santé dans plus de 155 pays, notamment au travers de subventions régionales, ce qui en fait l'un des principaux bailleurs de fonds dans le domaine de la santé mondiale. Ce fonds a développé de nombreux partenariats avec les Nations Unies et le secteur privé. Sa principale source de financement est le secteur public : les gouvernements procurent 92% des ressources (les États-Unis à hauteur de 30%), complétés par le secteur privé et notamment la Fondation Bill et Melinda Gates. Ces levées de fonds ont pour conséquence de mettre le Fonds mondial en concurrence directe avec l'OMS car l'argent récolté est directement distribué au niveau local sans coordination avec l'OMS.

Unitaid

Les États se sont fixé des objectifs très ambitieux en matière de santé lors du Sommet du Millénaire à New York en 2000 en adoptant les huit **Objectifs du Millénaire pour le développement** (OMD). Néanmoins le constat s'est rapidement imposé de lui-même : la seule aide publique au développement, sous sa forme traditionnelle, ne permet pas d'atteindre, ni même de tendre vers la réalisation des objectifs visés. Partant de cette observation, les principaux acteurs de la santé mondiale ont réagi rapidement et mis au point des mécanismes de financement alternatifs venant s'additionner aux aides traditionnelles. C'est dans cet esprit qu'est créé en 2006 le partenariat **Unitaid** basé à Genève et hébergé par l'OMS, afin d'aider la communauté internationale dans son combat contre les pandémies.

La mission principale d'Unitaid est de faciliter l'achat de médicaments, elle utilise son pouvoir de marché pour négocier et faire baisser les prix des traitements disponibles contre les principales pandémies pour les pays à faible revenu. Les pandémies visées sont le VIH/sida, la tuberculose et le paludisme car ce sont elles qui sont responsables, au début du 21ème siècle, du nombre de décès le plus important dans les pays du Sud. Comme les traitements restent très onéreux pour les populations des pays pauvres, Unitaid cherche à lever des fonds à la fois pour acheter les médicaments mais aussi pour financer et stimuler la recherche pour de nouveaux traitements.

L'originalité de cette Organisation provient de son mécanisme de financement particulièrement innovant, provenant de deux sources complémentaires. Les aides gouvernementales (les principaux donateurs en 2021 étant la France, la Grande-Bretagne, le Brésil, l'Espagne, la République de Corée, le Chili et le Japon) ainsi que la Fondation Bill et Melinda Gates. Le reste provient d'une nouvelle taxe de solidarité sur les billets d'avion, idée proposée conjointement en 2005 par les présidents français et brésilien Jacques Chirac et Luiz Inácio Lula suivie par de nombreux autres pays. La taxe s'applique sur le prix des billets délivrés aux voyageuses et voyageurs des États qui participent à l'initiative. Elle est prélevée directement par les compagnies aériennes, et les fonds ainsi récoltés par chaque pays font l'objet d'une coordination internationale et sont versés aux programmes d'achat de médicaments d'Unitaid. Sur les 2.5 milliards de dollars de contributions reçues par Unitaid entre 2006 et 2015, 63% proviennent de la taxe prélevée sur les billets d'avion (*10 ans d'Unitaid, Accélérer l'innovation au service de la santé mondiale*, rapport d'Unitaid 2016).

Les premiers résultats d'Unitaid sont plutôt encourageants, notamment car l'Organisation a réussi à faire baisser sensiblement le prix des **traitements antiretroviraux (ARV) contre le sida**, elle a également investi 15.2 millions de dollars pour mettre fin à la tuberculose pédiatrique (projet STEP-TB) de 2013 à 2017 mis en œuvre par **TB Alliance** et l'OMS. Le projet a rendu disponibles et rapidement accessibles des médicaments pédiatriques contre la tuberculose répondant aux recommandations de l'OMS. Les comprimés solubles ont bon goût, sont convenablement dosés, et simplifient le traitement pour les enfants et les personnes qui s'en occupent. Le programme de pré-qualification de l'OMS, également soutenu par Unitaid, a homologué deux médicaments antituberculeux adaptés aux enfants en août et décembre 2017, garantissant ainsi leur qualité (site Unitaid, 2022). Enfin, Unitaid met depuis 2020 son expertise au service de la lutte contre les défis posés par le développement de nouvelles thérapies et de nouveaux diagnostics pour lutter contre la pandémie de Covid-19, en tant que membre clé de l'Accélérateur d'accès aux outils de lutte contre le Covid-19 (Accélérateur ACT).

L'Alliance du Vaccin (GAVI)

L'**Alliance du Vaccin**, née en 2000, a un siège à Genève et un autre à Washington. Cette Organisation qui travaille sur les questions d'immunisation a pour but d'accélérer l'accès des enfants à la vaccination dans les pays pauvres. Elle a été créée avec l'aide d'un engagement financier de la Fondation Bill et Melinda Gates de 750 millions de dollars sur cinq ans, somme augmentée ensuite à un milliard, ce qui fait de cette fondation le principal financeur de GAVI. Elle est dirigée depuis septembre 2020 par José Manuel Barroso (1956-) homme politique portugais et ancien président de la Commission européenne entre 2004 et 2014. Cette fondation est souvent citée en exemple de **partenariat public-privé (PPP)** dans le domaine de la santé car GAVI rassemble l'expertise technique de l'OMS, la puissance d'achat en matière de vaccins de l'**UNICEF**, le savoir-faire financier de la **Banque mondiale**, les connaissances en matière de recherche et de développement des fabricants de vaccins, les voix des pays en développement et les grands donateurs étatiques et privés. GAVI est considérée comme un acteur majeur dans le domaine de la santé mondiale et fait figure de précurseur d'un nouveau type de gouvernance.

Selon les rapports de l'ONU, la vaccination représente l'un des meilleurs investissements en matière de santé mondiale et joue un rôle important dans la réalisation de 14 des 17 **Objectifs de développement durable** (les ODD qui doivent être atteints par tous les États membres de l'ONU d'ici à 2030 ont remplacé les OMD en 2016). Depuis sa création, GAVI a contribué à vacciner plus de 822

Vaccination contre le choléra d'un enfant en Somalie, avec l'aide de GAVI.
© OMS/Ismail Taxta, 2022

millions d'enfants. Comme l'Organisation vaccine près de la moitié des enfants du monde, cela lui donne du poids pour négocier des vaccins à des prix abordables pour les pays les plus pauvres et pour éliminer les risques commerciaux qui empêchaient auparavant les compagnies pharmaceutiques de les délivrer. Le coût de la vaccination complète pour un enfant (**comprenant les 11 vaccins recommandés par l'OMS**), coûte en 2022 28 dollars dans les pays soutenus par GAVI, contre environ 1'100 dollars aux États-Unis. De plus, le nombre de fabricants produisant des vaccins préqualifiés soutenus par GAVI est passé de 5 en 2001 (dont un en Afrique) à 17 en 2017 (dont 11 en Afrique, en Asie et en Amérique latine) (Site GAVI 2022).

The Global Alliance for Improved Nutrition (GAIN)

Partant du triste constat qu'une personne sur trois dans le monde souffre de malnutrition, une session extraordinaire de l'Assemblée générale des Nations Unies sur l'enfance en 2002 a créé **GAIN**, The Global Alliance for Improved Nutrition, une fondation de droit privé suisse qui lutte contre la malnutrition. Son siège est à Genève et elle possède des représentations à Washington, New Delhi, Johannesburg, Le Caire, Nairobi, Kaboul et Shanghai. Selon l'Organisation, ses projets dans plus de 25 pays permettent de toucher près de 667 millions de personnes. De par sa structure polymorphe et ses programmes d'enrichissement alimentaire construits sur des modèles innovants, GAIN est aujourd'hui le premier acteur dans la lutte contre la malnutrition au niveau mondial. GAIN met en place des **PPP** en vue d'assurer un soutien financier et technique pour fournir une meilleure alimentation à ceux qui courent le plus grand risque de souffrir de malnutrition. On retrouve la Fondation Bill et Melinda Gates dans le financement de cette fondation qui rassemble dans un partenariat global des OI, des ONG, des gouvernements de pays donateurs et des fondations privées.

La Fédération internationale de l'industrie du médicament (FIIM)

Dans le domaine de la gouvernance globale de la santé, les organisations des Nations Unies dépendent aussi du savoir-faire des industries pharmaceutiques. La **Fédération internationale de l'industrie du médicament** (FIIM) est une ONG internationale à but non lucratif représentant les secteurs de l'industrie pharmaceutique fondée sur la recherche, la biotechnologie et les vaccins du monde entier, qui emploient plus de deux millions de personnes. Elle compte parmi ses membres de grandes sociétés internationales et des associations nationales et régionales du secteur couvrant les pays développés et en développement. Son siège social est à Genève, renforçant d'autant le pôle santé de la ville, car cette ONG est la voix centrale de l'industrie du médicament. La FIIM entretient des relations officielles avec les Nations Unies et apporte l'expertise de l'industrie pour tenter de trouver des solutions qui améliorent la **santé globale**. Elle a ainsi développé toute une série d'initiatives afin de renforcer la collaboration avec l'OMS et soutenir les Objectifs de développement durable, à l'image de **Global Health Progress**, un centre de connaissances créé en 2008 qui met en lumière plus de 250 collaborations entre l'industrie biopharmaceutique innovante et plus de 1'200 partenaires pour soutenir les ODD (site de la FIIM). Elle constitue le troisième investisseur mondial en termes de recherche et développement pour lutter contre les maladies dans les pays en développement.

Le Campus Biotech

Les liens entre l'OMS et les instituts universitaires, les hôpitaux et les hautes écoles se sont par ailleurs multipliés. Le pôle de santé globale lié à la Genève internationale s'est enrichi de nouveaux centres de recherche à l'image de la création en 2013 du **Campus Biotech** par un consortium qui inclut l'École Polytechnique Fédérale de Lausanne, l'Université de Genève, la famille Bertarelli et le centre Hansjörg Wyss. Le Campus fonctionne comme un grand incubateur qui se concentre sur la science pure en vue de trouver des solutions pratiques susceptibles d'avoir un impact sur la société et sur le monde. Il permet de créer des liens entre la recherche et des start-up privées et il abrite deux nouveaux centres qui travaillent sur la santé : l'**Institut de Santé globale** fondé en 2014 - devenu très visible du grand public pendant la crise sanitaire liée au Covid-19 car l'Institut a participé à la modélisation épidémiologique du virus et à la surveillance des cas - et le **Geneva Health Forum** organisé tous les deux ans qui constitue une plateforme qui rassemble les acteurs de la santé globale.

La synergie entre ces différentes institutions, les ONG, la société civile et l'OMS est renforcée par la création en 2018 du **Campus de la santé mondiale** à Genève, soutenu par les autorités de la ville et de la Confédération. Ce Campus a permis de rassembler physiquement dans un nouveau bâtiment les différentes institutions tels le Fonds mondial, l'Alliance GAVI, Unitaid, le Partenariat RBM pour en finir avec le paludisme, et le Partenariat Halte à la tuberculose. Cette proximité physique est bénéfique pour les différents acteurs de la Genève internationale, elle permet un certain dynamisme pour stimuler l'innovation et le développement de nombreux programmes conjoints (Kickbusch 2020).

Thématiques et enjeux

Instruments juridiques

Le travail normatif de l'**Organisation mondiale de la santé (OMS)** demeure un pan important de son activité. L'Organisation, au terme de sa constitution, peut adopter des conventions internationales, des règlements (relatifs aux mesures sanitaires et de quarantaine) et des recommandations adressées aux États membres. Certaines tentatives de régulation internationale se sont révélées très laborieuses **notamment quand l'Organisation trouvait des lobbys commerciaux ou pharmaceutiques trop puissants sur sa route**. Pourtant, dans de nombreux autres domaines, l'OMS a été pionnière. En poursuivant parfois des travaux déjà entamés les décennies précédentes, elle a réalisé des avancées juridiques très importantes dans le domaine de la santé.

Retrouvez ces différents instruments sous formes de déclaration, de convention ou de chartes en annexes. Cliquez directement sur les liens ci-dessous :

- **Déclaration d'Alma-Ata (1978) : la naissance du concept de santé pour tous ;**
- **Charte d'Ottawa (1986) : la promotion de la santé comme priorité politique ;**
- **La Convention-cadre de l'OMS pour la lutte anti-tabac (2003) ;**
- **Le règlement sanitaire international (2005) : la gestion globale des épidémies.**

L'OMS et la pandémie de Covid-19

La pandémie de Covid-19 a bouleversé l'ordre mondial du début du 21ème siècle. Elle a durement éprouvé la solidité de l'OMS et du multilatéralisme en général, elle a eu des conséquences sanitaires dans tous les pays du monde, et au-delà cette crise a entraîné des effets économiques, humains et politiques considérables. Le Dr Tedros Adhanom Ghebreyesus, Directeur général de l'OMS, déclarait en février 2020 que « le virus ne respecte pas les frontières », or un des effets les plus pervers de cette **pandémie** a précisément été le retour aux frontières et au nationalisme sanitaire et politique. Nationalisme et populisme sur fond d'angoisse médicale ont fait le lit des théories complotistes. Dans tous les pays le rôle de l'État s'est accru, avec des dérives dans les pays non démocratiques. Les populations les plus vulnérables sont celles qui ont le plus souffert sur les plans économique et sanitaire, de plus d'autres maladies qui étaient plus ou moins sous contrôle comme le sida ou le paludisme sont reparties à la hausse. Des études menées en Angleterre et en Afrique du Sud ont révélé, par exemple, que le risque de mourir du Covid-19 chez les personnes séropositives était deux fois plus élevé que dans la population en général. Les ONG ont constaté des reculs dans plusieurs domaines comme les droits humains et les droits des femmes. Sur le plan géopolitique l'antagonisme sino-américain s'est reporté sur l'OMS avec pour effet délétère de détériorer l'image de l'Organisation qui est pourtant chargée de tout diligenter.

La crise elle-même démarre en novembre 2019 en Chine selon la chronologie suivante (L'Observatoire de la Fondation pour Genève, Bulletin, n°3, mars 2021). Le 17 novembre le premier cas de « pneumonie » est relevé par les autorités sanitaires chinoises, le 1er décembre les autorités constatent la multiplication de cas de pneumonie dans la ville chinoise de Wuhan autour du marché local. Le 30 décembre les docteurs Ai Fen et Li Wenliang (le second décède le 7 février 2020) alertent sur les réseaux sociaux (WeChat) de plusieurs cas de pneumonie « type SARS », mais ils sont arrêtés pour divulgation de rumeurs. Le 31 décembre les autorités de santé chinoises mentionnent 41 cas d'une pathologie inconnue à l'OMS. Le 11 janvier 2020 la Chine annonce officiellement avoir identifié le génome d'un nouveau coronavirus et sa séquence génétique est mise à la disposition de l'OMS, permettant à des laboratoires de différents pays de commencer à produire des tests PCR de diagnostic spécifiques. Cependant, jusqu'au 20 janvier, la Chine minimise les risques de contamination, date à laquelle le président Xi Jinping reconnaît l'existence d'une crise sanitaire.

Du côté de l'OMS, l'Organisation publie dès le 3 janvier 2020 un communiqué signalant la déclaration des autorités chinoises. Le 20 janvier, une mission d'experts de l'OMS se rend à Wuhan et observe des signes de transmission humaine du virus mais estime que plus d'études sont nécessaires. Le 23 janvier le directeur général de l'OMS affirme qu'il n'y a aucune preuve de transmission d'homme à homme hors de Chine. Le 28 janvier le Dr Tedros Adhanom Ghebreyesus rencontre Xi Jinping à Pékin et affirme que « La Chine est un modèle dans le traitement des crises sanitaires et le partage des données. Nous apprécions la transparence dont la Chine a fait preuve ». Néanmoins, alors que l'épidémie a déjà tué 213 personnes et infecté plus de 9'000 autres en Chine continentale et qu'elle s'est exportée dans au moins dix-huit pays, le 30 janvier l'OMS déclare une situation d'urgence de santé publique de portée internationale (USPPI). Le 11 février le nom officiel de Covid-19 est adopté. Le 11 mars 2020 l'OMS déclare l'état de pandémie.

Le virus s'étend dans tous les pays du monde, les nations ferment progressivement leurs frontières aux voyageurs, imposent des quarantaines et des confinements à leurs populations, les contaminations se multiplient, les hôpitaux et les systèmes de santé sont rapidement débordés devant l'afflux de malades et les décès suivent une courbe exponentielle jusqu'à l'arrivée du vaccin à la fin de

l'année 2020. Au premier trimestre 2022, on dénombre plus de 6 millions de personnes décédées du coronavirus Covid-19 dans le monde sur un total de plus de 500 millions d'infections. Ce sont les États-Unis qui dénombrent le plus de victimes (974'930). Néanmoins, ces chiffres sont contestés par plusieurs experts qui estiment qu'ils sont bien en deçà de la réalité car certains pays ont connu une surmortalité, comme l'Inde par exemple, qui comptabiliserait beaucoup plus de morts que les chiffres officiels, en raison de données incomplètes.

Un des principaux reproches fait a posteriori à l'OMS est sa lenteur de réaction face à la crise et à qualifier ce nouveau virus de pandémie. Lorsque cette crise démarre, l'OMS possède un réseau d'alerte globalisé créé en 2001 qui permet de signaler des urgences sanitaires de portée internationale. De plus, le Règlement sanitaire international de 2005 demande aux États de fournir tous les renseignements épidémiologiques nécessaires, permettant ainsi de disposer d'une veille sanitaire sur les épidémies à l'échelle globale. En réalité, le choix du moment où l'OMS alerte la communauté internationale sur un nouveau virus lui est presque toujours reproché. En effet, en 2009, on a blâmé l'OMS de Margaret Chan pour avoir déclaré trop rapidement une pandémie de **grippe H1N1** ce qui a eu pour effet de provoquer l'achat de millions de doses de vaccins par les États qui se sont finalement révélés inutiles. Inversement, lors de l'épidémie d'Ébola en 2014 en Afrique de l'Ouest, les États ont reproché à l'OMS d'avoir trop tardé à déclarer une situation d'urgence internationale (soit près de six mois après que Médecins sans frontières ait alerté sur la situation). Au vu de ses expériences précédentes on peut comprendre que l'OMS ait agi avec prudence dans ses déclarations concernant le Covid-19. Comme le souligne Antoine Flahaut, directeur de l'Institut de santé globale de l'Université de Genève : « Aucun pays n'aime devoir faire l'objet d'une déclaration d'urgence de santé publique de portée internationale, car les conséquences sanitaires, sociales, économiques et politiques sont considérables» (Le Temps, 30 janvier 2020). Cependant plusieurs experts soulignent que dans le cas du Covid-19 la situation USPPI aurait pu (dû) être déclarée dès le 22 janvier 2020 lors de la première réunion du comité d'urgence de l'OMS, soit une semaine plus tôt que cela n'a été fait (Guilbaud 2020). Néanmoins, si l'OMS est responsable de la qualification d'une nouvelle maladie (c'est-à-dire affirmer qu'on doit parler d'urgence sanitaire), si elle coordonne le mécanisme de notification et publie des recommandations, en dernier ressort ce sont les États membres qui sont responsables du développement de leurs propres capacités sanitaires. Or certains gouvernements, à l'image de l'administration Trump, ont été très lents à réagir même après la qualification de la situation d'USPPI. De plus, de nombreux experts avaient alerté l'OMS sur le fait que beaucoup d'États ne disposaient pas des capacités sanitaires et financières pour faire face à une pandémie. Un rapport conjoint de l'OMS et de la Banque mondiale relevait en septembre 2019 que seuls 59 États sur 194 disposaient d'un plan d'action national pour la sécurité sanitaire (Rapport annuel sur l'état de préparation mondial aux situations d'urgence sanitaire, OMS 2019).

« Mesures préventives » © Chappatte/Le Canard enchaîné, France, 2021

Un spécialiste logistique vérifie les colis de matériel pour lutter contre le Covid-19, en partance de l'entrepôt de l'OMS à Dubaï, Émirats Arabes Unis. © OMS/Blink Media/Natalie Naccache, 2020

À part les critiques concernant le timing, le principal reproche adressé à l'OMS dans cette crise est son attitude trop conciliante à l'égard de la Chine. Le pays minimise toujours l'évènement à la mi-janvier, retarde le séquençage du virus et surtout ne communique aucune statistique concernant le nombre de contaminations et de décès au comité d'experts de l'OMS qui se rend sur place les 20 et 21 janvier 2020. Malgré ces faits, le directeur général de l'OMS a multiplié les prises de positions positives sur la manière dont les autorités chinoises gèrent l'épidémie. Une analyse des déclarations de l'OMS à la presse éclaire sur l'alignement de l'OMS sur un des acteurs du système international. Jusqu'au 11 mars, date à laquelle l'OMS déclare l'état de pandémie, l'Organisation d'une manière globale privilégie les positions chinoises afin de ne pas « stigmatiser » le pays. Elle ignore ainsi un mail du 31 décembre 2019 du centre taïwanais de contrôle des maladies qui affirme avoir découvert une maladie potentiellement dangereuse qui comprendrait des similitudes avec le virus du SRAS de 2003 et qui entraîne des premières mesures sanitaires préventives dans le pays. Taïwan n'est pas membre de l'OMS car les autorités chinoises considèrent Taiwan comme partie intégrante de son territoire, néanmoins l'île avait obtenu un statut d'observateur à l'OMS en 2009, position qu'elle a perdue en 2016 sous la pression des autorités chinoises mécontentes de l'élection d'une nouvelle Présidente indépendantiste sur l'île. L'avertissement du centre taiwanais est ainsi déconsidéré et l'OMS multiplie les appels au calme et renonce à déclarer l'état de pandémie fin janvier, l'Organisation attend plus de trois mois après les premières alertes, soit le 11 mars 2020 pour le faire (Niquet 2019).

Cependant il faut également souligner tout le travail accompli par l'OMS et l'écosystème de santé à Genève afin de répondre à la crise de Covid-19. A côté de sa mission centrale d'information grâce à ses bulletins quotidiens et son site Internet, l'OMS a en effet joué un rôle majeur pour coordonner différentes initiatives de lutte contre la pandémie. Elle a expédié plus de 289 millions de tonnes d'équipements personnels et de protection, d'outils diagnostics et autres équipements médicaux à travers le monde. Elle a lancé le 18 mars 2020 l'essai clinique international **Solidarity** auquel plus de 14'000 individus ont participé dans 500 centres hospitaliers de plus de 30 pays pour trouver dans les meilleurs délais un traitement contre le Covid-19. Enfin, l'OMS a lancé le 24 avril 2020 l'**accélérateur ACT, un dispositif pour accélérer l'accès aux outils de lutte contre le Covid-19** et une collaboration mondiale visant à stimuler la mise au point et la production de produits de diagnostic, de traitements et de vaccins contre le Covid-19 et à en assurer un accès équitable. L'accélérateur ACT rassemble des gouvernements, des scientifiques, des entreprises, la société civile, des **organismes philanthropiques** et des organisations mondiales œuvrant dans le domaine de la santé : la Fondation Bill & Melinda Gates, la Coalition pour les innovations en matière de préparation aux épidémies (CEPI), FIND, l'Alliance GAVI, Le Fonds mondial, Unitaid, Wellcome, l'OMS, et la Banque mondiale.

