



POLICY PAPER

PP 20 - 13
Mai 2020

L'OMS, UN OUTIL D'ALERTE ENCORE IRREEMPLAÇABLE ?

Par Pr. Mohammed GERMOUNI

L'OMS, un outil d'alerte encore irremplaçable ?

Par Pr. Mohammed GERMOUNI

Résumé

Agence spécialisée du système des Nations unies, l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) se trouve sous les projecteurs d'une actualité internationale, encore plus que par le passé, en raison de la grave pandémie en cours (Covid-19) qui semble avoir battu un record de mondialisation de cas d'infection en une relative courte période de temps. A tort ou à raison, une controverse, impliquant les principales grandes puissances, se développe autour du profil technique de la pandémie dont plusieurs sources scientifiques, notamment, renvoient à une origine chinoise localisée puis à une expansion du virus sur lesquelles l'Organisation aurait enregistré quelque retard quant au lancement d'une alerte appropriée.

Depuis sa création, au lendemain de la Seconde Guerre mondiale, l'Organisation a enregistré une évolution peu linéaire, en raison de politiques générales qui étaient fréquemment infléchies, à la fois par des approches de grandes puissances et par l'expression de divers intérêts importants concernés par les questions de soins et de santé.

A la différence des buts des organismes qui la précédèrent, l'un des objectifs principaux de l'OMS à sa création était « d'améliorer le niveau de santé de la population mondiale de l'après-guerre », et non plus uniquement de celles des pays membres, alors occidentaux pour la plupart.

La publication du « premier règlement sanitaire international », en vue de surveiller les principales maladies infectieuses jugées les plus graves, genre choléra, peste, fièvre jaune, variole et typhus, devait donner ainsi une orientation mondiale lisible à son action future. Certes, depuis, tous les objectifs n'ont pas pu être atteints. Néanmoins, à défaut d'une éradication totale, il y eut un déploiement d'efforts réels, certes de manière inégale mais non négligeable dans ceux des pays de l'hémisphère Sud, considérés, souvent, comme les plus affectés. Les diverses régions d'Afrique, des lendemains de décolonisation, où se concentraient déjà pauvreté, chômage, habitat insalubre et fragiles infrastructures sanitaires, allaient inspirer, en réel, les caractéristiques de ce qui sera désigné communément par les sociologues, économistes, démographes, médecins et géographes sous l'appellation de « sous-développement », voire un autre monde à part qualifié de « Tiers Monde ».

S'il y eut de réelles avancées inspirant des politiques sectorielles sanitaires audacieuses, quelques échecs patents dont, notamment, le cas de l'épidémie du sida des années 80 du siècle dernier, de l'Ebola des dernières années, entraînant ainsi une concurrence, parfois déloyale, entre diverses structures s'occupant peu ou prou de la santé. Les difficultés de financement des programmes de l'OMS, et la lourdeur d'un appareil administratif auront favorisé l'intervention de fondations

privées, d'un influent secteur pharmaceutique coalisé et d'importants bailleurs de fonds transformant les critères de choix sanitaires d'antan.

En dépit des critiques à l'endroit de l'OMS, parfois justifiées, son caractère irremplaçable semble s'imposer encore plus, surtout en des périodes de pandémies mondiales tendant à être répétitives, et d'un multilatéralisme globalement en perte de vitesse.

Introduction

Instituée en 1946 par l'Organisation des Nations unies (ONU), l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) définit, dans son Acte constitutif, la santé comme « Un état de complet bien-être physique, mental et social, qui ne constitue pas seulement une absence de maladie ou d'infirmités ». En dépit des critiques, parfois cohérentes à son encontre, son caractère irremplaçable s'impose encore plus, surtout en des périodes de pandémies mondiales de nature à devenir répétitives, et d'un multilatéralisme symbolique, sinon, et, surtout, en recul. D'abord, en tant qu'outil précieux d'alerte d'épidémies et autres fléaux du genre pouvant menacer la santé humaine en général. Ensuite, comme instrument de suivi des fléaux sanitaires affectant davantage encore les populations pauvres et vulnérables de différentes régions, en particulier celles des pays du Sud.

Il va de soi que si la gestion de la pandémie de la Covid-19 par cette Organisation a souffert de certaines insuffisances techniques relevées par diverses instances politiques et scientifiques dignes de foi, il conviendra dans un contexte post-crise sanitaire, moins trouble et plus propice aux arguments scientifiques et techniques que celui prévalant actuellement, pour cerner les défaillances et situer les niveaux de responsabilité, le cas échéant. En effet, pour la première fois, la planète s'est trouvée soudainement et rapidement exposée à la propagation d'un virus, à défaut d'une alerte appropriée de l'OMS, ne serait-ce qu'en comparaison de ses faits d'armes reconnus en début de ce siècle, de ses prouesses et son suivi rigoureux et attesté, notamment lors des épisodes du SRAS puis de celui encore plus sévère de l'Ebola, par la suite.

Depuis sa création, l'Organisation a enregistré une évolution relativement peu linéaire, en raison de politiques générales qui étaient fréquemment infléchies à la fois par des approches de grandes puissances et par l'expression de divers intérêts industriels importants et de fondations privées concernées par les questions de soins et de santé à travers le monde. Un insuffisant financement autonome assuré par les seules contributions des Etats n'aurait permis qu'un faible taux de réalisation des programmes sanitaires projetés par ses instances dirigeantes, n'eût-été l'appui devenu nécessaire de donateurs publics et privés ainsi que de bailleurs de fonds. Autant d'interférences qui n'ont pas manqué d'exercer leur influence sur les attributions et les choix d'une Organisation s'inscrivant dans le cadre d'un multilatéralisme de plus en plus en déperdition, sinon déstabilisé.

1- Lieu et objet de controverse entre grandes puissances

L'OMS a toujours été une enceinte abritant des discussions et des débats à caractère à la fois scientifique et politique, puisque s'agissant de questions intéressant la santé des populations. La récente pandémie en offre une illustration d'un débat relayé ou relancé

par les divers moyens d'information d'aujourd'hui. Ce qui était de l'ordre d'une discussion scientifique intéressant les origines d'un virus et le démarrage d'une pandémie, s'est transformé en une vaste controverse publique internationale, impliquant, en particulier et directement, deux des grandes puissances déjà en « guerre commerciale » ouverte depuis plus de deux ans. La plus concernée d'entre elles représente un des pays des plus peuplés de la planète, abritant près d'un cinquième de la population mondiale, et qui a acquis encore plus d'influence politique et de puissance économique au niveau mondial, depuis qu'elle avait remplacé Taiwan, en 1971, comme membre permanent du Conseil de Sécurité des Nations unies.

Cette grande puissance, encore en devenir, est par ailleurs très au fait du fonctionnement des diverses Organisations spécialisées du système de l'ONU, et des rouages particuliers de celle supervisant les problèmes de santé, puisque la direction générale de l'OMS en particulier fut assurée, d'ailleurs de façon professionnelle selon les observateurs, pendant la dernière décennie, par une femme médecin originaire de Hong Kong.

C'est une évidence que chaque grande puissance développe sa politique vis-à-vis de ces Agences spécialisées, notamment, allant d'une rare généreuse coopération à une utilisation répondant à certains intérêts particuliers, parfois, au gré des conjonctures et des contextes. La Chine ne serait pas la première et les Etats-Unis, à leur tour, n'ont pas été en reste depuis quelques décennies déjà. Les récentes discussions internationales, à connotation académique, au sujet de l'éventuelle source première d'un virus, ne sauraient masquer une confrontation d'attitudes et d'intérêts antinomiques de puissances en phase d'un lent repositionnement aux conséquences économiques et politiques non encore mesurables.

