



Faut-il sauver le soldat OMS ?

Olivier Nay



7 juillet 2020

Contact : santemondiale2030@gmail.com
www.santemondiale2030.fr
[@Sante2030](https://twitter.com/Sante2030)

Le think tank « Santé mondiale 2030 » existe depuis octobre 2016. Il regroupe des personnalités impliquées dans la santé mondiale, comme Françoise Barré-Sinoussi, Paul Benkimoun, Michel Cot, Sana de Courcelles, François Dabis, Annabel Desgrées du Lou, Jean-François Delfraissy, Eric Fleutelot, Frédéric Goyet, Mathieu Lamiaux, Michel Kazatchkine, Marie-Paule Kieny, Lelio Marmora, Benoît Miribel, Olivier Nay, Louis Pizarro, Anna-Laura Ross, Benoît Vallet. Stéphanie Tchiombiano en est la coordinatrice.

Les membres du groupe le sont à titre individuel et non au nom de leurs organisations respectives. Le présent document est le fruit d'un travail collectif au sein du groupe. Il n'engage en aucun cas, ni ne reflète l'opinion individuelle de chacun des membres.

Résumé

Depuis le début de la pandémie du Covid-19, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) est mise en cause pour sa gestion défailante de la riposte à la crise sanitaire mondiale. Prise dans les remous des tensions opposant la Chine et les États-Unis, elle est un cas d'école de la difficulté croissante des institutions multilatérales à répondre aux risques collectifs.

Le procès de l'OMS n'est pas nouveau. Il reflète, au-delà de l'éternelle question du financement et des difficultés internes rencontrées par toutes les organisations internationales, l'absence de volonté des États de lui reconnaître une autorité et des moyens suffisants pour assumer sa mission face aux risques sanitaires globaux.

Le rôle de l'OMS est mal connu du grand public. L'organisation de Genève assume pourtant des fonctions essentielles en dehors des périodes d'urgence : collecter les connaissances issues de la recherche mondiale, analyser l'évolution des situations sanitaires, alerter sur les grands risques de santé, conseiller les gouvernements, mener de grandes campagnes de plaidoyer international, coordonner des actions sanitaires à l'échelle globale. Son rôle est déterminant pour les pays dont les systèmes de santé sont les plus fragiles et qui ont de très faibles capacités de recherche. L'OMS défend un accès universel à la santé dans un contexte où les accords commerciaux, touchant notamment aux droits de propriété intellectuelle, ont un impact important sur l'accès aux médicaments et aux soins de santé.

Depuis 1948, date de la création de l'OMS, le paysage mondial de la santé a beaucoup évolué, tout comme les enjeux sanitaires internationaux. Les critiques récurrentes de l'organisation onusienne, venant depuis longtemps des États-Unis, ont concentré à l'excès l'attention sur des questions de management et de gouvernance. Il convient plutôt de recentrer le débat sur les finalités d'une entité multilatérale ayant pour mission de promouvoir la santé mondiale. Quelle doit être la place de l'OMS dans le système international de la santé ? La prise de conscience de l'interdépendance des questions sanitaires et environnementales, notamment, change le cadre de réflexion et incite à s'interroger sur de nouvelles perspectives institutionnelles et politiques.

La crise sanitaire a certes rallumé les critiques sur le rôle de l'OMS, mais elle a aussi montré le coût extraordinaire de l'impréparation des États face aux risques de santé. Dans le présent rapport, nous formulons six propositions pour renouveler la gouvernance mondiale de la santé. Il ne s'agit pas ici de multiplier les missions de l'institution onusienne, mais de renforcer son autorité et sa légitimité là où elle est indispensable : la production et le partage du savoir dans une perspective universelle visant la promotion de la santé pour tous.

Que faut-il pour l'OMS ? Une autorité renforcée dans les contextes d'urgence, plus d'autonomie financière, une réorganisation interne visant l'efficacité et la restauration de l'autorité de son Directeur général, une plus grande inclusion des communautés scientifiques, une participation plus active des organisations non étatiques à la gouvernance de l'agence et, enfin, une intégration de la santé mondiale

dans les enjeux de la biodiversité et du climat. Nous détaillons chacun de ces chantiers.

1. Quand éclate une crise sanitaire mondiale, le partage d'informations fiables et transparentes est indispensable. Le manque de coopération d'un seul État peut se révéler désastreux à grande échelle. Or, dans le cadre de ses compétences, l'OMS dépend encore du bon vouloir des États lorsqu'elle doit organiser une riposte à une menace épidémique, avec des risques considérables pour la sécurité de tous. Elle gagnerait à se voir attribuer de compétences renforcées afin d'être en mesure de conduire des inspections obligatoires dans les pays et alerter la communauté internationale lorsqu'un État manque à ses obligations face à un risque de santé avéré ayant une portée internationale.

2. Progressivement asphyxiée par le gel des contributions récurrentes versées par ses États membres, l'OMS dépend désormais majoritairement de contributions dites « volontaires », venant en partie d'acteurs privés. Or, la promotion des grandes priorités de santé ne peut pas dépendre de telles ressources, fluctuantes, peu prévisibles et soumises aux exigences différentes de chaque grand bailleur. Une réforme financière devrait contribuer à réduire la dépendance de l'OMS aux financements ciblés.

3. Cas singulier parmi les organisations des Nations unies, l'OMS est divisée en six directions régionales, chacune ayant un directeur (ou une directrice) régional(e), un budget spécifique, des personnels attachés et des priorités propres. Cette structuration institutionnelle a pour effet de fracturer l'organisation et parfois de renforcer les rivalités entre ses composantes, au détriment de la cohérence et de l'efficacité de l'action internationale. Il est aujourd'hui nécessaire de redonner au Secrétariat de Genève, notamment au Directeur général de l'OMS, les moyens de restaurer une ligne de commandement claire au sein de l'organisation.

4. Le lien de l'OMS à la production du savoir scientifique doit être repensé au moment où les réseaux mondiaux de la recherche en santé s'étendent, se multiplient et se recomposent. Les expériences internationales conduites dans les domaines de la lutte contre le dérèglement climatique (le GIEC) et la protection de la biodiversité (l'IPBES) donnent des perspectives intéressantes pour l'évolution de la gouvernance mondiale de la santé. La constitution d'un « GIEC de la santé mondiale » permettrait d'accroître le rôle des communautés scientifiques dans la production de connaissances universelles sur les risques sanitaires. Elle instituerait, au sein de l'OMS, des mécanismes donnant à la parole scientifique une place renforcée pour éclairer la prise de décision politique en santé.

5. Les États ne sont plus les seuls acteurs majeurs dans le domaine de la santé mondiale. ONG, réseaux de la société civile, organisations philanthropiques, fondations et entreprises privées sont devenus des partenaires essentiels des politiques de santé, à l'échelle internationale comme à celle des pays. L'OMS, comme entité intergouvernementale, devrait ainsi donner une place plus grande aux acteurs non étatiques. Il est néanmoins primordial, dans le même temps, de continuer à renforcer les garde-fous pour empêcher les tentatives des acteurs industriels et de

certains gouvernements de faire pression de façon indue sur les activités normatives de l'OMS.

6. La pandémie de 2020 a accéléré la prise de conscience de l'impact de la dégradation de l'environnement sur la santé humaine. L'approche dite « Un monde, une santé » (« One Health ») illustre la nécessité de mieux prendre en compte les interdépendances entre la santé humaine, la santé animale et la santé environnementale. La protection de la biodiversité, les pratiques agricoles, la sécurité alimentaire, la lutte contre le réchauffement climatique... toutes ces dimensions, aujourd'hui prises en charge par des institutions différentes, devraient désormais être systématiquement croisées et traitées par des actions intégrées pour promouvoir la santé des populations.

La santé humaine est un bien commun de l'humanité. Elle est par nature une « santé mondiale ». Elle ne peut être protégée ni promue sans une réponse internationale. Afin de développer une telle réponse, l'OMS ne doit pas être marginalisée. Elle doit être réinventée.

*

Faut-il sauver le soldat OMS ?

Olivier Nay

La crise ouverte par la pandémie Covid-19 constitue un cas d'école des difficultés du multilatéralisme. Face à une menace de santé publique mondiale causée par le virus SARS-Cov-2, l'absence de réponse coordonnée durant les premiers mois de développement de l'épidémie a démontré une nouvelle fois la fragilité des mécanismes de coopération multilatérale. Au sein de l'ONU, le jeu des rivalités entre puissances a fourni une éclatante illustration du désordre mondial : le secrétaire général des Nations unies est resté largement inaudible face aux voix des chefs d'État, le Conseil de sécurité a été incapable de s'accorder sur une résolution commune sur les questions humanitaires et l'Organisation mondiale de la santé (OMS) a rencontré de grandes difficultés, en situation d'urgence sanitaire, à coordonner une riposte internationale face aux stratégies dispersées des gouvernements concernés par la pandémie.

La crise sanitaire agit de fait comme un révélateur des recompositions géopolitiques mondiales, illustrant la montée en puissance de la Chine, la nouvelle rivalité sino-américaine (désormais transposée sur le terrain sanitaire) et l'éloignement de la solidarité atlantique qui assurait au camp occidental, depuis les années 90, un contrôle plus ou moins avéré sur le système onusien. La crise constitue également un accélérateur du changement. Elle renforce la stratégie unilatéraliste des États-Unis et incite la Chine à poursuivre une politique étrangère de plus en plus offensive, mêlant investissements stratégiques, politique d'assistance auprès des pays à faible revenu et acquisition de positions d'influence dans les organisations internationales¹. Elle fragilise un peu plus les assises libérales du système multilatéral, bâti sous l'égide des États-Unis après 1945². Alors que les menaces sanitaires font émerger de nouveaux problèmes de sécurité auxquels les États-

¹ La Chine est parvenue à faire élire ses candidats à la tête de quatre des quatorze agences spécialisées des Nations unies : l'Organisation des Nations unies pour l'agriculture et l'alimentation (FAO), l'Organisation des Nations unies pour le développement industriel (ONUDI), l'Organisation de l'aviation civile internationale (ICAO), l'Union internationale des télécommunications (ITU). Entre 2007 et 2017, à la tête de l'OMS, Margaret Chan a été la première Chinoise à occuper la position de directrice générale d'une grande agence des Nations Unies. Si ses contributions financières obligatoires, comme État-membre des organisations internationales, restent limitées, la Chine est devenue le principal contributeur dans le domaine des opérations de maintien de la paix. Elle multiplie également les contributions dites « volontaires », adossées à des programmes spécifiques pour lesquels elle impose ses propres critères de redevabilité. Elle place un peu partout du personnel technique aux échelons intermédiaires des administrations internationales, niveau où se construisent les instruments juridiques et les normes d'intervention des organisations. Enfin, au cours de la dernière décennie, elle a été particulièrement active au Conseil des droits de l'homme (CDH), en cherchant à éroder les conceptions individualistes et universalistes des droits, et à introduire des critères liés à la sécurité, à la souveraineté, à la croissance économique et à la santé des populations. Piccone (Ted), "China's long game on human rights at the United Nations", *Foreign Policy at Brookings*, September 2018.

² L'ambition dite « libérale » en relations internationales est de construire un espace de concertation internationale d'où pourraient être dégagées des normes collectives garantissant un monde plus pacifique et plus sûr.

nations ne peuvent répondre de façon isolée, la crise du Covid-19 a révélé l'extrême difficulté du système onusien à assurer sa mission de prévention et de riposte aux risques collectifs.

L'OMS en procès

Depuis trois décennies, à chacune des crises sanitaires de portée mondiale (le VIH/sida dans les années 1990-2000, le SRAS entre 2002 et 2004, la grippe H1N1 en 2009-2010, le MERS-CoV en 2012, Ebola en 2014-2015, le Covid-19 en 2020), l'OMS a régulièrement essuyé le feu des critiques, pointant ses « défaillances » dans sa mission de coordination des ripostes internationales, à savoir : obtenir la coopération des autorités sanitaires et politiques nationales ; aider à lever des financements d'urgence ; collecter des informations fiables et les communiquer à l'échelle internationale ; apporter un conseil scientifique et technique aux pays à faible revenu ; inciter au lancement de programmes de recherche concertés ; enfin, imposer des mécanismes de solidarité en faveur des pays les plus touchés ou les plus fragiles. L'organisation basée à Genève est régulièrement accusée de nombreux maux : politisation excessive, concurrences internes entre bureaux, lenteur bureaucratique, faiblesse de ses ressources, exposition au lobbying du secteur privé. Les accusations sont souvent portées par les États membres, qui jouent un rôle prééminent au sein de l'organisation.

Comme toute agence intergouvernementale, en effet, l'OMS n'a d'autre pouvoir que celui que veulent bien lui conférer les gouvernements³, y compris dans les situations de crise. Certes, elle s'appuie sur un instrument juridique essentiel censé lui donner la légitimité pour piloter les réponses aux menaces imminentes pesant sur la santé des populations : le Règlement sanitaire international (RSI). Créé en 1951, plusieurs fois réformé, renforcé en 2005, celui-ci établit des règles de coopération internationale dans la lutte contre les urgences de santé publique de portée internationale, ce qui concerne tout particulièrement la propagation des maladies infectieuses. Le RSI confie à l'OMS un mandat de surveillance, d'alerte et de coordination des réponses sanitaires. Dans les faits, toutefois, l'organisation genevoise ne peut intervenir sans la pleine coopération des États, sur lesquels elle ne dispose pas de pouvoir coercitif.

Pour une grande part, l'incapacité de l'OMS à s'imposer dans le pilotage des situations d'urgence sanitaire reflète l'absence de volonté politique des États, en particulier les principaux bailleurs de l'organisation, qui ont le pouvoir de lui accorder une pleine légitimité et de la doter de ressources. L'organisation genevoise sert de « coupable idéal » en temps de crise, souvent pour mieux masquer l'impréparation et l'inertie des États nationaux, de même que leur volonté de conserver leur souveraineté dans le domaine de la santé au détriment des impératifs sanitaires transnationaux.

³ Guilbaud (Auriane), « Que peuvent les organisations internationales face au coronavirus ? », *The Conversation*, 11 mars 2020.

À quoi sert l'OMS ?

Les critiques de 2020 ont mis en exergue les difficultés de l'OMS à assumer son mandat dans le cadre du RSI. Ces critiques sont loin d'être infondées. Mais, en concentrant l'attention sur le rôle de coordination de la riposte internationale aux crises sanitaires, elles tendent à occulter les multiples missions exercées par l'agence en dehors des périodes d'urgence, dans le cadre de la Constitution qui régit l'organisation depuis 1948⁴.

Premièrement, l'OMS assume une mission d'observation et d'étude des risques de santé, de leurs causes et de leurs évolutions – ces risques sont loin de se cantonner aux épidémies d'origine virale. Plus précisément, elle mène une activité de veille sur l'état de santé des populations. Elle collecte, agrège, compare et partage des données issues des pays. Elle étudie et répertorie les maladies, les principaux facteurs de risques dans les pays, ou encore la santé des groupes sociaux les plus fragiles ou les plus exposés. Elle rend compte des avancées dans le domaine des connaissances scientifiques et médicales, qu'elle met à disposition sous la forme d'une information simple et accessible.

