

# Supervision de la santé mondiale

Devi Sridhar et Chelsea Clinton

**De nouveaux acteurs entrent en scène avec de nouvelles priorités sur un terrain naguère occupé exclusivement par l'OMS**

**L**A RÉCENTE épidémie du virus Ébola éminemment infectieux et souvent fatal qui s'est déclarée en Afrique occidentale souligne le besoin de coopération dans le domaine de la santé. La crise de l'Ébola — à laquelle s'ajoutent le Syndrome respiratoire au Moyen-Orient (SRMO) et la résurgence de la polio au Moyen-Orient et en Afrique — n'est que la dernière illustration en date de l'inaptitude des gouvernements à contrôler la propagation des maladies infectieuses lorsqu'ils agissent de manière isolée : les règles mondiales négociées entre les autorités gouvernementales sont cruciales pour protéger la santé des citoyens.

L'épidémie d'Ébola est précisément la sorte de crise que les gouvernants mondiaux avaient à l'esprit lorsqu'ils ont fondé en 1948 l'Organisation mondiale de la santé (OMS) et l'ont placée au faite du *dispositif de gouvernance de la santé du monde*.

La lutte contre le virus Ébola, que l'OMS a qualifiée en août 2014 d'urgence internationale, nécessite un traçage minutieux de la propagation de la maladie pour permettre aux autorités d'en suivre la progression, des efforts concertés de la communauté internationale pour la contenir et des ressources pour soigner les personnes infectées. Ces impératifs relèvent de la gouvernance sanitaire mondiale — les règles et institutions officielles ou informelles, les normes et les processus qui régissent ou influencent directement la politique de santé mondiale.

Les fonctions de la gouvernance sanitaire, qui sont en général du ressort de l'OMS et de son conseil des gouverneurs, consistent à réunir les principales parties prenantes, à définir les valeurs partagées, à établir des normes et des cadres réglementaires, à fixer les priorités, à mobiliser et répertorier des ressources et à promouvoir la recherche.

Dans le cadre de la gouvernance mondiale, les gouvernements doivent se départir de leur souveraineté et déléguer certains pouvoirs et prérogatives à une agence internationale telle que l'OMS. Le Règlement sanitaire international, qui encadre la lutte contre les risques sanitaires internationaux, est une bonne illustration de cette délégation de pouvoir.

Mais, ces dernières années, de nouvelles organisations ont commencé à occuper le terrain de la santé mondiale. La mobilisation pour des causes précises — le VIH/sida ou la mortalité maternelle, par exemple — a provoqué un afflux d'argent dans le système sanitaire mondial. Mais ces fonds supplémentaires sont souvent administrés par les nouvelles institutions. Certaines travaillent au sein de l'OMS, d'autres à l'extérieur, et certaines font les deux. À la différence de la mission large et intégrée de l'OMS, ces nouvelles



Campagne de sensibilisation au virus Ébola dans le village de Kolobengu (Guinée).



organisations ont une visée *verticale*, centrée sur des objectifs précis, tels qu'une maladie ou une affection particulière.

La protection de la santé des citoyens du monde entier requiert un investissement à long terme dans l'OMS et sa mission étendue. Mais les bailleurs de fonds qui visent des objectifs précis à court terme donnent l'impulsion d'une grande partie des activités de l'OMS, et les nouveaux partenariats axés sur des maladies ou problèmes spécifiques se multiplient. Il devient pourtant de plus en plus évident qu'il faut renforcer les systèmes sanitaires — le personnel, les organisations et les ressources qui permettent d'assurer les soins — pour compléter les efforts consacrés à des maladies spécifiques. De plus, les initiatives récentes des nations d'Amérique latine, d'Asie et d'Afrique désireuses de jouer un rôle plus prééminent dans les institutions internationales ont une incidence sur la gouvernance de la santé mondiale.

### Une foule qui enfle

L'objectif initial de l'Organisation mondiale de la santé était, entre autres, de veiller à la collaboration des gouvernements sur le long terme. Elle a donc été dotée de pouvoirs et de ressources plus vastes que celle qui l'avait précédée sous l'égide de la Société des Nations. Quasiment tous les gouvernements du monde sont membres de l'Assemblée mondiale de la santé, qui gouverne l'OMS selon le principe un pays, une voix.