Les controverses autour du rôle de l'OMS dans cette crise du Covid-19 pose dans son entièreté la question de l'indépendance de l'Organisation. De nombreux membres de l'OMS ont d'ailleurs demandé une évaluation indépendante de la riposte globale à la pandémie. C'est une occasion pour la Chine de faire toute la transparence sur cette situation et de confirmer qu'elle peut être un partenaire fiable. Quelle que soit l'issue de cette enquête, cette crise sanitaire mondiale a surtout mis en évidence le fossé béant qui existe entre d'un côté le besoin d'une coopération sanitaire multilatérale, les attentes de la communauté internationale envers l'OMS à cet égard, et les moyens très limités de l'Organisation de l'autre côté (Guilbaud 2020). De nombreux enseignements et pistes de réflexions sont déjà en cours suite à cette pandémie afin de réformer l'OMS. Sur le plan financier en premier lieu, tous les experts s'accordent pour affirmer que le financement de l'OMS est beaucoup trop volatil car il repose à 80% sur des contributions volontaires, il s'agit donc de le stabiliser notamment avec davantage de contributions régulières et non dirigées et également de clarifier le rôle des grands donateurs philanthropiques. C'est dans ce but que l'Assemblée mondiale de la Santé de l'OMS a adopté, en 2022, un texte prévoyant de faire passer la part du budget financée par les Etats membres de 16% à 50% d'ici à 2028. En deuxième lieu, une réforme de sa gouvernance semble nécessaire afin de rétablir la confiance et la crédibilité de l'Organisation. Les enquêtes et les rapports peuvent y contribuer, mais il est surtout nécessaire de réviser sa structure régionale, d'y inclure la société civile ainsi qu'une responsabilité directe des États en cas d'épidémie afin de diluer les responsabilités. Troisièmement, l'OMS a besoin d'un pouvoir de contrainte vis-à-vis des États afin de pouvoir intervenir directement lors de l'apparition d'une nouvelle **maladie infectieuse** qui peut évoluer en pandémie. Une révision du Règlement sanitaire international (RSI) devrait avoir lieu dans ce sens, afin qu'il se révèle vraiment utile à l'avenir pour prévenir les pandémies. Des discussions sont également menées à Genève dès novembre 2021, pour créer un nouvel instrument juridique contre les pandémies. Enfin, l'OMS pourrait à l'avenir également renforcer ses propres capacités d'expertise afin de diminuer sa dépendance face aux gouvernements (Chevillot 2021, Guilbaud 2020, Le Temps, 29 novembre 2021).

Le saviez-vous ?

COVAX
(Covid-19 Vaccines Global Access)

COVAX constitue le pilier vaccins de l'accélérateur ACT (outil de lutte contre le Covid-19). Son objectif est d'accélérer la mise au point et la fabrication des vaccins contre le Covid-19 et d'en assurer un accès juste et équitable à l'échelle mondiale. Créé en avril 2020, il est codirigé par l'OMS, l'Alliance GAVI et la Coalition pour les innovations en matière de préparation aux épidémies (CEPI). Selon l'OMS, « ce programme soutient l'effort mondial le plus rapide, le plus coordonné et le plus réussi de l'histoire pour lutter contre une maladie ». A la mi-janvier 2022, COVAX avait distribué plus d'un milliard de doses de vaccins contre le Covid-19 à 144 économies participantes, dont plus de 870 millions aux économies bénéficiant de la garantie de marché (**Advance Market Commitment, AMC) COVAX** de GAVI. C'est grâce à ce mécanisme financier innovant que les pays les plus pauvres du monde ont accès aux vaccins Covid-19.

Malgré les retards accusés dans la livraison des vaccins de la part des pays riches (en février 2022, le Conseil fédéral a décidé que la Suisse donnerait 15 millions de doses de vaccin contre le coronavirus au programme multilatéral COVAX, ces doses venant s'ajouter aux quatre millions de doses offertes en juin 2021), l'OMS considère le programme COVAX de GAVI comme un succès car il a montré que seule une approche véritablement universelle et multilatérale permet d'administrer un nombre important de doses de vaccins dans les pays les plus pauvres de la planète. Cet avis positif n'est de loin pas partagé par tous les experts, à l'image du Prof. Dabis qui estime lui que COVAX « a échoué à ce jour pour résoudre le problème de la vaccination massive et rapide contre le Covid-19 sans restriction géographique et populationnelle, ce qui reste la seule approche susceptible d'enrayer durablement le cours de la pandémie » (Dabis 2021). En effet, il souligne que le programme COVAX n'a pas contribué à résoudre deux questions sensibles : celle de la cession des brevets et celle de l'élargissement de la gamme des vaccins autorisés et de leurs chaînes de production par des transferts de technologie.

Le phénomène de généralisation des partenariats public-privé (PPP)

Historiquement, les politiques de santé internationales ont été, dès leurs débuts, financées par des sources privées. En effet, c'est essentiellement la **fondation philanthropique** américaine Rockefeller qui a soutenu le développement des politiques sanitaires de la Société des Nations (SdN) dans l'entre-deux-guerres. De 1922 à 1937, la fondation verse ainsi près de deux millions de dollars à l'Organisation d'hygiène de la SdN, ce qui équivaut à 40% de son budget certaines années. Le financement de la Fondation Rockefeller et ceux d'autres organisations privées américaines (Dotation Carnegie pour la paix internationale, Bureau of Social Hygiene, Twentieth Century Fund, Milbank Memorial Fund) présentent l'intérêt d'être planifiés sur trois ou cinq ans ce qui permet de développer des politiques sanitaires à moyen terme, alors que les fonds venant des États membres se font sur une base annuelle et sont donc plus volatils (Tournès 2016).

La **Constitution de l'OMS** ne prévoyait pas, quant à elle, de relations spécifiques avec le secteur privé. L'OMS est une organisation intergouvernementale et selon l'article 71 de sa constitution elle peut se concerter et coopérer avec des ONG et avec des organisations nationales, gouvernementales ou non. Et pourtant, à partir de la fin des années 1990, elle a élaboré de nouveaux partenariats

public-privé (PPP) qui ont ouvert l'OMS au monde industriel et commercial en collaborant à la fois avec les multinationales du médicament et avec des grandes fondations (Beigbeder 2011). La révolution néolibérale des années 1980 menée en particulier aux États-Unis et en Grande-Bretagne a engendré un renforcement graduel du secteur privé au détriment du secteur public et a eu, dans le domaine de la santé, pour effet de réduire le rôle des États et de leurs politiques publiques de santé, les services de santé ayant tendance à se privatiser. Ces pratiques de prééminence du secteur privé, dans un contexte idéologique de globalisation, prévaut également dans les organisations internationales dominées par les pays riches à l'instar de la Banque mondiale et de l'Organisation mondiale du commerce (OMC), deux institutions qui ont elles-mêmes pesé sur les travaux de l'OMS.

Le saviez-vous ?

La réglementation des partenariats public-privé

Depuis le début du 21ème siècle, l'OMS a multiplié les collaborations avec des entités du secteur privé, des **fondations philanthropiques**, des établissements universitaires et des ONG. Ces partenariats présentent des avantages indéniables pour soutenir les **politiques de santé publique** et réaliser les objectifs de l'OMS, néanmoins, ils ont également été très critiqués notamment en raison des possibles conflit d'intérêts, de l'importance que cela offrait à des acteurs privés en terme d'influence exercée sur les travaux de l'OMS, et de l'incidence négative que cela pouvait avoir sur l'intégrité, l'indépendance et la crédibilité de l'Organisation. Pour tous ces motifs, la 69ème Assemblée mondiale de la santé a adopté un **Cadre de collaboration avec les acteurs non étatiques** le 28 mai 2016 dont le but est de régir la collaboration de l'OMS avec les acteurs non étatiques.

La décision de collaborer avec le secteur privé s'inscrit dans le **Pacte mondial**, une initiative lancée par le Secrétaire général Kofi Annan en 1999 au Forum économique mondial de Davos. Le Pacte mondial a pour objectif d'inciter les entreprises privées à adopter une attitude socialement responsable en s'engageant à aligner leurs stratégies et opérations sur les principes relatifs aux droits humains, les normes internationales du travail, l'environnement et la lutte contre la corruption. Il a été très critiqué, notamment par les ONG, qui ont d'emblée perçu le danger pour les organisations de l'ONU de mener des programmes avec des multinationales puissantes sur lesquelles il serait vraisemblablement difficile de peser une fois le partenariat établi. Néanmoins, cette initiative a permis d'ouvrir le système de l'ONU et les projets de l'OMS en particulier, au monde des affaires (Beigbeder 2011).

Devant la complexité grandissante des problèmes de **santé publique**, les directeurs successifs de l'OMS depuis les années 2000 ont insisté sur la nécessité de mener les grands chantiers de santé en partenariat. Ce faisant l'Organisation cherche à poursuivre différents objectifs. Tout d'abord faciliter l'accès des populations aux médicaments et services de santé essentiels, également accélérer les activités de recherche et de développement pour la mise au point des vaccins, d'instruments diagnostiques et de médicaments contre les maladies négligées, et aussi prévenir les cas prématurés de mortalité, morbidité et d'invalidité. Par ailleurs, ces partenariats sont l'occasion pour l'OMS d'acquérir connaissances et savoir-faire et redorer son blason auprès des groupes qui lui sont hostiles. Enfin, ces collaborations doivent se faire dans le cadre du respect du Pacte mondial et cela peut donc encourager un nombre grandissant d'entreprises à y adhérer.

L'industrie pharmaceutique s'est d'ailleurs également impliquée dans cette nouvelle approche de PPP. La collaboration s'est développée en matière de recherche et de développement notamment sur les maladies infectieuses, pour améliorer l'accès aux médicaments et lutter contre la contrefaçon. Les compagnies ont fait à plusieurs reprises des dons de médicaments. Par exemple, Merck a fait des donations au programme contre l'onchocercose de l'OMS, SmithKline Beecham pour l'élimination de la filariose lymphatique, Glaxo Wellcome pour la lutte antipaludique, Novartis pour la lutte contre la **lèpre** et Pasteur Mérieux Connaught pour l'élimination de la **poliomyélite** (Beigbeder 2011).

Exercice

Le poids des institutions privées dans la gouvernance de la santé

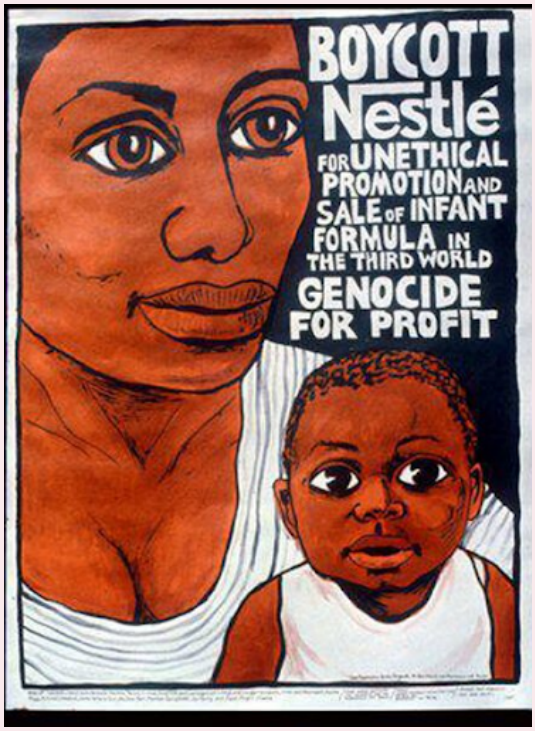
Dotée de 50 milliards de dollars, la Fondation Bill et Melinda Gates est devenue la plus grande organisation philanthropique du monde. Œuvrant en priorité dans le domaine de la santé, elle a apporté un soutien financier massif à la lutte contre le sida, la tuberculose, le paludisme ou encore la poliomyélite. Sa contribution annuelle au budget de l'OMS, qui atteint 10%, en fait un acteur incontournable des politiques mises en œuvre par cette OI. Si, pour certains, la généreuse implication de ce donateur privé constitue une chance pour l'humanité, d'autres pointent en revanche les dangers de le voir influencer à ce point la politique de l'OMS. Des théories complotistes présentent même Bill Gates comme un véritable danger pour l'humanité. La Fondation Bill et Melinda Gates : une chance pour l'humanité ?

Travailler en classe

L'OMS acculée entre les intérêts des industriels et des activistes : le cas des substituts du lait maternel

Le processus qui a finalement conduit à l'adoption en 1981 du **Code international de commercialisation des substituts du lait maternel** constitue un bon exemple des difficultés que l'OMS peut rencontrer lorsqu'elle cherche à édicter des normes internationales qui heurtent des intérêts commerciaux. Les discussions sont parties des conclusions d'un groupe de travail des Nations Unies en 1969 qui affirmaient que l'allaitement au sein déclinait dans le monde entier. Sans qu'on puisse avec certitude en identifier les raisons exactes, la promotion des laits en poudre jouait probablement un rôle important dans ce déclin statistique. Sur cette constatation, le groupe de travail cherche à collaborer avec les États et les industriels pour décider des mesures les plus adéquates afin d'enrayer cet abandon progressif de l'allaitement maternel. Un article de journal du New Internationalist paru en 1973, puis le lobbying de plusieurs ONG (principalement War on Want, Oxfam, Christian Aid, Third World First) politisent progressivement le débat. En effet, l'article met directement en cause les produits de substitution du lait maternel, il accuse les fabricants non seulement de déguiser les vendeuses en infirmières afin de convaincre les mères d'acheter du lait de substitution plutôt que d'allaiter, mais également de vendre des produits frelatés dans le tiers-monde et d'être ainsi responsables de décès infantiles. Le rapport du journaliste anglais Mike Muller, *Nestlé The Baby Killer*, incrimine directement Nestlé d'être responsable de la malnutrition infantile dans le tiers-monde en raison de ses ventes de lait de substitution.

Le débat se radicalise dans les années suivantes, il perd peu à peu tout caractère technique. Les activistes, regroupés dans l'**Infant Formula Action Coalition** (INFACT) accusent les multinationales de s'enrichir sur le dos des enfants du tiers-monde alors que les statistiques officielles sont insuffisantes pour prouver un lien de corrélation entre l'emploi de substituts de lait maternel et la mortalité infantile.



Campagne d'INFACT pour boycotter Nestlé.
© Rachael Romero/San Francisco Poster Brigade (SFPB), 1978

En 1978, l'OMS se voit finalement confier le mandat (en collaboration avec l'**UNICEF**) d'élaborer un code éthique de commercialisation des substituts de lait maternel. De leur côté, les industriels se regroupent dans une association, l'**International Council of Infant Food Industries**, afin de tenter de réglementer de manière plus transparente leurs activités dans le tiers-monde. Néanmoins, l'INFACT maintient ses accusations et le travail de l'OMS est extrêmement difficile en raison des attaques incessantes rendant le dialogue entre les activistes et les industriels impossible. Il est décidé d'adopter finalement une recommandation moins contraignante juridiquement, mais qui a l'avantage de remporter plus facilement le consensus des États. Seuls les États-Unis s'opposent au code de conduite adopté par l'Assemblée mondiale de la santé en mai 1981 (avec trois abstentions). Ce débat qui a soulevé beaucoup de passions montre à quel point les questions de santé peuvent se politiser. A la fin, la discussion ne portait plus vraiment sur le terrain scientifique afin d'essayer de résoudre les problèmes nutritionnels des enfants dans le tiers-monde, elle s'est transformée en pugilat contre les multinationales de l'alimentation dont les ONG cherchaient à ternir l'image (Beigbeder 2015).

Échaudé par cette expérience, lorsqu'en 1978 l'Assemblée mondiale de la santé invite l'OMS a rédigé un code de pratiques commerciales pour les **médicaments essentiels**, s'opposant ainsi frontalement aux intérêts de l'industrie pharmaceutique, le Directeur général, le Dr Halfdan Mahler (1923-2016), fait tout son possible pour éviter une confrontation avec ces dernières et les pays occidentaux. Une stratégie pharmaceutique fut approuvée en 1986 par l'Assemblée, mais l'OMS n'élabore jamais de programme d'action de pratiques commerciales pour les médicaments comme elle l'a fait avec les substituts de lait maternel.

Bill Gates (BMGF), discutant avec Tedros Ghebreyesus (OMS), Ngozi Okonjo-Iweala (GAVI) et Peter Sands (Fonds mondial) lors du World Economic Forum en 2019. © World Economic Forum/ Manuel Lopez, 2019

Depuis le début du 21ème siècle les PPP se sont multipliés et de nouvelles organisations (à Genève) ont également été créées à l'instar de GAVI, COVAX ou GAIN. La gouvernance de ces nouvelles institutions implique le secteur privé, les grandes **fondations philanthropiques** et la société civile. Les critiques à l'encontre de ce nouveau mode de collaboration sont néanmoins nombreuses. Un chiffre parlant : en 2021 la contribution de la Fondation Gates à l'OMS - son plus important donateur privé - représente à elle seule environ 10% du budget de l'institution, ce qui en fait le second contributeur derrière les États-Unis (SwissInfo, 11 mai 2021). Au plus fort de la crise du Covid-19 les États-Unis ont menacé de se retirer de l'OMS, ce qui aurait eu pour conséquence de faire d'un mécène privé le principal soutien d'une organisation inter-gouvernementale avec tous les problèmes que cela pose en terme d'influence et d'ingérence. Les PPP engendrent aussi leur lot d'effets négatifs sur les systèmes nationaux de santé. En effet, ils sont caractérisés par une approche verticale de la santé (définie par l'OMS comme un programme financé, géré, presté et contrôlé verticalement, par opposition à l'approche horizontale qui propose un programme dont le financement, l'organisation et la gestion sont intégrés mais avec des prestations séparées), or l'implémentation de programmes spécifiques financés par ces partenariats nécessitent ses propres processus qui viennent empiéter sur le fonctionnement général des systèmes de santé des pays bénéficiaires. De plus, ces partenariats cachent mal parfois l'inadéquation du soutien aux besoins des pays aidés, car l'acheminement de l'aide se fait souvent vers des initiatives de santé à forte visibilité alors que d'autres qui seraient peut-être plus urgentes sont négligées (Barry 2015).

Dans un sens, le développement de ces nouvelles institutions avec leurs modes de financements innovants sont des projets porteurs car, chacun à leur manière, ils visent à générer des flux financiers importants et constants, ce qui permet de mener des projets sur le long terme et évite aux pays bénéficiaires de devoir continuellement entreprendre des démarches d'aide. Les logiques de mutualisation d'**Unitaid** par exemple, favorisent l'obtention des médicaments contre le **VIH/sida** à des prix beaucoup plus avantageux que si les pays du Sud devaient négocier directement avec les grandes compagnies pharmaceutiques pour les acheter. Seul l'avenir permettra d'évaluer à juste titre la pertinence et l'efficacité de ces PPP sur le long terme. Néanmoins, ce système de financement innovant soulève d'ores et déjà de nombreuses questions. Premièrement, au vu de leur multiplication, comment faire pour garantir la coordination et la cohérence de tous ces nouveaux fonds et organisations, afin d'éviter les chevauchements de programmes. Ensuite, les choix d'actions de ces organisations sont souvent plutôt pragmatiques dans le sens où elles financent par exemple des vaccins ou l'accès à des médicaments. Ces choix sont judicieux car ils permettent d'obtenir des résultats concrets et immédiats, mais ils laissent entière la question des systèmes de santé nationaux dont les infrastructures et le personnel doivent aussi être développés et donc financés pour assurer leur indépendance sur le long terme. Ces nouveaux partenariats qui permettent aux acteurs privés d'intervenir dans le domaine de la santé posent la question du rôle politique ainsi offert à des acteurs privés. En effet, en finançant spécifiquement certains projets ou programmes, ce sont eux qui orientent les décisions et les choix sanitaires parfois à la place des États (Muller 2011).

Travailler en classe

Les médicaments, la gouvernance de la santé et l'industrie pharmaceutique

L'accès aux médicaments dans les pays pauvres constitue un problème central et un enjeu éthique de la santé globale, inhérent à l'activité de l'industrie pharmaceutique. Plus de 80% des ventes mondiales de médicaments sont effectuées dans les pays industrialisés. Cette inégalité dans la distribution des médicaments va de pair avec une autre injustice : les maladies à forte morbidité sont beaucoup plus importantes dans les pays en développement. Les rapports de l'OMS ont montré que l'accès à des médicaments appropriés a un impact substantiel sur la santé des populations et les indicateurs économiques qui s'y rapportent. Des médicaments, des vaccins et des dispositifs médicaux de qualité, sûrs et efficaces sont essentiels au bon fonctionnement du système de santé.

Cependant, la globalisation du commerce peut entraver la réglementation, et les pays avec des ressources limitées sont confrontés à des situations concernant des médicaments de qualité inférieure, contrefaits ou à des pénuries. L'accès aux **médicaments essentiels** est reconnu comme un droit universel par la communauté internationale ; la différence entre cet idéal et la réalité est en partie liée au fonctionnement du marché pharmaceutique. Deux obstacles principaux s'opposent à la distribution équitable des médicaments essentiels : leur disponibilité et leur accessibilité. La disponibilité est liée directement aux investissements que les laboratoires pharmaceutiques sont prêts à faire pour la recherche et le développement. Or ces derniers n'ont aucun intérêt économique à développer des médicaments pour des pays insolvables. La question du coût de la recherche et du développement d'un nouveau médicament constitue l'argument récurrent des compagnies pour justifier des prix élevés pour leurs nouveaux médicaments. Quant à la question de l'accessibilité, elle est assujettie au prix du produit qui doit être abordable (Gateaux 2008).

Exercice

Les inégalités d'accès aux médicaments

Le 15 octobre 2020, l'Inde et l'Afrique du Sud, soutenus par une centaine d'États, avaient réclamé aux États membres de l'OMC, de suspendre temporairement la propriété intellectuelle sur les produits pharmaceutiques permettant de lutter contre le Covid-19. Cet obstacle levé, les pays du Sud auraient alors la voie libre pour autoriser des industriels locaux à produire des vaccins et des traitements en utilisant la formule des fabricants (Pfizer-BioNTech, Moderna, AstraZeneca, Johnson & Johnson,...), et sans que ceux-ci ne puissent s'y opposer. Comment offrir un accès équitable à la santé et s'assurer en même temps de la bonne gouvernance de l'industrie pharmaceutique, qui reste un acteur indispensable ?

Travailler en classe

Un travailleur de la santé distribue gratuitement des médicaments dans un hôpital à Kasur, Pakistan.
© OMS/Asad Zaidi, 2018

La stratégie de l'OMS consiste principalement à améliorer l'accès aux produits pharmaceutiques essentiels tout en limitant la propagation des produits contrefaits. Elle cherche également à obtenir des réductions de prix et à étendre la recherche et le développement des maladies rares ou orphelines qui sont souvent négligées par l'industrie car considérées comme non rentables. Elle s'appuie sur l'Objectif de développement durable (ODD) 3 selon lequel tous les êtres humains doivent avoir accès à des services de santé et des médicaments sûrs et efficaces d'ici 2030.

