

GLOBAL HEALTH CENTRE | 2022

INTRODUCTION À LA DIPLOMATIE EN SANTÉ MONDIALE

Pour une meilleure santé, plus de solidarité globale et d'équité

Ilona Kickbusch, Haik Nikogosian,
Michel Kazatchkine, Mihály Kökény

GENEVA
GRADUATE
INSTITUTE

GLOBAL
HEALTH
CENTRE



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Le contenu original a été réalisé avec la collaboration de Ece Karaman
et publié le 18 février 2021.

Version française publiée le 30 mars 2022

Global Health Centre

Graduate Institute of International and Development Studies
Chemin Eugène-Rigot 2 | Case Postale 1672
1211 Geneva 21 | Switzerland

Tel +41 22 908 4558
Fax +41 22 908 4594
Email globalhealth@graduateinstitute.ch

graduateinstitute.ch/globalhealth



AVANT-PROPOS

L'édition originale de cet ouvrage, intitulée « A guide to global health diplomacy », a été publiée en février 2021.

Cette édition en français découle d'une traduction réalisée par Roukhaya Hassambay, complétée par une relecture de Stéphanie Tchiombiano et de Michel Kazatchkine.

Il est important de noter que durant la période d'une année qui s'est écoulée entre la publication des éditions anglaise et française, l'épidémie de Covid a connu des évolutions majeures, marquées par de nouvelles connaissances sur la maladie et ses modalités de prévention ou de prise en charge. Les auteurs de l'édition française ont délibérément choisi de ne pas réaliser une « mise à jour » des passages de l'édition anglaise consacrés à la pandémie de Covid-19. Les propos originaux gardent leur pertinence sur le plan conceptuel et une mise à jour effectuée à ce jour ne saurait prendre en compte les évolutions qui continuent de s'opérer au moment de la publication de cette édition.

REMERCIEMENTS

Avec des contributions* de : Michele Acuto, Université de Melbourne, Australie ; Paul Bekkers, Ministère des Affaires étrangères, Pays-Bas ; Gian Luca Burci, Centre de santé mondiale, IHEID, Genève, Suisse ; Emanuele Capobianco, Fédération internationale des sociétés de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge, Genève, Suisse ; Marcelo A.C. Costa, Nations unies ; Roopa Dhatt, Women in Global Health ; Erica Di Ruggiero, Université de Toronto ; Dalla Lana School of Public Health, Toronto, Canada ; Marja Esveld, ministère des Affaires étrangères, Pays-Bas ; Satoshi Ezoe, ministère des Affaires étrangères, Japon ; Lemlem Girmatsion, Centre de santé mondiale, IHEID, Genève, Suisse ; Githnji Gitahi, Amref health Africa, Nairobi, Kenya ; Renzo Guinto, Harvard T. H. Chan School of Public Health, Genève, Suisse. H. Chan School of Public Health, Boston, MA, US ; Madeleine Heyward, Mission permanente de l'Australie auprès des Nations Unies, Genève, Suisse ; Roger Kampf, Organisation mondiale du commerce, Genève, Suisse ; John Kirton, Université de Toronto, Munk School of Global Affairs and Public Policy, Toronto, Canada ; Kerstin Kolbe, Gavi, l'Alliance du vaccin, Genève, Suisse ; Eero Lahtinen, Ministère des affaires étrangères de la Finlande ; Lindiwe Makubalo, Mission permanente de l'Afrique du Sud auprès des Nations Unies et d'autres organisations internationales, Genève, Suisse ; Colin McIff, Bureau des affaires mondiales au Département américain de la santé et des services sociaux ; Lolem B. Ngong, Amref health Africa, Nairobi, Kenya ; Miguel Perez La Plante, Mission permanente de la Suisse auprès de l'ONU, Genève, Suisse ; Nathita Premabhuti, Ministère des Affaires étrangères de Thaïlande ; Catherine Saez, Health Policy Watch, Suisse ; Flavia Schlegel, Science Governance Partnership, Paris, France ; Gaudenz Silberschmidt, Organisation mondiale de la santé, Genève, Suisse ; Zsofia Szilagyi, Organisation mondiale de la santé, Genève, Suisse ; Tamar Tchelidze, Mission permanente de la Géorgie auprès de l'ONU ; Menno Van Hilten, Organisation mondiale de la santé, Genève, Suisse ; et l'éditeur Luis Sundkvist.

* Ces contributeurs ne sont pas responsables de la version finale de cette publication, ni des idées présentées dans cet ouvrage.

PRÉFACE

L'année 2020 marque deux anniversaires importants : les 100 ans du multilatéralisme à Genève et les 75 ans des Nations unies. En 1948, Genève est devenue le siège de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) et le lieu clé de la diplomatie en matière de santé mondiale.

Depuis lors, les enjeux de santé mondiale ne cessent d'occuper une place de plus en plus centrale sur la scène internationale et sont débattus dans de nombreux autres lieux diplomatiques, en particulier à New York, aux Nations unies. La santé est au cœur de l'agenda 2030 des Nations unies pour le développement durable. La place croissante des déterminants sociaux, environnementaux, commerciaux et politiques de la santé a rendu les négociations internationales sur la santé de plus en plus politiques, diverses et multi-sectorielles.

Face à la pandémie de Covid-19, il n'y a pas d'alternative à la nécessité d'une solidarité mondiale. L'OMS joue un rôle central en ce sens en aidant les pays à réagir de manière coordonnée et en réunissant de nombreux acteurs d'origines diverses pour relever ensemble le défi de la pandémie et son impact à l'échelle mondiale. Il devient primordial de négocier pour dépasser les intérêts nationaux à courte vue en faveur de biens communs.

Les négociations sanitaires globales d'aujourd'hui, au sein de l'OMS et au-delà, exigent une expérience et une pratique politique et diplomatique, qui doivent être associées à des connaissances et des données probantes en matière de santé publique pour être couronnées de succès. La diplomatie de la santé mondiale est pratiquée par ceux qui travaillent dans les organisations internationales de santé, par les diplomates et responsables santé des États membres dans les missions ou les capitales, et par les représentants de la société civile. Elle est un élément déterminant de l'« écosystème » de la santé à Genève. Elle soutient l'OMS dans son mandat constitutionnel qui consiste à « agir en tant qu'autorité directrice et coordinatrice de l'action sanitaire international ».

Cette « introduction à la diplomatie en santé mondiale » fournira une aide précieuse et pragmatique aux diplomates de la santé afin qu'ils soient professionnels et efficaces dans les délibérations à venir. Je remercie les auteurs, le Centre de santé mondiale de l'Institut de hautes études internationales et du développement (Graduate Institute) pour leur travail de pionnier et la Confédération Suisse pour son généreux soutien.

Tedros Adhanom Ghebreyesus

Directeur général de l'OMS

Décembre 2020

TABLE DES MATIÈRES

| | |
|--|-----------|
| INTRODUCTION | 17 |
| AVIS AUX LECTEURS | 21 |
| PARTIE A : LES BASES | 23 |
| CHAPITRE 1 LA DIPLOMATIE EN SANTÉ MONDIALE DANS UN SYSTÈME MULTILATÉRAL EN MUTATION | 25 |
| 1.2 La politisation croissante de la santé mondiale | 28 |
| 1.3 Vers une diplomatie multi-acteurs | 30 |
| 1.4 Espaces de gouvernance pour la diplomatie en santé mondiale | 33 |
| 1.5 L'évolution du rôle des diplomates | 43 |
| CHAPITRE 2 LA DIPLOMATIE DE LA SANTÉ MONDIALE : SYSTÈME ET MÉTHODES | 47 |
| 2.1 Définir la diplomatie en santé mondiale | 47 |
| 2.2 Fondements de la conception moderne de la diplomatie | 51 |
| 2.3 Le système de la diplomatie en santé mondiale | 55 |
| 2.4 Les relations au sein du système de diplomatie en santé mondiale | 58 |
| 2.5 La diplomatie numérique | 62 |
| CHAPITRE 3 LES DIMENSIONS DE LA DIPLOMATIE EN SANTÉ MONDIALE | 65 |
| 3.1 Négocier pour promouvoir la santé et le bien-être face à d'autres intérêts | 65 |
| 3.2 Établir de nouveaux mécanismes de gouvernance en faveur de la santé et du bien-être | 67 |
| 3.3 Créer des alliances à l'appui des résultats en matière de santé et de bien-être | 68 |
| 3.4 Établir et gérer les relations avec les donateurs et les parties prenantes | 72 |
| 3.5 Réagir aux crises de santé publique | 76 |
| 3.6 Améliorer les relations entre les pays par la santé et le bien-être | 78 |
| 3.7 Contribuer à la paix et à la sécurité | 81 |

| | |
|--|-----|
| CHAPITRE 4 MANDATS ET LÉGITIMITÉ DANS LA DIPLOMATIE DE LA SANTÉ MONDIALE | 87 |
| 4.1 Le multilatéralisme et la légitimité des organisations internationales | 87 |
| 4.2 L'importance de la légitimité | 92 |
| 4.3 Légitimité et souveraineté des États | 93 |
| CHAPITRE 5 PRINCIPAUX INSTRUMENTS EN SANTÉ MONDIALE | 97 |
| 5.1 Introduction aux instruments de santé mondiale | 97 |
| 5.2 Instruments adoptés par l'Organisation mondiale de la santé | 98 |
| 5.3 Le statut juridique des instruments de l'OMS | 99 |
| 5.4 Entrée en vigueur des instruments de l'OMS | 99 |
| 5.5 Propositions de nouvelles conventions de l'OMS | 100 |
| 5.6 Instruments adoptés en dehors de l'OMS | 101 |
| 5.7 Étapes après l'adoption des instruments | 107 |
| CHAPITRE 6 PRINCIPAUX LIEUX ET ACTEURS MONDIAUX | 109 |
| 6.1 L'Organisation mondiale de la santé et l'évolution du domaine de la santé mondiale | 109 |
| 6.2 Autres organisations et entités sanitaires internationales | 111 |
| 6.3 La diplomatie de la santé aux Nations unies | 117 |
| 6.4 Le rôle central des États dans la diplomatie de la santé mondiale | 123 |
| 6.5 Le rôle des acteurs non étatiques dans la diplomatie de la santé mondiale | 125 |
| 6.6 Maintenir un équilibre | 127 |
| CHAPITRE 7 LE RÔLE DES ORGANISATIONS RÉGIONALES | 131 |
| 7.1 L'interface entre les organismes régionaux, la diplomatie et la santé mondiale | 131 |
| 7.2 Une vue d'ensemble de l'intégration régionale | 132 |
| 7.3 Intégration régionale et santé | 133 |
| 7.4 Intégration régionale et diplomatie de la santé mondiale | 135 |
| CHAPITRE 8 COHÉRENCE DES POLITIQUES EN SOUTIEN DE LA SANTÉ MONDIALE | 143 |
| 8.1 Créer des synergies | 143 |
| 8.2 Utiliser plus efficacement les mécanismes existants pour la cohérence des politiques | 144 |
| 8.3 Les bases nationales de la cohérence des politiques mondiales | 145 |
| 8.4 L'importance d'une stratégie nationale en santé mondiale | 147 |

| | |
|---|------------|
| CHAPITRE 9 RÉALISATIONS EN MATIÈRE DE DIPLOMATIE EN SANTÉ MONDIALE | 157 |
| 9.1 Définir le succès de la diplomatie de la santé mondiale | 157 |
| 9.2 Evaluation des succès | 159 |
| CHAPITRE 10 ANALYSE DES INTÉRÊTS NATIONAUX ET GÉOPOLITIQUES | 163 |
| 10.1 Comprendre la complexité des questions de santé mondiale | 163 |
| 10.2 Building relationships in Geneva and other negotiating hubs | 164 |
| 10.3 Rassembler les informations disponibles | 164 |
| 10.4 Comprendre les positions | 165 |
| 10.5 Examen des blocs de négociation et des alliances | 166 |
| CHAPITRE 11 COORDINATION AVEC LES SECTEURS NON SANITAIRES | 169 |
| 11.1 L'interface entre la santé et les autres secteurs au niveau national | 169 |
| 11.2 Liens émergents avec d'autres secteurs | 172 |
| 11.3 Le rôle du secteur de la santé dans la coopération intersectorielle | 174 |
| CHAPITRE 12 MENER DES NÉGOCIATIONS EN SANTÉ MONDIALE | 177 |
| 12.1 Compétences pour la diplomatie en santé mondiale | 177 |
| 12.2 Comprendre les valeurs | 179 |
| 12.3 Tactiques de négociation et résolution des conflits | 180 |
| 12.4 Comprendre les règles et les procédures | 184 |
| 12.5 Comprendre les acteurs et les partenaires de la santé mondiale dans son pays | 184 |
| 12.6 Comprendre les positions des autres acteurs | 185 |
| 12.7 Présidence des négociations | 189 |
| CHAPITRE 13 EXEMPLES DE DIPLOMATIE SANITAIRE MONDIALE | 193 |
| 13.1 L'accès aux médicaments | 193 |
| 13.2 La diplomatie des vaccins | 194 |
| 13.3 La pollution de l'air | 197 |
| 13.4 Commerce, propriété intellectuelle et santé | 200 |
| 13.5 La résistance antimicrobienne | 201 |
| 13.6 Migration et santé | 203 |
| 13.7 Remarques finales | 204 |

| | |
|--|-----|
| ANNEXE 1 GLOSSAIRE | 209 |
| ANNEXE 2 RESSOURCES | 215 |
| ANNEXE 3 LISTE DES ENCADRÉS | 237 |
| ÉTUDE DE CAS 1 NÉGOCIATIONS POUR LA RÉOLUTION DE L'ASSEMBLÉE MONDIALE DE LA SANTÉ SUR LA TRANSPARENCE DES PRIX (2019) | 241 |
| ÉTUDE DE CAS 2 LA DÉCLARATION POLITIQUE DE LA RÉUNION DE HAUT NIVEAU SUR LA COUVERTURE SANITAIRE UNIVERSELLE (2019) | 265 |

Abréviations

| | |
|----------|--|
| ACT-A | Dispositif international pour accélérer l'accès aux outils de lutte contre la COVID-19 |
| ADPIC | Accord sur les aspects des droits de propriété intellectuelle qui touchent au commerce |
| AELE | Association Européenne de libre-échange |
| APD | Aide Publique au Développement |
| ASEAN | Association des nations de l'Asie du Sud-Est |
| BRICS | Brésil, Russie, Inde, Chine et Afrique du Sud |
| CAE | Communauté d'Afrique de l'Est |
| CARICOM | Communauté caribéenne |
| CCNUCC | Convention-cadre des Nations Unies sur les changements climatiques |
| CDA | Communauté de développement d'Afrique australe |
| CEAP | Coopération économique pour l'Asie-Pacifique |
| CEDEAO | Communauté économique des Etats de l'Afrique de l'Ouest |
| CEE-ONU | Commission économique des Nations Unies pour l'Europe |
| CEPI | Coalition pour les innovations en matière de préparation aux épidémies |
| CHU2030 | International Health Partnership for Universal Health Coverage 2030 |
| COMESA | Marché commun de l'Afrique orientale et australe |
| COVAX | Dispositif d'accès aux vaccins COVID (axe de travail de l'accélérateur ACT-A) |
| COVID-19 | Maladie à coronavirus (COVID19), liée au virus SARS-CoV-2 |
| EMA | Agence Européenne des médicaments |
| FBMG | Fondation Bill et Melinda Gates |
| FCTC | Convention-Cadre de l'OMS pour la lutte antitabac |
| FENSA | Cadre de collaboration de l'OMS avec les acteurs non étatiques |
| FIFAP | Fédération internationale des fabricants et associations pharmaceutiques |

Abréviations

| | |
|---------------|--|
| Fonds mondial | Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme |
| G7 | Groupe des sept |
| IHEID | Institut de hautes études internationales et du développement, Genève |
| G20 | Groupe des vingt |
| HCR | Haut-Commissariat des Nations Unies pour les réfugiés |
| IHEID | Institut de hautes études internationales et du développement, Genève |
| MERCOSUR | Marché commun de l'Amérique du Sud |
| MERS | Syndrome respiratoire du Moyen-Orient |
| MNT | Maladie non transmissible |
| OCDE | Organisation de Coopération et de Développement Economiques |
| ODD | Objectif de Développement durable |
| OIE | Organisation mondiale de la santé animale |
| OIM | Organisation Internationale sur les Migrations |
| OIT | Organisation Internationale du Travail |
| OMC | Organisation Mondiale du Commerce |
| OMD | Objectifs du millénaire pour le développement |
| OMPI | Organisation mondiale de la propriété intellectuelle |
| OMS | Organisation mondiale de la santé |
| ONG | Organisation non-gouvernementale |
| ONU | Organisation des Nations Unies |
| ONU-Femmes | Entité des Nations Unies pour l'égalité des sexes et l'autonomisation des femmes |
| FAO | Organisation des Nations Unies pour l'alimentation et l'agriculture |
| ONUSIDA | Programme commun des Nations Unies sur le VIH/Sida |

Abréviations

| | |
|------------|--|
| OPS | Organisation panaméricaine de la santé |
| PEPFAR | Plan d'Urgence Présidentiel de Lutte contre le SIDA (USA) |
| PIB | Produit Intérieur Brut |
| PNUD | Programme des Nations Unies pour le développement |
| PNUE | Programme des Nations Unies pour l'environnement |
| Projet V3P | Projet de l'OMS sur les produits, le prix et l'approvisionnement sur les marchés du vaccin |
| RAM | Résistance aux antimicrobiens |
| R&D | Recherche et développement |
| RSI | Règlement sanitaire international [OMS] |
| SAARC | Association de l'Asie du Sud pour la coopération régionale |
| SEEHN | Réseau de santé de l'Europe du sud-est |
| SICA | Système d'intégration centraméricain |
| SRAR | Syndrome respiratoire aigu sévère |
| UA | Union Africaine |
| UE | Union européenne |
| UEEA | Union économique eurasiennne |
| UNASUR | Union des nations sud-américaines |
| UNESCO | Organisation des Nations Unies pour l'éducation, la science et la culture |
| UNICEF | Fonds des Nations Unies pour l'enfance |
| UNODC | Office des Nations Unies contre les drogues et le crime |
| OOAS | Organisation Ouest-africaine de la santé |

INTRODUCTION

Cet ouvrage s'appuie sur la vaste expérience de ses quatre auteurs, tant dans la pratique que dans l'enseignement de la diplomatie en santé mondiale. Nous avons dispensé des cours à l'Institut universitaire de hautes études internationales et du développement (ci-après IHEID) à Genève et dans des institutions similaires dans de nombreux autres pays au cours de la dernière décennie. Au cours de cette période, le monde a connu de nombreux changements et bouleversements, qui se sont tous reflétés dans les valeurs, les approches et les mécanismes sous-jacents de la diplomatie de la santé mondiale. Au moment où nous écrivons ces lignes, la pandémie de COVID-19 a un impact significatif sur le système multilatéral et élargit l'éventail des acteurs et des lieux de la diplomatie de la santé mondiale.

En 2013, le Centre de santé mondiale de l'IHEID a publié la première introduction systématique au domaine de la diplomatie de la santé mondiale, soulignant les concepts clés, les questions, les acteurs, les instruments, les forums et des cas concrets¹. La présente publication va plus loin, en se concentrant sur les aspects pratiques de la diplomatie en santé mondiale et en tenant compte des nouvelles expériences et évolutions du domaine. Des études de cas sont disponibles dans la version en ligne de l'ouvrage, qui sera mise à jour avec des études supplémentaires.

Cet ouvrage met particulièrement l'accent sur l'Organisation Mondiale de la Santé et les négociations de l'«écosystème» de la santé mondiale à Genève. Compte tenu du grand nombre d'acteurs, de processus et d'institutions qui interagissent en permanence avec la sphère de la santé, cet ouvrage insiste sur le fait que les diplomates de la santé doivent considérer attentivement l'écosystème au sens large du terme dans lequel ils négocient – y compris au niveau national, en considérant les différents ministères et groupes comme des parties prenantes. Pour renforcer ce message, nous avons inclus un certain nombre d'encadrés décrivant d'autres organisations et leurs processus spécifiques de négociation. Nous espérons que cet ouvrage sera bientôt rejoint par d'autres publications offrant des perspectives complémentaires.

1 Kickbusch I, Lister G, Told M, Drager N, editors. Global health diplomacy: concepts, issues, actors, instruments, fora and cases. New York: Springer; 2013

La diplomatie est confrontée à d'immenses défis à un moment où elle est plus nécessaire que jamais. De nombreux analystes de la politique internationale s'accordent à dire que le multilatéralisme est entré dans une période de crise. Les nouvelles réalités politiques et économiques, notamment les changements d'équilibres géopolitiques, conduisent non seulement à une remise en question des institutions existantes mais aussi des principes de base sur lesquels ces institutions ont été construites à l'origine. Le système même de la diplomatie est menacé par ce « nouveau désordre », tandis que ses méthodes sont remises en question par la transformation numérique en cours. Ainsi, pendant la pandémie de COVID-19, des négociations complexes n'ont pas pu être menées en face-à-face, ce qui a entravé les contacts informels qui, par le passé, s'étaient avérés essentiels pour parvenir à des compromis.

En tant qu'auteurs, nous sommes convaincus que la diplomatie en santé mondiale n'a jamais été aussi importante qu'à l'heure actuelle. Cela est déjà apparu clairement lors de la négociation du rôle de la santé dans les Objectifs de Développement Durable, adoptés en 2015. Aujourd'hui, au cours de la deuxième grande pandémie à virus respiratoire (après la pandémie de grippe de 1918–1919), dans un climat de suspicion, de rivalité et de luttes intestines croissantes entre les nations, la nécessité de collaborer au niveau multilatéral pour garantir la santé de tous les pays est plus aiguë que jamais. Les défis auxquels fait face le multilatéralisme, mentionnés ci-dessus, rendent plus difficile la coopération mondiale.

Aucun pays n'est en sécurité tant qu'ils ne tous le sont pas. La solidarité mondiale – l'esprit dans lequel la Constitution de l'Organisation Mondiale de la Santé a été rédigée et adoptée après les ravages de la Seconde Guerre mondiale – doit être renforcée de manière répétée par des processus de relations et de négociation qui sont au cœur même de la diplomatie sanitaire mondiale. Les défis sanitaires transcendent non seulement les frontières, mais aussi les clivages Nord-Sud, Est-Ouest et public-privé, ce qui met en évidence les limites des approches segmentées. Une stratégie plus holistique, inclusive, globale et coordonnée est nécessaire pour relever ces défis véritablement mondiaux.

La diplomatie de la santé mondiale est une composante importante d'un système multilatéral qui cherche à contribuer au bon fonctionnement de l'ordre mondial. Elle exige de reconnaître que la science et la politique sont toutes deux essentielles pour éclairer les négociations. L'objectif de la diplomatie de la santé mondiale est de parvenir à des accords scientifiquement crédibles et politiquement réalisables.

La santé mondiale repose sur les trois piliers explorés dans cet ouvrage : la gouvernance, les instruments et la diplomatie. L'interconnexion croissante entre ces trois piliers est un moteur essentiel de la santé mondiale au XXI^e siècle.

La présente publication se veut un point d'entrée pour les lecteurs désireux de mieux comprendre les fondements de la diplomatie de la santé mondiale et les différentes approches en présence. Nous espérons qu'elle sera utile à ceux qui se préparent à travailler dans ce domaine pour la première fois, et qu'elle les motivera à entreprendre des études complémentaires et, surtout, à acquérir une plus grande expérience pratique. Ceux qui sont déjà engagés dans la diplomatie de la santé mondiale devraient trouver dans cet ouvrage des indications utiles pour leur travail. Nous espérons également qu'il sera utilisé comme ressource dans l'enseignement de la diplomatie de la santé mondiale dans les institutions nationales et internationales.

AVIS AUX LECTEURS

Notre ouvrage se concentre sur les concepts de base et les aspects pratiques de la conduite de la diplomatie en santé mondiale. Nous espérons qu'il aidera les personnes qui abordent le sujet pour la première fois à mieux comprendre le contexte et le système de la diplomatie de la santé mondiale, et à se familiariser avec les approches pratiques les plus pertinentes.

Le texte est structuré en trois parties : (a) les bases du domaine de la santé mondiale ; (b) les caractéristiques de la négociation de la santé dans un espace multilatéral ; et (c) les facteurs de succès de la diplomatie de la santé mondiale. Les informations clés sont fournies dans les différents chapitres de chaque partie. Les chapitres ne doivent pas nécessairement être lus consécutivement, même si la structure du texte suit une telle logique. Comme certains aspects (instruments, cohérence, rôle des organisations clés, etc.) sont pertinents pour plusieurs parties de l'ouvrage, nous avons délibérément laissé certains chevauchements dans le texte et ajouté des références croisées le cas échéant. Nous avons également inclus des encadrés sur des sujets particuliers rédigés par des contributeurs invités. Ceux qui souhaiteront approfondir le sujet trouveront une annexe énumérant diverses publications et autres ressources (les références du texte principal, présentées selon les normes de citations Harvard, renvoient à cette annexe).

Nous espérons que cet ouvrage et la manière dont il est structuré en feront une ressource utile pour les personnes engagées dans l'enseignement de la diplomatie de la santé mondiale. Nous nous sommes appuyés sur notre propre expérience de l'enseignement de cette matière depuis plus de dix ans, dans des contextes et des cadres très différents, et nous avons pu inclure de nombreux commentaires des différents contributeurs de cet ouvrage. Il devrait être possible de couvrir l'ensemble de la discipline dans le cadre d'un cours d'une semaine, tout en laissant suffisamment de temps aux étudiants pour examiner plus en profondeur des études de cas spécifiques, en particulier celles qui sont pertinentes pour le contexte dans lequel le cours a lieu. Une journée d'un cours sur la diplomatie en santé mondiale pourrait être utilement consacrée à la simulation d'une négociation sur la santé mondiale par les étudiants.

PARTIE A : LES BASES

CHAPITRE 1 | LA DIPLOMATIE EN SANTÉ MONDIALE DANS UN SYSTÈME MULTILATÉRAL EN MUTATION

1.1 La diplomatie dans un monde en mutation

La diplomatie est cultivée depuis des siècles, au cours desquels elle a connu de nombreux changements importants, dont certains concernent sa nature même. Au cours de la dernière décennie, la diplomatie est devenue une partie constitutive du système de gouvernance mondiale, qui implique de nombreux lieux et acteurs différents. Cette évolution a été renforcée par les changements fondamentaux découlant de la négociation des Objectifs de Développement Durable (ODD) et par la nécessité croissante d'une diplomatie de crise. Le changement le plus important a été l'abandon d'un état d'esprit centré sur l'aide au développement au profit de la reconnaissance d'objectifs mondiaux communs qui ne peuvent être atteints que si tous les pays travaillent ensemble – la pandémie de COVID-19 a clairement mis en lumière cette évolution.

Malgré ces changements, trois caractéristiques essentielles de la diplomatie restent intactes : la représentation, l'information et la négociation.

La diplomatie multilatérale telle que nous la connaissons a commencé avec les congrès convoqués en Europe au XVII^e siècle pour négocier la guerre et la paix entre États souverains. En 1919, elle a abouti à la création de la première organisation de sécurité collective : la Société des Nations. À la fin de la Seconde Guerre mondiale, la diplomatie multilatérale s'est institutionnalisée de manière plus solide avec la création de l'Organisation des Nations Unies (ONU). L'une des premières organisations du système des Nations Unies est l'**Organisation Mondiale de la Santé (OMS)**, qui a commencé ses activités en 1948 à Genève. Au fil du temps, de nombreuses autres enceintes multilatérales pour la santé ont été créées, mais l'OMS reste l'organisation qui fixe les normes en matière de santé. La Constitution de l'OMS définit la santé comme un droit humain, ce qui reste un principe directeur pour toutes les autres organisations de santé (voir **encadré 7**).

L'impact économique et sécuritaire transfrontalier important des évolutions dans des domaines tels que l'environnement naturel et la santé humaine a clairement montré que les enjeux de santé ne pouvaient plus être résolus au seul niveau national. À mesure que ces domaines, auparavant

traités dans le cadre du « soft power » des affaires étrangères et de la diplomatie, gagnaient en importance, de nouveaux types d'accords, d'organisations et d'instruments internationaux ont été créés – par exemple, l'Accord de Paris sur le changement climatique (2015), le Règlement sanitaire international révisé (2005), le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme (2002) et, plus récemment en 2020, la facilité COVAX, un mécanisme mondial de partage des risques pour l'achat groupé et la distribution équitable des vaccins COVID-19.

Le multilatéralisme a de nombreuses définitions – par essence, il signifie « la gouvernance par le plus grand nombre pour résoudre des problèmes communs ». Il repose sur un ensemble de principes communs guidant les relations entre les parties, y compris des règles de comportement convenues. Le multilatéralisme se traduit souvent par l'adhésion à des organisations internationales, mais ce n'est pas son seul champ d'action. Parmi les différents types de multilatéralisme, on peut citer le multilatéralisme universel, qui inclut tous les États, par exemple en tant que membres de l'ONU ; le multilatéralisme régional, qui réunit des États de régions géographiques spécifiques ; le multilatéralisme fondé sur des valeurs, comme l'illustrent des organisations telles que l'OTAN ou l'Union européenne et les suggestions de création de nouveaux organismes n'incluant que les démocraties ; et le « minilatéralisme », qui réunit de petits groupes d'États (ou « clubs » tels que le G20 ou les pays des BRICS) pour s'attaquer à des problèmes spécifiques. Le multilatéralisme s'oppose au bilatéralisme et à l'unilatéralisme, et les gouvernements doivent décider laquelle de ces stratégies ils vont adopter dans leur politique étrangère pour faire face à un défi particulier. Le bilatéralisme consiste à s'engager avec un seul autre pays, tandis que l'unilatéralisme implique d'agir seul, sans tenir compte des autres pays.



D'autres termes sont également utilisés. Dans les négociations commerciales, les accords pluri-latéraux – c'est-à-dire, par exemple, un traité entre un nombre limité d'États ayant un intérêt particulier pour l'objet du traité – sont devenus plus importants. Enfin, la « diplomatie polylatérale » fait référence à l'implication de nombreux acteurs non étatiques dans les processus diplomatiques – ce qui rend l'arène diplomatique contemporaine pluraliste, dynamique et complexe. On parle également de diplomatie multi-acteurs – terme utilisé dans cet ouvrage.

Cet ouvrage se concentre sur la diplomatie en matière de santé mondiale pratiquée au sein des organisations internationales et dans d'autres enceintes multilatérales qui visent à relever les défis de la santé mondiale. Cependant, le multilatéralisme désigne également ce que l'on appelle souvent l'ordre international libéral, consacré par la Charte des Nations Unies signée par 50 États en 1945. Les valeurs, normes et principes qui sous-tendent cet ordre ont été définis comme suit : ouverture économique, relations internationales fondées sur des règles, coopération en matière de sécurité, ouverture aux réformes et aux changements, et solidarité fondée sur le modèle de la démocratie libérale (Ikenberry, 2018).

Les Nations Unies regroupent aujourd'hui 193 pays. Un ensemble nouveau et croissant d'acteurs aux niveaux national, régional et mondial est apparu et fait désormais partie du processus décisionnel mondial. La dernière décennie en particulier a été marquée par d'importants changements géopolitiques, tandis que de nouvelles institutions multilatérales parallèles ont été créées. Autre évolution importante : les nouvelles technologies de l'information et de la communication sont désormais omniprésentes dans le monde et influencent considérablement les négociations.

Alors qu'un nombre croissant de défis mondiaux interdépendants doivent être résolus, le système multilatéral actuel est en pleine mutation. Certains critiquent ses prémisses idéologiques, ses déséquilibres de pouvoir et son manque d'inclusivité ; d'autres exigent une plus grande transparence et une plus grande redevabilité vis-à-vis du grand public ; d'autres encore dénoncent l'incapacité du système à mener des actions décisives en réponse à des crises majeures telles que la pauvreté, les migrations et le changement climatique. Mais le plus inquiétant est qu'une nouvelle vague de nationalisme remet en cause sa nature et sa nécessité mêmes. Les États-Unis d'Amérique, qui ont tant contribué à l'établissement du système multilatéral après la Seconde Guerre mondiale, se sont éloignés, sous l'administration Trump, d'un certain nombre d'organisations du système des Nations Unies, de processus multilatéraux et d'accords internationaux. Il est possible que cette situation soit inversée par la nouvelle administration Biden. Tous ces développements ont eu un impact sur le système de la diplomatie multilatérale, sur les relations entre les acteurs impliqués et sur le rôle des diplomates. La pandémie de COVID-19 a mis en évidence les défis croissants auxquels sont confrontées les institutions multilatérales et leur rôle central dans la recherche de solutions communes à des problèmes partagés.

1.2 La politisation croissante de la santé mondiale

En 2007, un groupe de ministres des affaires étrangères de sept pays a convenu « de faire de l'impact sur la santé un point de départ et une façon de voir les problèmes que chacun de nos pays utilisera pour examiner les éléments clés de la politique étrangère et des stratégies de développement, et d'engager un dialogue sur la manière de traiter les options politiques dans cette perspective ». ²

Plus de dix ans plus tard, l'interface entre la santé mondiale et la politique étrangère est devenue de plus en plus dynamique, avec des implications tant positives que négatives pour la santé. La santé mondiale fait désormais partie intégrante des programmes de politique étrangère de nombreux pays, notamment en ce qui concerne le développement économique et social, la sécurité, les affaires humanitaires, la justice sociale et les droits humains, ainsi que la gestion des crises mondiales. Le nombre de négociations, d'instruments, d'organisations et de lieux multilatéraux consacrés à la santé a considérablement augmenté. La santé fait désormais partie intégrante des négociations mondiales sur l'alimentation, le climat, l'énergie et l'eau, et fait l'objet de discussions lors des grands sommets mondiaux et régionaux. Cela est dû en grande partie à l'adoption des ODD en septembre 2015 et à l'inclusion de la santé dans les délibérations du Groupe des Sept (G7) et du Groupe des 20 (G20). Les diplomates de la santé doivent donc être capables de négocier dans des contextes et des institutions très divers, nécessitant des approches assez différentes. Ces évolutions ont mis en évidence le fait que la diplomatie en santé mondiale, comme toute diplomatie, est toujours politique. Les professionnels de la santé mondiale se méfient de ce qu'ils considèrent comme une politisation de la santé mondiale, mais il est illusoire de penser qu'on peut éviter ce processus. L'implication croissante des dirigeants et des acteurs politiques dans les questions de santé peut en effet fonctionner dans deux directions : elle peut être le facteur décisif pour rallier un soutien politique à la santé mondiale, ou bien elle peut nuire à la santé mondiale si des agendas géopolitiques ou idéologiques singuliers venaient à prévaloir. Les deux types d'effet ont pu être observés lors de la pandémie de COVID-19. L'érosion des normes communes peut également conduire à des négociations très difficiles, et le désaccord sur d'autres sujets de la politique nationale – comme par exemple, une position libérale par rapport à une position restrictive sur l'immigration ou sur les droits des femmes – a souvent un fort impact sur les négociations en matière de santé au niveau mondial et rend difficile l'obtention d'un consensus.

Parmi les exemples récents qui illustrent à la fois l'impact positif et négatif de la politisation de la santé, citons une série de réunions récentes du G20 et du G7 (voir **encadré 2**), les négociations sur

2 La déclaration ministérielle d'Oslo, intitulée « La santé mondiale : une question urgente de politique étrangère de notre temps » (*“Global health: a pressing foreign policy issue of our time”*) a été publiée le 20 mars 2007 par les ministres des affaires étrangères du Brésil, de la France, de l'Indonésie, de la Norvège, du Sénégal, de l'Afrique du Sud et de la Thaïlande.

les soins de santé primaires à l'OMS³, sur la couverture sanitaire universelle aux Nations Unies⁴ ou encore sur les droits de la santé des réfugiés au sein de l'Organisation internationale pour les migrations et, plus récemment, les négociations au Conseil de sécurité des Nations Unies qui ont abouti à l'adoption d'une nouvelle résolution sur la violence sexuelle dans les conflits⁵. Dans tous ces cas, les objectifs de santé ont été mis de côté en raison des positions politiques nationales.

Le contexte national et géopolitique spécifique d'un pays a toujours été important dans la diplomatie de la santé mondiale. Pendant la guerre froide entre l'ex-Union soviétique et les États-Unis (et leurs alliés), le conflit idéologique était indissociable des négociations menées à l'ONU et à l'OMS, notamment les négociations concernant le rôle de l'État ou du secteur privé dans la fourniture de soins de santé. Depuis les années 1990, des positions préjudiciables au progrès de la santé mondiale sont étroitement liées à la protection des intérêts économiques et des industries (par exemple, le tabac et les produits pharmaceutiques), notamment les brevets et les droits de propriété intellectuelle. Presque tous les États membres utilisent les négociations sur la santé pour promouvoir leur politique industrielle ou leurs intérêts économiques perçus, mais ils le font rarement ouvertement dans le contexte des organisations de santé, préférant invoquer des arguments sanitaires ou humanitaires.

Depuis le début de l'année 2020, les tensions géopolitiques entre la Chine et les États-Unis sont devenues un facteur déterminant de la diplomatie de la santé mondiale, avec des implications de grande ampleur. Ces tensions ont atteint leur paroxysme lors de la pandémie de COVID-19, lorsque les États-Unis ont déclaré leur intention de se retirer de l'OMS. Dans le même temps, la menace posée par la COVID-19 a globalement accéléré le multilatéralisme et la coopération en Europe – même si la fermeture des frontières, les politiques protectionnistes et les restrictions commerciales ont dominé les premières réactions à la pandémie.

Il est clair qu'en raison des changements de courants de pensée et du cadre géopolitique, les accords, déclarations, positions et approches adoptés par le passé dans le cadre de négociations multilatérales ne peuvent plus être considérés comme acquis. Les conflits constants en matière de droits humains en sont un exemple. Les représentants de la société civile et des communautés locales attendent que leurs positions et leurs préoccupations soient prises en compte dans les négociations officielles. Les réseaux sociaux ont également encouragé un débat plus large sur les af-

3 Plus précisément, les négociations qui ont abouti à l'adoption de la Déclaration d'Astana en octobre 2018 (OMS & UNICEF, 2018).

4 Plus précisément, il s'agit ici des négociations menées lors de la réunion de haut niveau sur la couverture sanitaire universelle qui s'est tenue à l'Assemblée générale des Nations unies du 23 septembre 2019 et qui a abouti à l'adoption d'une déclaration politique (ONU, 2019).

5 Résolution 2467 (2019), adoptée par le Conseil de sécurité le 23 avril 2019.

fares mondiales et une plus grande participation des citoyens à ce débat, mais dans certains cas, ils ont contribué à une érosion de la confiance dans le système international ou renforcé les théories conspirationnistes sur l'identité de ceux qui fixent les priorités mondiales. Cela peut créer des difficultés considérables pour le travail technique concret des organisations de santé et pour l'approche consensuelle de la diplomatie en santé mondiale au sein des organes directeurs de l'ONU et de l'OMS. Les réseaux sociaux doivent ainsi être pris en compte en tant que nouvel élément potentiellement critique dans la diplomatie et l'élaboration des politiques publiques internationales.

Les défis de la diplomatie en santé mondiale dans un monde divisé s'intensifient car, avec la crise COVID, il est très peu probable que les ODD liés à la santé puissent être atteints d'ici 2030. La principale tâche pour le futur proche sera de rattraper les pertes de développement causées par l'impact dévastateur de la COVID-19 et par certaines des mesures prises pour combattre la pandémie.

1.3 Vers une diplomatie multi-acteurs

Le processus de négociation des ODD a constitué une percée conceptuelle et politique, conduisant à une expansion significative de la diplomatie multilatérale axée sur les défis mondiaux dans le cadre de l'ONU. En adoptant le Programme de développement durable à l'horizon 2030 en septembre 2015, les États membres de l'ONU ont convenu d'un ensemble de 17 objectifs interdépendants s'appliquant à l'ensemble de la communauté mondiale. L'objectif 17, en particulier, souligne la nécessité d'établir des partenariats mondiaux solides pour atteindre les ODD.

La santé s'est avérée être une composante intégrale et un résultat de chaque ODD. Cela explique le rôle central que continue de jouer la diplomatie en santé mondiale dans pratiquement tous les cycles ultérieurs de négociations liées aux ODD, un exemple récent étant les négociations de la Conférence des Nations Unies sur les changements climatiques de décembre 2019 ou les réunions annuelles du Forum politique de haut niveau pour le développement durable, qui évalue les progrès réalisés dans le cadre des ODD. L'agenda de la santé mondiale est désormais abordé comme un défi commun à tous les pays, et non plus comme une simple question d'aide au développement.

La dynamique des négociations sur les ODD était très différente du processus décisionnel fermé mené à la fin des années 1990, qui a abouti à l'adoption des objectifs du Millénaire pour le développement (OMD) en 2000. Dès le début, les négociations sur les ODD ont transformé le rôle des diplomates à l'ONU. Un nouveau processus de négociation basé sur des groupes de travail ouverts a été mis en place; les sièges ont été attribués sur une base régionale et devaient être partagés entre plusieurs pays; un groupe de co-facilitateurs a été créé. Tout cela a fondamentalement changé la dynamique du pouvoir et a donné aux pays en voie de développement une voix beaucoup



plus forte : ils ont pu montrer la voie en façonnant les agendas pour l'avenir (Dodds, Donoghue & Roesch, 2016).

La société civile, les milieux universitaires, les réseaux politiques, les think tanks, le secteur privé et de nombreuses alliances nouvellement formées ont participé à un processus inclusif sans précédent, qui a été qualifié de « nouveau multilatéralisme », ou de **diplomatie multi-acteurs**. Cette évolution vers une diplomatie multi-acteurs au sein d'un système multilatéral qui était initialement presque exclusivement orienté vers les États, s'est accélérée dans la plupart des secteurs des politiques internationales, y compris la santé mondiale. Les changements qui ont accompagné cette évolution dans l'équilibre des pouvoirs et dans les rôles des diplomates et des autres acteurs ont été renforcés par la multiplicité des processus de sensibilisation rendus possibles par les nouvelles technologies.

La Charte des Nations Unies de 1945 reconnaissait déjà que le Conseil économique et social devait envisager de consulter les organisations non gouvernementales (ONG). Le nombre de ces acteurs et le degré de leur implication ont augmenté avec les années. L'implication des acteurs non étatiques va désormais bien au-delà de la consultation – telle qu'elle était envisagée à l'origine dans la Charte des Nations unies – et comprend désormais la définition des ordres du jour, la participation aux négociations et la collaboration à l'élaboration de normes.

Le processus de négociation inclusif et global des ODD est devenu le critère de référence de l'implication de multiples parties prenantes et continue d'être reproduit dans l'ensemble du système des Nations Unies. Cette large inclusion des parties prenantes est désormais attendue dans tous les

processus multilatéraux, y compris dans la diplomatie en santé mondiale. Les ODD ont, en outre, introduit une nouvelle interface forte entre les objectifs et processus multilatéraux, d'une part, et la mise en œuvre nationale, d'autre part. Ils ont souligné – en particulier à travers l'objectif 17 – que les **partenariats** doivent être le moteur de la mise en œuvre à tous les niveaux de gouvernance. L'engagement public et les partenariats innovants, facilités par une approche pangouvernementale et sociétale, soutenus par la diffusion des moyens de communication numériques, restent une composante essentielle de la diplomatie multi-acteurs telle qu'établie par les ODD.

Toutes les réunions de haut niveau des Nations Unies incluent désormais des forums multi-acteurs dans leur processus préparatoire afin de fournir des informations pour les négociations ultérieures entre les gouvernements. Les représentants de la société civile et des communautés bénéficient de nombreuses nouvelles occasions de participer et de se faire entendre. Malgré quelques tentatives d'amélioration, l'OMS reste à la traîne par rapport à la plupart des autres organisations du système des Nations Unies en ce qui concerne la participation de la société civile aux processus de décision. Pour contourner cet état de fait, certains États membres incluent désormais des représentants de la société civile et des représentants de la jeunesse dans leurs délégations à l'OMS. Dans certains cas, cependant, les relations entre l'État et la société civile se sont détériorées, ce qui a amené certains commentateurs à parler d'un « rétrécissement de l'espace » accordé aux organisations de la société civile. Les pressions exercées sur ces organisations comprennent des restrictions sur le financement international des obstacles à l'inscription, des interventions dans leurs affaires internes et d'autres formes de harcèlement.

L'approche multi-acteurs de la diplomatie soutenue par l'ONU a donné au secteur privé un accès sans précédent à l'ONU et à ses délibérations. Cette situation est considérée avec une certaine suspicion par certains membres de la société civile, qui s'inquiètent de la possibilité d'une influence indue des entreprises et des intérêts commerciaux. Pourtant, dans le domaine de la santé mondiale, le secteur privé fait également partie des nouveaux mécanismes de gouvernance d'organisations internationales telles que Gavi, l'Alliance du vaccin ou le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme (ci-après « le Fonds mondial ») (voir **encadrés 10** et **11**).

Une nouvelle évolution est l'expansion de l'activité mondiale des villes et de leurs gouvernants (voir **encadré 16**). Les maires représentent de plus en plus leurs villes sur la scène mondiale, et les organisations internationales leur tendent la main. Si, à l'origine, la diplomatie des villes visait à promouvoir les villes, elle inclut désormais la participation à l'élaboration et à la mise en œuvre d'accords internationaux, en particulier l'Accord de Paris sur la lutte contre le changement climatique. Les autorités municipales s'engagent désormais aussi avec l'OMS sur les questions de santé, par exemple, dans la lutte contre le tabagisme. Le rôle des villes en tant que plaques tournantes mondiales a encore été mis en évidence par la pandémie de COVID-19.

1.4 Espaces de gouvernance pour la diplomatie en santé mondiale

L'Organisation Mondiale de la Santé joue un rôle central dans la gouvernance de la santé mondiale : elle est la principale autorité en matière d'action sanitaire internationale. Cependant, au cours des dernières décennies, d'autres organisations et organismes ont commencé à s'engager de manière substantielle – directement ou indirectement – dans les questions de santé mondiale, ce qui entraîne une plus grande complexité, voire une concurrence. Le lieu des négociations peut influencer la composition des délégations nationales et, dans une certaine mesure, leur position. À l'OMS, les ministères de la santé sont au premier plan des délégations de la plupart des pays, à l'ONU ce sont les ministères des affaires étrangères, aux organisations de développement ce sont les ministères et agences de développement (lorsqu'ils existent) et à l'Organisation mondiale du commerce (OMC), ce sont les ministères du commerce. Dans le même temps, l'OMS a elle-même élargi sa participation à un large éventail de lieux de négociations sur la santé, a augmenté le nombre d'acteurs avec lesquels elle travaille et les questions qu'elle aborde. Ce domaine complexe peut être décomposé en trois « espaces de gouvernance » qui se chevauchent :

Le système de la santé mondiale : l'interface de gouvernance

Gouvernance pour la santé mondiale

Gouvernance au niveau national et régional des programmes dédiés à la santé mondiale

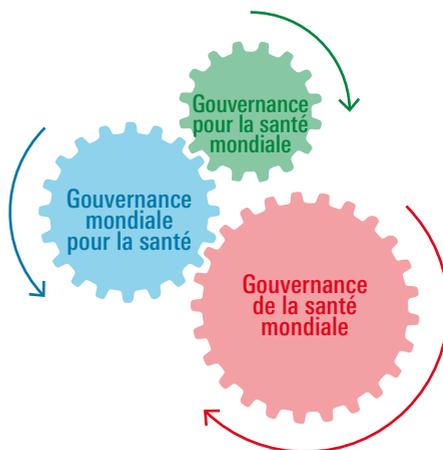
Gouvernance de la santé mondiale

Gouvernance des organisations internationales dédiées à la santé et de leur interface

Gouvernance mondiale pour la santé

Gouvernance de la santé dans le contexte des organisations mondiales non dédiées au secteur de la santé

Plateformes de réseaux et de négociations



La gouvernance de la santé mondiale fait principalement référence aux institutions et aux processus de gouvernance qui reposent sur un mandat explicite en matière de santé : l'OMS en premier lieu, ainsi que quelques autres organisations dont le mandat est plus restreint – bien que toujours explicite – en matière de santé, comme le Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida (ONUSIDA), le Fonds mondial et l'Alliance Gavi. Un aspect souvent négligé est le rôle clé joué par les secrétariats de ces organisations, dont les membres du personnel font partie d'un système de

fonction publique internationale bien établi. Un large éventail d'autres acteurs de la santé mondiale sont actifs, dont beaucoup travaillent depuis Genève, qui est généralement considérée comme la capitale mondiale de la santé. En outre, en réponse aux défis émergents, plusieurs nouvelles organisations fondées sur la recherche ont été créées, comme la Coalition pour les innovations en matière de préparation aux épidémies (CEPI), un partenariat mondial lancé en 2017 pour développer des vaccins visant à prévenir les futures épidémies. De nouvelles structures de gouvernance ont également été mises en place en réponse à la pandémie de COVID-19, comme le dispositif pour accélérer l'accès aux outils de lutte contre la COVID-19 (Accélérateur ACT-A), une initiative qui rassemble de nombreux acteurs de l'espace de gouvernance de la santé mondiale afin d'accélérer la lutte contre la pandémie en soutenant la mise au point et la distribution équitable de tests diagnostiques, de traitements et de vaccins.

Encadré 1 : Négocier à l'Organisation mondiale de la santé

Alors que les Objectifs de développement durable appellent à une plus large participation des acteurs non étatiques, la majorité des États membres soutiennent le rôle exclusif des États-nations dans la prise de décision de l'OMS, notamment en raison des pouvoirs normatifs et conventionnels de l'Organisation. Les négociations et la prise de décision au sein de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) continuent de se caractériser par des processus intergouvernementaux complétés par une diplomatie multi-acteurs.



Quelles sont les fonctions essentielles de l'OMS ?

Le principal forum de négociation des diplomates de la santé à l'OMS comprend deux organes directeurs – l'Assemblée mondiale de la Santé et le Conseil exécutif – et les nombreuses plateformes formelles et informelles qui contribuent à leurs travaux. L'OMS s'occupant de nombreux domaines différents, il est important de connaître les fonctions essentielles de l'Organisation. L'article 2 de la Constitution de l'OMS énumère 22 fonctions, qui peuvent être résumées comme suit :

- Jouer le rôle de chef de file dans les domaines essentiels pour la santé et créer des partenariats lorsqu'une action conjointe est nécessaire ;
- Proposer des conventions, accords et règlements, et faire des recommandations sur les questions internationales de santé ;
- Fixer des normes et des critères, encourager et suivre leur application ;
- Fixer les priorités de la recherche et inciter à acquérir, appliquer et diffuser des connaissances utiles ;
- Définir des politiques conformes à l'éthique et fondées sur des données probantes ;
- Fournir un appui technique, se faire l'agent du changement et renforcer durablement les capacités institutionnelles des États ;
- Surveiller la situation sanitaire mondiale et évaluer les tendances en matière de santé ;
- Répondre aux urgences sanitaires.

Prise de décision à l'OMS

La prise de décision est formellement régie par le principe d'une voix par État Membre.

Le Règlement intérieur de l'Assemblée mondiale de la santé et celui du Conseil exécutif prévoient la prise de décision à la majorité simple, sauf pour les décisions portant sur des questions importantes, telles que l'adoption de conventions ou d'accords, les amendements à la Constitution et la suspension des privilèges de vote des États Membres, pour lesquelles une majorité des deux tiers des États Membres présents et votants est requise. Cependant, pratiquement toutes les négociations sont menées dans le but de parvenir à un consensus, et presque toutes les décisions sont effectivement adoptées par consensus.

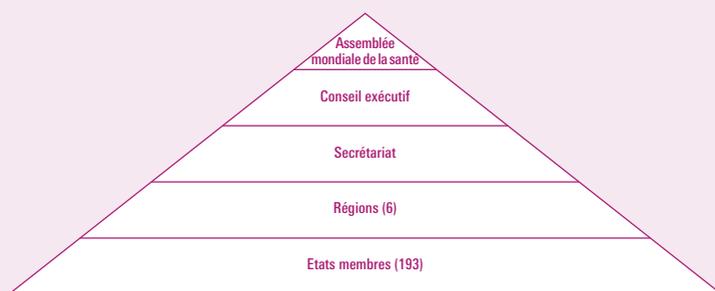
Dans la pratique de l'OMS, cela signifie une adoption de décisions sans vote formel. Le consensus n'implique pas l'unanimité, c'est-à-dire une situation dans laquelle tous les États Membres ont formellement accepté une décision, mais plutôt qu'aucun État Membre ne s'oppose activement à la décision.

L'adoption de nouvelles politiques nécessite souvent un processus long et difficile de recherche de consensus. Il peut être nécessaire de supprimer des formulations fortes du projet de texte ou

d'abandonner certaines options politiques afin de garantir l'adoption d'une résolution qui s'avère acceptable pour l'ensemble des 194 États membres. Des séances d'information et de consultation sont organisées pour soutenir le processus de recherche de consensus – elles sont souvent réservées aux États membres.

Les négociations prennent du temps. À cet égard, la fixation des priorités lors de l'établissement de l'ordre du jour des réunions des organes directeurs a été un défi majeur en raison du nombre croissant de points à traiter, de la réticence à retirer des questions de l'ordre du jour même si aucune nouvelle action n'est nécessaire, et du temps limité disponible pour la discussion. Ces dernières années, un nombre croissant de résolutions ont été négociées de manière informelle lors de réunions intersessions organisées principalement par les missions basées à Genève.

Structure organisationnelle



Où se trouvent les règles de négociation de l'OMS?

Les statuts les plus importants se trouvent dans le livre de l'OMS intitulé « **Documents fondamentaux** » (la dernière version a été publiée en 2020). Ce recueil, régulièrement mis à jour, contient tous les documents statutaires de l'Organisation, tels que la Constitution de l'OMS, les accords conclus avec d'autres organisations intergouvernementales, le Règlement financier, le Cadre de collaboration avec les acteurs non étatiques et, surtout, les règlements intérieurs de l'Assemblée mondiale de la Santé et du Conseil exécutif, dont les sessions ordinaires sont les principaux lieux de négociation à l'OMS. Les deux séries de règlements intérieurs établissent, entre autres, les règles suivantes :

- Comment l'ordre du jour est établi ;
- Le rôle des membres du bureau ;
- Les fonctions du Secrétariat de l'OMS ;
- La conduite des discussions en séance plénière et dans les comités ; et
- Les règles de vote.

Ces documents statutaires sont difficiles à modifier, en particulier la Constitution, car les États Membres, pour diverses raisons, sont réticents à renoncer au statu quo – en particulier à la nature intergouvernementale de la gouvernance de l’OMS. De nouveaux défis sont apparus dans le contexte de la pandémie de COVID-19, car un nombre croissant de réunions – notamment celles de l’Assemblée mondiale de la Santé et du Conseil exécutif – ont dû se dérouler en mode virtuel.

Que reflètent les règles de négociation de l’OMS?

Les règles de fonctionnement des organes directeurs de l’OMS définissent la marge de manœuvre dont dispose l’Organisation pour s’acquitter de son obligation constitutionnelle, à savoir « agir en tant qu’autorité directrice et coordinatrice dans le domaine de la santé, des travaux ayant un caractère international » (article 2(a)).

Exemples de questions non résolues

La vision des pères fondateurs était que l’OMS soit une organisation incarnant l’excellence en matière de santé publique. Ils souhaitaient donc que les membres du Conseil exécutif siègent à titre personnel, même s’ils sont désignés par un État Membre. La politisation croissante des débats au sein et autour de l’OMS a finalement abouti à une motion lors de la cinquante et unième session de l’Assemblée mondiale de la Santé en 1998, demandant que l’article 24 de la Constitution soit interprété (mais non amendé en tant que tel) comme signifiant que les membres du Conseil exécutif agissent en tant que représentants des gouvernements.

Le développement ci-dessus illustre la fluctuation entre les aspirations politiques (socio-médicales) et techniques qui a caractérisé l’histoire de l’Organisation. L’OMS est tiraillée entre les différentes demandes des États Membres, qui attendent d’elle qu’elle soit à la fois normative, technique et opérationnelle, mais aussi politiquement agile. Ces exigences souvent contradictoires sont particulièrement perceptibles lorsque l’Organisation cherche à s’attaquer aux causes profondes des problèmes de santé, comme les déterminants sociaux et commerciaux de la santé. Elle doit également veiller à ne pas se laisser entraîner dans des conflits entre États membres comme, par exemple, lors de la crise de la COVID-19.

Le Cadre de collaboration avec les acteurs non étatiques (CCANE / FENSA en anglais), adopté par l’Assemblée mondiale de la Santé lors de sa soixante-sixième session en mai 2016, est le premier cadre de ce type à avoir été négocié de manière intergouvernementale au sein du système des Nations unies (ONU). Le FENSA a codifié et ajusté le statut d’observateur des acteurs non étatiques dans les relations officielles, sans toutefois modifier fondamentalement les règles appliquées depuis la troisième Assemblée mondiale de la Santé, qui permettent aux organisations non gouvernementales de participer en tant qu’observatrices et de faire des déclarations lors des réunions des organes directeurs de l’OMS. Un manuel dédié fournissant des conseils sur l’appli-

cation de la FENSA est disponible (OMS, 2018a). Un certain nombre d'acteurs non étatiques ne sont pas satisfaits du Cadre et souhaitent qu'il soit réformé.

Le processus décisionnel actuel pose un certain nombre de problèmes. Ainsi, par exemple, des appels ont été lancés pour que les réunions des organes directeurs soient programmées à différentes périodes de l'année, principalement afin de séparer les réunions du Comité du programme, du budget et de l'administration du Conseil exécutif des réunions du Conseil proprement dit. Le Conseil exécutif aurait ainsi plus de temps pour réagir aux questions soulevées lors des réunions du Comité. Toutefois, cette proposition n'a pas encore été mise en pratique.

L'efficacité de la prise de décision à l'OMS dépend de la volonté politique des États Membres de trouver une solution commune. Les désaccords fondamentaux entre les États membres, en particulier entre les États puissants, peuvent bloquer la prise de décision politique à l'OMS, bien que l'Organisation soit souvent en mesure de préserver sa fonction normative (c'est-à-dire l'établissement de normes et de standards techniques).

Lors de la création de l'OMS, il a fallu trouver un moyen d'intégrer l'Organisation panaméricaine de la santé (OPS) existante dans la nouvelle entité. L'OMS a ainsi été dotée de la structure la plus fédéraliste de toutes les agences des Nations Unies, les directeurs régionaux étant choisis directement par les États membres de leurs régions respectives. Les six comités régionaux sont donc également des organes décisionnels importants. Pendant les périodes de l'histoire de l'Organisation où le siège de l'OMS était perçu comme faible, cela s'est avéré être un atout. Toutefois, des préoccupations ont été soulevées quant à l'inefficacité de la structure régionale de l'OMS, notamment en ce qui concerne les interventions d'urgence. À la suite de la flambée d'Ebola en 2014–2016, le leadership du directeur général a été réaffirmé dans certains domaines, tels que la préparation et la réponse aux flambées et aux situations d'urgence, mais dans de nombreuses autres situations, le processus décisionnel reste très compliqué.

La gouvernance mondiale pour la santé désigne les institutions et les processus de gouvernance mondiale qui n'ont pas nécessairement un mandat exclusif ou explicite en matière de santé, mais qui influencent néanmoins la santé par le biais des travaux réalisés dans le cadre de leurs mandats. Il s'agit notamment – mais pas exclusivement – des institutions de Bretton Woods, de l'OMC (voir **encadré 9**), de l'Organisation des Nations Unies pour l'alimentation et l'agriculture (FAO), du Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF), du Programme des Nations Unies pour le développement (PNUD), du Programme des Nations Unies pour l'environnement (PNUE), de l'Entité des Nations Unies pour l'égalité des genres et l'autonomisation des femmes (ONU-Femmes) et de l'Office

des Nations Unies contre la drogue et le crime (ONUDC). En 2018, nombre de ces organisations se sont réunies pour mettre en œuvre le Plan d'action mondial pour une vie saine et un bien-être pour tous, qui vise à remédier à la fragmentation de la santé mondiale. Ces dernières années, plusieurs sujets importants en matière de santé ont été promus sur la scène onusienne en étant abordés lors de réunions de haut niveau de l'Assemblée générale et au Conseil de sécurité. En outre, la place centrale qu'occupe la santé dans l'agenda 2030 signifie que les questions de santé figurent en bonne place dans les discussions régulières du Conseil économique et social sur les progrès réalisés dans le cadre des ODD. La santé est également un sujet de discussion récurrent au sein du Conseil des droits humains. (Pour plus d'informations, voir le **chapitre 12**).

La gouvernance pour la santé mondiale fait référence aux institutions et mécanismes qui contribuent à la santé mondiale établis au niveau national (c'est-à-dire les stratégies sur la santé mondiale et la santé dans la politique étrangère adoptées par certains gouvernements nationaux) et au niveau régional (par exemple, l'Union européenne, l'Organisation ouest-africaine de la santé (OOAS) et l'Association des nations de l'Asie du Sud-Est (ASEAN)). Cet espace de gouvernance comprend également des clubs politiques et des acteurs transrégionaux, tels que le G7, le G20 et le groupe des BRICS. En outre, par le biais de l'Union interparlementaire, le rôle des parlementaires dans la santé mondiale s'est accru ces dernières années. (Le **chapitre 7** explique plus en détail comment les organisations régionales sont engagées dans la diplomatie de la santé mondiale).

Cette augmentation du nombre et de la diversité des lieux de gouvernance de la santé mondiale signifie que d'importantes ressources administratives et humaines sont nécessaires pour pouvoir faire face en permanence aux défis existants et émergents de la diplomatie multilatérale. Parmi les ressources requises figurent des départements spécialisés au sein des ministères nationaux et des organisations régionales, ainsi que des représentations (appelées missions permanentes) et du personnel dédié dans les principaux bureaux des organisations internationales. Cela entraîne inévitablement des inégalités entre les pays qui disposent de ces ressources en abondance et ceux qui n'en disposent pas. Ces inégalités constituent un défi majeur et peuvent parfois constituer un obstacle au consensus.

Des ressources dédiées à la gestion des affaires multilatérales – et pas seulement des relations avec les donateurs – sont également de plus en plus nécessaires au sein des organisations internationales elles-mêmes.

Conformément à l'**essor de la diplomatie multi-acteurs**, un large éventail d'acteurs non étatiques (mondiaux, régionaux et nationaux) de la société civile et du secteur privé participent à ces trois espaces de gouvernance et y exercent leur influence. Les villes et les gouvernements locaux jouent également un rôle de plus en plus important.

Encadré 2 : Négocier la santé au G7 et au G20

Introduction

Le Groupe des Sept (G7) et le Groupe des 20 (G20) sont des institutions de sommet multi-acteurs qui jouent un rôle croissant dans la gouvernance de la santé mondiale.

Le Groupe des Sept

Le G7 – qui comprend le Canada, la France, l’Allemagne, l’Italie, le Japon, le Royaume-Uni et les États-Unis (et l’Union européenne en tant que membre non inscrit) – se réunit en sommets annuels depuis 1975 dans le but déclaré de promouvoir la démocratie et la liberté individuelle dans le monde.

Comment le G7 contribue-t-il à la gouvernance mondiale de la santé ?

En tant qu’institution internationale informelle, sans charte ni secrétariat permanent, le G7 a principalement un rôle délibératif. Les discussions entre ses membres ont lieu lors des sommets annuels du groupe, qui se tiennent généralement à la fin du printemps ou au début de l’été. Ses principales fonctions en matière de santé sont les suivantes :

- Discuter des principales questions de santé et consigner publiquement les conclusions dans les communiqués des sommets. L’agenda du G7 en matière de santé s’est élargi au fil des années. De 1979 à 1995, le Groupe a traité quelques questions sélectives. De 1996 à 2009, il s’est concentré sur le VIH/sida, la tuberculose et le paludisme, puis sur le syndrome respiratoire aigu sévère et la grippe aviaire. La santé maternelle, du nouveau-né et de l’enfant a dominé l’ordre du jour en 2010 et, quelques années plus tard, Ebola a été le point principal. Plus récemment, le 16 mars 2020, le G7 a tenu un sommet d’urgence (par vidéoconférence) sur la COVID-19.
- Fixer des orientations en affirmant des principes et des normes pour guider les membres et les autres pays dans la définition des politiques liées à la santé et à ses déterminants. Ainsi, le G7 a défendu l’importance des droits humains de 1985 à 1987, et il a défendu la démocratie à partir de 1997. Le Groupe s’est concentré sur les droits des femmes en matière de santé en 2016 et 2017. Aucune référence à la démocratie n’a été faite dans les communiqués des sommets de 2018 et 2019, mais le G7 a de nouveau défendu ce concept lors du sommet d’urgence lié à la Covid du 16 mars 2020. Le Groupe a également abordé les questions de santé en relation avec la faim, la pauvreté, la sécurité, la prolifération nucléaires, la biotechnologie, l’environnement naturel, les drogues, l’éthique, l’égalité des genres et le changement climatique.

- Encourager la prise de décision par le biais d'engagements publics spécifiques, orientés vers l'avenir et politiquement contraignants qui obligent tous les membres ou certains d'entre eux à agir chez eux et à l'étranger en modifiant ou en introduisant des politiques, en soutenant des acteurs extérieurs et en mobilisant des fonds pour atteindre des objectifs clés en matière de santé. De 1979 à 2020, le G7 a adopté 435 engagements fondamentaux en matière de santé, à raison de 10 par an en moyenne, avec des pics de 69 engagements à Saint-Pétersbourg (Fédération de Russie) en 2006, 61 engagements à Schloss Elmau (Allemagne) en 2015, 85 engagements à Ise Shima (Japon) en 2016 et 21 engagements sur un total de 33 lors du sommet d'urgence sur la COVID-19 le 16 mars 2020.
- Développer la gouvernance mondiale de la santé en façonnant l'évolution et le travail des institutions internationales. De 1987 à 2020, les sommets du G7 ont fait 330 références à ces institutions, avec en tête l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) avec 110 références, les Nations Unies avec 65 références et le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme avec 61 références.

La prise de décision au G7

La prise de décision au G7 dépend largement des résultats que l'hôte du sommet et les autres membres souhaitent voir émerger du sommet annuel. Jusqu'à deux ans avant la tenue d'un sommet, le pays hôte désigné partage en privé avec les autres membres ses priorités pour l'année de sa présidence du G7. Chaque année, à partir du 1^{er} janvier, les représentants personnels des dirigeants, appelés « sherpas », se réunissent à plusieurs reprises. La première réunion a souvent pour but de discuter d'un document thématique de l'hôte, qui se transforme progressivement en un projet de communiqué qui peut être approuvé à la veille du sommet. Pendant le sommet lui-même, les sherpas aident leurs dirigeants à résoudre les questions en suspens et à élaborer le texte définitif du communiqué. Les dirigeants du G7 discutent et négocient pendant deux ou trois jours ; lors de certaines sessions, ils se réunissent seuls, sans les sherpas et autres conseillers. À la fin du sommet, le communiqué convenu est publié et chaque dirigeant donne une conférence de presse pour expliquer ce qui a été convenu.

Les décisions sont prises par consensus, sans vote formel. Si les préférences du pays hôte et le leadership de son dirigeant influencent évidemment le résultat final, les normes d'égalité et de consensus collégial prévalent tout au long du sommet. Le dirigeant du pays hôte ne proposera pas un point de l'ordre du jour ou un texte s'il sait qu'un autre membre du G7 s'y opposera catégoriquement. En outre, l'hôte retirera ses propositions à la fin si deux membres ou plus sont dans l'opposition. Si un seul dirigeant est opposé, il acquiescera généralement, bien que, ces dernières années, les dirigeants se trouvant dans une telle situation aient explicitement refusé l'engagement en question. La nécessité, née de considérations de politique intérieure, de faire preuve de lead-

ership sur une initiative particulière se traduit souvent par des communiqués longs et multiples. Lors du sommet lui-même, les dirigeants introduisent souvent spontanément de nouvelles questions et initiatives. Dans le cas de textes controversés, ils adoptent généralement la formulation alternative présentée par leurs sherpas, directeurs politiques et adjoints aux finances.

Tout au long de l'année, un nombre important de réunions ministérielles du G7 sont organisées pour aplanir les divergences entre les pays et faciliter la tâche des dirigeants, ou pour décider de questions spécifiques et non litigieuses. Les ministres de la santé du G7, par exemple, se sont réunis pour la première fois dans ce format en 2006, où ils ont pris 14 engagements, auxquels se sont ajoutés 36 en 2015, 40 en 2016, 101 en 2017 et 13 engagements en 2019.

Questions en suspens

Le G7 est confronté à plusieurs problèmes ou questions en suspens. Par exemple, comment le Groupe peut-il retrouver le niveau de performance élevé et continu qu'il a affiché entre 2000 et 2010? Quelle doit être sa relation avec la société civile, l'OMS et le G20? Doit-il se concentrer sur la mobilisation de fonds pour les pays pauvres (en premier lieu en Afrique), comme il l'a fait dans le cas du Fonds mondial, ou s'orienter vers un éventail plus large d'instruments et s'occuper de questions qui touchent également les pays à revenu élevé, comme les accidents de la route, la santé mentale et la couverture sanitaire universelle? Enfin, s'inspirant des objectifs de développement durable, le G7 devrait-il aborder explicitement les déterminants de la santé, notamment la santé en tant que cause et conséquence de l'inégalité des sexes, l'environnement naturel et le changement climatique?

Le Groupe des 20

Le G20 est composé des pays membres du G7, des pays du BRICS (Brésil, Fédération de Russie, Inde, Chine, Afrique du Sud), des pays du MIKTA (Mexique, Indonésie, République de Corée, Turquie, Australie), de l'Argentine, de l'Arabie saoudite et de l'Union européenne. Le Fonds monétaire international et le Groupe de la Banque mondiale participent aux délibérations du G20 mais n'en sont pas membres. Depuis qu'il a commencé à se réunir en tant que réunion des ministres des finances et des gouverneurs des banques centrales en 1999, puis en tant que sommet des dirigeants en 2008, le Groupe a pour principal objectif de promouvoir la stabilité financière et de faire en sorte que la mondialisation profite à tous.

Les pays du G20, regroupement d'économies riches et émergentes, représentent une grande majorité de la population, de l'économie et des capacités de production de la santé mondiale. Les réunions des dirigeants sont désormais complétées par de nombreuses réunions ministérielles, rassemblement d'organisations internationales et groupes d'engagement de la société civile. Ils peuvent donc façonner l'agenda de la santé d'une manière unique, inclusive, globale et synergique.

En tant qu'institution internationale informelle, les fonctions du G20 sont similaires à celles du G7.

Le champ des délibérations des sommets du G20 sur la santé s'est considérablement élargi depuis 2008, notamment en 2013–2014, puis en 2017–2019 et lors du sommet d'urgence sur la COVID-19 organisé (par vidéoconférence) le 26 mars 2020.

De 2011 à 2019, les dirigeants du G20 ont adopté un total de 75 engagements en matière de santé, avec des pics de 33 engagements (tous sur l'épidémie d'Ebola) à Brisbane, en Australie, en 2014, et 19 (sur la résistance aux antimicrobiens, le renforcement des systèmes de santé et la poliomyélite) à Hambourg, en Allemagne, en 2017. En mars 2020, 22 engagements supplémentaires ont été ajoutés (tous sur la COVID-19).

De 2008 à 2019, les dirigeants du G20 ont fait référence 11 fois en matière de santé à des entités des pays du G20 et à 56 reprises à des acteurs extérieurs. L'OMS a fait l'objet de 17 références et les Nations Unies de 15, les autres entités recevant beaucoup moins de mentions.

Processus décisionnel du G20

Le processus décisionnel du G20 ressemble beaucoup à celui du G7. Toutefois, les membres doivent choisir lequel des 19 pays membres accueillera le sommet annuel. Chaque pays accueille donc des sommets beaucoup moins fréquemment qu'au G7. Les sherpas du G20 sont parfois les mêmes que ceux du G7. Depuis 2017, les réunions annuelles des ministres de la santé du G20 permettent de préparer et de mettre en œuvre les décisions des dirigeants. L'ordre du jour, initialement dédié à l'économie, s'est progressivement élargi pour couvrir également les questions sociales, environnementales et de sécurité. Les pays hôtes ont relativement peu de flexibilité pour modifier l'ordre du jour en faveur de nouveaux points qui leur semblent plus pertinents. Bien qu'il faille plus d'un membre pour opposer son veto à une initiative, un second vote négatif est plus susceptible de se produire entre 20 membres qu'entre 7 membres.

1.5 L'évolution du rôle des diplomates

Les structures diplomatiques bilatérales et multilatérales sont ancrées dans l'ordre international, mais la négociation puis l'adoption des ODD ont entraîné des changements importants dans la manière dont la diplomatie multilatérale est pratiquée. Au lieu de se préoccuper principalement de la représentation, la diplomatie est devenue, avec la communication, un outil clé pour la gestion des grands changements mondiaux, de l'engagement social, et de la gestion d'enjeux complexes. La diplomatie est désormais un élément essentiel de la gouvernance mondiale. Les diplomates

doivent faire le lien entre les questions et les acteurs, tant au niveau national que mondial. La fonction d'un ministère des affaires étrangères est passée de celle d'un gardien supervisant tous les contacts officiels au niveau international à celle d'un coordinateur et d'un facilitateur de **l'approche de l'ensemble du gouvernement et de la société**. De plus en plus de ministères d'un pays s'engagent dans les affaires internationales et les organisations de la société civile sont de plus en plus tournées vers l'international. Cela signifie également que de nombreuses personnes sont engagées dans la diplomatie en dehors du cercle des diplomates professionnels. Comme le dit un dicton, « *de nos jours, tout le monde est diplomate* ».

Les ambassades et autres missions diplomatiques s'engagent beaucoup plus qu'auparavant dans la sensibilisation, le dialogue et l'établissement de relations. Les diplomates doivent être en mesure d'interagir avec un large éventail d'acteurs ne relevant pas traditionnellement de la diplomatie dans leur pays et à l'étranger, en pratiquant une diplomatie bilatérale, multilatérale et multi-acteurs – souvent en même temps et sur les mêmes questions. Les fonctionnaires des ministères des affaires étrangères doivent se tenir au courant de l'évolution des politiques nationales et des activités de plus en plus globales des autres ministères, dont beaucoup ont désormais leur propre département international et élargissent le champ de leurs activités – par exemple, pour participer au processus de mise en œuvre des ODD. Dans de nombreux cas, les ministères de la santé ont dû développer leurs départements de santé internationale ou mondiale. Dans le contexte de Genève, il convient de noter que les gouvernements peuvent envoyer différents types de représentants à l'OMS et pour la conduite des négociations sur la santé : des représentants du ministère des affaires étrangères dans certains cas, des représentants du ministère de la santé dans d'autres, ou encore des représentants des deux ministères. La composition de la délégation d'un État membre détermine en définitive si la diplomatie est pratiquée pour faire avancer les objectifs de santé, ou vice versa. Trouver le bon équilibre est essentiel pour les délégations nationales et les institutions telles que l'OMS.