Cependant, l'OMS n'est plus l'unique institution sanitaire mondiale et fait face dans certains domaines à une rude concurrence de nouveaux acteurs, tels que le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme (le Fonds mondial); l'Alliance mondiale pour les vaccins et l'immunisation (Alliance GAVI) et la Bill & Melinda Gates Foundation, qui est la plus grande fondation privée dédiée à la cause de la santé dans le monde.

Au cours des cinquante dernières années, la Banque mondiale a aussi acquis une influence croissante dans le domaine de la santé mondiale; elle dispose de ressources considérables, d'un accès privilégié aux cadres de direction des ministères des finances et d'experts techniques dans ses services. La Banque mondiale a prêté des milliards de dollars aux autorités gouvernementales pour les aider à améliorer leurs services de santé.

Du fait de cette évolution, l'OMS rencontre des difficultés de financement et de gouvernance. Si ses ressources totales n'ont pas diminué, elles n'ont guère augmenté non plus ces dernières années. Son budget 2012–13 était de 3,95 milliards de dollars, celui de 2014–15 de 3,97 milliards (OMS, 2013). Mais le cœur du problème est l'ensemble de contraintes qui pèsent sur la manière dont cet argent peut être dépensé. Environ 80 % de son budget provient de contributions «volontaires» de bailleurs de fonds qui ont une affectation spécifique et ne peuvent servir aux besoins généraux. Le manque de fonds sans restrictions est l'un des facteurs qui ont empêché l'OMS de réagir efficacement à la récente épidémie d'Ébola (voir l'encadré). Cette réaction initiale lente a fait l'objet de critiques qui ont suscité des appels à la création d'un nouveau fonds mondial pour lutter contre les épidémies de maladies infectieuses.

Les contributions volontaires — provenant de sources gouvernementales, par exemple des États-Unis et du Japon et de sources privées — peuvent être réservées à des maladies ou initiatives spécifiques, telles que le partenariat Stop TB, ou à des régions spécifiques, par exemple les Amériques. Au cours des douze dernières années, ces contributions volontaires ont augmenté de 183 %, contre 13 % pour

### Réponse à la crise Ébola

L'Organisation mondiale de la santé (OMS) a été critiquée pour la lenteur et la faiblesse de sa réaction initiale face à l'épidémie du virus Ébola en Afrique occidentale. Elle a expliqué qu'elle manque d'experts techniques internes et de personnel. Parce qu'une grosse part de son budget est à la discrétion des bailleurs de fonds qui réservent leurs financements à leurs objectifs prioritaires à court terme, la puissance de feu de l'OMS face aux urgences, épidémies et pandémies s'est atrophiée au cours des dix dernières années. Son budget de crise a été divisé par deux, tombant de 469 millions de dollars en 2012–13 à 241 millions de dollars en 2014–15 (OMS, 2013), et sa Direction de lutte contre les épidémies et pandémies a été dissoute, ses fonctions étant réparties parmi les autres services (*New York Times*, 2014). En septembre 2014, des bailleurs de fonds tels que la Bill & Melinda Gates Foundation ont promis une contribution à l'OMS, mais il est nécessaire de mettre en place un système de financement à long terme viable pour l'organisation qui est au cœur de la gouvernance sanitaire mondiale.

les contributions de base des pays membres (Clift, 2014). Durant l'exercice 2012–13, l'OMS ne pouvait utiliser à sa discrétion que 7,6 % des contributions volontaires. De plus, le coût administratif de la gestion de plus de 200 contributions volontaires était proche de 250 millions de dollars, soit plus de 5 % du budget de l'organisation. Cela dit, sans les contributions volontaires, le budget total de l'OMS serait sans doute beaucoup plus mince.