Deuxièmement, l'OMS conduit une importante activité de production de normes. En s'appuyant sur les résultats les plus récents de la recherche biomédicale, parfois en coordonnant elle-même des programmes de recherche en santé mondiale dont elle tire les enseignements, elle élabore des recommandations officielles sous la forme de lignes directrices et de « standards » internationaux, auxquels peuvent se référer tous les acteurs de la santé (par exemple sur la qualité des services de santé, la prévention de l'obésité, la consommation d'alcool, l'éducation sexuelle ou les normes de croissance des enfants).

Troisièmement, l'OMS apporte un soutien technique aux gouvernements des pays qui ont des ressources limitées et des systèmes de santé fragiles, voire défaillants. Pour ces pays, l'agence intervient par le transfert d'expertise et la formation des personnels de santé. Elle participe ainsi à l'amélioration des stratégies sanitaires nationales et au développement des capacités en santé, bien que fortement concurrencée dans ce rôle par d'autres institutions multilatérales (comme la Banque mondiale), les agences d'aide bilatérale des États-bailleurs et des institutions privées.

Enfin, l'OMS joue un rôle essentiel de plaidoyer, en prenant part à des campagnes internationales sur de grands enjeux de santé publique. Dans son histoire, elle s'est engagée dans la promotion d'une vision de la santé mondiale centrée sur l'accès aux soins, la protection des droits humains et la réduction des inégalités en matière de santé. Certes, son approche de la santé mondiale souffre depuis trente ans d'une tension entre, d'une part, une conception éthique de la santé comme bien commun de l'humanité – donc un bien non marchand – et, d'autre part, une orientation politique considérant les partenariats public-privé (PPP) et les ajustements de

⁴ Sur les origines et les évolutions de l'OMS, on pourra lire deux articles de Theodore M. Brown et Marcos Cueto: "The World Health Organization and the Transition from 'International Health' to 'Global' Public Health", *American Journal of Public Health*, 96(1), 2006, p. 62-72; "The World Health Organization and the World of Global Health", *Routledge Handbook of Global Public Health*, Abigdon: Routledge, 2010, p. 18-30.

marché comme les dispositifs les plus efficaces pour promouvoir la santé des populations, y compris dans les pays à faible revenu ou à revenu intermédiaire⁵. Malgré cette ambiguïté, de la Déclaration d'Alma Ata (1978) sur les soins de santé primaires jusqu'à la promotion de la Couverture sanitaire universelle (CSU) au cours de la décennie 2010, l'OMS est la seule institution intergouvernementale à avoir défendu les exigences d'universalité et de solidarité dans la promotion de la santé, alors que la gouvernance sanitaire internationale est aujourd'hui largement encastrée dans le régime international du commerce, où les droits de propriété intellectuelle ont pris une place dominante, limitant de ce fait l'accès universel aux médicaments de qualité et aux technologies de santé⁶. L'OMS est ainsi la principale organisation internationale à mettre la priorité sur les besoins des populations fragilisées par la pauvreté, le renforcement des systèmes de santé dans les pays pauvres et la prise en charge des maladies négligées par les industries de santé des pays occidentaux.

Conçue en 1948 comme une « autorité directrice et coordonnatrice, dans le domaine de la santé, des travaux ayant un caractère international » (article 2 de sa Constitution), l'OMS n'a en revanche pas vocation à mener elle-même des actions sanitaires. Elle ne se substitue pas aux autorités nationales avec lesquelles elle collabore. Elle n'est aucunement censée intervenir comme un financeur ou un acteur opérationnel dans les politiques de santé conduites dans les pays à faible revenu, que ce soit dans le cadre des stratégies de développement ou dans des programmes humanitaires. Dans ces contextes, ce sont des agences bilatérales, des ONG médicales, des initiatives privées ou publiques-privées, des établissements hospitaliers qui participent, dans le cadre des politiques de coopération, à la réalisation opérationnelle des stratégies de santé.

En dépit de ressources limitées, l'organisation internationale a largement démontré sa contribution à l'amélioration de la santé depuis sa création en 1948. Par-delà le RSI, elle a permis l'adoption de normes sanitaires de référence, comme la Convention-cadre pour la lutte anti-tabac (2003), la Liste modèle des médicaments essentiels (1977), la Classification internationale des maladies (dans ses versions régulièrement révisées depuis 1949), ou encore le Rapport de la commission Macroéconomie et Santé (2000) visant à démontrer le rôle de la santé dans le développement économique. Elle a activement soutenu la recherche biomédicale et coordonné des campagnes de vaccination pour lutter contre des épidémies particulièrement dévastatrices (avec des succès importants pour la variole et la poliomyélite par exemple). Elle a contribué avec succès à l'amélioration des pratiques de soin (avec l'émergence de la santé communautaire par exemple) et à la reconnaissance de priorités sanitaires délaissées par les bailleurs mondiaux de la santé (comme la promotion de la santé maternelle et infantile, la lutte contre les maladies tropicales, les normes alimentaires ou, plus récemment, la prise en charge des maladies chroniques non transmissibles).

⁵ Boidin (Bruno), « Économie politique de la santé comme bien public mondial », *Revue de la régulation* [en ligne], 17, 2015.

⁶ Moon (Suerie), *Embedding neoliberalism: Global health and the evolution of the global intellectual property regime (1995-2009)*, Ph.D. diss., Harvard University, 2010.

L'OMS a également pris part, aux côtés d'ONG et d'acteurs de plaidoyer, à des campagnes pour l'intégration de la santé dans les stratégies de lutte contre la pauvreté, l'accès aux médicaments de base, l'inclusion des populations-clés et des associations de patients dans les politiques de santé, la limitation des brevets sur les innovations scientifiques et techniques, ou encore la reconnaissance de la santé mentale. Elle a engagé, dès 1999, une réflexion fondamentale sur l'impact des facteurs environnementaux sur la santé⁷, ouvrant la réflexion sur les liens entre santé humaine, animale et environnementale (l'approche « One Health »). Dans les années 2000, elle a soutenu l'introduction d'une réflexion sur les effets du creusement des inégalités sur la santé, par le biais de la Commission sur les déterminants sociaux de santé⁸.

Peut-on exonérer l'OMS de toute critique ?

Si l'histoire de la santé mondiale démontre l'importance des acquis de l'OMS, elle témoigne aussi de ses limites. L'idée que l'agence onusienne est en crise revient régulièrement dans les analyses indépendantes. Cette idée est ancienne⁹. Elle se déploie de multiples manières : déficit de leadership du (de la) Directeur(trice) général(e), faiblesse du financement de l'organisation, dépendance aux bailleurs de fonds, lenteur des dispositifs d'allocation des fonds, gestion trop bureaucratique des programmes, faible adaptabilité face aux urgences, incapacité à coordonner des interventions opérationnelles dans les phases de crise, concurrences internes entre départements de l'organisation, lacunes dans la gestion des ressources humaines, politisation excessive des débats en Assemblée sur des priorités sanitaires faisant pourtant consensus dans la communauté scientifique, manque d'indépendance de certains experts vis-à-vis des grandes industries et des gouvernements.

Les réformes internes engagées de façon quasi continue depuis une trentaine d'années témoignent de la volonté des Directeurs généraux de l'OMS, sous la pression des bailleurs de fonds, de modifier la gouvernance de l'organisation pour répondre aux transformations de la gouvernance internationale de la santé. Mais les critiques ne tarissent pas. Elles se cristallisent tout particulièrement lorsque surgissent des controverses affectant les activités de production normative de l'organisation. Elles témoignent de l'importance des pratiques de lobbying du secteur privé ou des pressions exercées par certains gouvernements pour freiner ou réorienter les recommandations sanitaires de l'agence, ou encore des conflits d'intérêts touchant certains spécialistes recrutés par l'organisation pour participer à ses comités d'experts chargés de rendre des conclusions techniques. Par le passé, l'organisation a dû faire face aux stratégies d'influence très contestables des fabricants du tabac, des industriels de l'agroalimentaire et des laboratoires pharmaceutiques (par

⁷ Novice (Robert), ed., *Overview of the environment and health in Europe in the 1990s*, World Health Organization, 29 mars 1999.

⁸ Irwin (Alec), Valentine (Nicole), Brown (Chris), Loewenson (Rene), Solar (Orielle), Brown (Hilary), et al., "The Commission on Social Determinants of Health: Tackling the Social Roots of Health Inequities", *PLoS Medicine*, 3(6), 2006, e106.

⁹ Godlee (Fiona), "WHO in crisis", *BMJ*, 309(6966), 1994, p. 1424-1428.

exemple au cours des travaux de l’OMS sur les effets de l’hypertension, sur les médicaments essentiels, sur les maladies négligées...)¹⁰.

Les critiques à l’encontre de l’OMS surgissent également à chaque épidémie. En 1994, l’organisation s’est vue retirer la responsabilité de la coordination de la lutte contre le VIH/sida en raison des tensions internes à l’organisation. En 2003, lors de l’épidémie de SRAS (syndrome respiratoire aigu sévère), il lui a été reproché d’avoir tardé à lancer une alerte internationale face aux dissimulations de preuves par les autorités chinoises. En 2009, lors la pandémie grippale H1N1, l’agence fut accusée d’avoir réagi avec précipitation en recommandant aux autorités nationales l’achat massif de vaccins se révélant finalement inutiles mais générant des gains faramineux pour l’industrie pharmaceutique¹¹. En 2014, manquant de ressources appropriées et en proie à des divisions internes, l’OMS n’a pas été capable d’assumer son mandat de surveillance de la propagation du virus Ebola en Afrique de l’Ouest, alertant bien trop tardivement la communauté internationale.

Chaque grande épidémie a été suivie d’une évaluation indépendante chargée de tirer les leçons de la gestion de crise, nourrissant la réforme de la gouvernance internationale de la santé. La crise du SRAS a justifié la révision du RSI en 2005 et, notamment, le renforcement des obligations aux États signataires. La gestion de la grippe H1N1 a conduit en 2011 à la création d’un fonds de réserve pour les situations d’urgence, puis, en 2014, d’un Cadre d’action d’urgence (*Emergency Response Framework*), qui s’est révélé inefficace lors de l’épidémie Ebola. Cette dernière a débouché sur l’adoption d’un nouveau programme de gestion des crises sanitaires, dotant l’OMS de plus grandes capacités opérationnelles pour intervenir auprès des pays affectés, d’un système de gestion des incidents, de fonds d’urgence et de personnels spécialisés supplémentaires. Ces réformes ont permis, durant la crise du Covid-19, d’éviter les lenteurs et les dysfonctionnements organisationnels observés lors des précédentes crises, mais n’ont pas levé les obstacles politiques liés aux comportements des États membres, entravant ses capacités de surveillance épidémiologique et d’information durant la phase initiale de l’épidémie en Chine (entre décembre 2019 et mi-février 2020), puis paralysant l’institution dans son rôle de coordination durant la phase d’expansion de la crise (de mi-février à mai 2020).

L’OMS dans le nouveau paysage de la santé mondiale

D’une manière plus générale, les spécialistes de la santé mondiale s’interrogent régulièrement sur le rôle de l’agence onusienne dans un environnement

¹⁰ Beigbeder (Yves), *L’OMS en péril*, Éditions de la santé, 2011 ; Benkimoun (Paul), « L’Organisation mondiale de la santé et les lobbies », *Les Tribunes de la santé*, 39(2), 2013, pp. 49-55 ; Fooks (Gary J.) et al., “Controlling corporate influence in health policy making ? An assessment of the implementation of article 5.3 of the World Health Organization framework convention on tobacco control”, *Globalization and Health*, 13 (12), 2017, p. 1-20.

¹¹ Capell (Kerry), “How Big Pharma Profits from Swine Flu”, *Bloomberg*, 24 novembre 2009 [en ligne]; Kalorama Information Studies, “H1N1 ‘Swine Flu’ Vaccine Market Review (Revenues, Forecasts, Lessons for Future Pandemic Vaccines)”, May 1, 2010 [en ligne]; Pharmaceutical Processing, “Report: Industry Earned Over \$3 Billion on H1N1 Vaccine”, May 11, 2010 [en ligne].

international profondément renouvelé depuis les années 1990¹². L'OMS intervient en effet dans un régime sanitaire qui s'est singulièrement complexifié et, en particulier, s'est développé dans le cadre du marché. La gouvernance mondiale de la santé s'est transformée depuis vingt ans, avec la création de nouveaux mécanismes financiers pour répondre aux maladies (qu'on appelle les « fonds verticaux », comme le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme), le développement de partenariats public-privé destinés à mettre en œuvre des campagnes de santé publique (comme l'initiative GAVI pour les vaccins ou UNITAID pour l'achat des médicaments), le lancement d'initiatives bilatérales aux moyens considérables (comme le US President's Emergency Plan for AIDS Relief – PEPFAR), l'intervention des fondations privées (notamment la Fondation Bill et Melinda Gates ou le Wellcome Trust), le rôle-clé tenu sur le terrain par des ONG internationales spécialisées (comme Médecins sans frontières), et plus largement la création de « plateformes » et « initiatives » en santé mondiale réunissant conjointement de multiples acteurs (agences bilatérales et multilatérales, secteur privé, ONG, acteurs de plaidoyer, fondations, universités, institutions de recherche, agences de conseil, organisations communautaires...).

Le paysage institutionnel est désormais plus fragmenté, structuré en réseaux et partenariats interorganisationnels à géométrie variable, fonctionnant selon des procédures et des règles spécifiques, dont la forme évolue au gré des alliances et des investissements de chacun des partenaires. Ce paysage connaît également un mouvement de spécialisation des organisations, dont le mandat porte désormais sur des questions sanitaires bien spécifiques et des sujets de plaidoyer très ciblés. Enfin, la logique de programme tend à se développer depuis une trentaine d'années, nourrissant des approches verticales centrées sur des maladies et des risques précis, avec le défaut de négliger les approches horizontales visant des objectifs universels comme l'accès à la santé des populations vulnérables, l'amélioration des systèmes de santé et la promotion des droits humains.

Dans ce nouveau champ mondial de la santé, l'OMS a perdu la position de centralité qu'elle occupait jusque dans les années 1990. Les nouveaux entrants ont capté une partie importante des ressources additionnelles mobilisées pour la santé, qu'elles aient une origine publique ou privée. Les grands bailleurs de fonds de la santé mondiale, de leur côté, n'hésitent pas à recourir aux PPP pour mettre en œuvre leurs programmes¹³, concédant aux opérateurs privés et aux ONG spécialisées des responsabilités croissantes dans le développement, l'acheminement et la mise à disposition des produits de santé, l'assistance aux autorités nationales, la formation des personnels de santé, la coordination financière ou encore l'instauration d'approches partenariales¹⁴. Dans certains domaines, le secteur privé a pris

¹² Buissonnière (Marine), « La nouvelle donne de la santé globale : dynamiques et écueils », *Revue internationale de politique de développement*, 3, 2012, p. 77-92.

¹³ Barry (Mamadou), « Les partenariats public-privé pour l'aide à la santé : quelles conditions d'efficacité prendre en compte ? », *Mondes en développement*, 170(2), 2015, p. 75-90.

¹⁴ Un récent exemple est la Coalition pour les innovations en matière de préparation aux épidémies (Cepi) créée lors du Forum de Davos de 2017, suite aux difficultés rencontrées dans la réponse à Ébola. Basée à Oslo, elle réunit une dizaine de pays, l'UE et les fondations Gates et Wellcome Trust. Son

l'ascendant : il joue un rôle-clé dans le financement des systèmes de santé¹⁵ et il s'impose dans les domaines du médicament, de la recherche biomédicale et des technologies de santé où dominent la recherche privée et un régime de propriété intellectuelle structuré par les négociations commerciales.