Un autre mécanisme important de représentation et de négociation est apparu avec la création du G7 et du G20, à savoir le système des « sherpas ». Les sherpas sont les représentants personnels des chefs d'État ou de gouvernement des pays membres de ces deux groupements – des diplomates de carrière ou des hauts fonctionnaires nommés par chaque dirigeant pour représenter les intérêts de leur pays et participer à la vaste série de consultations nécessaires à la préparation de tous les sommets. Il n'y a qu'un seul sherpa par membre du G7 ou du G20. Les sherpas sont à leur tour appuyés par des « sous sherpas » : des diplomates et des experts du même pays qui ont été chargés de travailler sur des points spécifiques de l'ordre du jour (incluant désormais la santé) dans le cadre des groupes de travail créés pour les différentes réunions préparatoires.

Le processus des ODD et les défis mondiaux de notre époque exigent des diplomates qu'ils assu-

ment une double responsabilité : promouvoir l'intérêt de leur pays et faire avancer les intérêts de la communauté mondiale. Comme cela est apparu clairement à plusieurs reprises dans des domaines tels que la santé et l'environnement, il est nécessaire de développer une approche qui préserve certains « biens publics mondiaux », ou « biens communs mondiaux ». Cela s'applique, par exemple, à l'agenda climatique ou à l'appel pour l'accès universel aux vaccins contre la COVID-19. Ces biens communs doivent être protégés conjointement et gérés de telle manière qu'ils soient disponibles pour tous, avec l'idée de faire du développement durable une réalité, malgré les approches unilatérales choisies par certains États. Au cours de la pandémie de COVID-19, cette approche des biens publics mondiaux a été illustrée par ce que l'on appelle souvent la « diplomatie vaccinale », qui vise à établir un mécanisme garantissant un accès équitable aux vaccins contre la COVID-19 à l'échelle mondiale, par opposition au « nationalisme vaccinal ». (Voir le **chapitre 13** pour d'autres exemples de diplomatie de la santé mondiale).

Les chefs d'État et de gouvernement acquièrent une plus grande visibilité en s'impliquant sur les grandes questions mondiales. Ils ont de plus en plus recours aux **sommets** pour façonner les ordres du jour et à la **diplomatie de prestige** pour souligner leur engagement. Par exemple, l'ex chancelière allemande, Angela Merkel, et l'ancien Premier ministre japonais, Shinzo Abe, se sont tous deux distingués en soulevant les questions de santé mondiale dans de nombreux forums politiques de haut niveau, tels que les sommets du G20 et du G7. Le Japon a notamment joué un rôle clé en utilisant sa présidence du G20 en 2019 pour promouvoir la couverture sanitaire universelle.

On attend de plus en plus de la diplomatie qu'elle soit davantage axée sur les citoyens et qu'elle soit non seulement utile aux citoyens d'un pays, mais aussi à la communauté mondiale, grâce aux efforts déployés par le pays à l'étranger et dans les organisations internationales. Les chefs d'État et de gouvernement utilisent de plus en plus fréquemment les **réseaux sociaux** à des fins de sensibilisation, certains s'appuyant sur la « diplomatie Twitter » non seulement pour se positionner vis-à-vis de leur électorat, mais aussi pour s'assurer une audience internationale et être en mesure de faire avancer les agendas. Plus récemment, le président de la Chine, Xi Jinping, le président de la République islamique d'Iran, Hassan Rouhani, le président de la Fédération de Russie, Vladimir Poutine, et le président de la République de Corée, Moon Jae-in, ont tous pratiqué une « diplomatie corona », en tendant la main à un large éventail de pays et en leur apportant un soutien direct sous la forme d'équipements médicaux. Ils se sont effectivement engagés dans ce que l'on a appelé une « course au soft power ».

Tout cela implique une évolution du rôle – parfois même un affaiblissement – des ministères des affaires étrangères et des diplomates traditionnels. Dans le même temps, la plupart des ministres des affaires étrangères, des ambassadeurs et des représentations (missions auprès des Nations Unies à New York ou à Genève) disposent désormais de leurs propres comptes sur les réseaux so-

ciaux et sont ainsi en mesure de communiquer plus largement leurs intentions, leurs politiques et leurs résultats. Ce type d'engagement constitue une nouvelle forme de **diplomatie publique**.

CHAPITRE 2 | LA DIPLOMATIE DE LA SANTÉ MONDIALE : SYSTÈME ET MÉTHODES

2.1 Définir la diplomatie en santé mondiale

La diplomatie est à la fois un système d'organisation et une méthode de travail. Elle est toujours politique et s'exerce par de nombreux canaux différents. Les diplomates cherchent à atteindre les objectifs de la politique étrangère de leur pays et, plus généralement, à protéger ses intérêts à l'étranger. De nos jours, la diplomatie n'est plus menée exclusivement par des diplomates accrédités, mais par un éventail de plus en plus large d'acteurs, souvent par le biais d'une diplomatie multi-acteurs. Tout cela est également vrai de la diplomatie mondiale en matière de santé.

Au cours des dernières décennies, un « écosystème » très complexe, dynamique et diversifié de la santé mondiale a vu le jour, dans lequel les diplomates de la santé mondiale doivent être capables de naviguer. Il repose sur des règles, des processus et des institutions qui fonctionnent au niveau mondial, mais qui restent fortement tributaires de la volonté des États de coopérer les uns avec les autres, malgré l'arrivée d'autres acteurs forts sur la scène diplomatique de la santé. Dans le contexte multilatéral, la diplomatie en santé mondiale peut à la fois renforcer et restreindre le pouvoir des acteurs impliqués. Le leadership en matière de santé mondiale est toujours influencé par les relations de pouvoir qui prévalent, comme en témoignent, par exemple, les règles relatives à la propriété intellectuelle ou le nationalisme en matière de vaccins pendant la pandémie de COVID-19.

Le pouvoir ne façonne pas seulement les relations entre les pays au sein de l'OMS : il est également exercé par d'autres acteurs clés, tels que les grandes fondations, qui sont en mesure de définir les programmes de santé mondiale en raison du financement important qu'elles apportent aux programmes de santé mondiale et de leur accès facile aux décideurs du monde entier.

La diplomatie est souvent définie comme l'art et la pratique de la négociation – dans des contextes très divers et sur des sujets très variés. Cela n'en est pas moins vrai pour la diplomatie en santé mondiale, qui s'intéresse à un très large éventail de questions et qui est menée dans divers espaces de gouvernance, décrits à la [section 1.4](#). La diplomatie en santé mondiale dépasse les simples négociations, comme l'explique le [chapitre 3](#), qui aborde la diplomatie en santé mondiale sous l'angle de sept dimensions. Elle comprend l'établissement et l'entretien de relations, la collecte

d'informations, et l'utilisation de la santé comme « soft power »). Le « soft power » peut influencer l'opinion publique par le biais de la santé, par exemple par la mise en place de grands programmes de santé tels que le plan d'urgence du Président américain pour la lutte contre le sida (PEPFAR), lancé en 2003, ou la « diplomatie des masques » pratiquée par la Chine lors de la pandémie de COVID-19 en 2020. Ces actions sont essentiellement bilatérales, mais elles sont entièrement calculées pour influencer l'opinion mondiale.

La **diplomatie de la santé mondiale** est une manifestation de l'importance accrue de la **diplomatie thématique**. Elle désigne avant tout les processus de négociation dans le système multilatéral qui permettent de relever les défis collectifs liés à la santé. Au cœur de la diplomatie mondiale en matière de santé se trouvent les questions de santé qui transcendent les frontières nationales et nécessitent des accords, des instruments et des alliances à l'échelle mondiale si l'on veut les aborder avec succès et durablement par une action commune. Cependant, comme indiqué ci-dessus, la diplomatie de la santé mondiale couvre également de nombreux autres processus diplomatiques : par exemple, la diplomatie bilatérale en matière de santé telle qu'elle se manifeste dans les relations entre bénéficiaires et donateurs (bien que celles-ci ne soient pas l'objet de cet ouvrage). Il existe également des processus de négociation bilatérale entre les organisations internationales et les pays, par exemple entre le Fonds mondial ou la Banque mondiale et les pays à revenu faible ou intermédiaire. Dans certains cas, l'OMS a conclu des accords spéciaux avec des pays spécifiques.

La diplomatie en santé mondiale ne se déroule pas seulement entre diplomates accrédités et responsables de la santé représentant des États-nations, elle implique également de nombreux autres acteurs majeurs de la scène mondiale, comme c'est le cas dans l'exercice d'une diplomatie multi-acteurs. Dans la mesure où le domaine de la santé dépasse le domaine purement médical et technique pour devenir un élément de plus en plus essentiel de la politique étrangère, de la sécurité et du commerce, de nouvelles compétences sont nécessaires pour négocier des engagements mondiaux, des accords et traités internationaux, et pour entretenir de bonnes relations avec un large éventail d'acteurs d'autres secteurs afin de faire progresser la santé mondiale.

La plupart des diplomates sont des généralistes. Lorsqu'ils s'engagent dans la diplomatie de la santé mondiale, leur bonne connaissance du contexte international et des processus diplomatiques est essentielle pour la bonne tenue des négociations, mais en raison de la nature particulière du domaine de la santé, leurs connaissances générales et leur expérience doivent souvent être complétées par une expertise médicale et scientifique spécifique de professionnels de santé, généralement issus des ministères de la santé. Des tensions peuvent apparaître – également au sein des délégations nationales – entre l'intérêt national que les diplomates sont censés défendre et la solidarité au cœur du concept de « biens communs pour la santé », qui devrait être la préoccupation première de l'action mondiale en matière de santé publique.

L'OMS étant l'agence de direction et de coordination de la santé mondiale, l'essentiel de la diplomatie en matière de santé mondiale consiste encore en des négociations formelles entre les États au sein de ses organes directeurs, surtout lorsque l'objectif est de parvenir à un accord sur des instruments internationaux. Pourtant, les trois espaces de gouvernance indiqués dans la **section 1.4**, intègrent des enceintes essentielles où s'exerce la diplomatie en matière de santé mondiale. Cette prolifération d'enceintes diplomatiques s'avère être particulièrement contraignante pour les départements responsables de la santé internationale et mondiale au sein des ministères de la santé, qui ne sont souvent pas équipés pour faire face au nombre croissant de négociations et de partenaires de négociation ou au besoin croissant de coordination entre les ministères. C'est particulièrement le cas des petits États et des pays à revenu faible ou intermédiaire. En raison de la complexité croissante des négociations sur la santé, de nombreuses missions permanentes à Genève ont désormais des « attachés de santé » dédiés. Certains ministères des affaires étrangères ont également eu tendance à augmenter le nombre d'experts de la santé au sein de leur personnel, car la **diplomatie thématique** – comme celle de la santé – continue de gagner en importance.

Toutefois, il est important de ne pas sous-estimer le rôle de la diplomatie informelle en matière de santé, menée évidemment entre diplomates de la santé mais aussi avec des acteurs non étatiques, tels que les ONG, les universités, les fondations et le secteur privé. La diplomatie informelle multi-acteurs peut influencer – et influence souvent – les résultats de la diplomatie sanitaire mondiale formelle. L'établissement de relations est une compétence essentielle de la diplomatie multi-acteurs. Elle joue un rôle particulièrement important dans les centres de négociation tels que Genève et New York, où un grand nombre d'événements et de réceptions diplomatiques offrent de nombreuses occasions de diplomatie informelle et de collecte d'informations. Le **chapitre 6** examine plus en détail le rôle des acteurs non étatiques.

Exemple : Défis posés par la pandémie de Covid-19 à la diplomatie de la santé mondiale

Les défis auxquels la diplomatie de la santé mondiale a été confrontée pendant la pandémie de COVID-19 reflètent dans une large mesure les difficultés que le système multilatéral a connues au cours de la deuxième décennie du 20^e siècle. La fragilité du système s'est manifestée dans le manque initial de coopération mondiale sur la réponse à la pandémie. En particulier, l'impasse géopolitique entre la Chine et les États-Unis a entravé les progrès des approches multilatérales non seulement à l'OMS mais aussi au G7, au G20 et au Conseil de sécurité des Nations Unies. Cette tendance négative a été renforcée par l'annonce par les États-Unis de leur intention de se retirer de l'OMS.



Les défis en question sont considérables, alors même qu'un nouveau président américain entre en fonction : ils concernent l'avenir de l'OMS, l'élaboration d'une nouvelle base juridique pour la préparation et la réponse aux pandémies, éventuellement une nouvelle révision du Règlement sanitaire international (2005), et l'identification de nouvelles approches pour financer les biens communs afin de maintenir la sécurité du monde et mettre à la disposition de tous le vaccin contre la COVID-19.

De nouveaux mécanismes ont été créés pour relever ces défis : un comité de l'OMS chargé d'examiner le fonctionnement du Règlement sanitaire international (2005) pendant la riposte à la COVID-19 ; l'Accélérateur d'accès aux outils COVID-19 (ACT-A), un nouveau type de collaboration mondiale visant à accélérer le développement, la production et l'accès équitable aux tests, traitements et vaccins COVID-19 ; la Facilité COVAX, un mécanisme mondial de partage des risques pour l'achat groupé et la distribution équitable des vaccins contre la COVID-19 ; et de nouvelles alliances politiques et initiatives de collecte de fonds. L'Union européenne, en particulier, a joué un rôle important dans la promotion de la solidarité.

2.2 Fondements de la conception moderne de la diplomatie

L'architecture, les institutions et les processus de la santé mondiale reposent sur trois piliers essentiels : la gouvernance, les instruments et la diplomatie. L'interconnexion croissante entre ces trois piliers est un moteur essentiel du champ de la santé mondiale au XXI^e siècle.

Les fondements historiques de la santé mondiale remontent à la seconde moitié du XIX^e siècle, avec la première d'une série de conférences sanitaires internationales qui s'est tenue à Paris en 1851. La toute première organisation sanitaire humanitaire internationale – le Comité international de la Croix-Rouge (CICR) – a été fondée en 1863, tandis que les conventions sanitaires internationales ont commencé à être adoptées à partir de 1892.

Deux institutions pionnières dans le domaine de la santé internationale ont été créées dans la première moitié du 20^e siècle : l'Office international de la santé publique (1907) et l'Organisation sanitaire de la Société des Nations (1923). Un peu plus d'un an après la fin de la Seconde Guerre mondiale, la Constitution de l'OMS a été adoptée à New York le 22 juillet 1946, la première fonction statutaire de la nouvelle Organisation étant « d'agir en tant qu'autorité directrice et coordinatrice de l'action sanitaire internationale ». La Constitution est entrée en vigueur en 1948, lorsque l'OMS a pu reprendre ses activités à Genève.

C'est toutefois au cours des dernières décennies du XX^e siècle que la conception actuelle de la santé mondiale a commencé à prendre forme. La demande et les attentes accrues en matière de coopération mondiale dans le domaine de la santé ont été suscitées par plusieurs facteurs externes, notamment la mondialisation, les intérêts commerciaux transnationaux, la nature transfrontalière des déterminants de la santé, les épidémies telles que le VIH/sida et le tabagisme, l'importance politique croissante de la santé et la multiplication des acteurs internationaux.

La fin du XX^e siècle et le début du XXI^e siècle ont vu émerger une nouvelle dynamique à double sens dans le domaine de la santé mondiale.

D'une part, le monde a assisté à une augmentation rapide du nombre et de l'intensité des facteurs transnationaux influençant la santé. Le développement du commerce international, des entreprises transnationales, du tourisme mondial, des transports et des communications a considérablement accéléré la circulation transfrontalière des personnes, des biens, des services, des informations et des modes de vie. Les nouvelles menaces mondiales, telles que les inégalités, le changement climatique, l'insécurité alimentaire, la résurgence de maladies infectieuses et les migrations de masse, ont un impact considérable sur la santé et le bien-être. Les avantages de la mondialisation n'ont pas été répartis de manière égale et les inégalités se sont accrues à la suite de la crise fi-

nancière de 2008 et des politiques d'austérité adoptées ensuite par de nombreux pays.

D'autre part, on comprend mieux aujourd'hui que la santé apporte une contribution directe et indirecte considérable à la croissance économique et au développement durable, ainsi qu'à la sécurité, la stabilité et la paix internationales. L'impact économique de grande ampleur de la crise de la COVID-19 l'a mis en évidence une fois de plus. En outre, le secteur de la santé est aujourd'hui devenu l'une des plus grandes industries. Les dépenses annuelles mondiales de santé ont atteint 7 100 milliards de dollars en 2015, un chiffre qui devrait atteindre 8 700 milliards de dollars d'ici 2020. La santé est également un secteur clé des finances publiques et un domaine majeur des dépenses des ménages (Deloitte, 2019a). En conséquence, la santé a acquis une place de choix dans les programmes de politique intérieure et extérieure de la plupart des pays.

Dans le même temps, deux approches distinctes de la santé mondiale ont émergé. L'une est axée sur l'amélioration de la santé dans les pays à revenu limité; elle est fondée sur les ODD, financée par l'aide au développement et de plus en plus soutenue par de grandes organisations philanthropiques. L'autre – renforcée par la pandémie de COVID-19 – s'intéresse à tous les pays, aux inégalités de santé au sein de ceux-ci et entre eux, ainsi qu'aux questions de santé qui transcendent les frontières nationales et appellent des réponses tenant compte des forces mondiales qui déterminent la santé des populations. Cette interface dynamique entre la santé et les facteurs économiques et sociétaux ne peut être abordée à l'intérieur des seules frontières nationales ou régionales: les défis qu'elle pose exigent des solutions à l'échelle mondiale fondées sur une coordination et une action multilatérales et multi-acteurs, notamment lors des crises et des épidémies sanitaires mondiales.

Aujourd'hui, un débat animé est en cours sur la façon dont la santé mondiale doit être comprise. Les gouvernements et les communautés du Sud, en particulier, ne sont plus disposés à accepter des approches de la santé mondiale dans lesquelles ils n'ont pas été impliqués dès le départ, ni à adopter des programmes élaborés « pour » eux par d'autres. De nombreux professionnels et organisations de santé mondiale sont encore concentrés dans le Nord: des appels ont donc été lancés en faveur d'une « décolonisation » de la santé mondiale (voir **encadré 3**).

Encadré 3 : « Décoloniser » la diplomatie de la santé mondiale

Ces dernières années, des appels ont été lancés pour « décoloniser » la santé mondiale, que certains ont décrite comme un domaine intrinsèquement « colonialiste ». Des universitaires ont organisé des conférences pour remettre en question l'enseignement anhistorique et dépolitisé de la santé mondiale. Des articles de journaux ont critiqué le manque d'inclusivité dans la conduite

et la publication de la recherche ; il a été constaté, par exemple, que les chercheurs africains étaient largement sous-représentés dans les articles scientifiques portant sur les questions de santé en Afrique. Certains commentateurs ont décelé des attitudes et des pratiques coloniales » dans la réponse mondiale à la pandémie de COVID-19 – des premières suggestions d'utiliser l'Afrique comme « terrain d'essai » pour le test du vaccin aux recommandations d'experts sur le lavage des mains et la distanciation sociale qui ne tiennent pas compte du contexte local dans les pays pauvres.

Mais que signifie « décoloniser » ? Il existe au moins deux grandes interprétations du terme « décolonisation ». Dans une vision traditionnelle, il s'agit de la fin de la domination territoriale d'un pays sur un autre. À cet égard, la plupart des pays – en particulier ceux du « Sud » – seraient déjà considérés comme « décolonisés ». Dans un document influent, cependant, le terme a été défini comme « l'inversion du processus d'expansion impériale européenne avec toutes ses conséquences politiques, économiques, sociales, culturelles et linguistiques » (Bismarck, 2012) – en bref, un retour total aux racines autochtones d'un peuple. Si de nombreux vestiges du passé colonial, tels que la langue et la culture, sont difficiles, voire impossibles, à purger, cela ne signifie pas que l'héritage du colonialisme tel qu'il se reflète dans le capitalisme, le sexisme, le racisme et la mondialisation modernes ne peut pas être explicitement reconnu et constamment remis en question.

Lorsqu'on examine le domaine de la santé mondiale, le concept connexe de « décolonialité » est également important. Issu de la recherche latino-américaine, ce concept fait référence à la remise en question de l'universalité et de la supériorité perçues du savoir et de la culture occidentale. Une grande partie de la médecine humaine séculaire et de la santé mondiale contemporaine a été façonnée par la pensée occidentale, qui a largement ignoré les autres systèmes de production de connaissances. Par conséquent, la décolonialité dans la santé mondiale est une invitation à une vision davantage pluraliste de la santé, qui prend également en compte les perspectives non occidentales et indigènes. On espère qu'un tel démantèlement des notions eurocentrées donnera naissance à des interventions, des politiques, des pratiques et des dispositifs de recherche en matière de santé qui soient inclusifs et respectueux des différents peuples et de leurs cultures. Certains ont fait valoir, par exemple, que l'absence d'un tel respect a conduit à un « récit de méfiance » dans la réponse internationale à l'épidémie d'Ebola en Afrique de l'Ouest en 2014 (Richardson, McGinnis & Frankfurter, 2019).

Comment, dès lors, « décoloniser » la diplomatie de la santé mondiale ? Si la colonisation géopolitique du « Sud » par les pays occidentaux est en grande partie terminée, l'héritage colonial est encore très présent sous la forme de politiques néolibérales, de discrimination sexuelle, de suprématie de la race blanche et de destruction de l'environnement, autant d'éléments qui, à ce jour, continuent d'engendrer des inégalités en matière de santé au sein et entre les pays. Si l'on

veut s'attaquer sérieusement aux problèmes urgents de santé mondiale, tels que les maladies non transmissibles, la santé sexuelle et reproductive et les effets à long terme de changement climatique sur la santé, les négociations multilatérales et bilatérales sur la santé entre les pays doivent reconnaître et remettre en question ces causes anciennes de ce déséquilibre des pouvoirs.

En outre, les enceintes de la diplomatie en santé doivent devenir plus inclusives et égalitaires. En général, les pays à revenu limité ne parviennent toujours pas à sortir des relations inégales qu'ils entretenaient avec leurs anciens colonisateurs (et aujourd'hui donateurs d'aide au développement), qui dominent le processus décisionnel en matière de santé mondiale (que ce soit dans les agences des Nations Unies ou dans les partenariats public-privé, comme le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme). Des réformes bien nécessaires doivent donc être instituées pour donner une voix égale à tous les pays – riches et pauvres. En 2017, la modification des modalités d'élection du directeur général de l'OMS par l'Assemblée mondiale de la Santé (c'est-à-dire par tous les pays), plutôt que par le Conseil exécutif, a été une étape essentielle dans cette direction. Toutefois, des mesures supplémentaires devront être adoptées pour accélérer les progrès vers une plus grande inclusivité et diversité dans le leadership, la gouvernance et la diplomatie de la santé mondiale.

Enfin, l'application du prisme décolonial à la diplomatie de la santé permet de mettre en lumière les voix qui sont soit « trop fortes », soit « pas du tout entendues » à la table des négociations. Au-delà des gouvernements nationaux, il existe une myriade d'acteurs dont on peut considérer qu'ils adoptent un comportement « néocolonial » et exercent une influence indue et disproportionnée sur la politique de santé mondiale – des banques multilatérales et des sociétés transnationales aux fondations philanthropiques et aux groupes de réflexion d'élite. D'autre part, il y a les « voix réduites au silence » dans la santé mondiale – les femmes, les membres de la communauté LGBT, les minorités ethniques ou les communautés autochtones, les mouvements sociaux du Sud, entre autres. Pour décoloniser la diplomatie de la santé mondiale, il est nécessaire de protéger l'espace de négociation contre les « néo-colonisateurs » et de créer davantage d'opportunités pour les « colonisés » et les opprimés de s'impliquer dans les négociations – une première étape importante pour rendre la santé mondiale réellement mondiale.

* Le terme de Limite Nord/Sud a été introduit en 1980 par le rapport Brandt, rédigé par une commission indépendante présidée par Willy Brandt, ancien chancelier d'Allemagne de l'Ouest.

Ressources

Voir la section intitulée « **Publications sur la décolonisation de la diplomatie de la santé mondiale** » à l'annexe 2.



2.3 Le système de la diplomatie en santé mondiale

Les mécanismes et instruments institutionnels spécifiques de la diplomatie en matière de santé mondiale s'inscrivent dans un système diplomatique plus vaste, avec lequel ils se croisent et dont ils dépendent en partie. La [section 1.4](#) a décrit trois espaces de gouvernance au sein desquels les acteurs négocient et prennent des décisions, et a cherché à donner une idée générale de l'écosystème complexe et dynamique de la santé mondiale.

Malgré un affaiblissement du multilatéralisme ces dernières années, le principal canal de la diplomatie de la santé mondiale reste la négociation entre États dans le cadre du système des Nations Unies. L'OMS reste le principal vecteur de la diplomatie de la santé mondiale en raison de son mandat constitutionnel, qui est de coordonner les activités sanitaires internationales et établir des normes et des standards, son haut niveau de légitimité découlant de la représentation des États et de son pouvoir de conclure des traités. L'OMS est cependant également devenue une plateforme indispensable pour la diplomatie sanitaire multi-acteurs. L'Assemblée mondiale de la Santé, par exemple, réunit chaque année jusqu'à 4 000 participants venus du monde entier : à cette occasion, on peut vraiment dire que « tout le monde est un diplomate de la santé ».

La diplomatie de la santé mondiale à l'OMS suit le système général de représentation diplomatique et les pratiques de communication. L'Organisation compte actuellement 194 États membres et fonctionne selon le principe onusien de la représentation universelle, avec une voix par pays, in-

dépendamment de sa taille ou de son niveau de développement. Contrairement à de nombreux autres lieux de diplomatie, les négociations à l'OMS visent à atteindre un consensus, même s'il est en principe possible de demander un vote.

Des tensions peuvent apparaître à l'OMS entre les propositions du Secrétariat, fondées sur des valeurs et des preuves scientifiques, les intérêts de politique étrangère des États membres et les intérêts nationaux spécifiques des ministères de la santé qui représentent leur pays au sein des organes directeurs de l'OMS. Dans la plupart des cas, les négociations quotidiennes sont menées par les attachés de santé, qui sont basés dans les représentations diplomatiques à Genève. Des représentants de plus haut niveau, tels que des ambassadeurs ou des ministres, les rejoignent lors des grandes réunions ou lorsque certaines décisions clés doivent être adoptées. La mission permanente d'un État – par exemple à Genève – ou les négociateurs de la capitale reçoivent des instructions du gouvernement national et cherchent à faire en sorte que la position et les intérêts nationaux de l'État se retrouvent dans le résultat des négociations. L'efficacité des petites missions peut dépendre dans une large mesure de la personnalité et des contacts de l'attaché de santé, tandis que les grandes missions fonctionnent davantage grâce à leur appareil diplomatique.

La responsabilité du succès des négociations incombe également aux secrétariats des organisations telles que l'OMS. La manière dont les propositions sont élaborées fait une différence : si elles sont traitées de manière transparente, en suscitant un soutien et en incluant un dialogue et des consultations avec les États membres, la société civile et le secteur privé, les propositions ont des chances de progresser plus rapidement au sein des organes directeurs. Savoir quand et comment présenter des propositions est une compétence importante qui doit être affinée au sein des secrétariats de ces organisations afin d'assurer le succès de la diplomatie en santé.

L'élaboration de mécanismes, procédures et stratégies appropriés au niveau national est une condition sine qua non du succès des négociations mondiales. Une bonne santé mondiale commence chez soi. Les cadres politiques nationaux sur la santé mondiale peuvent servir de boussole pour les négociations à d'autres niveaux et peuvent être soutenus par des départements et des points focaux solides responsables de la santé mondiale au sein des ministères nationaux (voir [section 8.4](#)).

Ces cadres politiques peuvent traiter de la santé mondiale en général, ou de stratégies nationales sur des questions spécifiques telles que la résistance antimicrobienne, qui impliquent la nécessité d'une coopération à la fois nationale et internationale. Le succès des négociations internationales dépend également de la confiance que les pays ont dans les organisations spécifiques, le niveau de cette confiance étant souvent mesurable dans les conclusions des évaluations officielles. Citons par exemple le *Multilateral Aid Review* au Royaume-Uni et le *Multilateral Organisation Performance Assessment Network*, qui examinent tous deux les performances des organisations multilatérales.

Les négociations en matière de santé nécessitant souvent une interaction entre la santé et la politique étrangère (et d'autres domaines politiques), le rôle des **attachés de santé** est devenu de plus en plus important. Ces diplomates sont censés informer les fonctionnaires dans les capitales, préparer les négociations et, dans de nombreux cas, les mener directement, tant à Genève qu'à New York.

Genève, siège de nombreuses organisations de santé mondiale, est considérée comme la capitale de la santé mondiale. La plupart des pays ainsi que de nombreux autres acteurs clés de la santé mondiale y sont représentés. La ville offre un environnement dans lequel il est facile d'établir des relations et d'utiliser des canaux formels et informels pour préparer les négociations. Cependant, les négociations sur la santé mondiale se déroulent aussi de plus en plus souvent aux Nations Unies, à New York, d'autant que la santé est une composante essentielle des ODD (notamment l'objectif 3). Dans certains cas, les questions de santé acquièrent une telle importance qu'elles sont discutées à l'Assemblée générale, au Conseil de sécurité ou lors de sommets de haut niveau. Les réunions régulières du G7 et du G20 et les sommets spéciaux sont d'autres lieux importants. Certains commentateurs ont critiqué le fait que la plupart des grandes organisations de santé sont basées à Genève, c'est-à-dire dans le « Nord », alors que nombre des défis qu'elles sont appelées à relever se situent dans les pays à revenu faible ou intermédiaire du « Sud ». Il convient également de noter que certains pays à revenu limité ne disposent pas de leur propre représentation à Genève⁶.

Comme d'autres domaines de la diplomatie, le système de la diplomatie en matière de santé mondiale a évolué pour gérer non seulement les relations entre les États (bilatérales et multilatérales) mais aussi les relations entre les États et d'autres acteurs. L'importance de la diplomatie multi-acteurs a augmenté de manière exponentielle. Les organisations de la société civile, en particulier, attendent un niveau élevé d'implication, de transparence et de responsabilité. Ce n'est pas toujours le cas des grands donateurs et des fondations. Un grand nombre des organisations de santé mondiale établies plus récemment à Genève se définissent par une gouvernance multi-acteurs et basée sur les groupes d'intérêt. Ainsi, le Conseil d'administration du Fonds mondial comprend 28 sièges, dont 10 représentent les donateurs et 10 les acteurs de mise en œuvre des programmes ; les huit sièges restant sont réservés aux membres sans droit de vote du Conseil d'administration, qui comprennent un large éventail d'acteurs de la santé mondiale, y compris de la société civile. Bien que les acteurs de la santé mondiale, y compris l'OMS, soient souvent en concurrence pour obtenir les ressources des donateurs, ils dépendent tous de l'OMS pour des aspects essentiels de la réussite de leur mission, qu'il s'agisse des normes et des standards qui sous-tendent leur travail, de l'appui technique au niveau national par l'intermédiaire des nombreux bureaux pays de l'OMS, ou

6 La Fédération suisse fournit un aperçu régulièrement mis à jour de toutes les organisations et représentations à Genève : https://www.eda.admin.ch/dam/mission-onu-omc-aele-geneve/en/documents/GI--en-chiffres_EN.pdf.

même simplement de la légitimité véhiculée par le soutien de l'OMS, sa composition universelle et son approche consensuelle. En tant qu'autorité directrice et coordinatrice en matière de santé mondiale, l'OMS a réagi à l'augmentation du nombre d'acteurs dans l'arène de la santé mondiale : elle s'engage auprès des acteurs non étatiques en reconnaissant leurs contributions à la santé mondiale et en les encourageant à développer leurs propres activités pour protéger et promouvoir la santé publique dans leur pays et à l'étranger. Leurs relations avec l'OMS sont régies par le Cadre de collaboration avec les acteurs non étatiques (FENSA). Ce cadre vise à renforcer la collaboration de l'OMS avec les acteurs non étatiques (ONG, entités du secteur privé à but lucratif, fondations philanthropiques et établissements universitaires) tout en protégeant l'action de l'Organisation contre d'éventuels conflits d'intérêts, risques réputationnels et influences malvenues. (On trouvera plus de détails sur les lieux et les acteurs de la diplomatie de la santé mondiale au [chapitre 6](#)).

2.4 Les relations au sein du système de diplomatie en santé mondiale

Les pays s'engagent dans la diplomatie sanitaire mondiale, tant formelle qu'informelle, de diverses manières. En effet, les nombreuses formes de conduite de la diplomatie en général s'appliquent également à la diplomatie sanitaire. Les dynamiques de pouvoir inégales entre les États, ou entre les États et les autres acteurs qui veulent influencer les négociations, ont toujours un impact, parfois même décisif, sur le résultat des négociations. Malgré les nombreuses difficultés rencontrées au cours des dernières décennies, la volonté de s'engager dans des négociations et de parvenir à un résultat a généralement été au rendez-vous. Toutefois, l'affaiblissement de l'engagement en faveur du multilatéralisme rend aujourd'hui plus difficile l'utilisation de différentes formes de diplomatie pour faire avancer les agendas. Un signe révélateur est que les grandes réunions sont de plus en plus souvent incapables d'aboutir à une conclusion convenue. Le système bien établi de la diplomatie mondiale de la santé a été perturbé, le vide de leadership récemment créé par les États-Unis n'étant pas encore comblé, même si de nouvelles alliances entre États se forment.

Dans la majorité des cas, différents canaux de diplomatie sont utilisés simultanément pour faire avancer un programme. Comme indiqué précédemment, les négociations formelles et informelles (diplomatie « track-one » et « track-two ») se déroulent généralement en parallèle. Afin de faire avancer leurs positions et de tester d'éventuelles alliances, les pays (et d'autres parties prenantes) s'engagent parfois dans le « forum-shopping », c'est-à-dire qu'ils lancent une question importante pour eux dans différents lieux de négociation et à différents niveaux. (Ce processus dépend bien sûr de l'influence qu'ils ont dans les différents lieux de négociation). Si elles sont bien menées, les négociations peuvent se renforcer mutuellement et même faciliter des percées diplomatiques, mais elles peuvent aussi échouer, comme ce fut le cas pour les négociations sur la santé mondiale au G7 et au G20 en 2020.

La plupart des pays sont engagés au **niveau multilatéral** avec les entités du système des Nations unies (voir le tableau de la **section 6.3**).

L'Organisation mondiale de la santé est l'entité clé lorsqu'il s'agit de négocier des normes et des standards de santé mondiale. Les priorités de ces négociations sont généralement fixées par les gouvernements, qui participent sur un pied d'égalité (selon le principe d'une voix par pays) dans le cadre des Nations Unies. Avant de passer à l'étape de la négociation à l'OMS, des négociations préparatoires se tiennent au niveau bilatéral et régional. Des alliances sont créées à tous ces niveaux pour faire avancer un programme. La diplomatie en matière de santé mondiale est également menée au sein des institutions de Bretton Woods, telles que la Banque mondiale, notamment sur les questions de financement de la santé, et au sein d'organisations sanitaires spécifiques telles que l'Alliance Gavi, le Fonds mondial et la Facilité internationale d'achat de médicaments (UNITAID).

Le Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida (ONUSIDA) a été créé par le Conseil économique et social des Nations unies et reste le seul programme commun coparrainé du système des Nations Unies. L'ONUSIDA est dirigé par son Conseil de coordination du programme, une structure de gouvernance unique par sa petite taille et son niveau d'inclusion : elle comprend des États membres, des organismes co-parrainants (agences des Nations Unies), des représentants de la société civile et plus particulièrement des personnes vivant avec et affectées par le VIH. De manière significative, la délégation des ONG au Conseil de Coordination du Programme a un statut de co-égalité avec les États membres et les organismes co-parrainants de l'ONUSIDA. De tels arrangements pourraient contribuer à promouvoir la décolonisation de la gouvernance mondiale de la santé.

Le Fonds mondial est une fondation privée de droit suisse, dotée toutefois d'un statut quasi-intergouvernemental conféré par le gouvernement suisse. Créé pour accélérer la fin des épidémies que sont le sida, la tuberculose et le paludisme, le Fonds mondial travaille en partenariat avec les gouvernements, la société civile, les agences techniques, le secteur privé et les personnes touchées par ces maladies, qui sont représentés dans ses organes directeurs.

Dans des contextes tels que les négociations au sein du Fonds mondial ou de l'Alliance Gavi, le niveau de développement d'un pays peut déterminer s'il prend part aux négociations en tant que donateur, bénéficiaire ou acteur de mise en œuvre. Un modèle de représentation par circonscription est souvent choisi (voir **encadré 10** et **encadré 11**).

La **diplomatie multi-acteurs**, dans toutes les organisations et lieux de négociation, implique de plus en plus la participation d'autres parties prenantes : grandes fondations, universités, entreprises et ONG. Cet engagement comprend un large éventail d'interfaces et constitue souvent un facteur essentiel de réussite des négociations, même si les décisions finales sont prises par les États.

La diplomatie multi-acteurs est également menée par le biais de partenariats et d'alliances public-privé, y compris de nouveaux mécanismes tels que l'accélérateur d'accès aux outils COVID-19 (ACT-A), qui réunit des gouvernements, des scientifiques, des entreprises, la société civile, des philanthropes et des organisations de santé mondiale.

Les sommets de groupements de pays, tels que le G7, le G20, les pays du BRICS et le Commonwealth, jouent désormais un rôle très important dans la diplomatie mondiale de la santé. Un nombre croissant de négociations multilatérales sur les questions de santé se déroulent au niveau des chefs d'État et de gouvernement. On parle souvent de « **diplomatie de club** », l'adhésion étant limitée à un groupe restreint de pays et les présidences tournantes décidant quels autres pays doivent être invités à participer aux négociations. Les récents sommets du G7 ont accordé une attention considérable à la santé (notamment grâce aux présidences de la France, de l'Allemagne et du Japon). De même, des réunions des ministres de la santé des pays du G20 ont lieu régulièrement depuis la première réunion de ce type à Berlin en mai 2017. Des réunions conjointes des ministres de la santé et des finances ont également eu lieu. Ces dernières années, les communiqués finaux des sommets du G7 et du G20 font de plus en plus référence aux questions de santé, même s'il est de plus difficile de parvenir à un accord sur les questions de santé mondiale lors de ces sommets en raison de la politisation croissante des questions sanitaires (exemple de la pandémie de COVID-19).

La plupart des pays seront probablement engagés dans la négociation d'**accords bilatéraux** sur la santé. Les négociations bilatérales visent souvent à obtenir un soutien financier de la part des donateurs ou des grandes agences de financement telles que la Banque mondiale ou le Fonds monétaire international. Toutefois, elles peuvent également porter sur l'accès des populations aux services de santé ou sur des questions liées à la sécurité des produits de santé lorsqu'ils traversent les frontières. Une multitude de constellations sont possibles dans ces négociations : pas seulement « Sud-Nord » mais aussi « Nord-Nord » et « Sud-Sud ». La Chine a développé une nouvelle approche mixte, utilisant l'Initiative « ceinture et route » (*Belt and Road Initiative*) pour construire une « Route de la soie de la santé » (voir **encadré 5**).

Les pays peuvent également être engagés dans la négociation d'accords régionaux – par exemple, au sein de l'Union européenne (UE), où ces accords sont souvent contraignants, ou entre régions, comme entre l'Union européenne et l'Union africaine. Les pays d'un bloc régional devront souvent négocier et se mettre d'accord sur leurs positions dans le cadre d'une négociation multilatérale, mais les accords commerciaux bilatéraux (comprenant souvent des dispositions relatives à la santé) sont en augmentation. Comme les accords commerciaux régionaux peuvent avoir d'importantes répercussions positives et négatives sur la santé, ils s'avèrent souvent difficiles à négocier. Les groupements régionaux peuvent jouer un rôle clé dans la promotion de la santé mondiale, comme l'ont fait la Communauté des Caraïbes (CARICOM) en mettant à l'agenda les maladies non trans-

missibles ou, plus récemment, l'Union européenne avec la réponse à la pandémie de COVID-19. (voir **chapitre 7**)

Tout ceci témoigne du chevauchement toujours plus important entre la diplomatie sanitaire et la diplomatie économique et commerciale. La diplomatie économique s'intéresse à de nombreux déterminants transfrontaliers de la santé – par exemple, à la manière de stimuler la croissance économique, notamment dans les pays les plus pauvres. La diplomatie commerciale, quant à elle, consiste principalement à renforcer la promotion des exportations, à l'obtention d'investissements directs étrangers et à l'accès aux matières premières. Elle est devenue de plus en plus importante dans le domaine de la santé, avec la mondialisation de l'accès aux médicaments et des chaînes d'approvisionnement. Les études montrent que la diplomatie moderne a été influencée par le commerce dès ses débuts, et que la priorité accordée à la diplomatie économique et commerciale a ne cesse d'augmenter ces dernières années (Berridge, 2015). La diplomatie sanitaire est également fortement intégrée à la diplomatie économique et commerciale dans des domaines aussi divers que la protection de la propriété intellectuelle, la résistance antimicrobienne, les maladies non transmissibles et les politiques de labellisation dans le domaine de la nutrition. Il faut faire davantage pour rapprocher de manière proactive ces axes de travail, tant au sein des délégations nationales qu'entre les organisations internationales, comme l'illustre la coopération trilatérale sur l'accès aux médicaments entreprise par l'OMS, l'OMC et l'Organisation mondiale de la propriété intellectuelle (OMPI).

La tendance à une plus grande intégration a été renforcée par des appels croissants (par exemple, au sein du G7 et du G20) à des réunions conjointes des ministres de la santé et des finances afin de garantir le financement de la couverture sanitaire universelle ou de la préparation et de la réponse



aux pandémies. La plupart des pays intègrent la diplomatie économique et commerciale dans leur diplomatie sanitaire, du moins dans une certaine mesure, mais cela ne doit pas nécessairement être considéré comme quelque chose de négatif. La question des chaînes d'approvisionnement mondiales face à la COVID-19 est un exemple de cette intégration croissante. Ainsi, une récente directive vétérinaire de l'Union européenne a des implications potentielles considérables pour la lutte contre la résistance aux antimicrobiens, mais elle entraîne en même temps des perturbations importantes dans les Amériques et en Océanie, car les partenaires commerciaux de ces régions ne classent pas nécessairement certains additifs alimentaires comme des antibiotiques, à la différence de la nouvelle directive européenne. Dans ce cas, une série de facteurs commerciaux entrent en jeu, notamment la protection des producteurs nationaux au détriment des importations.

La diplomatie sanitaire – surtout si elle s'accompagne d'une diplomatie scientifique – est un canal utile pour l'interaction entre des pays qui n'ont pas de relations de politique étrangère ou qui ont des relations très tendues. Aux États-Unis, l'expression « track-three diplomacy » est fréquemment utilisée pour désigner les approches qui réunissent des experts, des scientifiques et des citoyens ; elle est également appelée « people to people diplomacy ». Opérant au niveau de la base, ces approches cherchent à faciliter une meilleure compréhension des positions des autres. De nombreuses conférences sur la santé mondiale font une place à ce type de diplomatie, qui, comme les autres, est devenue plus difficile dans le cadre de la pandémie de COVID-19. Dans les situations de crise et dans la diplomatie humanitaire, le recours à la **diplomatie des tiers**, où un acteur neutre et indépendant sert d'intermédiaire, peut également s'avérer crucial.

Comme nous l'avons déjà indiqué, d'autres types de diplomatie peuvent être très utiles pour faire progresser la santé mondiale : la diplomatie de crise et d'urgence, la diplomatie humanitaire, la diplomatie scientifique et la diplomatie climatique. Il est important de garder à l'esprit que les diplomates sont en rotation et acquièrent de l'expérience dans de nombreux contextes. Par exemple, de nombreux diplomates travaillent à Genève après avoir été basés dans une délégation nationale auprès des Nations Unies à New York. Une succession d'expériences différentes peut être un atout précieux dans les négociations sur la santé.

2.5 La diplomatie numérique

La **diplomatie numérique** est de plus en plus utilisée pour faire connaître la position d'un pays à un public plus large (une fonction auparavant remplie par la **diplomatie publique**) et pour influencer les négociations. Elle inclut l'utilisation des médias électroniques (tels que les sites web, les podcasts et les blogs) et des réseaux sociaux (en particulier Facebook et Twitter) pour atteindre d'autres négociateurs, le public et les journalistes. La diplomatie numérique comprend des canaux

tels que la « cyberdiplomatie »⁷, qui concerne principalement les questions de sécurité ; la « diplomatie technologique et scientifique »⁸, qui couvre les interactions des États par le biais de pôles d'innovation ; la « diplomatie des données »⁹, qui fait référence à l'utilisation et à l'impact des « big data »¹⁰ sur la diplomatie et les affaires internationales ; et le « e-commerce »¹¹, qui concerne les questions économiques.

La diplomatie numérique par le biais des réseaux sociaux est souvent utilisée par des acteurs non étatiques pour persuader, voire faire pression sur les diplomates afin qu'ils adoptent une position particulière dans les négociations. Par exemple, les réseaux sociaux ont occupé une place importante dans la campagne « Europe ! Touche pas à mes médicaments » lancée par Médecins sans frontières en 2010 pour dissuader l'UE de conclure un accord commercial avec l'Inde visant à limiter la production générique de médicaments pour le traitement de la tuberculose et d'autres maladies. Les réseaux sociaux ont également joué un rôle important dans la négociation de la « Résolution sur la transparence du médicament » lors de la soixante-douzième Assemblée mondiale de la Santé en 2019 (voir **étude de cas 1**). L'utilisation accrue des nouveaux outils du web dans la pratique de la diplomatie est appelée à se poursuivre.

La **diplomatie sur Twitter** a joué un rôle clé dans les récentes élections des directeurs généraux de l'OMS et de l'Organisation des Nations unies pour l'éducation, la science et la culture (UNESCO). La plupart des candidats aux postes de haut niveau des Nations Unies font désormais activement campagne sur Twitter. Cette plateforme est également de plus en plus utilisée par les chefs d'État et de gouvernement ainsi que par les ministres et les diplomates pour partager leurs points de vue et leurs positions avec un large public. De même, les dirigeants d'organisations internationales utilisent les médias sociaux pour présenter leur travail et leurs politiques – ce que le directeur général de l'OMS, en particulier, a fréquemment fait pendant la pandémie de COVID-19.

Les réseaux sociaux sont particulièrement importants dans ce que l'on appelle désormais la « **diplomatie des enjeux mondiaux** ». Dans le contexte de la diplomatie mondiale en matière de santé, il s'agit d'efforts visant à promouvoir une question de santé spécifique – par exemple, une certaine maladie (le sida) ou un groupe de maladies (les maladies tropicales non transmissibles ou négligées) – en tête de l'ordre du jour, à faire accepter une approche spécifique (« One Health », la couverture

7 DiploFoundation sur la cyberdiplomatie : <https://www.diplomacy.edu/blog/web-discussion-summary-applicability-international-law-cyberspace-do-we-know-rules-road>

8 DiploFoundation sur la diplomatie technologique et scientifique : <https://www.diplomacy.edu/innovationhubs>

9 DiploFoundation sur la diplomatie des données : <https://www.diplomacy.edu/datadiplomacy/policyresearch>

10 DiploFoundation sur la diplomatie des données : <https://www.diplomacy.edu/blog/impact-big-data-geopolitics-negotiations-and-diplomatic-modus-operandi>

11 DiploFoundation sur le E-Commerce : <https://www.diplomacy.edu/e-commerce>

sanitaire universelle, etc.) ou à attirer l'attention sur la discrimination (la campagne « Women in Global Health »). Les réseaux sociaux sont également essentiels pour les nouvelles approches de collecte de fonds, comme l'illustre la campagne « *One World: Together At Home* » pour soutenir la réponse à la pandémie de COVID-19.

La santé mondiale est un domaine dans lequel une large participation de la société est clairement souhaitable. Les organisations de la société civile axées sur les programmes de développement attendent des gouvernements qu'ils soutiennent les initiatives en matière de santé mondiale, de développement durable et de droits humains. Le nombre d'ONG actives dans le domaine de la santé mondiale a considérablement augmenté ces dernières années. Elles aussi utilisent désormais les réseaux sociaux pour exiger des investissements, des actions et demander des comptes. Elles ont également commencé à organiser de nouveaux types de campagnes mondiales de collecte de fonds, telles que les campagnes « *One World: Together At Home* » et « *Global Citizen* », qui ont permis de collecter plus de 230 millions de dollars pour le Fonds de réponse solidaire COVID-19 mis en place par l'OMS en collaboration avec plusieurs fondations philanthropiques dans le monde.

Si les réseaux sociaux offrent à un large public la possibilité de commenter l'action (ou la négligence) de la politique étrangère d'un pays, ils peuvent également soumettre les négociateurs à une forte pression morale, à des réactions très émotionnelles, voire à des attaques personnelles virulentes. L'OMS a mis en garde contre les effets négatifs sur la santé de l'« infodémie », lorsque le volume d'informations associées à un sujet spécifique augmente de manière exponentielle en peu de temps. L'épidémie de COVID-19 et les mesures de riposte qui ont suivi se sont accompagnées d'une infodémie massive : une surabondance d'informations – certaines exactes, d'autres non – qui a empêché les gens de trouver des sources dignes de confiance et des conseils fiables au moment où ils en avaient le plus besoin. Ce nouvel environnement informationnel pose un défi croissant aux diplomates.

Face à cette montée de l'infodémie, l'OMS a décidé d'organiser des conférences de presse sur la riposte à la COVID-19 trois fois par semaine et a combiné ces conférences avec une forte présence sur les réseaux sociaux et des efforts de sensibilisation.

CHAPITRE 3 | LES DIMENSIONS DE LA DIPLOMATIE EN SANTÉ MONDIALE

Les efforts de la diplomatie mondiale en matière de santé peuvent être mieux compris en décomposant ce domaine en sept dimensions :

Les sept dimensions de la diplomatie de la santé mondiale

- Négocier pour promouvoir la santé et le bien-être face à d'autres intérêts
- Etablir de nouveaux mécanismes de gouvernance en faveur de la santé et du bien-être
- Créer des alliances pour améliorer les résultats en matière de santé et de bien-être
- Etablir et gérer les relations avec les donateurs et les parties prenantes
- Répondre aux crises de santé publique
- Améliorer les relations entre les pays par le biais de la santé et du bien-être
- Contribuer à la paix et à la sécurité



3.1 Négocier pour promouvoir la santé et le bien-être face à d'autres intérêts

La diplomatie de la santé mondiale à l'OMS revêt une importance particulière car c'est la seule organisation internationale qui établit des normes ou des standards et qui peut adopter des traités. Défendre les intérêts de la santé face à d'autres intérêts – comme ce fut le cas, par exemple, lors de la négociation de la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac (adoptée en 2003) – est une question hautement politique et sensible qui nécessite une préparation minutieuse. Il est important de disposer de faits et faire preuve de prévoyance et de discernement afin de s'assurer que les considérations politiques à court terme et les intérêts commerciaux ne compromettent pas la priorité accordée aux aspects sanitaires du développement durable. La pandémie de COVID-19 a

démonstré que, dans le cadre d'un mandat fort, les institutions internationales telles que l'OMS, disposent également d'outils solides pour répondre aux crises sanitaires. Si ce n'était pas le cas, des intérêts géopolitiques et nationaux risqueraient de faire obstacle à des solutions profitables à tous les pays. Avant tout cycle de négociations sur la santé mondiale, il est ainsi essentiel que les diplomates évaluent les intérêts en jeu et se préparent pour être en mesure de les aborder de manière stratégique.

Quatre exemples de négociations diplomatiques sur la santé mondiale particulièrement difficiles en raison de l'intérêts politiques, économiques et commerciaux en jeu sont présentés ci-dessous :

La transparence des prix des médicaments : L'adoption, en mai 2019, de la résolution historique WHA72.8 de l'Assemblée mondiale de la Santé sur l'amélioration de la transparence des marchés des médicaments, vaccins et autres produits de santé n'a été obtenue qu'après une série de négociations très difficiles, un groupe d'États membres s'étant retiré du cycle final pour des raisons de fond et de processus. La résolution charge les États membres et l'OMS de créer des systèmes permettant de collecter et de partager des informations sur les prix, les ventes, les brevets, les coûts de recherche et développement (R&D) des secteurs public et privé, les subventions à la R&D, etc. (voir l'[étude de cas 1](#)).

La santé des réfugiés et des migrants : Les États membres de la 72^e Assemblée mondiale de la santé ont pris connaissance du document « Promouvoir la santé des réfugiés et des migrants : Projet de plan d'action mondial, 2019–2023 ». Après un long débat, qui reflétait l'évolution du paysage politique, et avec le ton souvent chargé d'émotion des discussions en cours sur les migrations, les points de vue opposés des délégations n'ont pu être conciliés, alors que l'intention initiale était de parvenir à une résolution. Le résultat final était le seul acceptable pour certains pays qui ne se sentaient pas prêts à accepter des obligations au titre du plan d'action proposé, s'il avait été adopté.

La propriété intellectuelle : Une grande partie de la diplomatie mondiale en matière de santé sur cette question se déroule dans des forums « non sanitaires » tels que l'OMC, un exemple notable étant les cycles de négociations qui ont abouti à l'accord de 1995 sur les accords liés aux droits de propriété intellectuelle qui touchent au commerce (accord ADPIC), au cours desquels les besoins de santé publique ont dû être défendus face aux intérêts politiques, économiques et commerciaux.

Réponse à la pandémie de COVID-19 : Il est devenu de plus en plus difficile de parvenir à un accord sur des mesures collectives en réponse à la pandémie dans des lieux de négociation

politique tels que le G7 ou le G20, notamment en raison des tensions géopolitiques entre la Chine et les États-Unis, et aussi de l'attitude critique de l'administration aux États-Unis à l'égard de l'OMS à ce moment là.

Ressources

Bernes TA. COVID-19: the failure of G20. In: Centre for International Governance Innovation [website]. Waterloo, Canada: Centre for International Governance Innovation; 2020 (<https://www.cigionline.org/articles/covid-19-failure-g20>, consulté le 14 septembre 2020).

Severoni S, Kosinska M, Immordino P, Told M, Kökény M, editors. Health diplomacy: spotlight on refugees and migrants. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2019 (<http://www.euro.who.int/en/publications/abstracts/health-diplomacy-spotlight-on-refugees-and-migrants-2019>, consulté le 14 septembre 2020).

Watal J, Taubman A, editors. The making of the TRIPS Agreement: personal insights from the Uruguay Round negotiations. Geneva: World Trade Organization; 2015 (https://www.wto.org/english/res_e/publications_e/trips_agree_e.htm, consulté le 14 septembre 2020).

3.2 Établir de nouveaux mécanismes de gouvernance en faveur de la santé et du bien-être

Au tournant du XXI^e siècle, de nouvelles organisations ont été créées dans le domaine de la santé mondiale, telles que l'ONUSIDA, le Fonds mondial et l'Alliance Gavi, qui jouissent aujourd'hui d'un statut considérable. L'émergence de ces nouvelles organisations a été rendu possible par des négociations entre les pays et d'autres partenaires à l'OMS, à l'ONU, au G7 et au G20, qui ont abouti à un accord sur la création de ces organisations, et sur leurs mécanismes respectifs de financement et de gouvernance. Ces organisations ont souvent été créées parce que l'OMS ne pouvait ou ne voulait pas, à l'époque, remplir les fonctions correspondantes, mais elles ont contribué, sans le vouloir, à la fragmentation de la gouvernance mondiale de la santé. Beaucoup d'acteurs de la communauté internationale craignent aujourd'hui la création de nouvelles organisations mondiales de la santé.

Deux grandes tendances sont apparues ces dernières années. Tout d'abord, l'architecture traditionnelle de la santé mondiale a été délaissée au profit de nouveaux espaces et mécanismes politiques, tels que les forums des Nations Unies, les sommets économiques et politiques régionaux,

les grandes conférences sur d'autres priorités mondiales (climat, urbanisation, action humanitaire), les initiatives du Sud et la définition de l'agenda par les revues de santé mondiale (voir **chapitre 2**). Ensuite, les processus de gouvernance ont changé : les négociations sont menées par un réseau de plus en plus souple de partenariats, d'alliances et de coalitions (tels que des partenariats public-privé spécialisés et des ONG faitières).

Au sein des organisations intergouvernementales, de nouvelles modalités de gouvernance ont été négociées par les pays membres. Par exemple, les États membres de l'OMS ont modifié le règlement intérieur du Conseil exécutif et les modalités d'élection du Directeur général. Ils ont également renforcé le rôle opérationnel de l'Organisation par la création d'un nouveau programme de réponse aux urgences sanitaires. Il s'agit là de processus importants de diplomatie sanitaire mondiale, dans la mesure où ils modifient les modalités de prise de décision sur le long terme.

De nombreux appels ont déjà été lancés en faveur d'une refonte complète des mécanismes de gouvernance en matière de santé mondiale afin de garantir une coopération et une utilisation des fonds plus efficaces. Certaines propositions impliquent un renforcement, d'autres au contraire appellent à un affaiblissement de l'OMS et de son mandat. Réconcilier ces tendances souvent opposées sera un domaine clé de la diplomatie de la santé mondiale dans les années à venir.

3.3 Créer des alliances à l'appui des résultats en matière de santé et de bien-être

Les alliances sont formées pour un bénéfice mutuel ou pour atteindre un objectif commun, qu'un



accord explicite ait été conclu ou non entre les différents membres. Les alliances dans le domaine de la santé mondiale peuvent inclure des alliances politiques. Par exemple, en 2019, la France et l'Allemagne ont créé l'Alliance pour le multilatéralisme, qui vise à rassembler tous ceux qui croient qu'une coopération multilatérale forte et efficace, fondée sur les objectifs et les principes de la Charte des Nations unies, le droit international et la justice, est indispensable pour garantir la paix, la stabilité et la prospérité. L'Alliance en question a publié une déclaration forte pour soutenir l'OMS dans le contexte de la pandémie de COVID-19. Des alliances plus anciennes peuvent également contribuer à faire avancer les programmes : par exemple, le Mouvement des non-alignés, un groupe créé en 1961 et actuellement composé de plus de 120 pays à revenu limité qui ne sont officiellement alignés avec ou contre aucun bloc géopolitique majeur, a joué un rôle important dans les négociations qui ont abouti à l'adoption du Cadre de préparation en cas de grippe pandémique en 2011.

Les pays ayant des intérêts communs ont utilisé un système de « politique des blocs » pour organiser leurs efforts dans le cadre des Nations Unies. Les États membres se regroupent souvent en un groupe régional au sein duquel il existe un consensus pour défendre une position commune lors des votes à l'Assemblée mondiale de la santé ou à l'Assemblée générale des Nations unies. Il existe cinq groupes régionaux à l'ONU : le groupe des États d'Afrique, le groupe des États d'Asie et du Pacifique, le groupe des États d'Europe orientale, le groupe des États d'Amérique latine et des Caraïbes (GLAC) et le groupe des États d'Europe occidentale et autres États. La corrélation des votes varie selon les régions et dépend du type de résolution soumise au vote. L'UE agit généralement comme un bloc unifié lors des votes à l'Assemblée mondiale de la Santé ou à l'Assemblée générale. Bien que l'UE n'ait pas de droit de vote en tant que tel, sa délégation est autorisée à parler au nom de l'ensemble du bloc aux Nations unies. Les pays membres de l'UE peuvent exprimer leurs points de vue individuels, mais ils alignent fortement leur vote sur la position consensuelle de l'UE.

Des alliances sanitaires aux formes très diverses ont été créées au cours des deux dernières décennies — souvent liées à des maladies spécifiques, comme dans le cas de l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite lancée en 1988, qui compte en 2021 six partenaires principaux. Les alliances offrent des avantages distincts en termes de mise en commun des ressources et des capacités. L'une des plus connues est l'Alliance Gavi, créée en 2000. Gavi contribue aujourd'hui à la vaccination de près de la moitié des enfants dans le monde, ce qui lui confère un pouvoir considérable pour négocier des prix de vaccins abordables pour les pays les plus pauvres et pour éliminer les risques commerciaux qui dissuadaient auparavant les fabricants de desservir ces pays. Les alliances sont nécessaires pour s'attaquer aux problèmes de santé publique que les organisations travaillant seules ont du mal à résoudre. En outre, les cibles liées à la santé dans le cadre des ODD offrent une occasion unique de créer des alliances susceptibles d'influer sur les déterminants de la santé. L'interface entre le changement climatique et la santé est ainsi apparue comme un domaine prioritaire. L'Alliance mondiale pour le climat et la santé a été lancée à Durban, en Afrique

du Sud, en 2011 pour lutter contre le changement climatique et protéger ou promouvoir la santé publique. Elle comprend des organisations de santé et de développement du monde entier, réunies par une vision commune d'un avenir équitable et durable.

L'Alliance mondiale pour les personnels de santé a été créée en 2006 pour coordonner l'engagement des parties prenantes multisectorielles qui cherchent à résoudre la crise des ressources humaines dans le domaine de la santé. Rassemblant des gouvernements nationaux, des membres de la société civile, des agences internationales, des institutions financières, des chercheurs, des éducateurs et des associations professionnelles, l'Alliance a pu, au cours des 10 années de son mandat, susciter une volonté politique et des actions concrètes. A la fin de son mandat en 2016, elle est devenue le Réseau mondial des personnels de santé.

Des groupes de pays ou des défenseurs de la santé au niveau national se sont également réunis pour lancer des initiatives telles que les Amis de l'OMS ou les Amis du Fonds mondial. Un exemple d'alliance pour la santé mondiale créée au niveau national est l'Alliance allemande pour la santé, qui compte plus de 100 partenaires issus de la quasi-totalité des secteurs: le secteur privé et l'industrie, les ONG, la société civile et les fondations, la science et l'université...

Une analyse récente a montré que 80% des alliances mondiales pour la santé réussissent dans leur travail. Un facteur clé de réussite est de parvenir à un bon équilibre entre participation et efficacité. Les alliances réussies ont tendance à encourager la contribution et la consultation de toutes les parties, sans nécessairement les impliquer toutes dans de longs processus décisionnels. De nombreuses alliances sont créées pour une courte période afin de travailler à un objectif spécifique; d'autres prennent la forme de réseaux plus souples – par exemple, le Centre de santé mondiale de Genève a été créé en 2016 par un groupe d'ONG internationales cherchant à être plus entendues en travaillant ensemble.

Encadré 4: La diplomatie scientifique rencontre la diplomatie sanitaire : exemples récents

La science joue un rôle essentiel dans la diplomatie de la santé. L'interface étroite entre la diplomatie scientifique et la diplomatie sanitaire s'avère de plus en plus importante pour la promotion de la santé mondiale. En termes généraux, la « diplomatie scientifique » désigne l'utilisation de la science, y compris ses méthodes et ses résultats, à des fins de diplomatie bilatérale ou multilatérale. Elle consiste à placer la science au centre des efforts diplomatiques visant à établir ou à maintenir des relations et à définir ou à atteindre des objectifs de politique étrangère ou multilatérale. La diplomatie scientifique devrait idéalement s'inscrire dans le cadre d'une interface plus large entre la politique, la société et la science. Ce type de diplomatie a gagné en popularité

au cours des deux dernières décennies en raison de la rapidité du progrès technologique et de l'importance de la science pour relever les défis mondiaux tels que le changement climatique, la fracture numérique ou les pandémies. La récente épidémie de COVID-19 et la pression qui en a résulté pour développer un vaccin ont largement contribué à placer la science au centre des affaires mondiales.

La politique étrangère et la politique scientifique sont de plus en plus imbriquées, notamment en raison des progrès réalisés dans le domaine de la santé et des sciences médicales. Toutefois, d'autres domaines scientifiques, tels que le changement climatique ou l'intelligence artificielle, requièrent également l'attention des responsables de la politique étrangère. Les compétences diplomatiques et la culture scientifique (dans certains cas également l'expertise) sont toutes deux devenues essentielles à la conception et à l'exécution de la politique étrangère.

La définition de la diplomatie scientifique proposée par l'Association américaine pour l'avancement de la science (*American Association for the Advancement of Science*) reconnaît le fait que si les décisions de politique étrangère peuvent être éclairées par des preuves scientifiques, elles sont aussi, voire surtout, motivées par des valeurs, une éthique, une économie et des aspirations au leadership. Compte tenu de la diversité croissante des acteurs (non étatiques) et des possibilités offertes par la numérisation et les médias sociaux, le terrain de jeu de la diplomatie scientifique est devenu de plus en plus complexe – tout comme la diplomatie de la santé mondiale. Compte tenu de la montée des tensions géopolitiques et des tendances nationalistes, il est nécessaire de disposer d'un ensemble solide de valeurs, de principes et de normes si l'on veut exploiter pleinement le potentiel de la diplomatie scientifique. La déclaration de Madrid sur la diplomatie scientifique publiée en 2019 est une réponse ambitieuse à ce besoin éthique.

Un développement relativement récent de la diplomatie scientifique est le nombre croissant d'alliances établies pour promouvoir la science et l'innovation pour la santé mondiale. Deux exemples récents illustrent les nouveaux types d'alliances qui voient le jour pour aider la communauté scientifique à répondre aux grands défis sanitaires. L'idée de base est que la science (comme la santé) doit être considérée comme un bien public mondial, avec un accès juste et équitable pour tous. Afin de permettre à tous de partager les avancées scientifiques et leurs bénéfices, le concept de science ouverte (méthodes ouvertes, source ouverte, accès ouvert, données ouvertes, etc.) doit être au centre de la diplomatie. Les diplomates engagés dans des négociations doivent également respecter et défendre la liberté et l'indépendance des scientifiques.

COVID-19 : Plusieurs nouvelles alliances ont été créées à la suite de la pandémie de COVID-19, notamment pour faciliter le développement d'un vaccin. L'Accélérateur d'accès aux outils COVID-19 (ACT-A), par exemple, est une collaboration mondiale d'organisations et de gouverne-

ments qui s'efforcent non seulement d'accélérer le développement et la production de tests, de traitements et de vaccins, mais aussi de faciliter un accès équitable à ces produits de santé. Le pilier vaccins de l'accélérateur ACT-A, appelé COVAX, est dirigé conjointement par Gavi, l'Alliance pour du vaccin, la Coalition pour les innovations en matière de préparation aux épidémies (CEPI) et l'Organisation mondiale de la santé (OMS). L'objectif de COVAX est d'accélérer le développement et la fabrication des vaccins COVID-19, et de garantir un accès juste et équitable pour tous les pays du monde. Il s'agit d'un exemple clé de diplomatie multi-acteurs dans lequel l'Alliance Gavi, CEPI et l'OMS travaillent avec des laboratoires pharmaceutiques, y compris ceux qui sont basés dans les pays à revenu limité.

Les résistances aux antimicrobiens (AMR) : En 2020, plus de 20 grandes sociétés pharmaceutiques ont lancé le Fonds d'action contre les AMR afin de combler le déficit actuel de financement pour le développement de nouveaux antibiotiques. Le concept du Fonds a été élaboré par la Fédération internationale de l'industrie du médicament (FIIM), la Table ronde des PDG de l'industrie pharmaceutique et plusieurs grandes sociétés et fondations biopharmaceutiques, en collaboration avec l'OMS, la Banque européenne d'investissement et le Wellcome Trust. Le Fonds cherche à forger des partenariats avec des institutions et des organisations philanthropiques afin d'améliorer et d'accélérer le développement des antibiotiques. Il travaillera également avec les gouvernements pour garantir un approvisionnement durable en nouveaux antibiotiques.

Ressources

Gavi, the Vaccine Alliance (2020). What is the COVAX pillar, why do we need it and how will it work? [website]. (<https://www.gavi.org/vaccineswork/gavi-ceo-dr-seth-berkeley-explains-covax-pillar>, consulté le 12 octobre 2020).

IFPMA (2020). The AMR Action Fund [website]. (<https://www.ifpma.org/partners-2/the-amr-action-fund>, consulté le 12 octobre 2020).

3.4 Établir et gérer les relations avec les donateurs et les parties prenantes

Comme cela a été expliqué au **chapitre 2**, une grande partie de la diplomatie en matière de santé mondiale est désormais une diplomatie multi-acteurs. Cela signifie que des relations doivent être établies et entretenues avec un large éventail d'acteurs dans l'arène de la santé mondiale. De nombreuses organisations de santé mondiale ont des règles et des exigences particulières pour

l'établissement de ces relations : l'OMS, par exemple, dispose du Cadre de collaboration avec les acteurs non étatiques (FENSA). La **diplomatie multi-acteurs** évolue rapidement, non seulement en tant que composante stratégique transversale des relations internationales, mais aussi en termes de nombre d'acteurs impliqués dans la santé mondiale. Les parties prenantes, qui vont des gouvernements aux entreprises en passant par les organisations de la société civile et les fondations, jouent un rôle influent à différents stades et niveaux de la diplomatie en matière de santé mondiale.

Cette complexité exige une analyse et une évaluation approfondies des intérêts et des besoins de chaque partie prenante, afin que les diplomates puissent agir efficacement dans des environnements aussi divers. Il convient de prêter attention à la manière dont les nombreuses parties prenantes interagissent et gèrent leurs rôles et responsabilités aux différents stades des processus de négociation, et à la manière dont elles équilibrent leurs exigences, leurs attentes et leurs responsabilités. Les conflits d'intérêts doivent toujours être pris en considération et rendus transparents.

Toutes les organisations de santé mondiale entretiennent une relation particulière avec les principaux **donateurs**, qui peuvent être des pays, d'autres organisations ou des fondations privées. Les donateurs attendent de plus en plus une collaboration cohérente, responsable et transparente entre les différentes parties prenantes avant d'être prêts à engager des fonds. L'un des principaux défis de la diplomatie en matière de santé mondiale consiste donc à expliquer la raison d'être des investissements potentiels et à clarifier la nature et la durée des retours sur investissement que l'on peut attendre. Les dossiers d'investissement sont de plus en plus souvent abordés au début d'une négociation de financement. Les donateurs peuvent bien sûr aussi tenter d'exercer des pressions sur les organisations et chercher à influencer leurs programmes ou leurs politiques. L'OMS en particulier, en raison de son financement inégal (seuls 20% de son budget proviennent de contributions régulières), doit veiller à protéger son indépendance. Le risque d'influence malvenue de la part des donateurs (qu'il s'agisse de pays ou de grandes organisations philanthropiques), ainsi que l'imprévisibilité que peut créer une dépendance excessive, restent une préoccupation majeure dans le domaine de la santé mondiale.

Les négociations menées lors d'une série de conférences internationales très médiatisées au cours de la première décennie du XXI^e siècle ont abouti à une augmentation significative des flux d'aide publique au développement (APD), qui a notamment bénéficié au financement de la santé. En 2002, la Conférence internationale sur le financement du développement, qui s'est tenue à Monterrey, au Mexique, a fixé des objectifs fermes pour chaque donateur et a annoncé une reprise des flux d'APD après une décennie de déclin. En 2005, lors du sommet du Groupe des Huit qui s'est tenu à Glen-eagles, en Écosse (Royaume-Uni), et du Sommet du Millénaire + 5 qui s'est tenu au siège des Nations unies, les donateurs ont pris de nouveaux engagements pour augmenter le niveau de l'aide fournie. Quinze ans plus tard, l'affaiblissement du multilatéralisme se reflète dans la réticence ac-

crue de certains pays à revenu élevé à fournir une aide publique (APD) à la santé. Bien qu'il y ait eu une résurgence de court terme en réponse aux besoins des pays à revenu limité pour lutter contre la pandémie de COVID-19, ainsi que pour la recherche d'un vaccin, de nombreux autres domaines du développement sanitaire ont subi une diminution de la mobilisation financière.

Les approches verticales sont très attrayantes pour les donateurs, mais elles peuvent entraver les efforts visant à atteindre des objectifs systémiques tels que la couverture sanitaire universelle ou l'amélioration des capacités de préparation et de réaction aux crises sanitaires. Les parlements des pays donateurs préfèrent approuver des fonds pour des programmes d'aide qui poursuivent des objectifs très spécifiques. C'est pourquoi la collaboration avec l'Union interparlementaire pour alerter les parlements nationaux sur les priorités en matière de santé mondiale est une nouveauté très importante dans la diplomatie de la santé mondiale.

L'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) donne régulièrement un aperçu de l'aide publique qui favorise et vise spécifiquement le développement économique et le bien-être des pays à revenu limité. Le Comité d'aide au développement (CAD) de l'OCDE a adopté l'APD comme « étalon-or » de l'aide étrangère en 1969 et, à ce jour, elle reste la principale source de financement du développement. L'aide fournie comprend des subventions, des prêts « à taux réduit » et une assistance technique. Les prêts à taux réduit sont ceux pour lesquels le don représente au moins 25 % du total. Dans le domaine de la coopération au développement, la plupart des négociations relatives à l'APD portent sur l'aide bilatérale, bien que les pays augmentent régulièrement leurs contributions à l'aide multilatérale en appuyant les organisations du système des Nations Unies, la Banque mondiale et les agences sanitaires spécialisées, telles que l'Alliance Gavi et le Fonds mondial. Certains changements sont intervenus dans les priorités de financement : par exemple, la Norvège a lancé une stratégie mondiale en novembre 2019 pour aider à combattre les maladies non transmissibles dans les pays à revenu limité, redynamisant ainsi un domaine de financement négligé.

Les membres du Comité d'aide au développement de l'OCDE se sont accordés sur l'objectif de consacrer 0,7 % du revenu national brut d'un donateur à l'APD, même si très peu ont effectivement atteint cet objectif. Le Royaume-Uni est le seul grand pays donateur à avoir atteint le niveau de dépenses recommandé, aux côtés d'un groupe de pays plus petits comme le Danemark, le Luxembourg, la Norvège et la Suède, qui respectent également cet engagement. Les États-Unis ont annoncé en avril 2020 leur décision (finalement avortée) de ne plus financer l'OMS, tandis que l'Allemagne a considérablement augmenté sa contribution. La négociation du financement de l'OMS sera un domaine clé de la diplomatie de la santé mondiale dans les années à venir.

Les négociations sur le financement de la santé mondiale portent de plus en plus sur l'allègement

de la dette, les prêts et les investissements directs étrangers. C'est l'une des raisons pour lesquelles les réunions conjointes des ministres de la santé et des finances sont essentielles pour la diplomatie de la santé mondiale.

Des partenariats sont également négociés avec le secteur privé – par exemple, par l'Alliance Gavi pour garantir que le prix des vaccins soit abordable. Le financement prévisible de Gavi et la mise en commun de la demande ont incité l'industrie pharmaceutique à mettre en place une politique de prix différenciés, selon laquelle les pays à faible revenu doivent payer moins que les pays à revenu plus élevé pour le même produit. Par le biais de COVAX, le mécanisme de mise en commun des vaccins pour COVID-19, l'Alliance Gavi s'efforce maintenant de négocier un nouveau mécanisme financier.