L'accès aux médicaments peut être pensé en termes d'accessibilité et de disponibilité, néanmoins afin de comprendre les enjeux, le poids des acteurs impliqués et les facteurs de blocage, il s'avère nécessaire d'examiner les processus politiques qui sont à l'œuvre. C'est l'**épidémie** de **sida** qui, au tournant des années 2000, révèle au grand jour des dysfonctionnements déjà connus depuis longtemps, et qui permet également de mettre la question de l'accès aux médicaments sur l'agenda international des Nations Unies. L'OMS et l'ONUSIDA s'impliquent pour favoriser l'accès des pays du Sud aux médicaments, tandis que l'OMC a largement contribué à faire de la question un enjeu de gouvernance mondiale. À leurs côtés, les gouvernements, l'industrie pharmaceutique, les ONG et la société civile défendent chacun à leur manière leurs propres intérêts. Il faut se garder cependant d'une vision trop manichéenne qui oppose les politiques de ces différents acteurs. En effet, les enjeux sont multiples : les politiques de santé doivent se préoccuper à la fois du développement durable, de l'organisation du commerce mondial, des stratégies des entreprises et de la sécurité globale.

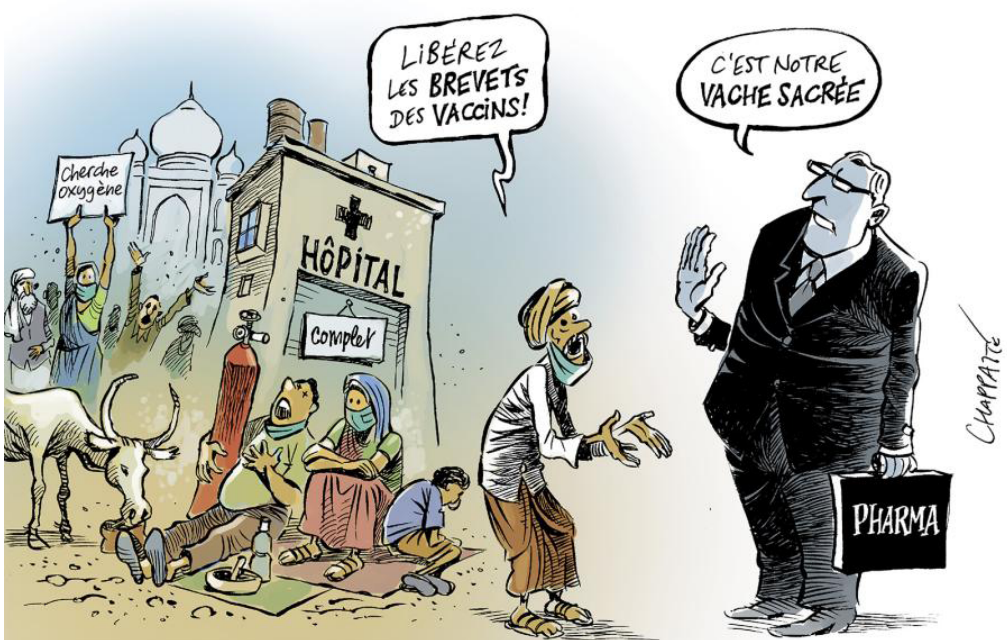
Plusieurs questionnements sont ainsi à l'œuvre : comment offrir un accès équitable à la santé et s'assurer en même temps de la bonne gouvernance de l'industrie pharmaceutique, qui reste un acteur indispensable ? Comment organiser les solutions de santé dans le temps long sans céder aux solutions rapides qui semblent plus faciles ? Et enfin, comment concilier l'accès aux médicaments et la protection de l'environnement ? Une autre simplification dont il faut se garder, est celle de considérer l'accès aux médicaments comme un processus unique du Nord vers le Sud. Si au début des années 2000, les entreprises pharmaceutiques des pays développés perturbent l'accès aux médicaments pour les pays du Sud, notamment à travers les discussions au sein de l'OMC, il apparaît de plus en plus que les processus à l'œuvre dans les politiques d'accès aux médicaments constituent des processus transnationaux. A cet égard, les ONG du Sud sont très influentes dans les mobilisations internationales et de plus en plus de compagnies pharmaceutiques créées au Sud (comme au Brésil, en Thaïlande ou en Inde) viennent concurrencer celles du Nord (Kerouedan 2011).

Le saviez-vous ?

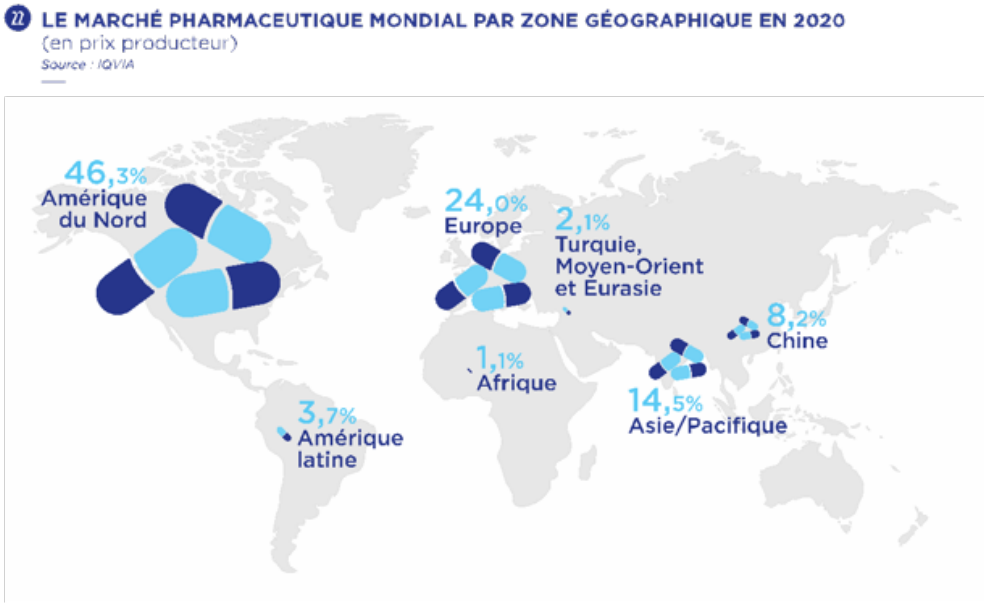
Vaccin contre le virus Ebola : un test clinique grandeur nature

L'autorisation d'usage d'un nouveau vaccin obéit à un protocole rigoureux dont la durée se compte souvent en années, voire en décennies. Lors de la très grave épidémie d'Ebola en Afrique de l'Ouest en 2014-2015, qui a provoqué la mort de plus de 11'000 personnes (mortalité de 50% des personnes infectées), l'OMS a autorisé l'usage d'un vaccin alors expérimental.

Cet usage à grande échelle sur l'être humain, normalement interdit avant l'homologation officielle du produit, a été rendu possible par l'urgence sanitaire due à un virus très contagieux. Sous la surveillance de l'OMS, en vertu d'un protocole spécial dit "d'usage compassionnel", le vaccin a été administré à plus de 350'000 personnes en Guinée en 2014-15 et lors des flambées de maladie à virus Ebola qui ont touché la République démocratique du Congo de 2018 à 2020. L'OMS a préqualifié le vaccin injectable Ervebo (fabriqué par Merck) en novembre 2019, après qu'il a été jugé conforme aux normes de l'OMS en matière de qualité, d'innocuité et d'efficacité. L'Agence européenne des médicaments et la Food and Drug Administration (FDA), aux États-Unis, ont depuis approuvé le vaccin (Le Temps, "Cette fois, il y a un vaccin contre le virus Ebola", 15.05.2018).



"Covid : le calvaire de l'Inde"
© Chappatte/Le Temps, 2021



Carte de la répartition de la production de médicaments dans le monde.
© Leem/2021

Liens de l'OMS avec l'industrie pharmaceutique

La stratégie de l'OMS comme de l'ONUSIDA, de l'Institut des Nations Unies pour la formation et la recherche (UNITAR) ou des ONG du secteur de la santé qui consiste à promouvoir un meilleur accès aux médicaments et aux vaccins pour les pays pauvres, à favoriser la mise en œuvre de critères éthiques dans la production et la distribution de médicaments et à encourager des réductions de prix et des extensions de la recherche pour des traitements pas toujours rentables, ne peut que se heurter aux intérêts de l'industrie pharmaceutique. Dans les diverses controverses qui ont émaillé l'histoire des règlements de la santé globale, cette dernière a généralement bénéficié du soutien des pays industrialisés, au premier chef les États-Unis, et a toujours cherché à repousser l'interventionnisme des Nations Unies ou toutes réglementations internationales (Beigbeder 2011).

La relation entre l'OMS et l'industrie pharmaceutique est par essence inégale. En effet, l'Organisation a besoin du concours des grandes compagnies pharmaceutiques, de ses ressources, de sa capacité de production et de distribution de médicaments et vaccins et enfin de son aptitude à développer de nouveaux produits. L'inverse n'est pas vrai, l'industrie n'a pas besoin de l'OMS. Cependant, dans un monde où l'image est toujours plus importante, l'industrie pharmaceutique peut trouver un intérêt à s'associer à certains de ses programmes pour communiquer comme une compagnie vertueuse qui se soucie de l'intérêt du plus grand nombre. De plus, participer aux travaux de l'OMS constitue également un moyen pour l'industrie pharmaceutique de défendre ses intérêts.

Néanmoins, comme la relation est asymétrique, l'OMS a souvent été accusée dans la presse de « faire le jeu des **big pharma** ». Elle a notamment fait l'objet de vives critiques pour sa gestion de la pandémie de **grippe A (H1N1)** apparue en 2009. Sa prise en charge de la **pandémie** a été remise en question début 2010 et son manque de transparence sur ses liens avec l'industrie pharmaceutique lui a valu deux rapports accablants. L'OMS est notamment accusée d'avoir été influencée par les entreprises pharmaceutiques en déclarant prématurément l'état de pandémie ce qui a entraîné une vague de panique au sein de la population qui s'est précipitée sur les vaccins. Ces accusations ont été réfutées par la Directrice générale de l'OMS, la Dr Margaret Chan : « Je peux vous assurer qu'à aucun moment je n'ai vu la moindre preuve tendant à montrer que les intérêts de l'industrie pharmaceutique ont influé sur les décisions ou les avis des conseillers scientifiques à l'intention de l'OMS, au détriment des considérations de santé publique. » (Examen externe de la riposte de l'OMS à la pandémie de grippe A (H1N1), septembre 2010).

La première bataille entre l'OMS et l'industrie pharmaceutique a lieu lors de l'établissement en 1977 de **la liste sur les médicaments essentiels**. Cette initiative a pour but de fournir une aide et une référence aux pays quand ils établissent leurs politiques pharmaceutiques nationales. Initialement composée de 208 médicaments, elle contient, en 2022, 460 produits pharmaceutiques différents. Bien qu'elle n'ait pas été conçue comme une norme mondiale, qu'elle ne soit pas contraignante et qu'elle soit destinée à être adaptée, cette liste sert de guide pour l'achat et l'approvisionnement en médicaments aux niveaux national et local. Un an après sa publication, en 1978, l'Assemblée mondiale de la santé constate que la plupart des pays n'ont pas accès à des médicaments essentiels pour assurer la **santé publique** de leur pays et elle adopte une résolution qui propose de réduire et de fixer le prix des médicaments ainsi que d'établir un code de pratiques commerciales. Cette résolution fait l'objet de critiques de la part de l'industrie pharmaceutique soutenue par les États-Unis et d'autres pays industrialisés à l'OMS. Il s'agit en effet d'une attaque frontale contre les intérêts de l'industrie pharmaceutique des pays riches, qui se défend en affirmant qu'il est question d'un défi à la liberté de commerce, nuisible à ses intérêts et au commerce en général. Au début des années 1980, les États-Unis en particulier s'insurgent contre cette liste car ils estiment qu'elle interfère avec les intérêts de leur industrie pharmaceutique. Pour eux, il s'agit d'une tentative de contrôler la production et la distribution des médicaments. Le gouvernement américain a ainsi gelé ses paiements à l'OMS en 1985 afin de peser dans le débat.

Le Directeur général de l'époque, le Dr Halfdan Mahler, souhaite à tout prix éviter de reproduire les controverses et les difficultés que l'OMS avait connues quand elle a cherché à établir le Code international de commercialisation des substituts du lait maternel. Avant d'adopter un quelconque code de pratiques commerciales pour les médicaments essentiels, il négocie donc avec l'industrie pharmaceutique en amont pour éviter toutes confrontations postérieures lors des réunions d'expertes et d'experts de l'OMS. En fin de compte, les intérêts de l'industrie pharmaceutique (et des pays industrialisés) ont prévalu et l'Assemblée mondiale de la santé en 1986 s'est contentée d'adopter la **Stratégie pharmaceutique révisée** pour assurer un usage rationnel des médicaments, et elle n'a plus cherché à élaborer un code international de pratiques commerciales pour les médicaments essentiels (Beigbeder 2011). Cependant, dans la pratique, de nombreux États ne possèdent pas de loi nationale pour réglementer la promotion pharmaceutique, ou si la loi existe elle est peu appliquée. Dans un certain nombre d'autres pays, l'usage des médicaments est autorisé sans base scientifique. Cet état de fait nécessite une harmonisation globale de la réglementation des médicaments joint à des mécanismes de contrôle. L'Assemblée mondiale de la santé adopte, dans cet esprit, en 1988, les **Critères éthiques applicables à la promotion des médicaments**.

Durant les premières décennies d'existence de l'OMS, les liens entre ses fonctionnaires et l'industrie pharmaceutique sont plutôt distants, même si le secteur public international et le secteur privé commercial ont des interactions notamment lors des tentatives d'élaboration de règlements internationaux. Les conditions évoluent à partir de 1998, quand la Directrice générale de l'OMS, **Gro Harlem Brundtland**, décide de rechercher et développer des **partenariats public-privé (PPP)** dans de nombreux domaines pour relancer les programmes de son Organisation. En effet, à partir de ce moment, les industries pharmaceutiques sont régulièrement sollicitées par l'OMS et d'autres agences internationales (Beigbeder 2011). Les dirigeants de l'industrie pharmaceutique ont aussi de leur côté changé leur approche stratégique, en reconnaissant progressivement leurs responsabilités sociales.

À cet égard, les moyens d'action des compagnies pharmaceutiques sont multiples : dons, baisse des prix, programmes de recherche. L'industrie pharmaceutique déploie également de nombreuses œuvres philanthropiques qui se chiffrent en millions de dollars par an et par entreprise. Depuis 1987, Merck & Co, par exemple, réalise des dons d'ivermectine, le médicament pour lutter contre l'**onchocercose** en Afrique. Tandis que GlaxoSmithKline a offert des doses de son vermifuge albendazole pour traiter les enfants africains contre le risque des vers intestinaux (Beigbeder 2011). L'**Index de l'accès aux médicaments et aux vaccins** effectue une évaluation indépendante des efforts mis en œuvre par les vingt plus grandes compagnies pharmaceutiques pour améliorer l'accès aux médicaments dans les pays en développement, notamment par la gestion responsable et transparente de leurs brevets et de leurs licences.

Malgré ces efforts, l'industrie pharmaceutique a, à maintes reprises, été accusée dans la presse de faire pression sur l'OMS mais aussi sur les autorités nationales, le corps médical et leurs organismes afin de vendre leurs produits et ce parfois en dehors de tout contrôle scientifique ou éthique. Concernant l'OMS en particulier, la collusion des intérêts peut s'exprimer par l'intermédiaire des États qui leur sont favorables, ceux qui abritent des grands groupes pharmaceutiques (surtout les États-Unis mais aussi d'autres pays industrialisés comme la Suisse, la Grande-Bretagne ou la France). L'influence peut également s'exercer par le biais des expertes et experts qui œuvrent au sein des différents comités et qui ont bénéficié de largesses financières des **big pharma**. Enfin, l'OMS a parfois recruté directement des représentants d'un laboratoire ou d'une industrie pharmaceutique. Par exemple, en 1999, l'OMS fait une recommandation officielle de l'usage d'un médicament onéreux contre l'hypertension, décision prise sous l'influence d'un fabricant pharmaceutique qui avait réussi à peser sur le comité d'experts et qui est dénoncée par un collectif de médecins et de scientifiques (Beigbeder 2011).

Les critiques portées à l'encontre de l'industrie pharmaceutique ne concernent pas que ses liens avec l'OMS ; de manière générale cette industrie a presque aussi mauvaise presse auprès des opinions publiques que l'industrie pétrolière ou celle des armements, principalement car elle engrange des profits énormes grâce à sa politique de brevets. Ces profits qui pourraient encore être acceptables pour d'autres branches industrielles apparaissent comme inadmissibles pour une industrie qui touche à la vie et à la souffrance. La santé et les médicaments ont bien sûr un coût, mais l'industrie pharmaceutique n'a pas réussi à donner une image positive d'elle-même, par exemple en communiquant sur ses recherches ou ses avancées thérapeutiques, elle reste uniquement un symbole d'avidité financière. Néanmoins, depuis les années 2000, le développement de nombreux nouveaux **partenariats public-privé** qui impliquent les compagnies pharmaceutiques dans des collaborations aux côtés des grandes **fondations philanthropiques**, des

Le saviez-vous ?

Les médicaments essentiels

Dans l'esprit de la déclaration d'Alma-Ata les médicaments essentiels sont ceux qui répondent aux besoins de santé prioritaires d'une population. Il s'agit des médicaments qui doivent être disponibles en permanence dans un système de santé qui fonctionne bien, sous une forme galénique (médicamenteuse) appropriée, avec une qualité garantie et à un prix abordable au niveau individuel comme pour la communauté. Il existe un objectif moral derrière la mise en place de cette liste qui repose sur l'idée centrale que le développement de médicaments axé sur le commerce ne répond pas aux besoins médicaux des personnes les plus pauvres.

Cette liste n'a pas été conçue comme une norme de droit, mais plutôt comme un guide pour l'achat et l'approvisionnement en médicaments, au niveau national et local. Elle est régulièrement mise à jour tous les deux ans par des expertes et experts de l'OMS, puis depuis 2001, les révisions sont permanentes et l'inscription de nouveaux médicaments est basée sur des éléments factuels et non plus sur le consensus.

En 2020, l'OMS a lancé **une version numérique de sa Liste modèle des médicaments essentiels** dans le but de révolutionner la manière dont cet outil de référence peut être utilisé dans le monde. Cette initiative fait partie des efforts pour mettre les technologies numériques au service de la santé publique globale.

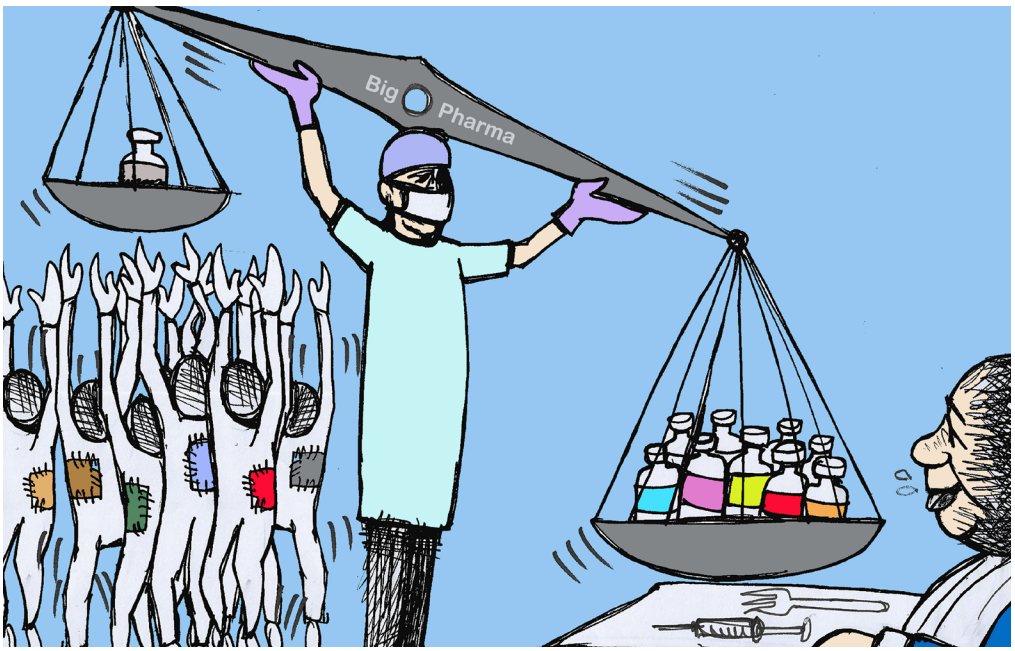
États, et des organisations multilatérales modifient progressivement la perception qu'on peut avoir d'un partenariat avec les industriels du médicament. Les compagnies pharmaceutiques font partie intégrante de la configuration nécessaire pour relever les défis du décalage sanitaire entre le Nord et le Sud (Sebbag in Kerouedan 2011).

En 1999 déjà, un partenariat entre le secteur public et privé est établi entre l'OMS, la Banque mondiale, la Fédération internationale de l'industrie du médicament, la Fondation Rockefeller, le Forum mondial pour la recherche de la santé, les Pays-Bas, le Royaume-Uni et la Suisse. Son but est d'encourager la découverte et la mise au point de nouveaux antipaludiques qui seraient financièrement accessibles pour les pays du Sud, le coût direct de la recherche et du développement ainsi que les risques d'échec sont pris en charge par le secteur public, tandis que les coûts de production et une partie des coûts de développement sont assumés par l'entreprise pharmaceutique responsable de la commercialisation du produit ainsi développé (Beigbeder 2011).

En 2001, l'OMS lance en partenariat avec l'UNICEF, l'UNAIDS et le FNUAP, et avec le soutien de la Banque mondiale, son programme de pré-qualification pour les médicaments, qui sert à évaluer la qualité, l'innocuité et l'efficacité des produits médicaux. L'OMS assure un contrôle rigoureux de la qualité des médicaments génériques et des médicaments brevetés. Ce contrôle est basé sur des standards internationaux normalisés pour l'évaluation des informations fournies concernant la qualité de produits, l'étude de la bioéquivalence, l'inspection des sites de fabrication, et l'assurance de la qualité des produits pharmaceutiques. Ainsi, les agences et les organismes qui gèrent l'approvisionnement en médicaments savent que les produits préqualifiés par l'OMS sont de qualité garantie, sans être obligés de les tester eux-mêmes. **La liste OMS des produits pré-qualifiés** permet également aux agences responsables de l'achat des médicaments de choisir entre les fabricants qui proposent des produits équivalents et donc de négocier des prix plus avantageux. L'évaluation des médicaments et les inspections sont réalisées par un groupe d'expertise externe à l'OMS. Grâce à ce programme, on assiste non seulement à une augmentation de la capacité de fabrication des produits génériques de bonne qualité, mais aussi au suivi de l'évolution de cette qualité. À l'origine, en 2001, le programme avait été créé pour mettre l'accent sur les médicaments visant à traiter le VIH/sida, la tuberculose et le paludisme. Fin 2012, la liste OMS de produits médicaux comptait plus de 316 médicaments préqualifiés pour les maladies prioritaires (Beigbeder 2011).