2- Un reflet des crises et des rapports mondiaux

A la différence des buts des organismes qui la précédèrent avant la Seconde Guerre mondiale, l'un des objectifs principaux de l'OMS à sa création était « d'améliorer le niveau de santé de la population mondiale de l'après-guerre », et non plus uniquement de celles des pays membres alors encore occidentaux pour la plupart. C'est ainsi que des priorités sanitaires, comme la lutte contre le paludisme, la tuberculose, les maladies sexuellement transmissibles, la santé de la mère et de l'enfant et de favoriser une alimentation des démunis, furent définies pour la première fois. Depuis, de nouvelles graves pathologies, comme le sida, puis la série des Covid ou l'Ebola, se sont manifestées dans la dernière période, recevant des réponses jugées parfois mitigées.

2.1- Le vœu utopique d'une « santé pour tous »

Vingt ans après sa mise en place, en 1969, l'OMS publia son premier règlement sanitaire international, en vue de surveiller les principales maladies infectieuses jugées les plus graves, genre choléra, peste, fièvre jaune, variole et typhus, donnant ainsi une orientation mondiale lisible à son action future. Certes, depuis, tous les objectifs n'ont pas pu être atteints. Cependant, à défaut d'une éradication totale, il y eut un déploiement d'efforts réels, certes de manière inégale mais non négligeable dans ceux des pays de l'hémisphère Sud, considérés, souvent, comme les plus affectés. Les diverses régions d'Afrique des lendemains de décolonisation en particulier où se concentraient déjà pauvreté, chômage, habitat insalubre et fragiles infrastructures sanitaires, allaient

inspirer en réel les caractéristiques de ce qui sera désigné communément par les sociologues, économistes, démographes, médecins et géographes sous l'appellation de « sous-développement », voire un monde à part qualifié de « Tiers Monde », donnant lieu à l'apparition d'une recherche multidisciplinaire nouvelle et féconde.

Cependant, dans les instances internationales du système des Nations unies, et dans le cas particulier de l'OMS, celle-ci a été jusqu'ici davantage regardée avec quelque condescendance et servant de bouc émissaire en période de crise sanitaire déclarée. Presque la plupart des Etats développés la considéraient, au mieux, comme une institution concernée plus par les problèmes sanitaires des pays en développement, voire des pays pauvres. Elle s'est ainsi trouvée plusieurs fois par le passé dans la ligne de mire des grandes puissances, parfois à tort, lui imputant tel ou tel manquement.

Par le passé, l'action et le suivi assurés par d'anciens directeurs généraux et médecins chevronnés, comme le Brésilien Candau et, surtout le Danois Halfdan Mahler, ce dernier longtemps responsable du « programme Tuberculose », et qui ont pu indéniablement apporter une visibilité nécessaire à l'Organisation dans sa première phase, s'intéressant à la santé des patients plus qu'à la seule maladie. D'ailleurs, la déclaration adoptée alors proclamant une "Santé pour tous" à l'horizon 2000, redevable à l'inspiration et à la réflexion de ce médecin danois. Elle précisait, ainsi, déjà, les grandes lignes de la future approche de ce qui deviendra un besoin de couverture sanitaire universelle, d'allure a priori utopique pour l'époque et qui peut paraître comme un des possibles « pare-feu » à d'éventuelles pandémies répétitives du futur. Cette déclaration avait fixé, par ailleurs, des principes comme l'égalité des droits au soin, la participation de la population, l'importance de la prévention, selon une approche combinant le sanitaire et l'économique.

2.2- La santé a un coût financier

A l'issue de cette phase, plusieurs auteurs et observateurs des problèmes de santé dans le monde ont pu relever, à partir des années 1980, que l'OMS a eu à connaître une sorte de « traversée du désert », en raison d'une hostilité doctrinale marquée de certains ardents défenseurs du « libéralisme nouveau », tant en Amérique qu'en Europe, servis en cela par des dirigeants charismatiques comme l'ancien président américain Reagan et l'ancienne Première ministre britannique, Margareth Thatcher. Leur influence conjuguée et multiforme était ainsi parvenue en particulier à imposer une sorte de démantèlement graduel de politiques et de services techniques sanitaires. Leurs représentants aux instances de l'Organisation sont parvenus à freiner ainsi des programmes épidémiologiques jugés alors coûteux, allant jusqu'à menacer de geler leurs cotisations financières, si leurs avis n'étaient pas suivis d'effets sur le terrain. A son tour, la puissante industrie pharmaceutique mondiale a été encouragée à contester non seulement la composition de la liste de médicaments essentiels retenus par l'Organisation, jusqu'à remettre en question les critères et même le principe de son établissement, considérant pareille politique comme constituant une entrave à la recherche d'une « optimisation des soins médicaux » et contrecarrant le « progrès scientifique ».

S'inscrivant dans la même orientation doctrinale, devenue dominante, la Banque mondiale (BM) sera appelée dans les faits à encadrer et orienter le secteur de la santé des pays en développement à travers des financements conditionnels, et selon des critères liant les coûts aux bénéfiques, et autres indicateurs d'efficacité, dans le cadre de

la série des programmes d'ajustement structurel développés par pays, marginalisant d'autant les politiques globales de santé et, surtout, l'approche plutôt clinique de l'OMS.

Nommée à la direction de l'Agence, avec l'appui des principaux pays contributeurs, pour mettre un peu d'ordre dans une Organisation affaiblie par plusieurs affaires douteuses, notamment par une gestion jugée controversée de son prédécesseur, le Japonais Hiroshi Nakajima, madame Brundtland, ancien Premier ministre de Norvège, a porté ses efforts à restructurer les services du Siège, à réduire le nombre des contractuels à long terme au profit de temporaires et à essayer, surtout, de réunifier les principaux bureaux régionaux bénéficiant d'une autonomie et d'un statut spécial. Il s'agit des bureaux régionaux de la Méditerranée orientale, de l'Afrique, de l'Europe, des Amériques et du Pacifique occidental et de l'Asie du Sud-Est. Il convient, à ce niveau, de noter que, par exemple, l'Organisation panaméricaine de la santé, dotée d'un statut indépendant, joue également le rôle de bureau régional des Amériques pour comprendre la difficulté de diriger et coordonner un « machin » du genre pour reprendre la boutade du Général De Gaulle à l'endroit de l'ONU qu'il jugeait ingérable.

2.3- Les pesanteurs d'un important appareil administratif

Il a fallu attendre quelque deux décennies pour que cette Organisation redevienne à nouveau visible au niveau mondial, suite à ses dernières alertes relativement efficaces s'agissant d'épidémies et de pandémies, comme la grippe aviaire, le SARS ou l'Ebola, se permettant même de contester, à raison et avec preuves, certaines statistiques épidémiologiques publiées en 2003, par la Chine. A partir du début de ce nouveau siècle, l'OMS avait, en effet, pu retrouver un modeste statut international de respectabilité qui lui faisait défaut et qui fut le résultat des efforts efficaces déployés par l'équipe de la nouvelle direction générale, désireuse de réformer une Organisation jugée alors à « bout de souffle » et dont certaines « dérives bureaucratiques » étaient décriées sur la place publique.