Globalement, les gouvernements restent la principale source primaire de financement de l'OMS (contributions volontaires et statutaires), mais les organisations non gouvernementales (ONG) sont de plus en plus influentes. Les 300 millions de dollars que la Gates Foundation a versés en 2013, par exemple, en ont fait le plus gros bailleur de fonds de l'OMS. Dans certains cas, les ONG contribuent à mettre en œuvre les programmes de l'OMS — comme le partenariat Stop TB, qui vise à éradiquer la tuberculose. Les ONG cherchent à gagner influence et voix au chapitre dans la gouvernance sanitaire mondiale en obtenant des sièges aux conseils d'administration et des droits de vote dans les institutions internationales, mais elles n'ont qu'un statut d'observateur à l'OMS : ce sont les gouvernements qui décident de sa politique. Le défi pour l'OMS est de nouer un dialogue constructif avec ce large ensemble de parties prenantes tout en préservant son statut d'organisme intergouvernemental impartial au service de tous ses pays membres sans distinction.

L'OMS a dû faire face à un certain mécontentement sur ce point. En 2007, par exemple, le ministre de la santé de l'Indonésie a refusé de livrer à l'OMS des échantillons du virus H5N1 pour analyse et pour l'élaboration d'un vaccin, malgré la crainte générale d'une épidémie de grippe aviaire (Gostin, 2014). Le ministre a expliqué que les vaccins et médicaments fabriqués à l'aide de ses échantillons ne seraient sans doute pas disponibles dans les pays en développement et a invoqué le principe de la souveraineté virale pour garder les échantillons jusqu'à ce que soit établi un système assurant l'accès plus équitable aux vaccins en cas de pandémie. Après des négociations serrées, les pays membres ont approuvé en 2011 un Mécanisme de préparation en cas de pandémie de grippe régissant le partage des virus, l'accès aux vaccins et d'autres prestations. Cet accord visait à améliorer et renforcer le partage des virus grippaux, et à accroître en contrepartie l'accès des pays en développement aux vaccins et à d'autres fournitures de lutte contre les pandémies.

Comme le démontre l'incident indonésien, les institutions internationales doivent à la fois se concilier les puissants (qui ont souvent une influence particulière) et convaincre tous les pays membres, y compris les plus faibles, que leurs intérêts sont servis au mieux du fait de leur appartenance à l'organisation et de leur participation. Il faut que les pays puissent compter sur un organisme international pour signaler les risques de maladies infectieuses et utiliser les informations sanitaires qu'il recueille pour le bien de tous, sans stigmatiser ou dénigrer les pays d'où émanent les risques. En vertu du Règlement sanitaire international en 2005, ses quelque 200 pays signataires sont tenus de signaler à l'OMS les incidents sanitaires de portée internationale (comme les épidémies d'Ébola); il établit en outre les procédures que l'OMS et ses pays membres doivent suivre pour garantir la sécurité de la santé mondiale. Il vise à concilier les droits souverains par une volonté commune d'empêcher la propagation internationale de la maladie.

L'envers de la médaille de l'entrée en scène de nouveaux acteurs sur un terrain naguère occupé exclusivement par l'OMS est que les pays qui cherchent à réaliser au mieux leurs objectifs de santé publique ont plus d'options. Par exemple, ils peuvent s'adresser au Fonds mondial ou à la Gates Foundation pour financer la lutte contre la tuberculose en contournant l'OMS, ce qui contraint le protagoniste historique à réexaminer son rôle et, sans doute, à l'accomplir de manière plus stratégique. L'OMS n'a jamais eu vocation à prendre en charge toutes les fonctions sanitaires mondiales, en partie parce que, lorsqu'elle a été fondée, il existait déjà des agences sanitaires régionales (telles que l'Organisation panaméricaine de la santé). Ce qui fait principalement sa force, c'est qu'elle est une enceinte qui rassemble diverses parties prenantes, mais ne permet qu'aux gouvernements de ses pays membres de négocier les règles sanitaires mondiales et de déterminer le soutien que les pays reçoivent de l'OMS pour diffuser ces règles et les mettre en application.