Enfin, on peut citer l'initiative sur les médicaments contre les maladies négligées (**DNDi**, The Drugs for Neglected Diseases initiative), un partenariat à but non lucratif, basé à Genève, qui travaille sur la recherche et le développement de traitements nouveaux et améliorés pour les maladies négligées, en particulier la trypanosomiase humaine africaine (la maladie du sommeil), la leishmaniose, la maladie de Chagas et le paludisme. Il s'agit d'un partenariat public-privé créé en 2003 sur l'initiative de l'ONG Médecins sans frontières (MSF) et qui englobe cinq organisations du secteur public (Fondation Oswaldo-Cruz du Brésil, Indian Council for Medical Research, Kenya Medical Research Institute, le Ministère de la santé de Malaisie et l'Institut Pasteur), MSF, le PNUD, la Banque mondiale et le programme spécial de l'OMS pour la recherche et la formation en maladies tropicales. Dans ce cadre, l'entreprise pharmaceutique privée Sanofi-Aventis a conclu en 2004 un partenariat avec la DNDi pour développer une molécule pour le traitement du paludisme aigu non compliqué. La molécule est non protégée par brevet et a été mise à la disposition du secteur public à un prix très bas. Le résultat - ASAQ Winthrop - est un succès puisqu'il a été préqualifié par l'OMS, approuvé dans 33 pays et plus de 537 millions de traitements ont été distribués entre 2007 et 2017. En effet, ASAQ Winthrop est la moins chère des combinaisons à dose fixe achetées par le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme et les partenaires d'achat du secteur public.

En définitive, si tous les partenaires semblent gagnants dans ces partenariats public-privé, les opérations philanthropiques apparaissent aussi comme un exercice de relations publiques de la part de l'industrie pharmaceutique. Favoriser l'accès aux médicaments, c'est l'opportunité de dépasser les problèmes éthiques posés par le commerce pour redorer leur image. La « pharmaco-philantropie », expression



« L'Équilibre ! Pauvres & riches...Vaccin »
© Hassan Bleibel/Cartoon Movement

popularisée par le rédacteur scientifique Peter Wehrwein dans un article en 1999, s'accompagne en réalité aussi de gains financiers qui compensent les fonds investis. Il s'agit d'un double gain concret, d'une part car les dons donnent droit à des avantages fiscaux, et d'autre part car les réductions de prix entraînent des hausses de commande et d'achats de médicaments. De plus, pour faire valoir ce comportement vertueux, les compagnies publient des rapports d'activités sur leur responsabilité sociale. Il ne s'agit pas seulement d'un nouveau concept moral, mais d'un instrument financier qui produit des fonds éthiques.

Ces nouveaux instruments financiers de développement durable ont le vent en poupe depuis 2015, ils correspondent à une attente sur le comportement des sociétés (pas seulement pharmaceutiques) et font désormais partie intégrante de la communication de nombreuses compagnies. Néanmoins, malgré l'objectif affiché de s'inscrire dans une pratique de développement durable, ces instruments financiers engendrent eux aussi de la capitalisation boursière à l'image du DJSI (Dow Jones Sustainability Index) (Gateaux 2008).

Le rôle opérationnel de l'OMS : lutte ou éradication des maladies

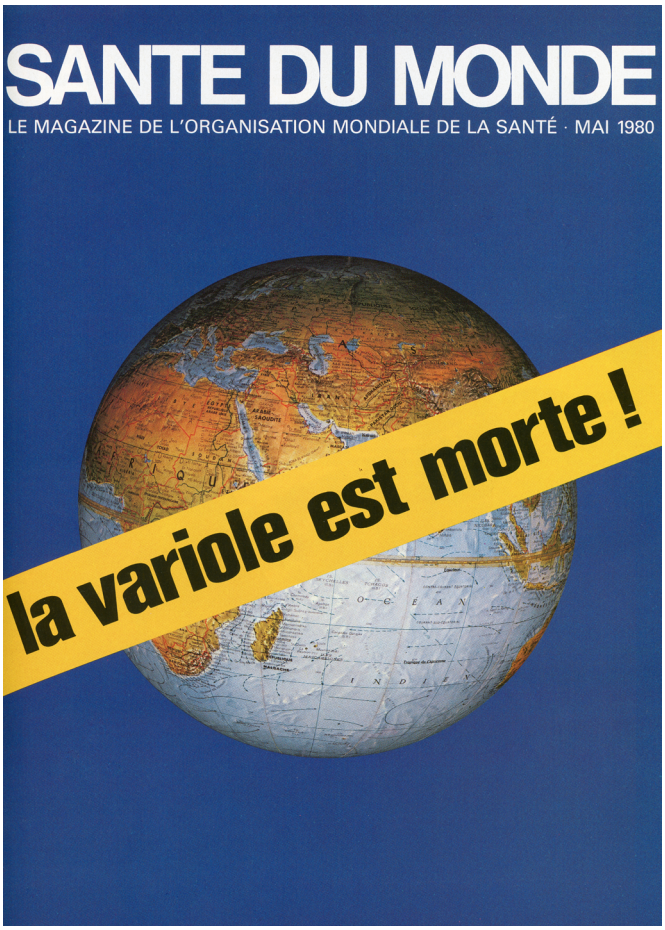
La 33ème Assemblée mondiale de la santé en 1980, proclame officiellement que « tous les peuples du monde sont désormais libérés de la variole ». L'éradication de la variole constitue en effet un grand succès pour l'OMS, c'est la réalisation de l'ambition à la base de la création de l'Organisation : mettre fin aux maladies grâce à l'action des immenses progrès de la médecine dont les effets sont décuplés par la collaboration multilatérale. Ce succès est ensuite devenu l'objectif pour de nombreuses autres maladies et en particulier la **poliomyélite** pour l'éradication de laquelle l'OMS œuvre sans relâche.

La **variole** fait partie des **maladies infectieuses** qui regroupent un large spectre de pathologies. Si la recherche a permis l'éradication de certaines d'entre elles grâce à la mise au point de vaccins spécifiques et des antibiotiques, il reste encore beaucoup de chemin à parcourir pour que toutes ces pathologies soient traitées. On assiste aujourd'hui également à une augmentation des résistances aux antibiotiques par les bactéries, ainsi qu'à l'émergence de nouveaux virus encore méconnus. Par ailleurs, la contagion d'individu à individu n'est pas automatique : si les **infections sexuellement transmissibles** ou la **tuberculose** se transmettent par l'humain, d'autres maladies comme le **paludisme** ou le tétanos, transmises respectivement par un parasite (le moustique) et une bactérie, ne sont pas contagieuses.

La plupart des maladies infectieuses sont guérissables aujourd'hui, mais certaines tuent encore des milliers de personnes chaque année dans le monde, à l'image du sida, du paludisme et de la tuberculose.

Les programmes opérationnels de l'OMS pour lutter contre des maladies comme la **variole** ou le **paludisme** sont labélisés « programmes verticaux » dans le jargon de l'Organisation et a priori ils sont donc en contradiction avec l'esprit de la **stratégie de santé pour tous** qui prône une approche horizontale et intégrée. L'OMS définit l'approche verticale comme un programme financé, géré, presté et contrôlé verticalement, par opposition à l'approche horizontale qui propose un programme dont le financement, l'organisation et la gestion sont intégrés mais avec des prestations séparées. Les arguments en faveur des programmes verticaux se fondent, principalement, sur le postulat que la concentration sur quelques interventions bien ciblées est une façon efficace de maximiser l'effet et le temps de réaction des ressources disponibles, plutôt que d'attendre des changements dans le système de santé qui permettront de proposer de meilleures prestations de services dans le futur. Néanmoins, le grand risque d'une approche sectorielle, maladie par maladie, est de constituer des équipes spécialisées dans des pays cibles au détriment d'une approche plus globale centrée sur la prévention et les soins de santé de base.

En raison des ressources financières limitées, tous les acteurs de la gouvernance globale se posent la question des priorités : est-il plus judicieux et efficace de renforcer de manière globale les structures sanitaires nationales (formation, assainissement, fournitures de médicaments) ou d'allouer les ressources à des campagnes spécifiques ? Chaque gouvernement est certes responsable en dernier ressort de ses choix nationaux, tandis qu'au niveau multilatéral l'OMS peut quant à elle décider de grandes stratégies et de lancer un programme spécifique. L'intérêt d'un programme vertical est double : une fois la cible (maladie) identifiée, l'OMS peut mobiliser tous les moyens adéquats pour



Couverture « La variole est morte » du magazine de l'OMS Santé du Monde.
© OMS, 1980

la combattre (vaccination, médicaments, personnel et financement), de plus, ce genre de campagne est beaucoup plus facile à évaluer. L'OMS porte néanmoins dans ce cas une grande responsabilité, car si les succès rehaussent sa réputation, les échecs risquent inévitablement de la ternir et d'engendrer une baisse des moyens qui lui seront alloués. Cette approche opérationnelle verticale a aussi engendré des problèmes institutionnels. Les décisions de ces programmes ainsi que l'allocation du personnel et des ressources sont généralement prises au siège de Genève par les directeurs de programme, tandis que leur implémentation a lieu de manière régionale dans les pays qui dépendent des bureaux régionaux de l'OMS. Immanquablement, il en est résulté des conflits d'autorité (Beigbeder 2015).

La première campagne d'éradication de l'OMS au début des années 1950 se focalise sur la **maladie du pian**, une maladie infectieuse de la peau très contagieuse. L'OMS estime qu'environ 20 millions de personnes souffraient de cette maladie dans les années 1950 en particulier en Haïti, au Brésil, en Indonésie, aux Philippines, en Thaïlande, en Inde, au Libéria et au Nigéria. De grandes campagnes d'éradication à l'aide d'injections de pénicilline sont menées par exemple en Haïti et en Indonésie, avec succès, car le taux d'incidence de la maladie tombe drastiquement de 95%. Néanmoins, la maladie n'en est pas pour autant éradiquée, notamment car elle est transmissible également par le singe, et des foyers réapparaissent dans les zones rurales. L'éradication de la maladie est abandonnée par l'OMS. Puis au début du 21ème siècle, grâce à de nouvelles techniques scientifiques et médicales, l'OMS remet l'éradication du pian sur son agenda intitulé **Lutter contre les maladies tropicales négligées pour atteindre les objectifs de développement durable: feuille de route pour les maladies tropicales négligées 2021-2030**. Cette nouvelle campagne vise à donner un nouvel élan à l'éradication de cette maladie d'ici 2030.

Malgré son échec relatif, la campagne d'éradication du pian a servi de modèle pour les campagnes verticales suivantes de l'OMS. En effet, elle a démontré que malgré leurs différends (lutte de pouvoir entre les deux organisations dès leur création), l'OMS et l'**UNICEF** pouvaient collaborer de façon constructive au niveau régional afin d'aider les gouvernements des pays pauvres, et elle a également mis en évidence l'incidence économique positive de l'élimination d'une maladie pour un pays (Cueto 2019).

La campagne d'éradication du paludisme dès les années 1950

Le paludisme ou la malaria, appelé également « fièvre des marais », est une maladie infectieuse due à un parasite propagé par la piqûre de certaines espèces de moustiques. En 2020, l'OMS estime que plus de 210 millions de personnes sont touchées et qu'environ 435'000 décèdent chaque année des suites d'un accès de paludisme. Devant les ravages de cette maladie et suite aux premiers résultats encourageants constatés après des campagnes de fumigation massives pendant la Seconde Guerre mondiale, un comité d'experts mandaté par l'OMS présuppose en 1947 que l'emploi du DDT contre les moustiques pourrait constituer un instrument de lutte efficace contre cette maladie. Confiante dans l'idée que la médecine dispose des connaissances et de la volonté nécessaires pour éliminer cette maladie infectieuse, l'Assemblée mondiale de la santé de 1955 approuve ainsi un programme afin d'éradiquer le paludisme dans le monde entier. L'éradication est évaluée dans les termes suivants : « l'arrêt de la transmission de la maladie et l'élimination du réservoir de cas contagieux par une campagne limitée dans le temps et exécutée avec un tel degré de perfection qu'à son achèvement il n'y ait pas de reprises de la transmission » (Assemblée de l'OMS 1959).

Ce programme devient rapidement l'activité principale de l'OMS. Entre 1959 et 1966 les dépenses liées au programme contre le paludisme représentent 10.8% du budget ordinaire et 27.2% des fonds volontaires (Beigbeder 2015). A cette époque aucun vaccin antipaludique n'est disponible et les médicaments disponibles rencontrent une résistance accrue, l'éradication est donc envisagée par des moyens indirects qui s'appliquent à l'environnement : la pulvérisation massive de DDT dans les habitations. L'implémentation de ces programmes nationaux devient exponentielle : en 1960 des campagnes d'éradication ont lieu dans 65 pays, en 1964 ils englobent plus des deux tiers de la population mondiale exposée à la maladie, et presque tous les pays en voie de développement possèdent leur programme d'éradication de la malaria. En 1966 l'OMS estime que désormais 52% de la population des zones primitivement impaludées sont exemptes de risques. Les campagnes nationales sont gérées de manière tripartite entre le gouvernement national, l'OMS et l'UNICEF. Un département spécial au sein du pays concerné est créé et dédié à ce programme, sur le modèle des campagnes de santé organisées précédemment par la fondation

Le saviez-vous ?

Le concept de santé pour tous

Le concept de santé pour tous d'ici l'an 2000 est issu de la Déclaration d'Alma-Ata de 1978 et repose sur cinq principes élémentaires :

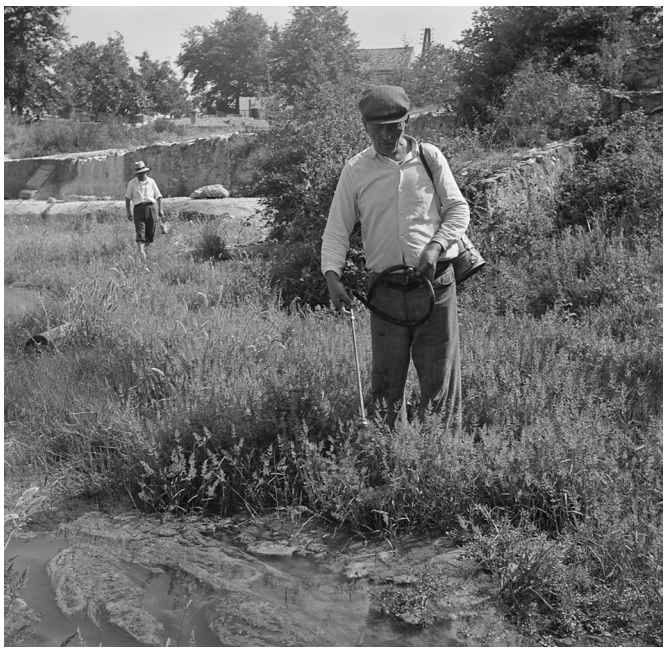
1. L'égalité en matière de disponibilité et de distribution des soins.
2. La participation active de la population au développement sanitaire.
3. La promotion de la santé et la prévention de la maladie doivent occuper une place identique dans les soins curatifs.
4. La technologie doit reposer sur des bases scientifiques solides tout en étant acceptable pour tous les intéressés et réalisables sur le plan économique.
5. Tous les secteurs de l'activité humaine entrent en ligne de compte en fonction de leurs effets respectifs, directs ou indirects sur la santé.

L'objectif de ce concept est de changer la mentalité des populations et le document initie un tournant décisif dans le domaine de la santé publique mondiale. Le concept de santé pour tous vaut pour tous les peuples et une attention particulière doit être accordée aux « défavorisés ».

Pour aller plus loin

Rockefeller. Un pays est considéré comme débarrassé de la malaria si après une période de trois ans aucun nouveau cas n'est déclaré. Les moyens humains et financiers investis dans ce programme sont immenses. Cependant, des obstacles d'ordre technique, administratif et opérationnel se font rapidement jour, en particulier la résistance aux insecticides, l'insuffisance des services nationaux de santé, le style de vie des habitations rurales et enfin la peur d'une grande contamination environnementale à cause des insecticides pulvérisés à grande échelle. Dès le milieu des années 1960, l'OMS doit admettre que sa campagne est en train de s'enliser. Ce constat est entériné par l'Assemblée mondiale de la santé de 1969 qui reconnaît l'échec de la campagne d'éradication du paludisme et révise sa stratégie ; il s'agit désormais de passer le relais aux services de santé nationaux qui doivent lutter contre la maladie. Cependant, il faut souligner que si l'idée de l'éradication mondiale est abandonnée, le programme a réussi à supprimer le paludisme de certaines régions où il était auparavant endémique comme le pourtour méditerranéen, de plus elle a sensiblement réduit le taux de mortalité. Enfin, cette campagne a eu le mérite d'attirer l'attention de la communauté internationale sur l'état désastreux des conditions de santé des populations rurales et la nécessité de ne pas concentrer uniquement les efforts de promotion de la santé dans les villes.

Dans les années 1970, il est devenu clair que l'approche verticale de la santé (définie par l'OMS comme un programme financé, géré, presté et contrôlé verticalement, par opposition à l'approche horizontale qui propose un programme dont le financement, l'organisation et la gestion sont intégrés mais avec des prestations séparées) ne pouvait au mieux donner que des succès temporaires et qu'il fallait retourner à une approche horizontale pays par pays pour combattre le paludisme. C'est la reconnaissance de la nécessité d'avoir une approche de la santé qui lie les programmes de contrôle des maladies au système de santé publique nationaux (Cueto 2019). Cette approche horizontale est entérinée par la Déclaration mondiale sur la lutte antipaludique adoptée lors de la Conférence d'Amsterdam en 1992 par plus de 100 États. La déclaration reconnaît la nécessité d'axer les efforts sur le renforcement des capacités locales et nationales.



Utilisation du DDT dans une zone de reproduction des moustiques, Grèce.
© OMS/Paul Palmer, 1956

La création du Partenariat RBM pour en finir avec le paludisme en 1998, la plus grande plateforme mondiale de coordination des actions en faveur d'un monde sans paludisme (qui regroupe des professionnels de la santé, des chercheurs, des pays donateurs, des entreprises privées et des organisations internationales), puis la création du Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme en 2002, témoignent de la difficulté que rencontre encore la communauté internationale pour vaincre cette maladie. La note positive vient de la mise en place d'un vaccin développé par la firme pharmaceutique britannique GlaxoSmithkline et recommandé par l'OMS en octobre 2021. Des essais concluants menés au Ghana, au Kenya et au Malawi ont motivé l'OMS à préconiser ce vaccin pour les enfants, car il permet de réduire de 30% les formes graves du paludisme. Même s'il s'agit d'une efficacité faible, ses effets seront majeurs dans les pays très affectés par le paludisme.

Débat autour du DDT

Le Bâlois Paul Hermann Müller synthétise en 1939 avec succès le DDT (dichlorodiphényltrichloroéthane), une molécule insecticide qui permet de neutraliser les épidémies de typhus et de paludisme. Un premier brevet est déposé en Suisse en 1940 et l'insecticide est utilisé avec succès par les Alliés pendant la Seconde Guerre mondiale en particulier sur le terrain Pacifique ainsi que dans la campagne d'Italie (épidémie de typhus à Naples en 1943, puis lors de la libération de la Sicile).

Le DDT ayant révélé son efficacité, la molécule est commercialisée en août 1945 et l'OMS le recommande dès les années 1950 lorsqu'elle lance sa campagne d'éradication du paludisme. Au milieu des années 1950 les compagnies américaines chimiques et pétrolières détiennent des parts immenses de ce marché et inondent le monde de DDT, contribuant dans un premier temps à faire reculer de manière notable cette épidémie dans certaines régions. Le programme d'éradication de la malaria de l'OMS a indirectement servi à subventionner ces industries.

Des doutes sont émis dès 1944 sur de possibles effets secondaires sur l'être humain et l'environnement de l'usage du DDT, mais c'est l'ouvrage *Printemps silencieux* de la biologiste américaine Rachel Carson, publié en 1962, qui alerte à grande échelle sur la catastrophe écologique qui s'annonce.

Trente ans après, le produit miracle qui a permis des succès sanitaires est devenu l'ennemi public numéro un. Son accumulation dans la nature et le corps humain est avérée, des animaux et des cours d'eau sont contaminés aux deux hémisphères ; de plus son efficacité diminue, car de plus en plus d'espèces deviennent résistantes. Au début des années 1970 des compagnies américaines d'insecticides écrivent au directeur de l'OMS et cherchent à l'influencer afin qu'il défende la poursuite de l'usage du DDT face à ces accusations. Peine perdue, il est impossible de restaurer le prestige du DDT devant les preuves scientifiques qui s'accumulent.

En 1972 est créé le Programme des Nations Unies pour l'environnement (PNUE) avec pour mandat de coordonner les activités de l'ONU dans le domaine de l'environnement, or le DDT devient le premier pesticide banni par l'agence. Son utilisation est pareillement proscrite aux États-Unis en 1972 et 38 pays, surtout occidentaux l'interdisent dans la foulée. Sa production décline, mais il continue à être exporté dans les pays en développement.

L'utilisation du DDT comme produit agricole est finalement interdite au début du 21ème siècle et son usage est régi par la Convention de Stockholm sur les polluants organiques persistants de 2001 qui vise à éliminer douze produits chimiques particulièrement polluants. Après l'arrêt de la production chinoise en 2009, seule l'Inde produit encore officiellement du DDT en 2017 et trois pays y ont encore recours pour combattre le paludisme : l'Afrique du Sud, le Mozambique et l'Inde. (sources : Cueto 2019 et Le Temps « Le DDT, de l'invention providentielle au polluant mortel », 01.08.2018.)