En effet, une bonne partie de la crédibilité de l'Institution avait peut-être souffert des vraies et fausses rumeurs de malversations, de népotisme, d'inefficacité, voire du lancement de programmes parfois jugés de peu de valeur sanitaire probante pour les populations, et ce ne sont que quelques-uns des griefs alors relevés en particulier par divers observateurs assidus, surtout suite à la part importante prise par les circuits de contributions volontaires de certains Etats et de dons privés dans le financement global. Le système d'une Organisation avec six importantes directions régionales, à son tour, avait suscité l'émergence de responsables locaux, parfois difficilement contrôlables par un Conseil et un secrétariat siégeant à Genève.

Ces efforts de relatif renouveau, mais non sans de notables reculs, devaient être poursuivis par les responsables qui se sont succédé à la direction de l'Agence, d'abord par le médecin sud-coréen, Lee Jong-Wook, disparu subitement en cours de mandat, puis par le médecin originaire de Hong Kong, qui était déjà en charge du service pandémique de l'Organisation, madame Margaret Chan, qui sera nommée au poste pour une décennie. Elle eut à faire face, non sans professionnalisme, en particulier aux fortes poussées épidémiques de la période dont le H1N1 et l'Ebola, parfois avec quelque retard, certes, mais surtout en comptant davantage sur l'appui de certains « intérêts privés » actifs à Washington, en l'occurrence la fondation Bill-Gates et du secteur pharmaceutique et notamment celui des vaccins.

3- La fonction complexe de gestion des crises sanitaires

C'est en déclarant, fin janvier 2020, l'urgence sanitaire mondiale de l'actuelle pandémie, que les diverses régions de la planète redécouvraient à nouveau l'OMS, ses rouages compliqués, des questions impliquant santé mondiale et diplomatie internationale des grandes puissances, l'ensemble, parfois difficile à cerner, non sans risque d'entamer le rôle difficile mais précieux de transmetteur officiel audible d'alertes épidémiologiques, essentielles pour la survie de l'humanité. Ceci n'en rend que plus exigeant encore la place du professionnalisme et de la technicité sanitaires exigés d'une direction générale d'une pareille Organisation tentaculaire, qui est loin d'être une mission aisée.

Assurée encore pour deux ans, par un représentant africain, en la personne d'un ancien ministre des Affaires étrangères, non médecin, diplômé de l'École de santé d'hygiène et de médecine tropicale de Nottingham, en Grande Bretagne, sa mission en cours ne se trouvera pas ainsi facilitée uniquement par une certaine surdose nécessaire de diplomatie, dans une enceinte devant privilégier en premier lieu les aspects sanitaires. Si une telle élection d'un Ethiopien fut naguère jugée « historique », ou presque, comme l'Union africaine l'avait qualifiée alors, elle devrait désormais se traduire dans le proche avenir par une vigilante gouvernance redoublée et équilibrée, surtout par un suivi sanitaire encore plus professionnel s'agissant des pandémies dont celle en cours.

Parler d'élection dans une Organisation du genre pourrait paraître quelque peu un abus de langage en la matière, tant il s'agit dans l'ensemble de dispositions agréées au préalable par les membres permanents du Conseil de Sécurité des Nations Unies, manifestant, parfois, un certain consensus en faveur d'une éventuelle rotation continentale s'agissant de la direction de quelques Agences spécialisées. Un tel système, existant depuis la Seconde Guerre mondiale veut que certains organismes demeurent du ressort des seuls membres permanents des régions Amérique-Europe, suite à des accords anciens entre grandes puissances, tels les cas du Fonds monétaire international et la Banque mondiale.

Par contre, s'agissant des divers organismes relevant du dispositif de l'ONU, le principe et la coutume veulent que le choix et l'accord relatifs aux candidatures se fassent, en dernier ressort, de façon diplomatique et sans heurt frontal si possible, permettant à tour de rôle de satisfaire chacune des grandes puissances à placer ou à soutenir une candidature appartenant à son aire d'influence. Il en a toujours été ainsi, selon d'anciens diplomates du terrain, et la candidature d'un ancien ministre africain des Affaires étrangères retenue comme directeur de l'OMS, n'a pas dérogé à la règle, ayant bénéficié surtout de l'appui décisif de la Chine, bien présente sur le continent et bien au fait de ses particularités économiques et politiques, notamment.

Par ailleurs, de l'avis d'observateurs habitués de ces instances, la fonction d'un directeur général, aussi qualifié soit-il dans ce genre de dispositifs internationaux, n'est que rarement déterminante dans la prise des grandes décisions. Dans le cas d'espèce, celles-ci émanent régulièrement des structures techniques et scientifiques en charge des dossiers, rarement toutes « inféodées » à une seule et même puissance, encore moins lors d'une pandémie dite du siècle. Il va de soi que chaque responsable « élu » à ce genre de poste est, bien entendu, redevable d'abord au gouvernement de son pays qui a autorisé sa candidature puis a permis de faire campagne en sa faveur, en sensibilisant les principaux alliés éventuels, selon le contexte des rapports internationaux.

prévalant. Si certaines personnalités d'envergure ont pu faire exception par le passé et ont même été objet de consensus, le cas courant veut que le soutien d'une candidature à la tête de quelque Organisation internationale, genre OMS, fasse souvent l'objet de longs échanges diplomatiques dans la pratique, notamment entre celles des grandes puissances concernées. Ce qui n'exclut pas, de la part de celles-ci, un relatif désintérêt remarqué s'agissant de telle ou telle Organisation, laissant le champ libre au grand nouveau venu sur la scène mondiale.

4- Le lancinant problème du financement des programmes sanitaires

Un aspect et non des moindres a trait à la question centrale de la difficulté de faire face aux dépenses jugées essentielles de l'action de l'OMS, compte tenu du fait que les contributions officielles des Etats membres ne couvrent, jusqu'ici, que le quart des besoins d'un fonctionnement normal. Depuis quelques décennies, déjà, cette Organisation a multiplié les collaborations avec des organisations non étatiques, en partenariat avec près de plusieurs dizaines de groupes (ONG, industrie pharmaceutique et fondations dont notamment celle Bill-et-Melinda-Gates et la GAVI Alliance.

En principe, le budget-programme de l'OMS est financé au moyen d'une combinaison de contributions fixées de pays membres, calculées sur la base d'une combinaison du PIB et de la population ainsi que de contributions et de dons volontaires d'Etats ou d'autres entités. Celles dites fixées ont décliné en tant que pourcentage général du budget programme et depuis plusieurs années, en raison des besoins sanitaires élémentaires qui ont augmenté dans diverses régions du monde. Autant dire que les cotisations fixées des Etats sont devenues au fil du temps symboliques et peu représentatives des ressources nécessitées par les politiques décidées par cette Agence, et ce depuis la fin du siècle dernier.

A titre de simple illustration, pour le double exercice 2018/2019, les prévisions de contributions de quelques Etats attestaient en général de la modicité des efforts financiers respectifs alloués à cette Organisation, et qui étaient comme suit par rapport aux cotisations totales devant être collectées :

22% pour les USA ; 9% pour la Norvège ; 7,9% pour la Chine ; 7% pour l'Inde ; 6,4% pour les Emirats arabes unis ; 6,3% pour l'Allemagne ; 5,4% pour le Danemark ; 4,8% pour la France ; 3,00% pour la Russie ; 3,6% pour l'Afrique du Sud ; 2,00% pour le Nigeria ; 1,1% pour l'Arabie saoudite ; 0,15% pour l'Egypte ; 0,05% pour le Maroc et 0,01% pour l'Ethiopie.