## Partenariats

L'élément encore relativement nouveau dans la coopération sanitaire mondiale est l'émergence de partenariats public-privé tels que le Fonds mondial et l'Alliance GAVI. La gouvernance de ces fonds verticaux se démarque nettement de celle de l'OMS et de la Banque mondiale (Sridhar, 2012).

Les fonds verticaux ont des *buts bien précis*, à la différence des objectifs très généraux de l'OMS («amener tous les peuples du monde au niveau de santé le plus élevé possible») et de la Banque mondiale («mettre fin à la pauvreté et améliorer la qualité de la vie»). Le Fonds mondial se donne pour mission de recueillir des ressources et de les distribuer afin de prévenir et traiter le VIH/sida, la tuberculose et le paludisme; celle de l'Alliance GAVI est de sauver des enfants et de promouvoir plus généralement la santé en améliorant l'immunisation des enfants dans les pays pauvres.

Les observateurs critiques à l'égard de ces nouvelles ressources sanitaires mondiales considèrent qu'elles renvoient aux marottes des bailleurs de fonds et seraient souvent plus efficaces si elles étaient administrées par un organisme multilatéral tel que l'OMS. Mais il semble douteux que ces ressources, qui sont un ajout net au financement de la santé mondiale, pourraient être mises autrement au service des objectifs plus larges de l'OMS. La Gates Foundation a donné l'impulsion initiale à l'Alliance GAVI avec une contribution de 750 millions de dollars, et les gouvernements du Groupe des Huit (Allemagne, Canada, États-Unis, France,

Italie, Japon, Royaume-Uni et Russie) ont contourné à dessein les Nations Unies en créant le Fonds mondial en 2002.

Les fonds verticaux *font entrer en lice diverses parties prenantes*, alors que l'OMS ne donne qu'aux gouvernements le pouvoir de coordonner leurs politiques et, à l'occasion, leurs actions collectives. Au conseil d'administration du Fonds mondial siègent avec un droit de vote des représentants de la société civile, du secteur privé et de la Gates Foundation, ainsi que des pays en développement et des pays donateurs. Il comporte aussi des membres non votants, dont l'OMS et la Banque mondiale qui sont ses partenaires. L'Alliance GAVI a aussi un conseil d'administration diversifié, avec comme membres permanents votants la Gates Foundation, l'UNICEF, l'OMS et la Banque mondiale, et 18 sièges tournants pour les représentants des pays en développement et des pays donateurs, des fabricants de vaccins et de la société civile. L'Alliance GAVI et le Fonds mondial ont gagné en légitimité en accordant le droit de vote à des entités non gouvernementales (Wallace Brown, 2010).

Ces initiatives sont *intégralement financées par des contributions volontaires*, alors que les modèles financiers de l'OMS et de la Banque mondiale reposent sur les contributions statutaires, en dépit du nombre croissant de dons volontaires que reçoit l'OMS. Le Fonds mondial bénéficie de contributions volontaires de gouvernements, de particuliers, d'entreprises et de fondations privées. L'Alliance GAVI dépend des contributions des bailleurs de fonds pour le développement et la fabrication des vaccins. Les États sont la principale source de financement, mais seulement sous forme de contributions volontaires.

L'Alliance GAVI et le Fonds mondial *ne travaillent pas directement dans les pays bénéficiaires*, à la différence de l'OMS et de la Banque mondiale, qui œuvrent au travers des organes gouvernementaux et ont des bureaux et du personnel dans les pays qui reçoivent leur aide.

Le Fonds mondial confie aux coordinateurs locaux le soin d'élaborer et de soumettre les propositions de dons et de sélectionner les organisations qui les mettront en œuvre. Ces organes de coordination comprennent en général des représentants du gouvernement, d'ONG locales et internationales, des bailleurs de fonds intéressés, du secteur privé et des gens qui ont contracté la maladie visée. L'Alliance GAVI verse des fonds aux gouvernements nationaux, qui les utilisent pour étendre la couverture vaccinale.

L'Alliance GAVI et le Fonds mondial *tirent leur légitimité de l'efficacité avec laquelle ils atteignent des objectifs et des résultats sanitaires bien définis*, alors que celle de l'OMS et de la Banque mondiale repose sur leurs statuts d'organismes multilatéraux.