Pour aller plus loin

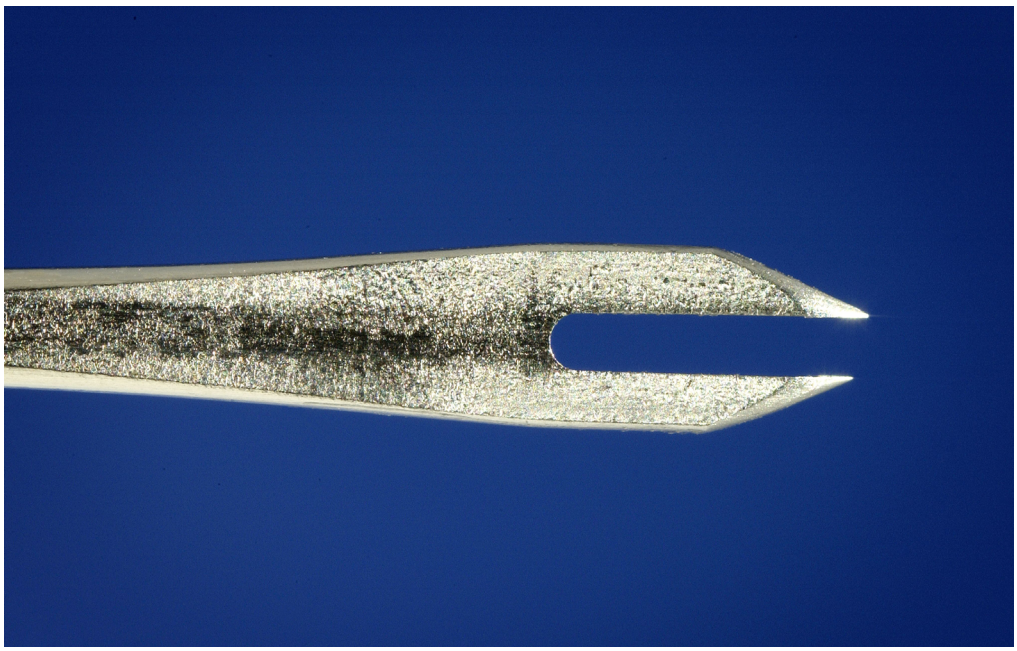
« Le DDT est bon pour moi ! » Publicité de Pennsalt Chemicals dans le magazine Time, en 1947.
© Pennsalt Chemicals Corporation/1947

Le grand succès de l'OMS : l'éradication de la variole en 1980

Le succès de l'éradication de la variole a marqué l'histoire de l'OMS sur le plan médical et géopolitique. En effet, il s'agit du premier succès humain contre une maladie importante. De plus, l'éradication de la variole a démontré l'importance de ne pas avoir une réponse rigide par rapport à une maladie mais au contraire à quel point des stratégies souples et variées étaient plus adaptées pour arriver à vaincre une maladie. Sur le plan politique, cette campagne a été rendue possible car, malgré la guerre froide, les deux superpuissances ont accepté de collaborer sur le plan technique et ont délégué leur autorité en la matière à l'OMS. Enfin, pour ce programme, la collaboration avec les gouvernements des pays en développement a été constructive (Cueto 2019).

La variole est une maladie ancienne qui a décimé plusieurs groupes de populations et était endémique dans certaines régions comme en Chine et en Inde. La découverte d'un premier vaccin à la toute fin du 19ème siècle permet de l'éliminer progressivement des pays industrialisés dans la première moitié du 20ème siècle, malgré des retours ponctuels après la Première Guerre mondiale. Dès les années 1950, l'OMS souhaite entreprendre une campagne massive que les progrès scientifiques des années 1960, couplés à la période de détente entre les États-Unis et l'URSS, rendent envisageable. Malgré l'échec relatif de l'éradication du paludisme dans les années 1960, l'Assemblée mondiale de la santé décide en 1966 de lancer un programme d'éradication de la variole et de le financer par le budget ordinaire de l'Organisation. La lutte contre cette maladie concerne le monde entier : les pays en voie de développement car ce sont les principales victimes de cette maladie, et les pays développés pour des raisons économiques et de **santé publique**. Pour cette raison, il est plus facile d'avoir un consensus à l'Assemblée mondiale de la santé sur ce sujet. Malgré le fait que la course aux armements se poursuive entre les deux super-grands à cette époque, les deux pays estiment qu'une collaboration est possible dans un domaine technique comme celui de la santé internationale. L'OMS sait saisir cette opportunité politique et lance un forum de collaboration multilatérale en encourageant des programmes d'experts et de médecins, et cette mise en commun internationale se révèle cruciale pour le succès de l'éradication de la variole.

Sur le plan opérationnel l'éradication de la maladie s'est faite à travers des campagnes de vaccination, facilitées par plusieurs conditions biomédicales. D'abord, contrairement à la malaria par exemple, l'humain constitue l'unique réservoir de cette maladie, de plus elle est facilement identifiable (pustules reconnaissables sur le corps et odeur), enfin, la transmissibilité de l'infection est faible et lente. Finalement, l'utilisation à large échelle de l'aiguille bifurquée à partir de 1969 permet d'améliorer considérablement les techniques de la vaccination. De plus, le programme a bénéficié de la mise en commun des compétences russes et américaines. L'expertise de l'épidémiologiste tchèque Karel Raška, directeur de l'Institut d'épidémiologie et de microbiologie de Prague et qui est convaincu de la possibilité d'éradiquer la variole, se montre utile lorsqu'il prend la tête de la division des maladies transmissibles de l'OMS en 1963. Puis les États-Unis, au milieu des années 1960, décident de faire de l'éradication de la variole une priorité, surtout pour des raisons de politique étrangère. Ils contribuent financièrement au programme, en espérant pouvoir en retirer un prestige politique auprès des pays en développement, convaincus qu'en promouvant leur système de santé, ils aideraient ces pays à se moderniser et se développer économiquement et donc en définitive ils réduiraient ainsi le risque d'infiltration communiste (Cueto 2019). Marcolino Candau, directeur général de l'OMS dans les années 1960, insiste d'ailleurs pour qu'un Américain dirige le programme d'éradication de la variole de l'OMS pour s'assurer du soutien des États-Unis (et peut-être aussi pour se prémunir en cas d'échec). Le programme est ainsi effectivement dirigé de 1966 à 1977 par le Dr Donald A. Henderson (1928-2016), physicien et épidémiologiste américain employé au Centre de prévention et de contrôle des maladies du service de santé publique des États-Unis à Atlanta, Géorgie (CDC). Ce choix est coopté par les Soviétiques, notamment sur la recommandation de Karel Raška qui avait travaillé avec lui précédemment.



L'aiguille bifurquée permet de contenir la dose parfaite de vaccin contre la variole entre ses deux pointes. Inventée par Benjamin Rubin, son avantage est son coût faible et sa facilité d'utilisation.
© USCDCP/James Gathany

Progressivement l'OMS passe d'une stratégie de vaccination de masse à une stratégie de surveillance et d'endiguement de la maladie, ce qui nécessite un travail de supervision très difficile dans les pays à forte population comme l'Inde où la maladie est endémique. Après des moments de découragement où le succès semble incertain car des cas réapparaissent dans certains pays, finalement, le 8 mai 1980, l'Assemblée mondiale de la santé endosse, non sans fierté, les conclusions de la commission mondiale pour la certification de l'éradication de la variole qui énonce que : « 1. L'éradication de la variole est réalisée dans le monde entier. 2. Il n'existe pas d'éléments d'appréciation permettant de penser que la variole fera sa réapparition en tant que maladie endémique. » (Beigbeder 2015). L'OMS peut se targuer d'un brillant succès.

Cependant, des voix dissonantes se font entendre au sujet des mérites réels d'une éradication de la maladie. En effet, les critiques ont souligné que les investissements financiers et humains pour éradiquer la variole ont été réalisés au détriment d'autres maladies et d'une approche globale de la santé. Les plus cyniques ont même affirmé que les populations pauvres ont évité la variole pour mourir d'autres maladies négligées par contrecoup. Les défenseurs du programme argumentent le contraire en soulignant la dynamique positive que l'éradication de cette maladie a généré sur l'ensemble des systèmes de santé. Ils énoncent que cet effort multilatéral, concerté avec les autorités nationales, a engendré une amélioration globale de la santé des pays. Ce succès est d'ailleurs mis en valeur par l'inauguration d'une statue dans les jardins de l'OMS à Genève pour fêter les 30 ans de l'éradication de la maladie. Cette campagne d'éradication fut loin d'être un processus linéaire et facile, elle a dépendu des aléas de la géopolitique, de l'intérêt des États-Unis, et de la collaboration et de la personnalité de nombreux directeurs et experts mondiaux. L'intérêt de ce programme dans l'histoire de l'OMS est de valoriser l'une des rares fois où l'Organisation a dépassé son rôle de coordination ou de conseil de programmes nationaux de santé, pour mettre véritablement en œuvre un projet de collaboration multilatérale mondiale (Cueto 2019).

Statue devant le bâtiment de l'OMS à Genève inaugurée en 2010 pour commémorer les 30 ans de l'éradication de la variole.
© OMS/Christopher Black, 2010

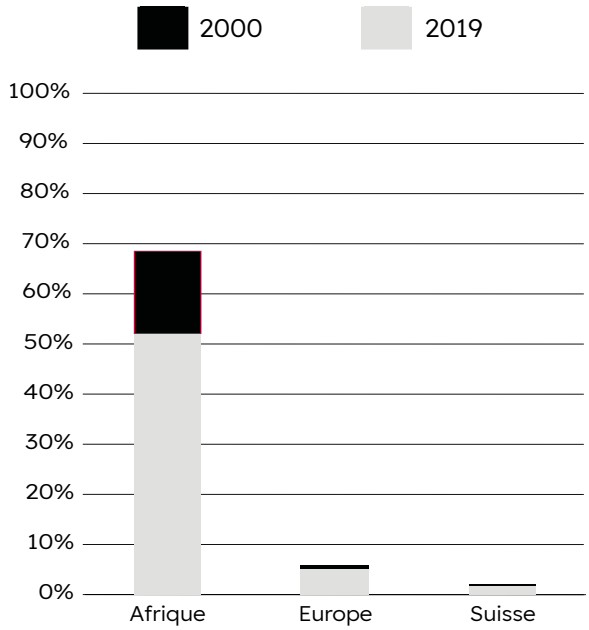
Le combat contre les maladies non transmissibles (MNT) et les troubles mentaux

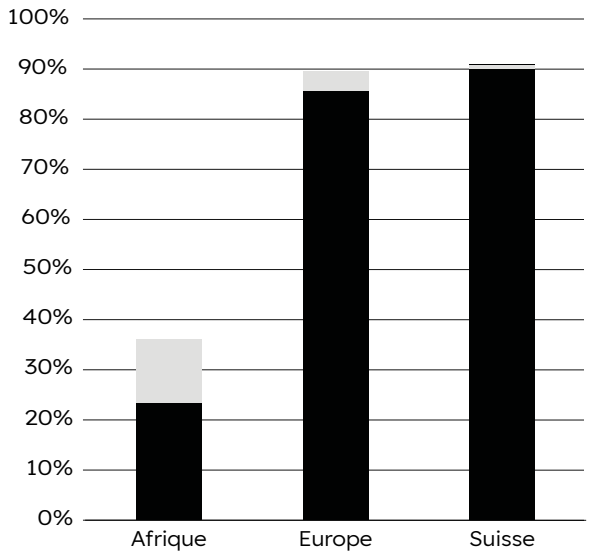
Bien qu'il n'existe pas de définition universellement acceptée des **maladies non transmissibles ou MNT**, l'OMS regroupe sous cette terminologie, les maladies de longue durée, de progression lente et non contagieuses telles que les maladies cardiovasculaires (accidents vasculaires cardiaques ou cérébraux) les **cancers**, les maladies respiratoires chroniques (comme la broncho-pneumopathie chronique obstructive ou l'asthme) et le diabète. Les maladies non transmissibles (MNT) qualifiées également de maladies chroniques, résultent d'une association de facteurs génétiques, physiologiques, environnementaux et comportementaux. Elles tuent chaque année 41 millions de personnes, ce qui représente 71% des décès dans le monde. De plus, les pays ne sont pas égaux devant les MNT, car près des trois quarts de tous les décès dus aux maladies non transmissibles et 82% des 16 millions de décès prématurés (avant l'âge de 70 ans), surviennent dans les pays à revenu faible ou intermédiaire (site Internet de l'OMS 2022).

La difficulté du combat contre les MNT réside dans le fait que la découverte d'un vaccin (comme pour lutter contre le Covid-19 par exemple) ne suffirait pas à résoudre la bataille contre ces maladies. En effet, l'origine de ces maladies est variée et appelle donc une réponse diversifiée. Le tabagisme, la sédentarité, la mauvaise alimentation et l'usage abusif de l'alcool sont les quatre facteurs principaux de risque qui augmentent la probabilité d'être sujet à une maladie non transmissible. La lutte contre les MNT repose en conséquence sur deux volets majeurs. Le premier se fonde sur la prévention, en luttant contre les habitudes de vie malsaines. Des mesures sont recommandées par l'OMS afin de lutter contre le tabac et l'alcool et encourager un mode de vie sain avec le développement de la pratique sportive et une alimentation équilibrée. Ce dernier point inclut de lutter notamment contre l'usage excessif d'aliments industriels avec du sel et du gras saturé. Le second volet de la lutte passe par la mise en place de système de dépistage, de diagnostic et de traitement des MNT, ainsi que des soins palliatifs pour les personnes malades.

En matière de prévention et de traitements, les experts de la **Banque mondiale** ont constaté de grandes disparités entre les pays riches et pauvres. Actuellement de nombreux traitements contre les MNT ne sont toujours pas accessibles dans les pays à faible et moyen revenu, de plus ces derniers dépensent moins que les pays riches dans la lutte contre les MNT, en raison le plus souvent d'une couverture sanitaire universelle et des services de santé limités. Par ailleurs, le vieillissement des populations, conjugué à la transition épidémiologique (meilleure prévention des maladies infectieuses et baisse de la fertilité), provoqueront, selon les experts, une domination des MNT dans les besoins en santé des pays à faible et moyen revenu ce qui entraînera une charge supplémentaire sur le coût de la santé. Les réflexions des acteurs de la gouvernance globale de la santé portent donc sur les moyens de prévenir les MNT, mais aussi sur la promotion des politiques publiques nationales qui prennent en compte le vieillissement de la population (Adeyi 2008).

Causes de Mortalité (le premier tableau montre le pourcentage de décès dus à des maladies infectieuses et le deuxième à des maladies non transmissibles)





La prise de conscience de la nécessité d'agir au niveau multilatéral pour lutter contre les MNT s'est réalisée au début des années 1990. Le système onusien et l'OMS en particulier ont adopté plusieurs déclarations et instruments juridiques pour encourager les États membres à prendre en charge les MNT. En 2004, l'OMS adopte une **Stratégie mondiale pour l'alimentation, l'exercice physique et la santé**, élaborée en consultation avec différentes entités onusiennes et la société civile, suivie de la rédaction du **Plan d'action mondial pour la lutte contre les maladies non transmissibles 2013-2020**. Ce plan d'action s'appuie sur plusieurs instruments déjà existants comme la **Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac**, la Stratégie mondiale pour l'alimentation, l'exercice physique et la santé, la Stratégie mondiale visant à réduire l'usage nocif de l'alcool, ainsi que le Plan de mise en œuvre visant à orienter les mesures prises en application des recommandations figurant dans le rapport de la Commission pour mettre fin à l'obésité de l'enfant. Il existe donc toute une série d'instruments juridiques pour mener des actions multilatérales afin de réduire les MNT, néanmoins l'OMS décide qu'il est nécessaire d'augmenter les efforts politiques. En 2017, dans le cadre des **objectifs de développement durable** (ODD) qui préconisent notamment de réduire d'un tiers, par la prévention et le traitement, la mortalité prématurée due aux maladies non transmissibles, et de promouvoir la santé mentale et le bien-être, le directeur général de l'OMS, le Dr Tedros Ghebreyesus, décide de créer une commission indépendante de haut niveau sur les maladies non transmissibles.

Cette commission de 28 membres, composée essentiellement d'anciens ministres de la santé et d'experts en santé issus de toutes les régions de l'OMS, a été conçue comme un outil politique de haut niveau chargé de deux objectifs majeurs : faire de nouvelles propositions pour combattre les MNT et soutenir les différents efforts politiques déjà en cours dans le monde. La Commission a publié un premier rapport en 2018 intitulé *Il est temps d'agir*, qui a servi de support à la réunion de haut niveau de 2018 de l'Assemblée générale de l'ONU qui a adopté une déclaration politique dans laquelle les États membres affirment leur volonté politique de lutter plus efficacement contre les MNT. En 2020, la commission indépendante de haut niveau sur les maladies non transmissibles publie un deuxième rapport, **Il est temps de joindre le geste à la parole**. Il a pour but de soutenir les efforts politiques de l'OMS et de proposer une série de solutions possibles afin de promouvoir et suivre l'action mondiale des États contre les MNT notamment en invitant les États à élaborer des approches cohérentes et inclusives qui placent la santé au cœur de toutes les politiques.

Les facteurs à l'origine des maladies non transmissibles sont clairement identifiés, certains médicaments sont disponibles pour alléger leurs effets et l'OMS a réalisé de multiples efforts politiques et concrets afin de lutter contre ces maladies. Si bon nombre d'interventions ont fait leurs preuves, de nombreux États sont en retard dans leur mise en œuvre. Les résultats sont encore très en deçà des cibles à atteindre dans le cadre des ODD. De multiples obstacles, de différente nature, se dressent en effet sur le chemin.

De manière générale, les rapports de l'OMS critiquent le manque de volonté politique, de mobilisation et des capacités d'action de la part de ses États membres, ainsi que l'insuffisance du financement accordée à cette cause. Les pays à revenu faible ou intermédiaire sont en effet confrontés à de nombreuses contradictions structurelles. L'effort économique nécessaire pour lutter contre les MNT et les choix nationaux prioritaires qui sont effectués ont pour résultat une grande difficulté pour ces pays à donner toute l'attention et l'argent qui serait souhaitable aux MNT.

Question débat

Libertés individuelles et santé publique

De plus en plus de villes partout dans le monde bannissent la cigarette de l'espace public. En Suisse, c'est d'ailleurs déjà le cas à Genève où une loi prohibe désormais les fumeuses et fumeurs « des lieux publics ou accessibles au public intérieurs ou fermés, ainsi que dans les lieux publics ou accessibles au public extérieurs ou ouverts ». Les lieux publics concernés par cette nouvelle loi sont les établissements de formation, les écoles et les garderies, les aires de jeux et les pataugeoires, les terrains sportifs et leurs tribunes, les patinoires et piscines. L'interdiction touche aussi les camps de jour et de vacances ainsi que les arrêts des transports publics. Les terrasses des bars ont toutefois été exclues de cette loi. Pour ou contre l'interdiction des cigarettes dans l'espace public ? Santé publique et libertés individuelles, faut-il choisir ?

Travailler en classe

Le choix et la responsabilité individuelle à mener une vie saine peut être promue à travers l'éducation. La littératie en santé est en effet reconnue être un élément déterminant de la santé publique, elle désigne la motivation et les compétences des individus à accéder, comprendre, évaluer et utiliser l'information en vue de prendre des décisions concernant leur santé. Néanmoins, les efforts éducatifs en vue de la prévention des MNT, ont pour l'instant eu des effets minimes sur les comportements généraux. Ils révèlent d'ailleurs les inégalités à l'intérieur des sociétés, et entre les sociétés. En effet, ce sont les personnes avec des ressources et les plus éduquées qui ont le plus de probabilité de faire des choix raisonnés en matière de santé. Les solutions éducatives pour changer les comportements se sont donc révélées coûteuses et sans grand effet. Les gouvernements ont par contre pris certaines décisions afin de contrer les effets de la pollution, une des causes des MNT. Leurs interventions sur les plans urbains des villes se révèlent beaucoup plus égalitaires, néanmoins pas toujours effectives car souvent trop circonscrites. Dans beaucoup de pays, le ministère de la santé reste un maigre ministère qui n'a pas beaucoup d'influence sur les autres organismes gouvernementaux.

De plus, de manière générale, le monde politique est très réticent à édicter des mesures qui iraient à l'encontre des grandes industries, comme celle de l'agroalimentaire, de l'automobile, du tabac ou de l'alcool (Hanefeld 2015). La globalisation et le néolibéralisme entravent en effet considérablement les mesures que pourraient prendre les États afin de combattre les MNT. De nombreux gouvernements se sont heurtés aux puissants lobbies quand ils ont cherché à établir des interdiction de consommation (tabac, alcool) ou préconiser de nouvelles règles dans la composition des aliments. La culture de la malbouffe s'est répandue à travers le monde, or cette nourriture particulièrement riche en gras, sel et sucre engendre du surpoids, de l'obésité et du cholestérol, à leur tour responsables de maladies du cœur, de diabète et de certains cancers. Conscients de cette réalité, des gouvernements tentent de favoriser des modes d'alimentation plus sains par la publicité et l'éducation, toutefois leur travail est entravé par l'action marketing globalisée des multinationales de l'agroalimentaire. C'est pourquoi l'OMS favorise de plus en plus des synergies avec le secteur privé pour tenter de dépasser ces blocages.

Question débat

La culture de la malbouffe

Dans une étude réalisée en 2017 par une revue scientifique médicale reconnue, il a été montré que la malbouffe et ses conséquences sur la santé étaient responsables de 11 millions de morts par an. Dans les pays de l'OCDE, 54% des adultes sont en surpoids ou obèses. Le plus haut taux se retrouve au Mexique où la situation sanitaire liée à la nutrition est critique. En 2018, 35,6% des enfants, 38,4% des adolescents et 75,2% des adultes avaient une fois dans leur vie atteint le degré de surpoids ou d'obésité. Pour l'OMS, le surpoids et l'obésité sont une épidémie contre laquelle il faut lutter. Elle a mis en place des mesures pour limiter sa progression, parmi lesquelles : la prévention dans les écoles du risque des maladies liées à la malbouffe, la promotion d'une alimentation saine et d'une activité physique régulière.

Travailler en classe

Historique

Le 19ème siècle : les prémisses de la coopération sanitaire internationale

La révolution industrielle en Europe occasionne un développement des moyens de transport et de communication et un essor sans précédent du commerce international et des voyages. Le versant négatif de cet élargissement des horizons est la propagation plus rapide de maladies épidémiques, telles que le choléra, la fièvre jaune et la peste. Les premiers pas de la coopération internationale en santé publique se réalisent ainsi dans la seconde moitié du 19ème siècle afin de tenter de contenir et réguler ces épidémies. Les grandes puissances européennes de l'époque ont organisé une série de conférences sanitaires internationales, la rédaction de conventions, et la création des premières institutions internationales de santé publique.

Les premiers balbutiements de coopération sanitaire internationale sont assez laborieux car en toile de fond se déroulent d'intenses rivalités économiques et politiques entre les puissances européennes en Orient. Derrière l'intérêt apparent des puissances impériales pour la lutte contre les épidémies se cache surtout la volonté de perpétuer le libéralisme économique en réduisant au minimum les mesures de quarantaine. De plus, les **épidémies** et les questions d'hygiène s'inscrivent plus généralement dans le contexte de la mission civilisatrice de l'Occident envers l'Orient, à une époque où l'Europe projette ses ambitions universalistes (Paillette 2012). Dès le départ, les questions sanitaires sont donc liées à des enjeux économiques et politiques.