La récente décision américaine officielle, par exemple, de réduire de moitié sa contribution, en pleine pandémie, et sans attendre les conclusions d'une éventuelle investigation approfondie, ne fait qu'éclairer sur les réelles difficultés d'une Organisation du genre à pouvoir poursuivre une mission exposée aux nécessaires critiques et vicissitudes, sans déplaire autant que possible aux principaux contributeurs. D'ailleurs, à l'instar des années passées, l'équilibre de l'ensemble du budget-programme de l'OMS, par exemple de l'ordre d'US \$ 5,6 milliards en 2019, restait dépendant pour les quatre cinquièmes de ses besoins de contributions et dons dits volontaires d'Etats et d'entités à caractère privé, devenues ainsi essentiels pour sa survie.

Il va de soi que cela crée une large opportunité aux généreux donateurs de faire part de leurs avis sur les politiques et programmes sanitaires à adopter ou à entreprendre.

Agence, certes, controversée mais également convoitée, et ce n'est pas le moindre des paradoxes de l'OMS des dernières décennies, en raison de son large rayon d'action et de son implantation dans les régions pandémiques en particulier, traduisant souvent un multilatéralisme de façade, au moment où des besoins impérieux de soins de santé de populations pauvres et vulnérables demeurent insatisfaits pour l'essentiel. Une sorte d'externalisation progressive de fait des attributions d'une Organisation s'est ainsi mise en place d'une équipe dirigeante à l'autre, devenant une sorte de réceptacle de donations et de contributions volontaires orientées vers ceux des programmes de soins de santé s'inscrivant dans l'optique privilégiée des donateurs et contributeurs.

A cet égard, est-il besoin de le rappeler, les USA avaient déjà essayé par le passé, non sans succès, d'en contrôler l'essentiel de sa politique générale dans les années 80 du siècle dernier, selon des documents officiels, allant jusqu'à refuser de régler leur cotisation si leurs recommandations n'étaient pas suivies d'effet. La récente sanction financière, intervenue lors d'un simple point de presse présidentiel, en avril 2020, de réduire une cotisation d'allure symboliquement la plus élevée parmi les Etats, est cependant pour surprendre, à un moment aussi crucial de la lutte contre une grave pandémie. De telles attitudes ne font que confirmer la crise larvée du passage d'un multilatéralisme à « géométrie variable », variant au gré des conjonctures, à un autre devenu plus une sorte de semblant des dernières années.

5- L'apport indispensable des fondations et du secteur privé

Diverses fondations et œuvres privées genre Rotary et autres, participent peu ou prou ou indirectement à la mise en œuvre de certains objectifs sanitaires de l'OMS. Celle qui est le plus souvent impliquée est la fondation « Bill Gates », relativement assez présente par son assistance et son appui financiers ainsi que par du conseil dans le domaine sanitaire dans les régions en développement. Le mot d'ordre véhiculé par cette entité, à rayonnement mondial, et se voulant exemplaire, surtout par ses réalisations, est un « altruisme » dit « efficace ».

5.1- La Fondation Gates et la question de la santé dans le monde

A ses origines, la création de cette structure philanthropique américaine aurait été une réponse, notamment à la question de l'accès difficile au « vaccin antirotavirus » auquel tous les enfants à travers le monde ne pouvaient accéder avec des chances égales, notamment les plus pauvres. Une grande part de ses activités a consisté, depuis ses débuts, deux décennies auparavant, à savoir intervenir au « moment approprié », pour participer au financement de quelques politiques gouvernementales d'achats de vaccins et d'équipements efficaces et appropriés aux besoins du moment. Elle a ainsi pris une part active à la création du Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme, en apportant un don de 650 millions de dollars, pour lutter contre trois des maladies infectieuses jugées alors les plus mortelles que le monde ait jamais connues, comblant les lacunes et les difficultés de l'OMS.

Si cette fondation est devenue importante et influente à travers le monde, par ses soutiens financiers sélectifs, elle ne se charge pas de la mise en œuvre des projets qui sont préparés et demeurant du ressort des laboratoires d'universités et des entreprises pharmaceutiques. Il en serait de même des décisions d'achat des produits sanitaires

ou des vaccins nécessaires, qui restent du ressort des autorités des pays concernés ou d'organismes spécialisés comme l'UNICEF, par exemple. En principe, également, les divers donateurs s'interdisent d'élaborer la politique sanitaire des pays, tâche relevant des Etats conseillés, parfois, par l'OMS. Néanmoins, dans la pratique, à l'instar d'autres bailleurs de fonds, les contributeurs volontaires prennent une part non négligeable à la formulation des propositions ainsi qu'à la négociation de produits et de délais, soucieux qu'ils sont que les ressources correspondent à la tâche attendue et d'exercer l'impact le plus large possible.

Il est évident que la question de la santé au niveau mondial intéresse plusieurs approches disciplinaires, autres que la médecine, et les diverses fondations, en général, et celle de Gates, en particulier, parviennent à réunir périodiquement divers représentants du monde des sciences, en vue d'établir des « partenariats » sur les terrains d'action, ce que l'OMS ne peut se permettre en raison de l'état de ses faibles finances. Selon cette fondation, les résultats du financement dans l'approche dite altruiste efficace devraient être jugés sur le long terme, en termes, par exemple, de « vies épargnées ou prolongées ». La démarche a pu susciter un regain d'intérêt et favoriser le lancement de processus de recherche fondamentale dans des universités, notamment américaines, en relation avec la science et la technologie intéressant la santé.

Certes, les problèmes rencontrés en matière de santé publique n'exigent pas seulement des compétences en sciences et en santé publique, mais aussi dans des disciplines permettant de trouver des solutions sanitaires propices avec un impact sur le terrain, aspect privilégié par les interventions de cette importante fondation philanthropique. Le besoin de diversifier davantage les acteurs et de faire appel, non seulement à des professionnels issus des écoles de santé publique, mais également à des spécialistes en gestion d'entreprises dotés d'une expérience, des ingénieurs et des développeurs de logiciels, est devenu ainsi évident et ne pouvant que renforcer l'action multiforme de l'OMS. Pour ce faire, la fondation inscrit l'essentiel de ses interventions sanitaires éventuelles, aux côtés de l'OMS, en particulier, selon des critères empruntés à l'analyse économique des projets.

5.2- Les critères de choix et l'altruisme dit efficace

Un examen en termes de « coût-efficacité » dans le choix de politiques, en général, et sanitaires, en particulier, ne constitue pas à priori une hérésie, car appliqué judicieusement et combiné à d'autres critères, il peut éclairer utilement les conséquences et impacts respectifs des orientations pouvant être adoptées. Une telle transposition d'outils d'analyse, habituellement en usage pour arbitrer des investissements intéressant divers secteurs d'activité économique et sociale, ne préjuge pas nécessairement de leur possible utilisation dans ceux de la santé humaine, sauf lorsqu'ils deviennent exclusifs comme dans l'approche de la fondation.