Deux domaines dans lesquels la diplomatie en santé mondiale joue un rôle crucial dans l'obtention de financements sont décrits ci-dessous :

La couverture sanitaire universelle : Des investissements à grande échelle sont nécessaires de la part des secteurs public et privé pour garantir un accès équitable aux services de santé. La « santé numérique » représente par ailleurs une opportunité économique majeure pour les deux secteurs. Gérer les opportunités et les risques multi-acteurs découlant de la tentative d'équilibrer les intérêts économiques et la solidarité sociale (et mondiale) est un défi majeur de la diplomatie de la santé mondiale. Les auditions multi-acteurs organisées à l'ONU en vue de la réunion de haut niveau sur la couverture sanitaire universelle en 2019 – sur le modèle des négociations multi-acteurs sur les ODD – en sont un exemple. La toute première réunion entre les ministres de la santé et des finances du G20, qui s'est tenue en marge du sommet du G20 à Osaka, au Japon, en juin 2019, a constitué une autre étape importante (voir l'**étude de cas 2**).

Reconstitution des fonds pour la santé mondiale : Un autre défi important de la diplomatie de la santé mondiale est la reconstitution des fonds de quatre grandes plateformes de financement : le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme ; Gavi, l'Alliance du vaccin ; le Mécanisme de financement mondial pour les femmes, les enfants et les adolescents (GFF) ; et l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite. La négociation du dispositif de reconstitution des ressources financières est une occasion particulièrement intéressante pour les chefs d'État et de gouvernement de s'engager dans une diplomatie de prestige. Un exemple notable est la campagne française visant à obtenir la reconstitution du Fonds mondial en 2018 et 2019. S'impliquer dans de telles négociations intéresse également les donateurs, car cela leur donne une grande visibilité et leur permet d'atteindre une grande diversité d'acteurs de la santé mondiale, tels que les gouvernements, les fondations, la société civile et les entreprises.

Ressources

Santé – Lancement de la campagne de reconstitution du Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme. Dans : France, Ministère de l'Europe et des Affaires étrangères [site web]. Paris : Ministère de l'Europe et des Affaires étrangères ; 2018 (<https://www.diplomatie.gouv.fr/fr/politique-etrangere-de-la-france/developpement/priorites-sectorielles/la-sante/actualites-et-evenements-lies-a-la-sante/article/sante-lancement-de-la-campagne-de-reconstitution-du-fonds-mondial-de-lutte> , consulté le 14 septembre 2020).

3.5 Réagir aux crises de santé publique

La **diplomatie de crise** a été définie comme l'ensemble des interactions entre États (et d'autres acteurs) tenues sous une menace accrue de changement systémique. À mesure que l'interdépendance et l'intégration mondiales augmentent, la diplomatie de la santé est utilisée de plus en plus souvent pour faire face aux crises sanitaires locales, régionales et mondiales. Ces dernières années, le système international a connu toute une série de crises découlant principalement de la politique de puissance, des intérêts économiques et stratégiques et de la mondialisation. Les crises mondiales de santé publique appartiennent à cette dernière catégorie.

La diplomatie sanitaire multilatérale est pratiquée depuis le XIX^e siècle, notamment lors des grandes pandémies de choléra. Cependant, la diplomatie de crise sanitaire « moderne » est apparue au début des années 2000, lorsque l'épidémie de VIH, une menace sanitaire transfrontalière mondiale, a été inscrite à l'ordre du jour de l'Assemblée générale et du Conseil de sécurité des Nations Unies, notamment dans la déclaration d'engagement sur le VIH/sida « Crise mondiale – Action mondiale », adoptée le 27 juin 2001 lors de la session spéciale de l'Assemblée générale sur le VIH/sida (UNGASS). La coopération multilatérale et la diplomatie ont également permis de lutter efficacement contre la tuberculose et le paludisme, et ont ouvert la voie à des campagnes de vaccination à grande échelle dans des environnements fragiles. Au cours des vingt dernières années, les épidémies de grippe aviaire, de syndrome respiratoire aigu sévère (SRAS), de syndrome respiratoire du Moyen-Orient (MERS), d'Ebola et de COVID-19 ont posé de nouveaux défis à l'ordre multilatéral international, aux organisations internationales et à la diplomatie de crise en général.

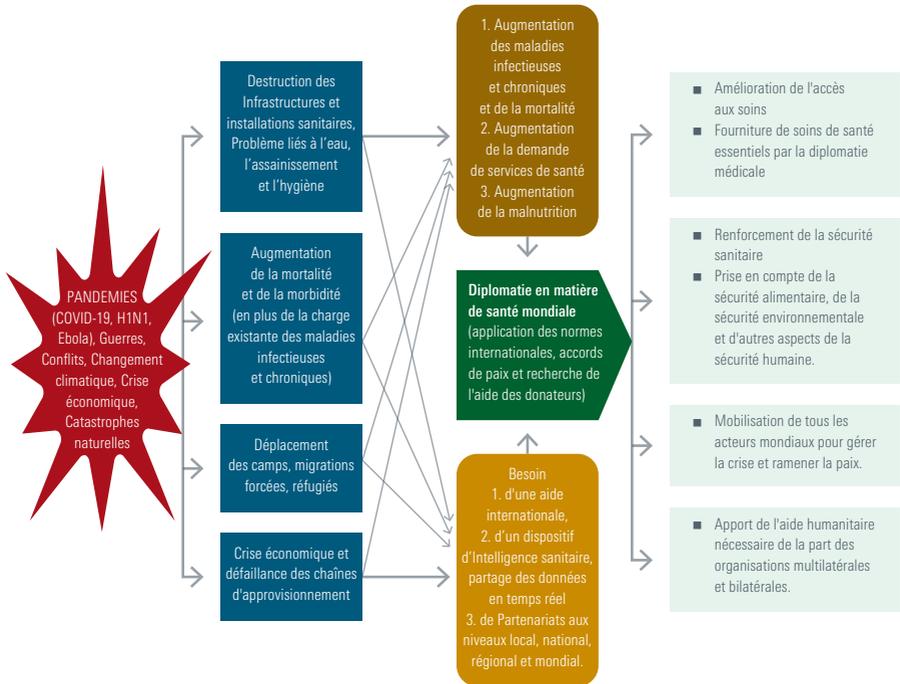
L'épidémie de SRAS qui a touché plus de 25 pays en 2003 a été un signal d'alarme pour le système international. Face à cette épidémie, le Règlement sanitaire international (RSI) révisé a été négocié et finalement approuvé en 2005 comme cadre international juridiquement contraignant par tous les États membres de l'OMS (voir également le **chapitre 5**). En adoptant le RSI révisé, les États mem-

bres se sont engagés à signaler à l'OMS toute flambée de maladie susceptible de devenir une menace pour la santé publique mondiale.

En moins de dix ans, la diplomatie sanitaire a été confrontée à l'incapacité des pays et des organismes internationaux à réagir efficacement à la première épidémie d'Ebola, qui a débuté en Afrique de l'Ouest au début de 2014. Parmi les traits saillants de cette crise, citons : le long délai avant qu'elle ne soit reconnue comme une urgence de santé publique de portée internationale et que le comité d'urgence du RSI (2005) ne soit convoqué en conséquence ; le rôle clé joué par l'ONG Médecins sans frontières pour attirer l'attention du monde sur la crise et organiser des interventions précoces dans les pays touchés par l'épidémie ; et le manque de coordination entre les pays touchés lors de la prise de décisions ayant des implications économiques et politiques, comme la fermeture des frontières nationales.

Des efforts bilatéraux et multilatéraux ont été entrepris pour soutenir les pays dans leur lutte contre l'épidémie en Afrique et pour éviter qu'elle ne se transforme en pandémie mondiale. Le secrétaire général des Nations Unies a nommé un envoyé spécial pour Ebola, tandis que des ambassadeurs ad hoc ont été désignés par un certain nombre de pays et par l'UE pour mener une diplomatie de crise. Le Conseil de sécurité des Nations Unies a adopté la résolution 2177 (2014) sur l'épidémie d'Ebola et son impact en Afrique et au-delà. La diplomatie de crise a porté sur des questions aussi diverses que l'aide multilatérale et bilatérale, la fermeture des frontières, la mise en commun des informations scientifiques, ainsi que la conception et le développement de médicaments et de vaccins. Une fois l'épidémie terminée, les diplomates de la santé ont appelé à un renforcement du RSI (2005), à la création d'un fonds d'urgence et à la mise en place d'un personnel d'urgence sanitaire mondial (résolutions A68/22, A68/24, A68/26 et A68/27 de l'Assemblée mondiale de la santé). Un programme d'urgences sanitaires de l'OMS a été créé en 2016 à la demande de l'Assemblée mondiale de la Santé. Les enseignements les plus importants de l'épidémie d'Ebola pour la gestion des crises sanitaires ont été la nécessité pour les pays de s'acquitter efficacement de leurs obligations au titre du RSI (2005) et l'urgente nécessité de donner à l'OMS les moyens de surveiller l'application du RSI (2005) et de promouvoir la transparence des données relatives à la santé. La crise de COVID-19 a montré clairement que ces leçons n'ont pas été pleinement prises en compte.

Le rôle essentiel de la diplomatie sanitaire mondiale dans la gestion des crises



Source : Chattu & Chami (2020)

3.6 Améliorer les relations entre les pays par la santé et le bien-être

Le « soft power » désigne la capacité d'un pays à influencer les actions des autres sans recourir à la force ou à la coercition. Le recours à l'aide sanitaire dans le cadre de la politique étrangère est une stratégie de soft power largement utilisée par laquelle le pays donateur peut affirmer son influence. Ainsi, Tommy G. Thompson, ancien secrétaire américain à la santé et aux services sociaux, a soutenu il y a plus de 15 ans que la diplomatie médicale était « un moyen de faire avancer les causes de l'Amérique dans le monde » qui pouvait accomplir beaucoup plus que l'utilisation ou la projection de la puissance militaire (Iglehart, 2004).

Des initiatives antérieures, telles que le lancement de programmes de vaccination (« **diplomatie vaccinale** ») pour lutter contre la mortalité infantile dans les pays d'Amérique centrale et d'Afrique, ont valu aux États-Unis beaucoup de confiance et de respect dans le monde entier (voir également

la **section 13.2**). Le Plan d'urgence du président des États-Unis pour la lutte contre le sida (PEPFAR) a investi plus de 85 milliards de dollars dans la lutte mondiale contre le VIH/sida depuis son lancement en 2003, ce qui représente l'engagement financier le plus important jamais consenti par un pays pour lutter contre une seule maladie. De même, Cuba et la Chine ont, pendant de nombreuses décennies, renforcé leur position internationale par la « diplomatie médicale » en envoyant du personnel médical dans les pays en développement et en soutenant l'enseignement médical. Dans le cadre de l'initiative « Ceinture et route » officiellement lancée en 2013, la Chine développe une approche appelée « Route de la soie de la santé » (voir **encadré 5**). Plus récemment, la « diplomatie des masques » de la Chine dans la première période de la pandémie de COVID-19 a attiré beaucoup d'attention, notamment en Europe et en Amérique latine.

Encadré 5 : L'initiative chinoise « Ceinture et Route » et sa pertinence pour la santé

L'initiative chinoise ceinture et route (Belt and Road Initiative, BRI), souvent appelée « la nouvelle route de la soie », a jusqu'à présent été analysée principalement dans ses dimensions politiques et économiques. La santé constitue toutefois une dimension supplémentaire importante en raison de la manière dont elle sous-tend le développement économique, les déterminants transfrontaliers et la coopération internationale. Du point de vue de la diplomatie et de la gouvernance de la santé, plusieurs aspects de la BRI méritent d'être soulignés.

Les projets lancés dans le cadre de l'Initiative se situent à l'intersection des politiques commerciales, économiques, de transport et environnementales. En outre, le concept global de la BRI est fortement ancré dans les politiques étrangères, de développement et d'investissement des pays partenaires de cette initiative. La santé a sa propre interface avec tous les secteurs susmentionnés – elle peut donc potentiellement servir de catalyseur de soft power pour connecter et engager les pays.

Des domaines aussi importants que les maladies transmissibles, la sécurité sanitaire, les modes de vie sains, les substances illicites et la sécurité routière ne manqueront pas d'être affectés par la circulation accrue des personnes, des informations, des biens et des services le long de la route. Il sera également possible de développer le commerce des produits, services et technologies de santé, d'établir des laboratoires transfrontaliers pour renforcer la sécurité sanitaire et de fonder des pôles de soins pour attirer le tourisme médical. Une coopération internationale, des négociations et une diplomatie accrues seront nécessaires pour gérer ces nouvelles pressions et opportunités pour la santé transfrontalière et la santé publique en général.

De nouvelles formes de dialogue et de coopération en matière de recherche et de partage des

connaissances sont aussi en cours d'élaboration. Des réseaux de coopération pour la recherche sur les politiques de santé, la santé publique et les ressources humaines ont été lancés, tout comme des alliances hospitalières et universitaires de l'initiative « Ceinture et Route ». Un tout nouveau concept de « Route de la soie de la santé » a été présenté en 2017 lors d'une réunion internationale de haut niveau avec la participation de l'OMS – un concept qui revêt aujourd'hui encore plus d'importance en raison de la pandémie de COVID-19. La communication et le dialogue en matière de santé sont également susceptibles d'être renforcés par la stratégie de la Route de la soie numérique qui a été lancée en parallèle.

Les institutions et mécanismes régionaux soutenant la BRI constituent un autre canal essentiel de la diplomatie sanitaire. Cela se manifeste par la position de santé publique adoptée par les organisations politiques et économiques dont les membres participent également à la BRI, comme la Coopération économique Asie-Pacifique, l'Organisation de coopération de Shanghai et l'Union économique eurasiennne. Les réunions des ministres de la santé de la Chine et des pays d'Europe centrale et orientale, ainsi que les forums annuels de haut niveau sur la coopération sanitaire sino-africaine, ont contribué au renforcement de la diplomatie sanitaire chinoise.

La diplomatie sera également essentielle pour gérer les risques associés. Les pays dont les systèmes de santé sont plus faibles pourraient avoir du mal à faire face aux effets sur la santé d'une augmentation des projets d'infrastructures, des mouvements transfrontaliers et du commerce – notamment la propagation de maladies infectieuses dans les régions où les taux de vaccination sont faibles, l'approvisionnement plus facile en tabac et en aliments malsains, les problèmes d'environnement et de sécurité routière – sans anticipation de leur part.

Les réalités changeantes du monde – changements de pouvoir au niveau mondial, tensions géopolitiques croissantes, affaiblissement des canaux traditionnels du multilatéralisme et crise de la COVID-19 – accentuent encore le rôle de la diplomatie sanitaire en lien avec les grands mouvements transnationaux tels que la BRI. La « diplomatie vaccinale » pratiquée par la Chine et d'autres pays (voir [section 13.2](#)) en est un exemple récent.

Bien qu'elle ne soit pas au cœur de la BRI, la santé est néanmoins un domaine important qui devra être pris en compte à mesure que l'Initiative avance. La diplomatie de la santé fera donc partie intégrante du cadre diplomatique global de l'Initiative. Une vision de la Route de la soie de la santé pourrait même contribuer à reconfigurer la BRI dans son ensemble – ce qui pourrait s'avérer nécessaire en raison des dommages importants causés aux économies et au climat multilatéral par la pandémie de COVID-19. La disponibilité et la distribution des vaccins pourraient jouer un rôle majeur

Dans le passé, les pays ont souvent été en mesure de travailler ensemble sur les défis de santé mondiaux dans le cadre d'organisations multilatérales, un exemple étant l'éradication de la variole, réalisée conjointement par l'Union soviétique et les États-Unis. De même, la Chine et les États-Unis ont tous deux contribué, avec l'OMS, à combattre l'épidémie d'Ebola en Afrique occidentale en 2014–2015. Pour citer un exemple au Moyen-Orient : la bousculade humaine ayant entraîné la mort de plus de 2000 pèlerins lors du hajj annuel à La Mecque en 2015 aurait pu dégénérer en une crise politique majeure entre la République islamique d'Iran et l'Arabie saoudite si les ministres de la santé des deux pays n'avaient pas utilisé avec succès une série d'options de « soft power ». À l'heure actuelle, les tensions géopolitiques font qu'il est très difficile de relever des défis communs par le biais de la diplomatie sanitaire mondiale, comme l'illustre la crise de la COVID-19. En outre, on craint de plus en plus que l'Aide au développement ne soit plus distribuée sur la base des priorités des ODD – notamment en ce qui concerne l'éradication de la pauvreté et le fait de ne laisser personne de côté – mais en fonction des priorités de la politique étrangère et d'intérêts économiques comme c'était le cas pendant la guerre froide.

3.7 Contribuer à la paix et à la sécurité

À l'intersection de la santé et de la paix, les efforts visant à atténuer les effets des conflits armés sur la santé comprennent les cessez-le-feu humanitaires – par exemple, pour permettre la tenue de campagnes de vaccination ou d'autres interventions sanitaires. Un bon exemple est la collaboration de l'UNICEF, de l'OMS et de l'Église catholique (rejoints plus tard par le Rotary International et le CICR) pour négocier divers cessez-le-feu au Salvador à partir de 1985, ce qui a permis de vacciner environ 300 000 enfants chaque année. Cet exemple a souvent été cité dans le cadre de la « diplomatie vaccinale ».

L'action de l'OMS en matière de sécurité sanitaire s'est développée, surtout ces derniers temps dans le contexte de la pandémie de COVID-19. Les efforts fructueux de l'Organisation pour lutter contre l'épidémie d'Ebola en République démocratique du Congo, qui a débuté en août 2018, ont longtemps été entravés par le fait que l'épidémie s'est produite dans une zone de guerre. Plusieurs agents de santé ont été tués par des rebelles dans cette région, et les établissements de santé et le personnel médical font de plus en plus l'objet d'attaques dans d'autres régions du pays touchées par un conflit militaire. Bien qu'aucune solution durable n'ait encore été trouvée, il devient plus clair pour la communauté sanitaire mondiale que, dans certaines situations de crise, la coopération avec les militaires peut être aussi importante que la coopération avec le secteur humanitaire. Les conflits armés et les violations des droits humains qui les accompagnent constituent un défi important pour la diplomatie sanitaire et humanitaire (voir **encadré 6**).

Le recours aux embargos et aux sanctions économiques, qui sont des outils de politique étrangère, reste une question très controversée dans la diplomatie en santé mondiale. Ils induisent une baisse de l'activité économique, mais aussi, souvent, génèrent un impact sanitaire important, notamment sur les groupes de population vulnérables et les civils innocents. Des propositions ont été faites pour trouver des moyens de garantir que cette « guerre économique » soit guidée par les principes du droit international humanitaire afin d'en atténuer les effets sur les civils. Cela implique de surveiller l'impact des sanctions, notamment en ce qui concerne la pureté de l'eau, la disponibilité de la nourriture et le contrôle des maladies infectieuses.

Encadré 6 : La diplomatie humanitaire et la santé

La diplomatie humanitaire vise à mobiliser le soutien et les ressources des citoyens et des gouvernements pour les opérations et les programmes humanitaires, et à faciliter des partenariats efficaces pour relever les défis et répondre aux besoins des communautés dans des contextes fragiles.

La Fédération internationale des sociétés de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge (FICR) est le plus grand réseau humanitaire du monde ; elle aide les communautés du monde entier à être plus sûres et plus saines, à répondre aux crises et à s'en relever plus efficacement. Fondée en 1919, la FICR comprend 192 Sociétés nationales de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge et est guidée par sept Principes fondamentaux : humanité, impartialité, neutralité, indépendance, volontariat, unité et universalité. Ces principes sous-tendent la diplomatie humanitaire de la FICR à tous les niveaux.

En s'engageant dans la diplomatie humanitaire, la FICR assume une responsabilité qui découle du rôle important des Sociétés nationales de Croix-Rouge et de Croissant-Rouge en tant qu'auxiliaires des pouvoirs publics dans le domaine humanitaire. Cette responsabilité reflète en outre le statut international de la FICR et la portée mondiale des activités humanitaires et de développement de ses membres, menées au niveau communautaire par plus de 14 millions de volontaires.

La diplomatie humanitaire consiste en une série d'activités destinées à changer les mentalités et, en fin de compte, à améliorer le bien-être et la résilience des individus et des communautés, en particulier les plus vulnérables vivant dans des contextes humanitaires. Ces activités comprennent :

L'établissement d'un positionnement sur la scène internationale : parvenir à une large

compréhension du rôle, des réalisations et des méthodes de travail des Sociétés nationales de Croix-Rouge et de Croissant-Rouge et du réseau de la FICR en tant qu'acteurs humanitaires, dont les actions sont fondés sur des principes, et gagner l'appréciation et la confiance des décideurs, des partenaires et des citoyens à cet égard ;

La diplomatie publique : influencer le comportement des populations afin que les individus et les communautés prennent les mesures qui s'offrent à eux pour préserver leur santé, renforcer leur résistance aux crises et construire des communautés pacifiques, solidaires et inclusives, exemptes de toute forme de discrimination ; et

L'influence des États et des autres acteurs : influencer les décideurs politiques aux niveaux national, régional et mondial pour qu'ils fassent respecter, qu'ils adoptent ou qu'ils appliquent des décisions, des lois, des politiques et des pratiques nouvelles ou actualisées qui favorisent la sécurité, le bien-être ou la résilience des personnes vulnérables et permettent le travail des Sociétés nationales, en particulier dans les contextes humanitaires.

La diplomatie humanitaire et la diplomatie sanitaire se croisent souvent dans le travail de la FICR à différents niveaux. Alors que la diplomatie au niveau mondial (par exemple, dans les institutions multilatérales) aborde des questions d'intérêt mondial (comme la défense de la couverture sanitaire universelle), la diplomatie humanitaire et la diplomatie sanitaire au niveau national sont essentielles à la mise en œuvre de programmes de santé pour les plus vulnérables dans le cadre de partenariats complexes.

Réponse à l'épidémie d'Ébola en République démocratique du Congo

Tout au long de la crise Ébola dans les provinces du Nord-Kivu et de l'Ituri en République démocratique du Congo, de 2018 à 2020, la Croix-Rouge opérait dans un environnement hautement volatile caractérisé par une méfiance envers le personnel de santé, des violences fréquentes et des attaques ciblées contre les soignants de première ligne, notamment les volontaires de la Croix-Rouge.

Gagner l'accès et la confiance au sein de diverses communautés touchées par Ébola était un effort de longue haleine qui impliquait des discussions et des négociations régulières avec les autorités publiques, les groupes armés locaux, les partenaires et les communautés.

La Croix-Rouge de la République démocratique du Congo a été en mesure de renforcer les capacités des communautés, d'isoler les patients atteints d'Ebola, de localiser puis de surveiller toute personne ayant été en contact avec une personne infectée, et d'organiser des enterre-

ments sûrs et dignes aux personnes tuées par la maladie. De nombreux volontaires ont risqué leur vie dans le cadre de la réponse de première ligne et ont été confrontés à la violence et à la discrimination au sein de leurs propres communautés. C'est la confiance des communautés locales, obtenue grâce à une combinaison des deux types de diplomatie, humanitaire et sanitaire, qui a finalement permis de briser la chaîne de transmission.

PARTIE B :
NÉGOCIER LA SANTÉ
DANS UN ESPACE
MULTILATÉRAL

CHAPITRE 4 | MANDATS ET LÉGITIMITÉ DANS LA DIPLOMATIE DE LA SANTÉ MONDIALE

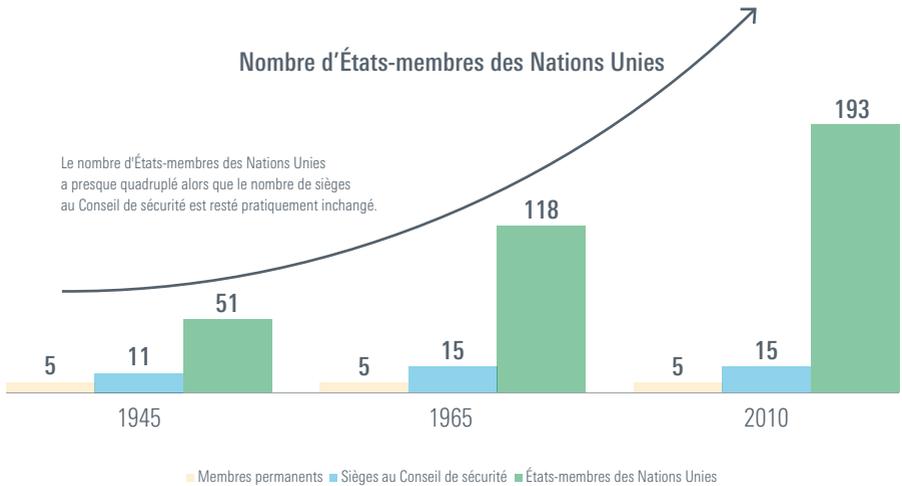
4.1 Le multilatéralisme et la légitimité des organisations internationales

« Le multilatéralisme » est le terme utilisé pour décrire la coopération entre les États : il s'agit d'une approche fondée sur le principe selon lequel, en travaillant ensemble, les pays peuvent trouver des solutions à des problèmes communs sans renoncer à leur souveraineté.

C'est au cours de la Conférence de paix de Paris de 1919-1920 qu'un nouveau type de mécanisme institutionnalisé a été créé pour permettre aux États d'interagir les uns avec les autres : **l'organisation à adhésion universelle**. La première organisation de ce type fut la Société des Nations (fondée en 1920), qui fut remplacée en 1945 par l'ONU. Après la Seconde Guerre mondiale, le **multilatéralisme** est devenu synonyme d'ordre international libéral fondé sur les concepts occidentaux des relations internationales – un ordre qui est aujourd'hui de plus en plus remis en question. Le multilatéralisme fonctionne par le biais d'institutions mondiales et régionales, de normes, de cadres, de sommets, de blocs auto-définis et d'alliances. Les règles et procédures déterminant quels acteurs ont le mandat et la légitimité pour mener des négociations sont bien établies. Le système multilatéral est également façonné par les différences entre les États, qui sont liées au pouvoir, au statut, à la richesse et à d'autres caractéristiques ; certains États membres exercent une plus grande influence que d'autres sur la prise de décision.

Alors que l'ONU a fêté son 75^e anniversaire en 2020, elle peut se retourner sur l'augmentation spectaculaire du nombre de ses membres et l'expansion des institutions et des activités de diplomatie mondiale. Le nombre de membres est stable depuis 2011, soit 193 États souverains, qui sont représentés de manière égale à **l'Assemblée générale des Nations Unies**.

Nombre d'États-membres des Nations Unies



Septembre 2021

L'Organisation mondiale de la santé est également une organisation à adhésion universelle qui, en novembre 2021, comptait 194 États membres. Tous les États membres des Nations Unies, à l'exception du Liechtenstein, sont membres de l'OMS, de même que les îles Cook et Niue. Un État devient membre à part entière de l'OMS en ratifiant le traité intitulé « Constitution de l'Organisation mondiale de la santé ». L'adhésion repose sur le principe d'une voix par pays, indépendamment de la taille ou de la richesse de celui-ci. Malgré ce principe, il existe bien entendu d'importantes différences de pouvoir entre les pays membres des organisations universelles, l'équilibre du pouvoir au sein de ces organisations étant façonné par les réalités géopolitiques. Par exemple, la gouvernance et les activités de l'OMS dans le domaine de la diplomatie sanitaire mondiale ont été fortement influencées par la longue confrontation entre l'Union soviétique et les États-Unis pendant la guerre froide, par les processus de décolonisation qui ont débuté dans les années 1960 et ont conduit à l'adhésion de nombreux nouveaux États membres du Sud, par le renforcement de la mondialisation néolibérale après la chute du mur de Berlin en 1989 et, plus récemment, par la concurrence géopolitique entre la Chine et les États-Unis qui s'est intensifiée au cours de la dernière décennie.

Le rôle joué par les organisations internationales dépend des intérêts et de l'engagement de leurs États membres. Toutefois, les organisations internationales sont de plus en plus devenues des acteurs à part entière et ont commencé à prendre l'initiative de fixer des programmes – les OMD et les ODD en sont un excellent exemple. De manière significative, l'histoire de l'ONU en tant qu'agent du multilatéralisme, qui s'étend maintenant sur plus de 70 ans, s'est accompagnée d'un **élargissement de l'agenda de la diplomatie mondiale** au-delà de la paix et de la sécurité pour couvrir le

développement économique, le commerce et un large éventail de questions sociales. L'action multilatérale a radicalement changé pour inclure la lutte contre la pauvreté, la défense des droits humains, la protection de l'environnement et la promotion de la santé.

Des domaines tels que les droits humains, l'environnement et la santé ont d'abord été considérés comme des questions de « second ordre politique » (par rapport à la paix et à la sécurité), mais ces questions et leur impact économique sont désormais au premier plan des préoccupations. La place prépondérante de la santé dans l'agenda politique et dans les ODD repose sur la légitimité dont elle a été investie par les principaux décideurs – une légitimité qui anime aujourd'hui une grande partie de l'action sanitaire mondiale. Cette évolution s'inscrit dans un long processus de transformation du multilatéralisme qui touche à la fois les États et les organisations internationales – au point même de les remodeler – et qui a également un impact sur toutes les autres parties prenantes.

De nombreux analystes s'accordent à dire que la « crise de l'ordre libéral » a érodé l'autorité et la légitimité des organisations internationales, conduisant même à un rejet pur et simple de la coopération internationale par certains pays. C'est en partie la raison pour laquelle la diplomatie multi-acteurs a tant gagné en force : à mesure que les États se retirent de l'arène mondiale, il devient important que les organisations internationales servent de plateforme à un large éventail d'acteurs et ne présument plus qu'un domaine particulier est plus important que les autres. Les organisations internationales remplissent elles-mêmes de multiples fonctions en tant qu'acteurs à part entière, en tant que plateformes et en tant que courtiers. Dans de nombreux domaines de l'élaboration des politiques mondiales, y compris la santé mondiale, les diplomates doivent être conscients de ce « champ de forces » complexe qui entoure les organisations internationales.

Encadré 7 : La santé et les droits humains

Le droit à la santé est essentiel à une vie dans la dignité et à la jouissance de tous les autres droits.

Le droit à la santé a été énoncé pour la première fois en tant que tel dans le préambule de la Constitution de l'Organisation mondiale de la santé (OMS), adoptée en 1946, qui stipule que « la possession du meilleur état de santé qu'il est capable d'atteindre constitue l'un des droits fondamentaux de tout être humain, quelles que soient sa race, sa religion, ses opinions politiques, sa condition économique ou sociale ». La Déclaration universelle des droits de l'homme (1948) mentionne la santé comme faisant partie du droit à un niveau de vie suffisant. En outre, le droit à la santé a été reconnu comme un droit de l'homme dans le Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels (1966).

Le droit à la santé est inclusif dans la mesure où il s'étend aux principaux déterminants de la santé tels que l'accès à l'eau potable, une alimentation et un logement adéquats, et l'égalité entre les femmes et les hommes. Il inclut des droits tels que le droit à un système de protection de la santé, le droit à la prévention et au traitement des maladies, et le droit d'accès aux médicaments essentiels. Il comprend également des libertés, comme le droit de ne pas subir de traitement sans consentement, de ne pas être soumis à la torture et à d'autres peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants.

Le droit à la santé et à des soins décentes est étroitement lié aux droits à l'égalité devant la loi, à la vie privée, au travail et à l'éducation ; au droit de vivre dans une société qui respecte les droits ; et au droit de bénéficier des progrès de la science. Les droits humains sont universels, indivisibles et interdépendants.

Le droit à la santé est également intimement lié à l'absence de discrimination. La non-discrimination est un principe clé des droits humains. Partout dans le monde, les groupes discriminés et marginalisés sont plus susceptibles de se trouver en mauvaise santé. La discrimination fondée sur la race et l'origine ethnique se traduit par le fait que les gens reçoivent moins d'informations sur la santé et ont moins accès aux services de santé. Dans de nombreuses sociétés, les femmes sont davantage touchées par la maladie, parce qu'elles n'ont pas d'influence sur les décisions, notamment celles qui concernent leur vie sexuelle et reproductive, et parce qu'elles sont victimes de violences et de préjugés sexistes dans le système de santé.

Ces dernières années, les approches et les prises de paroles fondées sur les droits humains sont devenues moins efficaces pour influencer de nombreux débats critiques sur la santé. Le respect du droit à la santé repose sur l'existence de systèmes de santé équitables, qui s'inscrivent à leur tour dans des ordres sociaux garantissant la protection des libertés et droits fondamentaux pour tous. Ces ordres sociaux ont été menacés récemment par une manipulation croissante du concept l'identité nationale, raciale et religieuse par ceux qui détiennent ou recherchent le pouvoir politique. Dans le même temps, l'innovation médicale (y compris le développement de vaccins), la prévention et le traitement des maladies sont de plus en plus déterminés par des programmes économiques, sécuritaires ou commerciaux dans lesquels le public n'a pratiquement pas son mot à dire. Le droit à la vérité a également été remis en question par l'essor des plateformes de réseaux sociaux et la diffusion de la désinformation. La déformation des preuves scientifiques a un impact direct sur la santé, comme on peut le voir, par exemple, dans le mouvement anti-vaccins.

Le droit à la santé et d'autres droits humains liés à la santé ont été renforcés par un certain nombre de traités internationaux, d'instruments régionaux, de constitutions et de lois nationales. L'autonomisation juridique des personnes, même les plus marginalisées, est progressivement considérée

comme une stratégie pour lutter contre les violations des droits humains, pour utiliser la loi afin de trouver des solutions concrètes et pour demander des comptes aux autorités. Le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme est l'un des nombreux bailleurs qui soutient actuellement des programmes spécifiques relatifs aux droits humains visant à faire progresser la santé et les droits sexuels et reproductifs des femmes et des filles, à supprimer les obstacles à l'accès aux traitements et aux services, à promouvoir l'engagement significatif des groupes de population vulnérables dans la prise de décision et à prendre en compte les droits humains tout au long du cycle de subvention et dans les politiques et processus d'élaboration des politiques.

La réaffirmation récente la plus catégorique du droit à une norme minimale réalisable en matière de soins de santé est l'engagement mondial en faveur de la couverture sanitaire universelle. Cet engagement doit aller de pair avec l'impératif des droits humains de ne laisser personne de côté (c'est-à-dire de se concentrer sur les personnes les plus susceptibles d'être exclues) – un principe qui a été repris dans l'agenda 2030 des Nations Unies pour le développement durable.

Un succès récent notable de la diplomatie en matière de santé mondiale est la Déclaration politique adoptée lors de la réunion de haut niveau des Nations Unies de 2019 sur la couverture sanitaire universelle, dans laquelle les États membres se sont engagés à mettre en œuvre la couverture sanitaire universelle. La Déclaration politique mentionne les droits sexuels et reproductifs et divers groupes vulnérables qui devraient bénéficier du droit aux soins de santé, à savoir les personnes handicapées, les personnes vivant avec le VIH/sida, les personnes âgées, les populations autochtones, les réfugiés, les personnes déplacées à l'intérieur de leur pays et les migrants. La quête de la couverture sanitaire universelle est un sujet récurrent des discussions de diplomatie sanitaire à l'OMS.

Pour atteindre la couverture sanitaire universelle et gagner le combat contre la maladie, il faudra aussi gagner le combat pour les droits humains.

Ressources

Assemblée générale des Nations unies (2015). Transformer notre monde : le Programme de développement durable à l'horizon 2030 (A/RES/70/1 ; <https://undocs.org/en/A/RES/70/1>, consulté le 13 novembre 2020).

Assemblée générale des Nations unies (2019). Déclaration politique de la réunion de haut niveau sur la couverture sanitaire universelle (A/RES/74/2 ; <https://undocs.org/en/A/RES/74/2>, consulté le 13 novembre 2020).

4.2 L'importance de la légitimité

L'ancien secrétaire d'État américain Henry Kissinger a un jour défini la diplomatie comme « une méthode spécifique de compromis et de consensus, et un système d'organisation – au sein d'un ordre international légitime ». Dans les affaires internationales comme dans la politique intérieure, un mandat signifie qu'une autorité a été accordée par un groupe d'intérêt à une organisation pour agir en tant que son représentant. Ainsi, par exemple, les États membres confèrent à l'OMS le pouvoir d'agir en leur nom. C'est de ce mandat que l'OMS tire en premier lieu sa **légitimité**. Toutefois, la légitimité dépend également de la perception, tant par les mandants que par les observateurs que cette autorité est exercée de manière appropriée. Depuis ses débuts, la diplomatie multilatérale s'est distinguée de la diplomatie souvent secrète du passé par un **engagement de transparence, inspiré de la pratique parlementaire**.

La légitimité formelle ne suffit plus à justifier un système de gouvernance : la **légitimité morale** et la **légitimité fondée sur les résultats** jouent un rôle de plus en plus important, notamment dans le domaine de la santé mondiale.

Pour les organisations multilatérales, la légitimité est essentielle car elle :

- Détermine si elles continuent d'être la principale plate-forme des efforts des États pour coordonner les politiques et résoudre les problèmes ;
- Affecte leur capacité à élaborer de nouvelles règles et normes largement acceptées ; et
- A une incidence sur leur capacité à assurer le respect des règles et normes internationales.

La légitimité est également liée à des **préoccupations normatives** fondamentales : si les organisations internationales et leurs processus manquent de légitimité dans la société, cela contribue à un sentiment de déficit démocratique et à un manque de confiance dans la gouvernance mondiale. Il est nécessaire de réfléchir à ce qui constitue réellement la légitimité, surtout à l'ère des réseaux sociaux, où la légitimité morale est devenue si importante. Dans ce contexte, un nouveau type de légitimité découle de la représentation et de l'implication d'un grand nombre de parties prenantes. La légitimité est compromise si une organisation ne reflète pas la diversité de ses membres – par exemple, si elle ne parvient pas à recruter davantage de femmes et de professionnels des pays à revenu limité, y compris à des postes de direction. En raison de l'évolution actuelle des équilibres mondiaux, des négociations équitables et justes sont désormais indispensables pour parvenir à un accord international et assurer un suivi efficace des engagements.

Une autre question clé est le niveau d'indépendance et d'autorité accordé à une organisation par ses membres. Par exemple, de plus en plus de voix s'élèvent pour que l'OMS se voie accorder un

mandat plus fort par ses États membres, notamment en ce qui concerne la sécurité sanitaire. Les procédures de prise de décision des organisations internationales – y compris celles qui sont actives dans la diplomatie sanitaire mondiale – sont continuellement remises en question, tout comme leur transparence et leur représentativité. Si cette remise en question est nécessaire, elle peut aussi avoir un effet corrosif sur la légitimité des organisations et contrecarrer les processus visant à mettre en pratique la diplomatie multi-acteurs.

Enfin, il est important de garder à l'esprit que les organisations elles-mêmes confèrent une légitimité : travailler avec des organisations très respectées se traduit par un surcroît de confiance pour leurs partenaires, d'où la nécessité d'accorder une attention particulière dans l'établissement de partenariats.

4.3 Légitimité et souveraineté des États

La diplomatie existait bien avant l'apparition de la conception actuelle des États souverains. La pratique de la diplomatie dans le système international moderne s'appuie toutefois sur le concept de **souveraineté des États** qui a été promu en Europe au XVII^e siècle (également appelé souveraineté westphalienne, du fait de la paix de Westphalie, qui a mis fin à la guerre de Trente Ans en 1648). Selon ce principe de droit international, qui est inscrit dans la **Charte des Nations Unies**, chaque État dispose d'une souveraineté exclusive sur son territoire. En outre, chaque État, quelle que soit sa taille, a un droit égal à la souveraineté. La Charte des Nations Unies énonce également le principe de non-intervention (souveraineté exclusive).

Ces deux principes ont été remis en question ces dernières années par la promotion par l'ONU d'un autre principe de droit international, à savoir la « responsabilité de protéger », qui prévoit des interventions humanitaires de la communauté internationale. Cependant le niveau de crise qui justifierait qu'une crise de santé publique entre dans le champ d'application du principe de la « responsabilité de protéger » n'a pas encore été clairement défini. Ce principe s'est révélé impuissant face aux conflits prolongés et aux affrontements géopolitiques. Sa faiblesse reflète également les difficultés toujours plus grandes à trouver un accord au sein du Conseil de sécurité des Nations Unies et l'urgence du besoin de réformer ce dernier.

Le processus de mondialisation a suscité des transformations qui affaiblissent la souveraineté des États. Par exemple, les activités des entreprises transnationales et les flux de capitaux mondiaux, mais aussi les stratégies de développement, ont rendu les pays les plus pauvres dépendants des donateurs et les ont amenés à contracter des niveaux d'endettement importants. Le fait que les vagues successives de mondialisation aient montré que les États ne pouvaient pas faire face seuls

aux nouvelles menaces mondiales, telles que la pollution environnementale ou les pandémies, revêt une importance particulière pour la diplomatie de la santé mondiale. Cette situation a donné naissance à de nouvelles formes de diplomatie, les pays partageant un intérêt commun se réunissant pour s'engager dans une diplomatie thématique. La diplomatie thématique est par exemple à l'origine des négociations multilatérales sur la santé au XIX^e siècle, lors de la première grande vague de mondialisation. Ainsi, les deux premières conférences sanitaires internationales des années 1850 se sont attachées à uniformiser les règles de quarantaine internationales afin de lutter contre la propagation du choléra, de la peste et de la fièvre jaune.

La tension entre souveraineté nationale et bien-être mondial continue de caractériser de nombreuses négociations sur la santé mondiale et s'est avérée être l'une des principales lacunes du Règlement sanitaire international (2005) et de l'Accord de Paris sur le changement climatique. Les analystes affirment que cette tension n'a pas de raison d'être : le concept de « souveraineté intelligente » implique que, dans les domaines politiques où l'interdépendance occupe une place prépondérante, il est dans l'intérêt éclairé des pays de coopérer.

L'inégalité des rapports de force dans le domaine de la santé mondiale et de la diplomatie sanitaire, en particulier le manque d'influence des pays à ressources limitées et des autres acteurs du « Sud », suscite des inquiétudes croissantes. Un pouvoir considérable est exercé par les pays les plus riches, qui fournissent une grande partie des fonds du système de santé mondial et sont, de ce fait, en mesure d'influencer les résultats des négociations à leur propre avantage et au détriment des pays plus pauvres. Ce phénomène a été observé dans les études portant sur l'impact des négociations commerciales sur la santé.

L'influence des grandes organisations philanthropiques – souvent appelées « philanthrocapitalisme » – a également fait l'objet de critiques, notamment quand elles empruntent à des organisations à but lucratif des notions tels que « investisseurs », « argumentaire d'investissement » ou « rendement social ». Des critiques sont également formulées à l'encontre du modèle de croissance économique qui a rendu possible leur extraordinaire richesse.

Des critiques récentes des structures et des relations de pouvoir dans le domaine de la santé mondiale ont invoqué le concept de néocolonialisme et appelé à une « décolonisation » de la santé mondiale (voir l'**encadré 3** du **chapitre 2**). Les partisans de ces arguments évoquent l'époque du « consensus de Washington » des années 1990, lorsque le Fonds monétaire international et la Banque mondiale soumettaient les accords de prêt à des critères inutilement stricts, ce qui a entraîné une réduction drastique des dépenses sanitaires et sociales dans les pays débiteurs et, par conséquent, exacerbé les inégalités sociales et économiques. Le fait d'offrir une aide aux pays en échange de l'introduction de mesures d'austérité n'est qu'une manifestation du colonialisme sous

une nouvelle forme. Il est également souligné que les politiques de planification familiale axées fondées sur des logiques commerciales ont porté atteinte aux droits à la santé sexuelle et reproductive des femmes vulnérables. En conséquence, ces commentateurs appellent à un processus de décolonisation basé sur la « récupération » de l'espace politique et la promotion de visions alternatives. La sous-représentation des femmes dans le domaine de la santé mondiale et de la diplomatie de la santé mondiale est un autre sujet de critique (voir **encadré 8**).

Encadré 8 : Les femmes diplomates de la santé mondiale

Au début de l'année 2020, seuls 6% des chefs d'États et de de gouvernement dans le monde étaient des femmes (12 pays) et 25% seulement des parlementaires étaient des femmes. Il n'y avait que 47 femmes ministres de la santé (soit 25% des 190 pays). Bien que les femmes représentent la moitié de la population mondiale, elles n'ont souvent pas voix au chapitre dans les décisions politiques relatives au développement et au financement des systèmes de santé dans la grande majorité des pays.

On observe à peu près le même constat dans la diplomatie mondiale de la santé. Étant donné que les invitations aux sessions extraordinaires de l'Assemblée générale des Nations Unies et aux réunions de haut niveau des Nations unies sont adressées aux chefs d'État et de gouvernement, les femmes sont nécessairement très minoritaires lors des négociations sur la santé au plus haut niveau. De même, l'analyse montre que la proportion de femmes parmi les chefs de délégation à l'Assemblée mondiale de la Santé est restée durablement faible. Après avoir atteint un pic de 31% en 2017, elle est retombée à 23% en 2020. Les femmes ne représentent que 25% des dirigeants des organisations mondiales de santé et 25% des présidents des Conseils d'administration de ces organisations. Les femmes des pays à revenu faible ou intermédiaire sont particulièrement sous-représentées dans la diplomatie sanitaire au niveau mondial.

Ces tendances sont frappantes, surtout si l'on tient compte du fait que les femmes représentent 75% du personnel de santé et, à l'échelle mondiale, 90% des infirmières et des sages-femmes, soit le plus grand nombre de travailleurs de la santé. Les femmes sont les expertes dans les domaines de la santé qu'elles connaissent le mieux, mais leurs compétences et leurs connaissances ne leur ont pas garanti l'égalité dans la diplomatie mondiale de la santé.

Ce schéma s'est également manifesté en 2020 en ce qui concerne la prise de décision pendant la pandémie de COVID-19. Bien que les femmes travaillent à tous les niveaux de la sécurité sanitaire – des premières lignes des services de santé aux installations de recherche et à l'élaboration des politiques de santé – elles n'ont pas été représentées de manière égale dans les organes déci-

sionnels mondiaux ou nationaux traitant de la pandémie. En janvier 2020, seules cinq femmes ont été invitées à rejoindre le comité d'urgence de 21 membres sur le nouveau coronavirus établi par l'Organisation Mondiale de la Santé. Aux États-Unis, seuls deux des 27 membres du groupe de travail de la Maison Blanche sur le coronavirus sont des femmes. Dans plus de 80 % des groupes de travail nationaux sur la COVID-19, les hommes sont majoritaires. Même dans les situations d'urgence sanitaire, on attend des femmes qu'elles fournissent des services de première ligne, alors que ce sont les hommes qui prennent généralement les décisions.

Inclure des femmes en nombre égal dans le leadership et la diplomatie en matière de santé – et, qui plus est, des femmes issues de divers groupes sociaux et régions géographiques – est une question d'efficacité, ainsi que de principe et de représentation. Les perspectives inestimables que les femmes sont en mesure d'apporter, en s'appuyant sur leur expertise et leur expérience, sont actuellement perdues; les décideurs ne sont pas sélectionnés parmi l'ensemble des talents. La diversité des profils des dirigeants permet de prendre des décisions collectives plus pertinentes, et on ne saurait nier que la diplomatie mondiale de la santé est minée par la sous-représentation des femmes.

Ressources

Voir la section intitulée « **Publications sur les femmes en tant que diplomates de la santé mondiale** » à l'annexe 2.

CHAPITRE 5 | PRINCIPAUX INSTRUMENTS EN SANTÉ MONDIALE

5.1 Introduction aux instruments de santé mondiale

Les instruments de santé mondiale constituent un domaine clé de la santé mondiale. En effet, il ne suffit pas de mettre en place des institutions et des mécanismes pour promouvoir la coopération en matière de santé mondiale : des instruments adoptés collectivement sont nécessaires pour que cette coopération puisse être mise en œuvre dans la pratique. Ces instruments sont le fruit de la diplomatie multilatérale et des négociations qui se déroulent sur diverses plateformes politiques.

Les instruments adoptés au niveau international ne sont pas un phénomène nouveau dans le domaine de la santé publique. Les premières conventions sanitaires internationales ont été adoptées dès les années 1890, elles ont été révisées et mises à jour tout au long de la première moitié du XX^e siècle.

La création de l'OMS en 1948 a encore accéléré l'adoption d'instruments sanitaires multilatéraux : leur champ d'application a été étendu et ils ont atteint une couverture véritablement mondiale. Dans le cadre de ce processus, les conventions sanitaires internationales antérieures ont été remplacées par le Règlement Sanitaire International de l'OMS, dont la première version a été publiée en 1969.

En outre, plusieurs instruments internationaux adoptés sous l'égide d'autres institutions multilatérales – par exemple, les traités commerciaux et environnementaux – ont un impact important sur la santé, même si celle-ci n'est pas leur objectif premier.

Les instruments multilatéraux pour la santé peuvent être regroupés dans les grandes catégories suivantes :

- instruments pré-OMS, **OMS** ou **externes à l'OMS**
- instruments régionaux ou **mondiaux**

Compte tenu de son champ d'application, le présent ouvrage se concentre sur les catégories indiquées en gras ci-dessus.

5.2 Instruments adoptés par l'Organisation mondiale de la santé

L'Assemblée mondiale de la Santé, qui est le principal organe directeur de l'OMS, peut adopter les types d'instruments normatifs suivants : recommandations (conformément à l'article 23 de la Constitution de l'OMS), règlements (conformément à l'article 21) et conventions ou accords (conformément à l'article 19).

Les **recommandations** peuvent porter sur toute question relevant de la compétence de l'OMS. Elles sont normalement élaborées ou approuvées par des résolutions et des décisions de l'Assemblée mondiale de la Santé et prennent diverses formes, notamment des codes de bonnes pratiques, des stratégies, des cadres et des plans d'action. Parmi les exemples notables, citons le Code de pratique mondial pour le recrutement international des personnels de santé (2010), la Stratégie et le Plan d'action mondial pour la santé publique, l'innovation et la propriété intellectuelle (2008), les Recommandations concernant la commercialisation des aliments et des boissons non alcoolisées auprès des enfants (2010), le Cadre pour des services de santé intégrés axés sur les personnes (2016) ou encore le Plan d'action mondial pour l'activité physique (2018).

Les **règlements**, en revanche, ne peuvent être adoptés que sur certaines questions, énumérées à l'article 21 de la Constitution de l'OMS (à savoir, sur les exigences sanitaires et de quarantaine, les nomenclatures, les normes et les procédures). En effet, l'OMS n'a adopté jusqu'à présent que deux séries de règlements : le Règlement Sanitaire International (1969 ; dernière révision en 2005), qui vise à prévenir et à contrôler la propagation internationale des maladies et à y apporter une réponse de santé publique ; et le Règlement sur la nomenclature (1967), moins connu, qui oblige les pays à établir des statistiques sur la mortalité et la morbidité conformément à la Classification statistique internationale des maladies, traumatismes et causes de décès.

Des **conventions** et des **accords** (souvent appelés aussi traités) peuvent être adoptés sur toute question relevant de la compétence de l'OMS. Toutefois, l'OMS n'a jusqu'à présent utilisé son pouvoir constitutionnel pour adopter un traité mondial sur la santé qu'une seule fois, à savoir lors de l'adoption de la Convention-cadre pour la lutte antitabac en 2003 (entrée en vigueur en 2005). Les Parties à la Convention ont ensuite négocié et adopté le Protocole pour éliminer le commerce illicite des produits du tabac, un nouveau traité à part entière, qui est entré en vigueur en 2018.

Article 19 de la Constitution de l'OMS

L'Assemblée de la Santé a autorité pour adopter des conventions ou accords se rapportant à toute question entrant dans la compétence de l'Organisation. La majorité des deux tiers de l'Assemblée de la Santé est nécessaire pour l'adoption de ces conventions ou accords, lesquels entreront en vigueur au regard de chaque État Membre lorsque ce dernier les aura acceptés conformément à ses règles constitutionnelles.

5.3 Le statut juridique des instruments de l'OMS

Seuls les règlements et les conventions sont juridiquement contraignants. C'est pourquoi on les qualifie souvent de « *hard law* » (« droit dur »). Ils créent des obligations contraignantes en vertu du droit international et sont donc généralement considérés comme les instruments les plus solides en termes d'application et d'impact au niveau mondial.

Les recommandations, en revanche, ne sont pas juridiquement contraignantes ; elles sont souvent qualifiées de « *soft law* » (« droit mou »). Les instruments non contraignants ont de fait généralement un véritable poids normatif et politique et peuvent avoir un impact considérable sur la santé publique. Bien qu'ils n'aient pas de force juridique contraignante, ils sont censés être universellement respectés et mis en œuvre, car les pays sont interdépendants et doivent travailler ensemble pour relever les défis mondiaux en matière de santé. En outre, les recommandations permettent généralement de répondre plus rapidement à l'évolution des problèmes que les instruments juridiquement contraignants, dont la négociation, l'adoption et l'entrée en vigueur sont plus laborieuses. Dans quelques rares cas, les recommandations peuvent également contenir certaines mesures obligatoires, comme le Cadre de préparation en cas de grippe pandémique adopté en 2011.

5.4 Entrée en vigueur des instruments de l'OMS

Les recommandations ne nécessitent pas de processus formel ni de calendrier spécifique pour leur entrée en vigueur : elles deviennent effectives une fois adoptées.

Les règlements entrent en vigueur pour tous les États membres de l'OMS après une période convenue conjointement – il s'agissait, par exemple, de 24 mois dans le cas du Règlement Sanitaire International (2005) – bien que les États membres aient le droit de notifier au Secrétariat de l'OMS

leur rejet des nouveaux règlements ou de soumettre leurs réserves, à condition de le faire dans un délai convenu. En d'autres termes, les règlements entrent en vigueur simultanément pour tous les États membres de l'OMS (sauf ceux qui choisissent de s'en retirer); il n'est pas nécessaire que chaque État membre les ratifie individuellement.

Les conventions, en revanche, doivent être officiellement ratifiées par chaque pays. En conséquence, elles entrent en vigueur après qu'un nombre convenu de ratifications a été atteint : par exemple, 40 ratifications étaient requises dans le cas de la Convention-cadre pour la lutte antitabac. En ce qui concerne les autres pays (et les organisations d'intégration économique régionale, le cas échéant), la convention entre en vigueur séparément pour chaque pays après sa ratification (ou son acceptation, son approbation ou son adhésion dans certains systèmes juridiques).

5.5 Propositions de nouvelles conventions de l'OMS

La Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac (CCLAT) reste à ce jour la seule convention adoptée sous les auspices de l'OMS. La question de savoir pourquoi aucune autre convention n'a suivi – ou du moins n'a été tentée – a souvent été débattue par les décideurs et les experts. Une explication courante est que les négociations et l'adoption de la CCLAT ont coïncidé avec ce que l'on appelle l'âge d'or du multilatéralisme en santé mondiale à la fin du XX^e siècle et au début du XXI^e siècle, et que le multilatéralisme est généralement en déclin depuis lors. Certains experts ont également fait valoir que, compte tenu des preuves accablantes des effets dévastateurs du tabac et de la prise de conscience croissante de l'inadéquation des mesures nationales pour lutter contre une épidémie mondiale majeure – qui avait été aggravée par la mondialisation, la libéralisation du commerce et les tactiques agressives de l'industrie transnationale du tabac – il n'y avait pas d'autre choix que de convenir d'un traité juridiquement contraignant.

Au fil des ans, des propositions ont été faites en faveur de l'élaboration de nouvelles conventions de l'OMS couvrant des domaines tels que les maladies non transmissibles, la nutrition, l'alcool, la pollution atmosphérique, la résistance antimicrobienne, les médicaments falsifiés/de qualité inférieure et la R&D. L'idée d'une « Convention-cadre sur la santé mondiale » plus générale a également été évoquée. Cependant, aucun processus formel ni aucune négociation sur une nouvelle convention couvrant l'un de ces domaines n'ont encore été lancés. Parmi les raisons qui expliquent cet état de fait, on peut citer la durée et les coûts potentiels des négociations de traités, les préoccupations relatives à l'applicabilité, les sensibilités concernant la souveraineté des décisions nationales vis-à-vis des obligations internationales, la nature plus nuancée de certains déterminants de la santé, tels que l'alimentation, par rapport au cas évident du tabac, la divergence potentielle des intérêts nationaux en matière de santé et d'économie, les questions de compatibilité avec d'autres

accords internationaux et les compromis entre la puissance juridique des traités et le pragmatisme d'instruments plus « souples ». L'OMS se lance dorénavant dans un nouveau processus d'élaboration de traité dans le domaine de la sécurité sanitaire, à la lumière de la pandémie de COVID-19.

Les critères généraux suivants devraient être appliqués pour décider si un problème spécifique peut être couvert par un traité mondial sur la santé : (a) le problème doit être d'une ampleur mondiale et croissante ; (b) les facteurs transnationaux jouent un rôle dominant ; et (c) les instruments existants se sont révélés inadéquats pour traiter le problème.

5.6 Instruments adoptés en dehors de l'OMS

Plusieurs conventions adoptées en dehors de l'OMS ont une influence significative sur la santé, bien que leurs principaux objectifs ne soient pas liés à la santé. La plupart d'entre elles ont été négociées et adoptées dans le cadre du système des Nations Unies, certaines par d'autres organisations internationales (comme l'OMC).

Dans le domaine de l'environnement, on peut citer les conventions de Bâle, de Rotterdam et de Stockholm¹², la Convention-cadre des Nations Unies sur les changements climatiques (CCNUCC) (entrée en vigueur en 1994) et la plus récente convention de Minamata sur le mercure (2017) ; dans le domaine du commerce international, l'Accord de l'OMC sur les obstacles techniques au commerce (1995), l'Accord sur les ADPIC (1995) et l'Accord de l'OMC sur l'application des mesures sanitaires et phytosanitaires (1995) ; et dans le domaine des droits humains, le Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels (1976) et la Convention relative aux droits des personnes handicapées (2008). D'autres exemples pertinents sont les conventions relatives aux armes biologiques et chimiques¹³ et la Convention unique sur les stupéfiants de 1961 (entrée en vigueur en 1964). La Convention unique est particulièrement remarquable en ce qu'elle consacre un rôle d'examen statutaire pour l'OMS dans le cadre de sa mise en œuvre.

Toutefois, les conventions ne sont pas la seule forme d'instruments hors-OMS pouvant avoir un impact sur la santé. Les États adoptent souvent d'autres instruments importants couvrant les ques-

12 Convention de Bâle sur le contrôle des mouvements transfrontières de déchets dangereux et de leur élimination (entrée en vigueur en 1992) ; Convention de Rotterdam sur la procédure de consentement préalable en connaissance de cause applicable à certains produits chimiques et pesticides dangereux qui font l'objet d'un commerce international (2004) ; Convention de Stockholm sur les polluants organiques persistants (2004).

13 Convention sur l'interdiction de la mise au point, de la fabrication et du stockage des armes bactériologiques (biologiques) ou à toxines et sur leur destruction (entrée en vigueur en 1975) ; Convention sur l'interdiction de la mise au point, de la fabrication, du stockage et de l'emploi des armes chimiques et sur leur destruction (1997).

tions de santé mondiale, tels que des déclarations ou des objectifs communs. Bien qu'ils ne soient pas juridiquement contraignants, ces instruments ont un poids politique et sont largement mis en œuvre. Les Objectifs de développement durable (2015), dans lesquels la santé occupe une place de choix, en sont un exemple. Un autre exemple notable est la série de déclarations politiques et de résolutions adoptées par l'Assemblée générale des Nations Unies sur la santé mondiale et la politique étrangère (à partir de 2008), les maladies non transmissibles (2011, 2018), la résistance antimicrobienne (2016), la tuberculose (2018) et la couverture sanitaire universelle (2019). En 2006 et 2008, l'Assemblée générale a tenu des réunions de haut niveau sur le VIH/sida. Dans quelques cas, des questions présentant un intérêt immédiat pour la sécurité internationale (telles que le VIH/sida, la polio et le virus Ebola) ont été examinées par le Conseil de sécurité des Nations Unies. De même, les déclarations politiques des chefs d'État et de gouvernement du G7 et du G20 ont exercé une influence considérable sur l'agenda mondial de la santé.

Une autre catégorie d'instruments qui ne sont pas exclusivement des instruments de l'OMS, sont ceux qui sont émis conjointement par l'OMS et d'autres agences internationales. Parmi les exemples notables, on peut citer le recueil de normes, directives et codes alimentaires du Codex Alimentarius publié dans le cadre du Programme mixte OMS/FAO sur les normes alimentaires, le cadre tripartite OMS-FAO-OIE sur la résistance antimicrobienne¹⁴ et, plus récemment, le Plan d'action mondial pour une vie saine et le bien-être pour tous, qui a été lancé par 12 organismes multilatéraux en 2018, sous la direction de l'OMS. Ces instruments représentent une contrainte supplémentaire dans les négociations sur la santé mondiale – plus précisément, ils sont le fruit de négociations où les cultures et les stratégies d'engagement d'organisations parfois très différentes ont été conciliées afin d'atteindre un objectif commun.

Encadré 9 : Négocier la santé à l'Organisation mondiale du commerce

L'objectif primordial de l'Organisation mondiale du commerce (OMC) est d'aider les produits commerciaux à circuler de manière harmonieuse, libre et prévisible, en s'appuyant sur un système commercial international fondé sur des règles et ouvert à tous, qui profite à tous ses membres. L'OMC fournit un cadre institutionnel commun pour la conduite des relations commerciales entre ses membres dans les domaines qui sont à la fois liés au commerce des biens et des services, et aux droits de propriété intellectuelle propres au commerce. En plus de gérer un système mondial de règles commerciales, l'OMC sert de forum pour la négociation d'accords commerciaux, règle

14 Cadre mondial de développement et d'intendance pour lutter contre la résistance aux antimicrobiens initié en 2017 par l'OMS, la FAO et l'Organisation mondiale de la santé animale (OIE).

les différends commerciaux entre ses membres et répond aux besoins des pays à revenu limité.

L'OMC compte 164 membres, qui représentent ensemble 98 % du commerce mondial. 23 pays sont sur le point d'adhérer à l'Organisation. Les négociations et la prise de décision à l'OMC sont des processus dirigés par les membres. Le Secrétariat de l'OMC mène des activités qui sont essentielles au fonctionnement du système, notamment en entretenant un dialogue régulier avec les organisations non gouvernementales et d'autres organisations internationales, en coordonnant les activités et en préparant des rapports tels que les examens des politiques commerciales.

Quelles sont les fonctions essentielles de l'OMC ?

L'article III de l'Accord de Marrakech instituant l'Organisation mondiale du commerce énumère cinq fonctions essentielles :

- Faciliter la mise en œuvre, l'administration et le fonctionnement des Accords commerciaux de l'OMC ;
- Servir d'enceinte pour les négociations commerciales ;
- Traiter des différends commerciaux ;
- Surveiller les politiques commerciales des membres ; et
- Coopérer avec d'autres organisations internationales.

En outre, l'OMC soutient les pays à revenu limité par le biais de l'assistance technique et de la formation afin qu'ils puissent renforcer leur capacité à s'engager dans le commerce, à gérer les différends et à mettre en œuvre des normes techniques.

La prise de décision à l'OMC

Les décisions sont prises par l'ensemble des membres par consensus. Un vote à la majorité est également possible sur la base d'une voix par membre, mais une telle procédure n'a encore jamais été utilisée à l'OMC ; elle était extrêmement rare sous l'organisation qui lui a précédé, l'Accord général sur les tarifs douaniers et le commerce (GATT).

L'organe décisionnel de haut niveau de l'OMC est la Conférence ministérielle, qui se réunit généralement tous les deux ans. La Conférence ministérielle peut prendre des décisions sur toutes les questions relevant de l'un des accords commerciaux multilatéraux. Le Conseil général agit au nom de la Conférence ministérielle pour toutes les affaires de l'OMC. Il se réunit en tant qu'organe de règlement des différends et en tant qu'organe d'examen des politiques commerciales pour superviser les procédures de règlement des différends entre les membres et pour analyser les politiques commerciales respectives des membres. Tous les membres de l'OMC sont représentés dans trois conseils, le Conseil du commerce des marchandises, le Conseil du com-

merce des services et le Conseil des aspects des droits de propriété intellectuelle qui touchent au commerce (Conseil des ADPIC), qui sont chargés de faciliter le fonctionnement des accords de l'OMC couvrant leurs domaines commerciaux respectifs.

De nombreux organes spécialisés de l'OMC (comités et groupes de travail) s'occupent des différents accords et d'autres domaines, tels que l'environnement, le développement, les adhésions et les accords commerciaux régionaux. Les organes subsidiaires chargés des accords plurilatéraux multi-acteurs (non signés par tous les membres de l'OMC) sur le commerce des aéronefs civils et les marchés publics font également régulièrement rapport au Conseil général sur leurs activités.

Où se trouvent les règles de négociation de l'OMC?

La plupart des accords de l'OMC sont le résultat des négociations du cycle de l'Uruguay (1986–1994) et ont été signés lors de la réunion ministérielle de Marrakech en avril 1994. Ces accords ne sont pas statiques : ils peuvent être renégociés de temps à autre. De nouveaux accords peuvent également être ajoutés, et les organes de l'OMC peuvent adopter des décisions ou des lignes directrices. Ainsi, les négociations ont abouti à l'adoption d'un certain nombre de textes juridiques supplémentaires depuis 1994, notamment le Protocole de 2005 portant amendement de l'Accord sur les aspects des droits de propriété intellectuelle qui touchent au commerce (Accord sur les ADPIC), destiné à permettre la fabrication de médicaments génériques abordables sous licence obligatoire en vue de leur exportation vers des pays dont les capacités de fabrication sont insuffisantes ou inexistantes, et l'Accord de 2013 sur la facilitation des échanges, qui vise à réduire les délais aux frontières en allégeant les formalités administratives. De nouvelles négociations ont été lancées lors de la conférence ministérielle de Doha en novembre 2001. Elles se déroulent au sein du Comité des négociations commerciales et de groupes de négociation spécifiques.

Les questions de santé à l'OMC

Les travaux relatifs à la santé à l'OMC couvrent de nombreux domaines, tels que les tarifs douaniers, les procédures de licences d'importation, les questions réglementaires, les droits de propriété intellectuelle, les marchés publics, le commerce des services et la facilitation des échanges, pour n'en citer que quelques-uns. Si les disciplines de l'OMC influencent les politiques, stratégies et lois des membres de l'OMC en matière de santé publique, les règles ont été conçues pour tenir compte de l'obligation des membres de l'OMC de protéger la santé publique. Les membres de l'OMC ont souligné la nécessité d'établir un lien positif, se renforçant mutuellement, entre la santé publique et le système commercial mondial. Ainsi, la Déclaration de Doha de 2001 sur l'Accord sur les ADPIC et la santé publique a reconnu la gravité des problèmes de santé publique auxquels sont confrontés de nombreux pays à revenu limité – en particulier ceux qui découlent du VIH/SIDA, de la tuberculose, du paludisme et d'autres épidémies – et a demandé que l'Accord sur les ADPIC fasse partie des efforts nationaux et internationaux visant à résoudre ces problèmes.

Divers aspects du commerce susceptibles d'avoir un impact sur les politiques de santé sont régulièrement examinés par les organes compétents de l'OMC. Au Conseil des ADPIC, par exemple, les membres ont discuté de l'importance des droits de propriété intellectuelle pour le développement de nouveaux produits pharmaceutiques et du rôle des flexibilités de l'Accord sur les ADPIC pour faciliter l'accès à des médicaments abordables. En outre, les membres examinent régulièrement le fonctionnement du système qui permet l'octroi de licences obligatoires spéciales exclusivement pour l'exportation de médicaments (article 31bis de l'Accord sur les ADPIC modifié). Ils examinent également les lois ou règlements relatifs à la propriété intellectuelle en matière de santé qui ont été notifiés au Conseil des ADPIC.

Le Comité des obstacles techniques au commerce (Comité OTC) et le Comité des mesures sanitaires et phytosanitaires (Comité SPS) sont des organes clés de l'OMC dans le contexte des politiques de santé qui affectent le commerce. Un large éventail de politiques, normes et réglementations nationales liées à la santé, préparées et adoptées par les gouvernements, sont discutées collectivement au sein de ces comités. L'Accord sur les obstacles techniques au commerce (Accord OTC) et l'Accord sur l'application des mesures sanitaires et phytosanitaires (Accord SPS) encouragent les membres à fonder leurs mesures respectives sur des normes internationales. Les comités OTC et SPS reçoivent pour examen un grand nombre des mesures commerciales liées à la santé et notifiées par les membres à l'OMC. Les deux comités négocient et adoptent fréquemment des orientations générales à l'intention des membres sur la manière d'améliorer la mise en œuvre des Accords OTC et SPS. Une grande partie de ces orientations, en particulier celles adoptées par le Comité SPS, ont une incidence directe sur certaines questions liées à la santé humaine ainsi que sur la santé animale et végétale.

Les procédures de licences d'importation (telles que les licences, permis, autorisations et autres procédures exigeant la soumission d'une demande à une autorité compétente comme condition préalable à l'importation) sont utilisées par de nombreux membres pour des raisons de politique sanitaire et sont examinées par le Comité des licences d'importation. En outre, deux initiatives sectorielles ont prévu l'élimination des droits d'importation sur certains produits de santé. L'Accord sur le commerce des produits pharmaceutiques (Accord pharmaceutique) couvre, comme son nom l'indique, les produits pharmaceutiques, y compris les composants chimiques et les ingrédients actifs utilisés dans leur production. Négocié au cours du cycle d'Uruguay par un certain nombre de membres, il a éliminé les droits de douane sur ces produits. La couverture des produits de l'Accord pharmaceutique fait l'objet de révisions périodiques afin de s'assurer qu'elle reste à jour. En 2015, 24 participants (dont l'Union européenne) ont convenu d'une expansion de l'Accord sur les technologies de l'information (ATI) afin de prévoir l'élimination des droits de douane sur un certain nombre de produits de haute technologie, notamment les équipements médicaux, tels que les scanners, les machines pour l'imagerie par résonance magnétique, la tomographie,

les soins dentaires et l'ophtalmologie. En 2020, l'accord d'expansion de l'ATI comptait 26 participants couvrant 55 membres de l'OMC qui, ensemble, représentent environ 90% du commerce mondial de ces produits. Outre l'élimination des droits d'importation, le comité ATI s'efforce également d'éliminer les obstacles non tarifaires au commerce international de ces produits.

Bien que les membres de l'OMC n'aient pris à ce jour que quelques engagements en matière d'accès aux marchés dans le domaine de la santé, le commerce des services liés à la santé est couvert par l'Accord général sur le commerce des services. Au cours des discussions au Conseil du commerce des services, les membres ont examiné les différents modes de prestation des services de santé, tels que la santé en ligne, la fourniture de traitements médicaux à l'étranger, l'investissement étranger dans le secteur de la santé et certains aspects du mouvement transfrontalier des professionnels de la santé.

Les discussions sur la santé lors des réunions du Conseil et des comités peuvent être complémentaires. Par exemple, les propositions relatives aux mesures d'emballage neutre pour le tabac ont d'abord été examinées à la fois par le Conseil des ADPIC et par le Comité OTC avant de passer à l'étape du règlement des différends.

En outre, un certain nombre d'organismes internationaux (y compris ceux qui sont chargés d'établir des normes internationales relatives à la santé) et d'organisations intergouvernementales (telles que l'OMS) participent régulièrement à des discussions sur la santé lors des réunions de diverses entités de l'OMC.

L'OMC et d'autres organisations

L'OMC travaille avec d'autres organisations intergouvernementales sous la bannière de la « cohérence », un terme qui trouve son origine dans la Déclaration ministérielle sur la contribution de l'Organisation mondiale du commerce à une plus grande cohérence dans l'élaboration des politiques économiques mondiales, adoptée à Marrakech en avril 1994. En effet, il est désormais reconnu que le système de l'OMC n'est qu'un élément d'un cadre beaucoup plus large d'obligations et de droits internationaux que les membres de l'OMC doivent respecter et accomplir.

Les travaux de l'OMC sur les questions relatives à la santé publique, au commerce et aux droits de propriété intellectuelle sont complémentaires de ceux de l'OMS et de l'Organisation mondiale de la propriété intellectuelle, en particulier. Ensemble, ces organisations partagent la responsabilité de renforcer le dialogue sur les questions pratiques – tant entre elles qu'avec d'autres partenaires – afin de remplir plus efficacement leurs mandats, d'assurer une utilisation efficace des ressources destinées à la coopération technique et d'éviter la duplication des efforts. En particulier, la déclaration de Doha sur l'accord sur les ADPIC et la santé publique a servi de ca-

talyseur pour intensifier la collaboration et développer une cohérence au niveau international.

L'OMC coopère également sur des sujets liés à la santé avec un certain nombre d'autres organisations intergouvernementales, notamment la Commission FAO/OMS du Codex Alimentarius, la Conférence des Nations Unies sur le commerce et le développement et l'Organisation mondiale des douanes.

5.7 Étapes après l'adoption des instruments

Les instruments, une fois adoptés, nécessitent souvent l'introduction de structures de gouvernance spécifiques pour être mis en œuvre efficacement. C'est particulièrement vrai pour les conventions. Elles requièrent normalement beaucoup de diplomatie multisectorielle et de nombreux compromis politiques dans le processus qui aboutit à la ratification par le parlement national d'un État membre ; elles nécessitent aussi souvent la mise en place de nouveaux types d'organes de gouvernance (tels qu'une conférence des parties) et de mécanismes (tels que des lignes directrices convenues au niveau intergouvernemental sur la mise en œuvre de dispositions juridiques spécifiques), ce qui entraîne de nouvelles diplomaties et négociations multilatérales une fois le traité entré en vigueur.

Le processus de modification des instruments adoptés peut impliquer un nouveau cycle de négociations multilatérales. Les instruments juridiques prévoient généralement que des révisions et des modifications peuvent être apportées dans certaines conditions. La CCLAT, par exemple, permet l'adoption d'amendements par un vote à la majorité des trois quarts de la Conférence des Parties, sous réserve de ratification ou d'acceptation par chacune des Parties. Le Règlement sanitaire international, adopté pour la première fois en 1969, a ensuite été révisé et modifié en 1973, 1981 et 2005. Les crises sanitaires mondiales d'une ampleur particulière peuvent souvent déclencher de tels changements. La dernière révision du RSI (2005), par exemple, bien que déjà en cours à la fin des années 1990, a pris de l'ampleur après l'épidémie de SRAS en 2002–2004, première urgence de santé publique mondiale du XXI^e siècle. Quelques 15 ans plus tard, la pandémie de COVID-19 a suscité des débats dans le monde entier sur la question de savoir si le RSI, dans sa version de 2005, est adapté à la gestion de crises mondiales d'une telle ampleur.