## Priorité aux systèmes de santé

Les fonds verticaux continuent à proliférer, et les contributions ciblées constituent encore le plus gros du financement de l'OMS. Mais les pays avancés et en développement sont de plus en plus soucieux de répondre aux besoins de soins primaires efficaces et de systèmes hospitaliers solides — ce qui est une démarche horizontale. La propagation du virus d'Ébola en Afrique occidentale démontre qu'il faut renforcer les systèmes de santé, non seulement pour assurer les soins maternels et infantiles et faire face aux maladies non transmissibles comme le cancer et les troubles cardiaques, mais aussi pour détecter et traiter les maladies infectieuses. L'Éthiopie, par exemple, a mis en place des programmes pour édifier un vaste système de santé financé par une hausse des investissements intérieurs, avec l'aide des bailleurs de fonds.

Les fonds verticaux, par contre, sont restés à l'écart des initiatives visant à renforcer les systèmes de santé ou à assurer des soins médicaux à tous les citoyens (couverture médicale universelle). Pour la plupart, ces bailleurs de fonds considèrent que les ressources intérieures s'accroissent assez vite pour permettre aux pays bénéficiaires d'améliorer leurs systèmes de santé et d'assurer une couverture médicale universelle. Ils craignent aussi que les gouvernements prennent prétexte des nouveaux financements pour réduire leurs investissements dans la santé. Ils estiment que les programmes nationaux doivent être pilotés et conçus par les pays eux-mêmes, à cause des différences entre les systèmes (selon, par exemple, qu'un système de soins privés existe déjà ou non), les marchés des assurances et les stratégies gouvernementales de prévention des maladies non transmissibles. Beaucoup de bailleurs de fonds redoutent aussi une fragmentation croissante de la gouvernance sanitaire mondiale.

Mais la propagation rapide du virus d'Ébola en Afrique occidentale a mis en lumière les difficultés que rencontraient les systèmes mal financés pour détecter, puis contenir la maladie. Les États-Unis ont promis plus de 250 millions de dollars et le Royaume-Uni plus de 200 millions de dollars pour soutenir la lutte contre l'épidémie, dont une partie doit servir à améliorer les systèmes sanitaires. Il n'est pas certain que la crise d'Ébola incitera les fonds verticaux à débloquer plus de contributions en faveur de l'amélioration des systèmes de santé.

### Montée en puissance des pays émergents

Ces dernières années, les pays émergents ont réclamé une place plus importante dans les institutions multilatérales — du FMI aux Nations Unies. Cette nouvelle affirmation de leur puissance se retrouve dans le domaine de la santé mondiale, où les grands pays émergents jouent un rôle à la mesure de leurs besoins et de leurs contraintes internes. Lorsque les pays émergents les plus avancés économiquement — Brésil, Russie, Inde et Chine (BRIC) — sont entrés sur la scène de la santé mondiale, c'était en général dans des domaines précis, tels que l'accès aux médicaments essentiels ou la coopération technologique, pour le traitement de la tuberculose par exemple.

Les préoccupations régionales semblent aussi influencer sur les efforts de coopération internationale et ont donné naissance à des organismes sanitaires régionaux en Afrique, en Asie et en Amérique latine. Par exemple, depuis la création de l'Union africaine en 2002, les ministres de la santé de ses pays membres se sont penchés sur les problèmes sanitaires régionaux — maladies infectieuses, financement de la santé, sécurité alimentaire et nutrition. L'Afrique du Sud, le Brésil et l'Inde ont décidé de travailler ensemble pour coordonner une campagne internationale de sensibilisation axée sur la santé et les médicaments. Il est difficile de savoir si ces courants d'évolution vont renforcer l'OMS — les organismes régionaux relayant en grande partie son action — ou grignoter son autorité.

Il est notable que les questions de santé publique sont éclipsées par d'autres dossiers, tels que la politique financière et la sécurité nationale, en Chine, en Inde et en Russie. Le Brésil a fait de la santé un élément central de sa politique extérieure, mais — du moins à l'aune de sa participation au Fonds mondial — n'a pas mis la main au portefeuille.