Le gouvernement français est à l'origine de la première conférence sanitaire internationale qui se tient à Paris en 1851 pour discuter des meilleurs moyens de contenir l'épidémie de **choléra** qui s'est répandue depuis l'Asie en Europe et aux États-Unis au début du siècle. Cette conférence qui réunit douze gouvernements européens et l'Empire ottoman, adopte un projet de convention sanitaire internationale, ainsi qu'un règlement sanitaire préconisant notamment des mesures de quarantaine maritime. Les États sont cependant divisés sur le principe de la quarantaine, plusieurs d'entre eux y voient plutôt une entrave au commerce international et à leur souveraineté nationale qu'une mesure sanitaire. Par ailleurs, les connaissances médicales sur le choléra sont encore lacunaires. S'agit-il d'une maladie contagieuse importée de l'Est qui se transmet par le contact physique ou d'une **maladie miasmatique**, c'est-à-dire étant le produit de facteurs environnementaux externes, en particulier de conditions d'hygiène déplorables, présente dans l'air et pouvant donc proliférer sans contact physique ? Cette controverse scientifique sur les épidémies se poursuit jusqu'à la fin du 19ème siècle quand la théorie microbienne s'impose finalement grâce aux travaux de Louis Pasteur. Or les idées préconçues sur les épidémies contribuent à renforcer les préjugés des nations européennes « civilisées » à l'encontre des régions « en retard de développement » (Cueto 2019) et ralentissent la coopération internationale.

La première conférence sanitaire internationale est pourtant suivie de plusieurs autres, dont une à Washington en 1881, à laquelle participent les États-Unis pour la première fois. Puis, le cercle des États intéressés s'élargit progressivement à l'Égypte, la Perse, la Chine, le Japon et aux États sud-américains. Une nouvelle convention sanitaire internationale en 1903 permet d'adopter de nouvelles mesures contre le choléra et la peste. Elle est révisée en 1926 et complétée par des dispositifs visant la **variole** et le **typhus**. Les conférences sanitaires internationales se poursuivent jusqu'en 1938 et permettent la création progressive d'un réseau d'experts, de chercheurs en sciences médicales et de diplomates qui échangent sur leurs recherches respectives et les meilleurs moyens pour combattre les épidémies dans les ports, sur les bâteaux puis dans le transport terrestre et aérien.

L'idée de créer une organisation permanente dédiée à la santé internationale est envisagée depuis le début des conférences sanitaires internationales, et ensuite sérieusement discutée à la conférence de Paris en 1903 en raison d'une nouvelle flambée de choléra. Les échanges commerciaux sont perturbés par les mesures de cloisonnement et les nations européennes sont déterminées à créer un organisme qui permette de rassembler les données épidémiologiques et de superviser les modalités de la quarantaine. C'est dans ce cadre qu'est créé l'Office international d'hygiène publique (OIHP) en 1907. Le but de cette première organisation n'est pas tant de promouvoir la santé globale du monde, que de protéger les nations occidentales contre les « infections exotiques » issues des nations lointaines et pauvres (Cueto 2019). Les Européens ont un intérêt commun bien compris à coopérer en matière sanitaire.

La volonté politique de la France préside à la création de l'OIHP grâce à l'énergie déployée par quelques hommes, et notamment Camille Barrère (1851-1940), l'ambassadeur de France en Italie, fort de son expérience auprès du Conseil sanitaire d'Alexandrie. Les fonctions de l'OIHP, dont le siège est établi à Paris, se veulent modestes - il est chargé de collecter et diffuser des renseignements épidémiologiques ainsi que de veiller à l'œuvre des conventions sanitaires internationales - mais d'ambition universaliste puisque tout État qui en fait la demande peut en devenir partie au-delà des 26 États fondateurs. L'Office joue un rôle majeur pour l'adoption

d'une nouvelle convention sanitaire en 1912, participant ainsi à l'élaboration du droit sanitaire international. En parallèle, il développe la collecte de statistiques épidémiques afin de s'ériger en observatoire mondial de la progression des épidémies, il mène également ses propres enquêtes avec comme ambition de recommander les outils prophylactiques les plus efficaces.

Pendant la Première Guerre mondiale, l'OIHP se range aux côtés des puissances de l'Entente dans le conflit, et il est officiellement chargé par le quai d'Orsay de veiller à l'état sanitaire des armées et à la protection générale de la santé publique de la population civile (Paillette 2012).

L'entre-deux-guerres : la Société des Nations et l'Organisation d'hygiène

Le paysage sanitaire international se recompose après la Première Guerre mondiale. L'Office international d'hygiène publique (OIHP) a montré sa valeur ajoutée pendant la guerre, mais la grippe espagnole ainsi que le typhus qui s'abattent sur une Europe déjà dévastée en 1919 constituent des défis immédiats pour les nations. De nouveaux acteurs internationaux issus notamment de la **Société des Nations (SdN)** établissant son siège à Genève en 1920 sont constitués et collaborent avec les premières ONG humanitaires pour lutter contre les épidémies, comme par exemple la Ligue des sociétés de la Croix Rouge fondée en 1919 à Paris par Henry Davison (1867-1922), président du Comité de guerre de la Croix-Rouge américaine. Dans un premier temps, la Société des Nations est créée pour maintenir la paix. Cependant, l'article 23 de son pacte énonce dans son alinéa f que ses membres « s'efforceraient de prendre des mesures d'ordre international pour prévenir et combattre les maladies ». Sur cette base, la délégation britannique soumet un plan à la SdN afin de créer une organisation d'hygiène qui chapeauterait l'OIHP, de Paris. L'Organisation d'hygiène de la SDN (OH) voit le jour en 1923 à Genève et crée des ponts institutionnels avec l'OIHP même si les deux institutions sont clairement en compétition.

La Fondation Rockefeller : financier et arbitre en faveur de la SdN

C'est la Fondation Rockefeller qui joue le rôle d'arbitre dans les rivalités entre Paris et Genève. En effet, alors que les États-Unis ne font pas partie de la SdN, cette **fondation philanthropique** américaine soutient financièrement nombre des activités techniques de l'Organisation et au premier chef celles de l'OH de 1922 à 1937 en contribuant jusqu'à 40% de son budget annuel certaines années (Tournès 2016). De son côté, alors que le gouvernement américain soutient officiellement l'OIHP de Paris, il se rallie finalement à la stratégie de la Fondation Rockefeller, ce qui a comme conséquence de déplacer le centre de gravité des activités sanitaires internationales finalement à Genève.

Les ambitions de l'OH sont vastes et sous l'impulsion de son énergique directeur, le médecin et bactériologiste polonais Ludwik Rajchman (1881-1965), la section d'hygiène de la SdN s'engage dans des études approfondies sur des maladies comme le **cancer**, la **malaria** et la **lèpre**. L'OH créée un service de renseignement épidémiologique dont l'objectif est de construire une cartographie mondiale des maladies. Son annuaire sanitaire international, publié annuellement à partir de 1924, permet de construire une politique de veille sanitaire pour appuyer une politique de prévention. Cette initiative, comme d'autres, est reprise par l'OMS après 1945. La création d'un bureau sanitaire en Extrême-Orient (Singapour) doit en outre servir d'observatoire de contrôle des **épidémies** dans cette région. L'argent de la Fondation Rockefeller facilite la mise à disposition de l'OH d'un important personnel technique pour voyager dans les pays membres, et échanger sur les méthodes afin de lutter contre les maladies et d'intervenir en matière d'hygiène. Les experts de l'OH interviennent ainsi afin d'aider les gouvernements bolivien, grec et chinois dans les années 1920 afin de réorganiser leur service public de santé (Tournès 2016, Beigbeder 2015).

Personnel de l'Organisation d'hygiène de la SdN vers la fin des années 1920. Son président, Ludwik Rajchman, est à droite sur la photographie.
© Archives de la SdN, 1927

La grippe espagnole

(Maurel 2021, Morange 2012).

Les nations victorieuses de la Première Guerre mondiale ont célébré et entretenu la mémoire de cette guerre d'une façon si intense, qu'elles en ont éclipsé la grippe espagnole des mémoires collectives. Et pourtant, celle-ci a fait entre 20 et 50 millions de morts dans le monde, soit quatre à cinq fois plus que la guerre elle-même. La crise sanitaire de 2019 liée à la pandémie de Covid-19 a incité les experts à se repencher sur cette grave pandémie virale qui a sévi en 1918-1919 (jusqu'en 1921 dans certains pays) en tentant des comparaisons entre les deux crises. En termes d'importance historique, les deux phénomènes sont en effet comparables, ainsi que sur le plan épidémiologique les deux virus étant de type A et de sous-type H1N1.

L'origine exacte de la grippe espagnole est aujourd'hui encore discutée, Maurel et Morange s'accordent néanmoins sur le fait qu'elle est vraisemblablement apparue en Chine et a ensuite muté aux États-Unis. La grippe espagnole s'est propagée par les voyages commerciaux sur les paquebots remplis de voyageurs qui traversaient l'Atlantique. Le virus s'est ensuite répandu en Europe à travers le débarquement des soldats américains venus en renfort en 1917 pour aider les soldats de la Triple-Entente (France, Grande-Bretagne et Russie). Depuis l'Europe, le virus se diffuse ensuite dans les colonies. Ce virus est donc mal nommé ! S'il a été qualifié de grippe espagnole, c'est parce que durant la Première Guerre mondiale, l'Espagne est un pays neutre, elle n'est pas tenue au secret militaire, et c'est donc le seul pays qui publie librement des informations sur cette maladie.

La grippe espagnole s'est caractérisée par une mortalité 10 à 30 fois plus forte que la grippe saisonnière, avec un taux de létalité entre 2 et 5%. Elle a touché très sévèrement l'Inde : 18 millions de morts (soit 6% de sa population), la Chine : 9 millions, et l'Europe : 2,3 millions (25'000 morts en Suisse). La propagation de la grippe espagnole a été très forte pour deux raisons majeures. Premièrement, en Europe, les populations sont harassées et affaiblies par quatre années de conflit et les conditions sanitaires sont déplorables en particulier chez les militaires. Deuxièmement, les gouvernements n'étaient pas aussi avertis qu'aujourd'hui sur les mesures d'hygiène et de précaution élémentaires à prendre pour éviter les contaminations, et la réponse médicale a été très inadaptée : manque de lits, de médicaments et de personnel médical (massivement mobilisé sur les fronts militaires).

Néanmoins, l'épidémie de la grippe espagnole a pris fin grâce à l'immunisation de la population et certaines mesures qui sont les mêmes que celles préconisées par les experts pour lutter contre le Covid-19 : port du masque, mise en quarantaine des sujets infectés, fermeture des établissements publics et des écoles et limitation des rassemblements publics. La manipulation de l'information a elle aussi été à l'œuvre il y a cent ans, et les rumeurs sur les remèdes contre la grippe espagnole se multiplient : rhum, colliers de boules de camphre, injection de sérum ; toutes sortes de faux traitements font recette.

Sur le plan de la gouvernance mondiale, la grippe espagnole a eu comme effet bénéfique de motiver la coopération multilatérale en matière sanitaire. La Société des Nations crée en 1922 l'Organisation d'hygiène, ancêtre de l'Organisation mondiale de la santé (OMS).

Pour aller plus loin : Les grandes épidémies et pandémies - Résumé sur cartes

Des personnes portent un masque sanitaire pendant la pandémie de grippe espagnole en Californie.
© The Annual Dipsea Race/Mill Valley Public Library/Raymond Coyne, 1918

Enfin, les experts de l'OH examinent également les conditions d'hygiène en milieu rural, énonçant des recommandations pour y améliorer l'aide médicale, les services de santé et l'assainissement (Borowy 2010).

L'OH qui est considérée comme l'ancêtre direct de l'**Organisation mondiale de la santé (OMS)**, pose donc à la fois les fondations de la recherche, de la collecte statistique et de l'expertise technique internationale. Elle contribue à lutter contre les épidémies et à promouvoir la **santé publique**. Néanmoins, dans l'entre-deux-guerres les politiques de santé de la SdN se développent dans le cadre géopolitique de l'époque, c'est-à-dire entre puissances mandataires ou coloniales et les colonisés. Quels sont les principes qui doivent guider les stratégies de la santé ? Appliquer les standards européens au reste du monde dans un esprit colonialiste ou paternaliste, ou alors développer des standards différents ce qui implique une vision raciale du monde (construction historique et culturelle qui envisage des races supérieures et d'autres inférieures) ? Ce choix implique déjà à cette époque de réfléchir au concept de **santé globale**, à savoir s'il existe un standard universel ou plutôt une variété de formes négociables de santé (Borowy 2010).

La Seconde Guerre mondiale : réflexions et pratiques autour de la santé

Le déclenchement de la Seconde Guerre mondiale interrompt les activités de l'OIHP à Paris, en raison de l'invasion allemande de la France. L'OIHP prend la décision controversée de travailler pour les nazis et se relocalise à Royat sous l'administration de Vichy. Pendant ce temps, les activités de l'OH périclitent à Genève. En effet, contrairement à d'autres sections de la SdN, elle ne décide pas d'émigrer aux États-Unis, de plus, nombres de ses fonctionnaires les plus prééminents - à l'image de Ludwik Rajchman qui représente un temps le gouvernement polonais à Londres - sont soient en exil, soit emprisonnés par les nazis ou des autorités collaborationnistes. Les activités de l'OH sont donc restreintes autour d'un tandem constitué par le Français Yves Biraud (1900-1965) et le Suisse Raymond Gautier (1885-1957) qui positionnent l'Organisation en faveur des Alliés malgré la neutralité affichée de la SdN sur le territoire suisse. Raymond Gautier publie en mars 1943 un document prospectif qui envisage les formes que pourrait prendre une nouvelle agence internationale de la santé après la guerre. C'est dans ce document qu'on trouve pour la première fois cette idée qui est ensuite développée dans le préambule de la **Constitution de l'OMS**, que la santé signifie plus que la simple absence de la maladie mais plutôt « un état de complet bien-être physique, mental et social ». (Cueto 2019).

Camions de l'escouade volante alimentaire de l'UNRRA.
© Archives des Nations Unies /1940

Forts de l'expérience des difficultés sanitaires rencontrées pendant la Première Guerre mondiale, les Alliés décident dès 1941 d'instituer un Comité de secours interallié en Europe. Ce dernier est remplacé en 1943 par l'Administration des Nations Unies pour les secours et la reconstruction (UNRRA) qui est active dans plus de trente pays libérés des puissances de l'Axe en Europe, en Afrique, au Moyen-Orient et en Asie. Dans un premier temps, son action se limite à la fourniture de nourriture, de combustible, de vêtements, d'abris et d'autres besoins fondamentaux urgents, puis elle crée une division spécialement chargée de la santé et des opérations médicales dont le mandat couvre à la fois le rétablissement des organes sanitaires nationaux, la prévention des épidémies, l'identification des besoins en matière d'approvisionnement sanitaire et médical, la révision et l'administration des conventions sanitaires internationales, la fourniture et la supervision du personnel médical et sanitaire pour les personnes déplacées par la guerre ainsi que la formation d'un personnel médical des pays assistés dans le cadre de la reconstruction (Beigbeder 2015). L'UNRRA réussit à éviter des épidémies de typhus et de malaria grâce à une **utilisation massive du DDT** (insecticide contre les moustiques et les poux). Elle mène des campagnes de vaccination contre la tuberculose. Et elle se retrouve surtout très impliquée dans la reconstruction des services de santé nationaux, tendant à devenir plus une organisation de reconstruction qu'une pure agence de secours.

© Narodowe Archiwum Cyfrowe

Ludwik Rajchman (1881-1965), bactériologiste et fonctionnaire international polonais

Né dans une famille d'artistes faisant partie de l'élite intellectuelle de Varsovie, Ludwik Rajchman se passionne très tôt pour la bactériologie qu'il étudie à l'Université de Cracovie, puis à l'Institut Pasteur à Paris, et à Londres. Après la Première Guerre mondiale, il est engagé par la SdN afin de créer l'**Organisation d'hygiène** (OH) qu'il dirige de 1921 à 1939. Il obtient un important financement de la **Fondation Rockefeller** ce qui lui facilite le développement de nombreux projets, d'abord pour éradiquer l'épidémie de **typhus** qui sévit à l'Est de l'Europe (pour laquelle il préconise des centres de quarantaine) puis pour mener des programmes d'hygiène sociale, notamment en Chine, pays pour lequel il se passionne. Il s'y rend de longs mois et devient proche des dirigeants du Komintern (mouvement communiste international). Pionnier dans ses idées de santé publique - pour lui la santé est indissociable de l'économie - il plaide à la SdN pour une médecine préventive et sociale (et pas seulement thérapeutique), voie qui sera menée plus tard par l'OMS.

Antifasciste engagé - il est membre du parti socialiste polonais depuis 1905 - il entre en conflit avec Joseph Avenol (secrétaire général de la SdN, aux sympathies pétainistes) et démissionne de l'Organisation en 1939. Il rejoint d'abord le gouvernement polonais exilé à Londres, puis il se rend aux États-Unis où il travaille comme intermédiaire pour T.V. Soong (beau-frère de Tchang Kaï-chek, alors premier ministre de la République de Chine et futur président). Enfin, en 1944, il est mandaté par l'Administration des Nations Unies pour le secours et la reconstruction (UNRRA), afin de développer un programme d'aide pour prévenir les épidémies et aider les réfugiés. C'est en tant que représentant du gouvernement de Lublin (Pologne), qu'il participe à la réunion de dissolution de l'UNRRA en juin 1946 au cours de laquelle il propose d'utiliser les fonds restants en faveur d'un fonds d'urgence dédié à l'enfance. La proposition est acceptée, et l'Assemblée générale de l'ONU crée l'**UNICEF (UN International Children's Emergency Fund)** en décembre 1946 à New York. Il en devient le Président du Conseil exécutif, et son collègue et ami l'Américain Maurice Pate, le directeur. Cependant, il est discrédité par le sénateur américain **Joseph McCarthy** qui pourchasse les communistes aussi dans les organisations internationales. Suite à un vote sur la question de la représentation de la Chine nationaliste à l'UNICEF, il devient aussi un paria pour la Russie, et les Polonais, sous influence, lui retirent son passeport. Dépité, il s'exile en France d'où il continue à conseiller Pate à l'UNICEF et poursuit des activités à travers le Centre international de l'Enfance (1949-1979), la fondation qu'il crée avec Robert Debré (1888-1978), l'un des fondateurs de la pédiatrie moderne.

La naissance de l'OMS (1945-1948)

Malgré tous ces antécédents, les délégués des pays réunis d'avril à juin 1945 à la **Conférence de San Francisco** qui institue l'ONU, n'ont pas prévu d'inclure la santé à l'ordre du jour. Les Anglo-américains préfèrent se concentrer en premier lieu sur la diplomatie et l'ONU et créer ensuite des organisations techniques. C'est finalement sur une initiative conjointe du Brésil et de la Chine que ce sujet apparaît à la Conférence de San Francisco et que l'idée de la création d'une organisation internationale de la santé est admise.

Sur la base des recommandations d'une commission technique préparatoire, une conférence internationale se réunit à New York à partir du 19 juin 1946 pendant cinq semaines afin de définir les principaux contours que pourrait prendre cette organisation. Puis une commission intérimaire mène des travaux conséquents de 1946 à 1948 afin d'intégrer la future OMS dans le système des Nations Unies, convoquer la première Assemblée mondiale de la Santé et assurer la passation des pouvoirs avec l'OIHP, l'OH, la section santé de l'UNRRA et le bureau épidémiologique de Singapour, autant d'organismes dont il est décidé qu'ils seront absorbés par l'OMS. À cette période (pré-guerre froide), les experts médicaux soviétiques et américains collaborent encore de manière cordiale, néanmoins ce sont surtout les Américains qui façonnent la future organisation sur leur modèle libéral de santé (Cueto 2019).

Alors que certains États tardent à ratifier la Constitution de l'OMS, une grave crise de **choléra** se développe en Égypte à partir de septembre 1947, jouant inopinément en faveur d'une accélération de la mise en place de l'OMS. En effet, dans la panique, les États voisins de l'Égypte ferment complètement leurs frontières et installent des mesures de quarantaine très sévères pour éviter toute propagation de l'épidémie qui paralysent l'économie. La commission intérimaire de l'OMS fait alors preuve d'initiative, elle prend rapidement des dispositions pour les autorités égyptiennes comme des campagnes d'assainissement de l'eau et la construction d'une nouvelle infrastructure sanitaire et elle entreprend une grande campagne de vaccination dans le pays. En l'espace de six semaines l'épidémie est mise sous contrôle et aucun pays à l'ouest du Golfe persique n'est touché. Ce premier succès témoigne de l'importance de réponses coordonnées et globales pour faire face à une épidémie ainsi que de l'efficacité possible d'une organisation internationale. Il renforce donc la crédibilité de l'organisation et motive les États réfractaires à la soutenir (Cueto 2019).

La **Constitution de l'Organisation mondiale de la santé (OMS)** entre en vigueur le 7 avril 1948 lors de la ratification du 26ème État des 61 États membres signataires. C'est pour cette raison historique que depuis, chaque année, la **Journée mondiale de la Santé** est célébrée le 7 avril. La première Assemblée mondiale de la Santé se tient à Genève du 24 juin au 24 juillet 1948. Les États membres choisissent Genève comme siège de l'Organisation, établissent son programme, son budget et sa structure et nomment un premier directeur général en la personne d'un médecin psychiatre canadien, le Dr Brock Chisholm (1896-1971), qui dirige l'OMS de 1948 à 1953. Autour de lui, les premiers fonctionnaires de l'OMS sont surtout des anciens de l'UNRRA et de l'OH. L'exception notable est celle de Ludwik Rajchman, le directeur de l'Organisation d'hygiène de la SdN, qui n'a pas participé aux travaux préparatoires de l'OMS (écarté par certains Américains qui n'apprécient pas ses accointances communistes). C'est lui cependant qui est à l'origine de l'UNICEF en 1946, ce qui ne sera d'ailleurs pas sans causer des frictions entre les deux organisations internationales, en particulier car l'UNICEF développe toute une série de programmes de santé pour les soins maternels et infantiles qui entrent en concurrence directe avec la mission de l'OMS (vaccination).

L'innovation : une Organisation « mondiale » de la santé

Les délégués des pays membres se sont mis d'accord sur l'importance de qualifier l'organisation de « mondiale » et non d'organisation « des Nations des Unies » afin de rappeler que les maladies n'ont pas de frontières, un fait déjà ancré dans les mentalités, et qui permet de rappeler que beaucoup de problèmes médicaux ne peuvent être résolus que sur une base multilatérale. A bien des égards la **Constitution de l'OMS** tranche avec les approches précédentes de la santé qui visaient à préserver les nations « civilisées ». En effet, son article premier stipule que le but de l'Organisation est « d'amener tous les peuples au niveau de santé le plus élevé possible ». Dans ce but, son préambule affirme sans ambages que « la santé est un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité » s'y ajoute des principes qui élèvent la santé au rang d'un des droits fondamentaux de tout être humain, quelles que soient sa race, sa religion, ses opinions politiques, sa condition économique ou sociale ; établissent un lien de causalité directe entre la santé et la sécurité du monde, et soulignent l'importance de la santé des enfants et de tous les peuples (Beigbeder 2015).