CHAPITRE 6 | PRINCIPAUX LIEUX ET ACTEURS MONDIAUX

6.1 L'Organisation mondiale de la santé et l'évolution du domaine de la santé mondiale

L'Organisation Mondiale de la Santé est le principal lieu de négociation en matière de santé mondiale. Organisation intergouvernementale dans laquelle tous les pouvoirs de décision sont dévolus à ses États membres, l'OMS est l'institution spécialisée des Nations Unies chargée de coordonner et de piloter les efforts en matière de santé mondiale. À ses débuts, l'OMS traitait principalement avec les acteurs étatiques, c'est-à-dire les ministères de la santé et les ministères des affaires étrangères, souvent par l'intermédiaire des représentations diplomatiques des États à Genève et, surtout depuis quelques années, des attachés de santé qui y sont basés. Ces derniers représentent à la fois les ministères des affaires étrangères et les ministres de la santé des États. Les États membres sont les acteurs clés de l'OMS : ce sont eux qui dirigent l'Organisation et négocient les principaux accords. Face à la complexité croissante du paysage sanitaire mondial, l'OMS a dû reconsidérer ses relations avec un large éventail d'acteurs.

L'OMS a adopté une politique sur ses relations avec les acteurs non étatiques, conformément à son mandat constitutionnel : le Cadre de collaboration avec les acteurs non étatiques (CCANE, ou FENSA en anglais), approuvé lors de la soixante-neuvième session de l'Assemblée mondiale de la Santé en mai 2016. Ce Cadre vise à renforcer l'engagement de l'OMS avec les acteurs non étatiques, notamment les ONG, les entités du secteur privé à but lucratif, les fondations philanthropiques et les établissements universitaires. Dans le même temps, FENSA est censé protéger l'OMS et ses travaux des risques potentiels, tels que les conflits d'intérêts, les risques réputationnels et les influences indues.

Les acteurs non étatiques ne participent pas officiellement aux négociations sur la santé mondiale au sein des organes directeurs de l'OMS, mais ils assistent aux consultations et sont souvent invités à apporter leur contribution et leurs commentaires. Ils assistent aux réunions des organes directeurs de l'OMS (c'est-à-dire l'Assemblée mondiale de la santé et le Conseil exécutif) afin de mener des actions de sensibilisation, de tenir des discussions informelles avec les négociateurs et – s'ils ont des relations officielles avec l'OMS – de faire des déclarations lors des réunions des organes directeurs eux-mêmes. Cette participation peut sembler être un geste formel dans le meilleur des

cas, en particulier par rapport à d'autres parties du système des Nations Unies. La Constitution de l'OMS, la CCANE et le Règlement intérieur de l'Assemblée mondiale de la Santé définissent le type d'engagement que les différents acteurs peuvent avoir. La direction de l'OMS s'est engagée à adopter une approche plus ouverte, et Tédros Adhanom Ghebreyesus est plus ouvert à la société civile que nombre de ses prédécesseurs. Pourtant, la culture de l'Organisation dans son ensemble semble souvent quelque peu « fermée » et peu encline à prendre des risques. Toutes les parties prenantes devraient faire preuve de créativité afin de tirer le meilleur parti des opportunités qui se présentent et développer de nouveaux mécanismes d'interaction lorsque cela est possible.

Il existe une catégorie particulière d'acteurs avec lesquels l'OMS collabore plus étroitement : les **acteurs non étatiques en relations officielles avec l'OMS**. Les « relations officielles » sont un privilège que le Conseil exécutif peut accorder aux ONG, aux associations commerciales internationales et aux fondations philanthropiques qui ont eu et continuent d'avoir « un engagement soutenu et systématique dans l'intérêt de l'Organisation ». Les objectifs et les activités de ces entités doivent être conformes à l'esprit, au but et aux principes de la Constitution de l'OMS, et elles sont censées contribuer de manière significative au progrès de la santé publique. L'OMS compile un registre des acteurs non étatiques détaillant, entre autres, leur type d'engagement avec l'Organisation. Il existe une marge considérable pour accroître encore l'engagement et la participation des acteurs non étatiques aux travaux de l'OMS. Au cours de la pandémie de COVID-19, il est clairement apparu que de nouvelles formes de coopération devaient être trouvées, en particulier dans les secteurs de la science et de la technologie numérique.

La santé mondiale est désormais l'un des domaines les plus en vue de la diplomatie multi-acteurs. Ce type de diplomatie englobe un éventail remarquablement large d'initiatives et d'institutions :

HANDBOOK FOR NON-STATE ACTORS ON ENGAGEMENT WITH THE WORLD HEALTH ORGANIZATION

organisations internationales, secteurs et organismes nationaux, banques de développement, société civile, industrie privée, institutions philanthropiques et universitaires, associations professionnelles et individus dévoués – et parfois aussi très puissants. En incluant de nombreuses parties prenantes dans les négociations sur les ODD et en adoptant l'objectif 17 sur les partenariats, l'ONU a donné à la diplomatie multi-acteurs un haut degré de légitimité. Dans le domaine de la santé mondiale, en particulier, de nombreuses organisations hybrides ont été créées, ainsi que des alliances et des initiatives qui tirent leur légitimité de la représentation et de l'implication d'un grand nombre de parties prenantes, d'une part, et de l'accent mis sur les résultats, d'autre part.

Il est important de noter que les processus décisionnels de l'Assemblée mondiale de la Santé et de l'Assemblée générale des Nations unies sont très différents. Si le vote n'est pas très utilisé dans la première, il l'est dans la seconde pour les points de l'ordre du jour qui sont hautement politiques ou sensibles, comme les armes nucléaires. Par le passé, les résolutions de l'Assemblée générale relatives à la santé ont généralement été adoptées sans vote, mais, fait significatif, un vote a dû être demandé pour les résolutions les plus récentes, en septembre 2020, sur la réponse à la pandémie de COVID-19 (A/RES/74/306 et A/RES/74/307). En outre, les États membres se « désolidarisent » de plus en plus de certaines sections d'une résolution ou d'une déclaration. La dissociation du gouvernement américain de la résolution WHA73/1 de l'Assemblée mondiale de la santé sur la réponse à la pandémie de COVID-19¹⁵ en est un exemple.

6.2 Autres organisations et entités sanitaires internationales

La diplomatie de la santé mondiale se caractérise par les nombreuses approches novatrices qui ont été développées tout au long de son histoire. Il y a une vingtaine d'années, un nouvel ensemble d'organisations sanitaires dotées de structures de gouvernance très différentes a commencé à voir le jour. La première était l'**ONUSIDA** – le seul programme commun coparrainé du système des Nations Unies – dont les travaux sont dirigés par un conseil de coordination du programme multi-acteurs composé de représentants de 22 gouvernements de toutes les régions géographiques, des coparrains de l'ONUSIDA et de cinq représentants d'ONG, dont des associations de personnes vivant avec le VIH.

De même, **Gavi**, l'**Alliance du vaccin** (une fondation) et le **Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme** (un partenariat) sont tous deux régis par des Conseils d'administration composés de représentants des pays, du secteur privé, de la société civile et d'autres organisations internationales. Le Conseil de Gavi comprend également des personnes indépendantes, ou « non affiliées ». Le Conseil du Fonds mondial compte 20 sièges avec droit de vote, avec une représentation

15 Voir : <https://geneva.usmission.gov/2020/05/19/explanation-of-position-covid-19-response-resolution>

égale des exécutants et des donateurs, y compris les ONG, les communautés touchées par le VIH, la tuberculose et le paludisme, le secteur privé et les fondations privées. En outre, il y a huit membres sans droit de vote, dont le Président et le Vice-Président du Conseil, des représentants d'organisations partenaires telles que l'OMS et la Banque mondiale, et le groupe des donateurs publics supplémentaires. (Voir **encadré 10** et **encadré 11**).

Encadré 10 : Le modèle de gouvernance de Gavi, l'Alliance du Vaccin

Gavi, l'Alliance du vaccin (anciennement l'Alliance mondiale pour les vaccins et la vaccination, d'où l'acronyme), est une organisation internationale créée en 2000 pour fournir des vaccins à des prix abordables et accessibles aux enfants des pays en développement. Aujourd'hui, l'Alliance Gavi est l'un des acteurs les plus importants de la gouvernance de la santé mondiale.

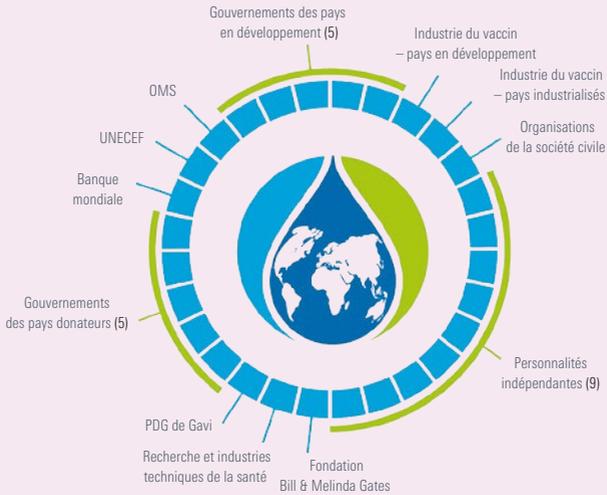
Le Conseil d'administration de Gavi compte 28 sièges au total, avec des sièges permanents et des sièges à durée déterminée. Les membres du Conseil sont nommés conformément aux statuts et aux procédures de fonctionnement de Gavi. Les représentants des principaux partenaires de l'alliance Gavi détiennent 18 sièges ; les personnalités indépendantes ou non affiliées en détiennent neuf ; le directeur général de l'Alliance en détient un. Alors que la Fondation Bill et Melinda Gates, la Banque mondiale, le Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF) et l'Organisation mondiale de la santé (OMS) occupent des sièges permanents au Conseil d'administration, les représentants des autres partenaires de Gavi siègent pour une durée limitée.

Les membres qui occupent des sièges « représentatifs » sont chargés de veiller à ce que leurs gouvernements ou institutions respectives apportent une contribution officielle à l'élaboration des politiques de Gavi et à la gestion de ses opérations. Les personnalités indépendantes ou non affiliées n'ont aucun lien professionnel avec le travail de Gavi, mais elles apportent leur expertise dans des domaines essentiels tels que l'investissement, l'audit et la collecte de fonds. Elles apportent également un regard indépendant et équilibré à toutes les délibérations du Conseil d'administration. Ces membres sont nommés à titre personnel sur la base de leurs compétences et de leurs réseaux.

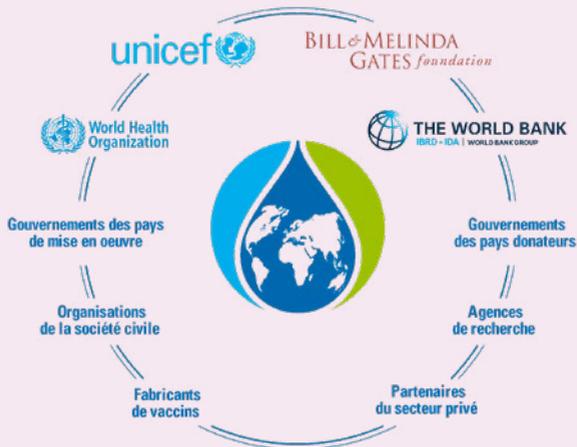
Les autres types de représentants sont les membres suppléants du Conseil et les observateurs. Chaque organisation et groupe d'intérêt éligible peut désigner une personne par membre du Conseil d'administration en tant que suppléant, qui a le droit d'agir à la place du membre représentatif du Conseil d'administration. Les membres du Conseil d'administration et les suppléants sont invités à assister aux réunions du Conseil d'administration ; au moins l'un d'entre eux doit être présent pour assurer la représentation de sa circonscription. Avec l'autorisation du

président, des observateurs peuvent également participer aux réunions du Conseil d'administration ou des comités de l'Alliance.

Structure de gouvernance



Les partenaires de l'Alliance Gavi



- Les **gouvernements des pays de mise en œuvre** identifient leurs besoins en matière de vaccination, cofinancent et mettent en œuvre des programmes de vaccination.
- Les **fabricants de vaccins** mettent à la disposition des pays de mise en œuvre des vaccins de qualité et abordables ainsi que des équipements pour la chaîne du froid.
- Les **organisations de la société civile** contribuent à garantir que les vaccins atteignent chaque enfant.
- Les **partenaires du secteur privé** apportent des ressources, des compétences et des innovations pour aider à réaliser la mission de l'Alliance Gavi.
- La **Fondation Bill et Melinda Gates** fournit des fonds et des compétences, met en place des approches innovantes et soutient les travaux de recherche et de développement de nouveaux vaccins.
- Les **instituts de recherche et techniques de santé** contribuent à produire des données probantes et à faire connaître la valeur des vaccins.
- Les **gouvernements des pays donateurs** prennent des engagements de financement à long terme et collaborent avec Gavi sur le terrain.
- La **Banque mondiale** aide à soutenir des mécanismes de financement innovants tels que la Facilité internationale de financement pour la vaccination et les engagements de marché anticipés.
- L'**UNICEF** achète les vaccins et aide les pays à maintenir leurs systèmes de chaîne du froid, à améliorer l'accès et à recueillir des données.
- L'**OMS** réglemente les vaccins et soutient leur introduction dans les différents pays, en mettant l'accent sur l'augmentation de la couverture vaccinale et l'amélioration de la qualité des données.

Adapté de : Gavi, le site web de l'Alliance du Vaccin (<https://www.gavi.org>, consulté le 12 octobre 2020).

Encadré 11 : Le modèle de gouvernance du Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme

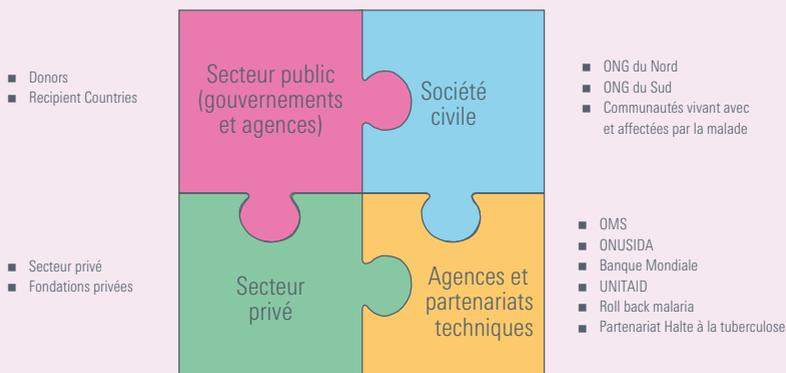
Le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme (ci-après dénommé le Fonds mondial) est une organisation internationale de financement fondée en 2002, dont la mission est « d'attirer, de mobiliser et d'investir des ressources supplémentaires pour mettre fin aux épidémies de VIH, de tuberculose et de paludisme, de réduire les inégalités en matière de santé et contribuer à la réalisation des objectifs de développement durable. » Le Fonds mondial mobilise et investit plus de 4 milliards de dollars US par an pour soutenir des programmes dans plus de 100 pays. Il s'agit d'un partenariat entre les gouvernements, la société civile, les agences techniques, le secteur privé et les personnes touchées par ces maladies.

La composition du Conseil d'administration du Fonds mondial illustre bien le concept de diplomatie plurilatérale en matière de santé. Le Conseil d'administration comprend 20 membres votants, avec une représentation égale des acteurs de mise en œuvre et des donateurs, et huit membres supplémentaires sans droit de vote. Le président et le vice-président siègent pendant les réunions du Conseil d'administration et jouent un rôle dans le plaidoyer, le partenariat et la collecte de fonds. Les 20 membres votants représentent les groupes d'intérêt, avec un nombre égal de sièges (10) représentant les groupes de donateurs et les groupes d'acteurs de mise en œuvre. Un membre du Conseil d'administration est à la tête de chaque groupe d'intérêt et est secondé par un membre suppléant du Conseil d'administration.

Les 20 circonscriptions (groupes de membres votants) sont les suivantes : Australie, Canada et Suisse ; communautés de personnes touchées par les maladies ; organisations non gouvernementales (ONG) des pays développés ; ONG des pays en développement ; Europe orientale et Asie centrale ; région de la Méditerranée orientale ; Afrique orientale et australe ; délégation mixte composée de la Commission européenne, de la Belgique, de l'Italie, du Portugal, et de l'Espagne ; France ; Allemagne ; Japon ; Amérique latine et Caraïbes ; « Point Sept » (Danemark, Irlande, Luxembourg, Pays-Bas, Norvège, Suède) ; fondations privées ; secteur privé ; Asie du Sud-Est ; Royaume-Uni ; États-Unis ; Afrique occidentale et centrale ; et région du Pacifique occidental.

Les huit autres sièges sur les 28 que compte le Conseil sont occupés par des membres sans droit de vote : le président du Conseil, le vice-président du Conseil, le directeur exécutif, les partenaires, le Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida (ONUSIDA), l'Organisation mondiale de la santé, la Banque mondiale et les « donateurs publics supplémentaires », un groupe créé par le Conseil pour accueillir les donateurs publics qui ne sont pas déjà représentés par un groupe votant.

Approche partenariale de la gouvernance Le Conseil d'administration du Fonds mondial



Adapté du : site Internet du Fonds mondial (<https://www.theglobalfund.org/en/>, consulté le 12 octobre 2020).

La Convention-cadre de l’OMS pour la lutte antitabac (CCLAT), premier traité de santé mondiale de l’OMS entré en vigueur en 2005, est considéré comme une innovation dans l’architecture de la santé mondiale. Elle possède son propre organe directeur (la Conférence des Parties) et un secrétariat hébergé par l’OMS (on trouvera plus de détails sur la CCLAT au **chapitre 5**). En outre, plusieurs



partenariats pour la santé, dotés de leurs propres structures de gouvernance et modes de fonctionnement spécifiques, sont hébergés par l'OMS (par exemple, le Partenariat pour la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant) ou par d'autres organisations du système des Nations Unies (comme le Partenariat RBM pour vaincre le paludisme, qui est hébergé par le Bureau des Nations Unies pour les services d'appui aux projets).

Les pays, comme d'autres acteurs, participent aux négociations et à la prise de décision dans de nombreuses organisations de santé, mais ils n'adoptent pas toujours la même position nationale dans chacune de ces organisations. Cela s'explique en partie par le fait que les ministères représentés sont différents : à l'OMS, ce sont principalement les ministères de la santé, tandis que dans les autres organisations sanitaires, ce sont surtout les ministères du développement (ou les ministères des affaires étrangères par le biais de leurs agences de développement). Dans de nombreux cas, il y a un manque de coopération entre les différentes autorités nationales, qui sont parfois même en concurrence les unes avec les autres.

6.3 La diplomatie de la santé aux Nations unies

Au tournant du millénaire, il était devenu évident que la résolution des problèmes de santé mondiaux exigeait un haut niveau d'engagement politique et une concentration des ressources. Une plus grande attention a donc commencé à être accordée aux organes décisionnels de l'ONU à New York.

La santé peut figurer à l'ordre du jour de quatre instances des Nations Unies, à savoir :

- L'Assemblée générale, en vertu de la Charte des Nations Unies, peut faire des recommandations sur toutes les questions relevant de la compétence de l'ONU, y compris la santé mondiale.
- Le Conseil de sécurité, qui, comme son nom l'indique, veille à la paix et à la sécurité, inscrit rarement les questions de santé à son ordre du jour : cela n'est arrivé jusqu'à présent qu'avec l'épidémie du VIH et d'Ebola, qui ont été déclarés une menace pour la stabilité internationale en 2000 et 2014, respectivement. En outre, en 2013, le Conseil de sécurité a publié un communiqué de presse sur la vaccination contre la polio au Soudan.
- Le Conseil des droits de l'homme et le Conseil économique et social participent, avec d'autres organes, à la préparation des délibérations de l'Assemblée générale. Le Conseil économique et social est la plateforme centrale pour encourager le débat et la réflexion innovante sur les trois dimensions du développement durable – économique, sociale et environnementale. Ces deux organes ont également recours à des mécanismes spéciaux en matière de santé, comme la

création de groupes de travail inter-institutions des Nations unies – par exemple sur les maladies non transmissibles – sous les auspices du Conseil économique et social, ou la nomination d'un rapporteur spécial sur le droit à la santé sous les auspices du Conseil des droits de l'homme.

L'intérêt des Nations unies pour la santé a été renforcé par la déclaration d'Oslo de 2007, dans laquelle les ministres des affaires étrangères de sept pays ont identifié la santé mondiale comme une question de politique étrangère urgente des temps modernes. Depuis 2008, l'Assemblée générale discute chaque année des liens entre la politique étrangère et la santé, attirant l'attention sur le contexte plus large des sujets à l'ordre du jour de l'OMS. (voir **encadré 12**)

Les négociations sur l'agenda 2030 pour le développement durable et ses 17 ODD, puis leur adoption en 2015, ont créé des conditions encore plus favorables pour accorder une plus grande attention aux questions de santé mondiale. L'ONU a reconnu que, dans un monde interconnecté, les maladies infectieuses peuvent se propager d'un continent à l'autre en quelques jours; les facteurs liés au mode de vie diffusés par les médias et la publicité peuvent influencer les populations mondiales en quelques mois (comme le tabagisme, la consommation d'alcool et de malbouffe); et les connaissances peuvent être partagées instantanément. Les déterminants de la santé sont donc intégrés dans chacun des ODD, et les diplomates de la santé se sont eux aussi engagés à veiller à ce qu'ils soient pris en compte dans le cadre des plans globaux de développement durable des pays. Un nouveau mécanisme lancé en 2019 – le Plan d'action mondial pour une vie saine et le bien-être pour tous – réunit 12 organisations internationales dans le but de soutenir plus efficacement les pays dans leurs efforts pour atteindre les ODD liés à la santé.

Ces évolutions ont rendu possible un nombre croissant de réunions de haut niveau de l'Assemblée générale sur des questions de santé spécifiques. Les déclarations politiques adoptées par ces réunions (telles que celles sur les maladies non transmissibles, la tuberculose, la résistance antimicrobienne et la couverture sanitaire universelle) ont ensuite été approuvées par l'Assemblée générale, qui a fourni des orientations stratégiques pour la coopération internationale dans les domaines en question.

Les traités mondiaux ayant un impact sur la santé, négociés sous les auspices de différents organes et agences des Nations Unies, constituent un autre « centre d'attraction » pour les questions de santé aux Nations Unies. Parmi les exemples les plus marquants, citons la Convention de Minamata sur le mercure (sous les auspices du PNUE), la Convention relative aux droits des personnes handicapées (sous les auspices du Conseil des droits de l'homme) et la Convention-cadre des Nations unies sur les changements climatiques.

Lorsque la pandémie de COVID-19 a éclaté, l'ONU était embourbée dans divers conflits. L'Assem-

blée générale n'a pu se mettre d'accord que sur une résolution symbolique sur la solidarité. Il est intéressant de noter que le Conseil de sécurité n'a pas inscrit les conséquences de la pandémie à son ordre du jour, alors que c'est ce qu'il avait fait lors de l'épidémie plus limitée d'Ebola. Le Conseil n'a pas été en mesure de soutenir une résolution qui approuverait l'appel du Secrétaire général à des cessez-le-feu liés à la pandémie dans les zones de guerre, notamment en République arabe syrienne, au Yémen, en Libye et en Afghanistan, en raison d'un différend entre les États-Unis et la Chine sur l'inclusion ou non d'une référence à l'OMS dans le texte de la résolution. Au cours des six premiers mois de la réponse à la COVID-19, des engagements politiques visant à faire reculer la pandémie ont été pris à l'OMS, au G20 et au niveau régional.



Le système des Nations Unies

ORGANES PRINCIPAUX

ASSEMBLÉE GÉNÉRALE

CONSEIL DE SÉCURITÉ

CONSEIL ÉCONOMIQUE ET SOCIAL

SECRETARIAT

COUR INTERNATIONALE DE JUSTICE

CONSEIL DE TUTELLE⁶

Organes subsidiaires

- Comités permanents et organes ad hoc
- Commission du désarmement
- Commission du droit international
- Conseil des droits de l'homme
- Corps commun d'inspection (CCI)
- Grandes commissions et autres comités de session

Fonds et programmes¹

- FNUAP** Fonds des Nations Unies pour la population
- ONU-Habitat⁴** Programme des Nations Unies pour les établissements humains
- PAM** Programme alimentaire mondial (ONU/FAO)
- PNUD** Programme des Nations Unies pour le développement
 - **FENU** Fonds d'équipement des Nations Unies
 - **VNU** Volontaires des Nations Unies
- PNUE⁵** Programme des Nations Unies pour l'environnement
- UNICEF** Fonds des Nations Unies pour l'enfance

Organes subsidiaires

- Comité contre le terrorisme
- Comités des sanctions (ad hoc)
- Comité d'état-major
- Comités permanents et organes ad hoc

Commissions techniques

- Condition de la femme
- Développement social
- Forum des Nations Unies sur les forêts
- Population et développement
- Prévention du crime et justice pénale
- Science et technique au service du développement
- Statistique
- Stupéfiants

Commissions régionales⁸

- CEA** Commission économique pour l'Afrique
- CEE** Commission économique pour l'Europe
- CEPALC** Commission économique pour l'Amérique latine et les Caraïbes
- CESAO** Commission économique et sociale pour l'Asie occidentale
- CESAP** Commission économique et sociale pour l'Asie et le Pacifique

Départements et bureaux⁹

- EOSG** Cabinet du Secrétaire général
- BCAD** Bureau de la coordination des activités de développement
- BLT** Bureau de lutte contre le terrorisme
- BSCI** Bureau des services de contrôle interne
- Bureau des affaires de désarmement
- Bureau des Nations Unies pour les partenariats²
- Bureau du Conseiller spécial pour l'Afrique
- Bureau du Haut-Représentant pour les pays les moins avancés, les pays en développement sans littoral et les petits États insulaires en développement
- Bureau du Représentant spécial du Secrétaire général chargé de la question de la violence contre les enfants

- Bureau du Représentant spécial du Secrétaire général chargé de la question des violences sexuelles commises en période de conflit
- Bureau du Représentant spécial du Secrétaire général pour le sort des enfants en temps de conflit armé
- DCG** Département de la communication globale
- DESA** Département des affaires économiques et sociales
- DGACM** Département de l'Assemblée générale et de la gestion des conférences
- DMSPC** Département des stratégies et politiques de gestion et de la conformité
- DOS** Département de l'appui opérationnel
- DPO** Département des opérations de paix
- DPPA** Département des affaires politiques et de la consolidation de la paix

Recherche et formation

- UNIDIR** Institut des Nations Unies pour la recherche sur le désarmement
- UNITAR** Institut des Nations Unies pour la formation et la recherche
- UNSSC** École des cadres du système des Nations Unies
- UNU** Université des Nations Unies

Autres organismes

- CNUCED**^{1,8} Conférence des Nations Unies sur le commerce et le développement
- HCR**¹ Haut-Commissariat des Nations Unies pour les réfugiés
- ITC** Centre du commerce international (CNUCED/OMC)
- ONU-Femmes**¹ Entité des Nations Unies pour l'égalité des sexes et l'autonomisation des femmes
- UNOPS**¹ Bureau des Nations Unies pour les services d'appui aux projets
- UNRWA**¹ Office de secours et de travaux des Nations Unies pour les réfugiés de Palestine dans le Proche-Orient

Organisations apparentées

- AIEA**^{1,3} Agence internationale de l'énergie atomique
- AIFM** Autorité internationale des fonds marins
- Commission préparatoire de l'OTICE** Commission préparatoire de l'Organisation du Traité d'interdiction complète des essais nucléaires
- CPI** Cour pénale internationale
- OIAC**³ Organisation pour l'interdiction des armes chimiques
- OIM**¹ Organisation internationale pour les migrations
- OMC**^{1,4} Organisation mondiale du commerce
- Tribunal international du droit de la mer

Commission de consolidation de la paix

Forum politique de haut niveau pour le développement durable

- Mécanisme international appelé à exercer les fonctions résiduelles des tribunaux pénaux
- Opérations de maintien de la paix et missions politiques

Autres organes¹⁰

- Comité chargé des organisations non gouvernementales
- Comité des politiques de développement
- Comité d'experts de l'administration publique
- Instance permanente sur les questions autochtones

GENUNG Groupe d'experts des Nations Unies pour les noms géographiques

ONUSIDA Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida

UNGGIM Comité d'experts sur la gestion de l'information géospatiale à l'échelle mondiale

Recherche et formation

- UNICRI** Institut interrégional de recherche des Nations Unies sur la criminalité et la justice
- UNRISD** Institut de recherche des Nations Unies pour le développement social

DSS Département de la sûreté et de la sécurité

HCDH Haut-Commissariat des Nations Unies aux droits de l'homme

OCHA Bureau de la coordination des affaires humanitaires

OLA Bureau des affaires juridiques

ONUDC Office des Nations Unies contre la drogue et le crime

ONUG Office des Nations Unies à Genève

ONUN Office des Nations Unies à Nairobi

ONUV Office des Nations Unies à Vienne

OOSA Bureau des affaires spatiales

UNDRR Bureau des Nations Unies pour la prévention des catastrophes

Institutions spécialisées⁵

FAO Organisation des Nations Unies pour l'alimentation et l'agriculture

FIDA Fonds international de développement agricole

FMI Fonds monétaire international

GRUPE DE LA BANQUE MONDIALE⁷

- BIRD** Banque internationale pour la reconstruction et le développement
- IDA** Association internationale de développement
- SFI** Société financière internationale

OACI Organisation de l'aviation civile internationale

OIT Organisation internationale du Travail

OMI Organisation maritime internationale

OMM Organisation météorologique mondiale

OMPI Organisation mondiale de la propriété intellectuelle

OMS Organisation mondiale de la Santé

OMT Organisation mondiale du tourisme

ONUDI Organisation des Nations Unies pour le développement industriel

UIT Union internationale des télécommunications

UNESCO Organisation des Nations Unies pour l'éducation, la science et la culture

UPU Union postale universelle

Notes :

- Membres du Conseil des chefs de secrétariat des organismes des Nations Unies pour la coordination (CCS).
- Le Bureau des Nations Unies pour les partenariats sert de coordonnateur pour la Fondation pour les Nations Unies.
- L'AIEA et l'OIAC font rapport au Conseil de sécurité et à l'Assemblée générale.
- L'OMC n'a pas obligation de faire rapport à l'Assemblée générale, mais elle contribue à titre spécial à ses travaux et à ceux du Conseil économique et social, notamment en ce qui concerne les finances et les questions de développement.
- Les institutions spécialisées sont des organisations autonomes dont le travail est coordonné par le Conseil économique et social (au niveau intergouvernemental) et par le CCS (au niveau intersecrétariat).
- Le Conseil de tutelle a suspendu ses activités le 1er novembre 1994, suite à l'indépendance des Palaos, dernier territoire sous tutelle des Nations Unies, le 1er octobre 1994.
- Le Centre international pour le règlement des différends relatifs aux investissements (CIRDI) et l'Agence multilatérale de garantie des investissements (AMGI) ne sont pas des institutions spécialisées au sens des articles 57 et 63 de la Charte, mais font partie du Groupe de la Banque mondiale.
- Les secrétariats de ces organes font partie du Secrétariat des Nations Unies.
- Font également partie du Secrétariat : le Bureau de la déontologie, le Bureau des services d'ombudsman et de médiation des Nations Unies, et le Bureau de l'administration de la justice.
- Consultez la liste complète des organes subsidiaires de l'ECOSOC à cette adresse : www.un.org/ecosoc/fr.

Ce tableau reflète l'organisation fonctionnelle du système des Nations Unies, à seule fin d'information. Il n'inclut pas tous les bureaux et organismes des Nations Unies.

Source : https://www.un.org/fr/pdf/un_system_chart.pdf

Encadré 12: Quelles sont les caractéristiques des négociations sur la santé aux Nations Unies ?

Dans les négociations aux Nations unies (ONU), la santé est vue à travers le prisme de la politique mondiale. Les arguments de santé publique n'ont souvent qu'un effet indirect (parfois subordonné), tandis que les aspirations géopolitiques, les considérations de pouvoir et les intérêts ont un impact plus fort. La définition et la discussion des points de l'ordre du jour relatifs à la santé comportent trois aspects : l'économie mondiale, l'environnement sécuritaire et les domaines de l'humanitaire, des droits humains et de la justice sociale.

La complexité des défis sanitaires mondiaux et leurs contextes économiques et politiques de développement exigent une préparation plus approfondie et organisée des diplomates impliqués dans les négociations. Il ne suffit plus que les diplomates aient une expérience en matière de politique étrangère : un soutien de fond fondé sur la coopération entre des experts de divers secteurs dans leur pays d'origine est essentiel s'ils veulent réussir à la table des négociations.

Bien que les diplomates professionnels jouent un rôle clé dans les délibérations des Nations Unies sur la santé, ils s'appuient de plus en plus sur des experts, notamment les attachés de santé des missions basées à Genève. Le lien entre Genève et New York se renforce, puisque les conférences de haut niveau sur la santé organisées au siège des Nations Unies sont souvent préparées à l'Organisation mondiale de la santé, avec les représentants des États membres. Dans le même temps, on constate une demande croissante de diplomates de la santé basés à New York. S'assurer que les diplomates possèdent ou peuvent faire appel à des connaissances spécialisées est moins abordable pour les pays à revenu limité, alors qu'il est important que les intérêts de ces pays soient fortement représentés lors des négociations sur la santé. Une action coordonnée et la mise en commun de l'expertise d'organisations régionales telles que l'Union africaine ou la Communauté des Caraïbes peuvent y contribuer.

L'influence des acteurs non étatiques disposant d'importantes ressources, notamment financières, est croissante au sein des Nations Unies. Ils peuvent exercer sur les gouvernements une pression politique à laquelle il est difficile de résister et qui peut aller à l'encontre du bien public. Un excellent exemple est celui des maladies non transmissibles, où le pouvoir des grandes entreprises va régulièrement à l'encontre des objectifs de santé publique des gouvernements. Certains pays semblent être moins assidus que par le passé dans leurs efforts pour réglementer les activités des grandes entreprises (produits pharmaceutiques, aliments, boissons, tabac, alcool, etc.). Ce relâchement pourrait avoir un impact important sur les efforts visant à trouver des solutions politiques pour améliorer la santé mondiale. D'autre part, les Nations Unies accordent de plus en plus d'espace aux points de vue et aux positions des organisations non gouvernemen-

tales internationales, des fondations philanthropiques, des institutions universitaires, des groupes de défense, des groupes religieux et des organisations humanitaires.

Le système multilatéral fondé sur des règles, qui régit les relations politiques et commerciales mondiales, risque de se fragmenter davantage à mesure que les nations émergentes, plus sûres d'elles, affirment leurs propres valeurs et leurs propres règles. La pandémie de COVID-19 a montré que la montée du sentiment nationaliste, dans le monde entier, constitue une autre menace pour le système multilatéral, les institutions multilatérales et la notion même de gouvernance mondiale étant rejetées en bloc.

6.4 Le rôle central des États dans la diplomatie de la santé mondiale

Les États restent des acteurs essentiels des organisations internationales de la santé, anciennes et nouvelles. En effet, dans de nombreux cas, c'est à leur initiative que de nouvelles organisations ont été créées pour relever des défis communs. Dans leur politique étrangère, les États doivent trouver un équilibre entre divers objectifs : servir l'intérêt national, fournir une aide au développement et soutenir une action collective. Leurs positions reflètent les réalités géopolitiques. L'équilibre des pouvoirs entre les États a connu des changements importants au cours du 20^e siècle. Les premières décennies qui ont suivi la Seconde Guerre mondiale ont été marquées par le conflit entre l'ancienne Union soviétique et les États-Unis, souvent appelé « guerre froide ». À partir des années 1960, les nations du monde en développement ont commencé à jouer un rôle plus important, et le nombre de membres des différents organes de l'ONU a augmenté de manière significative. Cependant, les pays les plus puissants ont, dans l'ensemble, conservé jusqu'à ce jour leur influence disproportionnée sur la prise de décision au sein des institutions mondiales. Certaines organisations de santé plus récentes ont tenté de résoudre ce problème en accordant aux pays donateurs et aux pays bénéficiaires un nombre égal de voix.

Les tensions géopolitiques actuelles entre la Chine et les États-Unis se reflètent dans les délibérations de l'ONU et dans celles de nombreux autres organismes multilatéraux et clubs politiques. De nouvelles alliances sont devenues possibles, notamment entre « puissances moyennes ». Les nations du Sud ont désormais une plus grande influence sur la politique mondiale de la santé, comme en témoigne, par exemple, l'élection du premier directeur général africain de l'OMS en 2017. Cette augmentation de l'influence de l'Afrique est liée à la fois à l'impact que la plupart des questions de santé ont sur cette région et au poids cumulé des voix de ses pays dans un scénario de vote. De même, les organismes régionaux, comme l'UE, gagnent en pertinence. La crise de la COVID-19 a

montré à quel point le domaine de la santé mondiale est politique. Elle a également mis en évidence le rôle crucial de la diplomatie en matière de santé mondiale pour garantir une action collective.

L'expérience montre que les États continueront à créer et à développer des organisations internationales afin d'atteindre des objectifs qu'ils ne peuvent pas atteindre seuls, ou s'ils considèrent qu'une organisation existante ne remplit pas son mandat ou s'ils ne sont pas satisfaits du rôle qu'ils y jouent. Cependant, les mandats très différents et les bases de légitimité (perçues) des organisations internationales existantes ainsi que leurs différentes cultures organisationnelles ne sont souvent pas pleinement comprises par les acteurs politiques. Cela peut avoir des conséquences importantes pour juger de leur efficacité.

De nouvelles organisations peuvent être créées parce que les pays ou d'autres acteurs considèrent que les organisations existantes ont perdu leur légitimité ou parce qu'ils souhaitent essayer un nouveau mécanisme de financement plus prometteur. Des organisations sont également créées pour donner aux donateurs un plus grand droit de regard sur la façon dont l'argent qu'ils donnent est dépensé. Parfois, des entités **parallèles** sont créées par des pays qui ne parviennent pas à s'assurer une influence suffisante au sein des organisations multilatérales existantes – un phénomène appelé « **multilatéralisme parallèle ou compétitif** ». L'initiative « ceinture et route » lancée par la Chine est un exemple de ce type de multilatéralisme.

Une caractéristique frappante de la diplomatie du XXI^e siècle est **l'expansion de la diplomatie de club et de la diplomatie de réseau**, qui reflète la manière dont la politique internationale évolue vers la multipolarité. L'influence ne s'exerce plus uniquement le long des canaux traditionnellement associés aux pays à revenus élevés ou limités. Les pays des BRICS, en particulier, jouent un rôle plus important dans les affaires mondiales en prenant l'initiative sur certaines questions et en agissant en tant que courtiers de pouvoir régionaux. Par exemple, la Chine est désormais la deuxième économie mondiale et le deuxième contributeur au budget de l'ONU. Dans le domaine de la santé mondiale, plus largement, la Chine est devenue à la fois un donateur et un investisseur de premier plan. De même, l'Inde est actuellement à l'avant-garde des discussions sur la santé numérique.

Alors qu'ils cherchent à devenir des leaders régionaux, les pays des BRICS, ainsi que certains autres pays d'Asie et d'Afrique, nouent de larges alliances et renforcent leur coopération régionale (voir **encadré 13**). Par exemple, l'Indonésie encourage actuellement la coopération entre les États de l'Indo-Pacifique, ce qui pourrait être utilisé par les principaux décideurs pour attirer l'attention sur l'urgence d'une action collective sur les questions de santé transnationales. L'évolution des rapports de force a ouvert de nouveaux espaces pour l'engagement politique international, et pour la diplomatie de la santé mondiale. Dans les années à venir, il est probable que de nombreux autres nouveaux types d'alliance verront le jour.

De petits groupes de pays peuvent exercer une influence considérable s'ils constituent des alliances fondées sur le principe onusien « une voix, un pays ». Ces alliances mènent de plus en plus une diplomatie de groupe et de réseau – avec un succès considérable, comme le montre la manière dont les pays du CARICOM ont réussi à inscrire les maladies non transmissibles à l'ordre du jour des Nations Unies. De manière générale, l'influence des blocs d'intégration régionale sur les questions de santé ne cesse de croître, comme le montre le **chapitre 7**.

L'une des principales évolutions a été l'intégration des défis de santé mondiale – au départ principalement liés à la sécurité sanitaire – dans les ordres du jour des réunions politiques de haut niveau, comme les sommets du G7 et du G20, ou des clubs politiques comme les pays du BRICS. Cet élargissement de l'espace politique des négociations sur la santé a augmenté la probabilité que les questions de santé soient abordées dans d'autres enceintes telles que la Banque mondiale ou l'OMC. Par exemple, lors du sommet du G20 à Osaka, au Japon, en juin 2019, une session conjointe des ministres de la santé et des finances a été organisée pour la première fois; les ministres ont discuté de certaines des questions financières qui avaient été soulevées lors des réunions de printemps 2019 du Groupe de la Banque mondiale et du Fonds monétaire international.

6.5 Le rôle des acteurs non étatiques dans la diplomatie de la santé mondiale

L'espace de la diplomatie sanitaire mondiale présente un large éventail d'acteurs non étatiques qui interagissent principalement par le biais de la diplomatie de réseau. Le registre des acteurs non étatiques de l'OMS (en cours de compilation) reflète la diversité de ces acteurs – y compris les alliances, initiatives, partenariats public-privé et fondations en matière de santé mondiale – et de leurs intérêts. Nombre d'entre eux cherchent à combiner la définition d'un programme mondial avec une action sur le terrain.

Compte tenu de la variété et de la diversité des acteurs de la diplomatie de la santé mondiale, il convient de procéder à une analyse approfondie des parties prenantes avant d'entreprendre toute négociation. Cela implique de chercher à comprendre non seulement les intérêts des différentes parties prenantes, mais aussi leur mode de fonctionnement (par exemple, leurs stratégies en matière de réseaux sociaux).

Les activités des organisations de la société civile sont essentielles au succès des négociations sur la santé mondiale. Citons à titre d'exemple les négociations qui ont conduit à l'adoption de la Convention-cadre pour la lutte antitabac (CCLAT) en 2003 et du Code international de commercialisation des substituts du lait maternel en 1981, ou les nombreuses négociations portant sur l'accès aux

médicaments et sur les déterminants commerciaux de la santé. Comme indiqué à la **section 1.3**, il est désormais courant d'inclure les ONG dans le processus de diplomatie sanitaire mondiale. Les diplomates des ONG représentent les intérêts du grand public et exigent la transparence, notamment en ce qui concerne les tentatives du secteur privé à but lucratif d'exercer une influence malvenue. Une étude sur la négociation de la CCLAT a révélé que les ONG ont joué cinq rôles clés au cours de ce processus : surveillance, lobbying, courtage de connaissances, offre d'expertise technique et promotion de l'inclusion (Lencucha, Kothari & Labonté, 2011).

Les fondations philanthropiques ont acquis un niveau d'influence significatif sur l'agenda de la santé mondiale. De nombreuses fondations sont actives dans le domaine de la santé mondiale, la plus influente étant la Fondation Bill et Melinda Gates (FBMG). Depuis sa création en 2000, elle a canalisé d'importantes ressources vers la santé mondiale et a contribué à la mise en place de nombreuses organisations, alliances et programmes de santé. La FBMG cherche à soutenir des solutions innovantes, ambitieuses et évolutives aux problèmes de santé qui ont un impact majeur dans les pays à revenu limité. En outre, elle est au premier rang des donateurs parmi les acteurs non étatiques contribuant volontairement au financement de la santé mondiale. Bien que la FBMG n'ait pas de pouvoir décisionnel officiel à l'OMS, ses décisions de financer des programmes majeurs, tels que ceux qui portent sur l'éradication de la polio ou l'innovation en matière de gestion, ont un impact significatif sur le travail de l'Organisation. Les interactions intensives de la FBMG avec les pays donateurs et bénéficiaires, ainsi qu'avec la direction de l'OMS, confèrent clairement à la Fondation une influence considérable dans le domaine de la diplomatie de la santé mondiale – cet ascendant est sévèrement critiqué par de nombreux acteurs de la société civile.

Le rôle manifeste du secteur privé à but lucratif dans la diplomatie sanitaire mondiale s'est considérablement accru ces dernières années. À cet égard, une grande attention a été accordée aux entreprises pharmaceutiques et à leur rôle dans l'accès aux médicaments, ainsi qu'aux grandes entreprises multinationales (alimentaires) qui ont contribué à l'augmentation massive de la prévalence des maladies non transmissibles. Il est clair que la responsabilité doit être renforcée dans ces domaines. Pourtant, dans le même temps, de nombreuses entreprises privées contribuent à l'avancement des objectifs de santé mondiale, comme en témoigne l'Alliance industrielle ARM lancée en 2017 pour aider à combattre la résistance aux antimicrobiens. Dans de nombreux pays au-delà des économies de l'OCDE, notamment en Inde, le secteur privé de la santé joue un rôle crucial. Un large éventail de nouveaux partenariats ont vu le jour, de même que des initiatives prises par les entreprises elles-mêmes à l'égard de leurs employés. Le Forum économique mondial réunit de plus en plus souvent les gouvernements et les grandes entreprises afin de promouvoir des approches innovantes et de créer de nouvelles alliances. De nouveaux défis sont apparus alors que les technologies de l'information deviennent de plus en plus importantes pour le développement de la santé mondiale. L'OMS s'est récemment adressée aux grandes entreprises et plates-formes tech-

nologiques, en sollicitant leur aide à la fois pour lutter contre l'infodémie associée à la COVID-19 (voir **section 2.5**) et pour promouvoir l'innovation en matière de santé numérique.

La diplomatie multi-acteurs en action : l'exemple de Microsoft

Microsoft a ouvert en 2020 un bureau de représentation auprès des Nations Unies (ONU) à New York. Sa tâche consiste à intensifier le soutien de l'entreprise à la mission et au travail de l'ONU. Il s'agit notamment de promouvoir une action mondiale multi-acteurs sur des questions clés en matière de technologie, d'environnement, d'humanitaire, de développement et de sécurité, et de contribuer à la réalisation des objectifs de développement durable. Microsoft a lancé de nombreux projets axés sur l'objectif 4 (éducation de qualité), l'objectif 8 (travail décent et croissance économique), l'objectif 13 (action climatique) et l'objectif 16 (paix, justice et institutions fortes).

Ce bureau de représentation se concentre sur le développement des partenariats de Microsoft avec l'ONU et les agences du système des Nations unies, sur l'établissement de relations avec les représentants de l'ONU, sur l'identification de nouvelles opportunités de partenariat, sur le renforcement des liens entre les équipes de Microsoft et de l'ONU, sur le lobbying en faveur des priorités de l'ONU au sein de Microsoft, et sur l'accompagnement des équipes de Microsoft dans leur collaboration avec la communauté de l'ONU.

Adapté de : Microsoft (2020). Microsoft nomme des responsables des affaires gouvernementales à Bruxelles et à New York et crée un bureau à New York pour travailler avec les Nations unies. Dans : Microsoft/EU Policy Blog [site web] (<https://blogs.microsoft.com/eupolicy/2020/01/17/senior-gov-affairs-leaders-appointed-brussels-new-york>, consulté le 12 octobre 2020).

6.6 Maintenir un équilibre

Les organisations de la société civile, en particulier, ont exprimé leurs préoccupations quant à la possibilité que la diplomatie multi-acteurs basée sur les ODD donne au secteur privé à but lucratif une influence excessive sur les processus de négociation qui devraient avoir pour but de sauvegarder les biens publics mondiaux. Le secteur privé est invité – tout comme les organisations de la société civile – à partager ses points de vue et à fournir des contributions lors de consultations régionales ou mondiales sur un sujet particulier, mais pas lors du processus de négociation lui-même, auquel seuls les États membres peuvent participer. En préparation d'un certain nombre de

réunions de haut niveau des parties prenantes sur les maladies non transmissibles en 2011, l'OMS a invité les entités du secteur privé concernées à une audition des parties prenantes et à une consultation en ligne, où elles ont pu partager leurs points de vue avec l'Organisation. Ces points de vue ont servi de contribution à la préparation des négociations des États membres.

Les organisations de la société civile continuent de craindre que, si le secteur privé a accès à la prestigieuse plateforme de la diplomatie multi-acteurs, son pouvoir de lobbying, qui se fait sentir depuis longtemps dans le cadre de la diplomatie économique et commerciale, ne s'accroisse encore et conduise à une moindre attention accordée aux préoccupations en matière de développement, d'équité et de droits humains. Il deviendra également plus difficile d'interpeller les entreprises sur leur bilan en matière de santé, d'environnement et de droits de l'homme.

À cet égard, il est important de noter que le système des Nations Unies ne se nourrit pas seulement de sa propre légitimité, mais qu'il peut également conférer un haut degré de légitimité aux différents acteurs impliqués dans son travail. On peut actuellement observer une forte tendance des entités du secteur privé à chercher à conclure des protocoles d'accord avec les organisations du système des Nations unies. C'est le cas d'entités aussi diverses que la Fédération internationale de football association (FIFA), le Forum économique mondial et les nouvelles entreprises « big tech ». Conjugée au nombre croissant de partenariats public-privé, cette tendance signifie que la diplomatie multi-acteurs doit relever le défi de maintenir un équilibre délicat afin de ne pas saper la confiance dans le système multilatéral. Cela inclut également la préoccupation récurrente de ce que certaines organisations de la société civile puissent avoir des liens commerciaux non divulgués. En ce qui concerne l'OMS, le cadre FENSA et les mesures de transparence sont censés apaiser ces inquiétudes, mais une vigilance constante reste nécessaire. D'autres organisations ne disposant pas d'un système aussi solide sont plus vulnérables.

Pour gérer cette complexité, il faut naviguer à l'interface entre la diplomatie et la science, mener des négociations multi-niveaux, multifactorielles et multi-acteurs, et tenir compte des relations de pouvoir existantes. Le socle de valeurs de la santé mondiale – l'équité et les droits humains – a été à plusieurs reprises remis en question par certains États et défendu par des acteurs de la société civile. En principe, cependant, le domaine de la santé offre aux diplomates toute une série d'occasions de promouvoir les intérêts nationaux et de renforcer les institutions multilatérales.

Ecosystème en matière de santé à Genève



CHAPITRE 7 | LE RÔLE DES ORGANISATIONS RÉGIONALES

7.1 L'interface entre les organismes régionaux, la diplomatie et la santé mondiale

La diplomatie régionale est un facteur de plus en plus important dans la diplomatie de la santé mondiale à plusieurs niveaux. En plus de compléter les processus qui se déroulent au niveau mondial, la diplomatie régionale renforce les contributions nationales à la santé mondiale. Toutefois, son rôle en politique de santé mondiale n'a pas été suffisamment analysé.

Les organes et bureaux régionaux de l'OMS constituent une plate-forme essentielle pour la diplomatie de la santé régionale – souvent soutenue par des organisations régionales de la société civile et des réseaux professionnels engagés dans la promotion de la coopération internationale en matière de santé. Parallèlement, les organisations et processus d'intégration régionale ont acquis une plus grande importance ces dernières années.

Bien que les processus d'intégration régionale poursuivent principalement des objectifs commerciaux, économiques et sécuritaires, la santé entre en ligne de compte en raison de son interface avec chacun de ces domaines. Ainsi, le commerce peut à la fois améliorer et compromettre la santé, tandis qu'un faible niveau de santé de la population générale empêche les gains économiques. La propagation transfrontalière de maladies infectieuses, quant à elle, menace la sécurité. En outre, les droits humains et la justice sociale – deux éléments importants de l'interface entre la santé et la politique étrangère – sont traités comme des questions transversales dans la plupart des processus d'intégration régionale. La santé et le bien-être figurent donc inévitablement dans les programmes d'intégration régionale. Le niveau de santé de la population d'une région peut être utilisé comme un indicateur des avantages sociaux de l'intégration.

Un autre aspect de la diplomatie régionale est la mise en commun des connaissances et des capacités pour relever les défis communs, y compris les défis sanitaires. Dans de nombreux cas, notamment lorsqu'il s'agit de questions spécifiques à une région, les négociations régionales sont les premières à être menées; elles peuvent ensuite donner lieu à des négociations mondiales et les alimenter.

La santé est souvent considérée comme un domaine d'exercice de la puissance douce (*soft power*), grâce auquel les organisations régionales sont en mesure de renforcer les liens, la coopération et la confiance entre leurs pays membres, et de promouvoir la stabilité régionale en général. La santé faisant désormais l'objet d'une attention accrue dans la gouvernance mondiale, la diplomatie sanitaire aide souvent les organisations régionales et leurs membres, en particulier les petits États, à se faire entendre sur la scène mondiale. En outre, ils peuvent s'appuyer sur leur expertise commune lorsqu'ils mènent des négociations sur des questions de santé dans des forums mondiaux.

7.2 Une vue d'ensemble de l'intégration régionale

Les processus d'intégration régionale varient en fonction des formes spécifiques qu'ils prennent et du niveau d'intégration recherché ou atteint. Ils vont des zones de libre-échange, qui constituent la forme la plus élémentaire d'intégration, aux unions douanières, aux marchés communs et aux unions politiques et économiques à part entière. Les organisations régionales fonctionnent principalement sur la base d'un processus décisionnel intergouvernemental, renforcé par des institutions supranationales dans certains cas. Plusieurs organisations ont même leurs parlements, assemblées parlementaires ou unions correspondants, dotés d'une autorité juridique distincte.

En termes économiques, l'Union européenne (UE) est le plus grand bloc régional ; elle illustre également la forme la plus avancée d'intégration régionale. En outre, le marché unique de l'UE s'étend à la zone de l'Association européenne de libre-échange (AELE), un bloc plus petit composé de quatre pays. L'Union économique eurasiennne (UEEA), qui s'étend sur une partie de l'Europe de l'Est et de l'Asie centrale, est la plus récente organisation économique régionale du monde. Trois autres organisations régionales couvrent également certaines parties de l'Europe et de l'Asie¹⁶.

Plusieurs organisations régionales existent en Asie et dans le Pacifique¹⁷. En outre, une organisation chevauche des parties de l'Asie et de l'Afrique et un forum intergouvernemental relie les économies de la ceinture du Pacifique¹⁸.

L'architecture d'intégration est plus complexe en Afrique et dans les Amériques où, dans certains cas, elle comporte plusieurs niveaux (sous-régional, interrégional, continental) et des membres qui

16 Organisation de coopération économique de la mer Noire (BSEC), Organisation de coopération de Shanghai (SCO), Organisation de coopération économique (ECO).

17 Association sud-asiatique de coopération régionale (ASACR), Association des nations de l'Asie du Sud-Est (ANASE), Conseil de coopération du Golfe (CCG), Forum des îles du Pacifique (FIP), Communauté du Pacifique.

18 La Ligue des États arabes (LEA) et la Coopération économique Asie-Pacifique (APEC), respectivement.

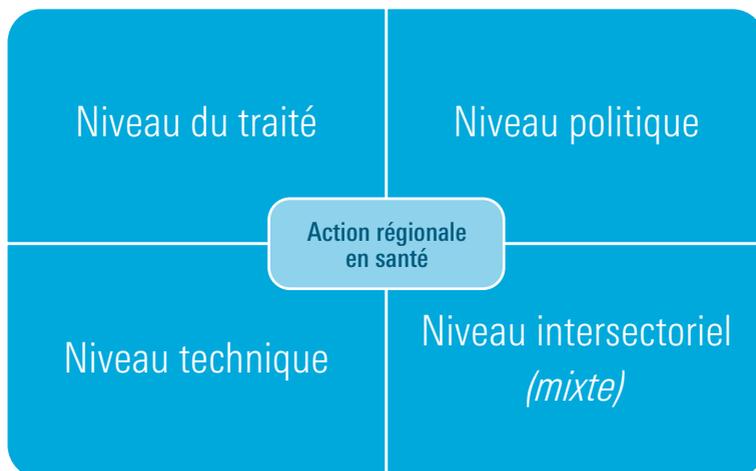
se chevauchent. En outre, certaines organisations contiennent des sous-groupes plus petits qui ont un degré d'intégration plus élevé (par exemple, les unions douanières et/ou monétaires).

En Afrique, il existe huit organisations régionales couvrant différentes sous-régions¹⁹ : ces communautés économiques régionales sont les piliers de la Communauté économique africaine, qui est en train d'être créée par l'Union africaine (UA).

Dans les Amériques, il existe six organisations couvrant différentes sous-régions²⁰. Cette architecture d'intégration a été récemment complétée par des organisations ayant une couverture régionale plus large : l'Union des nations sud-américaines (UNASUR) et la Communauté des États d'Amérique latine et des Caraïbes (CELAC).

7.3 Intégration régionale et santé

L'intégration des programmes de santé dans le travail des organisations régionales se fait généralement à quatre niveaux différents, comme indiqué ci-dessous :



19 Union du Maghreb arabe (UMA), Marché commun de l'Afrique orientale et australe (COMESA), Communauté des États sahélo-sahariens (CEN-SAD), Communauté d'Afrique de l'Est (CAE), Communauté économique des États d'Afrique centrale (CEEAC), Communauté économique des États d'Afrique de l'Ouest (CEDEAO), Autorité intergouvernementale pour le développement (IGAD), Communauté de développement de l'Afrique australe (SADC).

20 Organisation du traité de coopération amazonienne (ACTO), Communauté andine (CAN), Communauté des Caraïbes (CARICOM), Système d'intégration de l'Amérique centrale (SICA), Alliance du Pacifique, Marché commun du Sud (MERCOSUR).

Au **niveau des traités** : Les traités fondateurs (constitutifs) de la plupart des organisations régionales abordent la santé de manière indirecte, par le biais d'objectifs généraux (par exemple, le développement social et humain, le marché intérieur, les droits humains et du travail, la libre circulation des biens et des services, les réglementations techniques) et de politiques sectorielles (par exemple, sur la sécurité alimentaire, la protection des consommateurs, l'agriculture, les produits médicaux, les migrations et l'environnement).

Dans certains cas, cependant, la santé est explicitement mentionnée dans les traités fondateurs (ou complémentaires) des organisations régionales, généralement en mettant l'accent sur des domaines ou des aspects spécifiques : la santé publique et la santé dans d'autres politiques (UE); l'action sur les maladies évitables et la promotion de la bonne santé (UA); l'accès universel aux services de santé (UNASUR), les systèmes de santé et l'harmonisation des politiques (EAC); les mesures sanitaires et vétérinaires (EAEU); la santé comme condition préalable au développement (SADC); et la santé comme ingrédient essentiel de l'intégration sociale (SICA).

Au **niveau politique** : des déclarations, stratégies et plans d'action de haut niveau sur la santé ont été adoptés lors de sommets et par les plus hautes instances dirigeantes de plusieurs organisations régionales. Parmi ces documents, on peut citer la stratégie africaine en matière de santé 2016–2030 (UA), le programme de développement sanitaire post-2015 de l'ASEAN et le plan stratégique en matière de santé (Communauté andine). Dans l'UE, certains actes normatifs (directives et règlements) ont un statut juridique plus élevé que d'autres (recommandations).

Plusieurs organisations régionales ont initié des réunions régulières des ministres de la santé de leurs pays membres, notamment la Communauté andine, le MERCOSUR et la SAARC. D'autres ont créé des conseils, des comités ou des assemblées en tant qu'organes politiques responsables du secteur de la santé, notamment la CEDEAO, le SICA et l'UNASUR. Dans l'UE, les ministres de la santé des pays membres se réunissent régulièrement dans le cadre de la formation du Conseil « Emploi, politique sociale, santé et consommateurs », l'une des dix formations du Conseil de l'UE, qui est le principal organe législatif de l'Union aux côtés du Parlement européen. Dans les grandes organisations dotées d'une commission exécutive, comme l'UA et l'UE, un commissaire est désigné comme responsable de la santé et est soutenu par un département spécialisé de la commission.

Les objectifs en matière de santé sont souvent soutenus par d'autres organismes et institutions régionaux, tels que : les parlements et les assemblées législatives régionales (qui approuvent la législation pertinente); les banques régionales de développement et d'investissement (qui peuvent financer des projets dans les domaines de la santé, de la médecine et des biotechnologies); et les Cours de justice régionales (qui peuvent être appelées à interpréter la législation régionale pertinente ou à régler des litiges juridiques concernant, par exemple, les droits des citoyens aux soins transfrontaliers).

Au : Certaines organisations régionales ont créé des agences sanitaires spécialisées, qui constituent probablement le mécanisme de coopération technique le plus avancé. Voici quelques exemples de ces agences sanitaires, dont l'organisation mère est indiquée entre crochets :

- Centres africains de contrôle et de prévention des maladies [UA];
- Organisation andine de la santé [Communauté andine];
- Agence de santé publique des Caraïbes [CARICOM];
- Commission de recherche sanitaire de l'Afrique de l'Est [EAC];
- Organisation ouest-africaine de la santé [OOAS];
- Centre européen de prévention et de contrôle des maladies, Agence européenne des médicaments, Observatoire européen des drogues et des toxicomanies [UE]; et
- Institut sud-américain de gouvernance en matière de santé [UNASUR].

Parmi les autres mécanismes employés par diverses organisations figurent les réseaux régionaux de référence et de réglementation, les registres, les bases de données, les initiatives et les partenariats. Dans certains cas, ces mécanismes ont permis de créer des biens de santé publique qui revêtent une importance particulière pour la région dans son ensemble, comme la base de données du MERCOSUR sur les avertissements illustrés concernant les dangers du tabac, le réseau de télémédecine de l'ASACR, l'infrastructure de services numériques de santé en ligne de l'UE et la banque de prix des médicaments de l'UNASUR.

Au **niveau intersectoriel** : Outre les approches multisectorielles traditionnelles de la santé, certains mécanismes spéciaux ont été utilisés au niveau technique et politique. Citons par exemple la réunion annuelle conjointe des ministres de la santé et de l'économie de l'APEC, les réunions conjointes des organes du SICA chargés de la santé et de l'intégration économique, le dialogue de haut niveau sur l'eau et l'assainissement de la Communauté du Pacifique et la politique transversale de la SADC sur le VIH/sida et les maladies sexuellement transmissibles. En outre, les urgences sanitaires internationales déclenchent souvent une diplomatie et une coordination régionales urgentes dans des secteurs étroitement liés, comme dans le cas de l'ANASE, où les ministres de l'économie, de l'agriculture, du travail, de la protection sociale et des transports des pays membres ont convoqué leurs réunions de coordination respectives pendant la phase initiale de la réponse à la pandémie de COVID-19

7.4 Intégration régionale et diplomatie de la santé mondiale

Une quantité considérable de négociations et de consensus est nécessaire – tant au niveau intergouvernemental qu'intersectoriel – pour veiller à ce que la santé ne soit pas évincée par les divers

programmes politiques, commerciaux, économiques et sécuritaires qui animent principalement les processus d'intégration régionale. Outre qu'elles renforcent la dimension sanitaire de l'intégration régionale, ces négociations contribuent à consolider les bases de l'engagement d'une région dans la diplomatie mondiale pour la santé.

Il existe trois types de mécanismes différents pour l'interaction entre l'intégration régionale et la diplomatie mondiale pour la santé : interne, horizontal et vertical.

Interne : Certaines organisations ont formellement défini le rôle de leur région en matière de santé mondiale (UE) ou ont promu des traités mondiaux qui présentent un intérêt particulier pour leur région (comme dans le cas de l'Organisation du traité de coopération amazonienne, qui a fortement soutenu la Convention de Minamata sur le mercure).

Horizontal : Les organisations régionales coopèrent les unes avec les autres afin d'obtenir de meilleurs résultats collectifs, notamment en matière de santé. Cette coopération peut avoir lieu à l'intérieur d'un continent (par exemple, la tripartite COMESA-EAC-SADC, qui cherche à accélérer l'intégration économique en Afrique orientale et australe), ou à l'échelle intercontinentale (par exemple, la coopération de l'UE sur les maladies transmissibles avec l'UA et l'ANASE, ou le récent accord de libre-échange UE-MERCOSUR, qui peut avoir un impact sur la santé). Un mécanisme horizontal connexe est la manière dont les grands clubs politiques interrégionaux (G7, G20, BRICS) accordent une attention toujours plus grande aux questions de santé mondiale.

Vertical : Plusieurs mécanismes de ce type ont vu le jour au fil des ans. Premièrement, les membres de certaines organisations régionales adoptent une position coordonnée à l'OMS – un mécanisme qui complète la coordination bien établie entre les États membres au sein des régions de l'OMS. Dans ce cas, une organisation/groupement régional agit comme un bloc de vote. C'est le cas depuis longtemps avec l'UE, mais il existe des exemples plus récents, comme l'appel à l'action contre les médicaments contrefaits lancé par l'UNASUR. Deuxièmement, la position politique de certaines organisations régionales s'est avérée déterminante pour faire passer certaines questions en tête de l'agenda mondial. Deux exemples sont le rôle de catalyseur joué par la CARICOM pour mettre en avant les maladies non transmissibles aux Nations unies et les déclarations percutantes des États insulaires du Pacifique sur le changement climatique à l'OMS et dans d'autres forums mondiaux. Troisièmement, les organisations d'intégration régionale peuvent soutenir directement les traités mondiaux en matière de santé, comme l'a démontré le fort soutien de l'UE aux négociations sur la CCLAT, qui a été suivi par son adhésion en tant que partie à part entière à la convention et à son protocole visant à éliminer le commerce illicite des produits du tabac. Étant donné la prédominance des programmes transversaux dans la plupart des processus d'intégration, la diplomatie multisectorielle régionale est importante pour garantir la réalisation des objectifs sanitaires

lors de la négociation des futurs traités mondiaux sur la santé (ou des traités ayant un impact sur la santé) et lors de la mise en œuvre des traités existants.

Les crises sanitaires mondiales déclenchent souvent une demande pour que les mécanismes susmentionnés – internes, horizontaux et verticaux – soient mis en œuvre de manière groupée ou simultanée. C'est ce que l'on a pu constater, par exemple, lors de la crise mondiale provoquée par la pandémie de COVID-19. L'UE, bien que lente dans sa réponse initiale à la pandémie, a néanmoins entrepris par la suite d'importants efforts de coordination. Elle a également été le fer de lance des négociations difficiles en vue de la création d'un fonds de relance d'un montant sans précédent de 750 milliards d'euros, qui a finalement été approuvé en juillet 2020. En parallèle, au niveau mondial, l'UE a proposé et facilité l'adoption de la résolution cruciale de l'Assemblée mondiale de la santé sur la réponse à la COVID-19, a fourni des ressources substantielles à l'Alliance Gavi et a défendu l'initiative de réponse mondiale au coronavirus (ACT-A), pour laquelle des promesses d'une valeur de près de 16 milliards d'euros ont été obtenues en quelques mois. De même, l'UA a mis en place une Stratégie continentale commune de l'Afrique contre la COVID-19, un Fonds de réponse à la COVID-19 de l'Union africaine et une plateforme commune de fournitures médicales. Au niveau mondial, l'UA a nommé un envoyé spécial chargé de mobiliser le soutien économique international pour la lutte du continent contre la pandémie et a soutenu activement la réponse mondiale de l'OMS à la pandémie. Quant aux mécanismes interrégionaux (horizontaux), on peut citer comme exemples notables le dialogue sur la réponse COVID-19 rapidement activé par l'UE avec l'ANASE et l'UA, ainsi que diverses mesures de réponse dans le cadre du programme tripartite de facilitation du transport et du transit en Afrique orientale et australe. Cependant, la pandémie a également montré que les divisions existantes entre les pays membres peuvent sérieusement entraver une réponse coordonnée à l'échelle de l'organisation, comme par exemple dans le cas du MERCOSUR.

Encadré 13: La diplomatie de la santé mondiale en Afrique

La propagation des maladies menace de plus en plus les programmes de sécurité nationale, de commerce, d'économie et de développement en Afrique. Ces programmes sont les éléments constitutifs de l'Agenda 2063 de l'Union africaine (UA). Reconnaisant l'importance du lien entre les menaces sanitaires mondiales et les objectifs plus larges dans les efforts diplomatiques visant à réaliser l'Agenda 2063, l'UA a décidé de créer les Centres africains de contrôle et de prévention des maladies (CDC Afrique). Son mandat est de soutenir les initiatives de santé publique des États membres de l'UA et de renforcer la capacité de leurs institutions de santé publique à détecter, prévenir, contrôler et répondre rapidement et efficacement aux menaces de maladies. Le fait que le CDC Afrique soit basé au sein de l'UA, à Addis Abéba, reflète les implications diplomatiques de son travail, en particulier dans un contexte de santé mondiale. La diplomatie de la santé

est une dimension importante de l'engagement diplomatique plus large de l'Afrique. La charge de morbidité élevée de l'Afrique, ses difficultés en matière de financement de la santé et sa dépendance à l'égard des financements extérieurs exigent une diplomatie sanitaire efficace et des mesures concertées de la part des parties prenantes africaines et internationales pour susciter des politiques et des actions sanitaires mondiales qui répondent aux besoins du continent en matière d'amélioration de la santé de tous ses citoyens.

La santé est devenue une monnaie d'échange importante dans les négociations diplomatiques, comme l'ont montré récemment les efforts mondiaux déployés pour lutter contre la pandémie de COVID-19. Avant la pandémie, les intérêts politiques et économiques des donateurs (organisations bilatérales et multilatérales, secteur privé, etc.) étaient souvent facilités par des programmes de santé. Ces programmes visaient à renforcer le soft power des pays donateurs et à gagner en pertinence dans les négociations sur la sécurité, les accords commerciaux et les politiques de développement. Dans l'ensemble, les pays africains ont bénéficié de ces programmes et les pays donateurs en ont profité pour consolider leur influence et promouvoir leurs propres intérêts. À l'inverse, la diplomatie de la santé a été relativement peu utilisée pour faire avancer les intérêts des pays africains. Cependant, pendant la pandémie, les gouvernements ont adopté des politiques drastiques et pris des mesures audacieuses pour atténuer le bilan humain et socio-économique de la COVID-19, notamment sur le secteur informel, qui emploie plus de 85% des Africains.

Les mesures de santé publique ont inspiré les politiques et les décisions prises pour atténuer la propagation de la pandémie – par exemple, les couvre-feux et les fermetures, les initiatives pour des frontières sûres et les négociations pour préserver le commerce entre les pays.

Dans un effort mené pour atténuer l'impact de la pandémie, le Bureau de l'Assemblée des chefs d'État et de gouvernement de l'UA a publié dès le début de la crise une déclaration commune demandant l'annulation de la dette. Cette prise de parole commune met en évidence le besoin crucial d'une action politique et diplomatique fondée sur des objectifs sanitaires.

Il existe encore des marges d'amélioration pour que la diplomatie sanitaire devienne plus systématique en Afrique. Malgré l'élaboration de la stratégie africaine en matière de santé (2016–2030) et la création du CDC Afrique, la santé publique n'est pas traitée comme une priorité essentielle dans les principaux documents de définition des priorités, tels que l'Agenda 2063. En outre, avant la création du CDC Afrique, on ne pouvait pas discerner une voix africaine unifiée sur les questions de santé, ce qui rendait les pays les plus vulnérables particulièrement peu influents. Deux événements peuvent être cités pour illustrer l'effet de l'absence d'une telle voix unifiée :

→ La région africaine, en tant que bloc régional, n'a pas signé la déclaration politique de la

réunion de haut niveau sur la couverture sanitaire universelle en 2019. Les pays ayant signé séparément, le pouvoir de négociation collectif de l'Afrique a été affaibli. Cela a conduit certains pays (Congo, République démocratique du Congo, Égypte, Libye, Mali, Nigeria, Soudan, Ouganda) à signer une déclaration alternative sur la couverture sanitaire universelle influencée par les États-Unis d'Amérique, qui excluait les droits en matière de santé sexuelle et reproductive.

- Lors de l'Assemblée mondiale de la santé de 2019, 20 pays (dont cinq africains) ont parrainé une résolution visant à améliorer la transparence des marchés des médicaments, vaccins et autres produits de santé. Cette résolution fournit aux gouvernements des informations utiles pour négocier équitablement. Toutefois, certains éléments essentiels de la transparence ont été omis, du fait des objections soulevées par l'Allemagne, le Japon, le Royaume-Uni et les États-Unis concernant la publication de données relatives aux coûts de production et autres coûts pertinents, ainsi qu'aux subventions des gouvernements et d'autres groupes. Bien que le manque d'accès et de disponibilité des vaccins, des médicaments et des produits de base constitue une véritable crise de santé publique dans les pays africains, aucune objection de la région dans son ensemble n'a été formulée à l'encontre de ces omissions dans le texte final de la résolution WHA72.8 de l'Assemblée mondiale de la santé.

La pandémie de COVID-19 offre des possibilités exceptionnelles pour la diplomatie de la santé de s'affirmer en Afrique. La réponse commune de l'Afrique à la pandémie a créé un espace politique pour les processus de santé mondiaux. Les gouvernements, par l'intermédiaire du CDC Afrique ou des communautés économiques régionales, telles que la Communauté d'Afrique de l'Est (CAE), la Communauté de développement de l'Afrique australe (SADC) et la Communauté économique des États de l'Afrique de l'Ouest (CEDEAO), ont coordonné leurs réponses, politiques et directives en matière de pandémie. Le président de l'Afrique du Sud, en sa qualité de président de l'UA, a nommé quatre envoyés spéciaux de l'UA pour mobiliser le soutien à la réponse africaine à la COVID-19.

Outre les implications sanitaires, le soutien recherché vise également à aider à relever les défis économiques auxquels sont confrontés les pays africains en raison de la crise de la COVID-19. Grâce à un engagement concerté, certaines communautés économiques régionales et des envoyés désignés se sont imposés comme négociateurs de la réponse de l'Afrique à la pandémie. Ce consensus sur le cadre de réponse a favorisé l'adoption d'objectifs communs dans la réponse à la pandémie et a permis de lever davantage de fonds auprès des donateurs traditionnels et des philanthropes africains. Cette diplomatie sanitaire coordonnée et stratégique est susceptible d'avoir un impact positif sur la santé et d'autres facteurs socio-économiques.