Au sens strict, une analyse « coût-efficacité » compare les coûts et les effets d'une intervention de santé à ceux d'une autre. Il s'agit de mesurer l'impact marginal d'un choix sur les coûts et les effets attendus. Les décideurs ciblés par de telles évaluations économiques préconisées visent principalement des décideurs nationaux de programmes publics de médicaments et des fabricants internationaux de produits pharmaceutiques qui procurent les diverses données devant appuyer l'inscription des leurs sur les « Listes de médicaments » arrêtées par les pays en accord avec les services techniques de l'OMS.

De telles évaluations économiques aidant à la prise de décision, sont courantes dans plusieurs pays développés, elles concernent des technologies de soins de santé, tels les vaccins, les appareils médicaux, les interventions médicales et chirurgicales, la prévention et les activités de dépistage de la maladie, etc. Ces diverses technologies ne se limitent pas seulement aux produits, mais s'appliquent également à des stratégies pour la prise en charge des patients et le traitement d'une affection donnée. Autant leur degré de transparence est réel et permet aux choix en matière de santé d'être cohérents à leur tour, autant leur degré de pertinence peut être limité dans certains cas.

De telles approches comparent des ratios calculés entre les coûts d'une thérapeutique ou d'une action de prévention (exprimés en unité monétaire) et leurs divers résultats, exprimés en nombre de vies ou d'années sauvées, en nombre de cas de maladies guéries ou évitées, en fréquence ou durée réduite de maladie, en paramètres cliniques ou psychosociaux. Les effets sur la santé sont ainsi mesurés en unités physiques dépendant de l'objectif de la thérapie ou de l'action de prévention. Les analyses permettent, aussi, de rendre compte des effets de chaque catégorie d'efficacité ainsi mesurée. L'intervention de critères économiques dans la prise de décision de politiques de soins et de prévention conduit à passer d'un modèle du patient à celui du client, avec ses côtés discutables que l'alliance Fondation-OMS a eu tendance à privilégier au cours des dernières décennies, introduisant le principe des soins solvables en premier.

Une analyse en termes de « coût-utilité », qui peut être complémentaire et associée dans divers cas dans les programmes sanitaires de l'OMS, permet d'aider à aboutir à un ratio entre les coûts d'une thérapeutique ou d'une action de prévention (exprimés en unité monétaire), et ses possibles résultats même sur la qualité de la vie. Car, les effets sont exprimés en années de vie gagnées pondérées par un critère de bonne santé. Le résultat est ainsi le produit d'effets multiples ramenés à une seule valeur.

6- Un échec historique de l'OMS nommé Sida

Des médecins américains avaient rendu publique, en juin 1981, l'observation d'une nouvelle maladie, le sida, connu par le sigle du virus VIH à son origine, constituant de ce qui deviendra la plus grave épidémie des dernières décennies, dont on n'a toujours pas trouvé de vaccin encore aujourd'hui.

Ce n'est seulement que cinq ans, plus tard, que l'OMS lancera ce qui deviendra le Programme mondial de lutte contre le sida (Global Program on AIDS, ou GPA), dont la direction sera confiée à Jonathan Mann. Au début des années 2000, près de vingt-deux millions de morts et environ 36 millions de personnes en étaient atteintes, dont plus des neuf dixièmes des personnes infectées et des morts se trouvaient dans les pays en développement. Sous la pression de certains Etats, les pays scandinaves et la France en particulier, la responsabilité de la coordination de la lutte contre le sida sera retirée à l'OMS, notamment suite à la carence de sa direction et des désaccords avec le responsable du GPA ayant entraîné son départ, et sera confiée, en 1996, à une nouvelle structure du système des Nations unies, l'ONUSIDA, dirigée par un Belge, Peter Piot.

Une autre initiative, diminuant encore l'OMS de ses prérogatives statutaires, fut émise en 2001, par l'ancien Secrétaire général de l'ONU, Kofi Annan, qui initia la création d'un Fonds pour financer la lutte contre le sida, le paludisme et la tuberculose, mais n'eut pas de suite significative, n'ayant permis de collecter que 200 millions de dollars, à peine le

sixième du montant initialement ciblé. Si la création d'un tel fonds est d'abord apparue comme un progrès important, son statut de fondation de droit privé n'autorise pas juridiquement dans les faits l'ONU d'assurer la responsabilité d'une partie importante de la politique mondiale de santé publique.

La création d'Onu Sida accentuera encore la marginalisation de l'OMS sur un terrain qui était sa raison d'être. Il faut aussi faire remarquer que cette nouvelle entité avait eu, pourtant, l'audace d'être la première à soutenir le droit des gouvernements d'autoriser la fabrication de copies moins coûteuses de médicaments protégés par des brevets, en cas de crise de santé publique, pour cause de sida. Cette position sera entérinée ultérieurement par l'OMS, en raison de la forte pression des opinions publiques et du travail des ONG, encouragée aussi par une certaine neutralité des USA, telle que relevée alors par la presse internationale.

7- Des rapports complexes entre l'industrie du médicament et l'OMS

L'industrie pharmaceutique internationale ne pouvait pas ne pas s'intéresser à une importante Organisation spécialisée dans le domaine des questions de santé à travers le monde et qui dresse, notamment, des listes de médicaments dits essentiels. Très tôt, les grands groupes de cette industrie, à travers leurs associations et différents lobbies, ont commencé à remettre progressivement en question un certain nombre d'attributions et de domaines d'intervention de l'OMS, dès les années 80 du siècle dernier, estimant qu'elle n'était pas nécessairement dans son rôle. Elle a pu avoir gain de cause au fil des ans, aidée en cela par son poids technique et financier, et avec le soutien appuyé des gouvernements des grandes puissances, se prononçant indirectement à son tour sur les différents programmes sanitaires de l'OMS, chaque fois que ses intérêts le lui dictent.

Membre écouté d'un puissant groupement au sein de l'« Alliance Globale pour les Vaccins et l'Immunisation » (GAVI en anglais) nouvellement créée, qui est un partenariat public-privé destiné à sauvegarder les vies des enfants et à protéger la santé des personnes, en encourageant l'accès à la vaccination dans les pays pauvres, les compagnies pharmaceutiques ont aussi émis leurs avis techniques. Ce groupement établit des liens entre les gouvernements des pays en développement et ceux des pays donateurs, avec l'OMS, UNICEF, la BM, ainsi que les centres de recherche et les agences techniques, la société civile, la Fondation Bill-Gates outre d'autres philanthropes privés. Les représentants d'« International Federation of Pharmaceutical Manufacturers & Associations » (IFPMA) siègent au Conseil d'administration de cette structure qui leur offre ainsi plus qu'une fenêtre utile d'observation sur les activités et programmes de santé de plusieurs entités. Ce qui n'est pas inutile dans le cadre d'une vision des complémentarités réelles existantes entre les composantes d'un tel grand ensemble d'intervenants. L'IFPMA représente quelque dizaines d'associations nationales d'industriels, avec des leaders internationaux connus comme Johnson & Johnson, Glaxo Smith Kline, Merckx & Co., Novartis, Sanofi Pasteur, la division des vaccins de Sanofi-Aventis, Pfizer, entre autres. Cette structure représentée par GAVI permet de négocier quelques tarifs de médicaments avec les industriels et de contribuer au financement de quelques achats de vaccins, notamment au profit des régions démunies de ressources pour en acquérir.