Le conseil d'administration du Fonds mondial exhorte sans cesse les pays émergents à prendre en charge une partie de la charge financière de la lutte contre le VIH/sida, la tuberculose et le

paludisme, mais le Brésil, qui a reçu des dons totalisant 45 millions de dollars, n'a contribué que 200.000 dollars. Même schéma pour les autres BRIC. L'Inde a reçu 1,1 milliard de dollars et déboursé 10 millions de dollars seulement; la Chine a reçu 2 milliards de dollars et n'a versé que 16 millions de dollars. La Russie a fait mieux : pour 354 millions reçus, elle a déboursé 254 millions de dollars.

Pendant la crise financière mondiale, les pays avancés durement éprouvés ont réduit ou stoppé leurs contributions au Fonds mondial. Les BRIC ont surmonté la crise mieux que beaucoup de pays avancés. Le fait qu'ils n'ont pas accru leurs versements au Fonds mondial (ou à l'Alliance GAVI) depuis la fin de la crise amène à s'interroger sur leur volonté à long terme de mener le combat pour la santé mondiale.

Pendant combien de temps les BRIC, qui sont les quatre plus grands pays émergents, doivent-ils continuer à recevoir de l'aide sur le plan sanitaire? L'Inde est le premier bénéficiaire des dons extérieurs pour la santé, la Chine est au dixième rang, et le Brésil au quinzième. La question est de savoir si l'aide doit continuer à subventionner des pays qui ont assurément les moyens de fournir à leurs citoyens les soins de base et qui ont de plus en plus intérêt sur le plan économique à stopper l'avancée des maladies infectieuses, qu'il s'agisse de vieux fléaux tels que la tuberculose ou de nouvelles menaces telles que la grippe aviaire.

Mais, en dépit de leur statut de pays à revenu intermédiaire, le Brésil, la Chine et l'Inde restent relativement pauvres en termes de revenu par habitant et doivent axer leurs efforts sur la croissance économique. Parce qu'ils sont aussi confrontés à d'énormes problèmes sanitaires, les bailleurs de fonds estiment encore qu'une aide sanitaire se justifie. Mais les institutions multilatérales et les donateurs bilatéraux devraient réexaminer la question : les pays à revenu intermédiaire doivent-ils continuer à recevoir une aide qui pourrait être utilisée à meilleur escient dans les pays plus pauvres.

Un des enseignements majeurs de la crise d'Ébola est qu'il faut une action mondiale pour y répondre avec force et une OMS disposant d'une solide assise financière pour la mener. L'épidémie incitera-t-elle les pays membres et les autres puissantes parties prenantes à renforcer les ressources et les pouvoirs de l'OMS, ou à créer une autre institution pour lutter contre les maladies infectieuses? Telle est la question cruciale pour les années à venir. ■

*Devi Sridhar est professeur associé au Centre des sciences de la population et de la santé de l'École de médecine de l'université d'Édimbourg, et Chelsea Clinton est professeure agrégée adjointe à l'École de santé publique Mailman de l'université Columbia.*

---

#### Bibliographie :

- Clift, Charles, 2014, "What's the World Health Organization For? Final Report from the Centre on Global Health Security Working Group on Health Governance" (London: Royal Institute of International Affairs, Chatham House).
- Gostin, Lawrence O., 2014, *Global Health Law* (Cambridge, Massachusetts: Harvard University Press).
- New York Times, 2014, "Cuts at WHO Hurt Response to Ebola Crisis," Sept. 3.
- Organisation mondiale de la santé (OMS), 2013, «Projet de budget 2014-2015» (Genève).
- Sridhar, Devi, 2012, "Who Sets the Global Health Research Agenda? The Challenge of Multi-Bi Financing," *PLoS Medicine*, Vol. 9, No. 9, p. e1001312.
- Wallace Brown, Garrett, 2010, "Safeguarding Deliberative Global Governance: The Case of the Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria," *Review of International Studies*, Vol. 36, No. 2, p. 511-30.