Pour développer davantage la diplomatie stratégique en matière de santé en Afrique, les décideurs africains pourraient envisager les actions suivantes :

- Institutionnaliser l'intégration de la santé dans la politique étrangère. Les gouvernements devraient collaborer pour élaborer des positions communes qui leur permettront d'influencer les résolutions adoptées au niveau mondial. Un engagement plus large au sein de la région renforcera la capacité à obtenir des positions et des réponses coordonnées sur les questions de santé, telles que des directives conjointes, la mise en commun des ressources (pour le financement et le déploiement des premiers intervenants, pour les achats, etc.) et l'échange de bonnes pratiques.
- Négocier en tant que bloc régional afin de gérer des partenariats complexes et de protéger les intérêts de l'Afrique. En faisant progresser son propre programme de santé, l'Afrique peut accroître son pouvoir d'achat et sa capacité à accéder à des technologies, des médicaments, des vaccins et d'autres produits de santé innovants. Le renforcement du dialogue entre les diplomates et les experts de la santé permettra de s'assurer que les impacts sur la santé sont bien pris en compte dans toutes les négociations. Cela nécessite des processus décisionnels inclusifs et transparents, non seulement pendant la mise en œuvre des programmes, mais aussi en matière de recherche et de développement.
- Renforcer les capacités des cadres pour développer et s'engager de manière proactive dans la diplomatie sanitaire, c'est-à-dire dans l'interface entre la santé et la politique étrangère. Les gouvernements africains reconnaissant que la sécurité sanitaire n'est pas seulement une préoccupation nationale, et la pandémie de Covid a clairement démontré le lien croissant entre politique intérieure et politique étrangère. Les décideurs politiques doivent connaître les accords internationaux en matière de santé et anticiper les risques ou les menaces qui en découlent. Des compétences techniques particulières sont également nécessaires pour négocier les programmes de santé dans le cadre de la politique étrangère et des accords de développement (y compris les échanges et le commerce). À cette fin, une cohorte de fonctionnaires clés devrait être formée pour acquérir des compétences techniques. Ce renforcement des capacités peut passer par des stages des hauts fonctionnaires dans les centres diplomatiques d'Addis-Abeba, de Genève et de New York et/ou dans les ministères des affaires étrangères. Les gouvernements devraient également coopérer avec les institutions universitaires pour renforcer leurs capacités en matière de diplomatie sanitaire et, plus particulièrement, pour permettre aux fonctionnaires de se familiariser avec les dernières tendances en matière de santé publique. Les gouvernements pourraient même aller plus loin en créant des unités de diplomatie sanitaire mondiale au sein de leurs ministères des affaires étrangères, qui interagiraient avec les attachés sanitaires des missions diplomatiques, les

entités concernées de l'UA (département des affaires sociales, CDC Afrique, zone de libre-échange continentale africaine), les parlementaires et les bureaux nationaux et régionaux de l'OMS.

Compte tenu du rôle essentiel de la diplomatie sanitaire mondiale dans l'amélioration des indicateurs de santé en Afrique, il est impératif de restructurer et de systématiser la manière dont cette diplomatie est menée sur le continent. Cela est nécessaire à la fois pour accroître le pouvoir de négociation de l'Afrique et pour construire de meilleures institutions capables de promouvoir une diplomatie sanitaire et des résultats positifs en matière de santé publique.

CHAPITRE 8 | COHÉRENCE DES POLITIQUES EN SOUTIEN DE LA SANTÉ MONDIALE

8.1 Créer des synergies

À l'ère des ODD, les stratégies d'équité en matière de santé et de développement durable devraient être intégrées, en tenant compte des liens entre les politiques sociales, environnementales et économiques. Actuellement, les différents secteurs ont leurs propres objectifs et ont tendance à fonctionner en « silos ». Introduire des questions de santé dans l'espace politique de secteurs autres que celui de la santé est souvent perçu comme une ingérence, à moins que les avantages potentiels ne soient clairement mis en évidence.

Les secteurs autres que celui de la santé ont toujours apporté une contribution fondamentale à la promotion de la santé et à la prévention des maladies, comme en témoignent les mouvements de médecine sociale de la première moitié du XX^e siècle et les jalons de la seconde moitié, tels que la Déclaration d'Alma-Ata sur les soins de santé primaires (1978), la Stratégie mondiale de la santé pour tous d'ici l'an 2000 (1981) et la Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé (1986).

Plus récemment, l'approche intersectorielle de la santé a été renforcée par le Cadre de la santé dans toutes les politiques (2006), le Rapport final (2008) de la Commission des déterminants soci-



aux de la santé de l'OMS et l'accent mis sur la santé en tant que dimension transversale dans les ODD. Des instruments juridiques internationaux tels que le Règlement sanitaire international révisé (2005) et la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac (CCLAT), également entrée en vigueur en 2005, ont entraîné des obligations contraignantes pour les différents secteurs (et pour les gouvernements dans leur ensemble) en matière de protection et de promotion de la santé publique.

En raison de l'influence des différents secteurs sur la santé – une influence qui peut être positive ou négative – il est nécessaire de parvenir à un engagement et à une coordination intersectoriels efficaces. Tant au niveau national que sur la scène internationale, cette **diplomatie intégrative** est devenue de plus en plus importante pour la promotion de la santé. L'adoption des ODD a accéléré cette évolution vers la cohérence des politiques et la diplomatie intégrative. Cependant, les gouvernements éprouvent souvent des difficultés à aligner, par exemple, leurs politiques commerciales et économiques sur leurs objectifs de santé nationaux et mondiaux. La cohérence des politiques est particulièrement importante – et difficile à réaliser – lorsque l'interaction intersectorielle est étroitement liée aux négociations et aux processus multilatéraux.

D'autres exemples notables illustrent la nécessité de la cohérence des politiques par le biais de la diplomatie intégrative, comme i) les négociations et les processus dans le cadre de régimes juridiques internationaux tels que la CCLAT et le RSI révisé (2005); ii) les négociations multidisciplinaires sur la manière de relever les défis mondiaux croissants de la sécurité sanitaire et de la résistance aux antimicrobiens; et iii) les efforts visant à mettre davantage l'accent sur la santé dans le dialogue mondial sur le changement climatique.

Les négociations sur les questions hautement prioritaires au niveau mondial sont menées non seulement dans le cadre de forums et de sommets multilatéraux réguliers, mais aussi, de plus en plus, lors de conférences ad hoc de haut niveau. Plus ces négociations sont importantes pour certains États, plus ceux-ci s'efforceront d'obtenir une interaction synergique des efforts diplomatiques à différents niveaux et dans le cadre de différentes organisations, processus et réunions – une stratégie parfois appelée « forum shopping ».

8.2 Utiliser plus efficacement les mécanismes existants pour la cohérence des politiques

La cohérence des politiques consiste à défendre des valeurs partagées et à atteindre des objectifs communs. En utilisant plus efficacement les **plateformes universellement acceptées**, telles que l'Agenda 2030 pour le développement durable, il est possible de parvenir à une cohérence intersectorielle en faveur de la santé et des valeurs convenues – telles que les droits humains – grâce à la

diplomatie intégrative.

En raison de leur force contraignante, les **instruments juridiques internationaux** dans le domaine de la santé peuvent contribuer grandement à la cohérence intersectorielle. Par exemple, la CCLAT impose aux pays de mettre en place un mécanisme national de coordination de la lutte antitabac. De même, le Règlement Sanitaire International révisé (2005) stipule que la réponse de la santé publique à la propagation internationale des maladies doit « éviter de créer des entraves inutiles au trafic et au commerce internationaux ». En outre, plusieurs traités relatifs à l'environnement, au travail, au commerce et à d'autres secteurs contiennent des dispositions contraignantes qui soutiennent les objectifs de santé. Tous ces régimes juridiques peuvent contribuer à favoriser les synergies intersectorielles.

Si la contribution de secteurs tels que l'éducation, la protection sociale, l'agriculture, le commerce et les transports à la santé est reconnue depuis longtemps, on assiste depuis quelques années à une implication croissante **d'autres secteurs qui n'étaient pas considérés auparavant comme des partenaires** du travail quotidien du secteur de la santé. Il s'agit par exemple des douanes (en lien avec le Protocole pour l'élimination du commerce illicite des produits du tabac, entré en vigueur en 2018), de la migration (en lien avec l'intérêt croissant pour les enjeux liés de la migration et de la santé) et des télécommunications (en raison de l'expansion rapide de la santé numérique). Il est important de tenir les experts et les autorités au courant des questions nouvelles et émergentes à l'interface de la santé avec d'autres secteurs pour garantir un dialogue et une cohérence politiques efficaces. Les **réseaux politiques** jouent un rôle de plus en plus important à cet égard.

Dans certains cas, des opportunités se présentent lorsque **tous les secteurs concernés sont réunis par une crise sanitaire majeure**, telle qu'une épidémie ou une canicule. Les interactions intenses qui s'ensuivent améliorent la compréhension et la confiance mutuelles de ces secteurs, ce qui peut contribuer à maintenir un dialogue régulier par la suite.

8.3 Les bases nationales de la cohérence des politiques mondiales

La santé et les questions liées à la santé sont fréquemment sur la table des négociations multilatérales, tant à l'intérieur qu'à l'extérieur de l'OMS. En raison de la nature intersectorielle des questions de santé, les négociateurs de première ligne sont souvent contraints de concilier les points de vue – souvent contradictoires – des différents secteurs. L'obtention d'une position gouvernementale cohérente sur les différentes questions, avant ou entre les sessions de négociation, est un facteur important pour déterminer le succès des négociations. Les gouvernements mettent donc fréquemment en place des mécanismes nationaux de coordination multi-acteurs pour soute-

nir les négociations multilatérales. Certains pays ont élaboré des stratégies nationales de santé mondiale afin de favoriser la cohérence et de clarifier les objectifs de ces efforts (voir la [section 8.4](#)).

Les mécanismes de coordination nationaux varient en fonction des questions et des acteurs concernés. Il existe toutefois quelques caractéristiques communes, comme suit :

Une approche proactive de la part du ministère de la santé est essentielle. Cela est surtout dû au fait que les autres secteurs peuvent ne pas être conscients des implications sanitaires (souvent cachées ou largement techniques) des questions discutées dans des forums non sanitaires. En outre, c'est le secteur de la santé qui doit faire face aux conséquences, si la protection de la santé publique échoue.

La coordination intersectorielle au sein d'un pays implique un débat à la fois technique et politique. L'échange technique de règles, de normes et de preuves entre les secteurs n'est généralement pas suffisant. Un consensus politique de plus haut niveau, impliquant souvent des compromis et des arbitrages, est normalement nécessaire lors de l'élaboration du mandat en vue de négociations ultérieures.

Les ministères des affaires étrangères doivent être impliqués afin d'assurer une cohérence avec les priorités et les engagements multilatéraux d'un pays. Cette implication faitière peut ne pas être aussi intense que l'échange entre les ministères sectoriels, mais elle reste essentielle d'un point de vue politique et stratégique. Dans de nombreuses négociations, en particulier celles qui se déroulent dans les principaux forums et centres internationaux, les représentants des ministères des affaires étrangères sont membres de la délégation nationale, ou peuvent même la diriger. Cela rend la coordination préalable encore plus importante.

La coordination intersectorielle nationale peut être favorisée par la cohérence des approches des organisations internationales concernées. Les arguments intersectoriels présentés par l'OMS qui sont harmonisés avec ceux d'autres organisations – comme la Banque mondiale, la FAO, l'Organisation internationale du travail (OIT) et le PNUE – contribuent à accroître la compréhension et la confiance des différents secteurs les uns envers les autres.

Il est généralement difficile de parvenir à une convergence sur les questions intersectorielles clés pendant, plutôt qu'avant, les négociations multilatérales, en raison de la dynamique changeante des négociations et du manque de temps pour consulter les ministères concernés dans la capitale. À moins qu'un travail préparatoire suffisant n'ait été effectué chez soi, la recherche de convergence au sein d'une délégation intersectorielle nationale peut souvent être aussi exigeante que la négociation avec d'autres délégations. Le [chapitre 11](#) explique plus en détail comment fonctionne la

coordination avec les différents secteurs non sanitaires, y compris le rôle du secteur de la santé dans cette coordination.

Bien que la préparation d'une plate-forme de négociation cohérente relève de la responsabilité des gouvernements, ceux-ci impliqueront souvent les acteurs non étatiques concernés dans le processus – par exemple, par le biais d'un dialogue multi-acteurs ouvert afin de fournir des informations pour les préparatifs officiels. Il est particulièrement utile de s'appuyer sur les connaissances de la société civile et des organisations professionnelles qui sont membres d'alliances internationales ayant le statut d'observateur lors des négociations multilatérales sur les questions en jeu.

8.4 L'importance d'une stratégie nationale en santé mondiale

La santé mondiale est l'un des rares domaines de la diplomatie dans lequel les pays ont élaboré des stratégies nationales pour faire face à un problème mondial. La Suisse a été le premier pays à adopter une politique étrangère en matière de santé en 2006. Depuis, un certain nombre de pays ont adopté des stratégies nationales en matière de santé mondiale, ce qui leur permet d'aligner leurs engagements en faveur de la santé mondiale sur les politiques nationales en matière de santé et de politique étrangère. Il s'agit notamment de la France, de l'Allemagne, du Japon, de la Thaïlande, du Royaume-Uni et des États-Unis. De nombreux autres pays – dont le Brésil, le Cameroun, le Canada, la Chine, la Norvège, l'Afrique du Sud et la Suède – ont identifié des domaines prioritaires spécifiques pour s'engager de manière plus proactive dans la diplomatie de la santé mondiale.

La plupart des pays qui ont jusqu'à présent adopté des stratégies nationales en matière de santé mondiale sont des pays donateurs, des pays à haut revenu et des économies émergentes. Ils poursuivent souvent des intérêts géopolitiques spécifiques et s'efforcent d'exercer une influence. Cependant, tous les pays devraient envisager de telles stratégies, car les questions de santé nationale sont étroitement liées aux questions de santé mondiale. En outre, dans le cas des pays à revenu faible ou intermédiaire, il est essentiel de s'assurer que la stratégie nationale de santé répond aux attentes des donateurs et de s'engager en tant que pays (ou groupe régional) dans les forums internationaux pour optimiser l'impact du financement des donateurs sur la santé au niveau national.

Le ministère de la santé est normalement le ministère responsable de la liaison avec l'OMS, et il dispose généralement d'un département chargé de la santé internationale. Toutefois, sur les questions politiques, les positions adoptées par le ministère des Affaires étrangères l'emportent sur celles du ministère de la santé. Dans certains cas, il existe un point de contact pour la santé mondiale au sein du ministère des Affaires étrangères, et certains pays ont même nommé des ambassadeurs de la santé mondiale. Dans les pays à revenu élevé, le ministère du développement et les

agences de développement sont souvent les points de contact des organisations de santé, telles que le Fonds mondial, qui reçoivent d'importantes contributions financières des donateurs. Ces différents acteurs interagissent avec le réseau des représentations diplomatiques à Genève ou à New York pour donner des instructions ou élaborer des positions.

Le premier point de contact sera généralement un attaché de santé dans la mission diplomatique – normalement un diplomate qui s'est vu attribuer le portefeuille de la santé (souvent avec quelques autres portefeuilles), bien qu'il s'agisse parfois d'un professionnel de la santé détaché du ministère de la santé.

Il peut être très difficile d'assurer, au niveau national, la cohérence des différents efforts déployés en matière de santé mondiale, car il faut pour cela travailler avec différentes agences et différents acteurs à divers niveaux de gouvernance, tant au niveau national qu'international. Il existe inévitablement une concurrence – parfois même un conflit – entre les ministères et les agences. Cela signifie que les représentations diplomatiques doivent souvent composer avec les positions divergentes des différents ministères et les concilier. Dans les pays donateurs, c'est le parlement national qui décide en dernier ressort du niveau de financement de la santé mondiale. Les parlements décident également des montants qui seront dépensés au niveau bilatéral et multilatéral, et des ministères qui auront le contrôle du budget.

Dans de nombreux pays, les départements de santé internationale du ministère de la santé sont faibles et manquent de personnel. Pourtant, on attend d'eux qu'ils soient en mesure de fournir des conseils techniques avisés sur les nombreuses propositions issues des différents processus multilatéraux. Dans certains cas, on attend également d'eux qu'ils prennent l'initiative et élaborent des résolutions au nom de leur pays.

Les ordres du jour du Conseil exécutif de l'OMS et de l'Assemblée mondiale de la Santé se sont considérablement élargis, et leurs implications sont plus complexes et politiques que par le passé. Pour s'engager pleinement dans ces agendas, il faut connaître les autres processus multilatéraux en cours – par exemple, pour comprendre les positions prises par les États membres sur la résistance aux antimicrobiens, il faut être au courant des négociations pertinentes à la FAO. De même, la décision d'un pays donateur de s'impliquer dans le financement des systèmes de santé nécessite une coordination entre le ministère (de la santé ou des affaires étrangères) qui supervise les investissements du Fonds mondial et le ministère des finances, qui représente le pays à la Banque mondiale.

Les pays à revenu faible ou intermédiaire manquent souvent de capacités suffisantes dans leurs différents ministères et au sein du service diplomatique pour pouvoir s'engager correctement dans des négociations complexes. En outre, les petites délégations présentes ont du mal à participer

pleinement et à influencer le résultat des négociations sur la santé mondiale. Le partage de la charge entre les différentes représentations de pays d'une même région ou entre des pays ayant des intérêts communs à Genève et à New York devient un élément essentiel de la réussite de la diplomatie en matière de santé mondiale. Les entités régionales, telles que l'UA et l'UE, prennent de plus en plus souvent de telles dispositions.

En ce qui concerne leurs stratégies de santé mondiale, la priorité pour les pays à revenu faible ou intermédiaire est d'être bien préparés à s'engager auprès des différents acteurs de la santé mondiale, y compris les organisations internationales. Nombre de ces pays ont, par exemple, une stratégie de coopération avec l'OMS. Plusieurs ministères et organes gouvernementaux autres que le ministère de la santé jouent un rôle clé à cet égard, notamment lorsque l'accent est mis sur la coordination des donateurs et l'obtention d'investissements étrangers pour développer le système de santé. Les pays africains réclament depuis longtemps une meilleure coordination et une plus grande redevabilité des donateurs. Malgré les accords négociés lors de grandes conférences – comme la Conférence internationale sur le financement du développement qui s'est tenue à Monterrey, au Mexique, en 2002, et qui a rassemblé plus de 50 chefs d'État et de gouvernement et plus de 200 ministres des affaires étrangères, du commerce, du développement et des finances – la réalité sur le terrain laisse beaucoup à désirer. L'un des principaux objectifs des négociations sur la santé mondiale au niveau national est de rendre la fourniture de l'aide plus efficace en alignant les programmes des donateurs sur les plans nationaux de développement sanitaire. Un bon exemple est la manière dont l'Éthiopie a aligné les investissements du Fonds mondial et du PEPFAR sur ses priorités nationales afin de mettre en place un système de soins de santé primaires capable non seulement de lutter contre le VIH, mais aussi de s'occuper de la vaccination des enfants, des soins de santé maternelle, du traitement de la tuberculose et de l'hypertension, et de la promotion de l'hygiène.

Les pays à revenu intermédiaire et les économies émergentes se trouvent souvent à mi-chemin entre, d'une part, la volonté d'apporter de la cohérence aux efforts nationaux soutenus par le financement des donateurs internationaux et, d'autre part, la volonté de jouer un rôle actif dans les forums mondiaux sur la santé. Par exemple, le Brésil plaide depuis longtemps en faveur de l'accès universel aux médicaments, l'Inde a joué un rôle moteur dans la mobilisation des efforts mondiaux de lutte contre la tuberculose, et la Fédération de Russie a contribué à inscrire les maladies non transmissibles à l'ordre du jour international.

L'**encadré 14** ci-dessous fournit de brèves indications sur la négociation d'une stratégie nationale en matière de santé mondiale.

Encadré 14 : Préparation d'une stratégie nationale en matière de santé mondiale

La préparation d'une stratégie nationale sur la santé mondiale commence par le partage d'informations, le renforcement des capacités et les négociations internes entre diplomates et fonctionnaires au niveau national, afin de promouvoir le concept d'une stratégie de santé mondiale et de faire prendre conscience de ses effets positifs attendus. La justification de l'élaboration d'une telle stratégie repose sur la notion, inscrite dans les ODD, selon laquelle les questions de santé mondiale concernent tous les pays, indépendamment de leur niveau économique et de leur influence politique, et ne peuvent être abordées que par un effort mondial conjoint. Ce concept n'est toutefois pas encore universellement accepté. En outre, il est devenu plus difficile ces derniers temps d'obtenir l'acceptation politique d'une telle stratégie, en raison de la montée des nationalismes et de la remise en question du système multilatéral. L'adoption, en octobre 2020, par le gouvernement allemand d'une stratégie mondiale en matière de santé pour la période 2020–2030 est donc un signal très important.

S'orienter vers un programme de santé mondiale au niveau national implique un engagement national fort en faveur du renforcement des institutions multilatérales en matière de santé et de la gouvernance multilatérale. Dans les pays donateurs, l'accent mis sur l'engagement multilatéral peut être interprété par certains comme un affaiblissement de l'aide bilatérale au développement, susceptible de réduire la visibilité et l'influence politique du pays sur la scène mondiale.

L'un des principaux défis de l'élaboration d'une stratégie nationale de santé mondiale est de parvenir à une cohérence entre les politiques nationales dans divers domaines. La nature multisectorielle de la santé mondiale doit être un élément clé de sa gouvernance, tant au niveau national qu'international. C'est un élément que les diplomates doivent comprendre et prendre en compte. Les stratégies de santé mondiale englobent les biens communs, le développement et la paix, les valeurs éthiques et le multilatéralisme. Leur responsabilité première incombe à l'ensemble du gouvernement, et non au seul ministère de la santé.

La principale étape préparatoire consiste à mener des consultations avec un grand nombre de parties prenantes. Ces consultations peuvent être supervisées par un comité de pilotage, idéalement dirigé conjointement par les ministères de la santé et des affaires étrangères (ou le ministère du développement). Dans les pays où un ambassadeur pour la santé mondiale est officiellement désigné, il peut être la personne la plus appropriée pour présider le comité directeur. En plus du comité directeur, un conseil consultatif international sur la santé mondiale peut apporter une contribution utile, comme l'a récemment fait l'Allemagne. Les consultations doivent commencer par un examen complet des politiques nationales de santé et des politiques étrangères, ainsi que

des engagements internationaux et multilatéraux du pays. L'expérience a montré qu'il est souvent plus efficace de partager un « projet zéro » et de demander aux parties prenantes des commentaires et des ajouts, plutôt que d'organiser des consultations ouvertes. La sélection des parties prenantes pour les consultations aura inévitablement un impact sur leur résultat.

Il s'agit de choisir et fixer des priorités. Les stratégies sont nationales, ce qui signifie que leurs priorités spécifiques varieront d'un pays à l'autre. Toutes les stratégies ont cependant en commun de traiter tout ou partie des questions généralement considérées comme des problèmes de santé mondiaux essentiels, comme la lutte contre les épidémies ou la résistance aux antimicrobiens. Les stratégies nationales auront également en commun plusieurs valeurs sous-jacentes, telles que l'engagement à défendre les droits humains, à réduire les inégalités en matière de santé et à assurer une couverture sanitaire universelle. La prise de décisions sur les priorités d'une stratégie nationale en matière de santé mondiale peut s'avérer assez difficile. Des tensions peuvent apparaître, par exemple, entre un discours politique en faveur de l'accès universel, d'une part, et la protection des intérêts commerciaux nationaux, d'autre part.

Une stratégie nationale réussie ne se contente pas de fixer les priorités politiques, mais décrit également le processus interministériel de définition des positions de négociation. Cela peut se faire par le biais de réunions régulières de coordination interministérielle ou d'un processus spécifique pour la santé mondiale, et doit combiner des incitations à la collaboration au niveau des ministres, des hauts fonctionnaires et des responsables de secteur.

En fin de compte, les décisions sont prises par la branche exécutive du gouvernement et ne sont généralement pas débattues par la branche législative.

La stratégie nationale suisse en matière de santé mondiale, par exemple, définit six domaines prioritaires pour lesquels une approche commune a été adoptée par des organismes gouvernementaux aussi divers que l'Office fédéral de la santé publique, le Département fédéral des affaires étrangères, le Secrétariat d'État à l'économie et l'Institut fédéral de la propriété intellectuelle. Les six domaines ont été définis à l'issue de consultations avec des organes gouvernementaux centraux et locaux, la communauté des chercheurs, la société civile, le secteur privé et les organisations de patients. Officiellement intitulée « Politique extérieure suisse en matière de santé 2019-2024 », la stratégie doit permettre à la Suisse de développer une politique de santé publique coordonnée et cohérente, tant au niveau national qu'international. Compte tenu de l'évolution rapide de l'environnement international, elle sera révisée périodiquement.

Les six domaines prioritaires de la politique extérieure suisse en matière de santé 2019–2024

1. Protection de la santé et crises humanitaires
2. Accès aux produits thérapeutiques
3. Soins de santé durables et enjeux numériques
4. Déterminants de la santé
5. Gouvernance en matière de santé globale
6. Politique en matière d'addictions

Les cinq priorités de la stratégie allemande en matière de santé mondiale pour 2020–2030

1. Promouvoir la santé, prévenir et combattre les maladies de manière adéquate
2. Aborder l'environnement, les changements climatiques et la santé sous un angle global
3. Renforcer les systèmes de santé
4. Protéger la santé – faire face aux menaces sanitaires transfrontalières
5. Stimuler la recherche et l'innovation pour la santé mondiale.

PARTIE C :
LES ÉLÉMENTS
D'UNE DIPLOMATIE
EN SANTÉ MONDIALE
RÉUSSIE

CHAPITRE 9 | RÉALISATIONS EN MATIÈRE DE DIPLOMATIE EN SANTÉ MONDIALE

9.1 Définir le succès de la diplomatie de la santé mondiale

L'évaluation du succès ou de l'échec de la diplomatie sanitaire mondiale dépend du contexte et de l'acteur analysé. Le succès devrait être mesuré en fonction du nombre et de l'importance des opportunités créées pour changer la direction des événements – en l'occurrence le bénéfice pour la santé et le bien-être. Les accords conclus au niveau mondial doivent être mis en œuvre au niveau national, voire infranational dans certains cas. Cela signifie que le succès dépend en grande partie de la mise en œuvre par les États eux-mêmes des résolutions et des accords mondiaux, et pas seulement de l'obtention de certains résultats obtenus dans les enceintes internationales. Cette mise en œuvre est en partie influencée par le type d'accord conclu – par exemple, s'il s'agit d'une loi « dure » ou d'une « règle souple ».

Il est important de noter que le succès de la diplomatie mondiale en matière de santé est parfois aussi lié à des individus et des négociateurs talentueux. En raison de la diversité et de la complexité des questions en jeu, une forte personnalité et un engagement passionné peuvent faire une grande différence dans de nombreuses négociations sur la santé mondiale.

L'appréciation du succès dépend bien évidemment de ce qu'un pays ou une autre partie impliquée s'était fixé comme objectif au départ. Ce qu'un négociateur considère comme un succès peut représenter un échec pour un autre, L'OMS s'efforce de prendre des décisions par consensus, en essayant de s'assurer que tous les pays sont d'accord. Cela peut parfois aboutir à des résultats basés sur le plus petit dénominateur commun.

Les États membres peuvent parfois essayer d'inscrire à l'ordre du jour des organes directeurs de l'OMS des questions spécifiques qui ne méritent pas l'attention de la communauté internationale à ce moment-là (comme un plan de lutte contre une seule maladie), simplement pour répondre à leur public national ou, dans certains cas, promouvoir des intérêts commerciaux particuliers. En outre, certains points de l'ordre du jour reviennent sans cesse à l'OMS alors que des progrès importants restent à faire, comme dans le cas de la lutte contre les produits médicaux de qualité inférieure et falsifiés (un sujet qui occupe un groupe de travail de l'OMS depuis de nombreuses années), ou la destruction des stocks restants de virus de la variole. Dans ces cas, les intérêts de la

santé publique sont éclipsés par des agendas politiques particuliers.

La pandémie de COVID-19 a posé de nouveaux défis à l'OMS, dont le travail a été rendu plus difficile par les tensions politiques entre la Chine et les États-Unis, et qui a dû coordonner une réponse avec des ressources limitées. La réponse multilatérale n'a pas non plus fonctionné efficacement au niveau des Nations Unies. Le Conseil de sécurité n'a pas pu, en raison de désaccords entre les membres permanents, adopter une résolution approuvant l'appel du Secrétaire général à des cessez-le-feu pendant la pandémie dans les zones de conflit, notamment en Afghanistan, en Libye, en République arabe syrienne ou encore au Yémen.

Néanmoins, la soixante-troisième Assemblée mondiale de la santé, qui s'est tenue en mai 2020 – qui était la première Assemblée mondiale de la santé à se dérouler en format virtuel – a remporté un succès relatif en adoptant une résolution équilibrée, bien que formulée avec prudence, sur la réponse à la COVID-19 (WHA73.1). Cette résolution, initiée par l'UE, couvre de nombreux aspects de la pandémie et demande une évaluation indépendante de la réponse internationale, y compris, mais sans s'y limiter, du rôle de l'OMS. Elle reconnaît la vaccination étendue contre la COVID-19 comme un bien public mondial. La résolution fait également plusieurs références au droit des pays de passer outre les règles internationales en matière de brevets en cas d'urgence sanitaire, en faisant usage des « flexibilités » prévues par l'accord sur les ADPIC – une question qui a été au cœur des efforts de plaidoyer de la société civile.

Une diplomatie mondiale de la santé bien menée peut conduire aux résultats clés suivants.

→ **Une meilleure santé** : de meilleurs résultats en matière de santé de la population pour chacun



des pays concernés, ainsi qu'une amélioration de la situation sanitaire mondiale en vue de la réalisation des ODD ;

- **Une meilleure solidarité mondiale** : amélioration des relations entre les États et engagement d'un large éventail d'acteurs à travailler ensemble pour faire progresser la santé, les biens communs pour la santé et soutenir le multilatéralisme ; et
- **Plus d'équité** : des résultats jugés justes et soutenant les objectifs de promotion des droits humains, de réduction de la pauvreté et de renforcement de la justice sociale.

9.2 Evaluation des succès

Les 10 exemples présentés brièvement ci-dessous peuvent servir de point d'entrée pour un examen plus approfondi et une évaluation des enseignements tirés des négociations passées réussies dans le cadre de la diplomatie en santé mondiale.

- Les ODD, qui ont été négociés par les États membres de l'ONU avec une contribution importante d'autres acteurs, comprennent près de 50 objectifs liés à la santé, dont beaucoup nécessitent une vigilance constante et des négociations dans plusieurs enceintes différentes. La santé est ainsi largement considérée à la fois comme un bénéficiaire et un contributeur de presque tous les ODD, et pas seulement de l'objectif 3, spécifique à la santé. La contribution de la diplomatie mondiale en santé à la réalisation des ODD est un indicateur clé de son succès. Plusieurs réunions de haut niveau ont permis de faire avancer cet objectif.
- L'une des grandes réussites de la diplomatie sanitaire mondiale au cours de la dernière décennie a été la manière dont les questions de santé ont été reprises par des instances non sanitaires des Nations Unies, à savoir l'Assemblée générale (maladies non transmissibles, tuberculose, résistance antimicrobienne, couverture sanitaire universelle) et le Conseil de sécurité (VIH/sida, santé dans les zones de conflit, Ebola). Ce succès a été facilité dans une large mesure par les déclarations pro-santé du G7 et du G20.
- Lors de l'Assemblée générale des Nations Unies septembre 2019, 12 agences multilatérales de santé, de développement et d'aide humanitaire ont lancé un plan commun pour aider les pays à progresser plus rapidement vers les cibles des ODD liés à la santé. Le Plan d'action mondial pour une vie saine et un bien-être pour tous, comme il s'intitule, est conçu pour aider les pays à identifier leurs priorités et à planifier et mettre en œuvre leur agenda ; il soutiendra également les efforts dans des domaines clés, tels que les soins de santé primaires.

- Une réunion de haut niveau de l'ONU, le 23 septembre 2019, a abouti à l'adoption d'une déclaration historique sur la couverture sanitaire universelle, qui reconnaît que ce n'est pas seulement l'accès aux services de soins de santé qui compte, mais aussi l'accès à un mode de vie sain, aux informations permettant de faire les bons choix, à la culture sanitaire, à une alimentation saine, aux transports, à un environnement plus sain et à d'autres déterminants de la santé.

Des informations supplémentaires sur les négociations qui ont abouti à la déclaration politique de la réunion de haut niveau sur la couverture sanitaire universelle (2019) sont disponibles dans **l'étude de cas 2**.

- Le tout premier sommet mondial des chefs d'État et de gouvernement sur la prévention et la lutte contre les maladies non transmissibles (MNT) a été organisé par la Communauté des Caraïbes (CARICOM) en 2007, et a débouché sur la déclaration de Port d'Espagne (Port of Spain, en anglais) intitulée « S'unir pour stopper l'épidémie de maladies chroniques non transmissibles » (« *Uniting to stop the epidemic of chronic non communicable diseases* »). Les Caraïbes anglophones ont la charge la plus élevée par habitant de maladies chroniques non transmissibles dans la région des Amériques. S'appuyant sur une longue histoire de coopération dans le domaine de la santé entre ses pays membres et sur les succès passés en matière d'élimination ou de réduction des maladies transmissibles grâce à une action collective, la CARICOM a donc décidé de cibler les MNT et a ensuite conféré à cette approche une dimension mondiale en faisant campagne avec succès pour une première réunion de haut niveau des Nations unies sur les MNT.

Après près d'une décennie de diplomatie en matière de santé mondiale, les ONG et les organisations professionnelles, soutenues par un groupe d'États membres, ont réussi à faire en sorte que la troisième réunion de haut niveau des Nations unies sur les MNT (2018) renforce l'accent mis par les réunions précédentes sur quatre grandes MNT (maladies cardiovasculaires, cancer, diabète et maladies respiratoires) et quatre facteurs de risque (tabagisme, sédentarité, consommation nocive d'alcool et mauvaise alimentation). Le résultat a été l'adoption d'une approche « cinq par cinq », les troubles de la santé mentale étant désormais inclus dans les MNT et la pollution atmosphérique dans les facteurs de risque.

Les réussites dans ce domaine (engagements politiques) sont éclipsées par l'impact de déterminants commerciaux. La déclaration politique de l'Assemblée générale des Nations Unies sur la prévention et le contrôle des MNT en 2011 comprenait un engagement des gouvernements à explorer la mise à disposition de ressources adéquates par le biais, entre autres, de canaux nation-

aux et bilatéraux. Cet objectif n'a cependant pas été atteint. Les MNT restent le problème de santé publique le plus important et le moins financé au niveau international, alors que de nombreuses vies pourraient être sauvées ou améliorées. L'élan politique a été annulé par l'ingérence, dans l'élaboration des politiques de santé internationales, de groupes d'intérêts économiques, commerciaux, défendant leur marché dans les pays donateurs. Malheureusement, la plupart des pays à revenu élevé ne manifestent qu'un intérêt limité pour la cohérence des politiques et la reconnaissance de l'interconnexion entre la promotion d'un système commercial multilatéral dans le cadre de l'OMC et la promotion de la santé dans leurs politiques de développement international, qui sont les deux faces d'une même médaille en termes de réalisation des indivisibles ODD.

- L'épidémie d'Ebola survenue en 2014 en Afrique de l'Ouest représentait une grave menace pour la vie humaine dans un monde globalisé où les agents pathogènes sont capables de se propager rapidement. Dans les pays les plus touchés, cependant, les capacités nationales étaient insuffisantes pour faire face à l'épidémie et les dirigeants hésitaient à reconnaître toutes ses implications. L'OMS a déclaré une urgence de santé publique de portée internationale en août 2014 pour alerter les pays et déclencher des mesures internationales. L'épidémie a ensuite été déclarée par le Conseil de sécurité des Nations Unies comme une menace mondiale, ce qui a permis à la communauté internationale de renforcer encore le soutien direct aux pays concernés.
- La soixante-douzième Assemblée mondiale de la santé a adopté en mai 2019 une résolution historique exhortant les États membres à mettre en place des politiques de transparence et, dans le même domaine, le Conseil des droits humains a adopté en juillet 2019 une résolution sur l'amélioration de l'accès aux médicaments. Voir l'**étude de cas 1** sur la résolution de l'Assemblée mondiale de la santé mentionnée ci-dessus.
- L'adoption du Code de pratique mondial de l'OMS pour le recrutement international des personnels de santé en mai 2010, qui a créé un cadre mondial, comprenant des normes éthiques et des dispositions institutionnelles et juridiques, pour orienter la coopération internationale sur le problème critique de la migration des personnels de santé. Lancée en 2004, l'élaboration du Code de pratique a duré six ans en tout. L'art du compromis s'est avéré essentiel au cours des longues et tortueuses négociations afin de parvenir à un accord satisfaisant mais non contraignant, tant pour les pays d'origine de la migration des travailleurs de la santé que pour les pays de destination (Taylor & Dhillon, 2011). Pour en savoir plus sur les instruments de santé mondiaux, voir le **chapitre 5**.

- Depuis l'entrée en vigueur de la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac (CCLAT) en 2005, les rapports d'activité mondiaux préparés tous les deux par le Secrétariat de la Convention ont fourni un bon aperçu de sa mise en œuvre par les Parties. Bien que le taux de progression diffère considérablement d'un pays à l'autre, le fait que, malgré la résistance de l'industrie du tabac, un si grand nombre de mesures efficaces aient déjà été prises pour réduire le tabagisme est une formidable réussite. La mise en œuvre a été la plus réussie dans trois domaines : la création d'environnements sans tabac, l'interdiction du conditionnement et de l'étiquetage trompeurs des produits du tabac et les programmes d'éducation, de communication et de sensibilisation du public. D'une manière générale, la mise en œuvre des dispositions de la Convention a toutefois été assez inégale dans de nombreux pays.

- Le Règlement sanitaire international, dans sa version révisée de 2005, est le principal instrument juridique international régissant la préparation et la réaction des pays en matière de santé publique face à la propagation internationale des maladies. Cependant, tant l'épidémie d'Ebola que la pandémie de COVID-19 ont mis en évidence un manque de préparation. De nombreux États membres n'ont pas réussi, pour des raisons financières ou politiques, à se doter de capacités adéquates et à honorer leurs obligations de mettre en œuvre toutes les mesures prévues par le RSI.

CHAPITRE 10 | ANALYSE DES INTÉRÊTS NATIONAUX ET GÉOPOLITIQUES

10.1 Comprendre la complexité des questions de santé mondiale

La diplomatie en santé mondiale doit faire face à plusieurs difficultés en même temps : la nouvelle complexité du système international, la complexité des organisations et des acteurs opérant dans le domaine de la santé mondiale, et la complexité des questions de santé mondiale, dont les déterminants sociaux, politiques et économiques sont fortement liés. Ces complexités exigent des réponses politiques en amont, au niveau national et supranational. L'expérience montre cependant que les négociations à Genève ont tendance à suivre une approche technique et segmentée. Il faut résister à une telle approche car la diplomatie en santé mondiale ne peut être dissociée de la géopolitique.

Un diplomate en santé mondiale doit être capable de comprendre les intérêts nationaux et géopolitiques qui peuvent se cacher derrière les négociations sur une résolution ou une décision. Il y a ainsi plusieurs aspects à prendre en compte.

Le monde traverse une période de transition et d'instabilité géopolitique. La mondialisation continue de progresser, ce qui signifie que les conditions intérieures d'un pays sont de plus en plus façonnées par les événements et les processus qui se déroulent ailleurs. Dans le même temps, et de manière quelque peu paradoxale, la confiance et l'engagement dans le multilatéralisme diminuent, ce qui conduit à la montée du régionalisme, du nationalisme et du protectionnisme. Dans certaines parties du monde, l'ordre international fondé sur l'État de droit a été ouvertement remis en question. Dans cette atmosphère tendue, la santé était jusqu'à récemment l'un des rares domaines dans lesquels la gouvernance multilatérale continuait à être pleinement acceptée et active. Cette situation a changé au début de la pandémie de COVID-19, l'impasse géopolitique entre la Chine et les États-Unis laissant des traces sur la santé mondiale. En outre, un nouveau « nationalisme vaccinal » est apparu dans plusieurs pays.

En tant que membres d'un réseau diplomatique plus large, les diplomates de la santé peuvent bénéficier d'analyses régulières sur l'état du monde et sur des régions, pays ou questions spécifiques menées par les départements spécialisés de leur ministère des affaires étrangères. Un diplomate doit s'efforcer de comprendre les changements géopolitiques. De même, il est important de comprendre les différentes mentalités. Dans la diplomatie en santé mondiale – comme dans

d'autres domaines de la diplomatie – une grande partie de l'analyse académique a été menée à partir d'une perspective occidentale des relations internationales. D'autres perspectives et cultures diplomatiques doivent également être prises en compte.

10.2 Building relationships in Geneva and other negotiating hubs

Les questions de santé mondiale étant fortement interconnectées, elles peuvent faire l'objet de discussions simultanées ou séparées dans différents forums à Genève, le principal centre de négociation de la diplomatie de la santé mondiale. L'accès aux médicaments, par exemple, a été et est encore débattu à l'OMC, à l'OMPI, au Conseil des droits de l'homme, au CICR, au Conseil de coordination du programme de l'ONUSIDA, au Conseil du Fonds mondial, ainsi qu'à l'OMS.

Il est essentiel pour les diplomates d'assurer une liaison régulière avec leurs collègues diplomates et avec les experts techniques de la mission qui sont chargés de suivre les travaux des diverses organisations basées à Genève. Cela peut être plus facile dans une petite mission. Dans une mission plus importante, il faudra de la coordination – ce qui est remarquablement fait dans certaines des plus grandes missions à Genève – et, surtout, de l'initiative, du talent et de l'énergie.

La communication avec les secteurs non sanitaires et avec les collègues de la mission qui sont responsables de ces autres domaines permettra de prendre conscience de questions importantes qui peuvent d'abord se poser en dehors du contexte sanitaire. Elle contribuera également à la cohérence des prises de paroles et des positions portées par la délégation d'un pays dans différents forums.

La communication avec les collègues diplomates d'autres missions à Genève doit se faire à la fois sur une base personnelle et dans le cadre de groupes formels et informels, qui peuvent inclure des groupes tels que l'UA, l'UE, les constituants des groupes régionaux de l'OMS, les sous-régions (par exemple, l'Afrique de l'Ouest), les rassemblements de pays partageant les mêmes idées ou les clubs de pays donateurs.

10.3 Rassembler les informations disponibles

L'étude des documents et autres matériels d'information issus de négociations antérieures à l'OMS ou dans d'autres organisations permet de mieux comprendre le sujet et les complexités nationales et géopolitiques qui se cachent derrière une question à débattre.

Cette collecte d'informations permet en outre de faire la lumière sur les positions précédemment

adoptées par les pays négociateurs. Elle permet également de compiler des exemples de langage sur lesquels les Etats s'étaient déjà accordés sur la question débattue ou sur d'autres questions ou processus pertinents pour la négociation en cours. Les résolutions et les déclarations adoptées par consensus à l'ONU sont les plus prometteuses à cet égard. Dans le cadre de négociations sur une question controversée de santé mondiale, se référer au langage adopté lors des négociations de l'Assemblée générale sur les ODD en 2015 peut servir de bon point de départ pour dégager un consensus.

En revanche, s'inspirer du langage utilisé dans les conclusions et les rapports qui n'ont pas été approuvés par consensus est moins utile pour l'objectif susmentionné. Par exemple, le rapport final du Groupe de haut niveau du Secrétaire général des Nations Unies sur l'accès aux médicaments, publié en 2016, a anticipé dans une large mesure la résolution sur la transparence des prix des médicaments qui a été adoptée à l'OMS en 2019. Cependant, l'impact de ce rapport de l'ONU a été altéré par le désaccord entre les membres du Panel sur un certain nombre d'autres questions du document.

L'importance d'un langage déjà convenu ne doit pas être sous-estimée. Un forum particulier des Nations unies peut être plus apte qu'un autre à approuver un langage ou une terminologie sur une question sensible. Le langage sur les droits sexuels et reproductifs et les populations vulnérables à haut risque d'infection par le VIH a été adopté, par exemple dans les résolutions de l'Assemblée générale des Nations unies sur le VIH/sida et peut être utilisé comme un précédent pour soutenir de la terminologie dans d'autres résolutions d'autres organisations.

10.4 Comprendre les positions

Comprendre comment les États membres élaborent leurs positions en vue de négociations s'acquiert avec l'expérience. Une diplomate de haut rang à Genève a fait remarquer un jour qu'elle avait passé la majeure partie de sa première année à l'OMS à écouter des débats et à observer des négociations afin de mieux comprendre comment la géopolitique et les intérêts nationaux déterminent les questions abordées par les États Membres et se reflètent dans les positions qu'ils essaient de défendre et de promouvoir. Les pays adoptent généralement des positions fondées sur leurs besoins spécifiques. Au début de la négociation, ces positions sont souvent plus radicales que les intérêts qu'ils cherchent à défendre, ce qui crée une certaine marge de manœuvre pour la négociation.

Il existe un certain nombre de questions que certains pays ne cesseront de soulever ou sur lesquelles ils adopteront une position ferme au cours d'un débat ou de négociations, par exemple les MNT (Fédération de Russie), les soins de santé primaires (Kazakhstan), la politique en matière de médicaments (Suisse), les médicaments non conformes aux normes (Inde), la tuberculose (Af-

rique du Sud) et les droits sexuels et reproductifs (États-Unis et pays nordiques). Les positions de certains pays sur ces questions sont souvent prévisibles sur des périodes plus longues – par exemple, le soutien des pays nordiques à la santé sexuelle et reproductive. Dans le cas des États-Unis, cela peut dépendre de l'administration au pouvoir.

Si l'on peut normalement s'attendre à une ligne commune de la part des États membres de l'UE, certaines dissensions peuvent apparaître sur des questions telles que les droits sexuels et reproductifs ou la prévention des MNT. De même, les pays des BRICS constituent aujourd'hui un bloc moins cohérent qu'il y a quelques années.

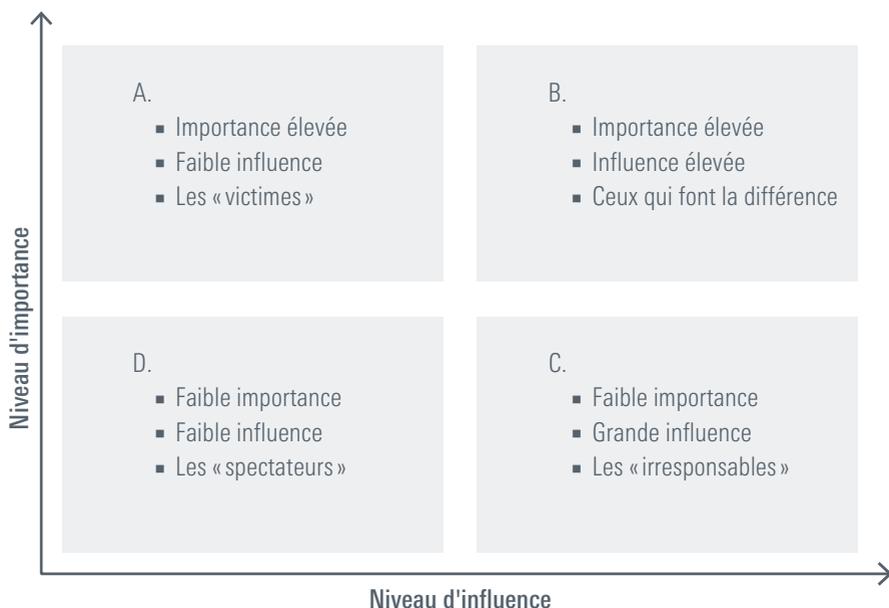
La Chine fait preuve d'une relative retenue à l'OMS mais reste très influente. Elle peut s'allier avec différents pays sur différentes questions – par exemple, avec la Fédération de Russie sur les questions de sécurité, ou avec l'Inde et l'Afrique du Sud sur les questions liées aux médicaments et la transparence des prix. La contestation juridique historique de l'Afrique du Sud concernant l'accès à des médicaments moins chers pour le traitement du VIH/sida a changé la donne au niveau mondial. Dans chaque région, il y a généralement des pays qui se font plus entendre que d'autres dans les forums sur la santé mondiale.

Dans le cadre de leur analyse des parties prenantes, les diplomates de la santé mondiale doivent être capables de reconnaître les situations dans lesquelles des intérêts cachés, qu'ils soient politiques ou économiques, déterminent la position d'un pays ou dans lesquelles un petit pays sert de véhicule à l'agenda d'un pays ou d'une entité plus importante.

10.5 Examen des blocs de négociation et des alliances

Les négociations sur la santé voient souvent des blocs existant de longue date se réunir, bien que le paysage géopolitique ait considérablement changé depuis la première décennie du 21^e siècle. Les États-Unis montrent souvent la voie, en concluant des alliances changeantes et parfois surprenantes, bien que leur position autrefois hégémonique s'affaiblisse progressivement. L'UE est un bloc qui adopte une position commune dans les négociations, même si des pays comme la Hongrie et la Pologne ont tendance à se dissocier du consensus européen sur des questions aussi sensibles que les droits de lesbiennes, des gays, des bisexuels et des transgenres, les droits sexuels et reproductifs, ou les questions sanitaires liées aux migrations. L'UA est un autre bloc, souvent fortement uni lorsque la question débattue est plus politique que technique – par exemple, une élection au sein d'une organisation internationale. Il existe bien sûr plusieurs autres blocs régionaux; ils sont décrits plus en détail au **chapitre 7**.

Lors de la préparation d'une négociation, il peut être utile d'analyser les blocs de négociation, leurs membres et les autres parties prenantes en se référant au schéma suivant :



Source : Partenariats multi-acteurs (<http://www.mspguide.org/tool/stakeholder-analysis-importanceinfluence-matrix>)

Si un bloc peut adopter une position commune sur le texte à négocier, les pays qui le composent peuvent néanmoins exprimer leurs points de vue spécifiques une fois les négociations entamées. Les lignes rouges décidées par le bloc seront toutefois respectées par les pays qui en font partie. La représentation diplomatique d'un pays étudiera régulièrement les groupes politiques, les blocs de vote et leur mode de fonctionnement dans le contexte des Nations Unies. Certains pays, comme les États-Unis, utilisent les dossiers des Nations Unies accessibles au public pour suivre la « coïncidence des votes » avec leurs positions, tandis que certains chercheurs et groupes de réflexion ont effectué des analyses des schémas de vote, qui peuvent être utiles aux diplomates.

L'un des avantages d'être membre d'un bloc, tel que l'UA ou l'UE, est que le travail préparatoire détaillé des négociations peut être entrepris par un membre qui a un intérêt particulier pour la question en jeu (appelé le « porte-plume »). Les autres membres peuvent bénéficier de ce travail grâce à la relation de confiance mutuelle qui existe au sein du bloc. Les groupes spéciaux – tels que le Groupe de Genève, un groupe informel (créé en 1964) d'États membres des Nations Unies dont chacun paie plus de 1 % du budget ordinaire de l'ONU – jouent également un rôle important. Les

blocs et les pays individuels qui exercent une grande influence sur la santé mondiale – comme l’UE, l’UA, les États-Unis, le Royaume-Uni, la France, l’Allemagne, le Japon ou le Brésil – ont tendance à avoir une position sur tous les sujets susceptibles d’être abordés lors des négociations. De nombreuses autres délégations nationales écouteront attentivement les débats mais n’interviendront que sur des sujets spécifiques. La Fédération de Russie, par exemple, participe toujours énergiquement à toute discussion sur les MNT et la sécurité sanitaire. Les petits pays ayant une petite mission à Genève – dont les diplomates doivent s’occuper simultanément des questions de santé, de droits humains et de droit du travail, et qui disposent de moins d’expertise en matière de santé mondiale – participeront souvent moins activement aux négociations, sauf si le sujet est essentiel pour eux. Certains de ces pays peuvent faire partie de groupes géographiques (par exemple, le Moyen-Orient et l’Afrique du Nord) ou d’alliances ad hoc avec des pays ou des blocs plus importants qui défendent leurs positions seuls et en collaboration avec leurs alliés.

Un exemple d’alliance permanente est le Réseau-santé de l’Europe du Sud-Est (*South-eastern Europe Health Network (SEEHN)*) qui réunit neuf pays, principalement des Balkans. Créé en 2001, le SEEHN vise à renforcer les systèmes de santé nationaux, à promouvoir la stabilité et à aider à préparer les pays de la région à l’intégration dans l’UE. Cette coopération entre pays prend désormais la forme d’une diplomatie sanitaire, reflétant le poids des actions concertées, principalement au sein des organes directeurs de l’OMS. Les leçons tirées de l’engagement dans les négociations sur la politique de santé au niveau européen montrent que les pays membres du SEEHN ont le potentiel pour parler d’une voix influente dans les négociations mondiales de l’OMS également.

CHAPITRE 11 | COORDINATION AVEC LES SECTEURS NON SANITAIRES

11.1 L'interface entre la santé et les autres secteurs au niveau national

Le rôle de différents secteurs dans la promotion de la santé mondiale n'a pas toujours été reconnu à sa juste valeur. Il existe une longue tradition de coopération avec certains secteurs, tandis que la coopération avec d'autres secteurs ne s'est accrue ou n'a commencé que récemment. Très fréquemment, l'on perd des occasions de promouvoir la santé en agissant sur ses déterminants dans d'autres cadres de négociations que le cadre de la santé. Les secteurs qui peuvent jouer un rôle important pour faire avancer un programme de santé mondiale sont présentés ci-dessous.

La **politique étrangère** a une interface avec la santé qui se développe rapidement. Cette évolution est le résultat de multiples facteurs : la place croissante de la santé dans les principaux programmes mondiaux (économie, sécurité et justice sociale); la pression croissante des défis sanitaires mondiaux qui appellent des solutions mondiales; la prolifération des acteurs et des négociations internationales dans le domaine de la santé; la visibilité croissante des questions de santé mondiale au sein des Nations Unies et des blocs politiques influents; et le mélange complexe de synergies et d'asymétries (souvent des conflits) entre les engagements des pays en matière de santé et leurs autres engagements internationaux. L'interaction entre la politique étrangère et la santé est multi-forme: la santé peut faire partie intégrante de la politique étrangère; la politique étrangère et la diplomatie peuvent être utilisées pour promouvoir – et souvent protéger – la santé dans les forums multilatéraux; et la santé peut à son tour être utilisée comme un instrument de politique étrangère pour atteindre d'autres objectifs. En raison de sa vaste portée, l'interface entre la santé et la politique étrangère se manifeste dans la plupart des relations intersectorielles liées à la santé dans l'arène multilatérale.

Les **questions fiscales et budgétaires** sont depuis longtemps des facteurs importants de la politique de santé en général et de la progression vers la couverture sanitaire universelle en particulier. Les questions pertinentes en matière de diplomatie intersectorielle pour la santé sont notamment les suivantes : rapprochement des approches des gouvernements en matière de financement de la santé; évaluation des risques politiques et institutionnels pour la viabilité budgétaire des systèmes de santé; création de mécanismes de coopération entre les ministères de la santé et des finances (bien que cela soit difficile et pas toujours efficace dans la pratique); analyse du rapport coût-effi-

cacité et stratégies de limitation des prix des médicaments et des technologies de la santé; et exploration d'approches innovantes pour le financement de la santé (bien qu'avec prudence en raison de la distorsion économique souvent provoquée par des taxes plus élevées ou nouvelles).

Le **commerce international** peut à la fois favoriser et entraver la santé. Les questions clés liées à l'interface entre le commerce et la santé comprennent la propagation transfrontalière des maladies transmissibles et la sécurité alimentaire, qui sont liées aux restrictions commerciales introduites pour des raisons de santé; l'accès aux médicaments et aux technologies médicales, qui est lié aux droits d'importation et aux droits de propriété intellectuelle; le commerce des services liés à la santé, qui concerne l'assurance et les soins de santé transfrontaliers, la télémédecine et le tourisme médical; et les préoccupations relatives au commerce de produits mauvais pour la santé tels que les boissons gazeuses sucrées et le tabac. Plusieurs accords commerciaux mondiaux de l'OMC – l'Accord sur les ADPIC, l'Accord sur les obstacles techniques au commerce, l'Accord sur l'application des mesures sanitaires et phytosanitaires et l'Accord général sur le commerce des services – ont des liens importants avec la santé. En outre, il existe un grand nombre d'accords commerciaux au niveau régional (et souvent aussi au niveau bilatéral). La santé est donc régulièrement mise en avant dans les négociations commerciales internationales, en particulier lorsqu'il s'agit de protéger les intérêts de la santé publique face aux intérêts commerciaux et économiques. Ces dernières années, l'impact potentiel des accords internationaux d'investissement en santé est également devenu évident. Ces accords peuvent, par exemple, être utilisés pour contester les mesures nationales strictes de lutte contre le tabagisme. La vigilance et la diplomatie sont essentielles pour protéger les intérêts de la santé publique dans les négociations sur le commerce et les investissements.

L'**environnement** a un impact profond sur la santé. L'OMS estime que 23% des décès dans le monde pourraient être évités par une meilleure gestion de l'environnement. Les déterminants environnementaux de la santé sont multiples: ils comprennent notamment la pollution de l'air (ambiant et domestique), l'eau et l'assainissement, la sécurité chimique et les radiations. Le changement climatique est une autre préoccupation mondiale en raison des risques sanitaires liés aux épisodes de chaleur et d'eau extrêmes, à l'augmentation de la pollution atmosphérique, à l'insécurité alimentaire et hydrique et aux maladies à transmission vectorielle et hydrique. Il est donc important de coordonner les efforts avec un large éventail de secteurs non sanitaires, notamment les transports, le logement, l'énergie, l'agriculture, l'aménagement du territoire, la gestion de l'eau et l'industrie. Les mécanismes et processus mondiaux peuvent faciliter le dialogue multisectoriel national. Citons à titre d'exemple la Décennie internationale d'action «L'eau et le développement durable», 2018–2028; les processus prévus par plusieurs traités environnementaux; et le dialogue mondial en cours sur le changement climatique.

L'**éducation** a un effet positif sur la santé en améliorant les perspectives d'emploi, les revenus, les

conditions de vie, l’alphabétisation, l’accès à l’information et les compétences générales de la vie courante des personnes. Investir dans l’éducation est synonyme d’investir dans la santé. Une meilleure santé favorise à son tour les environnements d’apprentissage, les opportunités et les réalisations. Du point de vue de la diplomatie en santé, on peut s’attendre à ce que le dialogue entre les deux secteurs se déroule dans un cadre à la fois intersectoriel et multisectoriel, car les problèmes de santé et d’éducation coexistent souvent avec d’autres problèmes sociaux, tels que les conditions de logement et le chômage. Il convient également de prendre en compte le potentiel des forums multilatéraux pertinents – c’est-à-dire l’ensemble des processus liés aux traités des Nations unies sur les droits humains et la culture – pour promouvoir en même temps la santé et l’éducation.

La **protection sociale** et la protection du travail jouent un rôle essentiel dans la santé. Les politiques de l’emploi contribuent à la santé en aidant à générer des revenus suffisants pour les ménages, en promouvant des modes de vie actifs et l’accès aux services de santé, en fournissant des prestations sociales, en favorisant des conditions de travail favorables à la santé et la sécurité au travail, et en prévenant l’insécurité de l’emploi. Une bonne santé permet à son tour aux travailleurs de travailler plus longtemps et d’être plus productifs. Les politiques de logement sont essentielles pour améliorer les conditions sociales et de vie et prévenir les blessures et les maladies. Les synergies entre le marché du travail et la politique sociale, d’une part, et le secteur de la santé, d’autre part, peuvent contribuer à réduire l’exclusion sociale et les inégalités. La diplomatie intersectorielle peut exploiter ces synergies, tant au sein d’un pays que dans les forums multilatéraux tels que l’OIT.

L’**alimentation et l’agriculture** sont traditionnellement liées à la santé des populations. Des politiques agricoles efficaces peuvent accroître l’offre et l’accessibilité financière d’aliments plus sains et plus sûrs, ce qui est essentiel pour relever les défis posés par la malnutrition, les régimes alimentaires malsains, l’obésité, les MNT et les maladies d’origine alimentaire. La collaboration entre les secteurs de la santé humaine et animale est essentielle dans la lutte contre la résistance aux antimicrobiens. Une coordination visant à garantir la production d’aliments plus sains et plus sûrs est nécessaire tout au long de la chaîne d’approvisionnement alimentaire, depuis des modèles de production et de transformation meilleurs et plus durables jusqu’à des systèmes d’étiquetage nutritionnel précis et informés. Il existe également des liens importants avec d’autres secteurs, tels que le commerce, l’environnement, la protection des consommateurs et l’éducation. Du point de vue de la diplomatie mondiale en matière de santé, plusieurs mécanismes multilatéraux existants offrent des possibilités de dialogue et de coopération intersectoriels, notamment la Commission FAO/OMS du Codex Alimentarius, les conférences internationales FAO/OMS sur la nutrition, les mécanismes prévus par les traités pertinents de l’OMC tels que l’Accord sur l’application des mesures sanitaires et phytosanitaires et l’Accord sur les obstacles techniques au commerce, ou la collaboration tripartite FAO-OIE-OMS sur la résistance aux antimicrobiens.

L'eau est d'une importance capitale pour la santé. L'accès à l'eau potable et aux installations sanitaires est un droit humain fondamental, et l'amélioration de cet accès est un objectif important des ODD. Les questions clés liées à l'eau comprennent les normes de qualité, l'approvisionnement en eau, la sécurité, l'accès, le stockage et le traitement des eaux usées. La coopération entre les secteurs de la santé et de la gestion de l'eau aux niveaux national et local est fondamentale pour la santé publique. Au niveau international, la santé est souvent promue par ce que l'on appelle la diplomatie de l'eau, qui consiste à résoudre les désaccords et les conflits concernant les ressources en eau partagées – et souvent rares – dans l'intérêt de la coopération, de la stabilité et de la paix. Plusieurs mécanismes régionaux soutiennent la diplomatie de l'eau, y compris son interface avec la santé. Le Protocole sur l'eau et la santé (de la Convention sur l'eau²¹) est un bon exemple de réponse multilatérale ciblée dans le domaine paneuropéen. D'autres mécanismes régionaux ont un impact sur la santé en permettant une coopération plus large en matière de gestion de l'eau. Citons par exemple la Commission du Mékong en Asie, la Charte de l'eau du bassin du lac Tchad en Afrique, la directive-cadre sur l'eau de l'UE et l'accord sur l'aquifère Guarani en Amérique du Sud. Le dialogue intersectoriel national contribue de manière significative à cette coopération.

Les **transports** sont liés à la santé de nombreuses façons. Les principales préoccupations liées aux transports sont la sécurité routière, la pollution atmosphérique, le bruit, les encombrements, les émissions de gaz à effet de serre, les contraintes de mobilité et les modes de vie sédentaires. La promotion de transports publics sûrs, accessibles et abordables, ainsi que de la marche et du vélo, peut améliorer de manière significative la santé de la population. L'interface entre les transports et la santé est également liée aux politiques d'environnement et d'urbanisme et, plus généralement, au développement durable. Le dialogue intersectoriel et multisectoriel au sein des pays est essentiel pour améliorer les résultats sanitaires liés aux transports. Ce dialogue a souvent lieu aussi dans des forums multilatéraux – par exemple, les conférences ministérielles mondiales sur la sécurité routière, la Décennie d'action des Nations Unies pour la sécurité routière 2011–2020, le Programme paneuropéen sur les transports, la santé et l'environnement mené conjointement par l'OMS et la Commission économique des Nations Unies pour l'Europe (CEE-ONU), et divers forums multilatéraux traitant de la pollution atmosphérique, de l'activité physique et des MNT.

11.2 Liens émergents avec d'autres secteurs

L'impact sur la santé des secteurs évoqués dans la section précédente est reconnu depuis longtemps. Cependant, la mondialisation et l'influence accrue des facteurs transnationaux sur la santé ont fait que certains autres secteurs sont devenus plus importants dans ce contexte.

21 Convention sur la protection et l'utilisation des cours d'eau transfrontaliers et des lacs internationaux (adoptée en 1992).

L'**application de la loi** joue un rôle croissant dans la santé publique. Les domaines d'interaction entre les deux secteurs comprennent la prévention de la violence, l'abus d'alcool et de drogues, la sécurité routière, les catastrophes, le travail sexuel, la gestion de la santé mentale, la traite des êtres humains et, plus récemment, le commerce illicite des produits du tabac. Plus largement, l'interface s'étend également à la sécurité communautaire, à la protection publique, aux migrations, à la gestion des épidémies et à la santé dans les prisons. La coopération entre les secteurs de la santé et de l'application des lois peut conduire à une amélioration des résultats sanitaires dans les pays. Cette coopération contribue également à renforcer la diplomatie intersectorielle dans les forums internationaux pertinents – par exemple, les processus et mécanismes sous l'égide de l'ONUDC, les négociations visant à rendre opérationnel le Protocole pour l'élimination du commerce illicite des produits du tabac, et les débats mondiaux sur la sécurité routière et la violence.

L'interface entre **migration** et santé n'est pas nouvelle, mais elle a attiré une attention particulière au XXI^e siècle. Il s'agit d'un domaine dans lequel la diplomatie multisectorielle et multilatérale devrait se renforcer mutuellement. Des mesures doivent être prises, tant à l'intérieur qu'à l'extérieur du secteur de la santé, pour répondre aux besoins sanitaires des réfugiés et des migrants et alléger la pression qu'ils exercent sur les systèmes de soins de santé des pays de transit et de destination. Plusieurs secteurs en dehors du secteur de la santé sont étroitement impliqués dans cette interface, notamment l'éducation, l'emploi, la sécurité sociale, le logement, l'application de la loi et la politique étrangère. De manière plus générale, l'interface santé-migration est directement liée aux valeurs fondamentales que sont l'équité, la solidarité et les droits humains. Le Pacte mondial pour des migrations sûres, ordonnées et régulières et le Pacte mondial pour les réfugiés (tous deux sous l'égide des Nations Unies), récemment adoptés, ainsi que les forums pertinents de l'OMS, de l'Organisation internationale pour les migrations (OIM) et du Haut-Commissariat des Nations Unies pour les réfugiés (HCR), ont créé de plus grandes possibilités de dialogue multisectoriel et multilatéral.

Une autre interface émergente relie **la santé et le secteur des technologies de l'information et des télécommunications**, comme en témoigne l'intérêt croissant pour la santé numérique dans le monde. Ainsi, l'OMS a engagé une coopération avec l'Union internationale des télécommunications, créé une plateforme multidisciplinaire et publié sa première série de lignes directrices sur les interventions en santé numérique (2019). Tous ces développements ont créé de nouvelles opportunités pour renforcer le dialogue intersectoriel.

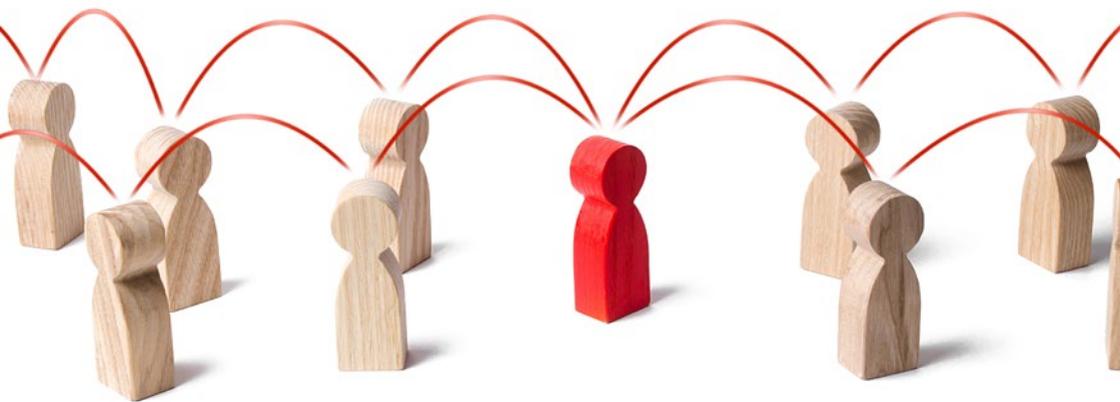
11.3 Le rôle du secteur de la santé dans la coopération intersectorielle

Le secteur de la santé joue un rôle central dans la coordination et le dialogue intersectoriels. On attend des ministères de la santé qu'ils prennent l'initiative de cette coordination, qu'ils préconisent des solutions communes, qu'ils fournissent des preuves, qu'ils négocient des réponses et qu'ils montrent l'exemple. Il est significatif que, dans la plupart des pays, les ministères de la santé ne soient pas aussi aptes à représenter les intérêts de la santé dans d'autres secteurs. Cela s'avère souvent être un handicap dans la diplomatie sanitaire mondiale.

Du point de vue de la diplomatie sanitaire, il est important que les ministères de la santé persèverent à donner aux questions de santé une place plus importante dans l'agenda politique général et plus spécifiquement dans l'agenda de politique étrangère de leur pays. Cela renforce l'influence et le pouvoir de rassemblement du secteur de la santé en ce qui concerne le dialogue multisectoriel, tant sur le plan national qu'international.

Il existe également d'autres approches que le secteur de la santé devrait envisager pour traiter les questions intersectorielles. Il est par exemple conseillé de s'efforcer d'obtenir une décision de l'ensemble du gouvernement sur les questions qui ont un impact multisectoriel important, plutôt que d'aller de l'avant avec une décision prise uniquement par le ministère de la santé. De même, le dialogue avec les parlements et leur retour d'information sur les grandes questions multisectorielles peuvent renforcer le soutien politique – et souvent législatif – que les parlements sont en mesure d'apporter.

La réalisation d'une évaluation de l'impact sur la santé des principales lois et initiatives économiques à un stade précoce est un autre outil que les ministères de la santé peuvent utiliser et utilisent souvent efficacement. Enfin, le secteur de la santé doit exploiter le potentiel des instruments juridiques internationaux pertinents pour obtenir de meilleures réponses intersectorielles. Par exemple, la CCLAT contient des obligations contraignantes qui touchent plusieurs secteurs non sanitaires. De même, la mise en œuvre complète de divers traités non sanitaires (couvrant des domaines tels que les droits humains, le travail et l'environnement), auxquels la plupart des pays sont parties, peut contribuer à améliorer les résultats sanitaires nationaux.



CHAPITRE 12 | MENER DES NÉGOCIATIONS EN SANTÉ MONDIALE

Douze conseils pour réussir les négociations en santé mondiale

1. Être préparé en vue de tous les scénarios possibles
2. Commencer par proposer une feuille de route, un calendrier et des délais clairs
3. Établir une relation de confiance avec le secrétariat (personnel de l'OMS ou de toute autre organisation)
4. Comprendre le sujet : se documenter et consulter les experts
5. Connaître les partenaires, leurs forces et leurs faiblesses ; déterminer jusqu' où ils sont prêts à faire des compromis (leurs lignes rouges) ; tenir compte de la souplesse de leurs positions.
6. Identifier les intérêts particuliers : ambitions personnelles, agendas géopolitiques, etc.
7. Créer des alliances avec les coprésidents, les États membres clés, les groupes partageant les mêmes idées dans les centres de négociation, les collègues diplomates, etc.
8. Connaître et appliquer les règles de procédure
9. S'adapter au contexte culturel
10. Être conscient des tactiques : demander du temps, introduire des compromis constructifs, des accords groupés, des solutions pour sauver la face, etc.
11. Envisager des options en dehors de la salle de conférence : réunions informelles parallèles, pauses café, etc.
12. Se rappeler que rien n'est convenu tant que tout n'est pas convenu

12.1 Compétences pour la diplomatie en santé mondiale

La compétence peut être définie comme un ensemble d'aptitudes, de connaissances et d'attitudes qui permettent aux gens d'être performants au travail. Une étude qualitative récente a exploré l'état de la gestion des compétences dans le service diplomatique finlandais, en cherchant à iden-

tifier les principales caractéristiques d'un diplomate compétent (Kallinen, 2016). L'OCDE a élaboré un cadre de compétences pour les employés aux différents niveaux de l'Organisation (OCDE, 2014). De nombreux éléments de ce cadre de type liste de contrôle s'appliquent également à la diplomatie de la santé mondiale (voir **encadré 15**). L'OMS dispose également d'un modèle de compétences qui lui est propre²².

Une diplomatie efficace en matière de santé mondiale exige un travail coordonné de la part d'experts de diverses disciplines qui possèdent différents ensembles de compétences, notamment des experts de la politique étrangère et de la santé publique. Les diplomates en santé mondiale peuvent provenir des milieux les plus divers et, par conséquent, l'étendue de leurs connaissances en matière de santé publique mondiale et de politique sanitaire varie considérablement. L'expérience suggère que les institutions des affaires étrangères chargées de former les diplomates doivent les doter de connaissances, de compétences et d'aptitudes supplémentaires en matière de communication, d'analyse et d'éthique de la santé publique, afin qu'ils soient en mesure de promouvoir plus efficacement la santé mondiale. De même, les institutions de santé publique qui forment les professionnels de la santé doivent veiller à ce que ceux-ci acquièrent des compétences diplomatiques et une bonne connaissance des langues étrangères et des questions de politique étrangère.

Les négociations à l'Assemblée mondiale de la santé exigent des diplomates et des experts des États membres qu'ils portent plusieurs « casquettes », pour ainsi dire : outre leur participation à la structure formelle de l'Assemblée mondiale de la santé (avec des réunions plénières et des réunions de deux comités), ils prennent également part aux réunions des groupes de rédaction, et ils participent à des consultations régionales et à des réunions informelles avec des homologues de pays ayant des intérêts similaires et avec des acteurs non étatiques. D'autres interactions informelles ont lieu lors de réunions de coordination, d'événements parallèles et de briefings techniques. Les réunions informelles lors des pauses café et des réceptions ne doivent pas non plus être sous-estimées. La plupart des négociations substantielles ont lieu au sein des groupes de rédaction, en dehors des comités. Les ONG ne sont généralement pas autorisées à assister aux réunions des groupes de rédaction, qui sont réservées aux États membres et au personnel de l'OMS.

En veillant à ce que les diplomates possèdent une combinaison de compétences différentes, on augmente le professionnalisme des négociations de la diplomatie mondiale en matière de santé et la probabilité d'obtenir des résultats positifs. La Thaïlande a systématiquement mis en place des mécanismes de renforcement des capacités nationales pour préparer les jeunes professionnels à la diplomatie sanitaire mondiale. Les autorités thaïlandaises ont reconnu l'importance de la formation, du développement des compétences et de leur mise en pratique dans des situations réelles telles

22 Voir : https://www.who.int/employment/competencies/WHO_competencies_EN.pdf

que l'Assemblée mondiale de la santé.

12.2 Comprendre les valeurs

Les valeurs sont des piliers fondamentaux des négociations en santé mondiale. La santé mondiale procure des biens publics mondiaux. La dignité et les droits humains, l'équité et l'accès universel sont des principes clés qui doivent être pris en compte lorsque l'on cherche à atteindre les objectifs de santé mondiale. Dans la mesure où certains pays peuvent exprimer leurs propres valeurs et préférences ou insister sur leur propre façon d'interpréter les valeurs universelles, cela peut générer des frictions lors des négociations sur les questions de santé mondiale. Les pays peuvent même tracer des lignes rouges, ce qui rend plus difficile l'obtention d'un compromis acceptable. Ce phénomène est de plus en plus fréquent, notamment dans les négociations sur la santé mondiale. Par exemple, les négociations menées à New York en 2016 sur le document final de la session extraordinaire de l'Assemblée générale des Nations unies consacrée au problème mondial de la drogue n'ont pas pu surmonter la ligne rouge tracée par les pays opposés à l'abolition de la peine de mort pour les infractions liées à la drogue. Les pays qui considèrent que la peine capitale pour ces infractions constitue une violation des droits humains ont finalement accepté de renoncer à leur position et de signer une déclaration qui ne mentionne pas l'abolition de la peine de mort. Cependant, quelques minutes après l'adoption de la déclaration, ces pays ont présenté leurs points de vue à l'Assemblée générale et ont exprimé leurs réserves sur le texte de la déclaration. Ils ont clairement estimé que l'absence de déclaration approuvée à l'issue de la session extraordinaire aurait constitué un risque plus important pour la santé mondiale et les droits humains à l'avenir que le fait d'accepter à contrecœur de ne pas mentionner cette question dans le texte.