De surcroît, de nombreux partenaires internationaux, y compris les États les plus puissants, ont une tendance croissante à ne plus considérer l'Assemblée nationale de la santé (AMS) comme l'enceinte obligée de la diplomatie sanitaire multilatérale : ils pratiquent le *forum shopping* en s'investissant dans les arènes et les partenariats qui leur paraissent plus opportuns, à un moment donné, pour faire avancer leurs intérêts et leurs priorités. Les pays riches, par exemple, n'hésitent pas à recourir à la « diplomatie de club » (G7, G20) et à pratiquer le « minilatéralisme »¹⁶ pour s'entendre sur des objectifs internationaux en santé et éviter les discussions à 194 membres au sein de l'AMS¹⁷. Certains, comme les États Unis, affichent une préférence pour le canal de l'aide bilatérale en santé, via leurs opérateurs techniques ou des initiatives multi-acteurs dont ils ont le contrôle¹⁸. Enfin, dans le champ du multilatéralisme, d'autres institutions ont pris un ascendant rapide à partir des années 90, comme la Banque mondiale, dont les capacités financières, techniques et de recherche lui assurent une influence décisive sur le développement des politiques sanitaires de ses pays clients, ou l'OMC, où se définissent les règles relatives à la commercialisation des médicaments et des services de santé.

Certes, l'OMS continue de jouer un rôle essentiel dans la fixation des normes sanitaires internationales, le plaidoyer en santé, l'aide technique aux États et la coordination des crises sanitaires dans le cadre du nouveau RSI. Mais sa capacité de leadership et de coordination a été érodée depuis les années 90. Sa difficulté à obtenir le soutien des États et à exercer ses missions est telle que l'un de ses anciens Directeurs-adjoints, réagissant à l'épidémie de choléra en Haïti, pouvait poser la question en 2010 : « L'OMS est-elle devenue sans objet ? »¹⁹.

L'OMS est la seule enceinte de discussion permettant de faire converger tous les États de la planète vers des objectifs communs de santé publique²⁰. Dans un contexte favorable aux brevets et aux règles commerciales dans la production des biens et

mandat est de financer et coordonner le développement de vaccins en partenariat avec des industries pharmaceutiques, des instituts de recherche vaccinale et des universités.

¹⁵ Prigent (Anne), « Le secteur privé, acteur incontournable dans les systèmes de santé en Afrique », *Le Monde*, 1er mai 2019 ; Clarke (David) et al., « Private Care Provision Sector and Universal Health Coverage », *Bulletin of the World Health Organization*, 97, 2019, p. 434-435.

¹⁶ Naim (Moises), « Minilateralism », *Foreign Policy*, 173 (2), 2009, p. 135-136.

¹⁷ Par exemple, les ministres de la santé de ces pays se sont réunis au sein d'un « G7 santé », les 16-17 mai 2019, en amont du Sommet du G7 de Biarritz, pour fixer des objectifs en matière de soins primaires.

¹⁸ Berthelemy (Jean-Claude), « Bilateral donors' interest vs. recipients' development motives in aid allocation: do all donors behave the same? », *Review of Development Economics*, 10(2), 2006, p. 179-194; USAID, *Policy framework for bilateral foreign aid: implementing transformational diplomacy through development*, United States Agency for International Development, 2006.

¹⁹ Chow (Jack), « Is the WHO Becoming Irrelevant? Why the World's Premier Public Health Organization Must Change or Die », *Foreign Policy*, 9 December 2010.

²⁰ Nay (Olivier), Kieny (Marie-Paule), Marmora (Lelio), Kazatchkine (Michel), « The WHO we want », *The Lancet*, 395 (10240), 2020, p. 1818-1820.

services de santé, elle est l'une des rares organisations à promouvoir une conception de la santé axée sur les besoins des populations, le renforcement des systèmes de santé et l'exigence de solidarité entre pays. Face aux propositions radicales de certains États, invitant à contourner l'institution, à la quitter ou à la démanteler, il est possible d'identifier quelques mesures de réforme qui nous semblent nécessaires pour que l'OMS puisse assumer sa mission de chef de file de la santé mondiale.

Six propositions pour la gouvernance mondiale de la santé

On ne peut pas tout attendre d'une réforme de l'OMS. Une grande partie des réponses à la faiblesse du multilatéralisme en santé dépendent en effet de la volonté politique des États, en particulier des grands bailleurs de la santé mondiale. À chaque crise sanitaire, les principaux États membres de l'OMS critiquent les « dysfonctionnements » et les « défaillances » d'une organisation, qu'ils ont eux-mêmes contribué à marginaliser, tout en déplorant qu'elle ne soit pas en mesure d'exercer une plus grande autorité en période de turbulence. Les gouvernements dénoncent la faible efficacité d'une institution publique qu'ils ont sous-dotée et délégitimée pendant près de trois décennies, dans un contexte où l'ensemble des ressources publiques et les efforts diplomatiques ont été orientés vers des institutions et des partenariats jugés plus efficaces. Le problème est donc d'abord politique : la restauration de la légitimité de l'OMS dépend de la capacité des États puissants à reconnaître l'intérêt d'une organisation universelle plutôt que d'opter pour des stratégies de politique étrangère bilatérales et non coordonnées. Le coût économique faramineux de la crise du Covid-19 pourrait faire prendre conscience de l'intérêt, pour les bailleurs, de réinvestir l'organisation internationale, bien que la stratégie unilatéraliste étatsunienne de l'administration Trump ne donne aucun espoir à court terme. Ces dimensions relèvent de facteurs stratégiques et géopolitiques sur lesquels des propositions de réforme institutionnelle, aussi ambitieuses soient-elles, ne peuvent pas grand-chose.

On se concentrera ici sur des propositions de réforme de gouvernance qui pourraient permettre de restaurer le leadership institutionnel de l'OMS dans la gouvernance de la santé mondiale. Ces propositions n'entendent pas se focaliser exclusivement sur la structure interne de l'organisation de Genève, mais aussi s'interroger sur les évolutions du champ de la santé mondiale. La réforme de l'OMS passe par son adaptation à un nouvel environnement institutionnel dont les règles et les mécanismes se renouvellent en permanence. Levons également tout de suite une ambiguïté : l'idée n'est pas de défendre ici le développement d'une hydre internationale aux multiples fonctions, mais bien, au contraire, de reconstruire l'autorité de l'OMS sur ce qu'elle sait faire le mieux : la production et le partage du savoir dans une perspective universelle visant l'accès à la santé pour tous. L'OMS n'a pas vocation à intervenir dans le financement des systèmes de santé, ni à s'immiscer dans la construction des stratégies sanitaires nationales, ni à intervenir comme un opérateur des politiques en santé, ni encore à s'investir dans des dispositifs humanitaires, ni même à conduire ses propres recherches. D'autres acteurs assument ces fonctions avec plus d'efficacité (banques multilatérales, fonds verticaux, agences de développement, partenariats spécialisés, ONG, prestataires techniques, instituts nationaux de recherche...). En revanche, l'OMS peut exercer ce

que la science politique de langue anglaise appelle un *convening power* (un pouvoir de rassemblement) si sa légitimité institutionnelle parvient à être restaurée.

Que faut-il pour l'OMS ? 1) Une autorité renforcée dans les contextes d'urgence, 2) plus d'autonomie financière, 3) une réorganisation interne visant l'efficacité et la restauration de la légitimité du Directeur général, 4) une plus grande intégration avec le champ de la recherche, 5) une reconnaissance effective des organisations non étatiques dans sa gouvernance, et, enfin, 6) une intégration de la santé mondiale dans les enjeux de la biodiversité et du climat.

Proposition 1. Renforcer le Règlement sanitaire international

En 2005, conscients des risques considérables de défaillances dans la surveillance des épidémies et du manque de coopération de la Chine avec le Secrétariat de l'OMS lors de la crise du SRAS (2003), les États membres ont décidé de renforcer les obligations des États en matière de veille et de déclaration des risques sanitaires émergeant sur leur territoire, d'accorder des droits aux ONG de faire remonter des informations, et de doter le Secrétariat de l'OMS d'une compétence renforcée pour déclarer une « urgence sanitaire de portée internationale » et formuler des recommandations immédiates. Si les défaillances observées durant les crises de 2009 (grippe H1N1), 2012 (coronavirus MERS) et 2014 (virus Ebola) ont conduit à des réformes successives, le Rapport annuel 2019 du Conseil mondial de suivi de la préparation aux situations d'urgence sanitaire²¹ rappelait, quelques mois avant le déclenchement de la pandémie de 2020, la préparation très insuffisante des systèmes de santé nationaux et la faiblesse des ressources internationales dédiées aux risques épidémiques²².

Comme l'a montré la crise du Covid-19, la capacité de l'OMS à exercer son mandat dépend encore trop de la bonne foi des gouvernements et de leur volonté de collecter et transmettre des informations fiables et transparentes, puis, au moment de la crise, d'accueillir des missions d'observation et d'enquête, dans des conditions qui sont encore laissées à leur discrétion. Dans les situations où l'OMS n'obtient pas la pleine collaboration des autorités nationales, son Directeur général, enfin, dispose simplement d'un pouvoir d'informer les autres États parties et « d'exhorter » le gouvernement concerné à « accepter l'offre de collaboration » de l'OMS en « tenant compte des vues » dudit gouvernement (art. 10.4 du RSI). La capacité d'interpeller un État manquant à ses obligations est limitée dans les faits, car l'organisation internationale est tenue de préserver de bonnes relations avec les équipes gouvernementales qui, à tout moment, peuvent décider de dissimuler les risques, divulguer des données non fiables, expulser les experts étrangers et s'enfermer dans

²¹ Conseil mondial de suivi de la préparation, *Un monde en péril : Rapport annuel sur l'état de préparation mondial aux situations d'urgence sanitaire*, Genève, Organisation mondiale de la santé, 19 septembre 2019.

²² Les failles du RSI ont été régulièrement pointées du doigt, y compris au sein de la communauté scientifique. Par exemple : Wilson (Kumanan), Brownstein (John S.), Fidler (David P.), "Strengthening the International Health Regulations: lessons from the H1N1 pandemic", *Health Policy and Planning*, 25(6), 2010, p. 505-509.

une position non-coopérative. L'OMS ne dispose d'aucun pouvoir de saisir une autorité supranationale habilitée à prononcer des avertissements, voire à adopter des sanctions en cas de manquement au RSI. Elle peut à tout moment subir des mesures de rétorsion si elle contredit les autorités sanitaires nationales. Au Burundi par exemple, en avril 2020, le représentant résident de l'OMS a été déclaré *persona non grata* à la suite de ses déclarations sur l'impossibilité de tenir des rassemblements pré-électoraux durant la crise sanitaire. L'équipe d'experts sur le coronavirus a ensuite été expulsée du pays²³.

Il conviendrait dès lors de réviser le RSI en arrimant la gestion des urgences sanitaires internationales au principe de la « sécurité collective ». Les questions de santé entrent déjà dans le champ de la sécurité, conformément à plusieurs résolutions du Conseil de sécurité relatives à la santé depuis 2000, notamment pour les risques épidémiques²⁴. Rien ne s'oppose, dès lors, à ce que l'OMS soit dotée d'un mandat comparable à celui de l'Agence internationale de l'énergie atomique (AIEA), la seule organisation internationale ayant le pouvoir de mener des actions contraignantes de surveillance et d'inspection visant à vérifier le respect par des États de leurs obligations internationales. Les statuts de l'AIEA, d'ailleurs, intègrent la protection de la santé des populations (art. 2), ce qui autorise l'agence à diligenter des missions d'inspection pour s'assurer que des normes sanitaires effectives protègent les populations des risques nucléaires. L'AIEA peut saisir le Conseil de sécurité des Nations unies de tout manquement d'un État à ses obligations²⁵. La menace pour la santé des populations est donc déjà associée au régime international de la sécurité.

Pour prévenir les prochaines pandémies, il conviendrait de procéder à une nouvelle révision du RSI afin d'accroître les pouvoirs de l'OMS en prenant appui sur le modèle de l'AIEA : le Secrétariat et le Directeur général devraient ainsi disposer de capacités renforcées de détection et d'évaluation des risques sanitaires de portée internationale, y compris la possibilité de mener des inspections obligatoires (et non plus facultatives) et, en cas d'infraction manifeste aux règles du RSI pouvant engendrer une menace pour la santé des populations, de saisir l'Assemblée générale

²³ "Burundi expels WHO coronavirus team as election approaches", *The Guardian*, 14 May 2020.

²⁴ Le 17 juillet 2000, la résolution 1308 du Conseil de sécurité reconnaît que l'épidémie du VIH/sida constitue une nouvelle menace pour la stabilité et la paix. C'est la première fois, dans l'histoire du Conseil, qu'est établi un lien entre un risque sanitaire global et la sécurité internationale. Nay (Olivier), « Le VIH/sida et les opérations internationales de maintien de la paix », in M. Albaret, E. Decaux, N. Lemay-Hébert et D. Placidi-Frot, dir., *Les grandes résolutions du Conseil de Sécurité*, Paris, Dalloz, 2012, p. 259-270.

²⁵ L'AIEA est l'instance internationale chargée de promouvoir et de contrôler l'utilisation civile de l'énergie atomique afin de garantir la sûreté, la sécurité et la paix. Elle a pour mission d'inspecter des installations nucléaires et, notamment, de vérifier qu'elles ne sont pas détournées à des fins militaires. En 1968, le Traité de Non-Prolifération des armes nucléaires (TNP) a élargi le champ d'action de l'AIEA. Toutefois, comme toute organisation internationale, l'agence n'est pas habilitée à fixer les obligations des États, ni à définir les mesures nécessaires pour conduire ses inspections. Aussi, si elle démontre qu'un État a manqué à ses obligations, elle doit en référer au Conseil de sécurité et à l'Assemblée générale des Nations Unies à qui il appartient de réagir (art. 12C des statuts de l'AIEA).

et le Conseil de sécurité des Nations unies afin de déterminer les mesures nécessaires à engager pour contraindre l'État concerné à coopérer²⁶.

Proposition 2. Réduire la dépendance financière de l'OMS aux contributions volontaires

La construction du budget programme de l'OMS constitue depuis des années un facteur de vulnérabilité de l'organisation multilatérale. Le financement de cette dernière a sensiblement évolué depuis la fin du XXe siècle. L'OMS a connu une érosion de son budget, résultat de la politique de croissance zéro en valeur nominale appliquée depuis 1993 par les bailleurs de fonds pour les « contributions fixes » de l'institution (i.e. les contributions obligatoires versées annuellement par les États membres, abondant le programme général). Cette fragilisation a été renforcée par les effets cumulés des crises financières de 2008 et de 2011, les arriérés de paiement accumulés de plusieurs États membres (dont les États-Unis) et, enfin, la réticence des pays émergents (dont la Chine) à accroître leur effort financier malgré la croissance relative de leur richesse²⁷.