Les premiers défis : la santé et le développement (1948-1972)

L'état de santé général des populations est précaire au sortir de la Seconde Guerre mondiale, et l'OMS forme ses premiers objectifs en conséquence. Il s'agit de lutter en priorité contre les **maladies infectieuses** comme le **paludisme** (ou malaria), la **tuberculose** et les maladies vénériennes (la syphilis, en recrudescence pendant la guerre, est traitée avec la pénicilline). Le second axe d'action est l'amélioration de l'hygiène de la maternité et de l'enfance, et la nutrition. Puis les priorités changent graduellement et l'Organisation passe de l'action d'urgence à la conception et la mise en place de programmes pour promouvoir la santé sur le long terme. Ces politiques passent par la prévention, la formation et la promotion du lien entre développement et santé (Beigbeder 2015). C'est le début de l'assistance technique qui puise dans le discours américain post-1945 qui repose sur l'idée que le développement se fonde en priorité sur le transfert des connaissances (ce qui permet d'éviter de se pencher sur les causes économiques et sociales du sous-développement). L'Organisation développe dans cet esprit des programmes d'assistance technique en matière de santé pour les pays moins avancés, comme des projets de formation professionnelle, la construction d'hôpitaux et l'aide à la mise en place des administrations de santé publique (Cueto 2019). L'OMS joue également un rôle de pionnier dans les années 1950 en se penchant sur les effets de l'environnement sur la santé. Elle poursuit dans cette voie dans les années 1960, en réagissant lorsque des études scientifiques mettent en évidence le lien négatif de l'emploi intempestif des insecticides (utilisés par exemple pour éradiquer la malaria) sur l'être humain et son environnement.

L'OMS sous l'emprise de la guerre froide

Malgré les intentions affichées, les travaux de l'Organisation se politisent très rapidement en raison principalement de la guerre froide. Dès le départ l'OMS est proche des États-Unis, s'aligne sur ses priorités et devient dépendante de ses fonds. En 1949, l'URSS et les république soviétiques d'Ukraine et de Biélorussie (qui ont des sièges distincts dans les agences des Nations Unies) annoncent leur intention de se retirer de l'OMS, suivis par la Bulgarie, la Roumanie, l'Albanie, la Pologne, la Tchécoslovaquie et la Hongrie. Cette décision intervient dans le cadre du mécontentement de ces pays à l'égard de l'OMS, ils dénoncent le détournement de l'aide médicale à destination des pays de l'Est dans le cadre de la reconstruction et estiment que l'Organisation s'aligne trop sur la politique étrangère américaine. Le directeur général Brock Chisholm annonce que la Constitution de l'OMS ne prévoyant pas d'option de retrait de l'Organisation, ces neuf pays seraient considérés comme inactifs. Cette procédure permet leur réintégration de manière facile en 1956 lors de la période de détente initiée par Nikita Khrouchtchev (Cueto 2019).

En 1952, Brock Chisholm décide de ne pas se représenter à son poste (essentiellement car il est en désaccord sur l'approche générale de la santé américaine) et le Conseil exécutif nomme le physicien brésilien Marcolino Candau (1911-1983) à la tête de l'OMS. Réélu à trois reprises, Candau dirige l'Organisation pendant vingt ans de 1953 à 1973, lui assurant ainsi une stabilité institutionnelle et financière qui accroît sa visibilité et sa cohérence administrative. Afin de loger un personnel international qui augmente au fil des ans (1'000 personnes en 1955), les dirigeants de l'OMS lancent un concours international pour la construction d'un nouveau bâtiment remporté en 1960 par l'architecte suisse Jean Tschumi qui érige le bâtiment actuel de l'OMS qui abrite 2'400 personnes (en 2021).

Inoculation du vaccin contre la tuberculose dans une clinique de Shanghai (Chine) sous les auspices de l'UNRRA en 1944.
© Archives des Nations Unies/ S-0801-0007-0001-00026/1948

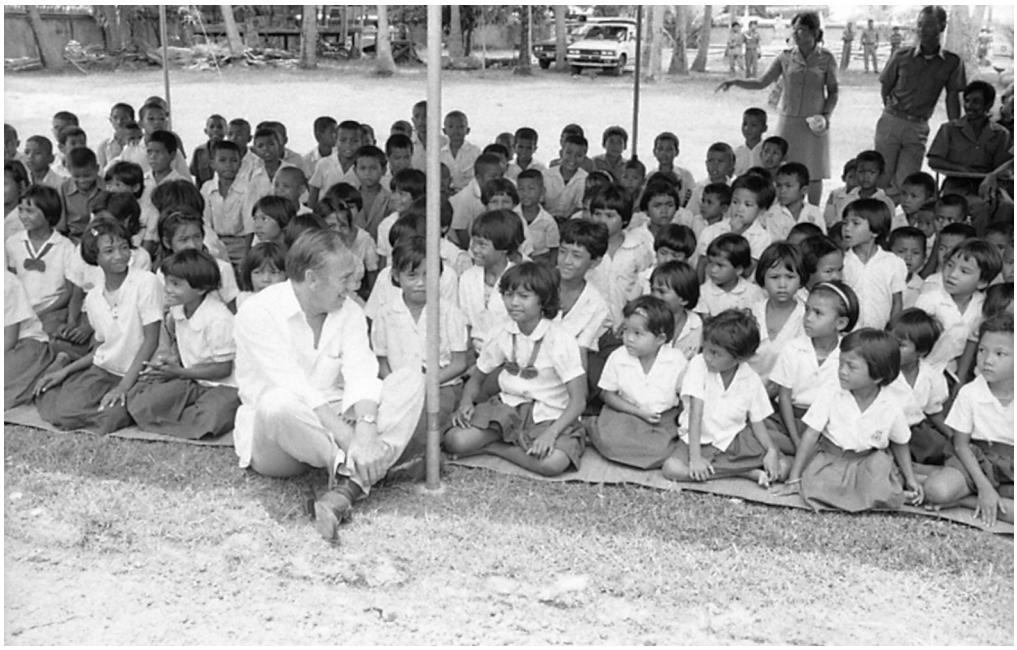
Sous la direction de Marcolino Candau, l'OMS développe une approche verticale de la santé (définie par l'OMS comme un programme financé, géré, presté et contrôlé verticalement, par opposition à l'approche horizontale qui propose un programme dont le financement, l'organisation et la gestion sont intégrés mais avec des prestations séparées), avec la poursuite des grandes campagnes de vaccination et des efforts pour éradiquer les grandes maladies infectieuses comme la **variole** et non transmissibles comme le paludisme qui sont des objectifs majeurs. C'est la mise en place également de stratégies pour les pays nouvellement indépendants. Ces derniers posent des défis inédits à l'Organisation qui cherche à développer des système nationaux efficaces de santé à travers des programmes de planification. Or la décolonisation qui se poursuit en Afrique offre un nouveau terrain d'affrontement entre les blocs de l'Est et l'Ouest qui entrent en compétition en matière de science, de technologie et également de santé internationale. L'URSS et les États-Unis proposent, ou imposent ainsi en concurrence, leur assistance technique en matière de santé et de développement aux États nouvellement indépendants d'Afrique.

La nouvelle stratégie de santé pour tous d'ici l'an 2000 (1973-1988)

En 1972, lors du 25ème anniversaire de l'OMS, le bilan de la situation sanitaire mondiale est plutôt sombre et les membres de l'Organisation soulignent que dans bon nombre de pays la situation semble plutôt se péjorer en raison notamment du manque de personnel qualifié et de ressources, et compte tenu d'une désaffection générale des services de santé de base. Le médecin danois Halfdan T. Mahler (1923-2016) est nommé directeur de l'OMS en 1973 et dirige l'Organisation pendant trois mandats jusqu'en 1988. Il possède à la fois une solide expertise technique acquise comme spécialiste de l'OMS dans les programmes de tuberculose et une excellente connaissance de l'institution pour laquelle il travaille depuis les années 1950. Grâce à ses liens avec la première génération des fonctionnaires de l'OMS, la transition managériale se fait en douceur. Quand il prend ses fonctions en 1973, l'OMS est néanmoins dans une phase de piétinement.

Le grand succès de l'éradication de la variole qui sera acté en 1980 n'est pas encore réalisé, la lutte antipaludique progresse sauf sur le sol africain, et certaines maladies transmissibles comme le choléra, la peste et les maladies vénériennes semblent être à nouveau en recrudescence.

En 1974, l'Assemblée générale des Nations Unies adopte la **résolution sur le « nouvel ordre économique international »** qui entraîne des conséquences directes pour l'OMS invitée à intensifier son action internationale en faveur d'une amélioration des conditions sanitaires dans les pays en développement en accordant la priorité à la prévention des maladies et de la malnutrition et en fournissant des services de santé de base aux collectivités. Cette résolution des Nations Unies ainsi que son programme réaffirment le lien entre la santé et le développement (Beigbeder 2015).



Le directeur de l'OMS, Halfdan T. Mahler, avec des enfants en Thaïlande.
© OMS/Jack Ling, 1984

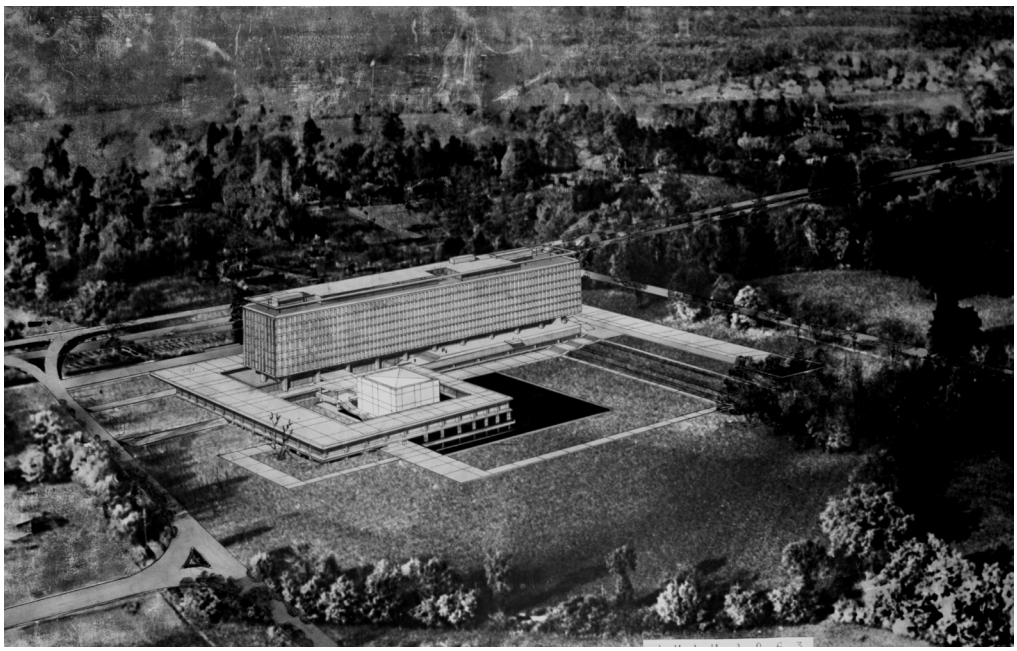
Les excellents liens personnels entre le Dr Mahler et le diplomate américain Henry Labouisse (1904-1987) le directeur de l'UNICEF de 1965 à 1979, permettent une collaboration dynamique entre les deux institutions sur les questions de développement et de santé. Ce rapprochement aboutit à l'organisation d'une conférence internationale sur les soins de santé primaires. Réunis à Alma-Ata (capitale du Kazakhstan, république soviétique d'URSS) en septembre 1978, les représentants de 130 pays et plus de 60 organisations inter-gouvernementales et non-gouvernementales y adoptent la **Déclaration d'Alma-Ata** qui affirme que les soins de santé primaires constituent l'approche adéquate pour atteindre l'objectif de santé pour tous d'ici l'an 2000. L'année suivante l'Assemblée mondiale de l'OMS adopte la **stratégie de santé pour tous** comme sa priorité. Ce document constitue un tournant car il entérine l'idée que la santé est désormais un élément clef du développement économique (Kickbusch 2020).

La défense de la santé dans un monde globalisé (1988-1997)

La fin des années 1980 et les années 1990 se sont révélées ardues pour l'OMS. L'Organisation fait face non seulement à de nombreux défis internes comme des accusations de corruption, de mauvaise gestion de personnel et des difficultés budgétaires, et aussi des défis externes, comme la compétition avec d'autres agences, la défiance de ses États membres et l'adaptation à un nouvel environnement économique et politique. Durant cette période l'OMS a du mal à se positionner dans le paysage multilatéral et à affirmer sa mission, alors que les critiques s'élèvent pour la déclarer comme une organisation obsolète. Les relations sont en particulier très difficiles avec l'Amérique néolibérale des présidents Ronald Reagan et Georges H. W. Bush. Suite à l'effondrement de l'URSS et la transformation économique du monde vers un schéma de globalisation, l'OMS cherche un nouveau souffle pour continuer à s'affirmer comme un acteur majeur de la santé internationale dans cet environnement inédit.

Cette période correspond au mandat du Dr Hiroshi Nakajima (1928-2013), nommé en mai 1988 par la 41ème Assemblée mondiale de la santé, et qui dirige l'Organisation jusqu'en 1997. Le Dr Nakajima est élu grâce au fort soutien de son pays, le Japon, et les voix des pays en développement, mais contre l'avis du principal bailleur de fonds américain. Sa nomination correspond à une phase glorieuse pour le Japon. Sa réussite industrielle, économique et technologique en fait un acteur phare du système international dans les années 1990, certains observateurs estimant même que le Japon pourrait dépasser les États-Unis comme nation la plus industrialisée. Comme gratification de cette réussite économique, le Japon souhaite obtenir une place de premier plan dans le système multilatéral: il demande un siège au Conseil de sécurité de l'ONU et le Dr Nakajima devient le premier japonais à diriger une organisation internationale (Cueto 2019).

Travailler en classe



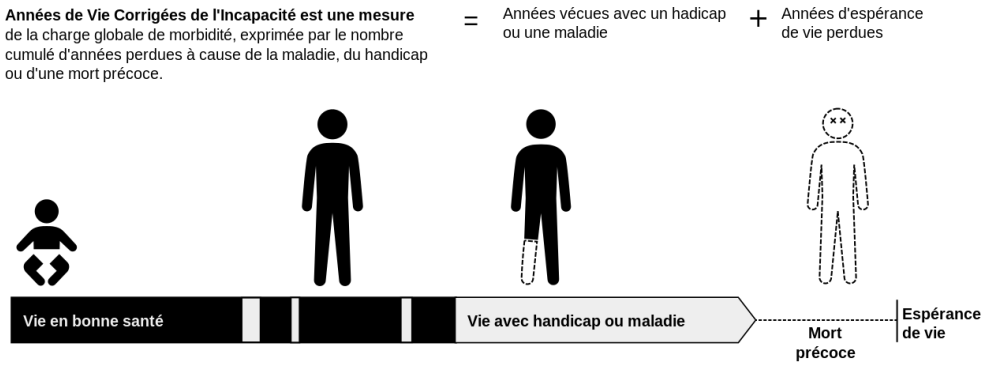
Plan du futur bâtiment de l'OMS, construit par l'architecte suisse Jean Tschumi.
© OMS, 1960

Néanmoins, le double mandat du Dr Nakajima est entaché par de nombreuses controverses sur sa gouvernance et sa gestion de l'administration interne de l'OMS. Certaines peuvent paraître anecdotiques comme sa décision d'augmenter son propre salaire, ou celle de faire voyager les délégués à l'Assemblée générale en première classe, d'autres sont plus sérieuses comme l'influence sur l'OMS de l'entrepreneur Ryoichi Sasakawa (soupçonné de crimes de guerre et de corruption) ; les doutes concernant des faveurs rendues en échange de soutien pour des votes sur certains projets ; ou encore son conflit ouvert avec Jonathan Mann (1947-1998) le directeur d'ONUSIDA (créé en 1996) à propos de la répartition des tâches en matière de lutte contre le VIH/sida. En matière de politique étrangère, le Dr Nakajima s'aligne sur la stratégie des pays en développement, mais certaines de ses positions sont ambiguës et il finit par se mettre beaucoup de pays membres à dos. Par exemple, d'abord en faveur de l'admission de l'Organisation de libération de la Palestine à l'OMS en 1988, il renonce finalement sous la pression des États-Unis. Mais, les années suivantes, il soutient les propositions des pays arabes qui condamnent la politique de santé d'Israël dans les territoires occupés, poussant ce dernier pays à menacer de démissionner de l'Organisation (Cueto 2019).

La politique néolibérale de bon nombre de pays industriels dès le milieu des années 1980 a des répercussions majeures sur l'OMS. En premier lieu, comme un des principaux corollaires de la politique néolibérale consiste à couper les dépenses étatiques et réduire les services publics, les fonds attribués aux agences onusiennes diminuent rapidement. Le néolibéralisme repose sur des idées qui sont en complète contradiction avec celles qui sous-tendent le multilatéralisme : l'action unilatérale devient la norme dans le système international et les entreprises privées sont valorisées au dépens du sacro-saint système d'État-nation. De plus, à cette période les pays européens et les États-Unis (les nations à l'origine de la création de l'ONU) se retrouvent désormais en minorité à l'Assemblée générale de l'ONU et dans d'autres institutions. Les pays nouvellement indépendants constituent une nouvelle force dans ces assemblées multilatérales où les États-Unis sont souvent critiqués. En réaction, ces derniers mènent une politique de dévalorisation des Nations Unies et dénigrent systématiquement leurs atouts ou valeurs (c'est à la même période que les États-Unis se retirent de l'UNESCO, en 1984). Le budget de l'OMS - et par voie de conséquence son fonctionnement - s'en ressentent fortement. Alors qu'ils contribuaient à hauteur de 25% au budget régulier de l'Organisation, à partir du milieu des années 1980, les États-Unis réduisent leurs versements et ont régulièrement des arriérés de paiement. Et si une politique menée par l'OMS ne leur convient pas, les États-Unis n'hésitent pas à carrément suspendre tout paiement pour faire pression, comme en 1985 lors du débat autour de la **liste des médicaments essentiels** (Cueto 2019).

Réduction des contributions régulières à l'OMS dès la fin de la guerre froide

Les Américains ne sont pas les seuls à réduire leur contribution à l'OMS. Suite à la fin de la guerre froide et la désintégration de l'URSS, les fonds versés à l'OMS diminuent de manière drastique, certains États de l'Est cessant même tout simplement de verser leur contribution pendant quelques années. En conséquence, l'OMS doit de plus en plus fréquemment emprunter (en 1996 l'Organisation avait un déficit budgétaire de 206 millions de dollars, Cueto 2019), et recourir aux fonds extrabudgétaires qui proviennent de contributions volontaires. Cette nouvelle réalité financière a des conséquences importantes sur le fonctionnement de l'OMS : dépendance envers les nouveaux fonds extrabudgétaires, risque de politisation des projets, augmentation de la compétition entre les différents programmes de l'OMS pour obtenir de l'argent et difficulté pour l'Organisation de planifier ses projets de manière globale et cohérente sur le long terme. A la fin des années 1990, les fonds extrabudgétaires supplantent le budget régulier, tendance qui s'accentue les décennies suivantes entraînant un véritable bouleversement pour l'Organisation, les donateurs étant souvent plus exigeants en termes de transparence financière que les États, tout en ayant des objectifs parfois changeants et des demandes de résultats généralement à plus court terme que ceux de l'OMS. Dans ce contexte, le directeur général de l'OMS, le Dr Hiroshi Nakajima décide de poursuivre la stratégie d'Alma-Ata pour les besoins de santé primaires malgré toutes les critiques, il œuvre en particulier pour le développement des **médicaments essentiels**, le combat contre la **polio**, la **tuberculose** et d'autres maladies. Néanmoins, ses opposants lui reprochent justement cette vision passéiste de la santé, appréhendée uniquement dans son approche biomédicale. Ils critiquent son manque de compréhension des forces économiques de la globalisation et son inadaptation à appréhender l'émergence de nouveaux acteurs en matière de santé internationale. En effet, alors que depuis la fin de la Seconde Guerre mondiale l'OMS occupe une position prédominante dans le domaine des politiques de santé internationales, à partir des années 1990, de nouveaux acteurs entrent en scène, en particulier la Banque mondiale et les programmes d'assistance bilatéraux américains.



Dessin descriptif de la mesure des DALYs (Années de vie corrigées de l'incapacité: Disability-Adjusted Life Years)
© Jafri Ali, CC BY-SA 4.0, 2013

La **Banque mondiale**, établie en 1946 pour aider à la reconstruction de l'Europe, se réoriente progressivement pour venir en aide aux pays en développement à travers des programmes de prêts et d'assistance technique. Sous la présidence de 1986 à 1991 de l'Américain Barber B. Conable (1922-2003), un élu républicain, la Banque mondiale exerce une influence sans précédent. Elle mène une stratégie qui combine politique économique libérale et combat contre la pauvreté dans le monde. En 1979, la Banque mondiale crée un département de Population, santé et nutrition qui s'étend progressivement et dont la pensée consiste à envisager les dépenses de santé comme des investissements productifs. Dans les années 1980 elle favorise des prêts pour investir dans la nutrition, le planning familial, la santé de la mère et de son enfant et les services de santé primaires. La libéralisation du commerce permet la mise en place d'investissements privés dans la santé qui remplacent les politiques publiques dans les pays en développement. Progressivement, les prêts sont alloués selon des conditions de plus en plus strictes et liés à des demandes d'ajustements structurels. En 1993, la Banque mondiale publie *Investing in Health*, un rapport de l'économiste Dean Jamison qui fait date, car pour la première fois la Banque mondiale se positionne clairement comme un acteur majeur sur la scène de la santé internationale. Ce rapport envisage la bonne santé d'une population comme une condition nécessaire pour le développement économique viable d'un pays, et il crée un mode d'évaluation du coût des maladies qui s'intitule *L'espérance de vie corrigée de l'incapacité* (EVCI), (DALY, Disability-Adjusted Life Year en anglais) qui mesure l'espérance de vie en bonne santé, en soustrayant à l'espérance de vie le nombre d'années « perdues » à cause de la maladie, du handicap ou d'une mort précoce.

Travailler en classe

Le 21ème siècle : un système global de santé à Genève

Depuis le tournant du 21ème siècle, cinq directrices ou directeurs généraux se sont succédé à la tête de l'OMS permettant d'en rehausser à nouveau le prestige : la Norvégienne Gro Harlem Brundtland de 1998 à 2003, le Sud-coréen Jong-wook Lee de 2003 à 2007, la Chinoise Margaret Chan de 2007 à 2017 et l'Ethiopien Tedros Adhanom Ghebreyesus depuis 2017. Pendant cette période, les États européens comme les États-Unis (sous les présidences de Bill Clinton, Georges W. Bush et Barack Obama) reviennent dans le jeu multilatéral. Néanmoins, de nombreux changements structurels interviennent dans le domaine de la santé internationale : c'est l'apparition de nouveaux acteurs et de nouveaux programmes.