Il existe un certain nombre de sujets dans les négociations sur la santé mondiale pour lesquels les pays perçoivent les valeurs universelles comme étant en contradiction avec leurs propres valeurs ou intérêts. Parmi ces sujets figurent l'accès équitable aux médicaments (qui remet en cause les cadres de la propriété intellectuelle et les intérêts des industries pharmaceutiques nationales), les droits sexuels et reproductifs, les droits des minorités sexuelles, le financement de la santé par les citoyens (un concept inacceptable pour certains pays) et la réduction des risques (bien qu'elles aient été recommandées par l'OMS, ces interventions médicales restent inacceptables pour un certain nombre d'États membres).

Les pays peuvent parfois tracer leurs lignes rouges sur la base de considérations pragmatiques, plutôt que sur des arguments fondés sur des valeurs. Par exemple, l'opposition de la Finlande à la vaccination de tous contre l'hépatite B est fondée sur des études épidémiologiques nationales et des considérations de coût-efficacité. Cette position est en contradiction avec la notion de couver-

ture vaccinale universelle visant à éradiquer définitivement la maladie.

12.3 Tactiques de négociation et résolution des conflits

Quelles sont les principales tactiques de négociation et pourquoi l'OMS préfère-t-elle la prise de décision par consensus ?

Dans la négociation, le terme « tactique » désigne l'utilisation habile des moyens disponibles afin d'atteindre le résultat souhaité. On peut distinguer deux types de tactiques de négociation dans la diplomatie sanitaire mondiale : les **tactiques de type politique** (négociation intégrative) et les **tactiques de type transactionnel** (négociation distributive).

Dans les tactiques de type politique, les parties partagent leurs points de vue et leurs valeurs, et s'efforcent de trouver des compromis raisonnables (ou une situation gagnant-gagnant), comme c'est généralement le cas lors des négociations des organes directeurs de l'OMS.

Dans les tactiques de type transactionnel, les enjeux de pouvoir sont prédominants : une partie gagne généralement au détriment d'une autre, par exemple lors de la négociation d'un contrat commercial pour la fourniture de médicaments. Le système des Nations Unies préfère la prise de décision par consensus car elle confère une légitimité aux résultats des négociations : ceux-ci ont alors plus de chances d'être mis en œuvre et sont moins coûteux en termes politiques. Toutefois, cette approche prend souvent beaucoup de temps, masque les divisions politiques et idéologiques et peut entraver la rapidité d'action en cas d'urgence.

La négociation intégrative, ou « gagnant-gagnant », implique que les parties cherchent à trouver une solution qui profite à tous. Cette approche exige des parties qu'elles collaborent et parviennent à un compromis en faisant certaines concessions. Il s'agit de la stratégie de négociation privilégiée dans la diplomatie de la santé mondiale.

Les éléments essentiels de la négociation intégrative dans les négociations sont les suivants :

- Identifier les intérêts – essayer de comprendre les intérêts de chaque partie et comment ils pourraient être satisfaits par une solution gagnant-gagnant.
- Les personnes – séparer les personnes du problème. Plus les relations entre les négociateurs sont bonnes, plus il est probable que la meilleure solution gagnant-gagnant sera obtenue.
- Les alternatives – il est essentiel de réfléchir à des alternatives avant même le début des négoc-

ciations. Si les négociations n'aboutissent pas à un accord, le fait de disposer d'alternatives permet de reprendre les discussions à un stade ultérieur.

- Les options – proposer avec les autres parties des options réalistes permet de parvenir à une solution gagnant-gagnant. Cela peut se faire par un brainstorming collectif.
- Les critères/légitimité – il peut arriver que deux parties (ou plus) proposent des solutions incompatibles. Dans ce cas, opter pour une seule solution, même si elle semble équitable, peut entraîner du ressentiment. Au lieu de cela, la prise de décision conjointe peut contribuer à la conclusion d'un accord.
- Les engagements – les négociations ne peuvent réussir que si toutes les parties honorent le résultat et tiennent leurs promesses.
- La communication – de bonnes compétences en communication sont importantes pour parvenir à la meilleure solution et peuvent aider à surmonter le scepticisme ou l'hostilité des autres parties.

La négociation distributive, ou négociation gagnant-perdant, est une stratégie de négociation compétitive dans laquelle une partie ne gagne que si l'autre partie perd quelque chose. Les négociations mondiales sur la santé tentent d'éviter une telle situation. L'objectif ultime, dans une approche de négociation distributive, n'est pas de parvenir à une situation gagnant-gagnant, mais que chacune des parties gagne autant que possible. Les deux parties essaieront d'obtenir la part maximale de la ressource qui doit être distribuée.

| Stratégie de négociation distributive | Integrative Negotiation Strategy |
|---|--|
| La négociation distributive désigne une technique de négociation dans laquelle les parties tentent d'obtenir une valeur maximale pour elles-mêmes, à partir de ressources définies. | La négociation intégrative peut être décrite comme une stratégie de négociation qui vise à régler le différend par une solution mutuellement acceptable. |
| La négociation distributive est une stratégie concurrentielle. | La négociation intégrative utilise une approche collaborative. |
| La négociation distributive a une orientation gagnant-perdant. | La négociation intégrative est basée sur une orientation gagnant-gagnant. |
| Lorsque les ressources sont limitées, la négociation distributive est préférable. | La négociation intégrative est utilisée lorsque les ressources sont abondantes. |

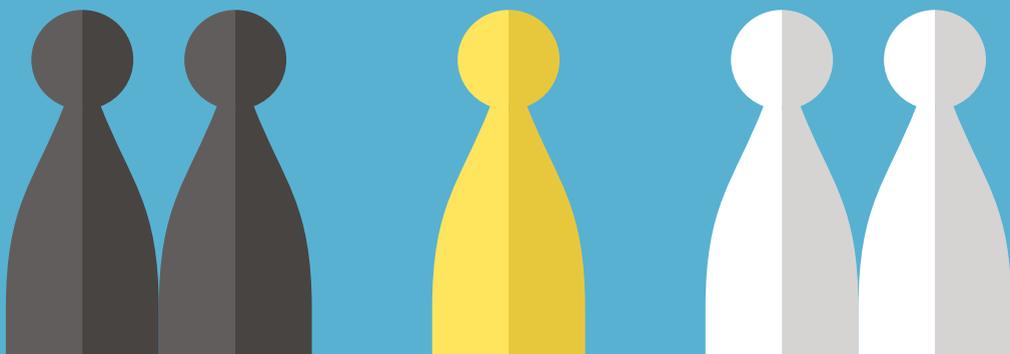
| | |
|---|--|
| Dans la négociation distributive, l'intérêt des parties et le profit individuel motivent les parties. | Dans la négociation intégrative, les intérêts et les gains mutuels constituent une motivation pour les parties concernées. |
| La négociation distributive ne discute que d'une seule question à la fois. | Les questions multiples sont prises en compte dans une négociation intégrative. |
| L'environnement est contrôlé et sélectif dans une négociation distributive. | Le climat de communication est ouvert et constructif dans une innovation intégrative. |

Source : Vskills (2019).

Comment gérer les conflits ?

Les conflits peuvent survenir à tout moment au cours d'une négociation. La cause la plus courante de conflit est l'opposition d'intérêts. La résolution des conflits dépend en grande partie de l'utilisation des tactiques suivantes :

- Il est important de développer de bonnes relations personnelles et une confiance mutuelle avec les autres parties à la négociation, et de comprendre leur point de vue, leur contexte culturel, leurs intérêts et leurs contraintes. Un dîner informel au début des négociations peut être très utile à cet égard. Le recours à l'humour peut parfois contribuer à atténuer les tensions ; prendre du temps pour soi peut également apaiser l'atmosphère.
- Il est essentiel de comprendre le contexte de la négociation elle-même et des différentes parties, ainsi que d'identifier les questions importantes. S'il semble probable que l'une des parties ne fera pas de concessions, il peut être utile d'approcher d'autres acteurs clés ayant des opin-



ions similaires à celles de cette partie afin d'identifier les moyens de parvenir à un compromis.

- Les déclarations à l'ouverture d'une négociation sont essentielles dans les négociations car elles fixent un point de référence pour les attentes de toutes les parties concernées. Une déclaration d'ouverture optimiste crée des attentes élevées, mais le danger est que si l'accord conclu ne répond pas à ces attentes, il peut être perçu comme un échec, même s'il s'agit en fait d'un bon résultat.
- La réaffirmation des principaux objectifs partagés, y compris les principes fondamentaux qui sous-tendent la santé mondiale et les droits humains, aide à rappeler aux participants leurs valeurs communes.
- Il peut être très utile de se mettre d'accord sur des mesures objectives des résultats à atteindre, car on dispose alors d'un moyen pratique d'évaluer les différentes solutions proposées.
- La résolution créative des problèmes pour trouver de nouvelles solutions est possible même pendant les négociations formelles, mais elle exige que le président fasse preuve de leadership et que les parties se fassent mutuellement confiance.
- En général, les négociateurs partent d'une position conservatrice reflétant leurs propres intérêts ; ils font ensuite des concessions, en commençant par des gestes plus importants et en procédant à des ajustements à petite échelle en réponse aux concessions faites par les autres parties.
- S'il peut sembler important de parvenir à un résultat particulier, si cela ne peut se faire qu'en compromettant la ratification ou la mise en œuvre ultérieure de l'accord par d'autres parties, la victoire remportée au cours des négociations n'aurait aucun sens. Il est donc essentiel que le plus grand nombre possible de parties soient satisfaites du résultat.
- Les parties aux négociations doivent se rappeler que rien n'est convenu tant que tout n'est pas convenu. Cela implique souvent de passer d'une partie à l'autre du document et de se mettre d'accord sur plusieurs points en même temps.
- Les sessions se déroulent souvent tard dans la nuit, surtout le dernier jour, l'échéance imminente de la conclusion des négociations créant une pression supplémentaire sur les parties pour parvenir à un accord. Cela signifie que les diplomates doivent être prêts à travailler de longues heures.

12.4 Comprendre les règles et les procédures

Une bonne compréhension des règles et procédures pertinentes est cruciale dans les négociations multilatérales. À l’OMS, les règles de procédure des organes directeurs déterminent le déroulement des débats, en dictant qui peut prendre la parole, quand et dans quelles circonstances. Le règlement intérieur peut également être utilisé par les délégations pour obtenir des avantages tactiques.

Certains termes clés sont définis ci-dessous :

- La **procédure** fait référence à la manière dont la conférence se déroule ; elle est définie dans le règlement intérieur.
- Le **règlement intérieur** est un document qui décrit en détail le fonctionnement d’une conférence. Le règlement définit les responsabilités du président et explique, entre autres, comment traiter une motion de procédure ou quelles sont les conséquences d’une violation du règlement. Dans le cas des conférences établies, les règles de procédure auront généralement été convenues pour les sessions précédentes. Pour une nouvelle conférence, les règles de procédure doivent être approuvées par toutes les parties avant le début de la session.
- Le **processus** fait référence à la manière dont une proposition est traitée, en particulier à la séquence des étapes concernées. Tous les processus formels pertinents sont également décrits dans les règles de procédure.

12.5 Comprendre les acteurs et les partenaires de la santé mondiale dans son pays

Les compétences diplomatiques commencent par le développement d’une capacité à écouter et à comprendre les points de vue des autres. Les acteurs du domaine de la santé mondiale ont des profils particulièrement diversifiés, allant des gouvernements, des universités et des entreprises aux communautés locales et à la société civile. Pour réussir dans la diplomatie de la santé mondiale, il faut tout d’abord s’assurer le soutien des autorités nationales. En outre, il faut constituer une base de négociation solide à Genève (et dans d’autres centres internationaux), connaître les questions en jeu et s’appuyer sur des analyses approfondies réalisées par des experts, des membres de la société civile ou d’autres parties prenantes. Une position soigneusement préparée doit être acceptée par son propre gouvernement. Plusieurs compétences sont nécessaires pour mener à bien ces tâches, notamment la capacité à établir une bonne relation de travail avec les fonctionnaires dans les capitales et avec les autres diplomates dans le forum où se déroulent les négociations.

Les diplomates des ministères des affaires étrangères et du développement, ainsi que les responsables de la santé sont les portes d'entrée du dialogue avec le gouvernement. Au ministère des affaires étrangères, il faut consulter les conseillers politiques du ministre, les diplomates qui gèrent les relations avec l'ONU et les autres organisations multilatérales, ainsi que les diplomates qui traitent avec les entités continentales/régionales ou avec les agences qui fournissent une aide bilatérale au développement international.

Il est également essentiel de comprendre le rôle et les objectifs stratégiques du ministère de la santé, ainsi que d'identifier les acteurs clés de l'élaboration des politiques au sein du ministère. Le ministère de la santé se concentre souvent sur la santé publique et la sécurité publique à l'intérieur des frontières nationales, et s'intéresse généralement moins aux questions mondiales, à l'exception des maladies transmissibles, de la préparation aux situations d'urgence et de la mise en œuvre du Règlement sanitaire international (2005).

Le dialogue interne avec le gouvernement devrait également s'étendre à d'autres ministères – notamment ceux qui sont chargés des finances, du commerce ou encore de l'agriculture (c'est-à-dire des questions relevant de l'approche « One Health »), mais aussi de l'éducation, de l'égalité des sexes et de la famille – et à des entités spécialisées, comme l'agence nationale chargée d'évaluer et d'encadrer l'accès aux médicaments. Les liens entre la santé et les autres secteurs sont décrits en détail au **chapitre 11**.

12.6 Comprendre les positions des autres acteurs

Les négociations avec les autres gouvernements seront menées dans diverses capitales, mais elles se dérouleront surtout sous la forme d'une « **diplomatie de première ligne** » à Genève et à New York, ainsi que dans des forums multilatéraux ad hoc. À Genève, les négociations impliquent principalement les collègues diplomates des différentes missions. Dans d'autres forums de négociation, tels que le G7 ou le G20, les diplomates de première ligne participant aux négociations sont appelés « sherpas ».

À cet égard, l'établissement et le développement de **contacts personnels** et la **constitution de réseaux** constituent un atout important pour les négociations futures. Les réseaux peuvent prendre la forme de structures formelles ou d'alliances. Toutefois, les réseaux les plus efficaces sont également informels et souvent fondés sur des relations interpersonnelles.

L'établissement de bonnes relations avec des délégations partageant les mêmes idées et la création d'alliances sont essentiels pour obtenir un résultat favorable dans les négociations. Les allian-

es peuvent être forgées avec des pays partenaires naturels – par exemple, au sein d’un bloc régional ou politique – ou sur une base ad hoc, en fonction de la question débattue. Même si un gouvernement partenaire peut avoir des opinions différentes, cela ne doit pas empêcher de chercher à établir une relation personnelle avec ses représentants.

Il est essentiel de respecter le point de vue des autres parties prenantes et d’être sensible aux différences culturelles. En plus des compétences, l’empathie (c’est-à-dire la capacité à voir le monde du point de vue de quelqu’un d’autre) et l’intelligence émotionnelle (c’est-à-dire la capacité à comprendre ses propres émotions et celles des autres) peuvent être essentielles. Rester toujours courtois permet de maintenir la discussion, même dans un contexte tendu et difficile.

Comprendre la position d’un partenaire exige de la patience et la capacité de mettre ses propres convictions et opinions de côté pendant un certain temps. Il peut être difficile, en revanche, de comprendre les raisons qui sous-tendent la position des autres parties. Parfois, les raisons sont immédiatement évidentes – par exemple, si la négociation porte sur un sujet sur lequel l’autre délégation a toujours pris une position publique forte (par exemple, les États-Unis sur la santé sexuelle et reproductive, ou la Fédération de Russie sur la réduction des risques). Parfois, les raisons sont moins évidentes, notamment si elles sont liées à un autre point de l’agenda politique ou commercial du pays concerné. Ainsi, la santé peut être utilisée comme un moyen d’atteindre d’autres objectifs, comme la promotion des exportations de médicaments et d’infrastructures médicales. Dans d’autres cas, il se peut que la position adoptée par un pays négociateur serve délibérément les objectifs politiques d’une tierce partie. Il est essentiel d’écouter non seulement ce qui est dit, mais aussi la manière dont cela est dit, afin de pouvoir répondre de la manière la plus appropriée.



Enfin, **l'affirmation de soi** est une condition préalable à la capacité d'influencer les autres et d'avancer vers une solution de compromis dans les négociations. L'affirmation de soi ne doit pas être considérée comme une simple compétence personnelle : elle est également influencée par le degré de préparation de la négociation.

S'engager avec les organisations non gouvernementales

Les communautés de toutes sortes et la société civile dans son ensemble sont des acteurs clés de la santé mondiale. Il est essentiel que les représentants de la société civile participent de manière significative aux travaux préparatoires des négociations sur les questions de santé mondiale.

Les ONG actives dans le domaine de la santé sont en mesure d'apporter le point de vue des patients à la table des négociations. Elles sont souvent en mesure d'atteindre les communautés vulnérables et stigmatisées plus facilement que les gouvernements et les prestataires de soins de santé. L'engagement de la société civile et des communautés locales garantit que les programmes de soins de santé répondent mieux aux besoins de la population.

La société civile joue un autre rôle important en recueillant et en analysant des données auxquelles les entités publiques n'ont pas facilement accès. Les réseaux d'organisations de la société civile en Eurasie et dans d'autres régions du monde, par exemple, ont rassemblé la plupart des données épidémiologiques sur le VIH concernant les travailleurs du sexe et les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes dans des pays où ces groupes sont stigmatisés et criminalisés.

S'engager avec la société civile signifie généralement entrer en contact avec des organisations et des réseaux de coordination, plutôt qu'avec des ONG individuelles. Les réseaux et les organisations faitières peuvent offrir les points de vue de leurs nombreuses organisations membres et ont souvent acquis une expertise considérable en matière de santé mondiale et de diplomatie sanitaire mondiale.

Le Fonds mondial, l'Alliance Gavi et l'ONUSIDA sont trois organismes multilatéraux de prise de décision dans le domaine de la santé mondiale au sein desquels les communautés et la société civile sont représentées en tant que partenaires de négociation à part entière, et pas seulement en tant que fournisseurs d'informations pour les autres négociateurs.

S'engager avec le secteur privé

Les diplomates recueillent également, mais dans une moindre mesure, l'avis du secteur privé à but lucratif lorsqu'ils préparent des négociations multilatérales. Les diplomates ont tendance à sonder l'industrie pharmaceutique, par exemple, sur des questions spécifiques, telles que les mesures de préparation à la grippe.

Les points de vue du secteur privé sont toutefois clairement perceptibles dans les forums où se déroulent les négociations. Un certain nombre d'organisations faitières – par exemple, la Fédération internationale de l'industrie du médicament – sont présentes à Genève et dans d'autres centres de diplomatie de la santé mondiale, et elles y participent très activement.

Faire appel à l'expertise universitaire

La préparation des négociations exige une compréhension approfondie de la question en jeu et des implications de la résolution ou de tout autre document à négocier. C'est le type d'informations qu'un diplomate doit rechercher auprès d'experts, généralement basés dans son pays, bien qu'il soit également possible de consulter des experts du pays travaillant pour une organisation internationale compétente à Genève. Au sein d'une circonscription ou d'une alliance – par exemple, entre les pays de l'UE ou de l'UA à Genève – les pays membres peuvent décider de déléguer la tâche de recueillir les points de vue des experts à un pays particulier (« partage de la charge ») ayant l'expérience de la question en jeu, afin d'éviter la duplication des efforts.

Dans un monde complexe et interconnecté, il existe un besoin croissant de preuves et d'expertise pour éclairer l'élaboration des politiques. L'analyse experte des scientifiques et des universitaires peut grandement contribuer à la conception des politiques. Les scientifiques doivent partager les faits établis disponibles, tout en reconnaissant les limites de ce que la science peut faire. Les décideurs politiques doivent être réceptifs aux avis scientifiques indépendants, même lorsque ces avis ne correspondent pas à ce qu'ils attendaient ou voulaient entendre.

Toutefois, les preuves scientifiques ne sont qu'un des nombreux types d'informations qui alimenteront le processus décisionnel. Les autres facteurs de décision comprennent les valeurs éthiques, la culture, la politique et la prise en compte de l'impact que toute décision ou résolution négociée pourrait avoir sur d'autres domaines politiques. Ainsi, les avis d'experts ne doivent pas être obtenus uniquement auprès du monde universitaire ; il est également important de recueillir les points de vue des entités gouvernementales concernées, du secteur privé à but lucratif et des ONG.

Encadré 15 : Compétences requises pour mener des négociations sur la santé mondiale

- Capacité à représenter et à combiner deux cultures professionnelles (santé publique et diplomatie)
- Connaissance des relations diplomatiques et compréhension multidisciplinaire de l'incidence de questions telles que la sécurité, le commerce, la justice sociale et le développement sur la santé mondiale.

- Connaissance des acteurs nouveaux et émergents dans le domaine de la santé mondiale
- Connaissance de l'évolution de la diplomatie en matière de santé mondiale et compréhension de ses concepts et mécanismes clés, notamment la gouvernance de la santé mondiale, les biens publics mondiaux et les principaux changements dans l'environnement politique mondial.
- Connaissance des déterminants de la santé mondiale et compréhension de leurs liens avec d'autres aspects de la politique étrangère.
- Compréhension des fondements des valeurs morales et éthiques de la santé mondiale, et de la manière dont ces valeurs sont interprétées dans différentes ères culturelles.
- Familiarité avec les processus de négociation et compétences dans la pratique de la négociation.
- Appréciation de la nature multinationale et multilatérale de la diplomatie de la santé mondiale, y compris :
 - les rôles des lieux et des acteurs clés, avec une compréhension de leurs perspectives et de la manière de mener les négociations avec eux ;
 - les instruments de la diplomatie sanitaire mondiale : droit international, traités, accords, conventions, protocoles, déclarations et codes ; et
 - les mécanismes de la diplomatie sanitaire mondiale : le plaidoyer, la consultation, la conciliation et l'arbitrage.

12.7 Présidence des négociations

Quel est le rôle du président dans les négociations (sur la santé mondiale) ?

Le rôle du président est de veiller à ce que le processus de négociation se déroule de manière efficace et ordonnée, conformément aux règles de procédure, et de le mener à son terme. Avant le début des négociations, un président qui convient à toutes les parties est élu pour présider les débats, assisté d'un secrétariat. Le président doit rester neutre dans les négociations. Ce principe fondamental de la réussite des négociations doit être maintenu de manière cohérente et ne pas s'effriter dans un contexte géopolitique difficile.

Le président est essentiel au succès des négociations sur la santé mondiale. En plus de veiller à ce que les règles et les processus habituels soient respectés, il ou elle a une influence considérable sur

l'atmosphère qui règne pendant les négociations. Si les négociations ne sont pas bien gérées, il est beaucoup plus difficile d'obtenir les résultats souhaités.

Quelles sont les fonctions du président ?

Le rôle du président est essentiel à toutes les étapes du processus de négociation. Avant le début des négociations, le président doit se préparer en profondeur, réfléchir aux résultats possibles et souhaitables et envisager la meilleure façon de les atteindre. Pendant les négociations, si elles se déroulent comme prévu et si elles visent à atteindre les objectifs fixés, le président joue le rôle de facilitateur. Cependant, si les négociations prennent une direction qui pourrait conduire à des résultats infructueux, le président doit jouer un rôle plus actif et trouver des solutions créatives pour atteindre les objectifs poursuivis.

Quels types de défis le président peut-il rencontrer pendant les négociations ?

Le président est censé agir en tant qu'intermédiaire ou facilitateur, et non en tant que partie intéressée. En présidant des réunions, les diplomates de la santé peuvent être confrontés à de nombreux défis, notamment les suivants :

- D'une part, la recherche d'un consensus prend du temps (ce point est souvent souligné par les pays à faible revenu, qui s'inquiètent de l'influence démesurée que peuvent exercer les pays riches); d'autre part, les principaux pays donateurs souhaitent vivement que des solutions rapides soient trouvées. Derrière cet antagonisme, on peut déceler l'éternel dilemme de l'OMS entre le fait d'être strictement technique et celui d'aspirer à un rôle politique. Cependant, la communauté internationale attend en fait les deux, à savoir des solutions politiques fondées sur des preuves.
- Les diplomates basés à Genève peuvent se voir accorder trop de poids dans les discussions. Peu de missions disposent d'un attaché de santé bien préparé ou parfois même d'un simple spécialiste de la santé. Cela conduit à des consultations chronophages avec les autorités nationales dans la capitale.
- Les représentants de certains pays à l'OMS peuvent avoir du mal à comprendre que 194 États membres peuvent rarement agir comme un seul homme; d'autres comprennent que le terme « inclusif » signifie qu'ils doivent toujours être impliqués.

Quelles sont les qualités essentielles pour mener des négociations avec succès ?

Le président doit posséder certaines qualités s'il veut mener à bien le processus de négociation :

- Une vision globale des valeurs de la santé mondiale et une conscience du contexte politique

et de la situation vue sous tous les angles, afin de pouvoir formuler la question d'une manière qui puisse être acceptée par tous les participants ;

- L'intelligence émotionnelle nécessaire pour comprendre les différents points de vue et faire preuve d'empathie à leur égard, et la capacité d'influencer la réflexion et l'action au-delà des frontières nationales, culturelles et institutionnelles en favorisant une compréhension partagée et le sentiment d'un objectif commun ;
- La capacité d'encourager et de s'appuyer sur le leadership partagé d'autres personnes, institutions et organisations ayant des compétences et des perspectives différentes, en les encourageant à agir ensemble pour atteindre des objectifs communs ;
- L'intégrité personnelle, la conscience de soi, la patience et la maîtrise de soi nécessaires pour mener les négociations de manière impartiale et pour dire la vérité au pouvoir si nécessaire, gagnant ainsi la confiance de personnes de différents pays et organisations ; et
- Le courage d'aller au-delà des conventions, de prendre l'initiative et de diriger.

Comment le président peut-il influencer le processus de négociation ?

Il existe certaines ressources grâce auxquelles le président peut influencer le processus de négociation, notamment :

- Le règlement intérieur et les processus « coutumiers » : ils définissent les pouvoirs du président, et les modalités qui peuvent être utilisées judicieusement pour orienter les négociations dans une direction productive (par exemple, les propositions du type « texte du président ») ;
- L'atmosphère : le président joue un rôle majeur en veillant à ce que l'atmosphère reste positive et constructive ;
- Le temps : le temps disponible dépend en grande partie du président, qui peut accorder plus de temps pour certains points de l'ordre du jour ou restreindre le temps disponible pour les interventions qui ne servent pas le résultat souhaité ;
- Le contrôle des possibilités de prise de parole : le président détermine qui a le droit de s'exprimer à un moment donné de la procédure. Il peut ainsi donner la parole aux groupes sous-représentés et encourager les interventions constructives, et, à l'inverse, limiter les possibilités de parole de ceux dont les interventions ne sont pas utiles ;

- L'information : le président suit de près le processus de négociation et dispose généralement de la plupart des informations grâce à ses discussions avec les parties ;
- Le soutien : les parties comprennent que pour obtenir un résultat satisfaisant pour tous, elles doivent soutenir le président tout au long du processus ; et
- Le prestige : le président a été choisi par toutes les parties et est le leader reconnu des négociations.

Deux exemples de réalisations mémorables dans la présidence de négociations de l'OMS sont donnés ci-dessous :

- Les délibérations finales sur le **Code de pratique mondial de l'OMS pour le recrutement international des personnels de santé (2010)** : l'Assemblée mondiale de la santé, lors de sa soixante-troisième session, a immédiatement envoyé le projet techniquement bien élaboré à un groupe de rédaction à huis clos, présidé par un président Thaïlandais expérimenté, afin de se concentrer sur le texte plutôt que sur l'idéologie. Le président n'a autorisé aucun débat politique et a passé en revue le texte du projet de code, disposition par disposition, jusqu'à ce qu'un consensus soit atteint. Toutefois, de nombreux compromis ont été nécessaires. Par exemple, la nature prescriptive a été atténuée en supprimant des termes tels que « normes » ou « se conformer » et en remplaçant « devrait » par « devrait envisager » : sans ces changements, les pays cibles auraient rejeté le code. Il est apparu par la suite que le prix du consensus tant vanté était de nouvelles déficiences dans la mise en œuvre en raison de l'assouplissement du texte.
- Négociations sur le **cadre de préparation à une pandémie de grippe pour l'échange des virus grippaux et l'accès aux vaccins et autres avantages (2006–2011)** : après quatre années d'âpres discussions, un accord a été trouvé au sein d'un groupe de travail ouvert, présidé par les ambassadeurs mexicain et norvégien de l'époque, qui ont pu obtenir l'approbation des États membres après qu'un accord spécial avec les PDG des grandes entreprises ait été élaboré en dehors des négociations officielles.

CHAPITRE 13 | EXEMPLES DE DIPLOMATIE SANITAIRE MONDIALE

Ce chapitre présente quelques exemples récents de diplomatie sanitaire mondiale. Ils ont non seulement été choisis pour refléter le large spectre et la complexité de la négociation multilatérale des questions de santé au XXI^e siècle, mais aussi pour illustrer les différentes caractéristiques et types de relations de la diplomatie sanitaire mondiale décrits dans les chapitres précédents.

13.1 L'accès aux médicaments

L'accès aux médicaments est l'une des questions les plus anciennes et les plus controversées de la diplomatie de la santé mondiale. Ce sujet doit être considéré en relation avec les questions plus larges de savoir qui bénéficiera du progrès scientifique et technologique, et dans quelle mesure la connaissance est un bien public mondial. Le coût des médicaments n'est plus un fardeau pour les seuls pays à revenu limité : les progrès réalisés dans des domaines tels que le développement de médicaments contre le cancer ont également créé un défi financier pour les pays à revenu élevé.

Le système mondialisé des droits de propriété intellectuelle de l'OMC a donné naissance à une nouvelle génération de processus et d'accords de négociation multilatéraux, régionaux et bilatéraux dans les domaines où se croisent le commerce, la propriété intellectuelle et la santé. Les accords de l'OMC ont force de loi et sont étayés par un mécanisme contraignant de règlement des différends, qui prévoit l'imposition de sanctions en cas de non-respect. Un pilier central du régime international des brevets est l'accord sur les aspects des droits de propriété intellectuelle qui touchent au commerce (accord sur les ADPIC), un accord juridique international entre tous les pays membres de l'OMC qui fixe des normes minimales pour la réglementation par les gouvernements nationaux de nombreuses formes de propriété intellectuelle. L'accord sur les ADPIC a été négocié entre 1989 et 1990 et est administré par l'OMC. Les pays à revenu limité se sont opposés à de nombreux éléments de l'accord. En ce qui concerne la santé, ils ont pu obtenir un certain nombre de « flexibilités », qui ont été réitérées lors du cycle de négociations commerciales de Doha lancé en 2001, mais qui laissent encore beaucoup à désirer. Les négociations sur la propriété intellectuelle, en particulier, illustrent à la fois le pouvoir de lobbying des entreprises pharmaceutiques et le pouvoir de plaidoyer de la société civile. Bien que ni les sociétés pharmaceutiques ni les organisations de la société civile ne participent directement aux négociations, elles exercent une influence

considérable sur les prises de positions nationales et sur l'opinion publique dans les pays membres de l'OMC.

L'accès aux médicaments est également un sujet de débat permanent à l'OMS. Après des négociations inhabituellement controversées et animées, la soixante-douzième Assemblée mondiale de la santé a adopté en mai 2019 une résolution historique (WHA72.8) en faveur d'une plus grande transparence publique des prix des médicaments et autres produits de santé (voir **étude de cas 1**). Même si les résolutions de l'OMS ne sont pas contraignantes, les États membres se sont écartés à cette occasion de leur approche consensuelle habituelle de la diplomatie de la santé : plusieurs d'entre eux ont ouvertement exprimé leur désaccord tant avec le contenu de la résolution proposée qu'avec le processus de négociation. C'est également la première fois qu'une campagne concertée sur Twitter a été lancée par la société civile, au cours de laquelle des ministres et des fonctionnaires de pays opposés à la résolution ont fait l'objet d'attaques personnelles.

Le processus et les méthodes utilisés dans ces négociations suggèrent que l'approche consensuelle de la diplomatie en santé pourrait ne plus être le seul *modus operandi* à l'OMS.

13.2 La diplomatie des vaccins

La crise de la COVID-19 a relancé avec force la question de la diplomatie vaccinale, en rouvrant le débat sur la manière de garantir un accès abordable et équitable aux vaccins d'intérêt public mondial.

La diplomatie vaccinale désigne tous les aspects de la diplomatie mondiale en matière de santé liés au développement, à la fabrication et à la distribution de vaccins en tant que biens de santé publique. Parmi les principales caractéristiques de la diplomatie vaccinale, citons son potentiel en tant qu'intervention humanitaire et son rôle avéré dans la médiation pour la cessation des hostilités et la mise en place de cessez-le-feu pendant les campagnes de vaccination.

La diplomatie moderne en matière de vaccins commence avec la création de Gavi, l'Alliance du vaccin, en 2000, après qu'il ait été reconnu, à la fin des années 1990, que la couverture des six vaccins de base dans le cadre du programme élargi de vaccination de l'OMS stagnait ou déclinait, et que d'autres vaccins, y compris de nouveaux vaccins susceptibles de sauver des vies, étaient trop chers pour les pays à revenu limité.

L'alliance Gavi a été créée pour rassembler les agences des Nations unies, les gouvernements, l'industrie du vaccin et d'autres branches du secteur privé, ainsi que la société civile, en vue

d'améliorer la couverture vaccinale des enfants dans les pays pauvres et de fournir des garanties d'achat pour les nouveaux vaccins. En 2018, les programmes financés par Gavi avaient touché plus de 700 millions d'enfants. De nombreux pays ont obtenu l'accès aux vaccins contre le rotavirus et l'*Haemophilus influenzae* de type B. L'alliance Gavi a également facilité le développement d'un nouveau vaccin contre *Streptococcus pneumoniae*.

Les épidémies de SRAS, de grippe H1N1, d'Ebola, de MERS et de Zika, ainsi que le problème croissant de la résistance aux antimicrobiens, ont fait de la production, du financement et de la disponibilité de vaccins adéquats et efficaces une question politique particulièrement sensible. Les intérêts géopolitiques et nationaux ont entravé les négociations sur la vaccination. Une « sécurisation » de l'agenda de la santé publique s'est fait sentir dans ces négociations, tout comme le lobbying des industries sanitaires et pharmaceutiques. L'insistance croissante des gouvernements sur la « souveraineté nationale » a ralenti les négociations mondiales. Notamment, au cours du long processus de réunion intergouvernementale sur la préparation à une pandémie de grippe convoquée par l'OMS : échange des virus grippaux, accès aux vaccins et autres avantages (*Sharing of Influenza Viruses and Access to Vaccines and Other Benefits*) (2007–2010), Les États membres n'ont pas réussi à s'entendre pendant des années parce qu'ils ne parvenaient pas à se mettre d'accord sur les éléments à fournir aux pays à revenu limité. L'Indonésie, par exemple, était réticente sur le principe du partage des séquences virales. Un compromis a finalement été trouvé, en vertu duquel les fabricants de produits pharmaceutiques n'étaient plus autorisés à accéder aux données et aux échantillons de souches virales en circulation pour le développement de vaccins contre la grippe, à moins qu'ils ne s'engagent à respecter des accords de partage des avantages, notamment la fourniture d'un certain pourcentage de vaccins contre la grippe à des prix fortement réduits. Les autres avantages comprenaient des mesures telles que des transferts de technologie, un meilleur accès aux



réactifs de diagnostic et aux kits de dépistage de la grippe – des ressources que de nombreux pays à faible revenu avaient auparavant du mal à obtenir.

La pandémie de COVID-19 a brusquement remis sur le tapis la question de savoir comment le vaccin pourra atteindre tous ceux qui en ont besoin.

Les dirigeants politiques et mondiaux ont demandé que le vaccin COVID-19 soit traité comme un bien public mondial qui devrait être disponible pour tous²³. Néanmoins, les pays riches se sont empressés de passer des commandes anticipées afin de garantir l'accès au vaccin pour leurs citoyens, craignant que l'offre ne soit limitée. Ceci soulève d'importantes questions concernant l'accès aux vaccins pour les populations des pays à revenu limité, mais aussi pour les pays à revenu intermédiaire qui ne sont pas éligibles au soutien de l'Alliance Gavi ou d'autres mécanismes d'aide internationale, par exemple.

Le désarroi actuel de la gouvernance multilatérale en matière de santé et les approches nationalistes, concurrentielles et axées sur le libre-échange adoptées par certains pays ont mis de côté la tâche consistant à répondre aux questions essentielles, à savoir comment mettre en place une coopération mondiale efficace et quels sont ceux qui devraient bénéficier d'un accès prioritaire dans une telle situation ?

D'un autre côté, plusieurs initiatives de diplomatie vaccinale vont dans le bon sens. L'alliance entre plusieurs pays de l'UE pour l'achat groupé de vaccins à l'avance, par exemple, exige des sociétés pharmaceutiques avec lesquelles l'UE passe des contrats qu'elles mettent une partie des fournitures de vaccins à la disposition des pays à faible revenu. La facilité COVAX – qui réunit l'OMS, l'Alliance Gavi, la Coalition pour les innovations en matière de préparation aux épidémies (CEPI) et l'industrie – permet aux pays participants de mettre en commun leurs ressources afin de pouvoir soutenir le développement d'un plus grand nombre de vaccins candidats qu'un pays seul ne pourrait le faire. Cette initiative utilise en outre des investissements dans des installations de fabrication et des engagements d'achat anticipé qui encouragent les fabricants à investir dans l'augmentation de la production de vaccins et contribuer à partager les risques. Si un vaccin s'avère efficace, les doses disponibles seront distribuées équitablement, par l'intermédiaire de la facilité COVAX, entre les pays qui s'autofinancent, qui paieront leurs doses, et les pays à revenu limité qui, sans cela, n'auraient pas les moyens de se procurer le vaccin.

23 ONUSIDA. S'unir derrière un vaccin populaire contre le COVID-19 (*Uniting behind a people's vaccine against COVID-19*). Genève: Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida; 14 mai 2020 (https://www.unaids.org/en/resources/presscentre/featurestories/2020/may/20200514_covid19-vaccine-open-letter, consulté le 16 novembre 2020).

Garantir un accès équitable au vaccin nécessite une gouvernance mondiale forte et suggère un rôle accru à la diplomatie vaccinale. Les nombreuses évolutions survenues depuis la première rédaction de ce chapitre en témoignent.

13.3 La pollution de l'air

Les preuves scientifiques jouent un rôle important dans la négociation d'accords majeurs. Au cours de la dernière décennie, l'OMS s'est de plus en plus impliquée dans la lutte contre le problème de la pollution atmosphérique. Une étape importante a été l'adoption en 2015 d'une résolution de l'Assemblée mondiale de la santé et d'une feuille de route associée pour faire face à ce défi sanitaire mondial croissant. En termes de diplomatie sanitaire, la résolution et la feuille de route ont ouvert la voie à une vaste collaboration inter-institutions entre l'ONU et d'autres organisations internationales. Elles ont également renforcé la coopération entre l'OMS et les réseaux de santé urbaine – une évolution importante étant donné l'importance croissante de la diplomatie de la santé des villes (voir **encadré 16**) au XXI^e siècle.

La pollution atmosphérique a encore progressé dans l'agenda sanitaire mondial en 2018, lorsqu'elle a été reconnue, lors de la troisième réunion de haut niveau de l'ONU sur la prévention et la lutte contre les maladies non transmissibles, comme un cinquième facteur de risque clé pour les MNT, aux côtés du « quatuor » établi que sont le tabagisme, l'usage nocif de l'alcool, une mauvaise alimentation et la sédentarité.

De nombreux facteurs de pollution atmosphérique, comme la combustion de combustibles fossiles, entraînent l'émission de dioxyde de carbone et d'autres polluants climatiques à courte durée de vie, notamment l'ozone et le carbone noir, qui contribuent grandement au changement climatique et affectent la santé humaine. En conséquence, l'OMS a intensifié ses activités lors des grandes négociations sur le changement climatique dans le cadre de l'ONU, notamment lors du Sommet de l'action climatique de l'ONU qui s'est tenu à New York le 23 septembre 2019 et lors de la 25^e session de la Conférence des Parties à la CCNUCC, qui s'est tenue à Madrid du 2 au 13 décembre 2019. L'OMS avait été mandatée par le Secrétaire général de l'ONU pour contribuer à l'élaboration de deux engagements liés à la santé pour le Sommet sur l'action climatique, à savoir : a) sauver des vies en réduisant les émissions de carbone et en assainissant l'air ; et b) stimuler les investissements dans l'action climatique, la santé publique et le développement durable. L'OMS fournit aux négociateurs des preuves de l'impact sanitaire du changement climatique en quantifiant et en surveillant les effets de l'exposition à la pollution atmosphérique.

Au niveau régional, la coopération multilatérale en matière de pollution atmosphérique a une his-

toire encore plus longue. Une réalisation notable a été l'adoption de la Convention sur la pollution atmosphérique transfrontière à longue distance en 1979 sous les auspices de la CEE et de l'ONU. Premier traité international dans ce domaine, elle a fourni un espace juridique et politique pour les mesures visant à protéger la santé humaine et l'environnement contre la pollution atmosphérique transfrontalière. La Convention est un exemple de ce que la diplomatie multisectorielle et scientifique peut accomplir au niveau international.

Encadré 16 : La diplomatie des villes pour la santé mondiale

Un ouvrage consacré à la diplomatie en matière de santé mondiale ne peut faire l'économie de la reconnaissance du rôle désormais bien établi que jouent les entités infranationales dans la gouvernance mondiale. Parmi les nombreux acteurs à ce niveau, les villes ont sans doute été parmi les plus proactives sur la scène mondiale au cours de la majeure partie des trois dernières décennies. Cet encadré donne un bref aperçu de l'essor récent de la « diplomatie des villes » et des défis actuels à l'intersection de cette diplomatie et de la santé mondiale.

Les villes ont été sous les feux de la rampe dans de nombreux agendas mondiaux. A la fois enjeu des discussions et lieux stratégiques de négociation, les villes sont de plus en plus officiellement sollicitées par des initiatives et des cadres multilatéraux en tant qu'**acteurs internationaux à part entière**. À leur tour, de nombreux gouvernements locaux ne s'en remettent plus aux gouvernements nationaux lorsqu'ils élaborent des stratégies et des modalités d'engagement international sur des questions clés.

Les maires, les conseillers municipaux, les responsables des métropoles et les représentants des autorités locales s'adressent directement les uns aux autres et, plus largement, aux acteurs internationaux, y compris aux représentants des entreprises, des agences du système des Nations unies (ONU) ou des organisations non gouvernementales. Il existe aujourd'hui des centaines de mécanismes formels de coopération internationale établis par les villes (**réseaux de villes**), qui leur donnent une voix collective dans les discussions sur de nombreuses questions mondiales, telles que le programme de lutte contre le changement climatique, l'accord de Paris ou les objectifs de développement durable (ODD). Les villes se sont en effet vu accorder un rôle clé dans la réponse aux grands défis transnationaux. La crise de la COVID-19 a encore accentué le rôle de première ligne des villes : en septembre 2020, environ 95 % des infections à la COVID-19 s'étaient produites en milieu urbain, avec plus de 1500 villes touchées dans le monde. Ainsi, le Secrétaire général de l'ONU a-t-il appelé à une meilleure compréhension de la façon dont la pandémie, comme d'autres défis sanitaires, se déroule dans un monde urbain. Pour leur part, de nombreuses villes et réseaux de villes ont rapidement activé leurs connexions de diplomatie des villes pour

former des groupes de travail COVID-19, des référentiels d'actions politiques et des mécanismes d'échange de bonnes pratiques. La diplomatie des villes doit être comprise dans le contexte d'un **gouvernance urbaine mondiale** naissante, et pas simplement comme un échange de ville à ville.

Un bref historique de la diplomatie des villes est révélateur à cet égard. L'évolution moderne de l'engagement international des villes comprend au moins trois «générations» différentes. La diplomatie des villes est passée de relations «de ville à ville» davantage fondées sur la culture à un mécanisme et un circuit complexes de formation de coalitions internationales et d'échanges politiques, malgré les restrictions liées à la COVID-19 sur les voyages et la coopération internationale. Alors que la première génération moderne (début du 20^e siècle) de diplomatie des villes était basée sur des «**villes jumelles**» bilatérales formelles, une deuxième génération (milieu et fin du 20^e siècle) a étendu ces réseaux de jumelage à **des coalitions de réseaux de villes plus formelles pour le plaidoyer et l'échange**, souvent soutenues par des agences spécialisées des Nations unies. Le milieu des années 1990 a marqué l'apogée des efforts visant à formaliser davantage la diplomatie de la santé dans les villes, grâce au travail du Réseau européen des villes-santé sous l'égide de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) et à d'autres efforts régionaux tels que l'Alliance pour les villes-santé (dans le Pacifique occidental). Il existe aujourd'hui d'autres réseaux similaires, bien que plus spécialisés, comme le projet de l'OMS pour les «villes adaptées aux personnes âgées» (*WHO Age-Friendly Cities project*).

Le XXI^e siècle a toutefois vu l'émergence d'un domaine plus complexe de la diplomatie urbaine, notamment en matière de santé. Cela a donné naissance à des réseaux encore plus spécialisés et souvent construits à des fins spécifiques, qui sont étroitement liés à des investissements privés et philanthropiques majeurs. La diplomatie des villes est directement engagée dans la **localisation des grands agendas mondiaux** tels que l'Agenda 2030 sur le développement durable.

Dans le domaine de la santé, cela inclut le lancement d'initiatives telles que le Partenariat pour les villes-santé soutenu par Bloomberg Philanthropies au sein de l'OMS, ou la localisation des ODD liés à la santé via le Consensus de Shanghai de l'OMS sur les villes-santé. Comprendre la diplomatie des villes sous cet angle permet une plus grande marge de manœuvre au-delà des jumelages et de la coopération entre villes, et donne une idée plus claire des liens entre les villes et la gouvernance mondiale.

Bien qu'elle ait pu changer le paradigme, la crise de la COVID-19 n'a pas affecté l'élan de la diplomatie des villes. Les administrations municipales reconnaissent toujours l'importance de s'engager au niveau international mais ne disposent pas de formation à la diplomatie en santé et

des ressources nécessaires pour le faire avec un maximum d'efficacité. Néanmoins, l'engagement des villes envers les programmes mondiaux tels que les ODD (notamment dans leurs dimensions santé) reste fort, et les cadres internationaux ont une influence croissante sur les affaires municipales. Les villes restent confiantes dans leur capacité à relever les défis mondiaux. La crise a également attiré **l'attention sur la santé mondiale au-delà du secteur de la santé**. La santé et le bien-être sont désormais couverts par les efforts de diplomatie des villes initialement dédiés à d'autres secteurs (par exemple, l'environnement dans le cas du Groupe de leadership sur le climat des villes du C40, ou la migration dans le cas du Conseil des maires pour la migration, *Mayors Migration Council*).

Néanmoins, le rôle de la diplomatie des villes dans le domaine de la santé mondiale reste relativement limité par rapport à son rôle dans d'autres domaines tels que la migration, le climat ou la résilience. Les villes et les questions urbaines continuent d'occuper des positions très modestes dans l'agenda de la santé mondiale. En dehors de l'initiative auto-organisée des réseaux de villes, les villes restent à l'heure actuelle très en marge du multilatéralisme officiel. L'OMS, par exemple, ne dispose toujours pas d'une unité importante pour les villes et a relégué le thème de la santé urbaine à des conversations relativement rares, souvent régionales. Plus généralement, comme dans de nombreux autres domaines d'action mondiaux, le **renforcement des capacités et les investissements demeurent essentiels** au niveau local, où les budgets et les possibilités de formation des « diplomates des villes » sont soumis à de fortes contraintes. La reconnaissance et l'institutionnalisation d'une voix urbaine restent un défi majeur.

13.4 Commerce, propriété intellectuelle et santé

À la suite de la Déclaration de Doha sur l'accord sur les ADPIC et la santé publique de 2001, l'interface entre le commerce, la propriété intellectuelle et la santé est devenue l'un des principaux axes de la diplomatie sanitaire mondiale au XXI^e siècle. Cette interface est également celle où les dimensions multilatérales et multisectorielles de la diplomatie sanitaire sont le plus étroitement liées. Il est donc logique que cette question revienne de dans différentes parties du présent ouvrage, notamment au **chapitre 11** (couvrant les aspects intersectoriels), au **chapitre 8** (cohérence des politiques), au **chapitre 7** (diplomatie sanitaire régionale), à la **section 13.1** (accès aux médicaments) ou encore à l'**étude de cas 1** (sur la transparence des prix). Le dialogue sur la santé et le commerce (et sur la propriété intellectuelle dans la plupart des cas) se déroule à la fois dans un cadre national, multilatéral et inter-agences.

Au niveau national, le dialogue se déroule généralement au sein de comités multisectoriels couvrant un large éventail de questions liées au commerce. Dans certains cas, cependant, lorsque les arguments sanitaires sont fortement portés par les parties prenantes, les gouvernements ont mis en place un mécanisme dédié (ad hoc ou permanent) pour évaluer l'impact sanitaire du commerce international. Les secteurs du commerce et de la santé étant rarement impliqués dans leurs sphères respectives, une interaction aussi intense accroît la compréhension mutuelle des questions en jeu. Les différends commerciaux internationaux liés à la santé favorisent également une coopération intersectorielle plus étroite. L'Australie, la Norvège et l'Uruguay, par exemple, ont défendu avec succès – devant, respectivement, l'OMC, la Cour de justice de l'Association européenne de libre-échange (AELE) et le Centre international pour le règlement des différends relatifs aux investissements – les mesures de lutte antitabac qu'ils avaient introduites dans le cadre de leur mise en œuvre nationale de la CCLAT. Ces affaires ont mis en évidence un phénomène émergent, à savoir la manière dont un nouveau régime juridique international en matière de santé (la CCLAT) peut contribuer à équilibrer les arguments juridiques des deux côtés de l'interface entre le commerce et la santé, qui, dans le passé, était largement dominée par le pouvoir juridique des accords commerciaux et d'investissement. À l'inverse, les accords régionaux et bilatéraux de commerce et d'investissement offrent généralement une protection plus faible pour la santé que les flexibilités contenues dans les régimes mondiaux de l'OMC. Il est donc important que le secteur de la santé s'implique de manière proactive dans la négociation de ces accords.

Dans l'arène interinstitutionnelle, un exemple récent et notable de dialogue et de coopération est la deuxième édition (2020) de l'étude trilatérale OMS-OMPI-OMC sur la promotion de l'accès aux technologies médicales et à l'innovation. S'appuyant sur la première édition (2013), cette nouvelle publication vise à soutenir le dialogue et la prise de décision dans cette interface politique extrêmement complexe, constituant ainsi une ressource inestimable à un moment critique pour la santé mondiale.

13.5 La résistance antimicrobienne

Le problème de la résistance aux antimicrobiens (RAM) attire de plus en plus l'attention au XXI^e siècle, et il est nécessaire de coordonner plus efficacement les efforts intersectoriels nationaux pour y faire face. En termes de diplomatie sanitaire, plusieurs facteurs et processus sont à l'origine de la forte augmentation du dialogue multisectoriel et multilatéral sur la RAM.

Premièrement, l'action multisectorielle impliquant les secteurs de la santé, de l'agriculture et de la médecine vétérinaire – ce qui n'est pas facile en raison de leurs approches souvent divergentes – est véritablement devenue une question d'urgence au vu de l'ampleur du problème.

En second lieu, plusieurs initiatives et plateformes internationales ont été lancées en peu de temps, notamment le Plan d'action mondial de l'OMS sur la résistance aux antimicrobiens (2015), la Déclaration politique de la réunion de haut niveau de l'Assemblée générale des Nations unies sur la résistance aux antimicrobiens (2016), la Déclaration des dirigeants du G20 à Osaka (2019), la Collaboration tripartite FAO-OIE-OMS, le groupe ad hoc de coordination inter-agences des Nations Unies sur la résistance aux antimicrobiens, plusieurs plateformes régionales et bilatérales, et le Partenariat mondial sur la résistance aux antibiotiques (qui se concentre sur les pays à revenu faible et intermédiaire). Un autre mécanisme, le Fonds fiduciaire multipartenaires sur la RAM, a été créé sous les auspices du partenariat tripartite FAO-OIE-OMS. Cette prolifération de mécanismes internationaux a nécessité une contribution multisectorielle concertée de la part des gouvernements, ce qui a également encouragé le développement de stratégies nationales multisectorielles dans un délai relativement court.

Troisièmement, la coopération internationale et inter-agences sur la RAM a vu le jour dans le contexte d'accords de collaboration existants dans certains domaines étroitement liés, tels que la Commission du Codex Alimentarius et le Réseau international des autorités de sécurité alimentaire, tous deux sous les doubles auspices de l'OMS et de la FAO. Il s'agit là de fondements institutionnels importants dont il faut s'inspirer.

Enfin, les solutions dans la lutte contre la RAM sont liées à des concepts et des processus plus larges (« One Health ») et parallèles (innovation pharmaceutique et R&D). Cela se reflète dans certains mécanismes mondiaux²⁴, ainsi que dans le Groupe des leaders mondiaux de l'initiative « One Health » sur la résistance aux antimicrobiens, qui doit être convoqué par le partenariat tripartite FAO-OIE-OMS au nom du Secrétaire général des Nations Unies. D'autres secteurs pertinents pour ces efforts sont l'environnement, l'industrie, l'économie, le commerce et les droits de propriété intellectuelle.

Dans l'ensemble, la RAM est l'un des principaux points à l'ordre du jour de la santé mondiale au XXI^e siècle. Elle est étroitement liée à d'autres domaines complexes sur le plan politique et technique, tels que l'approche « One Health », la R&D et l'innovation, et nécessite donc un renforcement de la diplomatie et des négociations internationales (et intersectorielles) afin de trouver des solutions globales.

24 Par exemple, le Partenariat mondial pour la recherche et le développement des antibiotiques (*Global Antibiotic Research and Development Partnership*, en anglais) (lancé conjointement par l'OMS et la DNDi (Drugs for Neglected Diseases initiative) et le Cadre opérationnel One Health de la Banque mondiale pour le renforcement des systèmes de santé publique humaine, animale et environnementale).

13.6 Migration et santé

Une leçon importante du dialogue mondial sur les liens entre migration et santé est que le travail cohérent entre les agences et la convergence intersectorielle nationale peuvent se renforcer mutuellement lorsqu'ils sont appliqués à un défi sanitaire mondial relativement nouveau – et aigu. En témoigne le processus qui a conduit à l'adoption par l'Assemblée mondiale de la santé, en mai 2017, de la résolution historique WHA70.15 sur la promotion de la santé des réfugiés et des migrants et du Cadre correspondant²⁵, qui a ensuite été cité dans le Pacte mondial des Nations unies pour des migrations sûres, ordonnées et régulières (ci-après le « Pacte mondial »). L'action synergique de l'OMS, de l'OIM et du HCR pendant les travaux préparatoires et les négociations sur la résolution WHA70.15 est allée de pair avec le leadership politique d'un groupe de pays clés. Ce travail inter-agences a également fourni des preuves et un élan à la poursuite de la convergence intersectorielle nationale pour soutenir le processus multilatéral – en particulier dans les pays disposant de moins de ressources techniques et diplomatiques. Cela est important en raison de la connaissance limitée de ce domaine de la santé publique et des nombreuses idées fausses et opinions divergentes qui ont vu le jour.

L'intégration de la santé dans le Pacte mondial – lui-même un document politique complexe de nature hautement intersectorielle – a posé un certain nombre de défis à la diplomatie sanitaire. Tout d'abord, il faut garder à l'esprit que les négociations menées au siège de l'ONU à New York sont dirigées par des ministères des Affaires étrangères et des diplomates et qu'elles sont hautement politiques, offrant moins de possibilités de contributions expertes que les négociations menées à Genève, où se trouvent l'OMS, les autres institutions spécialisées concernées et les points focaux santé des missions permanentes des pays (voir également le **chapitre 6**). De manière significative, le secteur de la santé a été très peu représenté lors de l'importante Conférence intergouvernementale pour l'adoption du Pacte mondial sur les migrations, qui s'est tenue à Marrakech, au Maroc, en décembre 2018, contrairement aux ministères de l'intérieur, du travail, de la protection sociale et des Affaires étrangères. Cela montre bien que lorsque des négociations sur un instrument international majeur ayant des incidences sur la santé se déroulent dans des contextes hautement politiques en dehors de Genève, il est essentiel, d'une part, que l'OMS collabore avec les États membres et les organismes internationaux de même sensibilité et, d'autre part, que les ministères de la santé s'engagent activement auprès de leurs délégations nationales, afin de veiller à ce que les aspects sanitaires soient dûment pris en compte dans le résultat des négociations.

Deuxièmement, la santé n'avait pas été identifiée comme un sujet spécifique pour les sessions thématiques au début du processus de négociation du Pacte mondial. Il s'est donc avéré néces-

25 Cadre de priorités et principes directeurs de l'OMS pour la promotion de la santé des réfugiés et des migrants (2017).

saire 1), d'utiliser d'autres plates-formes pertinentes, telles que des manifestations parallèles lors d'événements très médiatisés et les consultations organisées par l'OMS ou l'OIM sur la santé des migrants, 2) de faire avancer les priorités et les principes déjà adoptés par l'OMS et 3) de promouvoir les liens avec les principaux instruments internationaux, tels que la Déclaration universelle des droits de l'homme, les pactes internationaux pertinents²⁶ et les ODD. Une autre leçon clé tirée du processus d'inclusion de la santé dans le Pacte mondial est donc que l'utilisation de plateformes parallèles et l'exploitation du pouvoir d'instruments existants universellement reconnus peuvent jouer un rôle critique lorsqu'il s'agit de promouvoir les intérêts de la santé lors des négociations aux Nations Unies sur un document de plus grande envergure.

13.7 Remarques finales

Les exemples présentés dans ce chapitre montrent que, pour relever les défis complexes de la santé mondiale, il faut une **diplomatie à plusieurs niveaux** (c'est-à-dire une participation à des négociations dans différents forums) combinée à une **diplomatie multi-acteurs** (impliquant différents types d'acteurs), généralement sur une longue période. Les efforts de diplomatie en matière de santé mondiale sur des questions complexes sont devenus plus difficiles en raison du grand nombre d'acteurs et de la diversité des cultures et des styles diplomatiques. Conjugée à l'affaiblissement de l'engagement en faveur du multilatéralisme, cette situation **rend plus difficile l'obtention d'un accord** (comme en témoigne l'échec de la 25^e session de la Conférence des parties à la CCNUCC à se mettre d'accord sur les marchés mondiaux du carbone) et conduit à des **résultats de plus en plus imprévisibles**.

Ces exemples illustrent également une autre nouvelle évolution importante dans les relations internationales : la manière dont les organisations internationales deviennent des acteurs importants de la diplomatie multi-acteurs, comme le montre la participation de l'OMS aux sommets du G7 et du G20 et les divers arrangements inter-agences dans les domaines susmentionnés. Les fonctionnaires internationaux sont de plus en plus perçus comme **défendant des intérêts supranationaux**, à savoir la production et la fourniture de biens publics mondiaux. C'est notamment le cas des efforts diplomatiques déployés, par exemple, en matière de protection de l'environnement et de la santé.

Ces exemples servent également à illustrer la dimension synergique de la diplomatie en matière de santé, qui est une autre caractéristique de la diplomatie sanitaire mondiale contemporaine – à savoir que les États s'efforcent d'obtenir une **interaction synergique des efforts diplomatiques** à

26 Le Pacte international relatif aux droits civils et politiques et le Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels (tous deux adoptés en 1966).

différents niveaux et dans le cadre de différentes organisations, processus et réunions.

Enfin, certains des exemples de diplomatie sanitaire mondiale évoqués ci-dessus – notamment ceux liés au commerce, aux migrations et à la résistance antimicrobienne – mettent en évidence, sous différents angles, l'importance (et la complexité) de la réalisation d'une coordination intersectorielle nationale et de la cohérence des politiques dans les processus et négociations multilatéraux.

Encadré 17 : Préparer les négociations

La préparation complète des négociations implique plusieurs actions clés ainsi que l'engagement judicieux des parties prenantes et des partenaires concernés au niveau national et à Genève (ou quel que soit le lieu où se déroulent les négociations). Toutes ces actions sont utiles (à des degrés divers selon la négociation en question) mais ne sont pas nécessairement séquentielles – souvent, elles sont toutes réalisées simultanément, ou dans un ordre différent selon la question et le niveau de négociation.

Action 1

La première étape consiste à étudier l'historique de la question en discussion. Vous devez consulter les documents qui vous aideront à comprendre le contexte de la résolution ou de tout autre texte à négocier.

Il est également important de connaître (a) les positions adoptées par votre pays sur la question lors de négociations précédentes ; et (b) les positions adoptées tant par des pays partageant les mêmes idées que par des pays connus pour avoir des opinions différentes.

Action 2

La deuxième étape consiste à identifier les questions ou les termes du texte en discussion qui sont susceptibles de provoquer une controverse au cours du processus de négociation.

Là encore, il est essentiel de se reporter aux négociations antérieures sur le sujet. Par exemple, la référence aux droits sexuels et reproductifs a toujours suscité des inquiétudes au sein d'un groupe spécifique de pays à travers le monde, tout en recevant un soutien fort de la part d'un autre groupe.

Action 3

La troisième étape consiste à mobiliser des experts afin de parvenir à une compréhension globale du sujet abordé.

Les experts peuvent être basés dans la capitale d'un pays, au sein ou en dehors du ministère de la santé, du ministère des Affaires étrangères ou d'un autre ministère compétent. Vous trouverez d'autres considérations sur le rôle des différents secteurs au **chapitre 11**.

La mission d'un pays à Genève peut également être sollicitée pour fournir une expertise supplémentaire aux autorités nationales de la capitale. En effet, sur certaines questions – comme ce fut le cas lors de l'apparition, début 2020, d'une maladie de type grippal à l'époque mal comprise en Asie (appelée plus tard COVID-19) – les informations les plus pertinentes peuvent se trouver à Genève, à l'Organisation mondiale de la santé (OMS), plutôt que dans la capitale du pays.

L'expertise peut être nationale – ce qui inclut l'expertise des personnels nationaux qui travaillent pour des organisations internationales à Genève – ou internationale. Il existe un grand nombre d'experts en santé mondiale à Genève en particulier, mais aussi à New York, dans d'autres centres internationaux et dans les universités du monde entier. Il convient de prendre grand soin d'inclure des experts des pays à revenu limité.

Un point important à souligner est qu'il est souvent préférable de rechercher une expertise en contactant des personnes appartenant à un réseau personnel pré-existant. Pour reprendre l'exemple cité plus haut, l'avis d'un expert sur l'épidémie de grippe en Asie (appelée plus tard COVID-19) serait probablement plus facile à obtenir auprès d'un expert que vous connaissez personnellement qu'en contactant un institut de recherche.

La recommandation ci-dessus peut ne pas être pertinente lorsque les pays disposent d'une solide équipe d'experts basée au sein des ministères concernés – ou associée à ces derniers. C'était le cas, par exemple, de l'ancien *Department for International Development* (DNIDI) au Royaume-Uni (qui fait maintenant partie du nouveau bureau, *Foreign, Commonwealth and Development Office*). La recommandation n'est pas non plus pertinente lorsque les pays disposent d'instituts de recherche de haut niveau qui peuvent fournir des informations. Il peut être beaucoup plus difficile pour les pays à revenu faible ou intermédiaire d'avoir accès à de telles informations.

Action 4

La quatrième étape consiste à mobiliser les parties prenantes et les partenaires dans votre pays et à Genève afin de vous préparer efficacement aux négociations à venir.

Tout d'abord, vous devez prendre contact avec les diplomates et les fonctionnaires qui sont vos personnes de contact (points focaux) au sein du ministère des Affaires étrangères et du ministère de la santé. Ils doivent être informés des négociations à venir et disposer de suffisamment de temps pour rassembler des informations, consulter d'autres personnes, recevoir les approbations

nécessaires de leur supérieur immédiat ou du ministre et, enfin, vous envoyer des instructions sur la position que vous devez défendre.

En général, les instructions de la capitale seront élaborées par une coordination entre les représentants des ministères concernés, après consultation d'experts si nécessaire mais aussi, comme c'est de plus en plus le cas dans le domaine de la santé mondiale, après consultation de représentants de la société civile. Les instructions seront finalement approuvées au niveau supérieur du ministère de tutelle avant d'être envoyées à la mission à Genève. La coordination se fait souvent par échange écrit. Le niveau d'approbation nécessaire dépend de la négociation.

Lorsque vous vous tournez auprès des autorités nationales de votre capitale, vous pouvez trouver les instructions qui vous sont transmises utiles ou moins utiles, en fonction d'un certain nombre de facteurs: le niveau d'intérêt des ministères et du gouvernement pour la question posée; la capacité des points focaux des ministères à mobiliser l'expertise et les opinions dans la capitale; et – tout aussi important – votre relation personnelle avec les points focaux et les ministères, ainsi que votre style de relation avec eux.

En second lieu, vous devez approcher vos contacts à l'OMS et dans d'autres organisations mondiales de santé afin de comprendre, de leur point de vue, les enjeux des négociations à venir. Là encore, les relations et les réseaux personnels donneront en général de bien meilleurs résultats que d'adresser des demandes formelles à l'institution.

En troisième lieu, vous devriez contacter vos homologues dans les missions diplomatiques à Genève afin de recueillir des informations sur les positions que leurs pays adopteront dans les négociations et, dans certains cas, de recueillir des soutiens ou de construire des alliances. Là encore, les relations personnelles, la légitimité et les compétences en matière de communication sont essentielles. Il est crucial de nouer le dialogue avec les homologues afin de savoir comment les autres se préparent aux négociations. C'est également une étape nécessaire pour développer une position commune avec les pays partenaires au sein d'une entité politique, comme l'Union européenne ou l'Union africaine, ou au sein de groupements plus informels, comme les pays nordiques.

Il existe à Genève un très important système de coordination régionale des attachés de santé. Chacune des six régions de l'OMS dispose d'un coordinateur informel dont la rotation se fait généralement sur une base annuelle. Les activités de ces coordonnateurs vont de la communication de routine entre les organes directeurs de l'OMS, le Secrétariat de l'OMS et les missions des États membres au défi extraordinaire que représente la sélection des présidents et vice-présidents des négociations intergouvernementales.

Action 5

À la fin du processus, vous recevrez un ensemble d'instructions de votre capitale. L'engagement fort de parties prenantes et de partenaires spécifiques à chaque étape du processus décrit ci-dessus est la meilleure garantie que les instructions seront claires et vous permettront de défendre une position nationale cohérente lors des négociations.

ANNEXE 1 | GLOSSAIRE

La diplomatie de la santé mondiale est un domaine en plein essor qui associe les priorités de la santé mondiale aux priorités des affaires étrangères. Les défis sanitaires n'ont jamais été considérés avec autant d'importance dans la longue histoire des activités sanitaires internationales. Les développements récents dans le domaine de la santé affectent la manière dont les concepts normatifs et les règles juridiques internationales sont appliqués dans les négociations diplomatiques. La diplomatie de la santé mondiale fait appel à un certain nombre de disciplines, allant notamment de la santé publique, au droit, en passant par les relations internationales, la gestion ou encore l'économie. Il est donc essentiel de comprendre et d'utiliser de manière cohérente des concepts issus de différentes disciplines.

L'*ABC de la diplomatie* est un glossaire de mots-clés classés par ordre alphabétique, produit par le Département fédéral des affaires étrangères suisse. Il explique les termes fréquemment utilisés et fournit des informations sur les lois et les coutumes qui régissent les relations internationales :

https://www.eda.admin.ch/dam/eda/fr/documents/publications/GlossarezurAussenpolitik/ABC-Diplomatie_fr.pdf

Le référentiel institutionnel (*Institutional Repository*) du Centre de santé mondiale de l'Institut universitaire de hautes études internationales et du développement contient deux ressources qui expliquent des concepts fréquemment utilisés :

- *A glossary of terms used in global health negotiation: a working tool* (2013), par Martin Jacques, Ilona Kickbusch and Michaela Told
<https://repository.graduateinstitute.ch/record/296833?ln=en>
- *Discussing a definition of global health* (2013) par Samantha Battams and Stephen A. Matlin
<https://repository.graduateinstitute.ch/record/288069?ln=en>

Il y a quelques années, le portail en ligne *Middle East Medical* a publié un article exposant le point de vue d'un ancien ambassadeur américain sur la diplomatie en matière de santé mondiale, dont il nous semble intéressant de citer les extraits suivants (traduits de l'anglais) :

Les scientifiques et les diplomates abordent les problèmes différemment. Les scientifiques voient un problème, un modèle ou une anomalie, font des recherches pour collecter des données et des preuves, et, si les preuves sont suffisamment solides, publient les résultats – la solution au problème – dans une revue à comité de lecture.

Pour les diplomates, qui ne lisent pas les revues médicales ou scientifiques à comité de lecture, un fait établi scientifiquement n'est que le début d'une solution. Les diplomates, s'ils font bien leur travail, imposent leurs priorités sur l'agenda des autres acteurs. Cela signifie qu'il faut déterminer si le problème que la recherche du scientifique vise à résoudre est véritablement une priorité pour notre propre agenda ou pour le responsable politique que nous essayons d'influencer. Cela implique également de comprendre le contexte dans lequel le décideur opère et de savoir comment présenter ou expliquer notre priorité en matière de santé afin qu'elle s'inscrive dans son agenda plus large.²⁷

Nous présentons ci-dessous une compilation des termes clés, basée sur le glossaire préparé pour les participants à un cours en ligne sur la diplomatie en matière de santé mondiale, organisé par le Centre de santé mondiale de l'Institut universitaire de hautes études internationales et du développement :

Société civile : Désigne le processus par lequel les individus négocient, argumentent, luttent ou s'accordent entre eux et avec les centres d'autorité politique et économique, et par lequel les associations, mouvements, partis, syndicats et individus volontaires sont en mesure d'agir publiquement. La portée précise de ce terme varie, mais l'usage le plus courant exclut les entreprises du secteur privé à but lucratif et les organisations formelles des collectivités locales. (Kickbusch et al., 2013)

Diplomatie sanitaire de club : Désigne les relations diplomatiques et les négociations menées au sein d'un groupe restreint et informel regroupant un groupe de dirigeants qui se connaissent bien et peuvent employer le charme, la persuasion interpersonnelle, la connivence.

Diplomatie de la COVID-19 / diplomatie de la pandémie : Négociations multi-acteurs et multi-niveaux visant à mettre fin plus rapidement à la pandémie de COVID-19 en façonnant et en gérant

27 Kolker J, Abdelghany A (2018). The role of diplomacy in global health. In: Middle East Medical [website] (<https://www.middleeastmedicalportal.com/the-role-of-diplomacy-in-global-health/>), consulté le 11 février 2020).

l'environnement politique mondial en de nombreux lieux.

Diplomatie de crise : Interactions entre États (et autres acteurs) sous une menace accrue de changement systémique.

Déterminants de la santé : Les déterminants de la santé font référence à l'environnement social, économique et physique, ainsi qu'aux caractéristiques et comportements individuels, qui peuvent tous affecter le bien-être et la santé des personnes. La santé des personnes est largement déterminée par leur situation et leur environnement. L'accès aux soins de santé et la qualité des services fournis sont également considérés comme des déterminants de la santé. Les tendances observées ces dernières années justifient une distinction entre les déterminants commerciaux et les déterminants politiques. Les déterminants commerciaux comprennent « les stratégies et les approches utilisées par le secteur privé pour promouvoir des produits et des choix qui nuisent à la santé » (Kickbusch, Allen & Franz, 2016). Examiner la santé à travers le prisme des déterminants politiques implique d'analyser les différentes constellations de pouvoir, institutions, processus, intérêts et positions idéologiques qui affectent la santé au sein de différents systèmes et cultures politiques et à différents niveaux de gouvernance. En outre, d'autres déterminants de la santé dépendent de l'action politique (Kickbusch, 2015).

Diplomatie numérique de la santé / diplomatie en santé sur Twitter : utilisation d'Internet et des nouvelles technologies de l'information et de la communication dans le but d'atteindre des objectifs diplomatiques en matière de santé (d'autres définitions ont également été proposées). La définition ci-dessus se concentre sur l'interaction entre Internet et la diplomatie, allant des changements induits par Internet sur l'environnement dans lequel la diplomatie est menée à l'émergence de nouveaux sujets dans les agendas diplomatiques tels que la cybersécurité et la protection de la vie privée, en passant par l'utilisation d'outils Internet pour pratiquer la diplomatie. La diplomatie numérique fait partie de la diplomatie publique ; elle est aujourd'hui principalement centrée sur l'utilisation de médias sociaux tels que Twitter, Facebook, Instagram ou Snapchat. Il s'agit notamment de créer un contenu en ligne suffisamment attractif pour inciter les gens à participer à des conversations complexes sur la politique étrangère, le rôle des gouvernements et le bien commun.

La gouvernance mondiale pour la santé : Les institutions et processus mondiaux de gouvernance qui ont un impact direct et indirect sur la santé mondiale. Elle comprend également d'autres institutions associées à la santé mondiale qui n'ont pas nécessairement la santé dans leur programme explicite : par exemple, les organisations travaillant dans les domaines du changement climatique, des droits de propriété intellectuelle, du commerce et de l'éducation.

La définition utilisée plus haut dans le texte me semblait plus claire : désigne les institutions et les

processus de gouvernance mondiale qui n'ont pas nécessairement un mandat exclusif ou explicite en matière de santé, mais qui influencent néanmoins la santé par le biais des travaux réalisés dans le cadre de leurs mandats principaux.

Santé mondiale : Les questions de santé qui transcendent les frontières nationales et appellent une action sur les facteurs mondiaux qui déterminent la santé des personnes (Kickbusch, 2006).

Diplomatie en santé mondiale : processus de négociation multiniveaux et multipartites qui façonnent et gèrent l'environnement politique mondial de la santé dans des forums exclusivement dédiés, ou non, à la santé. Cette diplomatie traite en particulier des questions et des déterminants de la santé qui dépassent les frontières nationales et doivent être abordés par le biais d'accords mondiaux. Elle réunit les disciplines de la santé publique, des affaires internationales, de la gestion, du droit et de l'économie (Kickbusch et al., 2007). Elle désigne avant tout les processus de négociation dans le système multilatéral qui permettent de relever les défis collectifs liés à la santé.