Un ancien grand avocat américain et charismatique défenseur des droits des consommateurs, Ralph Nader, soulignait, à la fin de la deuxième moitié du siècle dernier, les efforts de l'OMS dans la lutte contre le paludisme, la tuberculose, le tabagisme et

les industries du tabac. Cependant, il n'avait pas manqué de relever que plusieurs observateurs étaient déjà préoccupés par le fait qu'une telle Organisation ait accepté qu'une « poignée de grandes compagnies pharmaceutiques exercent une influence indue sur ses programmes... jusqu'à réduire son rôle traditionnel de promotion de l'usage des médicaments génériques dans les pays pauvres ». A cet égard, et en rapport avec des prix prohibitifs fixés non seulement des médicaments mais aussi des nouveaux vaccins par exemple, de nombreux gouvernements de pays en développement se retrouvaient acculés au mur, en fonction de leurs ressources insignifiantes, devant choisir entre les maladies mortelles dont il conviendrait de protéger les enfants de leurs pays respectifs.

Les budgets de santé de ces pays souffriraient de plus en plus de coûts élevés, faute d'informations pertinentes pour négocier avec les entreprises. Soucieuse de limiter la concurrence, l'industrie pharmaceutique ne communique que rarement ses tarifs, et à dessein. D'un marché à l'autre, et selon les pays, les coûts d'un même produit peuvent varier considérablement. La situation serait même absurde, car dans certains pays en développement, comme le Maroc ou la Tunisie, le vaccin « antipneumococcique », recommandé pour les méningites, coûtait plus cher qu'en France selon l'ONG Médecins sans frontières (MSF). Même des pays, comme l'Angola, l'Indonésie ou la Bolivie, avaient sollicité, également, l'assistance financière du GAVI. La protection des droits de brevets des laboratoires paraît, certes, légitime, garant de la poursuite de la recherche-développement qui permet la fourniture d'outils, de technologies et de solutions nouvelles, n'a jamais été remise en question par l'OMS, tout au contraire et à juste titre. Cependant, la discussion demeure quant au niveau prohibitif des « prix de monopole » pratiqués. L'épisode de la bataille des prix des médicaments lors de la lutte contre l'épidémie du sida et des procès intentés par les groupes pharmaceutiques alors à l'Afrique du Sud, par exemple, l'un des pays les plus infestés, en invoquant la possible réexportation frauduleuse de médicaments livrés à bas prix, illustre cette forte interférence du secteur industriel dans les politiques mondiales de la santé pour défendre des intérêts commerciaux particuliers.

Après la Seconde Guerre mondiale, ce fut une sorte d'« âge d'or » de l'industrie pharmaceutique, avec ses antibiotiques et le miracle de la pénicilline, notamment. Elle avait contribué réellement à éradiquer diverses sortes de maladies infectieuses. Quelques décennies, plus tard, ses performances et ses gains financiers ont, certes, poursuivi leur amélioration, parfois jusqu'à défrayer la chronique, aux dépens d'une absence de transparence générale de laboratoires devenus de gigantesques groupes internationaux régissant sur des brevets leur accordant des quasi monopoles. De graves dérives furent enregistrées du fait de certaines de ces entreprises. Ainsi, quelques dossiers de sérieux manquements fortement médiatisés ont déteint sur l'ensemble du secteur, donnant même lieu à des enquêtes diligentées par des Etats, contraints de préserver l'ordre public et la défense des utilisateurs de médicaments. Les contraceptifs de Searle hier, la crise des opiacés et le rôle de Purdue, le fabricant de l'Oxycontin des dernières années, par exemple, ont donné lieu à des enquêtes du Sénat aux USA, sans parler des prix de quasi monopoles appliqués même à des vaccins ou médicaments destinés à des populations démunies. Il en est de même de certains groupes ayant leur siège en Europe qui n'ont pas été en reste, non plus.

Certes, ce n'est pas le cas général, mais les compagnies pharmaceutiques ont été parfois condamnées à verser de lourdes amendes de toutes sortes, parce qu'elles avaient notamment commercialisé des produits qui étaient jugés nocifs à la santé des

utilisateurs, parfois informant peu le public sur les effets indésirables. En adoptant des politiques de concurrence internationale qui sont à l'opposé du protectionnisme à l'abri duquel elle a évolué, l'industrie pharmaceutique cherche, surtout, à assurer la poursuite de son essor, en particulier en limiter l'émergence de la concurrence dans les pays en développement. Il convient de noter que les trois quarts des financements effectués par GAVI demeurent le résultat de contributions de donateurs des pays développés.

D'importants laboratoires avancent ne pas pouvoir faire baisser leurs tarifs relatifs aux vaccins, par exemple, tels GSK, qui affirme qu'avec le niveau de prix pratiqués pour les pays pauvres il parviendrait tout juste à rentrer dans ses frais, ou Pfizer, qui, quant à lui, soutient qu'il vendrait les vaccins presque à perte, tels que rapportés par MSF. À l'heure actuelle, le coût de fabrication de ces produits relèverait du véritable « secret d'État » pour des groupes qui avaient récemment annoncé des bénéfices de près de 1,5 milliard \$ US pour un chiffre d'affaires-vaccins à eux deux de près de 19 milliards \$US réalisés dans les pays en développement, et soutenus par GAVI, tels que parus dans la presse internationale spécialisée. L'évaluation indépendante menée par cette Alliance elle-même, rapportée par MSF, avait conclu que le prix qu'elle payait pour le vaccin contre la pneumonie était largement au-dessus du coût de fabrication simplement estimé. Il est à signaler que, par exemple, l'UNICEF, membre de cette même structure, présente dans plus de 150 pays et territoires, reste le plus grand pourvoyeur en vaccins des pays en voie de développement.

Il convient de rapporter à ce propos un précédent insolite, suite aux attentats du 11 Septembre. Les États-Unis avaient même menacé la firme allemande Bayer, productrice d'un antibiotique, Cipro, utilisé habituellement pour combattre la maladie du charbon, de fabriquer eux-mêmes des copies conformes de ce médicament, si un rabais substantiel ne leur était pas consenti. Après cette pression exercée et réussie, par une telle grande puissance créant un précédent positif, il leur serait éthiquement difficile depuis de s'opposer à ce que d'autres États, moins nantis, puissent à leur tour recourir à la « primauté du droit à la santé sur le droit du brevet ».

Pour faire face à l'actuelle pandémie de la Covid-19, on recensait, à la mi-mai 2020, plus d'une centaine de projets de vaccins initiés par divers laboratoires pharmaceutiques, dont plusieurs entreprises « biotech » européennes et américaines, dans le monde, encouragé par l'importance d'une demande potentielle à travers le monde. Cela rappelle l'épisode du Sras, de 2002, qui avait entraîné le démarrage de dizaines de projets de vaccins mais qui n'ont pas été menés à terme, aussitôt que l'épidémie s'était arrêtée, car il s'agit de projets exigeants en temps et en ressources. Certains laboratoires, doit-on le relever, procéderaient de la sorte davantage pour des motivations parfois simplement boursières.

8- La BM et l'OMS, une complémentarité de fait

Il est de plus en plus évident qu'une bonne santé constitue un investissement fondamental dans la consolidation du capital humain pour soutenir la croissance économique, qu'une Agence spécialisée telle que l'OMS, au vu de l'expérience vécue, ne pouvait, à elle seule, en assurer le suivi à travers le monde. Au cours des dernières années, dans de nombreux pays, le degré de couverture santé demeure fort insuffisant, en particulier chez les populations défavorisées et marginalisées, soit près de la moitié de la population mondiale, environ, encore privée d'accès à des services de santé de base. En outre, près de huit cents millions de personnes dans le monde consacraient au moins le

dixième du revenu du ménage aux dépenses de santé et se trouveraient fréquemment dans l'obligation de choisir entre leur santé et les autres priorités familiales, selon des rapports émanant de sources internationales officielles dont celle de la Banque mondiale. La difficulté d'assumer sa dépense de santé est l'un des principaux facteurs qui feraient souvent basculer et entraîner les familles dans la pauvreté.