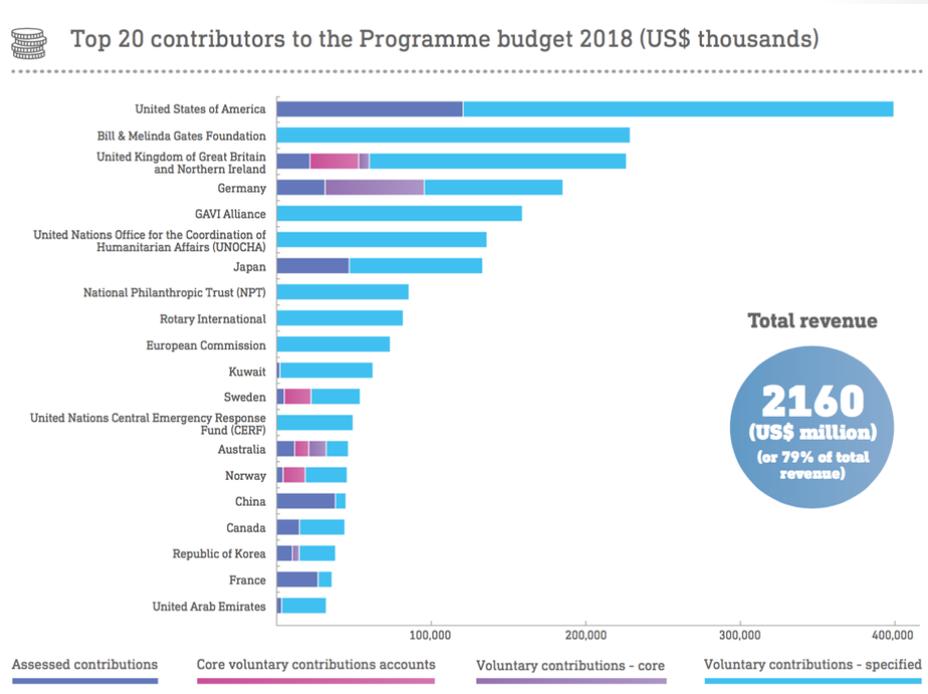
L'érosion du budget fixe de l'OMS a été compensée, au cours des dernières décennies, par la croissance de la part des « contributions volontaires » provenant de bailleurs publics et privés²⁸ (i.e. les contributions flexibles et conditionnelles, le plus souvent fléchées vers un programme défini de l'organisation, pour une durée établie). Initialement considérées comme des financements additionnels aux contributions fixes, les contributions volontaires ont, au fil des années, représenté une proportion croissante du budget programme : de 20 % dans les années 1970, elles sont passées à 50 % en 1998-99, pour atteindre presque les 80 % dans le budget 2018-2019. Cette évolution, inédite pour une organisation du système des Nations unies, s'explique par la nécessité de lever des contributions additionnelles afin de compenser la croissance zéro du budget permanent. Mais elle résulte aussi, depuis la fin des années 90, de la généralisation des principes de « sélectivité » et de « *value for money* » adoptés par les bailleurs internationaux pour octroyer des financements : toute dotation financière doit pouvoir être adossée à des objectifs précis, être évaluée selon ses résultats, prouver son efficacité, engager la responsabilité de l'organisation et démontrer, pour être reconduite, qu'elle apporte une valeur ajoutée à la promotion de la santé.

²⁶ Il faut bien être conscient, toutefois, des limites de cette procédure si une épidémie démarre sur le territoire de l'un des cinq membres permanents du Conseil de sécurité. La paralysie de ce dernier, lors de la crise de 2020, montre le caractère insatisfaisant des mécanismes prévus par les chapitres V à VIII de la Charte des Nations unies.

²⁷ Frenk (Julio), "Finance and Governance: Critical Challenges for the next WHO Director-General", *American Journal of Public Health*, 106(11), 2016, p. 1906.

²⁸ Daugirdas (Kristina), Burci (Gian Luca), "Financing the World Health Organization: What Lessons for Multilateralism?", *International Organizations Law Review*, 16(2), 2019, p. 299-338; Mazumdar (Sumit), "World Health Organization: what does it spend its money on?", *The Conversation*, 23 April 2020.

Les 20 premiers contributeurs de l'OMS, 2018



Source : "How is the World Health Organization funded?", Forum économique mondial, 2020

Les bailleurs trouvent des avantages à ce grand basculement vers la sélectivité des contributions. Ils y acquièrent une plus grande souplesse de financement, peuvent sélectionner les activités qu'ils financent (ou refusent de financer), exiger une plus grande redevabilité de l'organisation internationale et, en termes d'image, accroître leur visibilité diplomatique en soutenant des secteurs de la santé clairement identifiables. L'OMS peut y trouver également un intérêt : obtenir des soutiens pour répondre à des activités moins bien dotées, lancer des projets dans de nouveaux domaines et, dans certains cas, contourner les résistances politiques d'autres États membres.

Il reste que l'évolution du financement de l'organisation internationale conduit à sa fragilisation. Tout d'abord, elle introduit une instabilité et une imprévisibilité des contributions. En effet, les bailleurs peuvent subitement réorienter, réduire ou mettre fin à leur aide, provoquant des ruptures dans la continuité des programmes. Au début des années 2010, le refus de certains pays de confirmer leurs contributions volontaires ont ainsi provoqué des coupes financières, en particulier dans les programmes d'urgence qui ont été subitement délaissés, ce qui a sérieusement limité la capacité de réaction de l'OMS aux crises²⁹. La directrice générale de l'agence, Margaret Chan, notait en 2014 : « Quand il y a un événement, nous avons de l'argent.

²⁹ Les conséquences ont été patentes lors de la crise Ébola. En 2014-15, la fondation Gates est venue abonder le budget des urgences sanitaires pour permettre à l'agence de faire face au développement de l'épidémie. Gostin (Lawrence O.), "World Health Organization Reform: Lessons learned from the Ebola Epidemic", *Hasting Center Report*, March-April 2015, p. 6.

Quelque temps après, l'argent cesse d'arriver et vous devez mettre fin au contrat de tout le personnel que vous avez recruté pour organiser la riposte »³⁰.

Ensuite, le poids des contributions volontaires contraint l'OMS à orienter sa stratégie de santé mondiale en fonction des priorités fixées par les bailleurs, en fonction de leurs propres domaines d'intérêt, parfois au détriment d'enjeux de santé publique fortement soutenus par les experts et les scientifiques. L'OMS a, par exemple, rencontré des difficultés, pendant de nombreuses années, à promouvoir la lutte contre les maladies non-transmissibles, dans un contexte où les efforts des bailleurs étaient principalement centrés vers d'autres priorités (notamment la lutte contre les épidémies virales).

En outre, la dépendance aux contributions volontaires oblige les départements de l'OMS à consacrer une grande part de leur temps et de leurs ressources à la levée de fonds, puis, en aval, à justifier leur bon usage pour répondre aux règles de contrôle financier des bailleurs, plutôt que de se concentrer sur la mission de l'organisation : surveiller, analyser, informer, assister, alerter. Les contributions volontaires introduisent également une compétition délétère entre ces mêmes départements (chacun défendant ses priorités internes contre les priorités des autres), une vulnérabilité aux jeux d'influence exercés par les bailleurs et une fluctuation des priorités de l'organisation d'une période budgétaire à l'autre. Dans ce contexte, la même Margaret Chan pouvait déplorer en 2012 que « les pratiques financières actuelles font de l'OMS une organisation fondée sur les ressources et non sur les résultats »³¹.

Mais l'impact le plus important des nouvelles modalités du financement international est la dépendance croissante de l'OMS aux contributions de bailleurs privés. En effet, face aux difficultés à maintenir un budget à la hauteur de ses missions, l'OMS n'a eu d'autres choix que de se tourner vers la philanthropie internationale (Gates Foundation, Wellcome Trust, Vital Strategies, Rotary International, Bloomberg Family Foundation, National Philanthropic Trust), les alliances public-privé (notamment GAVI) et les multinationales du médicament (Bayer, Roche, Gilead, GlaxoSmithKline, Sanofi Aventis), en plus d'autres sources publiques (institutions financières de développement, Union européenne, organisations multilatérales, administrations locales ou nationales³²). À ce jour, la participation financière des acteurs non étatiques atteint presque la moitié du budget total de l'OMS. Avec 211 millions d'euros, la Fondation Gates, à elle seule, constituait le second contributeur volontaire net de l'organisation en 2018-2019, juste derrière les États-Unis. Les acteurs privés et des fondations interviennent également par le biais de leur participation financière aux nombreux PPP que l'OMS multiplie depuis le mandat de

³⁰ Fink (Sheri), "WHO Leader Describes the Agency's Ebola Operations" (interview), The New York Times, 4 September 2014.

³¹ Margaret (Chan), "Director-General addresses reforms in WHO financing", 6 Decembre 2012. (https://www.who.int/dg/speeches/2012/reforms_20121206/en/)

³² Tous ces acteurs sont présents via des contributions volontaires fléchées d'une part, par des programmes spéciaux et des accords de collaboration d'autre part ("Voluntary contributions by fund and by contributor, 2018", 72nd World Health Assembly, Provisional agenda item 15.2, Document A72/INF./5, 29 May 2019). (consulté à : https://www.who.int/about/finances-accountability/reports/A72_INF5-en.pdf?ua=1)

Gro Harlem Brundtland (1998- 2003) et par les actions de lobbying qui, depuis 2016, passent par une procédure institutionnelle³³.

Érosion du budget, montée des contributions volontaires, rôle croissant des bailleurs privés : il est difficile d'imaginer, dans ce contexte de dépendance financière externe, que l'OMS conserve une indépendance dans ses activités scientifiques et normatives, et que ses départements ou ses bureaux régionaux ne soient pas conduits, dans certains cas, à pratiquer une forme d'autocensure dans leurs relations avec des bailleurs devenus indispensables à la survie de leurs programmes. Des études de plus en plus nombreuses pointent l'influence des acteurs privés sur les choix de l'institution³⁴, voire une réelle dépendance au secteur privé dans certains domaines³⁵.

De futures réformes devraient ainsi s'attacher à rétablir une part plus importante des contributions « non ciblées » à l'OMS, a minima à hauteur de 50 % du budget, afin que, d'une part, l'organisation puisse engager des programmes de long terme sans s'inquiéter pour leur pérennité et, d'autre part, avoir une flexibilité dans l'usage de ses fonds qui lui permette de s'adapter à l'évolution (parfois très rapide) des enjeux sanitaires. En 2019, l'organisation estimait qu'elle ne disposait d'une flexibilité financière que pour un tiers de son budget³⁶. Les contributions volontaires dites « de base » (*core voluntary contributions*) – entièrement flexibles au niveau du budget-programme, très flexibles au niveau des catégories de dépenses – devraient être sensiblement augmentées, alors qu'elles ne représentent aujourd'hui que 8 % des contributions volontaires allouées à l'OMS. En interne, l'OMS gagnerait à créer un département financier unique chargé de regrouper toutes les contributions volontaires collectées (« *ressource pooling* »), puis de superviser des mécanismes de répartition financière permettant à l'organisation de réaliser des arbitrages entre ses principaux bureaux, catégories et domaines du programme.

De même, l'OMS doit s'engager dans une nouvelle stratégie de mobilisation financière qui lui permette de réduire sa dépendance aux financements ciblés. La création en 2019 d'un « Forum des partenaires » chargé de nourrir la vision à long terme de l'organisation va dans ce sens. De même, la toute nouvelle « Fondation OMS », portée sur les fonds baptismaux en pleine crise du Covid-19 (27 mai 2020), constitue une réforme bienvenue pour élargir la base des collectes de fonds aux particuliers et disposer de la capacité de lever, de façon autonome, des ressources additionnelles non fléchées³⁷. En tant qu'entité de droit suisse, elle est formellement indépendante et ses choix ne requerront pas l'approbation de l'AMS, ce qui pourrait permettre de

³³ Gulland (Anne), "WHO open to 'lobbying' by business", *British Medical Journal*, 353, 2016, i3134.

³⁴ Pingot (Lou), *Corporate influence in the Post-2015 process*, Misereor-Brot für die Welt-Global Policy Forum, January 2014 ; Guilbaud (Auriane), *Business partners : Firms privées et gouvernance mondiale de la santé*, Paris, Presses de Sciences po, 2015 ; Maurel (Chloé), « Ce que les crises épidémiques révèlent des dérives de l'OMS », *The Conversation*, 14 mars 2020.

³⁵ Kimberley (Margaret), "Privatized Ebola: The Bill and Melinda Gates Foundation is the World Health Organization's Boss, Not Governments", *Global Research* [en ligne], 15 October 2014.

³⁶ World Health Organization, "Inaugural WHO Partners Forum. About the Forum", 9-10 April 2019, Stockholm, Sweden [en ligne: <https://www.who.int/news-room/events/inaugural-partners-forum/about-the-forum>].

³⁷ Le projet était discuté depuis de nombreux mois : Ravelo (Jenny Lei), "The early stages of the WHO Foundation", *Devex*, 22 May 2019 [en ligne].

financer des activités d'urgence ou des activités sur des questions potentiellement délaissées par les bailleurs institutionnels.

Proposition 3. Décompartimenter l'organisation et restaurer l'autorité du Directeur général

La critique de la bureaucratie onusienne est aussi ancienne que l'ONU elle-même³⁸. Les critiques viennent fréquemment des bailleurs de l'organisation, parfois pour de bonnes raisons, souvent pour s'exonérer de leurs propres responsabilités. Elles sont également formulées au cours des évaluations et des audits commandités par des États membres ou par le Secrétariat lui-même. En réponse aux observations qui leurs sont adressées, les agences spécialisées du système onusien ont engagé, depuis le début des années 2000, des réformes managériales. Pour la plupart, ces réformes ont introduit des principes inspirés de la nouvelle gestion publique : gestion axée sur les résultats, renforcement du contrôle financier, développement de la culture de l'évaluation, introduction de mécanismes de redevabilité, déconcentration interne, externalisation de certaines activités, création de quasi-marchés et développement des PPP, politique de transparence, ouverture des données, développement de la participation de la société civile.

L'OMS n'échappe pas à la critique. L'un des premiers constats tirés des dernières crises sanitaires internationales est la grande difficulté du (de la) Directeur(trice) général(e) (DG) à imposer son autorité à l'intérieur de sa propre organisation. Le Directeur général est fortement exposé aux jeux d'influence auxquels se livrent les États membres, notamment les grands bailleurs de l'organisation³⁹, mais aussi des États qui ont une diplomatie sanitaire influente en raison de leur poids géopolitique (comme la Chine ou la Russie). Ces pressions politiques sont constantes ; c'est le cas dans toutes les organisations internationales. Mais, à l'OMS, elles s'accroissent fortement dans les périodes de crise, au cours desquelles le Directeur général ne peut se permettre d'entrer en conflit avec un État puissant. Celle du Covid-19 a été un exemple caricatural des transactions collusives entretenues entre la technocratie de l'OMS et le gouvernement chinois, malgré les procédures prévues par le RSI, prétexte du retrait de l'organisation annoncé par les États-Unis le 28 mai 2020⁴⁰.

L'autorité contestée de la direction générale de l'OMS est, pour une grande part, le résultat de facteurs externes sur lesquels l'organisation n'a aucune prise. Face à la multiplication des arènes et plateformes de négociation dans la gouvernance mondiale de la santé, l'OMS est confrontée à la montée en puissance d'autres institutions internationales – intergouvernementales, mixtes ou privées – pour

³⁸ Le « Rapport Jackson » de 1969 taxait déjà le système des Nations Unies de « monstre préhistorique ». Klingebiel (Stephan), *Effectiveness and Reform of the United Nations Development Programme*, London, Frank Cass, 1999, p. 152-153.