Gouvernance mondiale de la santé : Création, façonnage, pilotage, renforcement et utilisation d'institutions et de régimes internationaux et transnationaux (reposant sur des principes, des normes, de règles et des procédures décisionnelles) pour renforcer la promotion et la protection de la santé à l'échelle mondiale. Cette gouvernance concerne les institutions dédiées à la santé mondiale, y compris les structures conventionnelles impliquées dans ce type de travail aux niveaux multilatéral et bilatéral, ainsi que des initiatives innovantes, tels que les partenariats public-privé intégrant des représentants de différentes parties prenantes.

Sécurité sanitaire mondiale : Ensemble de politiques destinées à réduire la vulnérabilité collective aux menaces mondiales pour la santé publique, qu'elles soient immédiates ou progressives. Ces menaces dépassent les frontières et peuvent être notamment causées par des agents infectieux qui apparaissent naturellement à l'interface homme-animal, mais elles peuvent aussi être causées par des produits chimiques, des toxines et des radiations, ou être délibérément provoquées par des actes de terrorisme. Au niveau individuel, la sécurité sanitaire doit inclure des mesures de protection et de fourniture telles que l'accès à des médicaments, des vaccins et des soins médicaux sûrs et efficaces. Accroître la sécurité sanitaire personnelle signifie donc offrir aux individus un accès plus durable – et donc plus sûr – à des biens et services médicaux de qualité.

Les biens publics mondiaux de la santé : Dans un monde de plus en plus interconnecté, de nombreux biens publics (c'est-à-dire des biens qui génèrent des avantages partagés par tous et dont personne ne peut être exclu) ne peuvent plus être définis en termes exclusivement nationaux. Les biens publics mondiaux génèrent des avantages – tels qu'un monde plus sûr, une protection contre les effets du changement climatique et une meilleure santé – qui sont essentiels au bien-être des

personnes vivant aujourd'hui et à la survie des générations futures. Parmi les exemples de biens publics mondiaux pour la santé, on peut citer le partage des connaissances scientifiques (comme le séquençage du génome humain), l'éradication de la variole, les systèmes de surveillance mondiale de la grippe et d'autres maladies, le Règlement sanitaire international (2005) de l'OMS et le soutien au développement de nouveaux vaccins.

Gouvernance de la santé mondiale : Les institutions et mécanismes mis en place au niveau national et régional pour contribuer à la gouvernance de la santé mondiale et/ou à la gouvernance pour la santé mondiale, comme les stratégies nationales ou régionales sur la santé mondiale. Cette gouvernance peut également couvrir la gouvernance au niveau des communautés locales.

Diplomatie humanitaire : La Fédération internationale des sociétés de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge définit la diplomatie humanitaire comme l'ensemble des processus de négociation visant à « persuader les décideurs et les leaders d'opinion d'agir, en tout temps, dans l'intérêt des personnes vulnérables, et dans le plein respect des principes humanitaires fondamentaux ».

Instruments de la santé mondiale : outils lié à la gouvernance mondiale de la santé : Droit international, traités, accords, conventions, protocoles, déclarations, stratégies, plans d'action et codes qui concernent la santé mondiale.

Le multilatéralisme dans la diplomatie de la santé mondiale : « Multilatéralisme » est le terme utilisé pour décrire la coopération entre plus de deux États dans le but d'instaurer des règles communes. Le multilatéralisme dans la diplomatie de la santé mondiale est une approche basée sur le principe qu'en travaillant ensemble, les pays peuvent trouver des solutions collectives aux problèmes de santé mondiale sans renoncer à leur souveraineté.

Le secteur privé : Le secteur privé est la partie de l'économie dans laquelle l'Etat n'intervient pas, ou peu. Plus spécifiquement, dans cet ouvrage, on restreint le secteur privé aux entreprises, et de manière générale, aux organisations à but lucratif.

Diplomatie scientifique : utilisation de la collaboration scientifique entre les nations pour aborder les problèmes communs auxquels l'humanité est confrontée et pour construire des partenariats internationaux constructifs. La diplomatie scientifique est à la fois une composante de la diplomatie sanitaire et environnementale et un domaine à part entière.

Diplomatie vaccinale : Tous les aspects de la diplomatie mondiale en matière de santé qui concernent le développement, la fabrication et la distribution de vaccins en tant que biens de santé publique. Parmi les principales caractéristiques de la diplomatie vaccinale, citons son potentiel en tant

qu'intervention humanitaire et son rôle avéré dans la médiation de la cessation des hostilités et des cessez-le-feu pendant les campagnes de vaccination.

Approche à l'échelle du gouvernement et de la société : Ces approches font appel à la collaboration, à la planification et au dialogue entre l'ensemble du gouvernement et de la société. Elles impliquent de travailler ensemble sur des questions de santé publique avec des partenaires non traditionnels, notamment des ONG, le secteur privé et la société civile.

Publications sur la santé mondiale publiées par ou en collaboration avec l'IHEID

Abbott FM (2011). Intellectual property and public health: meeting the challenge of sustainability. Geneva: Graduate Institute (<http://repository.graduateinstitute.ch/record/12336>, consulté le 14 septembre 2020).

Alcázar S (2008a). The Copernican shift in global health. Geneva: Graduate Institute (<http://repository.graduateinstitute.ch/record/4070>, consulté le 14 septembre 2020).

Alcázar S (2008b). The WHO Framework Convention on Tobacco Control: a case study in foreign policy and health: a view from Brazil. Geneva: Graduate Institute (<http://repository.graduateinstitute.ch/record/4068>, consulté le 14 septembre 2020).

Battams S, Matlin SA (2013). Discussing a definition of global health. Geneva: Graduate Institute (<http://repository.graduateinstitute.ch/record/288069>, consulté le 14 septembre 2020).

Cassels A, Kickbusch I, Told M, Ghinga I (2014). How should the WHO reform?: an analysis and review of the literature. Geneva: Graduate Institute (<http://repository.graduateinstitute.ch/record/292197>, consulté le 14 septembre 2020).

Claxton A, Rusagara V, Oloo B (2010). Negotiating health in a fragile state: a civil society perspective: a case study of the Global Fund TB project in Somalia. Geneva: Graduate Institute (<http://repository.graduateinstitute.ch/record/4074>, consulté le 14 septembre 2020).

Global Health Centre (2016). Getting the most out of polio eradication: 10 actions for Europe. Geneva: Graduate Institute (<http://repository.graduateinstitute.ch/record/296845>, consulté le 14 septembre 2020).

Global Health Programme (2012). Good global health begins at home: policy coherence at national level. Geneva: Graduate Institute (<http://repository.graduateinstitute.ch/record/16587>, consulté le 14 septembre 2020).

Global Health Programme (2013). Health diplomacy meets science diplomacy: symposium report November 2013. Geneva: Graduate Institute (<http://repository.graduateinstitute.ch/record/293813>, consulté le 14 septembre 2020).

Global Health Programme (2014a). Formation francophone diplomatie et santé. Geneva: Graduate Institute (<http://repository.graduateinstitute.ch/record/292212>, consulté le 14 septembre 2020).

Global Health Programme (2014b). Global health instruments: The case of the WHO FCTC. Geneva: Graduate Institute (<http://repository.graduateinstitute.ch/record/288070>, consulté le 14 septembre 2020).

Global Health Programme (2015). 300 women leaders in global health. Geneva: Graduate Institute (<http://repository.graduateinstitute.ch/record/296815>, consulté le 14 septembre 2020).

Jacques M, Kickbusch I, Told M (2013). A glossary of terms used in global health negotiation: a working tool. Geneva: Graduate Institute (<https://repository.graduateinstitute.ch/record/296833?ln=en>, consulté le 14 septembre 2020).

Kickbusch I (2010). Case studies: the role of Switzerland in global health governance part I: a development perspective. Geneva: Graduate Institute (<http://repository.graduateinstitute.ch/record/290689>, consulté le 14 septembre 2020).

Kickbusch I (2016). Governing the global health security domain. Geneva: Graduate Institute (<http://repository.graduateinstitute.ch/record/293810>, consulté le 14 septembre 2020).

Kickbusch I, Brindley C (2013). Health in the post-2015 development agenda: an analysis of the UN led thematic consultations, high level panel report and sustainable development debate in the context of health. Geneva: Graduate Institute (<http://repository.graduateinstitute.ch/record/288001>, consulté le 14 septembre 2020).

Kickbusch I, Franz C (2020). Towards a synergistic global health strategy in the EU. Geneva: Graduate Institute (<http://repository.graduateinstitute.ch/record/298287>, consulté le 14 septembre 2020).

Kickbusch I, Liu A (2017). Global health leadership: electing the WHO Director-General. Geneva: Graduate Institute; Global Health Centre (<http://repository.graduateinstitute.ch/record/296008>, consulté le 14 septembre 2020).

Kickbusch I, Cassels A, Liu A (2016). New directions in governing the global health domain: leadership challenges for WHO. Geneva: Graduate Institute; Global Health Centre (<http://repository.graduateinstitute.ch/record/294882>, consulté le 14 septembre 2020).

Kickbusch I, Matlin SA, Richard E, Told M. (2017). Getting the most out of polio eradication: the political dimension: final research report 2016. Geneva: Graduate Institute; Global Health Centre (<http://repository.graduateinstitute.ch/record/296836>, consulté le 14 septembre 2020).

Kickbusch I, Sturchio JL, Galambos L, Told M, Flores T, Hoppy R, Lindenmayer I, Cassar Szabo MM, Canham L (2016). Universal health coverage: an annotated bibliography 3.0: the new health economy. Geneva: Graduate Institute; Global Health Centre (<http://repository.graduateinstitute.ch/record/298053>, consulté le 14 septembre 2020).

Kirton J, Kickbusch I, editors (2019). Health: a political choice: delivering universal health coverage 2030. London: Global Governance Project (<http://repository.graduateinstitute.ch/record/297186>, consulté le 14 septembre 2020).

Martin J, Kickbusch I, Told M (2013). A glossary of terms used in global health negotiation: a working tool. Geneva: Graduate Institute (<http://repository.graduateinstitute.ch/record/296833>, consulté le 14 septembre 2020).

Matlin SA, Moon S, Røttingen J-A (2013). Event working paper 1: priority setting for health R&D. Geneva: Graduate Institute (<http://repository.graduateinstitute.ch/record/293812>, consulté le 14 septembre 2020).

Matlin SA, Haselgrave M, Told M, Piper JE (2017). The Global Polio Eradication Initiative: achievements, challenges, and lessons learned from 1988–2016. Geneva: Graduate Institute; Global Health Centre (<http://repository.graduateinstitute.ch/record/295615>, consulté le 14 septembre 2020).

Miller J, Velayati AA, Hashemian SM (2014). Global health diplomacy in practice: bi-lateral cooperation to improve rural health systems in the Mississippi Delta, USA and the Islamic Republic of Iran. Geneva: Graduate Institute (<http://repository.graduateinstitute.ch/record/288066>, consulté le 14 septembre 2020).

Mwagiru M (2009). Negotiating health in foreign policy: an East African perspective. Geneva: Graduate Institute (<http://repository.graduateinstitute.ch/record/12242>, consulté le 14 septembre 2020).

Silberschmidt G (2011). How to set priorities for the World Health Organization. Geneva: Graduate Institute (<http://repository.graduateinstitute.ch/record/4076>, consulté le 14 septembre 2020).

Told M, Kickbusch I, Matlin SA, Piper JE, Richard E (2016). Polio legacy and transition: what can we learn for SDGs, global health governance and health diplomacy?: meeting report. Geneva: Graduate Institute; Global Health Centre (<http://repository.graduateinstitute.ch/record/296841>, consulté le 14 septembre 2020).

Vigier L (2014). Le contexte géopolitique mondial et ses évolutions: mondialisation, multilatéralisme et santé publique. Geneva: Graduate Institute (<http://repository.graduateinstitute.ch/record/292196>, consulté le 14 septembre 2020).

Whelan M (2008). Negotiating the International Health Regulations. Geneva: Graduate Institute (<http://repository.graduateinstitute.ch/record/4066>, consulté le 14 septembre 2020).

Publications sur la diplomatie en général

Berridge GR (2010). Diplomacy: theory and practice, 4th edition. Basingstoke/New York: Palgrave Macmillan.

Berridge GR (2015). Economic and commercial diplomacy. In: Berridge GR, editor. Diplomacy: theory and practice, 5th edition. London: Palgrave Macmillan; 2015:210–24. (https://doi.org/10.1057/9781137445520_15, consulté le 14 septembre 2020).

Blavoukos S, Bourantonis D (2011). Chairing multilateral negotiations: the case of the United Nations. London: Routledge.

Gaudiosi RW, Roesch JL, Ye-Min W (2019). Negotiating at the United Nations: a practitioner's guide. Abingdon/New York: Routledge.

Hamilton K, Langhorne R (2010). The practice of diplomacy: its evolution, theory and administration, 2nd edition. London: Routledge.

Hocking B, Melissen J, Riordan S, Sharp P (2012). Futures for diplomacy: integrative diplomacy in the 21st century. The Hague: Netherlands Institute of International Relations Clingendael (https://www.clingendael.org/sites/default/files/pdfs/20121030_research_melissen.pdf, consulté le 14 septembre 2020).

Meerts P (2015). Diplomatic Negotiation: Essence and Evolution. The Hague, Clingendael Institute (https://www.clingendael.org/sites/default/files/pdfs/Diplomatic_Negotiation_Web_2015.pdf, consulté le 12 octobre 2020).

Sandre A (2013). Twitter for diplomats. Geneva/Rome: DiploFoundation/Istituto Diplomatico (https://issuu.com/diplo/docs/twitter_for_diplomats, consulté le 14 septembre 2020).

Sharp P (2019). Diplomacy in the 21st century: a brief introduction. Abingdon: Routledge.

Siracusa JM (2010). Diplomacy: a very short introduction. Oxford: Oxford University Press.

Walker RA (2011). Manual for UN delegates: conference process, procedure and negotiation. Geneva: United Nations Institute for Training and Research (https://www.un-ilibrary.org/united-nations/manual-for-un-delegates_314ba75f-en, consulté le 14 septembre 2020).

Publications sur la diplomatie de la santé mondiale

Drager N, McClintock E, Moffitt M (2000). Negotiating health development: a guide for practitioners. Cambridge (MA)/Geneva: Conflict Management Group/World Health Organization (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/66659>, consulté le 14 septembre 2020).

Fairman D, Chigas D, McClintock E, Drager N (2012). Negotiating public health in a globalized world: global health diplomacy in action. Dordrecht/Heidelberg/London/New York: Springer.

Haring, R, Kickbusch I, Ganten D, and Moeti M, editors. (2021) Handbook of Global Health. Springer International Publishing.

Kickbusch I, Kökény M, editors (2017). Health diplomacy: European perspectives. Geneva: World Health Organization (<http://www.euro.who.int/en/publications/abstracts/health-diplomacy-european-perspectives-2017>, consulté le 14 septembre 2020).

Kickbusch I, Lister G, editors (2006). European perspectives on global health: a policy glossary. Brussels: European Foundation Centre (<https://repository.graduateinstitute.ch/record/294625>, consulté le 14 septembre 2020).

Kickbusch I, Lister G, Told M, Drager N, editors (2013). Global health diplomacy: concepts, issues, actors, instruments, fora and cases. New York: Springer.

Matlin S, Kickbusch I, editors (2017). Pathways to global health: case studies in global health diplomacy (volume 2). Singapore: World Scientific (Global Health Diplomacy, Vol. 5).

Roskam E, Kickbusch I, editors (2011). Negotiating and navigating global health: case studies in global health diplomacy. Hackensack (NJ): World Scientific (Global Health Diplomacy, Vol. 2).

Severoni S, Kosinska M, Immordino P, Told M, Kökény M, editors (2019). Health diplomacy: spotlight on refugees and migrants. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe (<http://www.euro.who.int/en/publications/abstracts/health-diplomacy-spotlight-on-refugees-and-migrants-2019>, consulté le 14 septembre 2020).

Publications sur l'Organisation mondiale de la santé

Burci GL, Vignes C-H (2004). World Health Organization. The Hague: Kluwer Law International.

Cueto M, Brown TM, Fee E (2019). The World Health Organization: a history. Cambridge: Cambridge University Press.

Lee, K (2009). The World Health Organization (WHO). Abingdon: Routledge (Global Institutions).

Publications sur la décolonisation de la diplomatie de la santé mondiale

Bertram K, Erondy N, Pai M (2020). Silenced voices in global health. In: Think Global Health [website] (<https://www.thinkglobalhealth.org/article/silenced-voices-global-health>, consulté le 12 octobre 2020).

Bismarck, H von (2012). Defining decolonization. Essay for the British Scholar Society (<https://www.helenevonbismarck.com/wp-content/uploads/2017/12/Defining-Decolonization.pdf>, consulté le 10 novembre 2020).

Büyüm AM, Kenney C, Koris A, Mkumba L, Raveendran Y (2020). Decolonising global health: if not now, when? *BMJ Glob Health*, 5(8):e003394 (<https://gh.bmj.com/content/5/8/e003394>, consulté le 12 octobre 2020).

Byatnal A (2020). Is COVID-19 magnifying colonial attitudes in global health? In: Devex [website]. (<https://www.devex.com/news/sponsored/is-covid-19-magnifying-colonial-attitudes-in-global-health-97499>, consulté le 12 octobre 2020).

Global Health 50/50 (2020). The Global Health 50/50 report 2020: power, privilege and priorities. London (<https://globalhealth5050.org/2020report/>, consulté le 12 octobre 2020).

Green A (2019). The activists trying to “decolonize” global health. In: Devex [website]. (<https://www.devex.com/news/sponsored/the-activists-trying-to-decolonize-global-health-94904>, consulté le 12 octobre 2020).

Horton R (2013). Offline: Is global health neocolonialist? *Lancet*, 382(9906):1690. ([https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(13\)62379-X/abstract](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(13)62379-X/abstract), consulté le 12 octobre 2020).

Keshavjee S (2014). Blind spot: how neoliberalism infiltrated global health. Berkeley: University of California Press (<https://www.ucpress.edu/book/9780520282841/blind-spot>, consulté le 12 octobre 2020).

Kumar A (2020). White supremacy in global health. In: Think Global Health [website] (<https://www.thinkglobalhealth.org/article/white-supremacy-global-health>, consulté le 12 octobre 2020).

Mbaye R, Gebeyehu R, Hossmann S, Mbarga N, Bih-Neh E, Eteki L et al. (2019). Who is telling the story? A systematic review of authorship for infectious disease research conducted in Africa, 1980–2016. *BMJ Glob Health*, 4(5):e001855 (<https://gh.bmj.com/content/4/5/e001855>, consulté le 12 octobre 2020).

Mignolo WD, Walsh CE (2018). On decoloniality: concepts, analytics, praxis. Durham, NC: Duke University Press (<http://read.dukeupress.edu/books/book/2457/On-DecolonialityConcepts-Analytics-Praxis>, consulté le 12 octobre 2020).

Redvers N, Yellow Bird M, Quinn D, Yunkaporta T, Arabena K (2020). Molecular decolonization: an indigenous microcosm perspective of planetary health. *Int J Environ Res Public Health*. 17(12):4586 (<https://www.mdpi.com/1660-4601/17/12/4586>, consulté le 12 octobre 2020).
Richardson ET, McGinnis T, Frankfurter R (2019). Ebola and the narrative of mistrust. *BMJ Glob Health*. 4(6):e001932 (<https://gh.bmj.com/content/4/6/e001932>, consulté le 12 octobre 2020).

Publications sur les femmes en tant que diplomates de la santé mondiale

Inter-Parliamentary Union (2020). Women in politics: 2020. In: IPU [website] (<https://www.ipu.org/resources/publications/infographics/2020-03/women-in-politics-2020>, consulté le 12 octobre 2020).

Chideya FZ et al. (2019). African Women in Diplomacy. (http://www.dirco.gov.za/department/african_women_diplomacy/african_women_in_diplomacy.pdf).

Daalen KR van et al. (2020). Symptoms of a broken system: the gender gaps in COVID-19 decision-making. *BMJ Global Health*, 5(10):e003549. (<https://gh.bmj.com/content/5/10/e003549>, consulté le 10 décembre 2020).

World Health Organization (2020). Delivered by women, led by men: a gender and equity analysis of the global health and social workforce. Geneva: World Health Organization (Human Resources for Health Observer No. 24; <http://www.who.int/hrh/resources/health-observer24/en/>, consulté le 12 octobre 2020).

Women in Global Health (n.d.). Women in Global Health [website] (<https://www.womeningh.org>, consulté le 12 octobre 2020).

Livres, articles, documents de travail et thèses

Acharya S, Barber S-L, Lopez-Acuna D, Menabde N, Migliorini L, Molina J, Schwartländer B, Zurn P (2014). BRICS and global health. *Bull World Health Organ*. 92(6):386–386A (<http://dx.doi.org/10.2471/BLT.14.140889>, consulté le 14 septembre 2020).

- Alfredson T, Cungu A (2008). Negotiation theory and practice: a review of the literature. Rome: Food and Agriculture Organization of the United Nations (http://www.fao.org/docs/up/easy-pol/550/4-5_negotiation_background_paper_179en.pdf, consulté le 14 septembre 2020).
- Babic M (2020). Let's talk about the interregnum: Gramsci and the crisis of the liberal world order. *Int Aff*. 96(3):767–86 (<https://academic.oup.com/ia/article/96/3/767/5712430>, consulté le 14 septembre 2020).
- Barbieri G (2019). Regionalism, globalism and complexity: a stimulus towards global IR? *Third World Thematics* 4(6):424–41 (<https://doi.org/10.1080/23802014.2019.1685406>, consulté le 14 septembre 2020).
- Brown, MD, Bergmann JN, Novotny TE, Mackey TK (2018). Applied global health diplomacy: profile of health diplomats accredited to the United States and foreign governments. *Glob Health* 14 (<https://doi.org/10.1186/s12992-017-0316-7>, consulté le 14 septembre 2020).
- Brown MD, Mackey TK, Shapiro CN, Kolker J, Novotny TE (2014). Bridging public health and foreign affairs: the tradecraft of global health diplomacy and the role of health attachés. *Sci Dipl*. 3(3) (<https://www.sciencediplomacy.org/article/2014/bridging-public-health-and-foreign-affairs>, consulté le 14 septembre 2020).
- Boyd A et al. (2019). Data Diplomacy. *Science & diplomacy*, 8(1). (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6785044/>, consulté le 12 octobre 2020).
- Büyüm AM, Kenney C, Koris A, Mkumba L, Raveendran Y (2020). Decolonising global health: if not now, when? *BMJ Glob Health* 5(8):e003394 (<https://gh.bmj.com/content/5/8/e003394>, consulté le 14 septembre 2020).
- Cassels A, Kickbusch I, Told M, Ghinga I (2014). How should the WHO reform?: an analysis and review of the literature. Geneva: Graduate Institute (<https://repository.graduateinstitute.ch/record/292197?ln=en>, consulté le 14 septembre 2020).
- Chattu VK (2017a). Politics of Ebola and the critical role of global health diplomacy for the CARICOM. *J Family Med Prim Care* 6(3):463–7 (<http://www.jfmpc.com/text.asp?2017/6/3/463/222056>, consulté le 14 septembre 2020).
- Chattu VK (2017b). The rise of global health diplomacy: an interdisciplinary concept linking health and international relations. *Indian J Public Health* 61(2):134–6 (<http://www.ijph.in/text.asp?2017/61/2/134/207417>, consulté le 14 septembre 2020).

Chattu VK, Chami G (2020). Global health diplomacy amid the COVID-19 pandemic: a strategic opportunity for improving health, peace, and well-being in the CARICOM region: a systematic review. *Soc Sci.* 9(5):88 (<https://www.mdpi.com/2076-0760/9/5/88/htm>, consulté le 14 septembre 2020).

Chattu VK, Kevany S (2019). The need for health diplomacy in health security operations. *Health Promot Perspect.* 9(3):161–3 (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6717919/>, consulté le 14 septembre 2020).

Chattu VK, Knight AW (2019). Port of Spain Summit Declaration as a successful outcome of global health diplomacy in the Caribbean region: a systematic review. *Health Promot. Perspect.* 9(3):174–80 (<https://doi.org/10.15171/hpp.2019.25>, consulté le 14 septembre 2020).

Cooper AF, Farooq AB (2015). Stretching health diplomacy beyond “global” problem solving: bringing the regional normative dimension in. *Glob Soc Policy* 15(3):313–28 (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26635500>, consulté le 14 septembre 2020).

Dodds F, Donoghue D, Roesch JL (2016). *Negotiating the Sustainable Development Goals: a transformational agenda for an insecure world.* London: Routledge (<https://www.taylorfrancis.com/books/e/9781315527093>, consulté le 12 octobre 2020).

Feldbaum H, Michaud J (2010). Health diplomacy and the enduring relevance of foreign policy interests. *PLoS Med* 7(4): e1000226 (<https://journals.plos.org/plosmedicine/article?id=10.1371/journal.pmed.1000226>, consulté le 14 septembre 2020).

Frenk J, Moon S (2013). Governance challenges in global health. *N Engl J Med.* 368:936–42 (<https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMr1109339>, consulté le 14 septembre 2020).

Garfield R, Devin J, Fausey J (1995). The health impact of economic sanctions. *Bull N Y Acad Med.* 72(2):454–69. (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2359434/>, consulté le 14 septembre 2020).

Gómez EJ, Ruger JP (2015). The global and domestic politics of health policy in emerging nations. *J Health Polit Policy Law* 40(1):3–11 (<https://doi.org/10.1215/03616878-2854256>, consulté le 14 septembre 2020).

Gostin LO, Sridhar D (2014). Global health and the law. *N Engl J Med.* 370:1732–40 (<https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMr1314094>, consulté le 14 septembre 2020).

- Iglehart JK (2004). Advocating for medical diplomacy: a conversation with Tommy G. Thompson. *Health Aff.* 23:Suppl1 (<https://doi.org/10.1377/hlthaff.W4.262>, consulté le 14 septembre 2020).
- Ikenberry GJ (2018). The end of liberal international order? *Int Aff.* 94(1):7–23. (<https://academic.oup.com/ia/article/94/1/7/4762691>, consulté le 14 septembre 2020).
- Irwin R, Smith R (2019). Rituals of global health: negotiating the World Health Assembly. *Glob Public Health* 14(2):161–74 (<https://doi.org/10.1080/17441692.2018.1504104>, consulté le 14 septembre 2020).
- Jones CM, Clavier C, Potvin L (2017). Adapting public policy theory for public health research: a framework to understand the development of national policies on global health. *Soc Sci Med.* 177:69–77 (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28161673>, consulté le 14 septembre 2020).
- Kallinen N (2016). What are competent diplomats made of? Exploring competency management in Finnish Foreign Service [thesis]. Vaasa: University of Vaasa (<https://osuva.uwasa.fi/handle/10024/1290>, consulté le 14 septembre 2020).
- Katz R, Kornblet S, Arnold G, Lief E, Fischer JE (2011). Defining health diplomacy: changing demands in the era of globalization. *Milbank Q.* 89(3):503–23 (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3214719/>, consulté le 14 septembre 2020).
- Kevany S (2014). Global health diplomacy: a “deus ex machina” for international development and relations. *Int J Health Policy Manag.* 3(2):111–2 (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4122081/>, consulté le 14 septembre 2020).
- Kickbusch I (2011). Global health diplomacy: how foreign policy can influence health. *BMJ* 342:d3154 (<https://www.bmj.com/content/342/bmj.d3154.long>, consulté le 14 septembre 2020).
- Kickbusch I (2015). The political determinants of health: 10 years on. *BMJ* 350:h81 (<https://www.bmj.com/content/350/bmj.h81>, consulté le 14 septembre 2020).
- Kickbusch I (2016). The need for a European strategy on global health. *Scand J Public Health* 34:561–5 (<https://doi.org/10.1080/14034940600973059>, consulté le 14 septembre 2020).
- Kickbusch I, Cassels A (2018). Disruptions that shape global health. *BMJ* 363:2–3 (<https://repository.graduateinstitute.ch/record/296678?ln=en>, consulté le 14 septembre 2020).

- Kickbusch I, Kökény M (2013). Global health diplomacy: five years on. *Bull World Health Organ.* 91:159–159A (<http://www.who.int/bulletin/volumes/91/3/13-118596/en/>, consulté le 14 septembre 2020).
- Kickbusch I, Cassar Szabo MM (2014). A new governance space for health. *Glob Health Action*, 7(1) (<https://doi.org/10.3402/gha.v7.23507>, consulté le 14 septembre 2020).
- Kickbusch I, Allen L, Franz C (2016). The commercial determinants of health. *Lancet Glob Health* 4(12):E895–6 ([https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(16\)30217-0](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(16)30217-0), consulté le 14 septembre 2020).
- Kickbusch I, Silberschmidt G, Buss P (2007). Global health diplomacy: the need for new perspectives, strategic approaches and skills in global health. *Bull World Health Organ.* 85(3):230–2 (<https://www.who.int/bulletin/volumes/85/3/06-039222.pdf?ua=1>, consulté le 14 septembre 2020).
- Kickbusch I, Novotny TE, Drager N, Silberschmidt G, Alcazar S (2007). Global health diplomacy: training across disciplines. *Bull World Health Organ.* 85(12):971–3 (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2636315/>, consulté le 14 septembre 2020).
- Killeen OJ, Davis A, Tucker JD, Meier BM (2018). Chinese global health diplomacy in Africa: opportunities and challenges. *Glob Health Gov.* 12(2):4–29 (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6447313/>, consulté le 14 septembre 2020).
- Labonté R (2018). Reprising the globalization dimensions of international health. *Glob Health* 14 (<https://globalizationandhealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12992-018-0368-3>, consulté le 14 septembre 2020).
- Lancet (2018). GBD [Global Burden of Disease] 2017: a fragile world [editorial]. *Lancet* 392:1683 ([https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)32858-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)32858-7), consulté le 14 septembre 2020).
- Lancet (2019). G20 Osaka: when will global health commitments be realised? [editorial]. *Lancet* 394:1 ([https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(19\)31520-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(19)31520-X), consulté le 14 septembre 2020).
- Lee K, Smith R (2011). What is “global health diplomacy”? a conceptual review. *Glob Health Gov.* 5(1) (https://www.researchgate.net/publication/261833347_What_is_'Global_Health_Diplomacy'_A_Conceptual_Review, consulté le 14 septembre 2020).

Lencucha R, Kothari A, Labonté R (2010). The role of non-governmental organizations in global health diplomacy: negotiating the Framework Convention on Tobacco Control. *Health Policy Plan.* 26(5):405–12 (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21051475>, consulté le 14 septembre 2020).

Loewenson R, Modisenyane M, Pearcey M (2014). African perspectives in global health diplomacy. *J Health Dipl.* (http://www.tarsc.org/publications/documents/loewenson%20modisenyane%20pearcey_african%20perspectives%20in%20GHD.pdf, consulté le 14 septembre 2020).

Mahubani K (2020). Diplomacy: Power or Persuasion. *SAIS Review of International Affairs*, 40(1):19–29. (<https://muse.jhu.edu/article/763651>, consulté le 12 octobre 2020).

McBride B, Hawkes S, Buse K (2019). Soft power and global health: the Sustainable Development Goals (SDGs) era health agendas of the G7, G20 and BRICS. *BMC Public Health* 19 (<https://bmcpublichealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12889-019-7114-5>, consulté le 14 septembre 2020).

Ministers of Foreign Affairs of Brazil, France, Indonesia, Norway, Senegal, South Africa, and Thailand (2007). Oslo Ministerial Declaration: global health: a pressing foreign policy issue of our time. *Lancet* 369:1373–8 ([https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(07\)60498-X/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(07)60498-X/fulltext), consulté le 14 septembre 2020).

Niklasson B (2020). The gendered networking of diplomats. *Hague J. Dipl.* 15(1–2):13–42 (https://brill.com/view/journals/hjd/15/1-2/article-p13_2.xml, consulté le 12 octobre 2020).

Nikogosian H (2020). Regional integration, health policy and global health. *Glob. Policy* 11(4):508–514 (<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/1758-5899.12835>, consulté le 16 novembre 2020).

Nikogosian H, Kickbusch I (2016). The legal strength of international health instruments: what it brings to global health governance? *Int J Health Policy Manag.* 5(12):683–5 (http://www.ijhpm.com/article_3270_dfc7f91e0d1091e8c16da06b812ae436.pdf, consulté le 14 septembre 2020).

Nikogosian H, Kickbusch I (2018). Interface of health and trade: a viewpoint from health diplomacy. *BMJ Glob Health* 3(Suppl 1):e000491 (https://gh.bmj.com/content/3/Suppl_1/e000491, consulté le 14 septembre 2020).

Pfetsch FR (2009). Chairing negotiations in the World Trade Organization. *Négociations* 11(1):121–41 (<https://www.cairn.info/revue-negociations-2009-1-page-121.htm>, consulté le 14 septembre 2020).

Ruckert A, Labonté R, Lencucha R, Runnels V, Gagnon M (2016). Global health diplomacy: a critical review of the literature. *Soc Sci Med.* 155:61–72 (<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0277953616301046>, consulté le 14 septembre 2020).

Smith R, Irwin R (2016). Measuring success in global health diplomacy: lessons from marketing food to children in India. *Glob Health* 12(1) (<https://doi.org/10.1186/s12992-016-0169-5>, consulté le 14 septembre 2020).

Taylor AL, Dhillon IS (2011). The WHO Global Code of Practice on the International Recruitment of Health Personnel: the evolution of global health diplomacy. *Glob. Health Gov.* 5 (<https://www.who.int/workforcealliance/14.pdf>, consulté le 14 septembre 2020).

Taylor S (2018). “Global health”: meaning what? *BMJ Glob Health* 3:e000843 (<https://gh.bmj.com/content/bmjgh/3/2/e000843.full.pdf>, consulté le 14 septembre 2020).

Watt NF, Gomez EJ, McKee M (2013). Global health in foreign policy – and foreign policy in health?: evidence from the BRICS. *Health Policy Plan.* 29(6):763–73 (<https://academic.oup.com/heapol/article/29/6/763/575614>, consulté le 14 septembre 2020).

Wertheim E (2002). *Negotiations and resolving conflicts: an overview*. Boston (MA): Northeastern University; College of Business Administration (<https://www.europarc.org/communication-skills/pdf/Negotiation%20Skills.pdf>, consulté le 11 février 2020).

Documents et rapports

Clift C, editor (2014). *What’s the World Health Organization for?: final report from the Centre on Global Health Security Working Group on Health Governance*. London: Royal Institute of International Affairs [Chatham House] (http://www.chathamhouse.org/sites/files/chathamhouse/field/field_document/20140521WHOHealthGovernanceClift.pdf, consulté le 14 septembre 2020).

Commission on Social Determinants of Health (2008). *Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health: Final report of the Commission on Social Determinants of Health*. Geneva: World Health Organization (https://www.who.int/social_determinants/thecommission/finalreport/en/, consulté le 14 septembre 2020).

Deloitte (2019a). 2020 global health care outlook: laying a foundation for the future. Deloitte (<https://www2.deloitte.com/global/en/pages/life-sciences-and-healthcare/articles/global-health-care-sector-outlook.html>, consulté le 14 septembre 2020).

Deloitte (2019b). 2019 global health care outlook: shaping the future. Deloitte (<https://www2.deloitte.com/content/dam/Deloitte/global/Documents/Life-Sciences-Health-Care/gx-lshc-hc-outlook-2019.pdf>, consulté le 14 septembre 2020).

Organisation for Economic Co-operation and Development (2014). Competency framework. Paris: Organisation for Economic Co-operation and Development (https://www.oecd.org/careers/competency_framework_en.pdf, consulté le 14 septembre 2020).

Organisation for Economic Co-operation and Development, World Health Organization (2016). International regulatory co-operation and international organisations: the case of the World Health Organization (WHO). Paris/Geneva: Organisation for Economic Co operation and Development/World Health Organization (https://www.oecd.org/gov/regulatory-policy/WHO_Full-Report.pdf, consulté le 14 septembre 2020).

S4D4C (2019). The Madrid Declaration on Science Diplomacy. Madrid: S4D4C (<https://www.s4d4c.eu/s4d4c-1st-global-meeting/the-madrid-declaration-on-science-diplomacy/>, consulté le 14 septembre 2020).

United Nations (2015). Transforming our world: the 2030 Agenda for Sustainable Development. Resolution adopted by the General Assembly on 25 September 2015. New York: United Nations (A/RES/70/1; http://www.un.org/ga/search/view_doc.asp?symbol=A/RES/70/1&Lang=E, consulté le 14 septembre 2020).

United Nations (2018a). Political declaration of the third high-level meeting of the General Assembly on the prevention and control of non-communicable diseases. Time to deliver: accelerating our response to address non-communicable diseases for the health and well being of present and future generations. Resolution adopted by the General Assembly on 10 October 2018. New York: United Nations (A/RES/73/2; http://www.un.org/en/ga/search/view_doc.asp?symbol=A/RES/73/2, consulté le 14 septembre 2020).

United Nations (2018b). Global Compact for Safe, Orderly and Regular Migration. New York: United Nations (A/CONF.231/3; <https://undocs.org/en/A/CONF.231/3>, consulté le 14 septembre 2020).

United Nations (2019). Political declaration of the high-level meeting on universal health coverage. Universal health coverage: moving together to build a healthier world. Resolution adopted by the General Assembly on 10 October 2019. New York: United Nations (A/RES/74/2; <https://undocs.org/en/A/RES/74/2>, consulté le 14 septembre 2020).

United Nations University Institute of Advanced Studies on Sustainability (2014). Training manual for chairs of meetings of the Basel, Rotterdam and Stockholm Conventions. Geneva: Secretariats of the Basel, Rotterdam and Stockholm Conventions (<http://docplayer.net/26093911-Training-manual-for-chairs-of-meetings-of-the-basel-rotterdam-and-stockholm-conventions.html>, consulté le 14 septembre 2020).

Watal J, Taubman A, editors (2015). The making of the TRIPS Agreement: personal insights from the Uruguay Round negotiations. Geneva: World Trade Organization (https://www.wto.org/english/res_e/publications_e/trips_agree_e.htm, consulté le 14 septembre 2020).

World Economic Forum (2019). Health and healthcare in the Fourth Industrial Revolution. Insight report of the Global Future Council on the Future of Health and Healthcare 2016–2018. Geneva: World Economic Forum (http://www3.weforum.org/docs/WEF__Shaping_the_Future_of_Health_Council_Report.pdf, consulté le 14 septembre 2020).

World Health Organization (2006). Public health, innovation and intellectual property rights. Report of the Commission on Intellectual Property Rights, Innovation and Public Health. Geneva: World Health Organization (<https://www.who.int/intellectualproperty/report/en/>, consulté le 14 septembre 2020).

World Health Organization (2016a). International Health Regulations (2005), 3rd edition. Geneva: World Health Organization (<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/246107/9789241580496-eng.pdf?sequence=1>, consulté le 14 septembre 2020).

World Health Organization (2016b). Framework of Engagement with Non-State Actors. Geneva: World Health Organization (WHA69.10; https://www.who.int/about/collaborations/non-state-actors/A69_R10-FENSA-en.pdf, consulté le 14 septembre 2020).

World Health Organization (2018a). Handbook for non-State actors on engagement with the World Health Organization. Geneva: World Health Organization (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/329431>, consulté le 14 septembre 2020).

World Health Organization (2018b). COP24 special report: health and climate change. Geneva: World Health Organization (<https://www.who.int/globalchange/publications/COP24-report-health-climate-change/en/>, consulté le 14 septembre 2020).

World Health Organization (2018c). Public spending on health: a closer look at global trends. Geneva: World Health Organization (<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/276728/WHO-HIS-HGF-HF-WorkingPaper-18.3-eng.pdf?ua=1>, consulté le 14 septembre 2020).

World Health Organization (2019a). Thirteenth General Programme of Work, 2019–2023. Geneva: World Health Organization (WHO/PRP/18.1; <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/324775/WHO-PRP-18.1-eng.pdf>, consulté le 14 septembre 2020).

World Health Organization (2019b). Stronger collaboration, better health. Global Action Plan for Healthy Lives and Well being for All. Geneva: World Health Organization (<https://www.who.int/publications-detail/stronger-collaboration-better-health-global-action-plan-for-healthy-lives-and-well-being-for-all>, consulté le 14 septembre 2020).

World Health Organization (2020a). Constitution of the World Health Organization. In: Basic documents, 49th edition. Geneva: World Health Organization: 1–19 (http://apps.who.int/gb/bd/pdf_files/BD_49th-en.pdf, consulté le 14 septembre 2020).

World Health Organization (2020b). Rules of procedure of the World Health Assembly. In: Basic documents, 49th edition. Geneva: World Health Organization: 173–206 (https://apps.who.int/gb/bd/pdf_files/BD_49th-en.pdf, consulté le 14 septembre 2020).

World Health Organization (2020c). Rules of procedure of the Executive Board of the World Health Organization. In: Basic documents, 49th edition. Geneva: World Health Organization: 207–224 (https://apps.who.int/gb/bd/pdf_files/BD_49th-en.pdf, consulté le 14 septembre 2020).

World Health Organization (2020d). WHO Director-General’s statement on IHR Emergency Committee on Novel Coronavirus (2019-nCoV). In: WHO [website] ([https://www.who.int/dg/speeches/detail/who-director-general-s-statement-on-ih-er-emergency-committee-on-novel-coronavirus-\(2019-ncov\)](https://www.who.int/dg/speeches/detail/who-director-general-s-statement-on-ih-er-emergency-committee-on-novel-coronavirus-(2019-ncov)), consulté le 12 octobre 2020).

World Health Organization, United Nations Children’s Fund (2018). Declaration of Astana. Geneva: World Health Organization/United Nations Children’s Fund (WHO/HIS/SDS/2018.61; <https://www.who.int/docs/default-source/primary-health/declaration/gcphc-declaration.pdf>, consulté le 14 septembre 2020).

World Health Organization, World Bank (2017). Tracking universal health coverage: 2017 global monitoring report. Geneva/Washington (DC): World Health Organization/World Bank (<http://documents.worldbank.org/curated/en/640121513095868125/pdf/122029-WP-REVISED-PUBLIC.pdf>, consulté le 14 septembre 2020).

World Health Organization, World Trade Organization (2002). WTO agreements and public health: a joint study by the WHO and the WTO Secretariat. Geneva: World Health Organization/World Trade Organization (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/42535>, consulté le 14 septembre 2020).

Sources en ligne

Bernes TA (2020). COVID-19: the failure of G20. In: Centre for International Governance Innovation [website]. Waterloo, Canada: Centre for International Governance Innovation (<https://www.cigionline.org/articles/covid-19-failure-g20>, consulté le 14 septembre 2020).

France, Ministry of Europe and Foreign Affairs (2018). Health: launch of the campaign to replenish the Global Fund to Fight HIV/AIDS, Tuberculosis and Malaria. In: Ministry of Europe and Foreign Affairs [website]. Paris: Ministry of Europe and Foreign Affairs (<https://www.diplomatie.gouv.fr/en/french-foreign-policy/development-assistance/news/2018/article/health-launch-of-the-campaign-to-replenish-the-global-fund-to-fight-hiv-aids>, consulté le 14 septembre 2020).

Gavi, the Vaccine Alliance (2020). What is the COVAX pillar, why do we need it and how will it work? In: Gavi [website]. Geneva/Washington (DC): Gavi, the Vaccine Alliance (<https://www.gavi.org/vaccineswork/gavi-ceo-dr-seth-berkley-explains-covax-pillar>, consulté le 14 septembre 2020).

International Federation of Pharmaceutical Manufacturers and Associations. The AMR Action Fund. In: IFPMA [website]. Geneva: International Federation of Pharmaceutical Manufacturers and Associations (<https://www.ifpma.org/partners-2/the-amr-action-fund/>, consulté le 14 septembre 2020).

International Institute for Sustainable Development (2020). As decade of action has become a decade of recovery, HLPF focuses on pandemic response. In: IISD/SDG Knowledge Hub [website]. International Institute for Sustainable Development (<https://sdg.iisd.org/443/news/as-decade-of-action-has-become-a-decade-of-recovery-hlpf-focuses-on-pandemic-response/>, consulté le 14 septembre 2020).

Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (2020). World leaders unite in call for a people's vaccine against COVID-19. In: UNAIDS [website]. Geneva: Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (https://www.unaids.org/en/resources/presscentre/pressreleaseandstatementarchive/2020/may/20200514_COVID-19-vaccine, consulté le 14 septembre 2020).

Organisation for Economic Co operation and Development (n.d.). Official development assistance (ODA). In: OECD/Development Assistance Committee [website]. Paris: Organisation for Economic Co operation and Development (<https://www.oecd.org/dac/financing-sustainable-development/development-finance-standards/official-development-assistance.htm>, consulté le 14 septembre 2020).

Vskills (2019). Strategies for negotiation. In: Vskills/Tutorials [website]. (<https://www.vskills.in/certification/tutorial/life-skills/strategies-for-negotiation/>, consulté le 14 septembre 2020).

Wageningen Centre for Development Innovation (n.d.). Stakeholder analysis: importance/influence matrix. In: Multi-Stakeholder Partnerships [website]. Wageningen: Wageningen University and Research; Centre for Development Innovation (<http://www.mspguide.org/tool/stakeholder-analysis-importanceinfluence-matrix>, consulté le 14 septembre 2020).

Sites internet et pages web

Building Leadership for Health (by Graham Lister)

→ Diplomatie de la santé mondiale : <https://www.building-leadership-for-health.org.uk/global-health-diplomacy/> [Cette page Web comprend des liens vers les programmes d'apprentissage de la Fédération internationale des associations d'étudiants en médecine.]

Chatham House

→ Santé mondiale : <https://www.chathamhouse.org/research/themes/global-health>

Union européenne

→ Santé mondiale : https://ec.europa.eu/health/international_cooperation/global_health_en

Gavi, l'Alliance du vaccin

→ Page d'accueil : <https://www.gavi.org/>

Mécanisme de financement mondial pour les femmes, les enfants et les adolescents

- Page d'accueil : <https://www.globalfinancingfacility.org/> [La Facilité de financement mondiale aide les gouvernements des pays à revenu faible et moyen inférieur à transformer la manière dont ils accordent la priorité et financent la santé et la nutrition.]

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

- Page d'accueil : <https://www.theglobalfund.org/en/>

Global Health Council

- Page d'accueil : <https://globalhealth.org/>

Institut universitaire de hautes études internationales et du développement

- Centre de santé mondiale : <https://graduateinstitute.ch/globalhealth>

Fondation de la famille Henry J. Kaiser

- Politique mondiale en matière de santé : <https://www.kff.org/global-health-policy/> [Ceci couvre principalement le rôle des États-Unis.]

Institute for Health Metrics and Evaluation

- Page d'accueil : <http://www.healthdata.org/> [Voir notamment le rapport Financing global health 2018 : countries and programs in transition (2019)].

Programme commun des Nations unies sur le VIH/sida

- Page d'accueil : <https://www.unaids.org/en>

Organisation de coopération et de développement économiques

- Santé : <https://www.oecd.org/health/>

CSU2030

- Page d'accueil : <https://www.uhc2030.org/> [Cette plateforme multipartite encourage la collaboration pour le renforcement des systèmes de santé et la réalisation de la couverture sanitaire universelle.]

Nations Unies

- Santé : <https://www.un.org/en/sections/issues-depth/health/>
- Plate-forme de connaissances sur les objectifs de développement durable : <https://sustainabledevelopment.un.org/>

Women in Global Health

→ Page d'accueil : <https://www.womeningh.org/>

Banque Mondiale

→ Santé : <http://www.worldbank.org/en/topic/health>

Organisation mondiale de la santé

- Page d'accueil : <https://www.who.int/en/> [Elle comprend des liens vers les six bureaux régionaux de l'OMS].
- Gouvernance : <http://apps.who.int/gb/gov/> [Ce site donne un aperçu de tous les processus liés à la gouvernance à l'OMS, y compris la documentation, les dossiers et le règlement intérieur des organes directeurs].
- Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac : <https://www.who.int/fctc/en/>

ANNEXE 3 | LISTE DES ENCADRÉS

| | | |
|-------------------|---|-----|
| Encadré 1 | Négocier à l'Organisation mondiale de la santé | 32 |
| Encadré 2 | Négocier la santé au G7 et au G20 | 38 |
| Encadré 3 | « Décoloniser » la diplomatie de la santé mondiale | 50 |
| Encadré 4 | La diplomatie scientifique rencontre la diplomatie sanitaire : exemples récents | 68 |
| Encadré 5 | L'initiative chinoise « Ceinture et Route » et sa pertinence pour la santé | 77 |
| Encadré 6 | La diplomatie humanitaire et la santé | 80 |
| Encadré 7 | La santé et les droits humains | 87 |
| Encadré 8 | Les femmes diplomates de la santé mondiale | 93 |
| Encadré 9 | Négocier la santé à l'Organisation mondiale du commerce | 100 |
| Encadré 10 | Le modèle de gouvernance de Gavi, l'Alliance du Vaccin | 110 |
| Encadré 11 | Le modèle de gouvernance du Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme | 113 |
| Encadré 12 | Quelles sont les caractéristiques des négociations sur la santé aux Nations Unies ? | 120 |
| Encadré 13 | La diplomatie de la santé mondiale en Afrique | 135 |
| Encadré 14 | Préparation d'une stratégie nationale en matière de santé mondiale | 148 |
| Encadré 15 | Compétences requises pour mener des négociations sur la santé mondiale | 184 |
| Encadré 16 | La diplomatie des villes pour la santé mondiale | 194 |
| Encadré 17 | Préparer les négociations | 201 |

ETUDES DE CAS

ÉTUDE DE CAS 1 | NÉGOCIATIONS POUR LA RÉOLUTION DE L'ASSEMBLÉE MONDIALE DE LA SANTÉ SUR LA TRANSPARENCE DES PRIX (2019)

Titre complet : Négociations en vue de l'adoption de la résolution WHA72.8 de l'Assemblée mondiale de la santé sur l'amélioration de la transparence des marchés des médicaments, vaccins et autres produits de santé.

Auteur : Catherine Saez

Introduction

Le 28 mai 2019, les États membres de la soixante-douzième Assemblée mondiale de la santé ont adopté une résolution visant à améliorer la transparence des marchés des médicaments, vaccins et autres produits de santé, y compris les dispositifs médicaux, les produits de diagnostic, les produits d'assistance, les thérapies cellulaires et géniques et les autres technologies de santé (OMS, 2019a)²⁸.

Décrite par beaucoup comme une décision historique, cette résolution a fait l'objet d'un accord après d'intenses négociations qui ont comporté plusieurs séances de nuit. Le langage de la version finale était légèrement moins ambitieux que celui de la proposition initiale soumise en février 2019 par l'Italie, qui a été rejointe par neuf coauteurs à l'ouverture de la soixante-douzième Assemblée mondiale de la santé en mai. Néanmoins, pour la première fois, une résolution de l'OMS a été adoptée qui exhorte explicitement les pays à partager publiquement les informations sur les prix nets des produits de santé.

Seuls trois pays se sont dissociés de la résolution : l'Allemagne, la Hongrie et le Royaume-Uni (Fletcher, 2019).

La résolution demandait la transparence sur les prix réellement payés pour les produits de santé sur les marchés nationaux et mondiaux, ainsi que davantage de données sur le coût de la R&D pour les

²⁸ Les citations dans le texte de cette étude de cas renvoient aux références figurant dans la liste à la fin de l'étude de cas, et non à celles de l'**annexe 2**.

médicaments, le coût des essais cliniques et le statut des brevets des médicaments. Elle a été motivée par la nécessité de s'attaquer à l'énorme disparité des prix des médicaments entre les pays. Comme le soulignent les partisans de la résolution, certains médicaments sont, paradoxalement, plus chers dans les pays à faible revenu que dans les pays à revenu élevé (Saez, 2019a).

Les enjeux : prix élevés, disparités et manque de transparence

L'accès aux médicaments et aux produits de santé est en grande partie conditionné par les prix. L'indice 2019 des prix des médicaments a relevé que « l'une des plus grandes disparités à travers le monde en matière d'accès aux soins est le prix des médicaments » (Medbelle, 2019). Avec l'augmentation de la prévalence des maladies non transmissibles, en particulier dans les pays à revenu faible ou intermédiaire, et le vieillissement de la population mondiale, le fardeau sanitaire mondial s'alourdit. Les nouvelles thérapies permettant de sauver des vies, souvent protégées par des brevets, sont commercialisées à des prix qui pèsent lourdement sur les ressources des systèmes de soins de santé, même dans les pays riches.

Le problème du caractère inabordable des médicaments n'est pas nouveau pour les pays à revenu faible ou intermédiaire. Il a d'abord été porté à l'attention de la communauté internationale par l'épidémie de VIH/SIDA, qui a privé des millions de personnes de ces pays de l'accès aux médicaments. Un facteur nouveau, cependant, est le malaise croissant ressenti dans les pays à revenu élevé à propos des prix des nouveaux médicaments, déclenché par le coût élevé du nouveau traitement salvateur contre l'hépatite C commercialisé par Gilead en 2014. Certains pays à revenu élevé ont commencé à remettre en question les prix élevés pratiqués pour les nouveaux médicaments et la transparence des négociations de prix avec l'industrie pharmaceutique.

DISPARITÉS DES PRIX DES MÉDICAMENTS ENTRE LES PAYS

De nombreux pays à faible revenu devraient augmenter leur produit intérieur brut (PIB) dans les années à venir, perdant ainsi leur droit à l'aide des organismes donateurs. Ces pays devront négocier les prix des médicaments directement avec les entreprises pharmaceutiques.

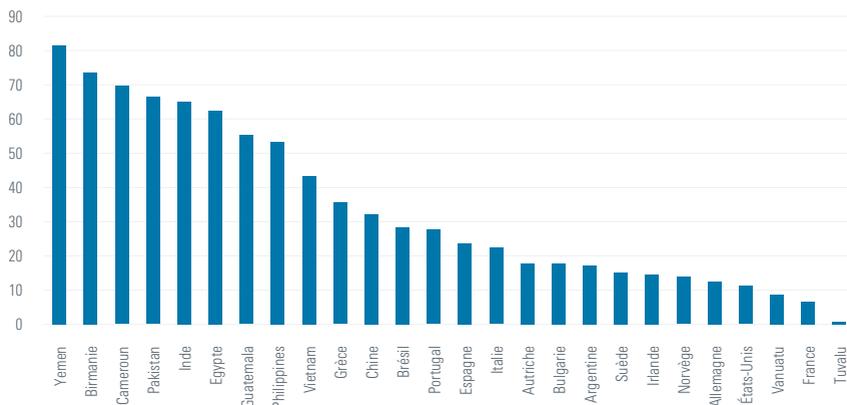
Le manque de transparence des prix payés à l'industrie pharmaceutique pour les médicaments, qu'ils soient de marque ou génériques, entraîne d'importantes disparités de prix entre les pays. Dans son 13^e Programme général de travail, l'OMS (2019b) a noté : « Dans de nombreux contextes, la principale cause de difficultés financières est le paiement direct pour l'achat de médicaments. » Comme le souligne la Directive de l'OMS sur les politiques nationales de fixation des prix des produits pharmaceutiques, « plus de 90 % de la population des pays en développement achètent des médicaments en payant de leur poche, ce qui fait des médicaments le poste de dépenses familiales

le plus important après la nourriture » (OMS, 2015).

Selon l'Observatoire mondial de la santé (OMS, 2020), les dépenses à la charge des patients représentaient environ 32 % des dépenses de santé mondiales en 2015.

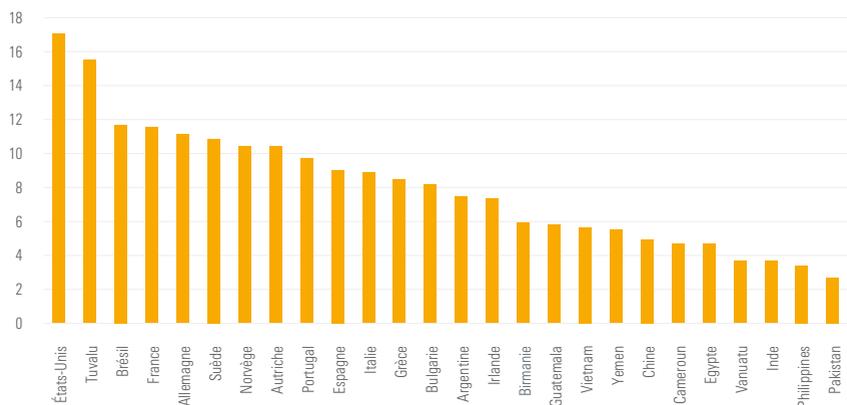
Cependant, il existe des disparités importantes entre les pays, comme le montre la figure ci-dessous :

Dépenses directes (%) en 2015



De même, les données de la Banque mondiale (2016) mettent en évidence de grandes disparités dans les dépenses de santé entre les pays, comme le montre la figure suivante :

Dépenses de santé en 2016 (% du PIB)



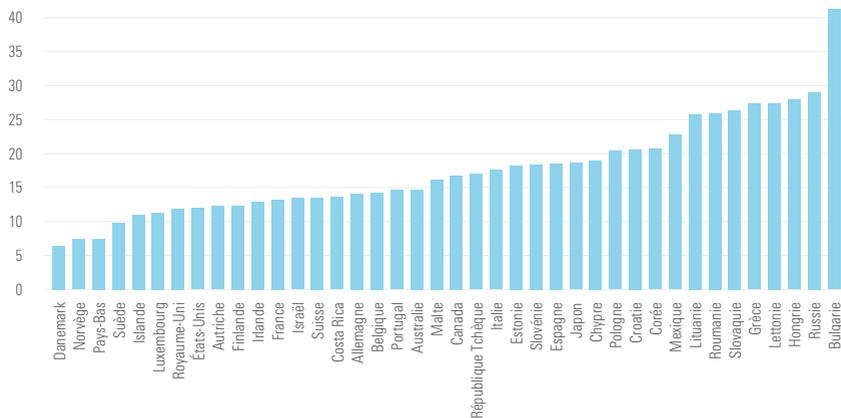
Une étude réalisée par *Health Action International* (Hawlik & Delavrière, 2016) a révélé que les prix des médicaments pratiqués à l'hôpital dans quatre États membres de l'UE (Autriche, France, Lettonie et Espagne) n'étaient pas corrélés au PIB par habitant : les prix des cinq médicaments examinés (pour le cancer, les maladies rhumatismales et l'hépatite C) étaient plus élevés en Lettonie et en Espagne qu'en Autriche et en France, bien que les deux premiers pays aient un PIB par habitant inférieur.

De telles disparités ont été relevées par de nombreuses études, dont celle d'Iyengar et al. (2016), qui ont constaté de grandes variations entre les pays dans les prix de deux nouveaux médicaments contre l'hépatite C et ont conclu : « Les pays les plus pauvres peuvent payer des prix ajustés plus élevés que les pays les plus riches. ».

L'indice 2019 des prix des médicaments (Medbelle, 2019) a comparé les prix de 13 composés pharmaceutiques prévalents dans 50 pays, que les médicaments soient couverts par un système de soins de santé ou payés par les patients de leur poche. Les versions de marque et les versions génériques de médicaments pour des pathologies courantes ont été incluses dans l'étude, qui a révélé que l'écart par rapport au prix médian allait de +306,82% aux États-Unis à -93,93% en Thaïlande.

L'OCDE a déterminé un indicateur des dépenses pharmaceutiques en tant que part des dépenses totales de santé – exprimées à la fois en dollars US par habitant et en part du PIB – pour un certain nombre de pays (OCDE, 2020), comme on peut le voir dans le graphique ci-dessous :

Dépenses pharmaceutiques
(total de % des dépenses de santé)



DES DISPARITÉS INDUITES PAR UN MANQUE DE TRANSPARENCE

Les auteurs d'une étude de 2019 sur les accords de confidentialité dans l'industrie pharmaceutique ont observé comment l'augmentation significative des dépenses de santé liées aux nouveaux traitements très coûteux incitait les pays à négocier des rabais avec les entreprises manufacturières. Le manque de transparence découlant de ces accords de confidentialité empêchait un accès équitable aux produits de santé essentiels et rendait le marché des produits pharmaceutiques difficile à réguler (Lunes et al., 2019).

Un certain nombre de pays fixent les prix de référence des médicaments sur ordonnance sur la base des prix de liste officiels, qui sont plus élevés que les prix réels payés après les négociations avec les fabricants.

Comme l'observe l'étude précitée de *Health Action International* (Hawlik & Devalière, 2016), « l'opacité des prix réels des médicaments dans l'ensemble de l'UE rend difficile l'évaluation de l'équité des prix et de l'accessibilité financière. Il est impossible d'accéder aux données sur les prix réels des médicaments après négociation avec le fabricant. »

Efforts pour lutter contre les prix élevés des médicaments entrepris avant la soixante-douzième Assemblée mondiale de la santé

Le problème des prix des médicaments a été débattu dans divers forums internationaux au fil des ans. Toutefois, c'est le manque de transparence dans les négociations de prix avec les fabricants qui a suscité le plus d'attention récemment, car des études telles que celles citées plus haut ont révélé de grandes disparités dans le monde. Les pays à revenus élevés ont dû commencer à rationner les traitements en raison de leur coût, certains d'entre eux envisageant même d'utiliser les flexibilités prévues par l'Accord sur les aspects des droits de propriété intellectuelle qui touchent au commerce (Accord sur les ADPIC), qui étaient initialement conçues pour aider les pays en développement et les pays les moins avancés à accéder à des versions génériques moins chères des produits pharmaceutiques.

DES INITIATIVES MONDIALES SOULIGNANT LE BESOIN DE TRANSPARENCE

Un certain nombre d'initiatives mondiales ont été lancées pour rechercher des moyens de faciliter l'accès aux médicaments et d'accroître la transparence de leur prix. Par exemple, la feuille de route de l'OMS pour l'accès aux médicaments, vaccins et autres produits de santé 2019-2023, présentée à la soixante-douzième Assemblée mondiale de la santé en mai 2019, souligne l'importance de la

transparence, qu'il s'agisse des résultats des essais cliniques, du statut des brevets des médicaments et des technologies de santé, des coûts de recherche et développement, ou de la fixation des prix, de l'approvisionnement et du remboursement (OMS, 2019c).

En mai 2017, l'OMS a organisé son premier Forum sur la tarification équitable, au cours duquel il a été souligné que « dans de nombreux pays, les prix publiés des médicaments ne sont pas les prix réellement payés ». De plus, les gouvernements ne réalisaient généralement pas le pouvoir de négociation dont ils disposaient. Ils « pourraient négocier plus efficacement s'ils partageaient les informations sur les prix et s'unissaient pour réduire les coûts de transaction et mettre davantage l'accent sur les négociations prix-volume ». Il a été suggéré que les gouvernements acceptent de reconnaître les cas où le prix publié n'était pas le prix réellement payé afin d'assurer une plus grande transparence sur les prix (OMS, 2017).

Un deuxième Forum sur le prix équitable a été organisé par l'OMS en avril 2019. Les participants ont à nouveau souligné l'importance de la transparence sur les prix et ont exploré les moyens de l'améliorer. À cette époque, le projet de résolution sur la transparence des marchés des produits de santé avait été présenté par l'Italie, et le directeur général de l'Agence italienne du médicament de l'époque, Luca Li Bassi, a discuté du projet lors du Forum (OMS, 2019d).

Avant cela, en 2016, le rapport du Groupe de haut niveau du Secrétaire général des Nations unies sur l'accès aux médicaments avait souligné de la même manière la nécessité de la transparence des coûts de R&D, de commercialisation, de production et de distribution. Le rapport notait notamment : « Les bases de données publiques existantes sur les prix des technologies de santé gérées par des organisations internationales et des groupes de la société civile, bien que louables, ont tendance à être limitées en termes de portée et de précision, en partie à cause des remises, des majorations, des taxes et des différences de prix régionales » (Groupe de haut niveau de l'ONU sur l'accès aux médicaments, 2016).

Lancé en 2014, le projet de l'OMS sur les produits, les prix et les achats de vaccins (V3P) vise à faciliter la comparaison des informations sur les prix en fournissant aux pays des données précises et utiles sur les produits et les prix des vaccins (OMS, n.d.). Les organisations internationales agissant en tant qu'organismes d'approvisionnement, telles que l'UNICEF et l'OPS, fournissent des ressources en matière de prix et d'approvisionnement pour le projet V3P, tout comme un certain nombre de pays, dont l'Afrique du Sud, la France, les Pays-Bas, le Portugal, la Suède et les États-Unis.

En 2017, l'OCDE a proposé des achats conjoints multi-pays comme moyen de lutter contre les prix élevés et l'asymétrie d'information entre les pays et les entreprises mondiales. L'OCDE recommande de « garantir un degré adéquat de transparence du système de passation des marchés

publics à toutes les étapes du cycle de passation » et de permettre le libre accès de toutes les parties prenantes, y compris « les fournisseurs nationaux et étrangers potentiels, la société civile et le grand public » (OCDE, n.d.).

EFFORTS RÉGIONAUX POUR ACCROÎTRE LA TRANSPARENCE

Un exemple bien connu et largement cité d'efforts régionaux visant à accroître la transparence des prix des médicaments est le Fonds stratégique de l'OPS, un mécanisme régional de coopération technique qui soutient l'achat groupé de médicaments essentiels et de fournitures sanitaires stratégiques (OPS, n.d.).

Certains pays de l'UE, tels que les Pays-Bas, ont exprimé de fortes préoccupations concernant les prix des médicaments, et des tentatives ont été faites pour organiser des négociations conjointes avec le secteur pharmaceutique sur les prix des médicaments.

Ainsi, en 2015, les ministres de la santé belge et néerlandais ont signé une déclaration d'intention visant à négocier les prix conjointement avec le secteur pharmaceutique. La Belgique et les Pays-Bas ont ensuite été rejoints par l'Autriche, l'Irlande et le Luxembourg dans ce qui est désormais connu sous le nom d'Initiative Beneluxa. L'Initiative vise à faciliter l'accès aux médicaments, en particulier aux médicaments plus récents et coûteux, et à obtenir une plus grande transparence sur l'accumulation des coûts des produits pharmaceutiques et sur les prix dans les différents pays (Initiative Beneluxa, 2015).

Séparément, le groupe de la déclaration de La Valette – créé en 2017 par Chypre, la Grèce, l'Italie, Malte, le Portugal et l'Espagne, et rejoint ensuite par la Croatie, l'Irlande, la Roumanie et la Slovaquie – cherche à accroître la transparence des prix des médicaments et à faciliter les initiatives d'approvisionnement conjointes. La France s'est vu accorder le statut d'observateur lors des réunions du groupe.

Résolution de l'Assemblée mondiale de la Santé WHA72.8

CONTENU

Bien qu'elle ne soit pas juridiquement contraignante, la résolution adoptée par la soixante-douzième Assemblée mondiale de la santé en mai 2019 a été immédiatement saluée comme un succès majeur. La résolution WHA72.8 est le premier accord international visant à accroître la transparence des marchés des médicaments. Sous l'impulsion de l'Italie, elle a obtenu un soutien massif

des délégations, après de longues négociations qui ont permis de supprimer les dispositions les plus litigieuses.

La résolution exhorte notamment les États membres à :

- Prendre des mesures pour partager publiquement les informations sur les prix nets²⁹ des produits de santé ;
- Prendre des mesures pour soutenir la diffusion et l'accès à l'information sur les coûts des essais cliniques sur des sujets humains, indépendamment de leurs résultats ou du fait que les résultats appuieront une demande d'autorisation de mise sur le marché ; et
- Travailler en collaboration pour améliorer la communication d'informations par les fournisseurs sur les produits de santé enregistrés, comme les rapports sur les recettes des ventes, les prix, les unités vendues, les coûts de commercialisation, les subventions et les incitations.

La résolution demande en outre à l'OMS notamment de :

- Soutenir les États Membres dans la collecte et l'analyse d'informations sur les données économiques tout au long de la chaîne de valeur des produits de santé ;
- D'aider les États Membres, en particulier les pays à revenu faible ou intermédiaire, à élaborer et à mettre en œuvre leurs politiques nationales relatives à la transparence des marchés des produits de santé ;
- Soutenir la recherche sur l'impact de la transparence des prix sur le caractère abordable et la disponibilité des produits de santé, y compris son effet sur la tarification différenciée, et en assurer le suivi ;
- Analyser la disponibilité des données sur les intrants tout au long de la chaîne de valeur, y compris les données sur les essais cliniques et les informations sur les prix ;
- Continuer à convoquer le Forum sur le prix équitable tous les deux ans ; et
- Continuer à soutenir les efforts visant à déterminer le statut des brevets des produits de santé.

29 Les prix nets sont le montant reçu par les fabricants après soustraction de tous les rabais, remises et autres incitations.

Un rapport sur les progrès accomplis dans la mise en œuvre de la résolution devrait être présenté à la soixante-quatorzième Assemblée mondiale de la santé, par l'intermédiaire du Conseil exécutif, lors de sa 148^e session en 2021.

COÛTS LIÉS À LA RECHERCHE ET AU DÉVELOPPEMENT, À LA COMMERCIALISATION ET AUX ESSAIS CLINIQUES EXCLUS DES OBLIGATIONS DE TRANSPARENCE

Plusieurs versions du projet de résolution ont circulé parmi les États membres, avant et pendant la soixante-douzième Assemblée mondiale de la santé en mai 2019, car de nombreuses réunions informelles et sessions de négociation ont été convoquées par les promoteurs pour tenter de trouver un terrain d'entente avant l'Assemblée de la santé.

L'ONG Knowledge Ecology International, qui a suivi les discussions de près, a publié six versions préliminaires du projet de proposition.

Un certain nombre de compromis ont été faits après l'examen de la proposition initiale : des éléments du texte ont dû être supprimés ou modifiés, les délégués cherchant à trouver un langage sur lequel la plupart d'entre eux pourraient s'entendre. Par exemple, la proposition originale soumise par l'Italie en février 2019 (KEI, 2019a) a :

- Apporté des informations sur les coûts de la R&D et des essais cliniques, la commercialisation, les subventions, les crédits d'impôt, les recettes des ventes, les prix et les quantités une condition d'enregistrement des médicaments et des vaccins ;
- Exhorté les États membres à établir des normes minimales de transparence concernant les informations issues des essais cliniques ;
- Demandé à l'OMS de recueillir et d'analyser des données sur les technologies de santé importantes pour la santé publique, y compris les coûts réels de fabrication de médicaments, de vaccins et de technologies de santé spécifiques ; et
- Exhorté les États membres à éviter d'inclure dans les accords commerciaux des mesures susceptibles de limiter la transparence des informations provenant des essais cliniques, la divulgation légitime du savoir-faire en matière de fabrication de médicaments et de vaccins, ou la communication de données sur les prix et les recettes des produits pharmaceutiques, des vaccins et des technologies de santé, ainsi que d'autres informations médicales ou économiques pertinentes.

Le projet de résolution présenté par l'Italie, la Grèce, l'Égypte, la Malaisie, le Portugal, la Serbie, la Slovénie, l'Afrique du Sud, l'Espagne, la Turquie et l'Ouganda (KEI, 2019b) a :

- Exhorté les États membres à prendre des mesures pour partager publiquement les informations sur les prix et le coût de remboursement des médicaments, des vaccins, des thérapies cellulaires et génétiques et des autres technologies de santé ;
- Exhorté les États membres à exiger que tous les résultats des essais cliniques sur des sujets humains soient rendus publics, y compris les coûts encourus pour la réalisation de chaque essai et le financement direct, les crédits d'impôt ou autres subventions reçus des gouvernements.
- Exhorté les États membres à exiger que les informations suivantes soient rendues publiques pour les médicaments, les vaccins et les thérapies cellulaires et géniques : rapports annuels sur les recettes des ventes, les prix et les unités vendues ; rapports annuels sur les coûts de commercialisation encourus pour chaque produit ou procédure enregistré ; les coûts de R&D directement associés à chaque essai clinique utilisé pour soutenir l'enregistrement d'un produit ou d'une procédure ; et toutes les subventions, tous les crédits d'impôt ou toute autre subvention ou incitation du secteur public liés à l'approbation réglementaire initiale.

La résolution adoptée (WHA72.8) :

- Ne demande pas la divulgation des coûts de R&D ;
- Demande seulement que les coûts découlant des essais cliniques sur des sujets humains soient diffusés s'ils sont déjà accessibles au public ou fournis volontairement ;
- Demande cependant une meilleure disponibilité des résultats des essais cliniques, indépendamment des résultats ou du fait que les résultats soutiendront une demande d'autorisation de mise sur le marché ;
- Ne demande pas la divulgation des coûts de fabrication ; et
- Ne cherche pas à empêcher les mesures des accords commerciaux qui limitent la transparence des informations provenant des essais cliniques, les divulgations légitimes du savoir-faire de fabrication des médicaments et des vaccins, ou la communication des données sur les prix des produits pharmaceutiques, des vaccins et des technologies de la santé, comme l'envisageait la proposition italienne initiale.

NÉGOCIATIONS

Lorsque la lourde charge financière des nouveaux médicaments a commencé à être ressentie par les pays à revenu élevé, ceux-ci se sont fait plus entendre et ont rejoint les pays en développement dans la recherche de solutions pour faire baisser les prix.

Lors de la réunion du Conseil exécutif de l'OMS en janvier 2019, la Roumanie, au nom des États membres de l'UE, a plaidé en faveur d'une approche holistique, incluant une tarification équitable et la transparence. Le Portugal a mentionné en particulier le prix des médicaments contre l'hépatite C et le cancer et a souligné comment un manque de transparence « prévaut tout au long de la chaîne pharmaceutique ». L'Italie a appelé à la création d'un instrument permettant de s'attaquer au problème de l'accès aux produits de santé et a exprimé son intérêt pour une résolution de l'OMS sur la transparence des prix des médicaments lors de la prochaine Assemblée mondiale de la santé – la première fois qu'une telle résolution est proposée. Des appels à la transparence des prix ont également été lancés par un certain nombre d'autres pays, notamment le Bangladesh, l'État pluri-national de Bolivie et le Chili (Saez, 2019b).

Début février 2019, l'Italie a soumis un projet de proposition visant à améliorer la transparence des marchés des médicaments, des vaccins et des autres technologies liées à la santé. Le 29 avril, un projet de résolution sur le même sujet a été présenté par 10 États membres pour être discuté lors de la soixante-douzième Assemblée mondiale de la santé qui se tiendra entre le 20 et le 28 mai ; ces États membres étaient l'Italie, la Grèce, la Malaisie, le Portugal, la Serbie, la Slovénie, l'Afrique du Sud, l'Espagne, la Turquie et l'Ouganda. S'en sont suivies d'intenses négociations avec les autres États membres avant l'ouverture de l'Assemblée mondiale de la santé.