Une couverture sanitaire universelle comme une des conditions contribuant à réduire l'extrême pauvreté et à améliorer l'équité dans le monde, donna progressivement deux objectifs que la Banque mondiale a eu à intégrer à sa politique générale avec l'avènement du nouveau siècle. Cependant, les transformations requises des systèmes nationaux de santé des pays en développement, notamment, ne se sont pas accompagnées de débats nécessaires, tant la santé ne constituant pas toujours un « enjeu réel pour certaines élites dirigeantes ». De même que les préoccupations des populations auront été faiblement véhiculées par des « mécanismes démocratiques » jugés peu appropriés dans bon nombre de régions du monde, selon la Banque mondiale. Une forte dépendance de plusieurs pays en voie de développement de l'aide internationale constituerait un autre facteur limitatif de débats utiles à la réalisation des objectifs soutenus depuis par cet important bailleur de fonds.

S'impliquant progressivement pour assister l'OMS, et ayant à son actif une expérience non négligeable d'un secteur de la santé relevant des attributions de celle-ci, la BM avait pu y prendre part la première fois en Tunisie, en 1981, faisant suite au financement de projets de planification familiale réalisés en Jamaïque, de nutrition au Brésil, puis au Bénin et en Guinée. Des revues exhaustives du secteur de la santé, un « dialogue » au niveau politique et l'octroi de crédits ou de prêts assortis de conditions allaient caractériser les approches de la Banque. Les conditions demandées étaient avant tout centrées sur des considérations d'efficacité, consistant en un redéploiement du personnel de la santé, comme en Guinée, ou en une définition d'un modèle d'organisation du district sanitaire, dans le cas du Bénin.

Il faut mentionner, par ailleurs, que les plans d'ajustement structurel généralisés comprenaient également des conditionnalités qui avaient des effets directs sur la pauvreté et la santé, par exemple la suppression des subventions aux denrées de base ou sur les services de santé, en gelant le recrutement des fonctionnaires qui limitait ainsi l'extension des services de santé et en réduisait l'accessibilité. La BM a ainsi notablement contribué à banaliser l'introduction de financements privés dans les systèmes de santé, en recourant déjà à des critères d'efficacité, notamment par le paiement direct et partiel des coûts des services, aisés à gérer mais en même temps vecteurs de faible équité.

L'accent étant mis sur l'offre médicale surtout, la BM devait inciter les services des Etats à une performance améliorée et à une plus grande attention vis-à-vis des besoins exprimés par la population. Associée aux donateurs et bailleurs de fonds, l'OMS, quant à elle, cherchait à tirer parti du fonctionnement des marchés, mais tout en demeurant prudente envers un « système marchand pour la santé », comme, par exemple, le fait de confier à des populations la responsabilité de gérer des fonds devant principalement permettre le réapprovisionnement en médicaments essentiels sous la forme d'une participation communautaire. On assista, depuis le début des années 1990, à une certaine « convergence » de fait des politiques prônées et soutenues par diverses Organisations internationales en matière de santé des populations des régions sollicitant des bailleurs de fonds. Ainsi, les approches que l'UNICEF préconisait ressemblaient de plus en plus à

celles de la Banque mondiale, plutôt qu'à celles initialement recommandées par l'OMS, à propos des soins de santé primaires notamment.

Le développement des interventions sectorielles s'est généralisé encore plus dans les pays où l'aide extérieure contribuait largement au financement du système de santé. Cette approche est en principe de nature à faciliter la coordination de l'aide, ce qui est devenu un élément déterminant de son efficacité. Cette même logique s'est toutefois heurtée aux contraintes et aux exigences des différents bailleurs de fonds, comme la BM, et également à des enjeux politiques locaux dans les pays bénéficiaires. Toutefois, de telles approches par secteurs offraient au moins la possibilité d'appuyer une administration locale générale fonctionnelle, mais dépendaient, d'abord, et, avant tout, de la clairvoyance et des qualités des autorités gouvernementales. Car, au-delà des avantages évidents de tels choix, ils exposaient au risque de la création d'une « association des bailleurs de fonds » dans laquelle l'un d'entre eux semble jouer un rôle prépondérant du fait des capacités ou d'expertises déterminantes dont à priori la BM semblait disposer.

Il en a été ainsi dans divers pays africains, au sud du Sahara en particulier. Le cas de la Côte-d'Ivoire illustre cette situation où la santé avait fait l'objet d'une approche sectorielle dans laquelle la cohésion des bailleurs de fonds a souvent été difficile à maintenir. La réforme du secteur de la santé visait à implanter un « minimum d'activités », tout droit issu des recommandations de la BM, et sans liens avec celles de l'OMS qui aurait pu saisir cette occasion pour dissocier la politique des médicaments essentiels de celles de recouvrement des coûts. Depuis cette période, la BM est devenue le premier bailleur de fonds public dans le domaine de la santé, allant jusqu'à publier en 1993, son rapport annuel sur le thème « Investir dans la santé ».

Ce rapport traduit l'augmentation considérable de son rôle dans le financement, la coordination et la recherche dans les secteurs de la santé et des réformes en santé. Il a représenté, selon certains observateurs, un moment particulier du transfert de compétences et de responsabilités de l'OMS à la Banque mondiale pour les questions relatives à la santé, affublée implicitement du titre de « Surgeon General du tiers-monde ». A la fin du siècle dernier, les autorités de cette Institution financière faisaient valoir que leur organisme devait adopter une stratégie de « développement global », prenant en compte non seulement les questions macro-économiques et financières, mais aussi, et avec autant de « sérieux », notamment les aspects structurels, sociaux et humains du développement. La réduction de la pauvreté s'imposant désormais comme un thème premier, toutes les politiques sectorielles devaient converger en vue de réaliser désormais cet objectif. En effet, la Banque a fini, à son tour, par reconnaître, comme les autres organismes internationaux, que pour mettre en œuvre « un processus durable de développement, il fallait s'efforcer d'atteindre simultanément différents objectifs étroitement imbriqués ».

A un titre, certes, accessoire, en comparaison au rôle de la BM et de la fondation Gates notamment, et bien que son aire géographique d'intervention demeure encore limitée, il y a lieu de mentionner la Commission Européenne (CE) qui était également devenue, depuis la fin du siècle dernier, un bailleur de fonds complémentaire et sollicité dans le domaine de la santé. Cependant, son influence en tant qu'intervenant mondial, comparée à celles des autres intervenants, paraît être en deçà de ses possibilités réelles de soutien. Si elle a favorisé le mouvement vers des approches globales et sectorielles, elle ne s'est

caractérisée par aucune perspective spécifique en la matière, car elle n'a pu mener un rôle actif, étant devenue davantage une sorte d'« administrateur » de fonds financiers importants soumis au contrôle régulier du parlement des vingt-huit Etats-membres. Des perspectives d'évolution ne sont pas à exclure pour soutenir certains efforts de l'OMS, suite à l'expérience de l'actuelle pandémie mondiale, et la distribution en cours des nouveaux rôles sur l'arène internationale.