³⁹ Parmi les États membres, dix pays représentent 68 % des contributions fixées du budget de l'organisation en 2020. Source : OMS (https://www.who.int/about/finances-accountability/funding/2020-21_AC_Summary.pdf).

⁴⁰ Benkimoun (Paul), Lemaître (Frédéric), Bourreau (Marie), « Les liaisons dangereuses entre l'OMS et la Chine ont marqué la crise du coronavirus », *Le Monde*, 27 avril 2020.

certaines dotées de moyens financiers bien supérieurs. Dans ce système ouvert et concurrentiel, seuls les gouvernements peuvent décider de redonner à l'OMS sa pleine légitimité et une capacité réelle à exercer l'autorité que lui reconnaît son mandat de 1948. La question est principalement politique. Elle ne sera résolue que si les États membres les plus influents acquièrent la conviction que, dans le domaine sanitaire, la coopération internationale est préférable au désordre international. Le retrait des États-Unis de l'OMS a démontré, sur ce point, une nette préférence pour la tentation du repli national.

Il est aussi possible de repérer des éléments propres à l'organisation qui fragilisent l'autorité de son Directeur général et nuisent à la cohérence du travail réalisé par son personnel technique. Tout d'abord, de nombreuses évaluations récentes ont souligné les efforts qui restent à réaliser pour accroître la transparence, l'efficacité et la redevabilité de l'OMS. Elles insistent sur l'amélioration nécessaire de la gestion de l'organisation, notamment aux niveaux de la définition de ses objectifs, de la mesure des résultats nationaux et de l'alignement de ses programmes avec ceux des pays. L'OMS rencontre encore des difficultés pour démontrer que les financements reçus se transforment concrètement en réalisations d'objectifs de santé⁴¹.

Ensuite, le mode d'élection du (de la) Directeur(trice) général(e) mériterait d'être révisé. Suite aux critiques adressées sur la gestion de la crise Ebola de 2014, une réforme fut entreprise pour que la sélection du « DG » résulte d'un choix plus démocratique. En mai 2017, pour la première fois depuis la création de l'organisation, une procédure sans précédent de vote par pays à bulletin secret, mobilisant les 194 pays de l'AMS, fut utilisée pour élire le nouveau DG parmi trois candidats finalistes⁴². Toutefois, le choix du vote secret a eu pour effet de déporter les jeux d'influence et les tractations politiques au sein de l'Assemblée tout entière. Une élection plus transparente, où le vote de chaque pays serait rendu public, permettrait par la suite de mieux contrôler les relations entre le (ou la) DG et les États membres qui ont bien voulu lui accorder leurs voix lors de l'élection.

Second constat interne, la structure régionalisée de l'organisation est considérée depuis des décennies comme un sérieux frein à l'efficacité institutionnelle. En effet, l'OMS est la seule entité onusienne structurée en 6 directions régionales et 147 bureaux-pays. Cette infrastructure mondiale représente un coût important : elle absorberait 70 % du budget de l'organisation⁴³. Surtout, les bureaux régionaux ont une forte autonomie, des budgets importants, des programmes spécifiques et une légitimité propre, qui ont pour effet de compartimenter le fonctionnement de

⁴¹ Voir notamment les évaluations réalisées par le Multilateral Organization Performance Assessment Network (MOPAN).

⁴² Ces trois candidats ont été présélectionnés par le Conseil exécutif, en préparation du vote de l'AMS. Avant 2017, un seul candidat était sélectionné par le Conseil exécutif, puis simplement confirmé par l'AMS quelques mois plus tard. Les États membres qui siégeaient au Conseil détenaient donc un grand pouvoir et faisaient l'objet d'une intense campagne de la part des pays soutenant un.e candidat.e, parfois à coups de soutiens financiers pouvant s'apparenter à des achats de voix, voire à des pots-de-vin. Garret (Laurie), "Secret vote on WHO bodes ill for future of global health", *Humanosphere*, 23 May 2016.

⁴³ Wibulpolprassert (Suwit), Chowdhury (Mushtaque), "World Health Organization: Overhaul or Dismantle?", *American Journal of Public Health*, 106 (11), 2016, p. 1911.

l'organisation et d'affaiblir l'autorité du Directeur général basé à Genève – au point que le Lancet évoquait récemment l'existence de « sept OMS »⁴⁴. Le bureau régional pour les Amériques (AMRO), par exemple, est abrité par la puissance Pan-American Health Organization (PAHO), une institution plus que centenaire siégeant à Washington D.C.

Les bureaux régionaux de l'OMS



Source : Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique

Cette structure de l'OMS en trois niveaux réduit l'efficacité de l'organisation : elle ralentit la circulation des informations, favorise l'indécision, multiplie les coûts de transaction et empêche l'OMS de parler d'une seule voix. Le DG et le Secrétariat de Genève consacrent une grande partie de leur temps à coordonner les « régions », en plus de leurs activités auprès des États, des autres entités multilatérales, des banques de développement, fondations, alliances, partenariats, ONG et entreprises transnationales.

Surtout, la fragmentation et la stratification de l'organisation accroissent les rivalités internes⁴⁵. Particularité de l'OMS, les Directeurs régionaux sont élus par les États de la région qu'ils couvrent. Ils tirent donc leur légitimité d'une procédure de désignation indépendante. Ils ont également un budget propre, exercent une pleine autorité sur leurs personnels et jouent un rôle-clé dans la nomination des

⁴⁴ Editorial, "WHO reform continues to confuse", *The Lancet*, 393, 2019, p. 1071.

⁴⁵ Pour une perspective historique des difficultés liées à la structure régionalisée de l'OMS : Fee (Elizabeth), Cueto (Marcu), Brown (Theodore M.), "At the roots of the world health organization's challenges : Politics and regionalization", *American Journal of Public Health*, 106 (11), 2016, p. 1912-1917.

représentants résidents de l'OMS (les Directeurs des bureaux-pays). Une fois élus, ils se retrouvent ainsi dans une logique de double allégeance : placés sous l'autorité d'un Directeur général qui ne les a pas choisis, les Directeurs régionaux sont en permanence tentés de satisfaire les attentes des États qui les ont adoubés et qui décideront de la reconduction (ou non) de leur mandat. Ce design institutionnel place ainsi les bureaux régionaux dans la dépendance politique des pays de leur circonscription, au détriment de la ligne de commandement interne de l'OMS. Dans ce cadre, les États d'une région sont tentés d'avoir des relations directes avec « leur » bureau régional de l'OMS pour régler un enjeu sanitaire, plutôt que de s'adresser au siège de Genève. Les Directeurs régionaux, quant à eux, ont souvent des envies d'émancipation institutionnelle vis-à-vis du Secrétariat de Genève, qui peuvent parfois se transformer en rivalité avec le Directeur général, au risque de produire de sérieux dysfonctionnements. Durant la crise Ebola, par exemple, la rivalité entre le bureau Afrique (AFRO) et le Secrétariat de Genève pour contrôler la réponse à l'épidémie en Afrique de l'Ouest a été l'une des sources des retards accumulés dans la réaction de l'OMS.

Pour mettre fin à cette organisation dysfonctionnelle et redonner une véritable autorité interne au Directeur général, il conviendrait que les Directeurs régionaux soient choisis par le Directeur général de l'OMS et non plus désignés par les ministres de la Santé de leur région. Une mesure plus radicale serait d'éliminer la strate régionale du mille-feuille OMS et de restructurer l'organisation selon un schéma établissant l'autorité du siège mondial sur les bureaux-pays.

Proposition 4. Bâtir un « GIEC de la santé mondiale »

Au moment des crises sanitaires, la collecte et la diffusion rapide d'informations fiables, intelligibles et transparentes constituent un enjeu majeur pour organiser une riposte efficace aux risques épidémiques, de même que la mobilisation des instituts de recherche et des laboratoires de santé capables de mettre au point les outils de test, les traitements et les vaccins. En dehors des moments de crise, le partage des connaissances⁴⁶ est tout aussi essentiel pour prévenir les menaces sanitaires à venir, mais aussi et surtout pour réaliser les grands objectifs de santé publique dans les pays qui ont des capacités de recherche limitées⁴⁷ (par exemple la santé maternelle et reproductive ou la réponse aux maladies chroniques).

La vocation principale de l'OMS n'est en aucun cas de conduire des programmes de recherche autonomes. Dans le domaine scientifique, l'organisation internationale a pour principale activité de réaliser des synthèses des connaissances produites par les nombreux organismes de recherche en santé : instituts nationaux de recherche,

⁴⁶ Par exemple les séquences génétiques, les données épidémiologiques, les résultats d'essais cliniques récents, les outils de prévention des maladies, ou encore des recherches de santé publique sur les systèmes de soins, la prévention des risques, les systèmes d'assurance-maladie, le financement de la santé, les technologies digitales de santé, etc.

⁴⁷ Selon l'OMS, les pays riches ont en moyenne 45 fois plus de chercheurs en santé que les pays pauvres (Global Observatory on Health R&D, "Health researchers per million inhabitants, by income group", novembre 2018).

universités, fondations scientifiques, centres médicaux publics ou laboratoires du secteur privé. Elle tente ensuite, sur la base de données scientifiques probantes, de faire émerger des accords internationaux sur les priorités de santé publique. Elle s'attache également à transformer ces accords en recommandations à destination des gouvernements et des acteurs de la santé. Ce rôle est précisé dès l'article 2 de la charte de 1948. Pour assumer ce mandat, l'organisation recrute un personnel spécialisé ayant un haut niveau scientifique. Récemment, elle a accru ses capacités de recherche en désignant une « *chief scientist* » – à la manière des « *chief economists* » des institutions économiques de développement – et en créant en 2019 une Division des données, de l'analyse et de l'exécution pour l'impact placée sous l'autorité d'une directrice-générale adjointe de l'organisation internationale.

Pour construire ses normes, l'OMS intervient de différentes manières, avec des ressources limitées. Ses personnels font un travail de collecte et d'agrégation des données de santé, dont ils se servent pour construire des statistiques mondiales, des indicateurs et des cibles de santé. L'organisation s'appuie surtout sur des groupes consultatifs et des comités formés d'experts indépendants, qui travaillent sur la longue durée et dont les rapports constituent la base de ses recommandations⁴⁸. Enfin, elle établit des partenariats de recherche avec des instituts et des fondations scientifiques⁴⁹, des universités, des acteurs de la philanthropie, des ONG et des entreprises, ainsi qu'avec les autres organisations multilatérales (notamment la Banque mondiale et le Programme des Nations unies pour le développement).

Il reste que l'OMS rencontre d'importantes limites dans la réalisation de son mandat. Elle est tout d'abord confrontée à la coopération inégale des gouvernements nationaux pour harmoniser les indicateurs de santé au niveau mondial. La crise du Covid-19 a montré, par exemple, la grande difficulté à comparer les situations épidémiques du fait de l'absence d'un modèle universel de collecte des données. L'OMS intervient ensuite dans un environnement de recherche international extrêmement complexe, où de multiples acteurs privés jouent un rôle prééminent dans la production des données issues de la recherche en santé. Durant la crise de 2020, l'université Johns Hopkins (États-Unis) s'est imposée comme l'une des principales institutions de référence pour la production des données de suivi et l'interprétation de la pandémie. Certains journaux scientifiques ont acquis une influence centrale dans la production internationale des savoirs. La revue *The Lancet*, par exemple, a créé des « commissions du Lancet » dont les rapports font autorité, en

⁴⁸ Plus de 500 experts interviennent pour l'OMS, au sein d'une quarantaine de « groupes consultatifs », sur des sujets variés. Les experts se réunissent en « comités », à l'invitation du Directeur général, pour formuler des recommandations sur certains sujets clés de la santé mondiale (médicaments essentiels, standardisation biologique, pharmacodépendance, consommation d'alcool...). Les membres de ces comités proviennent d'instituts nationaux de santé, d'universités, d'administrations de santé ou du secteur privé. L'indépendance des comités a parfois été entachée par des conflits d'intérêts. L'institution se plie aujourd'hui à une politique de transparence renforcée (obligation de déclarations d'intérêts par les membres des comités, publication de leurs CV).

⁴⁹ L'OMS, par exemple, collabore depuis 2018 à un programme d'harmonisation des données de santé mondiale avec l'Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME, institut universitaire de statistiques basé à Seattle, soutenu par la Fondation Gates). Elle travaille également avec des fondations privées comme le Conseil de la recherche en santé pour le développement (COHRED) et le Forum mondial pour la recherche en santé.

suivant une démarche assez proche des comités d'experts de l'OMS⁵⁰. Enfin, des plateformes public-privé, soutenues par des États, se spécialisent dans la diffusion de données de santé mondiale, là où l'OMS est censée jouer un rôle Directeur, à l'exemple du partenariat GISAID, dont la vocation est de participer à l'échange des données virologiques sur la grippe et les coronavirus.

La diversité et la concurrence entre les instituts nationaux de recherche, les organismes privés et les nombreux partenariats scientifiques multi-acteurs participant à la fabrique des savoirs internationaux sont bien évidemment des facteurs essentiels d'une science mondiale de qualité. Il reste que l'OMS, dans le régime international de la santé, est à ce jour la seule institution universelle où les consensus scientifiques peuvent trouver une transcription auprès des gouvernements, sous la forme de normes internationales ayant vocation à orienter les stratégies nationales de santé. De même, face à la tendance à la concentration des ressources consacrées à la recherche en santé, au profit des pays riches⁵¹, la composition politique de l'OMS et les missions qui lui sont assignées en font un acteur essentiel pour impulser les priorités de recherche qui répondent aux besoins sanitaires des pays à faible revenu ou à revenu intermédiaire. Son activité d'orientation scientifique est en effet absolument cruciale pour tous les pays qui, faute de ressources, ont des capacités de recherche insuffisantes et qui demeurent dans la dépendance à l'aide internationale pour répondre aux problèmes de santé de leur population. Il reste que les tensions politiques qui émaillent régulièrement l'institution et l'annonce d'un retrait des États-Unis (mai 2020), si elle est mise en œuvre, constituent des facteurs alarmants d'affaiblissement de la coopération internationale en matière sanitaire. L'organisation subit des critiques régulières qui en affectent la crédibilité. La confiance dans l'OMS s'érode à chaque crise sanitaire, alors même que son travail de construction de normes et de standards, dans les périodes de temps calme, est rarement contesté par les autorités sanitaires des États membres.

Fragilisée dans ses assises politiques dans un contexte de crise du multilatéralisme, de plus en plus concurrencée dans le domaine de la production du savoir, l'OMS gagnerait à reconstruire son autorité normative en s'appuyant sur ce que l'on pourrait appeler, par facilité de langage, un « GIEC de la santé mondiale »⁵². Dans le domaine du climat, en effet, les pays du G7 ont institué, en 1988, un nouveau modèle de gouvernance d'un bien public mondial, en donnant une voix centrale à la

⁵⁰ Dans les années 60-70, la Commission médicale chrétienne, créée par le World Council of Churches, a joué un rôle similaire. Elle a même contribué, à l'échelle internationale, à la reconnaissance de l'enjeu des soins de santé primaire.