La nouvelle directrice générale en 1988, Gro Harlem Brundtland, a le soutien des principaux bailleurs de fonds occidentaux et est perçue par de nombreux observateurs comme une réelle occasion de mener des réformes à l'OMS et de restaurer sa crédibilité. Son élection s'inscrit dans le nouvel esprit qui préside à la publication en 1995 de *L'agenda pour le développement* de Boutros Boutros-Ghali (secrétaire général des Nations Unies de 1992 à 1996). Cet agenda souligne que seule la croissance économique peut assurer le développement, et insiste sur la nécessité de rechercher de nouveaux partenariats.

La priorité affichée de Gro Harlem Brundtland est de redorer le blason de l'Organisation à travers des réformes internes (notamment un code de conduite interne et la nomination du personnel en fonction de critères techniques et non politiques), de laisser les programmes opérationnels à d'autres agences, et de positionner l'OMS comme l'organisation phare des Nations Unies en matière normative. Celle-ci doit définir des normes, élaborer des lignes directrices et fournir des informations fiables pour les gouvernements et autres agences internationales. Par ailleurs, **après des années de tensions avec l'industrie pharmaceutique**, la coopération est relancée afin de les convaincre d'investir dans la recherche à travers des partenariats qui permettraient à chacun d'être gagnant.

Gro Harlem Brundtland élargit également le dialogue politique par-delà les ministres de la santé (qui sont les chefs des délégations nationales à l'Assemblée mondiale de la santé, mais néanmoins des ministres souvent de second rang dans leurs pays), en négociant directement avec les chefs d'État, et ce afin d'élargir le spectre de la santé et lui donner une approche plus globale. Enfin, afin d'améliorer l'image de l'OMS, elle met en place des protocoles sanitaires en cas de nouvelles épidémies. Deux accords internationaux majeurs sont par ailleurs mis en place pendant son mandat: la **Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac** adoptée en 2003, et le **Règlement sanitaire international** qui aboutit en 2005 dans le sillage des prises de consciences politiques suite à la crise du SRAS. C'est elle également qui œuvre pour inclure la santé dans les **Objectifs du Millénaire pour le développement (OMD)**.

© Future Manager Alliance

Gro Harlem Brundtland (1939 –), Femme d'État et Directrice générale de l'OMS

Femme d'État norvégienne, trois fois Première ministre (de 1981 à 1996) et directrice générale de l'OMS de 1998 à 2003, elle a été une pionnière qui s'est préoccupée des questions de santé et d'environnement. Elle incarne une figure emblématique pour le peuple norvégien qui la surnomme Landsmoderen (mère de la nation) ainsi que pour les défenseurs de l'environnement car elle a attiré l'attention sur les enjeux de la survie de la planète.

Titulaire d'un diplôme en médecine de l'Université d'Oslo et d'un master en santé public d'Harvard, Gro Harlem Brundtland adhère très jeune au Parti travailliste dont elle gravit rapidement les échelons avant d'en prendre la présidence (de 1981 à 1992). Entamant une carrière de fonctionnaire à la direction norvégienne de la santé, elle est nommée ministre de l'Environnement en 1974 et se fait connaître par une politique environnementale énergique. Dix ans plus tard, en décembre 1983, le secrétaire général de l'ONU, Javier Pérez de Cuéllar la choisit pour prendre la présidence de la Commission mondiale sur l'Environnement et le Développement. Cette Commission présente en avril 1987 le rapport Bruntland intitulé « **Notre avenir à tous** » qui innove en définissant la **notion de développement durable** et propose des moyens pour y parvenir. Les conclusions du rapport ont abouti à la convocation du **Sommet de la Terre à Rio de Janeiro en 1992**.

En janvier 1997 elle est élue à la tête de l'OMS. Dès sa prise de fonction, elle affirme la nécessité que l'Organisation ne constitue pas seulement une entité opérationnelle mais qu'elle redevienne également une agence normative de référence, et capable de produire des statistiques pour guider les gouvernements dans leur politique de santé. Elle incarne le changement, procède à des réformes de fond, trouve de nouveaux partenariats financiers et réussit à rehausser le prestige de l'OMS.

Comme nombre d'anciens fonctionnaires ou politiciens à la retraite, elle continue à s'engager au niveau international. En 2003, elle intègre **le Groupe de personnalités de haut niveau des Nations Unies sur les menaces, les défis et le changement**, créé par le Secrétaire général de l'ONU, Kofi Annan pour susciter de nouvelles idées sur le type de politiques et d'institutions dont l'ONU aurait besoin au 21ème siècle. Gro Harlem Brundtland a ensuite participé au groupe des **Sages Universels**, une ONG constituée par Nelson Mandela et Desmond Tutu en 2007, dont l'objectif est de trouver des solutions afin de résoudre des problèmes mondiaux qui semblent insurmontables, à l'image du réchauffement climatique, du sida ou de la pauvreté. Enfin, en mai 2007, elle est nommée envoyée spéciale de l'ONU pour le changement climatique par le Secrétaire général de l'ONU, Ban Ki-moon, aux côtés de Ricardo Lagos, ancien président du Chili, et Han Seung-Soo, ancien ministre des Affaires étrangères de la Corée du Sud (Jacquemond 2017).

Bibliographie

Adeyi Olusoji, Owen Smith et Sylvia Robles, *Le défi des maladies non transmissibles chroniques et la politique publique*, Louvain-la-Neuve, De Boeck Supérieur, 2008.

Amrith Sunil S., « Internationalising Health in the Twentieth Century » in Glenda Sluga, Patricia Clavin (dir.), *Internationalism : a Twentieth Century History*, Cambridge, Cambridge University Press, 2017, pp. 245-264.

Balinska Marta, "Rajchman, Ludwik Witold" in IO BIO, *Biographical Dictionary of Secretaries- General of International Organizations*, Edited by Bob Reinalda, Kent J. Kille and Jaci Eisenberg, (accédé le 30.10.22).

Barry Mamadou, « Les partenariats public-privé pour l'aide à la santé : quelles conditions d'efficacité prendre en compte ? », *Mondes en développement*, vol. 170, n°2, 2015, pp. 75-90.

Beigbeder Yves, *L'OMS en péril*, Paris, Éditions de Santé, 2011.

Beigbeder Yves, *L'Organisation mondiale de la santé*, Genève, Graduate Institute Publications, 1995, édition en ligne, 2015.

Benkimoun Paul, « L'Organisation mondiale de la santé et les lobbies », *Les Tribunes de la santé*, vol. 39, n°2, 2013, pp. 49-55.

Benkimoun Paul, « Riposte aux épidémies : l'urgence d'une réforme de l'OMS », *Les Tribunes de la santé*, vol. 51, no. 2, 2016, pp. 73-79.

Borowy Iris, *Coming to terms with World Health : the League of Nations Health Organisation 1921-1946*, Frankfurt am Main, Peter Lang, 2009.

Borowy Iris, « The League of Nations Health Organization: from European to Global Health concerns? » in Astri Andresen, William Hubbard and Teemu Ryymin (eds.), *International and Local Approaches to Health and Health Care*, Bergen, University of Bergen, 2010, pp. 11-30.

Chevillot Annick, « Covid-19 : que fait la Genève internationale ? », *L'Observatoire de la Fondation pour Genève*, bulletin, n°3, 2021.

Cueto Marcos, Theodore M. Brow, Elizabeth Fee, *The World Health Organization, A History*, Cambridge, Cambridge University Press, 2019.

Dabis François, « L'Organisation mondiale de la santé (OMS) à l'ère de la pandémie de Covid-19 », *Hérodote*, vol.183, n°4, 2021, pp. 19-35.

Dalglish Sarah, « 31. La mise à l'échelle des programmes d'accès aux antirétroviraux : de l'impossible au réel », in Dominique Kerouedan éd., *Santé internationale. Les enjeux de santé au Sud*. Presses de Sciences Po, 2011, pp. 409-413.

Gateaux Valérie et Jean-Michel Heitz, « L'accès aux médicaments : un défi pour l'industrie pharmaceutique », *Humanisme et Entreprise*, vol. 286, n°1, 2008, pp. 13-28.

Guilbaud Auriane, « L'Organisation mondiale de la santé et la Covid-19 », *Études*, vol. a, n°7-8, 2020, pp. 7-20.

Guilbaud Auriane, « Le rôle d'alerte épidémiologique et d'action en santé publique de l'Organisation mondiale de la santé », *Informations sociales*, vol. 203-204, no. 2-3, 2021, pp. 44-53.

Hanefeld Johanna, *Globalization and Health*, Second edition, Berkshire England, Open University Press, 2015.

Jacquemond Louis-Pascal, « Gro Harlem Brundtland ou l'invention du développement durable », *Dynamiques environnementales*, vol. 39-40, 2017, pp. 254-265.

Kastler Florian, « La mutation des institutions internationales en matière de santé », *Les Tribunes de la santé*, vol. 51, n° 2, 2016, pp. 65-72.

Kerouedan Dominique et Joseph Brunet-Jailly, *Santé mondiale. Enjeu stratégique et jeux diplomatiques*, Paris, Presses de Sciences Po, 2016.

Kerouedan Dominique, *Santé internationale. Les enjeux de santé au Sud*, Paris, Presses de Sciences Po, 2011.

Kickbusch Ilona, Mihály Kökény, Ece Karaman, « Genève, capitale mondiale de la santé », in Olga Hidalgo-Weber, Bernard Lescaze, *De la SdN à l'ONU : cent ans de multilatéralisme à Genève (1919-2019)*, Genève, Éditions Suzanne Hurter, 2020, tome 2, pp. 201-215.

Mabillard Boris, « Etude pôle santé », *L'Observatoire de la Fondation pour Genève*, bulletin, n°1, 2019.

Maurel Chloé, « L'action de l'Organisation mondiale de la santé face au coronavirus : mise en perspective historique », L'Académie des sciences morales et politiques éd., *Annuaire français de relations internationales. 2021*. Éditions Panthéon-Assas, 2021, pp. 39-53.

McGoey Linsey, *No Such Thing as a Free Gift : The Gates Foundation and the Price of Philanthropy*, New York, Verso, 2015.

Morange Michel, « Expliquer les épidémies : le cas particulier de la grippe espagnole de 1918 », in Morange Michel (dir.), *Les secrets du vivant. Contre la pensée unique en biologie*, La Découverte, 2012, pp. 125-133.

Niquet Valérie, « Un défi pour le multilatéralisme : l'instrumentalisation de l'Afrique par la Chine et ses conséquences sur les décisions de l'OMS », *Outre-Terre*, vol. 57, n°2, 2019, pp. 109-118.

Paillette Céline, « Épidémies, santé et ordre mondial. Le rôle des organisations sanitaires internationales, 1903-1923 », *Monde(s)*, vol. 2, n°2, 2012, pp. 235-256.

Tournès Ludovic, *Les États-Unis et la Société des Nations (1914-1946), Le système international face à l'émergence d'une superpuissance*, Berne, Peter Lang, 2016.

Lexique des maladies

CANCER	Maladie qui a pour mécanisme une prolifération cellulaire anarchique, incontrôlée et incessante. Le terme cancer recouvre un vaste ensemble de maladies, cataloguées selon les cellules et les tissus à partir desquels les cancers se forment. La tumeur développée dans un organe (tumeur primitive) va se greffer à distance sur d'autres organes (cerveau, poumon, foie, etc.), en passant par les voies lymphatiques ou sanguines. Ces tumeurs secondaires, qui reproduisent la structure de la tumeur mère, s'appellent des métastases. **(Larousse, https://www.larousse.fr/encyclopedie/medical/cancer/11745)**
CHOLÉRA	**Maladie infectieuse** intestinale contagieuse due à une bactérie, le vibrion cholérique (Vibrio choleræ, variété el Tor). Le choléra se transmet principalement soit par l'ingestion d'eau polluée par des déjections humaines infectées, soit par l'ingestion d'aliments ou de boissons souillés, ou encore de crustacés infestés. Un à cinq jours après la contamination, une diarrhée se déclare brutalement, avec vomissements abondants et crampes musculaires. Il n'y a pas de fièvre. La diarrhée devient vite liquidienne, la gravité de la maladie résidant dans l'importance de la déshydratation. La prévention du choléra repose sur des mesures sanitaires concernant les circuits des eaux usées et des latrines ainsi que sur des règles d'hygiène simples : propreté parfaite des aliments et des mains, eau de boisson encapsulée ou bouillie. Peu efficace, la vaccination n'est valable que 6 mois ; elle est parfois exigée à l'entrée de certains pays. **(Larousse, https://www.larousse.fr/encyclopedie/medical/chol%C3%A9ra/11933)**
Coronavirus (Covid- 19)	**Maladie infectieuse** due au virus SARS-CoV-2. La plupart des personnes infectées par le virus présentent une maladie respiratoire d'intensité légère à modérée et se rétablissent sans avoir besoin d'un traitement particulier. Certaines, cependant, tombent gravement malades et ont besoin de soins médicaux. Les personnes âgées et celles qui ont un problème médical sous-jacent, tel qu'une maladie cardiovasculaire, un diabète, une maladie respiratoire chronique ou un cancer, ont plus de risques de présenter une forme grave. N'importe qui, à n'importe quel âge, peut contracter le Covid-19 et tomber gravement malade ou en mourir. **(OMS, 2022 https://www.who.int/fr/health-topics/coronavirus#tab=tab_)**
EBOLA	Virus à ARN (acide ribonucléique) appartenant à la famille des filovirus. Le virus Ebola est responsable d'une grave fièvre hémorragique, dont une épidémie meurtrière a été observée pour la première fois en 1976 au Soudan et au Zaïre (actuelle République démocratique du Congo). Les symptômes sont une fièvre aigüe, suivie d'une éruption cutanée, d'une diarrhée (entraînant souvent une déshydratation), et d'hémorragies (saignement du nez, vomissements de sang). Un isolement strict est requis durant la phase aiguë de la maladie (une dizaine de jours). Il n'existe aucun traitement antiviral, ni de vaccin, contre le virus Ebola . **(Larousse, https://www.larousse.fr/encyclopedie/medical/virus_Ebola/12660)**
GRIPPE H1N1	Le virus A comporte 8 brins d'ARN (acide ribonucléique) et porte deux antigènes : l'hémagglutinine HA dont on connaît à ce jour 16 variations et la neuraminidase NA dont on connaît 9 variations. Chaque virus A circulant est identifié par ses antigènes : H1N1, H5N1, H3N2. La pandémie de 2009, due à un nouveau variant du virus A(H1N1) a touché le monde entier en quelques semaines, du fait de la rapidité des transports modernes, mais s'est avérée globalement bien moins sévère que la banale grippe saisonnière. **(Larousse, https://www.larousse.fr/encyclopedie/medical/grippe/13426)**

LÈPRE	**Maladie infectieuse** chronique caractérisée par une atteinte de la peau, des muqueuses et des nerfs. La lèpre est encore fréquente dans les régions intertropicales d'Afrique, d'Asie, d'Océanie et d'Amérique latine. Elle touche de 10 à 12 millions de personnes, dont plus de la moitié n'a pas accès à un système de soins. C'est une maladie endémique. En revanche, la lèpre a quasiment disparu d'Europe occidentale depuis la fin du XVème siècle. Pour les cas actuellement observés dans les pays développés, la contamination a eu lieu au cours d'un séjour prolongé dans une zone où la maladie sévit encore. **(Larousse, https://www.larousse.fr/encyclopedie/medical/l%C3%A8pre/14172#:~:text=Maladie%20infectieuse%20chronique%20caract%C3%A9ris%C3%A9e%20par,%C3%A0%20un%20syst%C3%A8me%20de%20soins.)**
MALADIE DU PIAN	**Maladie infectieuse** due à une variété de tréponème, Treponema pertenue. Le pian affecte la peau, les os et les cartilages. Les êtres humains sont actuellement le seul réservoir de cette infection et la transmission se fait de personne à personne. Une dose unique par voie orale d'azithromycine, un antibiotique peu onéreux, permet de guérir le pian. Il s'agit de l'une des premières maladies que l'on a cherché à éradiquer dans les années 1950. L'OMS a insufflé une vigueur nouvelle en 2012 à ses activités mondiales visant à éradiquer le pian. La maladie est actuellement **endémique** dans 15 pays. **(OMS, 2022 https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/yaws)**
ONCHOCERCOSE	Maladie causée par le ver filaire Onchocerca volvulus, qui est transmis par des mouches. Cette maladie des yeux et de la peau qui dans son stade final peut entraîner la cécité – d'où son nom, peut provoquer également des troubles neurologiques et un retard de croissance. **(Dossier 6 : La gouvernance mondiale de la santé, p.39)**
PALUDISME/MALARIA	**Maladie infectieuse** contagieuse, **endémique** et **épidémique**, due au bacille de Yersin (Yersinia pestis) et transmise du rat à l'homme par les piqûres de puces. (On distingue la peste bubonique, directement transmise par les puces, et la peste pulmonaire, transmise d'homme à homme par inhalation.) **(Larousse, https://www.larousse.fr/encyclopedie/divers/peste/78778)**
POLIOMYÉLITE	Maladie virale aiguë due à un entérovirus, le poliovirus, qui détruit les neurones moteurs de la corne antérieure de la moelle épinière et les noyaux moteurs des nerfs crâniens, provoquant une paralysie des muscles innervés par ces neurones. **(Larousse, https://www.larousse.fr/encyclopedie/medical/poliomy%C3%A9lite_ant%C3%A9rieure_aigu%C3%AB/15408)**
SIDA	Le sida est l'acronyme de Syndrome d'Immunodéficience Acquise. C'est une **maladie infectieuse** contagieuse, transmissible par voie sexuelle ou sanguine, caractérisée par l'effondrement ou la disparition des réactions immunitaires de l'organisme et représentant la phase ultime de l'infection par le VIH. **(Larousse, https://www.larousse.fr/encyclopedie/divers/sida/91788)**
TYPHUS	Il existe un vaccin contre le typhus. **(Larousse, https://www.larousse.fr/encyclopedie/medical/typhus/16767)**

TUBERCULOSE	**Maladie infectieuse** contagieuse due à une bactérie (Mycobacterium tuberculosis ou bacille de Koch). Elle est commune à l'homme ainsi qu'aux animaux et touche principalement les poumons. La transmission se fait par voie aérienne par l'intermédiaire des microgouttelettes de salive contenant le bacille, propulsées dans l'air environnant lorsque la personne malade parle, éternue ou tousse. La tuberculose pulmonaire commune se traduit par une altération de l'état général (fièvre, fatigue, amaigrissement), des sueurs nocturnes, une toux plus ou moins grasse, des crachats parfois sanglants (hémoptysies). Le traitement nécessite l'association de quatre antibiotiques antituberculeux (rifampicine, éthambutol, isoniazide, pyrazinamide), pris en une seule fois le matin à jeun, pendant une durée de 2 mois, suivie de 4 mois de bithérapie par isoniazide-rifampicine pour obtenir une durée totale de 6 mois. **(Larousse, https://www.larousse.fr/encyclopedie/medical/tuberculose/16743)**
VARIOLE	**Maladie infectieuse** contagieuse due à un poxvirus. Le virus de la variole se transmet exclusivement par voie interhumaine. L'éradication de cette maladie, rendue possible par une campagne mondiale de vaccination, a été proclamée à la fin de l'année 1979 par l'Organisation mondiale de la santé. Après une incubation d'une à deux semaines survenait une forte fièvre, accompagnée de l'éruption, sur la peau, de vésicules et de pustules de consistance dure, enchâssées, se multipliant sur tout le corps, à partir du visage, en 4 jours. **(Larousse, https://www.larousse.fr/encyclopedie/medical/variole/16861)**
VIH	Virus responsable du sida. En anglais, Human Immunodeficiency Virus (HIV). **(Larousse, https://www.larousse.fr/encyclopedie/medical/virus_de_limmunod%C3%A9ficience_humaine_VIH/16958)**

Contributions

Pilotage du projet : Yvonne Schneiter
Auteure : Olga Hidalgo-Weber
Coordination : Marie Juillard
Relecture et consultation : Un comité pédagogique composé de Stéphane Garcia et Andrea Gennai
Graphisme : Alveo.design (concept), Kelly Abazi, Laureta Osdautaj, Yannick Twizerimana, Mathis Varela-Coleman (mise en page)
Illustration de la couverture : Lisenn Bechir de l'ESBDI – CFP Arts, 2022
Contributrices et contributeurs : Nina Chambaud, Marc Oberson et Anaïs Noé
Crédits photos : Archives médias des OI suivantes : OMS, ONUSIDA, SdN, ONU

Dessins de presse

Patrick Chappatte est le dessinateur de presse du Temps, à Genève, de la NZZ am Sonntag, à Zürich et du magazine allemand Der Spiegel. Il contribue également au Canard enchaîné et au Boston Globe. Il est aussi un pionnier du reportage en bande dessinée, et l'organisateur de projets collaboratifs utilisant le dessin de presse tout autour du monde. En 2010, il a co-fondé avec Plantu et Marie Heuzé la Fondation suisse « Cartooning for Peace », rebaptisée **« Freedom Cartoonists Foundation »** en 2020. Kofi Annan, Prix Nobel de la paix, était l'inspirateur et le président d'honneur de la fondation suisse. Celle-ci décerne tous les deux ans, avec la Ville de Genève, un Prix international saluant des caricaturistes pour leur talent et leur courage.

Partenaires du projet

Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

REPUBLIQUE ET CANTON DE GENEVE
POST TENEBRAS LUX

ERNST GÖHNER STIFTUNG

Avec le soutien de la Loterie Romande

eduki FONDATION

La Fondation Eduki

La Fondation est située à Genève, au cœur d'un des grands centres mondiaux de la coopération internationale, avec 42 organisations internationales dans le bassin lémanique, 179 États représentés, 750 organisations non gouvernementales (ONG) et plus de 4'000 conférences par an organisées en présentiel, en téléconférence ou en hybride et suivies par env. 366'000 délégué·e·s du monde entier (chiffres de 2023).

La Fondation Eduki entend lever le voile sur cet univers souvent méconnu, en permettant aux jeunes de découvrir le travail, le rôle et l'impact des institutions internationales sur toutes les personnes de notre planète. Elle vise ainsi à conforter la vocation internationale de la Suisse et à contribuer à tisser un lien durable entre les organisations internationales et les jeunes en Suisse.

Mission et activités

La Fondation Eduki a pour but de promouvoir l'éducation et la sensibilisation des jeunes au travail des organisations internationales et à la coopération internationale.

Ses activités consistent à :

- Organiser des visites et des activités de découverte
- Développer des dossiers thématiques et des outils pédagogiques
- Produire des supports de communication
- Coordonner un concours national permettant un engagement concret des jeunes
- Soutenir des activités développées par ou pour les jeunes en lien avec la coopération internationale

Public cible

- Les élèves des niveaux d'enseignement secondaire I et II (environ de 12 à 19 ans)
- Les enseignant·e·s du secondaire I et II (ou de niveau équivalent)
- Pour le concours national, les élèves et enseignant·e·s du niveau primaire, secondaire I et II

Plus d'informations sur eduki.ch.

Fondation Eduki
Route de Ferney 106
1202 Genève
022 919 42 09
info@eduki.ch

www.eduki.ch
edukifondation
@fondationeduki
@fondationeduki
Fondation Eduki

eduki FONDATION