9- Conclusions

- En dépit de ses divers défauts, et dans le cadre du multilatéralisme en déclin, l'existence de l'OMS continue de permettre, en théorie, à chacun des 191 pays membres de faire entendre sa voix à l'Assemblée mondiale de la santé. Elle assure en particulier à plusieurs pays en développement, surtout, de bénéficier de sa large expérience scientifique et des régions, lui permettant de lancer les alertes nécessaires d'urgence sanitaire. Cependant, à défaut de ressources autonomes de financement, les politiques à mener contre les graves maladies et pandémies importantes dépendront encore plus qu'avant des délibérations de fondations et de contributeurs privés et de leur bon vouloir. D'aucuns tendent à penser que cette mutation de l'OMS dans les faits pourrait être un facteur de nature à aggraver encore les inégalités dans le monde, et que seuls d'importants « états- généraux de la santé » pourraient peut-être aider au moins à atténuer dans le futur.
- Bien avant la création de l'OMS, la santé des êtres humains avait été considérée comme une condition clé d'un développement économique et social en général. Durant les dernières décennies du 19^e siècle, le chancelier allemand Von Bismarck fut l'un des premiers dirigeants à l'avoir déjà compris. C'est, en effet, lui qui avait encouragé les patrons de son pays à instituer pour leurs ouvriers un « système mutualisé d'assurance-maladie », afin que leurs usines puissent continuer de tourner. Depuis, il est devenu, certes, fort utile et, même indispensable, d'évaluer le coût de la maladie et le manque à gagner qui en résulte. Mais, de là à croire que, dans un contexte de « main-d'œuvre devenue mondialisée », on va pouvoir impliquer positivement des investisseurs à la solution de la question de la santé des populations au travail, pourrait paraître pour le moins naïf.
- L'importance commerciale et financière prise en particulier par les entreprises pharmaceutiques inspire l'intervention régulière d'une sorte « pouvoir compensateur » de surveillance citoyenne exercé par des organisations non gouvernementales de consommateurs et celles de patients potentiels. De tels groupes industriels ne pourraient faire preuve d'un improbable altruisme, tel que sollicité, parfois, par l'OMS, face à l'actuelle pandémie, à moins d'une pression réelle des opinions publiques et, surtout, des gouvernements des grandes puissances. Surtout au lendemain d'un contexte d'anxiété, de peur et de désespoir qui a caractérisé le confinement d'une grande partie de l'humanité. Par-delà les divers clivages géopolitiques prévalant de par le monde, à défaut de décisions contraignantes des USA, de la Chine et de l'Europe, l'acceptation du principe du prix du partage du transfert de résultats des travaux de recherche en cours intéressant un vaccin approprié au virus actuel, relèverait au mieux de la simple conjecture.
- La considération des questions de la santé humaine, privilégiant l'angle économique, a été introduite progressivement dans l'analyse des programmes sectoriels de l'OMS. Elle s'intéresse à la fois aux résultats médicaux et aux coûts, tout en évaluant les ressources nécessaires à l'obtention d'un résultat médical souhaitable, et constitue, sans conteste, une avancée plus que méthodologique. Cependant, elle ne doit pas

se réduire à un simple examen des bonnes pratiques sanitaires ou à la détermination des stratégies les plus efficaces pour les patients considérés, ramenant le tout à des coûts calculés, mais plutôt, et autant que possible, une combinaison pertinente et réaliste des deux. Tant il est fondamental de comprendre que la mesure de l'efficacité d'une action sanitaire n'a de consistance que si elle prend en considération également des données médicales d'efficacité.

10- Nota bene

- L'Assemblée mondiale de la santé réunit les représentants des 191 pays membres. C'est l'organe suprême de décision de l'OMS. Elle élit pour trois ans un Conseil exécutif de représentants (rééligibles) de 32 pays, et désigne, sur proposition de cette instance, le directeur général pour un mandat de cinq ans renouvelable une fois.
- Outre le siège à Genève, la structure administrative de l'OMS comporte 6 bureaux régionaux, dont les directeurs sont élus également pour cinq ans, renouvelables une fois, par les représentants des Etats de leur région, et jouissant d'une relative autonomie par rapport au siège. L'OMS publie tous les ans un excellent « Rapport sur la santé dans le monde ».
- La première « Liste de 200 médicaments essentiels », a été rendue publique par l'OMS, en 1977, alors dirigée par le danois Dr Halfdan Mahler, constituant un évènement notable. Il s'agit des médicaments validés pour leur efficacité, et sont pour la plupart des génériques.
- Le même directeur général avait pu faire adopter, en 1978, par la Conférence, organisée par l'OMS et l'Unicef à Alma-Ata (Almaty), le principe du « droit d'accès égal pour tous aux soins de santé primaires ». Dans un premier temps, ce seront des « agents de santé communautaires » rapidement formés sur place qui assureront les soins. La variole sera déclarée en 1980, officiellement éradiquée, un succès sans précédent pour l'OMS, mais qui ne se renouvellera pas de sitôt. La même année, l'Assemblée mondiale de la santé proclamait le principe de « l'avènement de la santé pour tous en l'an 2000 ».
- Le 18 mai 2002, lors de l'Assemblée mondiale, une motion, présentée par le Pakistan, et qui fut adoptée, exigeait que le Secrétariat et les Comités d'experts comprennent une représentation équitable des pays du Sud et que la transparence sur le mode de sélection du personnel devienne la règle. /

11- Bibliographie sélective

- Divers Rapports de l'OMS.
- Rapports de la BM.
- Publications de la Fondation Gates.
- Documentation des Nations unies.
- Presse internationale et spécialisée.

À propos de l'auteur, Pr. Mohammed GERMOUNI

Mohammed GERMOUNI, Professeur émérite des Universités Mohamed V et Hassan II, ancien directeur des études de la Banque nationale pour le Développement économique (BNDE), ancien haut fonctionnaire, Consultant international.

À propos de Policy Center for the New South

Le Policy Center for the New South: Un bien public pour le renforcement des politiques publiques. Le Policy Center for the New South (PCNS) est un think tank marocain dont la mission est de contribuer à l'amélioration des politiques publiques, aussi bien économiques que sociales et internationales, qui concernent le Maroc et l'Afrique, parties intégrantes du Sud global.

Le PCNS défend le concept d'un « nouveau Sud » ouvert, responsable et entreprenant ; un Sud qui définit ses propres narratifs, ainsi que les cartes mentales autour des bassins de la Méditerranée et de l'Atlantique Sud, dans le cadre d'un rapport décomplexé avec le reste du monde. Le think tank se propose d'accompagner, par ses travaux, l'élaboration des politiques publiques en Afrique, et de donner la parole aux experts du Sud sur les évolutions géopolitiques qui les concernent. Ce positionnement, axé sur le dialogue et les partenariats, consiste à cultiver une expertise et une excellence africaines, à même de contribuer au diagnostic et aux solutions des défis africains.

Les opinions exprimées dans cette publication sont celles de l'auteur.



Policy Center for the New South

Suncity Complex, Building C, Av. Addolb, Albortokal Street,
Hay Riad, Rabat, Maroc.

Email : contact@policycenter.ma

Phone : +212 (0) 537 54 04 04 / Fax : +212 (0) 537 71 31 54

Website : www.policycenter.ma