⁵¹ Depuis les années 90, de nombreux travaux montrent que les ressources mondiales consacrées à la recherche en santé s'orientent massivement vers les besoins de santé des pays riches, contribuant à négliger de nombreuses maladies tropicales qui sont à l'origine de la très grande majorité des décès évitables dans le monde.

⁵² Dans ses écrits consacrés au système international, la politiste anglaise Susan Strange invite à se dessaisir d'une conception du pouvoir fondée sur la puissance des États. Selon elle, il est nécessaire d'identifier les formes de « pouvoir structurel » qui s'organisent hors du cadre des frontières étatiques. Elle défend l'idée que la capacité d'accéder aux connaissances et à maîtriser les diverses formes du savoir constituent des ressources fondamentales dans la construction des relations de pouvoir dans le cadre international.

communauté scientifique. En trois décennies, ce modèle a non seulement permis le renforcement de la coopération scientifique internationale sur le changement climatique mais il a contribué à la formation d'une communauté épistémique formée de chercheurs du monde entier, mettant les gouvernements sous la pression constante de ses prévisions et analyses. Certes, contrairement à ce qui est souvent imaginé, le Groupe d'experts intergouvernemental sur l'évolution du climat⁵³ (GIEC) n'est pas un regroupement autonome de scientifiques, encore moins un centre de recherche international ; il est une entité intergouvernementale de nature hybride. Son Assemblée générale regroupe les 195 États représentés à l'ONU, chacun disposant d'une voix lors des séances plénières du groupe. Mais le travail de fond du GIEC, consistant à produire des rapports de synthèse sur l'état des connaissances scientifiques existantes, est assuré par des groupes de travail indépendants échappant à la tutelle bureaucratique d'un Secrétariat international classique. D'une manière générale, la fabrique des rapports du GIEC suit un long processus de synthèse des connaissances scientifiques, recourant au débat contradictoire et impliquant plus d'un millier de chercheurs de diverses disciplines, d'institutions variées et de multiples origines géographiques.

Le modèle du GIEC a inspiré le pilotage international d'un autre bien public mondial : la biodiversité. En 2013, en effet, la Plateforme intergouvernementale scientifique et politique sur la biodiversité et les services écosystémiques (IPBES⁵⁴) a été structurée selon une gouvernance analogue, également sous l'égide des Nations unies. Elle donne à un groupe d'experts pluridisciplinaire (GEM) la responsabilité de composer des groupes de travail chargés de produire une information scientifique indépendante à destination des États sur les enjeux de la biodiversité. Le GIEC et l'IPBES sont à ce jour les deux entités capables de proposer un modèle international d'intégration de la science et du politique⁵⁵ (au sens de *policy*). Leur grande légitimité tient à la constitution, en interne, de procédures de construction des rapports assurant aux groupes d'expertise une entière maîtrise de l'effort de production des connaissances selon des procédures de jugement par les pairs. Leur activité est menée en réseau et reste protégée des jeux d'influence diplomatiques. Elle contribue, dans une certaine mesure, à une dépolitisation des débats. Certes, tous les rapports du GIEC et de l'IPBES font l'objet d'une adoption en Assemblée, selon des procédures définies par les États, conduisant parfois à réduire les conclusions à un consensus minimal conciliant exigences épistémiques et intérêts de politique étrangère⁵⁶. Leurs résultats soulèvent régulièrement des critiques⁵⁷. Certains pays sont également réputés pour rejeter des conclusions – pourtant robustes – des groupes de travail du GIEC et de l'IPBES (Arabie Saoudite, États-Unis sous Donald Trump, Brésil sous Jair Bolsonaro)⁵⁸. Il reste que les rapports de ces institutions sont généralement

⁵³ Intergovernmental Panel on Climate Change (IPCC) en anglais.

⁵⁴ En anglais: Intergovernmental Science-Policy Platform on Biodiversity and Ecosystem Services.

⁵⁵ Borie (Maud), Mahony (Martin), Hulme (Mike), "Somewhere between everywhere and nowhere: the institutional epistemologies of IPBES and the IPCC", *Resource Politics* 2015, Institute of Development Studies, 7-9 September 2015 [en ligne].

⁵⁶ Pryck (Kari de), « Le GIEC dans tous ses états », *La vie des idées*, 28 janvier 2020.

⁵⁷ Les décodeurs, « Les principales critiques faites aux experts climatiques du GIEC », *Le Monde*, 2 août 2019.

⁵⁸ Stam (Claire), « L'Arabie saoudite continue de rejeter le rapport du GIEC », *Euractiv.fr*, 28 juin 2019 [en ligne].

approuvés à l'unanimité ; ils servent de base aux négociations des conférences des parties (COP) sur le changement climatique, de la Convention sur la diversité biologique (CDB) et des discussions menées dans les instances multilatérales pour la mise en œuvre des Objectifs du développement durable (ODD). Leurs conclusions sont très utilisées dans le plaidoyer des organisations de la société civile et lors des protestations organisées par des mouvements sociaux transnationaux.

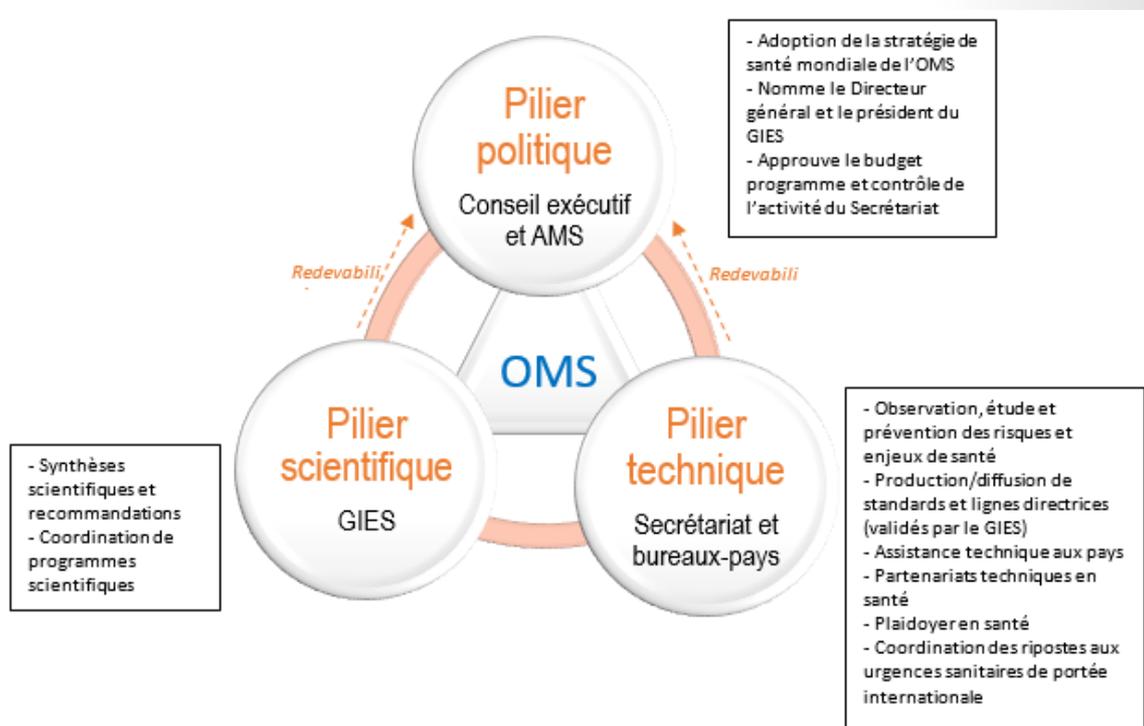
La prise en charge de la santé comme bien public mondial aurait tout à gagner de s'inspirer de la gouvernance des régimes du climat et de la biodiversité, en instituant des mécanismes qui renforcent l'influence de la parole scientifique sur la prise de décision politique dans l'espace multilatéral. Cela supposerait, pour la recherche, de faire évoluer l'OMS d'une organisation intergouvernementale classique vers un modèle de gouvernance plus ouvert, accordant à la communauté scientifique une présence accrue dans la construction de ses orientations stratégiques. Il conviendrait notamment, sur le plan institutionnel, de renforcer les comités d'experts de l'OMS en les réorganisant au sein de trois ou quatre principaux « groupes de travail » permanents et indépendants, répartis selon les branches de savoirs dominant la réflexion sur la santé mondiale⁵⁹. Ces groupes seraient pilotés par des scientifiques, avec le soutien technique du Secrétariat, selon un mode paritaire assurant, au sein de chaque groupe, un équilibre entre pays riches et pays à revenu faible ou intermédiaire. Ces groupes seraient supervisés et coordonnés par un bureau, organe exécutif à vocation scientifique où siègeraient les (co)présidents des groupes de travail, avec à sa tête un président – un scientifique de renommée internationale – choisi pour une durée déterminée⁶⁰, en charge de représenter la communauté des experts indépendants de l'OMS. Le bureau porterait les conclusions des groupes de travail auprès de l'AMS, organe intergouvernemental et décisionnel de l'OMS, sans l'intermédiation du Directeur général de l'OMS. Les groupes de travail ne formeraient pas une nouvelle technostructure qui serait parallèle au Secrétariat de Genève ; ils travailleraient en réseau, formant une sorte d'écosystème scientifique international, sous les auspices de l'OMS. Leur Secrétariat scientifique pourrait d'ailleurs être assuré par une université ou un réseau d'universités (comme c'est le cas pour le GIEC). Le Secrétariat de l'OMS et les bureaux-pays auraient en charge, quant à eux, de mettre en œuvre les autres activités de l'organisation, sous la direction du Directeur général : le plaidoyer international, la diffusion des standards, l'aide technique aux pays, ainsi que la responsabilité de la coordination des ripostes aux urgences sanitaires.

La création d'un GIEC de la santé, possiblement appelé le « GIES » (Groupe intergouvernemental d'experts en santé mondiale), contribuerait à assoir l'OMS sur une structure tripolaire : un pilier politique (l'AMS et le conseil exécutif), un pilier technique (le Directeur général, le Secrétariat et les bureaux-pays), un pilier scientifique (le GIES). Ainsi, la voix de la communauté scientifique mondiale serait structurée de telle façon qu'elle apparaîtrait plus unifiée et plus influente sur les

⁵⁹ Par exemple : médicaments essentiels, innovations technologiques et produits de santé ; maladies et santé mondiale ; services et systèmes de santé ; santé, nutrition et environnement.

⁶⁰ Au GIEC, le Bureau est composé du président et des vice-présidents du GIEC (tous des scientifiques), ainsi que les coprésidents des groupes de travail et de la task force (organe en charge de réfléchir aux méthodes de calculs des émissions de gaz à effet de serre).

grandes stratégies de santé publique portés par les gouvernements. Comme ce fut le cas pour le GIEC concernant le climat, l'une des vertus du GIES serait, par son modèle de fonctionnement fortement décentralisé, d'être beaucoup mieux inséré dans les réseaux nationaux de la recherche en santé, les organisations de la société civile, les médias et les villes/collectivités locales autour des grands enjeux de santé mondiale. Le GIES aurait toutes les chances de contribuer au développement d'une conscience sanitaire dans les opinions publiques nationales, ce qui exercerait une pression par le bas sur les États les moins mobilisés et les gouvernements les plus rétifs aux principes du multilatéralisme.



Proposition 5. Donner une place significative aux acteurs non gouvernementaux dans la gouvernance de l'OMS

Le régime international de la santé a connu des changements structurels d'ampleur considérable depuis les années 90. Devenue un marché mondial générant des profits colossaux, la santé est investie massivement par le secteur privé, présent dans la recherche, la production et la commercialisation des produits et des technologies de santé, la mise en œuvre des politiques de santé, le conseil et l'évaluation⁶¹. La philanthropie internationale est devenue, quant à elle, en vingt ans, un bailleur

⁶¹ Le marché mondial des soins de santé a atteint une valeur atteignant 8 452 milliards de dollars en 2018, avec un taux de croissance annuel composé de 7,3 % depuis 2014. Il pourrait atteindre près de 11 900 milliards de dollars d'ici 2022 (rapport *Healthcare Global Market Opportunities And Strategies To 2022*, The Business Research Company, June 2019). Sur ce marché, les plus grands profits sont réalisés par les industries pharmaceutiques.

incontournable des dispositifs multilatéraux en santé. La place des mécanismes privés dans la gouvernance et le financement de la santé mondiale – en particulier sous la forme de PPP – contribuent à l'apparition de ce qu'il est convenu d'appeler un « multilatéralisme de marché »⁶². De leur côté, les grandes ONG médicales se sont imposées comme des prestataires de services de soins essentiels et des acteurs-clés des campagnes de vaccination sur les terrains les plus difficiles (contextes de pauvreté, de violence, d'urgence sanitaire...). Dans le même temps, depuis les années sida, les coalitions du plaidoyer et des mouvements représentant ladite « société civile » ont investi les arènes de négociation internationale où sont définis les objectifs, les règles et les financements en santé.

Dans ce contexte, le système multilatéral connaît d'importantes transformations institutionnelles. Il s'ouvre de multiples manières aux acteurs non étatiques. Dans le régime de la santé, l'OMS doit s'insérer dans un système de relations complexes et étendues où prolifèrent des « acteurs mondiaux de la santé » aux statuts et aux rôles très divers. Elle doit se réinventer pour conserver son autorité dans la définition des normes sanitaires, la promotion d'une stratégie de santé mondiale, l'aide spécialisée aux gouvernements, ou encore la coordination de la recherche. Son modèle intergouvernemental onusien, établi au milieu du XX^e siècle, apparaît de plus en plus décalé par rapport à la réalité d'un champ international où les rapports de force ne se construisent plus seulement avec les États et où les sources de la légitimité se sont diversifiées.

Les mécanismes multilatéraux en santé les plus récents ont intégré ces évolutions. Ils contribuent à l'intégration des relations entre les structures publiques et la diversité des acteurs qui participent aux politiques de santé. L'alliance GAVI, le partenariat Roll Back Malaria, ou le Fonds mondial pour le sida, la tuberculose et le paludisme, par exemple, ont été établis selon un modèle de gouvernance qui, dans l'organe exécutif, assure la représentation des organisations non gouvernementales, des réseaux représentant les populations les plus vulnérables ou les plus affectées par les maladies, des fondations privées, des entreprises présentes sur le marché de la santé, des institutions de recherche et, enfin, d'autres organisations multilatérales. Dans le système des Nations unies, le Programme conjoint ONUSIDA est la première entité à avoir institué une représentation officielle d'organisations de la société civile au sein de son organe Directeur, prenant acte du rôle essentiel joué par les organisations communautaires dans la lutte contre le VIH/sida⁶³.

Comme les autres organisations onusiennes, l'OMS a mis en place des mécanismes de participation des acteurs non étatiques dès la fin des années 90. Sous Gro Harlem Brundtland, l'institution a multiplié les canaux de communication et les partenariats avec le secteur privé et les ONG. Sous Margaret Chan, les relations avec l'industrie se sont tendues, justifiant de définir un système de règles plus strictes encadrant les relations de l'OMS avec ses partenaires, le Framework of Engagement with Non-State Actors (FENSA, 2016). Ce dernier est néanmoins limité dans ses intentions : destiné

⁶² Bull (Benedicte), McNeill (Desmond), *Development Issues in Global Governance: Public-Private Partnerships and Market Multilateralism*, Oxford, Routledge, 2006, p. 69-78.

⁶³ Nay (Olivier), "What drives Reforms in International Organizations? External Pressure and Bureaucratic Entrepreneurs in the UN Response to AIDS", *Governance*, 24 (4), 2011, p. 689-712.

essentiellement à introduire plus de transparence dans les relations entre l'organisation et les entreprises du secteur privé⁶⁴, il ne prévoit pas de mécanismes permettant d'associer activement les acteurs non étatiques, dans leur diversité, à la gouvernance de l'institution. Pour gérer ses relations extérieures, l'OMS dispose d'un mécanisme établissant des « relations officielles » avec plus de 200 organismes divers (fondations, ONG spécialisées, acteurs de plaidoyer, associations et fédérations professionnelles, alliances privées représentant des secteurs industriels, institutions de recherche, etc.). Ce statut permet aux acteurs accrédités de faire des déclarations publiques lors des réunions des organes Directeurs de l'OMS et d'organiser des événements parallèles (side-events) lors des AMS, mais ses règles empêchent toute participation effective des organisations de la société civile basées dans les pays du Sud global⁶⁵.

Une réforme substantielle assurant une participation plus active des acteurs non étatiques à la gouvernance de l'OMS aurait pour avantage de renforcer l'autorité de l'agence en élargissant les bases de sa légitimité. Elle inciterait également les acteurs non étatiques à réinvestir l'organisation de Genève, alors que les récentes années ont montré qu'ils pouvaient très bien orienter leurs ressources vers les nouveaux mécanismes qui tiennent mieux compte de leur influence réelle en les intégrant dans leurs organes exécutifs⁶⁶. L'une des voies défendues il y a quelques années fut la constitution d'un « Comité C » au sein de l'AMS⁶⁷. Le travail de l'Assemblée repose en effet sur deux comités, le Comité A sur les enjeux techniques et sanitaires, le Comité B sur les questions administratives et financières. Ces comités préparent et approuvent les textes qui, ensuite, sont soumis à l'Assemblée lors de ses séances plénières. La création d'un troisième comité ouvert aux acteurs non étatiques aurait le grand avantage de créer un espace de travail ouvert aux parties prenantes et aux partenaires de l'OMS, dont les intérêts sont souvent opposés. Cet espace permettrait de rechercher des solutions communes aux questions de santé, en limitant les pratiques de lobbying, les jeux de couloir ou les campagnes de plaidoyer en direction des représentants de l'AMS. Elle permettrait l'expression transparente et délibérative de la société civile, des partenaires de l'industrie et des organisations non gouvernementales.

L'introduction du secteur privé dans la gouvernance d'une organisation intergouvernementale consacre l'idée que l'OMS doit pouvoir travailler en étroite coordination avec tous les acteurs de la santé mondiale. Elle s'appuie sur le constat

⁶⁴ Richter (Judith), "Time to turn the tide: WHO's engagement with non-state actors and the politics of stakeholder governance and conflicts of interest", *BMJ*, 348, 2014, g3351.

⁶⁵ Gostin (Lawrence O.), "World Health Organization Reform: Lessons learned from the Ebola Epidemic", *Hastings Center Report*, March-April 2015, p. 6-7.

⁶⁶ Sridhar (Devi), Gostin (Lawrence O.), "Reforming the World Health Organization", *Journal of American Medical Association*, 305 (15), 2011, p. 1585-1586.

⁶⁷ L'ancienne Directrice générale adjointe de l'OMS, Marie-Paule Kieny, évoque cette piste lors de son audition devant la Commission des affaires étrangères de l'Assemblée nationale (*Compte rendu de réunion n° 42*, 6 mai 2020). Pour une vision structurée, voir : Silberschmidt (Gaudenz), Matheson (Don), Kickbush (Ilona), "Creating a Committee C of the World Health Assembly," *The Lancet*, 371 (9623), 2008, p. 1483-1486; Kickbusch (Ilona), Hein (Wolfgang), Silberschmidt (Gaudenz), "Addressing Global Health Governance Challenges through a New Mechanism: The Proposal for a Committee C of the World Health Assembly", *Journal of Law, Medicine & Ethics*, 38 (3), 2010, p. 550-563.

que les entreprises jouent un rôle de premier plan dans les réseaux de la santé mondiale et, pour cette raison, ne peuvent rester à l'écart de l'agenda politique multilatéral dans ce domaine. Néanmoins, cette évolution suppose de multiplier les garde-fous. Elle doit s'accompagner du renforcement de l'étanchéité entre, d'une part, les services de l'OMS en charge de formuler des recommandations et standards de santé, et d'autre part, les groupes industriels et l'ensemble des acteurs qui les représentent directement ou indirectement (groupes d'intérêts, associations et « alliances » professionnelles, ONG favorables aux entreprises⁶⁸, cabinets de conseil, fondations privées, instituts de recherche privés financés par l'industrie...). L'OMS a récemment renforcé ses règles relatives aux conflits d'intérêts et aux « influences indues » des acteurs non étatiques (adoption en 2016 du FENSA, évoqué plus haut), tout particulièrement dans le domaine des politiques de nutrition. Elle est également de plus en plus vigilante dans la sélection de ses experts. Mais les mécanismes restent incomplets et ne sont pas toujours efficaces⁶⁹.

La réforme devrait explorer la possibilité d'adapter et généraliser certains mécanismes de protection des politiques de santé contre les intérêts commerciaux de l'industrie, en vigueur dans la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte anti-tabac⁷⁰. Elle pourrait également s'inspirer des « politiques de sauvegarde » de la Banque mondiale⁷¹. Une politique de transparence s'appliquant aux relations entre l'OMS et le secteur privé bénéficierait de l'introduction de mécanismes d'observation et de contrôle externes à l'organisation, par exemple instaurant un mécanisme de responsabilité (*accountability*) devant un organe d'inspection indépendant pouvant être saisi par toute ONG capable de démontrer que les positions de l'OMS sont influencées par les intérêts commerciaux des industriels. Le rôle tenu par le « Panel d'inspection » de la Banque mondiale montre qu'un tel système est possible⁷².

Proposition 6. Établir une gouvernance de la sécurité sanitaire reliant santé mondiale et environnement

Les pandémies récentes ont nourri des réflexions de plus en plus nombreuses sur l'origine écologique des crises sanitaires. Celle de 2020 est un catalyseur dans la prise de conscience planétaire des fragilités écologiques systémiques générées par nos modes de développement et les vulnérabilités humaines qui en résultent. Elle montre

⁶⁸ BINGOs (Business-friendly international NGOs) en anglais.

⁶⁹ Third World Network, "WHO: Restructuring fails to address conflict of interest in FENSA Implementation", 24 April 2019 [en ligne].

⁷⁰ World Health Organization, *Guidelines for implementation of Article 5.3 of the WHO Framework Convention on Tobacco Control on the protection of public health policies with respect to tobacco control from commercial and other vested interests of the tobacco industry* [en ligne].

⁷¹ Au sein du Groupe de la Banque mondiale, des sauvegardes ont été mises en place, par exemple, pour limiter les préjudices sociaux et environnementaux occasionnés par ses projets d'investissement.

⁷² Créé en 1993 sous la pression des ONG environnementales, le Panel d'inspection de la Banque mondiale est un organe de contrôle indépendant pouvant être saisi par toute communauté estimant subir un préjudice résultant des activités de financement de la Banque au niveau des pays. Ses pouvoirs ont été récemment renforcés. World bank, "World Bank Enhances Its Accountability", *Press Release*, 9 March 2020 [en ligne].

que l'impact des activités de l'homme sur la biosphère peut affecter, en retour, la santé humaine de multiples manières⁷³. Le développement des terrains agricoles, l'élevage intensif, la colonisation des milieux forestiers, le trafic et la consommation des animaux sauvages, l'exploitation des ressources naturelles, les pollutions et l'augmentation de la température terrestre provoquent de nouvelles menaces pour la santé humaine⁷⁴. Sur le seul volet des épidémies, la destruction des écosystèmes naturels accroît sensiblement les risques de contact entre les êtres humains et des réservoirs d'agents pathogènes présents dans la nature⁷⁵. Aujourd'hui, plus de 60 % des maladies infectieuses émergentes sont des « zoonoses ». Une grande majorité de ces dernières (70 %) proviennent de la vie sauvage⁷⁶. Les virus les plus virulents des dernières années ont une origine animale (SRAS, Ebola, grippe aviaire, Zika, Covid-19). Une commission d'experts réunis en 2015 par le journal *The Lancet* concluait que les effets du changement climatique anthropique pouvaient menacer les avancées des cinquante dernières années en matière de santé publique ; inversement, agir pour le climat pourrait être l'une des plus interventions les plus bénéfiques pour la santé mondiale au XXI^e siècle⁷⁷. De façon générale, la dégradation de l'environnement engendre désormais un risque systémique pour la santé mondiale.

Depuis 2010, l'OMS a participé à la reconnaissance des approches cherchant à agir simultanément sur la santé humaine, la santé animale et la santé environnementale. Elle soutient l'approche « One Health » (« Un monde, une santé »), initiative menée conjointement avec l'Organisation mondiale de la santé animale (OIE) et l'Organisation des Nations unies pour l'alimentation et l'agriculture (FAO). Le concept a connu un certain succès et permis le développement de programmes internationaux sur les maladies zoonotiques et sur l'antibiorésistance⁷⁸. Il est entré dans le vocabulaire de la recherche scientifique, dans des disciplines diverses allant de la microbiologie jusqu'à la santé publique. L'intérêt de faire travailler ensemble médecins, vétérinaires, biologistes, agronomes, écologues, sociologues, anthropologues, ingénieurs et urbanistes est devenu une évidence. Les interconnexions entre la protection de la biodiversité, la santé animale, les pratiques agricoles, la sécurité alimentaire, l'exploitation des ressources biologiques, les usages économiques et culturels de l'environnement et la santé humaine sont innombrables. Pour cette raison, les recherches transdisciplinaires devraient mobiliser une part

⁷³ Pauwels (Maxime), « Crise écologique et crise sanitaire, la grande accélération », *AOC*, 23 juin 2020.

⁷⁴ Whitmee (Sarah) et al., "Safeguarding human health in the Anthropocene epoch: report of The Rockefeller Foundation–*Lancet* Commission on planetary health", *The Lancet*, 386, p. 1973-2028.

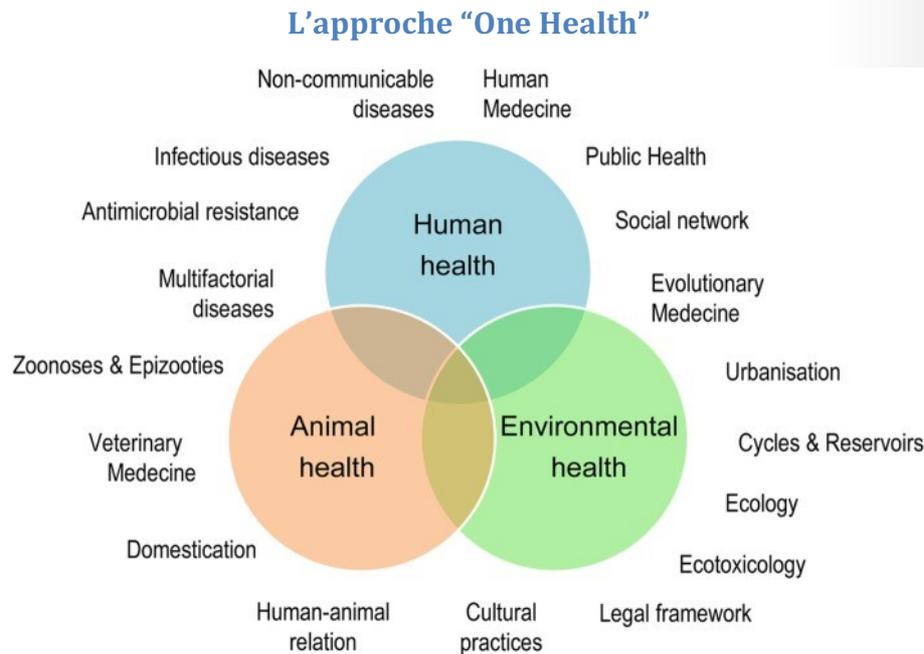
⁷⁵ Agence française du développement (tribune), « Pandémies : aux origines écologiques du Covid-19 », *iD4D*, 16 avril 2020 [en ligne] ; AllEnvi (Alliance nationale de recherche pour l'environnement) (tribune), « La pandémie de Covid-19 est étroitement liée à la question de l'environnement », *Le Monde*, 17 avril 2020 ; Dobigny (Gauthier), « Maladies émergentes d'origine animale : d'où viendra la prochaine menace ? », *The Conversation*, 14 mai 2020.

⁷⁶ Vorou (R.M.), Papavassiliou (V.G.), Tsiodras (S.), "Emerging zoonoses and vector-borne infections affecting humans in Europe", *Epidemiology & Infection*, 135(8), 2007, p. 1231-47 ; Jones (Kate E.) et al., "Global trends in emerging infectious diseases", *Nature*, 451, 2008, p. 990-993.

⁷⁷ Watts (Nick) et al., "Health and climate change: policy responses to protect public health", *The Lancet*, 386, 2015, p. 1861-1914. Voir aussi : Agence française de développement, "Comment le changement climatique va affecter notre santé", 6 novembre 2019 [en ligne].

⁷⁸ Kahn (Laura H.), *One Health and the Politics of Antimicrobial Resistance*, Baltimore, Johns Hopkins University Press, 2016.

croissante des financements de la recherche mondiale et inciter au développement d'activités opérationnelles transversales à l'échelle des pays.



Source : *Frontiers in Veterinary Science*, 2028

Or, à ce jour, la mise en œuvre de l'approche One Health reste largement insuffisante. La santé animale est un domaine sous-investi⁷⁹. L'évaluation de l'efficacité des programmes adoptant une approche intégrée demeure insatisfaisante et limitée⁸⁰. Il subsiste de multiples barrières académiques, politiques et économiques aux approches transdisciplinaires de la santé⁸¹. De surcroît, l'absence d'indicateurs financiers rend difficile l'estimation des ressources allouées aux réponses interconnectant les approches humaines, animales et environnementales : il est très significatif – et assez navrant – que les rapports les plus récents de l'OMS et de l'IHME évaluant le montant des dépenses mondiales de santé, ainsi que les statistiques 2019 de l'OCDE, n'évoquent à aucun moment l'approche One Health et ne proposent aucun indicateur évaluant les dépenses engagées dans des programmes ayant une dimension multisectorielle⁸². Enfin, les analyses estiment que le coût réel occasionné

⁷⁹ Agence française du développement, « Avec One Health, associer santé humaine, animale et environnementale contre les pandémies », 27 mai 2020 [en ligne].

⁸⁰ Baum (Sarah E.) et al., "Evaluating One Health: Are we demonstrating effectiveness?", *One Health*, 3, 2017, p. 5-10.

⁸¹ Destoumieux-Garzón (Delphine) et al., "The One Health Concept: 10 Years Old and a Long Road Ahead", *Frontiers in Veterinary Science*, 5 (14), 2018.

⁸² Xu (Ke) et al., *Global Spending on Health: A World in Transition*, Geneva, World Health Organization, 2019 (49 p.); Micah (Angela E.), Dieleman (Joseph L.) et al., *Financing Global Health 2018*, Seattle, Institute for Health Metrics and Evaluation, University of Washington, 2018 (217 p.); OECD Health Statistics 2019 [en ligne].

par les risques épidémiques (pour la plupart engendrés par des maladies zoonotiques) reste bien supérieur aux dépenses mondiales destinées à combattre ces mêmes épidémies. Les évaluations de ces coûts pour l'économie varient très sensiblement, de 6,7 milliards de dollars US en 2009 à environ 500 milliards en 2018, avec une exposition bien supérieure pour les pays à faible revenu⁸³.

Il est urgent que la gouvernance mondiale de la santé intègre, de façon beaucoup plus effective, la gestion des risques sanitaires liés aux interactions entre les sociétés humaines et la biocénose (i.e. l'ensemble des espèces animales, végétales, microorganismes et champignons vivant dans le biotope), en incluant également les effets engendrés par le changement climatique sur les écosystèmes. Une « approche intégrée », multisectorielle et transdisciplinaire, devrait être renforcée à tous les niveaux où sont produites des normes sanitaires et environnementales – du cadre législatif national jusqu'aux réglementations internationales, incluant à la fois les normes fixées par les gouvernements via les organisations multilatérales et les standards volontaires adoptés à l'initiative des acteurs du marché. Cette approche ne peut fonctionner que si elle repose, à chaque niveau de gouvernance, sur une démarche inclusive qui rassemble ONG, industriels, communautés scientifiques, agences sanitaires, administrations et professions juridiques. Elle doit bien évidemment s'inscrire dans une visée protégeant les droits des populations autochtones.

À l'échelle internationale, le mandat de l'OMS dans la prévention et la surveillance des pandémies confère à cette dernière une responsabilité particulière dans les efforts visant à intégrer les réponses sanitaires internationales à l'étude de la biodiversité et du climat. Or, à ce jour, la prévention des risques épidémiques ne prévoit aucun mécanisme de gouvernance intégrant la santé mondiale et la préservation de la biodiversité⁸⁴. L'initiative One Health portée par les Nations unies depuis 2011 associe certes l'OMS, l'OIE et la FAO, mais elle n'intègre pas les organisations internationales spécialisées dans la lutte contre la dégradation de la biodiversité. Le PNUE (Programme des Nations Unies pour l'environnement), la Convention sur la diversité biologique (CDB), la Convention sur le commerce international des espèces de faune et de flore sauvages menacées d'extinction (CITES), la Convention de Ramsar (sur la protection des zones humides) ou encore la Convention sur la conservation des espèces migratrices (CMS) ne sont pas parties prenantes des programmes multilatéraux de lutte contre les maladies zoonotiques. De surcroît, la gouvernance mondiale des risques sanitaires n'associe par les organisations internationales en charge de promouvoir le développement urbain (comme UN-Habitat), les institutions finançant les grands projets d'infrastructure du développement (comme la Banque mondiale ou la Banque asiatique

⁸³ Institute of Medicine, *Sustaining Global Surveillance and Response Systems for Emerging Zoonotic Diseases*, Washington DC, National Research Council, 2009; Fan (Victoria Y.), Jamison (Dean T.), Summers (Lawrence H.), "Pandemic risk: how large are the expected losses?", *Bulletin of the World Health Organization*, 96, 2018, p. 129-134. Selon ces derniers, alors que le réchauffement climatique occasionnerait au niveau mondial une perte annuelle de 0,2 à 2% du revenu national brut, les risques épidémiques généreraient une perte de 0,6%, avec un effet accentué au niveau des pays à revenus moyens inférieurs (perte de 1,3%).

⁸⁴ Chabason (Lucien), « Quelle gouvernance mondiale pour mieux lutter contre les pandémies zoonotiques ? », *Note Terra Nova-IDDRI-Sciences Po*, p. 7.

d'investissement pour les infrastructures), les principales institutions de production de normes volontaires (comme ISO, l'organisation internationale de normalisation), les institutions en charge des questions climatiques (comme la Convention-cadre sur les changements climatiques et le GIEC) et, enfin, des organisations non gouvernementales de protection de la nature (comme le WWF ou l'Union internationale pour la conservation de la nature-IUCN).

L'enjeu d'une perspective intégrée s'inspirant de l'approche One Health pourrait mobiliser largement autour du concept unificateur de la « sécurité sanitaire mondiale »⁸⁵. Le format institutionnel d'une gouvernance internationale reste difficile à déterminer, car une prise en charge institutionnelle de la sécurité sanitaire prendrait la forme d'un « complexe de régimes »⁸⁶ interconnectant les domaines de la santé, de la protection de l'environnement et de la biodiversité, du climat, de l'agriculture et de la sécurité alimentaire, du commerce, de l'habitat et du développement des villes. À ce jour, il existe un partenariat international, le Global Health Security Agenda (GHSA), mis en place en 2014 et soutenu, à l'heure actuelle, par 67 pays. Le partenariat tente de promouvoir les enjeux de la biosécurité, la résistance aux antimicrobiens et l'interface entre les humains, les animaux et l'environnement. Son existence atteste toutefois de la fragmentation des acteurs de la santé mondiale : fruit d'une initiative étatsunienne, elle donne un poids important au secteur privé dans sa gouvernance interne⁸⁷, réduisant les entités spécialisées de l'ONU (OMS, OIE, FAO) à une fonction auxiliaire de « conseiller permanent ». Le partenariat reste étroitement dans la dépendance politique des États-Unis⁸⁸. L'avenir dira si cette initiative est amenée à croître dans le sillage de la stratégie unilatéraliste de l'administration Trump, ou si l'OMS pourrait se voir reconnu un rôle d'agence « chef de file »⁸⁹ (*lead agency*) dans une gouvernance multi-acteurs dont le format reste à déterminer. Même si cette hypothèse n'est pas nécessairement la plus probable dans un contexte international où la confiance envers les institutions multilatérales onusiennes est sérieusement érodée, quelles pourraient être les conditions pour que l'organisation de Genève joue un rôle de fer de lance dans une réponse intégrée aux menaces sanitaires ?

⁸⁵ Celle-ci peut être entendue comme l'ensemble des conditions permettant aux sociétés humaines de prévenir, détecter et riposter collectivement aux risques sanitaires mondiaux. Elle inclut la capacité de répondre aux urgences sanitaires (telles que les maladies infectieuses), mais aussi d'anticiper et réduire de menaces s'inscrivant sur des durées plus longues (telles que la résistance aux antimicrobiens ou les effets des pollutions sur la santé humaine).

⁸⁶ En science politique, les « complexes de régimes » désignent les formes d'imbrication et d'interdépendance entre des régimes internationaux (commerce, santé, droits humains...) qui se sont constitués historiquement autour d'institutions et de règles distinctes, selon des temporalités propres.

⁸⁷ GE Foundation (General Electric) et l'entreprise Johnson & Johnson jouent un rôle clé dans l'entité privée représentée au Groupe de pilotage du GHSA. Barash (David), "The time is now: How we can work together to address the Global Health Security Agenda", *Huffington Post*, 7 June 2017 [en ligne].

⁸⁸ Le Congrès a accordé au GHSA une dotation d'un milliard de dollars pour la période 2018-19. Jenkins (Bonnie), "Now is the time to revisit the Global Health security Agenda", *Brookings "Order from Chaos"*, 27 March 2020 [en ligne].

⁸⁹ Le modèle des *lead agency* est répandu dans le système des Nations Unies. Il respecte autant que possible le mandat principal de chaque entité spécialisée. Sur des questions nouvelles, ou lorsqu'il y a des concurrences entre organisations internationales, la responsabilité de chef de file peut être conférée par l'Assemblée générale des Nations Unies.

Sur le plan de la légitimité, toute réforme ne pourrait être engagée qu'après un travail d'évaluation et de prospective conduit par une commission internationale de haut niveau, dans le format de la Commission Brundtland qui s'était réunie à la fin des années 80 pour intégrer les questions environnementales dans la pensée sur le développement. Une telle commission aurait en charge de formuler des propositions de sécurité sanitaire mondiale s'inscrivant dans les Objectifs du développement durable (ODD) à l'horizon de 2030. Sur le plan juridique, le RSI devrait être révisé – ou intégré dans un nouvel instrument juridique, comme une convention-cadre sur la sécurité sanitaire – afin de redéfinir le régime des responsabilités des États face aux maladies infectieuses, dans une approche qui intègre la santé animale et la santé environnementale. Sur le plan de la recherche, l'un des groupes de travail indépendants du « GIEC de la santé » pourrait porter sur la sécurité sanitaire mondiale et réaliser, en collaboration avec l'IPBES, la synthèse des connaissances tirées des approches transdisciplinaires portant sur les liens entre biodiversité et risques de santé publique. Enfin, sur le plan technique, la mise en œuvre d'une convention-cadre sur la sécurité sanitaire mobiliserait nécessairement l'ensemble des agences spécialisées onusiennes et non onusiennes (OMS, FAO, OIE, PNUE, Banque mondiale, CDB, CITES, etc.), chacune produisant une aide technique dans son domaine de compétences. Pour favoriser la convergence institutionnelle et le partage des informations, la mobilisation de la communauté multilatérale ne pourrait se passer d'un mécanisme de coordination interagence. Fréquemment, les Nations unies mettent en place des « *inter-agency task forces* », mais ces dispositifs ne sont que des espaces de partage des informations. Une solution beaucoup plus intégrée pourrait s'inspirer des dispositifs de pilotage déjà expérimentés dans les domaines de l'aide humanitaire ou de la lutte contre le sida⁹⁰.

La santé est un bien commun de l'humanité. Elle ne peut s'appuyer sur les seules réponses nationales. Les agents pathogènes voyagent dans une biosphère qui ne connaît ni frontières, ni langues, ni cultures humaines. Le retour à la souveraineté en matière de santé serait un désastre pour la réponse aux futures crises sanitaires. La santé humaine est par nature une « santé mondiale ». Elle ne peut être protégée ni promue sans une réponse internationale. Afin de développer une telle réponse, l'OMS ne doit pas être marginalisée. Elle doit être réinventée.

*

⁹⁰ Dans le domaine de l'aide humanitaire, le mécanisme des « clusters » adopté en 2005 place la coordination sous la responsabilité d'un Inter-Agency Standing Committee (IASC) réunissant dix agences spécialisées avec, dans chaque secteur d'intervention, une « agence chef de file ». De son côté, ONUSIDA (1996) réunit onze organisations multilatérales dans un programme conjoint de coordination des stratégies de lutte contre le sida. Il est doté d'un petit Secrétariat et d'un comité de pilotage (Committee of Cosponsoring Organizations) placés sous l'autorité d'un Conseil exécutif où siègent vingt-deux États membres. Les deux entités IASC et ONUSIDA accordent une place importante aux grandes ONG dans leur gouvernance.

Olivier Nay est professeur de science politique à l'Université Paris 1 - Panthéon Sorbonne. Il est chercheur au Centre européen de sociologie et science politique (CESSP). Il travaille sur les organisations internationales, les politiques de développement et les réformes de l'administration des Nations unies. Il a codirigé l'ouvrage *Le tournant social des organisations internationales*, à paraître en 2020 aux Presses universitaires de Rennes (avec D. Lagrange et M. Louis) et contribué à de nombreux journaux scientifiques, comme le *The Lancet*, *The Lancet Public Health*, *International Political Science Review*, *Journal of Public Policy, Governance, West European Politics*, *Journal of European Integration*, *Revue Française de Science Politique*, *Politix*, *Critique internationale*, *Gouvernement et Action publique*, *Revue internationale de politique comparée*.

Olivier Nay est membre du think tank [Santé mondiale 2030](#) depuis sa création en 2016.

Remerciements :

Je remercie tous les membres du groupe de réflexion Santé mondiale 2030 pour les nombreux échanges qui, au fil des soirées d'échange, ont nourri des idées présentées ici. Je suis particulièrement reconnaissant à Marie-Paule Kieny (INSERM), Michel Kazatchkine (Graduate Institute of Geneva) et Éric Fleutelot (Expertise France) pour le temps qu'ils m'ont consacré, ainsi que Thierry Pech et Marc-Olivier Padis pour leur accompagnement intellectuel. Merci à Héloïse Mahé, stagiaire à Santé mondiale 2030, pour sa relecture très efficace.

ANNEXE 1 : Présentation de Santé mondiale 2030

Santé mondiale 2030 est un groupe de réflexion indépendant qui réunit depuis 2016 des personnalités impliquées depuis longtemps sur les questions de santé mondiale. Il inscrit ses réflexions dans le cadre des Objectifs du développement durable.

NOTRE ENGAGEMENT

La France est l'un des plus gros pourvoyeurs de financements internationaux en santé mais son influence dans les instances internationales et les plateformes de partenariats en santé reste limité. Nous sommes convaincus que la France n'est audible et écoutée dans les arènes internationales de la santé mondiale que lorsque ses acteurs parviennent à porter un message fort et cohérent, structuré autour d'objectifs clairs et stables, porté par des valeurs qui sont attachées à l'histoire de la santé en France.

Notre objectif est de formuler des recommandations sur la politique de la France en matière de santé mondiale et de mobiliser tous les acteurs pour que les enjeux sanitaires s'imposent comme un axe stratégique de l'aide internationale française

NOS PRECEDENTES NOTES

- 1- [Livre blanc sur la santé mondiale](#)
- 2- [Manifeste : Notre vision de la santé mondiale](#)
- 3- [La santé est une priorité pour le Sahel](#)
- 4- [Redonner du souffle à la lutte contre la tuberculose](#)
- 5- [De l'importance du Commissariat européen à la Santé](#)
- 6- [Contribution à la préparation de la prochaine conférence de reconstitution du Fonds mondial](#)
- 7- [ONUSIDA : quels enjeux, quel futur ?](#)
- 8- [Structurer le champ académique de la santé mondiale](#)
- 9- [Soutenir l'OMS dans son rôle de coordination de la gestion mondiale de l'épidémie Covid-19](#)
- 10- [L'inclusion et la participation de toute la société à la réponse au Covid-19. Éléments de réflexion](#)
- 11- [Anticiper l'évaluation de la réponse internationale à la première vague de Covid-19 : enjeux, attentes et points d'attention](#)

NOS MEMBRES

Santé mondiale 2030 regroupe des personnalités impliquées depuis longtemps dans la santé mondiale, comme Françoise Barré-Sinoussi, Paul Benkimoun, Michel Cot, Sana de Courcelles, François Dabis, Annabel Desgrées du Lou, Jean-François Delfraissy, Éric Fleutelot, Frédéric Goyet, Mathieu Lamiaux, Michel Kazatchkine, Marie-Paule Kieny, Lélío Marmora, Benoît Miribel, Olivier Nay, Louis Pizarro, Anna-Laura Ross, Benoît Vallet. Stéphanie Tchiombiano en est la coordinatrice.

Notre vision de la Santé mondiale

La santé mondiale est un **droit fondamental** de la personne. Elle est aussi un **bien commun mondial**. L'accès universel à la santé et la construction de système de santé pérennes sont des enjeux centraux de **développement humain**, de **l'économie** et de la **lutte contre la pauvreté**, ainsi que de la **sécurité**. Ils contribuent dès lors de façon décisive au **développement inclusif des sociétés** et à la **paix**.

Les enjeux sanitaires sont complexes et appellent à des **visions stratégiques de long terme** pour relever les défis posés par la mondialisation, l'intensification des échanges humains, les transitions démographiques ou le changement climatiques.