Le 20 mai 2019, premier jour de la soixante-douzième Assemblée mondiale de la santé, un événement parallèle sur l'accès aux médicaments, aux vaccins et aux produits de santé (axé sur la manière d'assurer la transparence des marchés et des produits abordables et de qualité en vue de parvenir à une couverture sanitaire universelle) a été organisé par l'Italie et la République de Corée, avec le coparrainage du Costa Rica, de la Grèce, de l'Indonésie, du Mexique, de la Mongolie, des Pays-Bas, du Portugal, de l'Arabie saoudite, de l'Espagne et du Viet Nam (Saez, 2019c).

Le projet de résolution n'avait pas encore été présenté à l'Assemblée mondiale de la santé, et la salle de cet événement parallèle était pleine à craquer, avec de nombreux ministres de la santé présents. Les intervenants ont insisté sur les prix élevés des médicaments, le secret entourant les coûts de R&D et les prix négociés obtenus par certains pays.

Un représentant du ministère chypriote de la Santé a notamment évoqué les « pratiques contraires

à l'éthique» de l'industrie pharmaceutique. Chypre, dont la population est faible et qui n'a pas de pouvoir de négociation, se voit demander de payer des prix bien plus élevés que ceux accordés aux autres pays. Une étude menée à Chypre avait examiné tous les produits approuvés par l'Agence européenne des médicaments (EMA) depuis 2011, et avait constaté que l'industrie avait tendance à attendre environ quatre ans avant de commercialiser les produits nouvellement approuvés par l'EMA à Chypre, réservant d'abord ces produits aux pays plus riches d'Europe du Nord.

Le directeur général de l'Agence italienne des médicaments de l'époque, Luca Li Bassi, a observé qu'il serait intéressant de voir si des différences de prix se produisaient réellement en fonction du PIB des pays, citant l'exemple d'un vaccin contre le pneumocoque qui coûtait deux fois plus cher au Liban qu'en Grèce. Il a appelé à la mise à disposition d'informations plus complètes afin de soutenir des décisions politiques mieux informées. Les pays sont les plus gros investisseurs dans l'industrie pharmaceutique et devraient être en mesure de façonner le marché.

Armando Bartolazzi, sous-secrétaire d'État italien à la santé à l'époque, a noté que la transparence était reconnue comme une solution au problème du nombre croissant de médicaments hautement efficaces mais inabordables.

Bruno Bruins, ministre des soins médicaux des Pays-Bas, a fait valoir que les pays devraient être plus transparents sur le prix qu'ils sont prêts à payer, tandis que Sarangerel Davaajantsan, ministre de la santé de Mongolie, a déclaré que le prix des médicaments diminuerait si la transparence était légalisée, car elle pourrait créer une concurrence entre les fournisseurs.

Les rabais et remises confidentiels maintiennent les prix catalogue à un niveau élevé, ce qui nuit à l'efficacité des prix de référence externes, a déclaré Soonman Kwon de l'École supérieure de santé publique de l'Université nationale de Séoul, tandis que Nikos Raptis, conseiller spécial du ministre grec de la santé, a ajouté que les clauses de non-divulgaration que les pays doivent signer sont un moyen pour l'industrie pharmaceutique de « diviser pour mieux régner ».

Dans l'assistance, Anban Pillay, directeur général adjoint de l'assurance maladie nationale au ministère de la Santé d'Afrique du Sud, a appelé les pays à suivre l'exemple de son pays. L'Afrique du Sud a promulgué une loi empêchant les contrats de non-divulgaration et exigeant des informations de la part des entreprises pharmaceutiques, telles que le prix des ingrédients actifs de leurs produits.

L'événement parallèle a été suivi d'intenses cycles de négociations entre les États membres au cours des jours suivants. Le 23 mai, les discussions n'ayant pas abouti à un consensus, un groupe de rédaction a été mis en place compte tenu du fait que le projet de résolution était rapidement criblé de commentaires et de réserves : près de 100 ajouts, suppressions et amendements ont été

proposés. Alors que la discussion en plénière, prévue le 24 mai, se rapprochait, il demeurait incertain qu'un consensus soit un jour atteint (Saez, 2019d).

Les pays dotés d'une forte industrie pharmaceutique ont proposé des révisions et des amendements au projet de texte. Si l'Allemagne et le Royaume-Uni ont continuellement demandé des révisions, d'autres pays, dont le Japon, la Suisse et les États-Unis, ont demandé des amendements à des sections spécifiques, en particulier celles traitant de la divulgation des coûts de R&D et des essais cliniques.

Les États membres de l'UE étaient divisés, certains coparrainant le projet de résolution mais d'autres faisant ouvertement connaître leur opposition à celui-ci. Certains pays, comme l'Allemagne et le Royaume-Uni, ont fait valoir que le projet de texte avait été préparé trop hâtivement et qu'il aurait dû passer par le Conseil exécutif de l'OMS en janvier avant d'être soumis à l'Assemblée mondiale de la santé.

Le 24 mai, peu de progrès avaient été réalisés. De nouvelles négociations ont été menées à huis clos, et la session plénière formelle qui avait été prévue à cette date, un vendredi, a été reportée au lundi suivant (27 mai). Lors de la session du 24 mai, certains pays nordiques, notamment la Finlande et la Norvège, ont exprimé leur soutien à la résolution. De même, les États-Unis et la Suisse se sont prononcés en faveur des dispositions proposées demandant la publication des prix de liste des médicaments vendus et achetés sur les marchés nationaux. Ils se sont en revanche prononcés contre la divulgation des coûts de la R&D et des essais cliniques des médicaments au moment de l'approbation réglementaire, même si le financement provient de sources publiques (Saez, 2019a).

Le 27 mai, après une journée entière de négociations et un énième report de la session plénière chargée d'examiner le projet de résolution (désormais reportée au dernier jour de l'Assemblée mondiale de la santé), la perspective d'un accord s'est rapprochée car le nombre de cosponsors est passé à 19. Parmi les nouveaux venus figurent la République de Corée et Malte. En outre, le Brésil, l'Équateur, la Norvège, les Pays-Bas, la Suisse et la Thaïlande ont exprimé leur soutien de principe à la résolution (Saez, 2019e).

Alors qu'une équipe centrale dévouée d'environ 30 délégués – dirigée par l'Italie et composée, entre autres, du Brésil, du Japon, de la Norvège, de l'Espagne, de la Suède, de la Suisse, de la Thaïlande, du Royaume-Uni et des États-Unis – a continué à travailler tard dans la nuit du lundi 27 mai, certains pays, comme l'Allemagne, avaient alors quitté la table des négociations. La Turquie aurait retiré son parrainage du projet de résolution – un geste lié par certains observateurs aux objections soulevées par l'Allemagne.

Selon des sources internes, un moment critique s'est produit lorsque la France a changé de position et, rompant les rangs avec l'Allemagne, le Royaume-Uni et les États-Unis, a décidé de soutenir l'inclusion d'une référence aux coûts des essais cliniques.

L'ouverture de la dernière session du Comité A le 28 mai, dernier jour de l'Assemblée mondiale de la santé, au cours de laquelle le projet de résolution devait être discuté, a été légèrement retardée car le Royaume-Uni a tenté en vain d'obtenir un soutien pour reporter la discussion à la prochaine réunion du Conseil exécutif de l'OMS en janvier 2020 (Fletcher, 2019).

Le projet de résolution a été approuvé par le Comité A avec un soutien écrasant. Cependant, l'Allemagne, la Hongrie et le Royaume-Uni, bien que ne bloquant pas l'adoption en tant que telle, ont choisi de se « dissocier » de la résolution. Le Royaume-Uni s'est principalement plaint du fait que la résolution n'avait pas été examinée par le Conseil exécutif de l'OMS. Julian Braithwaite, représentant permanent du Royaume-Uni auprès des Nations unies et d'autres organisations internationales à Genève, a indiqué que le Royaume-Uni s'inquiétait de l'effet perturbateur que la transparence des prix pourrait avoir sur les accords de prix différenciés accordés aux pays à revenu faible ou intermédiaire. Il a critiqué le processus, estimant qu'il avait été mené à la hâte, sans qu'un temps suffisant ait été accordé pour un examen attentif des implications potentiellement lourdes de conséquences.

Ces préoccupations ont été reprises par le délégué allemand, qui a souligné que la transparence des prix était une question très complexe et que les implications potentielles pour les systèmes de soins de santé auraient dû être mieux évaluées.

Autres acteurs : L'Organisation mondiale de la santé, la société civile et les partenariats public-privé

L'ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ

À l'issue de la soixante-douzième Assemblée mondiale de la santé, le directeur général de l'OMS, Tedros Adhanom Ghebreyesus, a décrit la résolution comme un « accord historique visant à renforcer la transparence des prix des médicaments, des vaccins et des autres produits de santé ».

L'OMS préconise depuis longtemps une plus grande transparence dans la fixation des prix des produits pharmaceutiques. L'Organisation travaille actuellement à la mise à jour de la Directive de l'OMS de 2015 sur les politiques nationales de fixation des prix des produits pharmaceutiques, la nouvelle version devant être publiée en 2020. La version actualisée comprendra des « recomman-

dations fondées sur des données probantes pour la promotion de la transparence des prix des produits pharmaceutiques» (OMS, 2019e).

La feuille de route de l'OMS pour l'accès aux médicaments, vaccins et autres produits de santé 2019-2023 appelle à une collaboration mondiale et régionale pour accroître la transparence des prix, faciliter le dialogue entre les payeurs publics, les décideurs gouvernementaux et l'industrie, et améliorer les capacités de négociation des prix. Il suggère également des mesures pour aider les pays à choisir des médicaments, des vaccins, des produits de diagnostic et d'autres produits de santé appropriés, à fixer des prix transparents et équitables et à mettre en œuvre des politiques visant à réduire les coûts pour les pouvoirs publics et les particuliers tout en garantissant la qualité, la sécurité et l'efficacité et un approvisionnement durable (OMS, 2019c).

En 2018, la décision WHA71(9) de l'Assemblée mondiale de la santé sur la stratégie et le plan d'action mondiaux de l'OMS pour la santé publique, l'innovation et la propriété intellectuelle a exhorté les États membres à mettre en œuvre et à prendre en compte les recommandations formulées par le groupe d'experts qui avait examiné la stratégie. L'une des recommandations jugées hautement prioritaires est que les États membres doivent aider le Secrétariat de l'OMS à promouvoir la transparence et la compréhension des coûts de la recherche-développement. Une autre recommandation hautement prioritaire était que le Secrétariat de l'OMS devrait fournir des orientations aux États Membres sur la promotion et le suivi de la transparence des prix des médicaments et sur la mise en œuvre des politiques de tarification et de remboursement.

En 2017, l'OMS a organisé son premier Forum sur le prix équitable, qui a été suivi d'un deuxième en 2019. Ces deux événements ont permis de discuter de la transparence comme l'un des moyens de parvenir à une tarification équitable.

LA SOCIÉTÉ CIVILE

La société civile a été étroitement impliquée dès le début et a fortement soutenu le projet de résolution présenté par l'Italie. L'accès aux médicaments et, en particulier, la nécessité de lutter contre les prix élevés sont des préoccupations de longue date pour de nombreuses organisations de la société civile, telles que Médecins Sans Frontières, Health Action International, Knowledge Ecology International, Oxfam et Medicus Mundi International.

Un lobbying intense de la société civile a permis de faire prendre conscience des enjeux des discussions, avant et pendant l'Assemblée mondiale de la santé. Ce lobbying, qui a été mené soit pendant l'Assemblée mondiale de la santé, soit au niveau national, a clairement influencé les négociations.

Le 9 mai 2019, un groupe composé de 77 ONG et de 49 personnes, dont des universitaires de renom, a signé une lettre ouverte dénonçant la profusion de parenthèses et de propositions de modifications du projet de texte qui avaient été faites lors des négociations informelles. La lettre ouverte affirmait qu'un groupe de pays à haut revenu cherchait à faire dérailler l'initiative. L'Australie, le Danemark, l'Allemagne, la Suède et le Royaume-Uni étaient désignés comme les principaux opposants au projet de résolution, mais l'Autriche et les États-Unis étaient également cités comme cherchant à diluer des parties clés du texte (Branigan, 2019).

Le 23 mai, devant le peu de progrès apparemment réalisés, Knowledge Ecology International et Médecins Sans Frontières, ainsi que 44 autres ONG et 10 particuliers, ont publié une lettre ouverte aux délégués, les exhortant à « parvenir à un consensus sur une résolution forte de l'OMS sur la transparence qui aborde chaque sujet de la proposition initiale, y compris les prix, les recettes, les unités vendues, les coûts de commercialisation, les inscriptions et les résultats des essais cliniques, les coûts des essais cliniques, les subventions gouvernementales à la R&D, les paysages de brevets, le savoir-faire de fabrication, et les futures réunions, forums et activités qui, collectivement, sont conçus pour élargir progressivement et mettre en œuvre des normes sur la transparence » (KEI, 2019c).

La lettre ouverte demande en outre que le texte de négociation soit publié après chaque session de négociation, avec les positions des États membres identifiées pour toute parenthèse ou texte alternatif proposé.

L'opposition initiale de la France au projet de résolution a incité un groupe d'éminents leaders de la société civile, dont la lauréate du prix Nobel Françoise Barré-Sinoussi, à agir. Le groupe a publié une tribune dans le journal de gauche Libération appelant le gouvernement français à soutenir la résolution sans aucune réserve ni ambiguïté. Le groupe rappelle qu'au Royaume-Uni, les traitements dont le coût dépasse 30 000 £ par année de vie gagnée ajustée à la qualité ne sont pas couverts par le système national de santé. En France, un rationnement sans précédent a dû être mis en place pour les médicaments utilisés pour traiter l'hépatite C, et des traitements contre le cancer ont été retardés.

Un groupe d'ONG allemandes a publié une pétition similaire pour protester contre la position de l'Allemagne lors des négociations sur le projet de résolution. Elles ont demandé au gouvernement allemand de reconsidérer sa position.

Par ailleurs, 66 ONG africaines basées en Afrique du Sud, en Ouganda et au Zimbabwe ont cherché à influencer la position de négociation de l'Allemagne en adressant une lettre ouverte à Jens Spahn, le ministre allemand de la santé. Elles ont exhorté le gouvernement allemand à faire preuve de solidarité avec les personnes les plus exposées à des souffrances aiguës, voire à la mort, en

raison du manque d'accès aux médicaments. La même lettre a été adressée à Agnès Buzyn, ministre française de la santé, et à Matthew Hancock, secrétaire d'État à la santé et à l'aide sociale du Royaume-Uni.

PARTENARIATS PUBLIC-PRIVÉ

Lors des discussions sur le projet de feuille de route pour l'accès aux médicaments, vaccins et autres produits de santé 2019–2023 à la soixante-douzième Assemblée mondiale de la santé, l'Initiative pour les médicaments contre les maladies négligées, qui travaille avec des partenaires du secteur privé, a souligné que la transparence sur les coûts de la R&D était un élément central de sa politique : « Nous mettons autant d'informations que possible dans le domaine public, notamment toutes les données relatives aux essais cliniques, nos coûts réels de R&D et les flux de financement correspondants, y compris les contributions en nature de nos partenaires lorsqu'ils les fournissent. »

L'INDUSTRIE PHARMACEUTIQUE

L'industrie pharmaceutique n'a pas exprimé ouvertement son point de vue lors des négociations de la soixante-douzième Assemblée mondiale de la santé. L'industrie s'est traditionnellement opposée à la divulgation des coûts de la R&D et des essais cliniques, arguant que de tels chiffres sont difficiles à compiler. En outre, selon d'autres arguments, ces coûts sont influencés par de multiples facteurs, et les prix ne sont qu'un aspect de l'accès aux médicaments.

Alors que l'industrie subissait la pression des pays à revenus élevés qui protestaient contre les prix sans précédent des nouveaux médicaments, certaines entreprises se sont défendues en soulignant que des médicaments tels que les nouveaux médicaments contre l'hépatite C offraient un traitement à vie, permettant ainsi aux systèmes de soins de santé d'économiser beaucoup d'argent.

Commentant le projet de feuille de route pour l'accès aux médicaments, vaccins et autres produits de santé lors de la réunion du Conseil exécutif de l'OMS en janvier 2019, la Fédération internationale de l'industrie du médicament (FIIM) a fait part de ses préoccupations concernant ce qu'elle a décrit comme une approche étroite de la fixation des prix, axée sur la transparence des prix, au lieu de prendre en compte le contexte plus large. La FIIM a également mis en garde contre les éventuelles conséquences involontaires de la transparence des prix sur la capacité des entreprises pharmaceutiques à offrir des prix préférentiels aux pays en développement et a fait valoir que ces conséquences devraient être examinées avant d'entamer des discussions sur la transparence.

S'exprimant sur le même sujet lors de la soixante-douzième Assemblée mondiale de la santé, la FIIM a souligné que le partage des informations sur les prix des médicaments pourrait faire aug-

menter les prix dans les pays moins développés – à savoir, si les pays développés voyaient ce que ces derniers payent et demandaient une plus grande parité des prix.

En ce qui concerne la communication des coûts de R&D, la FIIM a fait valoir que les prix des médicaments devraient refléter la valeur thérapeutique des médicaments et les résultats positifs obtenus par les patients et la société, plutôt que de considérer le « coût d'entrée » des médicaments individuels. Toutefois, la Fédération a reconnu la nécessité de mettre à disposition davantage d'informations.

A l'issue de l'Assemblée Mondiale de la Santé, la FIIM a conclu que l'amélioration de l'accessibilité financière et de l'accès aux médicaments et aux vaccins était un défi multidimensionnel nécessitant des solutions collaboratives et holistiques de la part de toutes les parties prenantes, y compris l'industrie pharmaceutique. En particulier, il est important de réduire les frais à la charge des patients, de s'attaquer aux inefficacités des chaînes d'approvisionnement, de lutter contre les médicaments contrefaits, d'améliorer les pratiques d'achat et de rendre possible une tarification différenciée pour les pays à revenu faible et intermédiaire.

Leçons : – Et maintenant ?

Les négociations qui ont conduit à l'adoption de la résolution sur l'amélioration de la transparence des marchés pharmaceutiques ont été tortueuses, mais leur conclusion heureuse a été favorisée par le fort soutien de certains pays à haut revenu, dont les intérêts sont désormais partagés entre la protection de leurs industries pharmaceutiques et la pérennité de leurs systèmes de santé.

Finalement, seuls l'Allemagne, la Hongrie et le Royaume-Uni se sont dissociés de la résolution. Selon les observateurs, un certain nombre de pays à haut revenu, dont l'Australie, la Belgique, la Bulgarie, le Canada, le Danemark, les Pays-Bas, la Pologne, la Suède et la Suisse, se sont opposés à certains passages du projet, ce qui a conduit à un texte affaibli dans la version finale.

Une fois la transparence des coûts de R&D écartée, le Japon, les Pays-Bas, la Suisse et les États-Unis ont pu rallier les autres partisans de la résolution. Seul un petit nombre de pays s'est opposé à la divulgation des coûts des essais cliniques.

L'Allemagne et le Royaume-Uni ont tous deux une industrie pharmaceutique forte (notamment GlaxoSmithKline et AstraZeneca dans le second cas), mais ils dépendent également des négociations avec cette industrie pour maintenir leurs systèmes de soins de santé. L'Allemagne a récemment été surnommée le leader de l'industrie pharmaceutique européenne.

Le fort lobbying de la société civile a également contribué à faire pencher la balance des négociations. Au cours de la soixante-douzième Assemblée mondiale de la santé, l'Allemagne s'est plainte de la campagne menée par la société civile – en particulier du fait que les négociateurs étaient mis sous pression par la publication de fuites d'informations sur leurs positions supposées.

Après l'adoption de la résolution, la France et l'Italie ont approuvé de nouvelles réglementations obligeant les entreprises pharmaceutiques à divulguer les contributions publiques reçues pour la R&D de nouveaux médicaments. Toutefois, à la fin de 2019, ces initiatives étaient au point mort en raison de problèmes de procédure en France et de la formation d'un nouveau gouvernement en Italie.

Le rapport de l'OMS qui sera présenté à la 148^e session du Conseil exécutif en janvier 2021 devrait apporter un éclairage sur la mise en œuvre de la résolution au niveau national.

Liste des références

Les abréviations utilisées dans les citations in-text sont indiquées entre crochets après le nom complet de l'auteur à la première mention dans la liste de références ci-dessous.

Beneluxa Initiative (2015). Beneluxa Initiative on Pharmaceutical Policy [website] (<https://beneluxa.org/collaboration>, consulté le 14 septembre 2020).

Branigan D (2019). Several developed countries want to “derail” transparency resolution – civil society groups say. Health Policy Watch. 10 May (<https://www.healthpolicy-watch.org/several-developed-countries-want-to-derail-transparency-resolution-civil-society-groups-say/>, consulté le 14 septembre 2020).

Fletcher ER (2019). World Health Assembly approves milestone resolution on price transparency. Health Policy Watch. 28 May (<https://www.healthpolicy-watch.org/world-health-assembly-ap-proves-milestone-resolution-on-price-transparency/>, consulté le 14 septembre 2020).

Hawlik K, Devalière A (2016). Access to high-priced medicines in hospital-settings in Europe: a study in four European Countries. Amsterdam: Health Action International (<http://haiweb.org/wp-content/uploads/2016/04/Access-to-High-priced-Medicines-in-the-Hospital-Sector.pdf>, consulté le 14 septembre 2020).

lunes RF, Villar Uribe M, Bonilla Torres J, Morgado Garcia M, Zampirolli Dias C, Alvares-Teodoro J, de Assis Acurcio F, Guerra-Junior AA (2019). Confidentiality agreements: a challenge in market

regulation. *Int J Equity Health* 18 (<https://link.springer.com/article/10.1186/s12939-019-0916-3>, consulté le 14 septembre 2020).

Iyengar SI, Tay-Teo K, Vogler S, Beyer P, Wiktor S, de Joncheere K, Hill S (2016). Prices, costs, and affordability of new medicines for hepatitis C in 30 countries: an economic analysis. *PLoS Med.* 13(5):e1002032 (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4886962/>, consulté le 14 septembre 2020).

Knowledge Ecology International [KEI] (2019a). Improving the transparency of markets for drugs, vaccines and other health-related technologies [draft text of resolution as submitted by Italy to WHO] (<https://www.keionline.org/wp-content/uploads/italy-draft-resolution-transparency-72WHA-.pdf>, consulté le 14 septembre 2020).

Knowledge Ecology International (2019b). Improving the transparency of markets for medicines, vaccines, and other health-related products and other technologies to be discussed at the 72nd session of the WHA to be held on 20–28 May 2019. Draft resolution proposed by Italy, Greece, Egypt, Malaysia, Portugal, Serbia, Slovenia, South Africa, Spain, Turkey, Uganda. Version 20 May 2019 (https://www.keionline.org/wp-content/uploads/WHA-Resolution_DRAFT_20-05-2019.pdf, consulté le 14 septembre 2020).

Knowledge Ecology International (2019c). WHA72 – open letter to delegates on transparency resolution negotiations. 23 May (<https://www.keionline.org/30830>, consulté le 14 septembre 2020).

Knowledge Ecology International (2019d). Negotiations on 72nd World Health Assembly resolution on transparency (<https://www.keionline.org/transparency/wha72>, consulté le 14 septembre 2020).

Medbelle (2019). 2019 Medicine Price Index. In: Medbelle [website]. London: MB Global Health Ltd (<https://www.medbelle.com/medicine-price-index-uk>, consulté le 14 septembre 2020).

Organisation for Economic Co-operation and Development [OECD] (n.d.). Public Procurement Recommendation. In: OECD/Public Procurement Toolbox [website]. Paris: Organisation for Economic Co-operation and Development (<https://www.oecd.org/gov/public-procurement/recommendation/>, consulté le 14 septembre 2020).

Organisation for Economic Co-operation and Development (2020). Pharmaceutical spending. In: OECD Data [website]. Paris: Organisation for Economic Co-operation and Development (<https://>

data.oecd.org/healthres/pharmaceutical-spending.htm#indicator-chart, consulté le 14 septembre 2020).

Pan American Health Organization [PAHO] (n.d.). PAHO Strategic Fund. In: PAHO [website]. Washington (DC): Pan American Health Organization (<https://www.paho.org/en/paho-strategic-fund>, consulté le 14 septembre 2020).

Saez C (2019a). Little progress over price transparency resolution: negotiators behind closed doors. Health Policy Watch. 24 May (<https://www.healthpolicy-watch.org/little-progress-over-price-transparency-resolution-negotiators-behind-closed-doors/>, consulté le 14 septembre 2020).

Saez C (2019b). Board debates medicines access; WHO asserts mandate on IP, trade issues. Intellectual Property Watch. 30 January (<https://www.ip-watch.org/2019/01/30/board-debates-medicines-access-asserts-mandate-ip-trade-issues/>, consulté le 14 septembre 2020).

Saez C (2019c). Several ministers of health speak up for drug market transparency, lower prices at WHA side event. Health Policy Watch. 20 May (<https://www.healthpolicy-watch.org/several-ministers-of-health-speak-up-for-drug-market-transparency-lower-prices-at-wha-side-event/>, consulté le 14 septembre 2020).

Saez C (2019d). Future of drug pricing resolution hangs in balance at World Health Assembly. Health Policy Watch. 23 May (<https://www.healthpolicy-watch.org/future-of-drug-pricing-resolution-hangs-in-balance-at-world-health-assembly/>, consulté le 14 septembre 2020).

Saez C (2019e). Negotiators agree on game-changing WHA resolution for medicine price disclosure. Health Policy Watch. 27 May (<https://www.healthpolicy-watch.org/negotiators-agree-on-game-changing-wha-resolution-for-medicine-price-disclosure/>, consulté le 14 septembre 2020).

United Nations High Level Panel on Access to Medicines (2016). Report of the United Nations Secretary-General's High-Level Panel on Access to Medicines (<http://www.unsgaccessmeds.org/s/UNSG-HLP-Report-FINAL-12-Sept-2016.pdf>, consulté le 14 septembre 2020).

World Bank (2016). Health expenditure in 2016. In: World Bank/World Bank Open Data [online database]. Washington (DC): World Bank (<https://data.worldbank.org/indicator/SH.XPD.CHEX.GD.ZS?end=2016&start=2000>, consulté le 14 septembre 2020).

World Health Organization [WHO] (n.d.). MI4A: Market Information for Access to Vaccines. In: WHO/Immunization, vaccines and biologicals [website]. Geneva: World Health Organization (https://www.who.int/immunization/programmes_systems/procurement/mi4a/platform/en/, consulté le 14 septembre 2020).

World Health Organization. (2015). WHO guideline on country pharmaceutical pricing policies. Geneva: World Health Organization (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/153920>, consulté le 14 septembre 2020).

World Health Organization (2017). Report on the Fair Pricing Forum 2017. Geneva: World Health Organization (https://www.who.int/medicines/access/fair_pricing/FairPricingForum2017MeetingReport.pdf?ua=1, consulté le 14 septembre 2020).

World Health Organization (2018). Decision A71/13. Global strategy and plan of action on public health, innovation and intellectual property: overall programme review. In Seventy-first World Health Assembly, Geneva, 21–26 May 2018. Resolutions and decisions, annexes. Geneva: World Health Organization. 36–7 (http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA71-REC1/A71_2018_REC1-en.pdf, consulté le 14 septembre 2020).

World Health Organization (2019a). World Health Assembly resolution on improving the transparency of markets for medicines, vaccines and other health products (WHA72.8; https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA72/A72_R8-en.pdf, consulté le 14 septembre 2020).

World Health Organization (2019b). Thirteenth General Programme of Work, 2019–2023. Geneva: World Health Organization (WHO/PRP/18.1; <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/324775/WHO-PRP-18.1-eng.pdf>, consulté le 14 septembre 2020).

World Health Organization (2019c). Roadmap for access to medicines, vaccines and other health products 2019–2023. Geneva: World Health Organization (<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/330145/9789241517034-eng.pdf?ua=1>, consulté le 14 septembre 2020).

World Health Organization (2019d). Fair Pricing Forum 2019 meeting report. Geneva: World Health Organization (<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/326407/WHO-MVP-EMP-IAU-2019.09-eng.pdf>, consulté le 14 septembre 2020).

World Health Organization (2019e). Global strategy and plan of action on public health, innovation and intellectual property. Geneva: World Health Organization (EB146/15; <http://apps.who.int/gb/>

[ebwha/pdf_files/EB146/B146_15-en.pdf](#), consulté le 14 septembre 2020).

World Health Organization (2020). Out-of-pocket expenditure as percentage of current health expenditure. In: Global Health Observatory [online data repository]. Geneva: World Health Organization (<http://apps.who.int/gho/data/node.main.GHEDOOPSCHESHA2011?lang=en>, consulté le 14 septembre 2020).

ÉTUDE DE CAS 2 | LA DÉCLARATION POLITIQUE DE LA RÉUNION DE HAUT NIVEAU SUR LA COUVERTURE SANITAIRE UNIVERSELLE (2019)

Titre complet : La déclaration politique de la réunion de haut niveau sur la couverture sanitaire universelle (2019) : Négocier l'accord le plus complet jamais conclu en matière de santé mondiale*.

Auteurs : Satoshi Ezoe, Tamar Tchelidze, Nathita Premabhuti, Marcelo A.C. Costa.

** Cette étude de cas a été rédigée par les auteurs à titre personnel ; elle ne reflète pas les points de vue et positions de leurs organisations respectives.*

Introduction

Le 23 septembre 2019, les dirigeants mondiaux réunis lors de la réunion de haut niveau de l'Assemblée générale des Nations Unies sur la couverture sanitaire universelle ont approuvé à l'unanimité la Déclaration politique de la réunion de haut niveau sur la couverture sanitaire universelle (ONU, 2019a)³⁰, décrite par le Secrétaire général de l'ONU, António Guterres, comme « l'accord le plus complet jamais conclu sur la santé mondiale » (ONU, 2019b). Cet accord historique réitère un certain nombre de principes clés, notamment l'importance de la santé pour la mise en œuvre de tous les objectifs et cibles du Programme 2030 pour le développement durable. Les dirigeants se sont de nouveau engagés à atteindre la couverture sanitaire universelle d'ici 2030 et à intensifier les efforts mondiaux pour construire un monde plus sain pour tous.

La réunion de haut niveau et sa déclaration politique sont le résultat d'une série d'efforts concertés entre les différentes parties prenantes. Cette étude de cas examine les processus pertinents du point de vue des diplomates de la santé à New York qui ont été étroitement impliqués dans la planification et les négociations qui ont conduit à cet accord historique.

³⁰ Les citations dans le texte de cette étude de cas renvoient aux références figurant dans la liste à la fin de l'étude de cas, et non à celles de l'**annexe 2**.

Le problème

Selon la définition de l'OMS, on parle de couverture sanitaire universelle lorsque « toutes les personnes reçoivent les services de santé dont elles ont besoin, y compris les services de santé publique destinés à promouvoir une meilleure santé [...], à prévenir les maladies [...] et à fournir des traitements, une réadaptation et des soins palliatifs [...] de qualité suffisante pour être efficaces, tout en veillant à ce que l'utilisation de ces services n'expose pas l'utilisateur à des difficultés financières » (OMS, 2019a).

À la suite de plusieurs campagnes de plaidoyer et de négociations intergouvernementales, la couverture sanitaire universelle a été incluse dans les Objectifs de développement durable (ODD) adoptés lors de l'Assemblée générale des Nations Unies en 2015, plus précisément en tant que cible 3.8 des ODD, « Assurer une couverture sanitaire universelle, y compris la protection contre les risques financiers, l'accès à des services de soins de santé essentiels de qualité et l'accès à des médicaments et vaccins essentiels sûrs, efficaces, de qualité et abordables pour tous » (ONU, 2015)³¹.

Cependant, selon le rapport mondial de suivi 2019 sur la couverture sanitaire universelle, les progrès mondiaux depuis le précédent rapport en 2017 sont moins que satisfaisants. De manière alarmante, au moins la moitié de la population mondiale n'a toujours pas accès aux services de santé essentiels. Chaque année, plus de 900 millions de personnes consacrent au moins 10 % du revenu de leur ménage aux soins de santé, et les dépenses personnelles liées à la santé font basculer quelque 100 millions de personnes dans la pauvreté. Si la tendance actuelle se poursuit, au moins un tiers de la population mondiale n'aura toujours pas accès aux services de santé essentiels en 2030 (OMS, 2019a).

Le contexte

Les questions de santé mondiale sont principalement discutées au sein des organes directeurs de l'OMS, notamment l'Assemblée mondiale de la santé, qui est convoquée sous les auspices des

31 Les indicateurs associés ont été définis en 2017 comme indiqués ci-dessous :

- Indicateur SDG 3.8.1 : « Couverture des services de santé essentiels (définie comme la couverture moyenne des services essentiels sur la base d'interventions de suivi qui comprennent la santé reproductive, maternelle, néonatale et infantile, les maladies infectieuses, les maladies non transmissibles et la capacité et l'accès aux services, parmi la population générale et les plus défavorisés) » ; et
- Indicateur SDG 3.8.2 : « Proportion de la population dont les dépenses de santé des ménages sont importantes par rapport aux dépenses ou aux revenus totaux des ménages » (ONU, 2017).

ministres de la santé des États membres. Toutefois, les chefs d'État et de gouvernement ont de plus en plus tendance à discuter des grandes questions de santé à l'Assemblée générale des Nations unies, dont le rôle principal est de traiter des questions liées à la paix et à la sécurité, aux droits humains et au développement. Le premier exemple de cette tendance a été la session spéciale de l'Assemblée générale sur le VIH/sida qui s'est tenue en 2001 et qui a marqué un tournant dans la mesure où la réponse mondiale au sida était désormais inscrite à l'ordre du jour politique des chefs d'État et de gouvernement (ONU, 2001). Cette session extraordinaire a été suivie de réunions de haut niveau à l'Assemblée générale sur les maladies non transmissibles (2011, 2014 et 2018), la résistance antimicrobienne (2016) et la tuberculose (2018).

Si ces réunions – et les déclarations qui y ont été approuvées – ont permis d'attirer l'attention des décideurs sur un certain nombre de grandes questions de santé, il a été de plus en plus reconnu que les discussions sur la santé à New York, en particulier celles sur la couverture sanitaire universelle, nécessitaient une approche plus cohérente et intégrée pour les raisons suivantes :

- L'Agenda 2030 pour le développement durable a souligné la nature intégrée, indivisible et interconnectée des ODD, et a appelé à une approche holistique plutôt que fragmentaire ;
- L'engagement renouvelé de la communauté internationale en faveur des soins de santé primaires et du renforcement des systèmes de santé afin de garantir la santé pour tous a mis l'accent sur la couverture sanitaire universelle en tant que concept général dans le cadre duquel toutes les questions de santé liées à l'ODD 3 pourraient être abordées (OMS, 2019b) ; etc.
- Les sujets interdépendants et de plus en plus complexes traités à l'ONU, tels que le changement climatique, le financement du développement et le désarmement nucléaire, nécessitaient une approche plus ciblée de la santé, par opposition à la tenue de réunions de haut niveau sur des questions de santé individuelles environ une fois par an.

En conséquence, l'Assemblée générale a décidé, en 2017, de convoquer en 2019 une réunion de haut niveau sur la couverture sanitaire universelle et de proclamer le 12 décembre Journée internationale de la couverture sanitaire universelle (ONU, 2018a, 2018b). Ces deux résolutions, toutes deux adoptées le 12 décembre 2017, ont été proposées par la Thaïlande, qui présidait alors l'initiative Politique étrangère et santé mondiale.

Les 13 et 14 décembre 2017, le premier Forum sur la couverture sanitaire universelle s'est tenu à Tokyo, réunissant des représentants de haut niveau de divers pays et agences internationales – dont le Secrétaire général des Nations unies et les dirigeants de l'OMS, de la Banque mondiale et de l'UNICEF – afin de susciter une dynamique en faveur de la promotion de la couverture sanitaire

universelle (MoFA Japan, 2017). Le document final (MoFA Japan et al., 2017), qui comprenait des aspirations telles que l'extension de la couverture sanitaire essentielle à un milliard de personnes supplémentaires d'ici 2023, devait alimenter la déclaration politique de la réunion de haut niveau sur la couverture sanitaire universelle en 2019.

En décembre 2018, l'Assemblée générale a adopté à l'unanimité une résolution définissant la portée, les modalités, le format et l'organisation de la réunion de haut niveau sur la couverture sanitaire universelle, qui devait être convoquée le lundi 23 septembre 2019, premier jour de la semaine de haut niveau (ONU, 2019c). La résolution, co-facilitée par la Thaïlande et la Hongrie, appelait tous les États membres à participer à la réunion au plus haut niveau et à s'engager à réaliser la couverture sanitaire universelle d'ici 2030. En outre, dans la même résolution, l'Assemblée générale a décidé que la réunion devrait approuver « une déclaration politique concise et orientée vers l'action, convenue à l'avance par consensus dans le cadre de négociations intergouvernementales ». À ce stade, le décor était planté pour la réunion de septembre et les États membres devaient commencer à négocier une déclaration politique qui mériterait d'être approuvée par les dirigeants mondiaux.

Les acteurs et leurs rôles

LE PRÉSIDENT DE L'ASSEMBLÉE GÉNÉRALE

Le président de l'Assemblée générale a été chargé d'organiser la réunion de haut niveau et de soumettre à l'Assemblée générale la déclaration politique à approuver lors de la réunion, conformément au mandat de l'Assemblée générale (ONU, 2019c). La présidente a également été chargée d'organiser une audience interactive multi-acteurs dans le cadre des préparatifs de la réunion. En sa qualité de présidente de la 73^e session de l'Assemblée générale, S.E. Mme María Fernanda Espinosa Garcés a fait preuve d'un engagement fort et a dirigé les dispositions préparatoires, notamment la nomination des représentants permanents de la Thaïlande et de la Géorgie en tant que co-facilitateurs pour les négociations sur la déclaration politique. La convocation effective de la réunion de haut niveau a été assurée par le président de la 74^e session de l'Assemblée générale, S.E. M. Tijjani Muhammad-Bande.

CO-FACILITATEURS

S.E. M. Vitavas Srivihok et S.E. M. Kaha Imnadze, les représentants permanents de la Thaïlande et de la Géorgie auprès de l'ONU, ont été nommés par le président de l'Assemblée générale comme co-facilitateurs pour mener des consultations informelles avec les États membres en vue de produire la déclaration politique qui devait être approuvée lors de la réunion de haut niveau (PGA,

2019a). Ils ont dirigé la rédaction de la déclaration politique, en intégrant les contributions des différentes parties prenantes, et ont piloté les négociations entre les États membres.

GROUPE DES AMIS DE LA COUVERTURE SANITAIRE UNIVERSELLE ET DE LA SANTÉ MONDIALE

Lors de la Journée internationale de la couverture sanitaire universelle en 2018, le Groupe des amis de la couverture sanitaire universelle et de la santé mondiale a été lancé. S.E. M. Koro Bessho, représentant permanent du Japon auprès de l'ONU, en a été nommé président (UHC2030, 2019a). Le Groupe a été créé en tant que plateforme ouverte que les États membres pourraient utiliser pour créer une dynamique en vue de la réunion de haut niveau de septembre 2019, et pour sensibiliser les diplomates à New York à l'importance de la couverture sanitaire universelle, la plupart d'entre eux ayant une expertise non pas en matière de santé mais en matière de sécurité, de droits humains ou de développement. Le groupe ne comptait au départ que quelques membres (dont le Brésil, la France, le Ghana, la Hongrie, le Japon, l'Afrique du Sud et la Thaïlande), mais au début des négociations sur la déclaration politique, il en comptait plus de 50.

INITIATIVE SUR LA POLITIQUE ÉTRANGÈRE ET LA SANTÉ MONDIALE

Un groupe d'États membres dans le cadre de l'initiative Politique étrangère et santé mondiale, lancée par la déclaration ministérielle d'Oslo de 2007 (MoFA Brésil et al., 2007), propose depuis 2008³² des projets de résolution sur la santé mondiale et la politique étrangère à l'Assemblée générale. C'est grâce à la version 2012 de la résolution « Santé mondiale et politique étrangère », présentée par la France, que la couverture sanitaire universelle a été discutée pour la première fois à l'Assemblée générale (ONU, 2013). En 2017, le Japon, partisan de longue date de la couverture sanitaire universelle, a suggéré à la Thaïlande, qui présidait alors l'initiative, que la prochaine résolution « Santé mondiale et politique étrangère » a notamment appelé à une réunion de haut niveau sur la couverture sanitaire universelle. Après des négociations menées par la Thaïlande et soutenues par d'autres partisans de la couverture sanitaire universelle, il a été décidé à l'unanimité, par le biais de la nouvelle résolution, de tenir une telle réunion de haut niveau en 2019 (ONU, 2018a).

ÉTATS MEMBRES

Au cours des négociations sur la déclaration politique, les États membres ont négocié soit individuellement, soit en coordonnant leurs positions dans le cadre de groupes. Les principaux groupes

32 Les États membres participant à l'initiative « Politique étrangère et santé mondiale » sont le Brésil, la France, l'Indonésie, la Norvège, le Sénégal, l'Afrique du Sud et la Thaïlande.

dans ces négociations étaient le groupe des États africains, l'Union européenne et le groupe CANZ (Canada, Australie et Nouvelle-Zélande). Le Groupe des 77, qui est la plus grande coalition de pays en développement à l'ONU, n'a pas négocié en tant que groupe à l'époque, bien qu'il l'ait fait lors des négociations qui ont conduit aux deux réunions de haut niveau sur la tuberculose et les maladies non transmissibles en 2018. Il semble que les pays du Groupe des 77 n'aient pas été en mesure de s'entendre sur une position commune en raison de la portée plus large de la déclaration politique sur la couverture sanitaire universelle. Deux autres groupes méritent d'être mentionnés à cet égard : le Groupe des Sept³³ et le Groupe des 20³⁴, qui ont tous deux abordé la question de la couverture sanitaire universelle ces dernières années (G7, 2016, 2019 ; G20, 2019). D'autres groupes et États membres individuels ont également contribué de manière significative aux négociations, en formant des coalitions sur une base ad hoc.

L'ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ

Depuis son entrée en fonction, le directeur général de l'OMS, Tedros Adhanom Ghebreyesus (2017), a clairement indiqué que la couverture sanitaire universelle était une « priorité absolue » pour l'Organisation. En tant qu'agence technique des Nations unies pour la santé, l'OMS a joué un rôle central en apportant un soutien technique tout au long des négociations, comme elle l'avait déjà fait pour les précédentes réunions de haut niveau sur les sujets de santé à l'Assemblée générale. L'OMS a fait office de secrétariat technique pendant les négociations : ses tâches consistaient notamment à répondre aux demandes de clarification technique des États membres et à garantir l'intégrité technique de la déclaration politique. En outre, l'OMS a aidé le président de l'Assemblée générale à organiser l'audition multi-acteurs d'avril 2019 ainsi que la réunion de haut niveau elle-même.

PARTENARIAT INTERNATIONAL POUR LA SANTÉ EN VUE D'UNE COUVERTURE

Le Partenariat international pour la santé pour la couverture sanitaire universelle 2030 (CSU2030) est un partenariat multi-acteurs créé en 2017 pour accélérer équitablement et durablement les progrès vers la couverture sanitaire universelle³⁵. Il a joué un rôle déterminant dans les préparatifs de la réunion de haut niveau en réunissant de multiples parties prenantes (notamment la société civile, le secteur privé, les institutions philanthropiques et le monde universitaire) dans le cadre d'une série de consultations. Celles-ci ont abouti à la compilation d'un ensemble de « questions

33 Le G7 est composé du Canada, de la France, de l'Allemagne, de l'Italie, du Japon, du Royaume-Uni et des États-Unis d'Amérique. L'UE est régulièrement représentée aux sommets du G7.

34 Le G20 est composé des pays du G7 (plus l'UE), ainsi que de l'Argentine, de l'Australie, du Brésil, de la Chine, de l'Inde, de l'Indonésie, du Mexique, de la République de Corée, de la Fédération de Russie, de l'Arabie saoudite, de l'Afrique du Sud et de la Turquie.

35 Voir <https://www.uhc2030.org>

clés » qui ont été présentées aux co-facilitateurs des négociations et aux États membres lors de séances d'information données par le Groupe des amis de la couverture sanitaire universelle et de la santé mondiale, ainsi que lors de l'audition multi-acteurs en avril (UHC2030, 2019b). Il y a sept demandes clés en tout : (1) « Assurer un leadership politique au-delà de la santé » ; (2) « Ne laisser personne de côté » ; (3) « Réglementer et légiférer » ; (4) « Défendre la qualité des soins » ; (5) « Investir davantage, investir mieux » ; (6) « Agir ensemble » ; et (7) « L'égalité des sexes et les droits des femmes comme moteurs de la santé ».

Outils et approches

La rédaction de la déclaration politique a été dirigée par les co-facilitateurs et a donné lieu à des consultations larges et inclusives avec les États membres des Nations unies, l'OMS, la société civile, le monde universitaire, le secteur privé et d'autres parties prenantes. Les principales approches utilisées pour assurer un processus inclusif et efficace menant à une déclaration significative et consensuelle sont les suivantes :

ENGAGEMENT MULTI-ACTEURS

Les demandes clés présentées par la plateforme multi-acteurs CSU2030 (2019b) ont constitué une contribution importante à la déclaration. Les parties prenantes ont eu la possibilité de contribuer aux six questions clés avant qu'elles ne soient soumises à l'examen du co-facilitateur dans le cadre de l'élaboration de la version zéro de la déclaration. Les parties prenantes ont également pu exprimer leurs points de vue lors des séances d'information du Groupe des amis de la couverture sanitaire universelle et de la santé mondiale, et lors de l'audience interactive multi-acteurs convoquée par le président de l'Assemblée générale le 29 avril 2019. Lors de cette audition, il a été proposé d'inclure le domaine de l'égalité des sexes et des droits des femmes en tant que septième demande clé ; cette proposition a été dûment acceptée.

LE GROUPE DES AMIS DE LA COUVERTURE SANITAIRE UNIVERSELLE ET DE LA SANTÉ MONDIALE CRÉÉ EN TANT QUE PLATEFORME À NEW YORK

Le Groupe des amis de la couverture sanitaire universelle et de la santé mondiale a organisé une série de séances d'information à New York, réunissant des agences des Nations Unies (dont l'OMS, qui a fait un exposé sur les résolutions et les discussions pertinentes à Genève), des experts et des organisations de la société civile. Le Groupe a également organisé une séance d'information pour lancer les questions clés préparées par CSU2030. Ces séances d'information ont permis d'aider les diplomates à New York à jouer un rôle informé et constructif dans les négociations sur la déclaration politique.

LIAISON ENTRE GENÈVE ET NEW YORK

Au siège de l'OMS à Genève, comme base pour formuler un projet de déclaration, la Thaïlande et le Japon ont conjointement dirigé l'élaboration d'une résolution intitulée « Préparation de la réunion de haut niveau de l'Assemblée générale des Nations Unies sur la couverture sanitaire universelle », qui a été adoptée par le Conseil exécutif en janvier 2019 (OMS, 2019c) et par l'Assemblée mondiale de la santé en mai 2019 (OMS, 2019d). Les représentants permanents de la Thaïlande et de la Géorgie auprès de l'ONU à New York, qui avaient été nommés co-facilitateurs des négociations sur la déclaration politique, ont effectué une visite à Genève en mai 2019 pour informer les États membres de l'OMS de l'état d'avancement des négociations à New York et pour consulter des experts techniques au siège de l'OMS en vue d'assurer la cohérence entre les processus de négociation dans les deux villes.

ALIGNEMENT DE LA DÉCLARATION SUR LES INITIATIVES PERTINENTES

Au cours de la rédaction et des négociations de la déclaration politique, les co-facilitateurs ont cherché à s'assurer que la déclaration était alignée sur les initiatives et résultats pertinents. Il s'agit notamment de (a) la Déclaration d'Astana, approuvée lors de la Conférence mondiale sur les soins de santé primaires qui s'est tenue à Astana au Kazakhstan, en octobre 2018 (OMS, 2019b); (b) le Plan d'action mondial pour une vie saine et le bien-être pour tous, lancé lors de l'Assemblée générale des Nations unies en septembre 2019 pour renforcer la collaboration entre les organisations multilatérales en vue d'aider les pays à progresser plus rapidement dans la réalisation des ODD liés à la santé³⁶; et c) la Déclaration des dirigeants du G20 d'Osaka (adoptée lors du Sommet du G20 qui s'est tenu à Osaka, au Japon, en juin 2019), qui comprend des engagements en matière de couverture sanitaire universelle. La Déclaration d'Astana a été invoquée au paragraphe 13 de la déclaration politique, qui indique que « les soins de santé primaires sont la pierre angulaire d'un système de santé durable pour la couverture sanitaire universelle et les Objectifs de développement durable liés à la santé ». La proposition d'inclure une référence au Plan d'action mondial pour une vie saine et le bien-être pour tous n'a pas été soutenue initialement par certains États membres, mais une telle référence est finalement apparue au paragraphe 77, où la formulation convenue de la déclaration des dirigeants du G20 à Osaka a été utilisée. Certains concepts de la déclaration des dirigeants du G20 d'Osaka ont également été intégrés dans la déclaration politique – par exemple, le « vieillissement actif et sain » (paragraphe 30) et la collaboration entre les autorités financières et sanitaires (paragraphe 39).

36 Voir <https://www.who.int/sdg/global-action-plan>

Résultats et défis

S'appuyant sur les processus inclusifs et soigneusement séquencés à la fois à Genève et à New York, qui avaient permis de rassembler un éventail de points de vue multi-acteurs, les co-facilitateurs ont élaboré une version zéro de la déclaration politique, qui a été diffusée auprès des États membres fin mai 2019, amorçant une série de négociations. Plus de 10 consultations informelles avaient eu lieu à la fin du mois de juillet; elles ont été complétées par des réunions en petits groupes et des réunions bilatérales pour traiter de préoccupations spécifiques. À l'issue des négociations, le projet final a été placé sous procédure de silence le 24 juillet. Le silence a été rompu à deux reprises sur des questions litigieuses au début du mois d'août (PGA, 2019b, 2019c, 2019d). Toutefois, grâce à l'habileté et à la persévérance des deux co-facilitateurs – qui ont organisé une réunion finale des ambassadeurs le 4 septembre ainsi que plusieurs discussions bilatérales informelles – le projet final de la déclaration politique a pu être placé à nouveau sous procédure de silence le 10 septembre (PGA, 2019e). À la fin de la période de silence deux jours plus tard, la déclaration politique avait été adoptée par consensus.

La déclaration politique de la réunion de haut niveau sur la couverture sanitaire universelle réaffirme divers accords pertinents et souligne le rôle central de la couverture sanitaire universelle pour la mise en œuvre du Programme 2030 pour le développement durable. En outre, elle énonce l'engagement des dirigeants mondiaux à réaliser la couverture sanitaire universelle d'ici 2030. Les principaux points de la déclaration ont été résumés par le Partenariat international pour la santé pour l'initiative CSU2030 sous la forme de « Objectifs, engagements et actions clés » (UHC2030, 2019c) en référence aux « Demandes clés » que le Partenariat avait compilés avant la réunion de haut niveau. Certains des points saillants de la déclaration politique sont présentés ci-dessous :

1. OBJECTIFS CLÉS

Parmi les objectifs les plus importants de la déclaration politique – objectifs qui ont fait l'objet de débats intenses au cours des négociations – figurent les suivants : fournir à toutes et à tous des services de santé essentiels de qualité d'ici 2030 ; inverser la tendance qui voit les dépenses de santé à la charge des patients atteindre des niveaux catastrophiques ; et éliminer la paupérisation liée aux dépenses de santé d'ici 2030. Il a été possible de parvenir à un accord sur ces objectifs grâce à une séance d'information technique donnée par des experts du siège de l'OMS, convoquée par les co-facilitateurs. Les États membres, dont le Japon, qui tenaient à fixer des objectifs numériques significatifs et ambitieux avaient demandé diverses précisions techniques, notamment sur les tendances et les estimations. D'autres objectifs clés sont résumés dans la **figure 1**.

Figure 1 : Déclaration politique : objectifs de résultats

| Objectifs mondiaux | Objectifs nationaux |
|--|---|
| <p>[24] Accélérer les efforts en vue de mettre en place la couverture sanitaire universelle d'ici à 2030 :</p> <ul style="list-style-type: none">→ Couvrir progressivement 1 milliard de personnes supplémentaires d'ici 2023 et tous les habitants d'ici 2030→ Inverser la tendance à la hausse des dépenses de santé catastrophiques, éliminer la paupérisation due aux dépenses de santé d'ici 2030 <p>[42] Développer les services, renforcer les systèmes de santé et mobiliser les ressources, en notant qu'un apport supplémentaire de 3 900 milliards USD d'ici à 2030 pourrait permettre d'éviter 97 millions de décès prématurés et d'allonger l'espérance de vie de 3,1 à 8,4 ans dans les pays à revenu faible ou intermédiaire.</p> <p>[60] S'attaquer à la pénurie de 18 millions de travailleurs de la santé et appeler à la création de 40 millions d'emplois dans ce secteur d'ici 2030.</p> | <p>[40] Optimiser les allocations budgétaires en faveur de la santé, élargir l'espace fiscal et donner la priorité à la santé dans les dépenses publiques, en mettant l'accent sur les soins de santé primaires, et prendre note de l'objectif recommandé par l'Organisation mondiale de la santé, à savoir 1 % supplémentaire du PIB ou plus.</p> |

Source : Déclaration politique de la réunion de haut niveau de l'Assemblée générale des Nations Unies sur la couverture sanitaire universelle

2. ENGAGEMENTS CLÉS

La Déclaration politique reprend les sept « demandes clés » compilées par le Partenariat international pour la santé en vue de la réalisation de l'objectif CSU2030, en mettant l'accent sur : l'importance de l'engagement politique ; l'élaboration et la mise en œuvre de politiques et de programmes fondés sur des données probantes ; l'appropriation nationale ; la lutte contre les inégalités en matière de santé afin de ne laisser personne de côté ; l'engagement des parties prenantes ; et l'augmentation des investissements, notamment par une collaboration accrue entre les autorités sanitaires et financières. La déclaration reconnaît l'urgente nécessité de renforcer les systèmes de santé et le rôle central des soins de santé primaires dans la réalisation de la couverture sanitaire universelle. En outre, la déclaration appelle au maintien de la justice sociale et des mécanismes de protection sociale afin que les systèmes de soins de santé soient véritablement complets et centrés sur les personnes.

3. DOMAINES CONTROVERSÉS

Trois grands domaines controversés ont nécessité une attention particulière et des consultations au cours du processus de négociation :

La santé et les droits sexuels et reproductifs

La santé et les droits en matière de sexualité et de procréation ont été l'un des sujets les plus controversés au cours des négociations, et de nombreux États membres y étaient attachés de différentes manières, comme cela s'est déjà produit dans d'autres forums des Nations Unies. Lorsqu'une question difficile est soulevée lors de négociations aux Nations unies, une approche éprouvée consiste à utiliser le langage convenu dans des documents antérieurs adoptés à l'unanimité par les États membres. Dans ce cas, cependant, il s'est avéré difficile de se mettre d'accord sur le langage convenu à utiliser. Une approche possible consistait à utiliser le document final de la session 2019 de la Commission des Nations Unies sur la condition de la femme (ONU-Femmes, 2019). Une formulation de ce document est apparue dans le projet zéro de la déclaration politique, mais elle a été contestée par certains États membres au motif que le texte source pourrait ne pas être un document consensuel et que le contexte était différent. Une autre approche possible consistait à utiliser le libellé de la résolution de l'Assemblée mondiale de la santé sur la préparation de la réunion de haut niveau (résolution WHA72.4), qui faisait référence à la « santé sexuelle et reproductive » ; toutefois, certains États membres ont estimé que cela était insuffisant, car il n'était pas fait mention des droits. Les deux approches auraient été tout aussi valables l'une que l'autre, mais après de longues consultations et des tentatives de persuasion qui se sont poursuivies jusqu'à la toute dernière minute, les États membres, comme l'ont suggéré les co-facilitateurs, ont finalement accepté de régler la question en utilisant le langage convenu des ODD – plus précisément des cibles 3.7 et 5.6 des ODD (ONU, 2015) – au paragraphe 68 de la déclaration politique.

Migrants

La question des migrants est un autre domaine controversé qui a nécessité des consultations approfondies, comme dans d'autres forums des Nations Unies. Certains États membres ont estimé qu'il n'était pas nécessaire de faire référence aux migrants dans la déclaration politique, tandis que d'autres l'ont jugé essentiel. De même, certains États membres ont estimé qu'il était nécessaire et pertinent d'invoquer le Pacte mondial pour des migrations sûres, ordonnées et régulières, tandis que d'autres n'étaient pas d'accord, soulignant que le Pacte mondial n'avait pas été universellement approuvé par les États membres des Nations unies. Enfin, comme l'ont suggéré les cofacilitateurs, les États membres ont accepté de fonder le paragraphe 70 de la déclaration politique sur le langage convenu de la résolution « Santé mondiale et politique étrangère » adoptée par l'Assem-

blée générale en décembre 2017 (ONU, 2018a). Le texte final de ce paragraphe fait généralement référence au fait de ne laisser personne derrière soi, y compris les migrants parmi d'autres groupes de personnes vulnérables.

Propriété intellectuelle et transparence des prix

La question de savoir comment trouver un équilibre entre la garantie que les produits médicaux sont abordables et la protection de la propriété intellectuelle afin d'encourager l'innovation est un sujet de débat permanent dans les négociations liées à la santé, notamment dans les négociations sur la déclaration politique. En outre, la question de l'accroissement de la transparence dans la fixation des prix des produits médicaux à prix élevé, qui a été longuement discutée lors de la soixante-douzième Assemblée mondiale de la santé en mai 2019, a été reprise dans ces négociations. En ce qui concerne la propriété intellectuelle, les co-facilitateurs ont décidé d'intégrer au paragraphe 51 de la déclaration le langage convenu lors des négociations de la Déclaration politique de la réunion de haut niveau de l'Assemblée générale sur la lutte contre la tuberculose en 2018 (ONU, 2018c). En ce qui concerne la transparence des prix, les États membres ont finalement choisi d'utiliser le langage convenu de la résolution WHA72.8 de l'Assemblée mondiale de la santé (OMS, 2019e) au paragraphe 50 de la déclaration politique, plutôt que de rouvrir à New York les discussions techniques sur ce sujet qui avaient eu lieu à Genève.

4. RESPONSABILITÉ ET SUIVI

La déclaration politique s'attache en outre à définir les tâches prioritaires en matière d'action, de suivi et de responsabilisation aux niveaux national et mondial, telles que : la fixation d'objectifs nationaux et le renforcement des plates-formes nationales de contrôle et d'évaluation ; le suivi et le renforcement des initiatives entreprises pour parvenir à une couverture sanitaire universelle par le biais de rapports d'activité établis par le Secrétaire général ; et l'organisation d'une réunion d'examen de haut niveau sur la couverture sanitaire universelle en 2023, destinée à consolider tous les efforts en matière de santé. Les engagements pertinents en matière de responsabilité et de suivi sont résumés dans la **figure 2**.

Figure 2 : Déclaration politique : suivi, responsabilité

| Suivi mondial | Suivi national |
|---|---|
| <p>[82] Rapport d'activité du SG à la 75^e session de l'Assemblée générale (2020/21).</p> <p>[82] Rapport du SG avec recommandations sur la mise en œuvre de la déclaration politique à la 77^e session de l'Assemblée générale (2022/23).</p> <p>[83] Réunion de haut niveau sur les soins de santé primaires en 2023 – la portée des modalités sera décidée par la 75^e session de l'Assemblée générale (d'ici septembre 2021).</p> | <p>[55] Renforcer la capacité des autorités gouvernementales nationales en matière de direction et de coordination stratégiques, en mettant l'accent sur les interventions intersectorielles, et renforcer la capacité des autorités locales.</p> <p>[79] Fixer des objectifs nationaux mesurables et renforcer les plateformes nationales de suivi et d'évaluation.</p> <p>[80] À la demande des États Membres, exploiter tout le potentiel du système multilatéral, y compris l'OMS, le système de développement des Nations Unies, les coordonnateurs résidents et les équipes de pays des Nations Unies, ainsi que d'autres acteurs pertinents, pour aider et soutenir les pays au niveau national en vue de réaliser la couverture universelle des besoins en santé.</p> |

Source: Political Declaration of the High-Level Meeting on Universal Health Coverage

Enseignements tirés et prochaines étapes

Les principaux enseignements tirés tout au long de la planification et des préparatifs, des négociations et de la convocation de la réunion de haut niveau sont présentés ci-dessous :

1. LE BON ORDRE DU JOUR AU BON MOMENT

Après l'adoption des ODD en 2015 et une série de réunions de haut niveau à l'ONU qui se sont concentrées sur des questions de santé spécifiques (2001, 2006, 2011, 2014, 2016 et 2018), il y avait un élan croissant pour qu'une approche globale de la santé soit discutée au niveau des chefs d'État. Le fait que les représentants de 165 États membres, dont 57 chefs d'État et de gouvernement, se soient inscrits à l'avance à la réunion de haut niveau sur la couverture sanitaire universelle suggère que le sujet était considéré comme digne de l'attention de la communauté internationale. Le fait que la réunion ait eu lieu le premier jour de la semaine de haut niveau de l'Assemblée générale des Nations unies a également contribué à garantir la participation de nombreux hauts représentants des États.

2. LEADERSHIP ET ENGAGEMENT DES CHAMPIONS DE LA COUVERTURE SANITAIRE UNIVERSELLE

Le leadership et l'engagement des champions de la couverture sanitaire universelle ont été essentiels au succès de la réunion de haut niveau. La Thaïlande et la Géorgie, les co-facilitateurs, et leurs équipes ont fait preuve de beaucoup de persévérance et de compétence tout au long des négociations. Le Secrétaire général des Nations Unies, le Directeur général de l'OMS et le Président de l'Assemblée générale ont très tôt manifesté leur soutien à l'ordre du jour par leurs déclarations et leurs actions, notamment en convoquant des réunions préparatoires. Les États membres – dont les champions de la couverture sanitaire universelle que sont le Brésil, la Géorgie, le Japon et la Thaïlande, ainsi que les membres du Groupe des amis de la couverture sanitaire universelle et de la santé mondiale – ont contribué à orienter les négociations et à convoquer la réunion de haut niveau. Des experts de la Thaïlande et de la Géorgie (en tant que co-facilitateurs), le Bureau du Président de l'Assemblée générale, le Président du Groupe des Amis et l'OMS (en tant que secrétariat technique des négociations) ont communiqué quotidiennement sur des questions pratiques, ce qui a permis de faire avancer le processus.

3. ENGAGEMENT MULTI-ACTEURS

Les « questions clés », compilées par le Partenariat international pour la santé CSU2030 et fondées sur des consultations approfondies avec la société civile, le secteur privé, les institutions philanthropiques et le monde universitaire, ont contribué à faire en sorte que les points de vue d'un large éventail de parties prenantes soient reflétés dans la déclaration politique. En outre, l'audition multi-acteurs convoquée par le président de l'Assemblée générale et la réunion d'information organisée par le Groupe des amis de la couverture sanitaire universelle et de la santé mondiale pour inviter le Partenariat international pour la santé à présenter les « questions clés » ont contribué à faire entendre la voix de ces parties prenantes dans les négociations finales.

4. PRÉPARER LES DIPLOMATES DE NEW YORK AUX NÉGOCIATIONS

Les diplomates à New York n'étant pas nécessairement des experts en matière de santé, le Groupe des amis de la couverture sanitaire universelle et de la santé mondiale a été créé afin de permettre aux États membres d'approfondir leur compréhension de la couverture sanitaire universelle et des points de vue des différentes parties prenantes. Des séances d'information sur les discussions pertinentes au siège de l'OMS et au sein des organes directeurs à Genève, ainsi que sur les consultations multi-acteurs, ont aidé les diplomates à se préparer aux négociations et à y participer de manière constructive. Des réunions d'information, organisées conjointement par les États Membres et les partenaires intéressés, ont également eu lieu sur des sujets tels que le rôle du secteur

privé dans les soins de santé, le financement de la couverture sanitaire universelle et le vieillissement de la population.

5. LIAISON ENTRE GENÈVE ET NEW YORK

Tous les efforts nécessaires ont été faits pour assurer la cohérence entre les discussions à Genève et à New York, qui avaient des dynamiques et des priorités différentes. Cet objectif a été atteint principalement grâce à la résolution préparatoire de l'Assemblée mondiale de la santé (WHA72.4; OMS, 2019d), à la réunion d'information des co-facilitateurs à Genève et à l'engagement d'experts du siège de l'OMS. Les bases techniques des négociations ont ainsi été posées, et il a été possible d'aborder certaines questions controversées comme la transparence des prix. Cependant, certains sujets – notamment la santé et les droits sexuels et reproductifs, ainsi que les migrants – se sont avérés plus controversés à New York qu'à Genève; ils ont nécessité une médiation et une persuasion ciblées, comme décrit ci-dessus. Les diplomates qui prendront part aux futures négociations sur la santé à New York devront garder à l'esprit leur nature politique, qui est étroitement liée aux développements plus larges de l'Assemblée générale.

La déclaration politique de la réunion de haut niveau sur la couverture sanitaire universelle approuvée par les dirigeants mondiaux le 23 septembre 2019 a réaffirmé le rôle de la couverture sanitaire universelle en tant que concept général pour tous les objectifs et cibles liés à la santé contenus dans le Programme 2030 pour le développement durable. La déclaration équivaut à un appel mondial en faveur de la santé pour tous d'ici 2030, soutenu par des objectifs, des engagements et des processus de suivi audacieux. Cet accord historique a été rendu possible par une série d'efforts concertés entre les différentes parties prenantes, qui se sont appuyés sur des initiatives antérieures et en cours sur la santé mondiale. La réalisation des différents objectifs spécifiques pour 2023 et 2030 énoncés dans la déclaration dépend de l'engagement de tous ceux qui sont engagés dans le domaine de la santé mondiale.

Liste des références

Les abréviations utilisées dans les citations in-text sont indiquées entre crochets après le nom complet de l'auteur à la première mention dans la liste de références ci-dessous.

Adhanom Ghebreyesus T (2017). All roads lead to universal health coverage. *Lancet Glob Health* 5(9):E839–40 ([https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(17\)30295-4](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(17)30295-4), consulté le 14 septembre 2020).

Group of Seven [G7] (2016). G7 Ise-Shima Leaders' Declaration. In: Ministry of Foreign Affairs [website]. Tokyo: Ministry of Foreign Affairs (<https://www.mofa.go.jp/files/000160266.pdf>, consulté le 14 septembre 2020).

Group of Seven (2019). G7 Health Ministers' Declaration. In: Ministry of Solidarity and Health [website]. Paris: Ministry of Solidarity and Health (https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/declaration_de_l_engagement_des_États_du_g7_.pdf, consulté le 14 septembre 2020).

Group of 20 [G20] (2019). G20 Osaka Leaders' Declaration. In: Ministry of Foreign Affairs [website]. Tokyo: Ministry of Foreign Affairs (https://www.mofa.go.jp/policy/economy/g20_summit/osaka19/en/documents/final_g20_osaka_leaders_declaration.html, consulté le 14 septembre 2020).

International Health Partnership for Universal Health Coverage 2030 [UHC2030] (2019a). Group of Friends of UHC. In: UHC2030 [website]. Geneva/Washington (DC): World Health Organization/World Bank (<https://www.uhc2030.org/un-hlm-2019/group-of-friends-of-uhc/>, consulté le 14 septembre 2020).

International Health Partnership for Universal Health Coverage 2030 (2019b). Moving together to build a healthier world: key asks from the UHC movement. In: UHC2030 [website]. Geneva/Washington (DC): World Health Organization/World Bank (https://www.uhc2030.org/fileadmin/uploads/uhc2030/Documents/UN_HLM/UHC_Key_Ask_Final.pdf, consulté le 14 septembre 2020).

International Health Partnership for UHC2030 (2019c). United Nations High-Level Meeting on Universal Health Coverage in 2019: key targets, commitments & actions. In: UHC2030 [website]. Geneva/Washington (DC): World Health Organization/World Bank (https://www.uhc2030.org/fileadmin/uploads/uhc2030/Documents/UN_HLM/UHC_key_targets_actions_commitments_15_Nov_2019__1_.pdf, consulté le 14 septembre 2020).

Ministers of Foreign Affairs [MoFA] of Brazil, France, Indonesia, Norway, Senegal, South Africa and Thailand (2007). Oslo Ministerial Declaration – global health: a pressing foreign policy issue of our time. *Lancet* 369:1373–8 ([https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(07\)60498-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(07)60498-X), consulté le 14 septembre 2020).

Ministry of Foreign Affairs [MoFA] of Japan (2017). Hosting the UHC Forum 2017. In: Ministry of Foreign Affairs [website]. Tokyo: Ministry of Foreign Affairs. 14 December (https://www.mofa.go.jp/press/release/press11e_000015.html, consulté le 14 septembre 2020).

Ministry of Foreign Affairs of Japan, World Bank, World Health Organization, United Nations Children’s Fund, Japan International Cooperation Agency, International Health Partnership for UHC2030 (2017). Tokyo Declaration on Universal Health Coverage. In: Ministry of Foreign Affairs [website]. Tokyo: Ministry of Foreign Affairs (<https://www.mofa.go.jp/files/000317581.pdf>, accessed 14 September 2020)

President of the General Assembly [PGA] (2019a). Letter of 6 March 2019 to all Permanent Representatives and Permanent Observers to the United Nations (<https://www.un.org/pga/73/wp-content/uploads/sites/53/2019/03/6March-co-facilitator-UHC.pdf>, consulté le 14 septembre 2020).

President of the General Assembly (2019b). Letter of 24 July 2019 to all Permanent Representatives and Permanent Observers to the United Nations (<https://www.un.org/pga/73/wp-content/uploads/sites/53/2019/07/PGA-letter-political-declaration-UHC-HLM-silence-procedure.pdf>, consulté le 14 septembre 2020).

President of the General Assembly (2019c). Letter of 7 August 2019 to all Permanent Representatives and Permanent Observers to the United Nations (<https://www.un.org/pga/73/wp-content/uploads/sites/53/2019/09/UHC-HLM-silence-procedure2.pdf>, consulté le 14 septembre 2020).

President of the General Assembly (2019d). Letter of 9 August 2019 to all Permanent Representatives and Permanent Observers to the United Nations (<https://www.un.org/pga/73/wp-content/uploads/sites/53/2019/08/HLM-UHC-silence-broken.pdf>, consulté le 14 septembre 2020).

President of the General Assembly (2019e). Letter of 10 September 2019 to all Permanent Representatives and Permanent Observers to the United Nations (<https://www.un.org/pga/73/wp-content/uploads/sites/53/2019/09/UHC-HLM-silence-procedure.pdf>, consulté le 14 septembre 2020).

United Nations [UN] (2001). Declaration of Commitment on HIV/AIDS [resolution adopted by the General Assembly on 27 June 2001]. New York: United Nations (A/RES/S-26/2; <https://undocs.org/en/A/RES/S-26/2>, consulté le 14 septembre 2020).

United Nations (2013). Global health and foreign policy [resolution adopted by the General Assembly on 12 December 2012]. New York: United Nations (A/RES/67/81; <https://undocs.org/en/A/RES/67/81>, consulté le 14 septembre 2020).

United Nations (2015). Transforming our world: the 2030 Agenda for Sustainable Development [resolution adopted by the General Assembly on 25 September 2015]. New York: United Nations (A/RES/70/1; https://www.un.org/ga/search/view_doc.asp?symbol=A/RES/70/1&Lang=E, consulté le 14 septembre 2020).

United Nations (2017). Work of the Statistical Commission pertaining to the 2030 Agenda for Sustainable Development [resolution adopted by the General Assembly on 6 July 2017]. New York: United Nations (A/RES/71/313; <https://undocs.org/A/RES/71/313>, consulté le 14 septembre 2020).

United Nations (2018a). Global health and foreign policy: addressing the health of the most vulnerable for an inclusive society [resolution adopted by the General Assembly on 12 December 2017]. New York: United Nations (A/RES/72/139; <https://undocs.org/en/A/RES/72/139>, consulté le 14 septembre 2020).

United Nations (2018b). International Universal Health Coverage Day [resolution adopted by the General Assembly on 12 December 2017]. New York: United Nations (A/RES/72/138; <https://undocs.org/en/A/RES/72/138>, consulté le 14 septembre 2020).

United Nations (2018c). Political declaration of the high-level meeting of the General Assembly on the fight against tuberculosis: “United to end tuberculosis: an urgent global response to a global epidemic” [resolution adopted by the General Assembly on 10 October 2018]. New York: United Nations (A/RES/73/3; <https://undocs.org/en/A/RES/73/3>, consulté le 14 septembre 2020).

United Nations (2019a). Political declaration of the high-level meeting on universal health coverage: “Universal health coverage: moving together to build a healthier world” [resolution adopted by the General Assembly on 10 October 2019]. New York: United Nations (A/RES/74/2; <https://undocs.org/en/A/RES/74/2>, consulté le 14 septembre 2020).

United Nations (2019b). UN welcomes “most comprehensive agreement ever” on global health. In: UN News [website]. New York: United Nations. 23 September (<https://news.un.org/en/story/2019/09/1047032>, consulté le 14 septembre 2020).

United Nations (2019c). Scope, modalities, format and organization of the high-level meeting on universal health coverage [resolution adopted by the General Assembly on 13 December 2018]. New York: United Nations (A/RES/73/131; <https://undocs.org/en/A/RES/73/131>, consulté le 14 septembre 2020).

United Nations Entity for Gender Equality and the Empowerment of Women [UN-Women] (2019). Social protection systems, access to public services and sustainable infrastructure for gender equality and the empowerment of women and girls. 2019 Commission on the Status of Women, agreed conclusions. New York: United Nations Entity for Gender Equality and the Empowerment of Women (<https://www.unwomen.org/-/media/headquarters/attachments/sections/csw/63/conclusions63-en-letter-final.pdf?la=en&vs=3258>, consulté le 14 septembre 2020).

World Health Organization [WHO] (2019a). Primary health care on the road to universal health coverage: 2019 global monitoring report. Geneva: World Health Organization (https://www.who.int/healthinfo/universal_health_coverage/report/uhc_report_2019.pdf?ua=1, consulté le 14 septembre 2020).

World Health Organization (2019b). Declaration of Astana. Geneva: World Health Organization (WHO/HIS/SDS/2018.61; <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/328123/WHO-HIS-SDS-2018.61-eng.pdf>, consulté le 14 septembre 2020).

World Health Organization (2019c). Resolution EB144.R10. Preparation for the high-level meeting of the United Nations General Assembly on universal health coverage. In: Executive Board, 144th session, Geneva, 24 January–1 February 2019. Resolutions and decisions, annexes. Geneva: World Health Organization (http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB144-REC1/B144_REC1-en.pdf, consulté le 14 septembre 2020).

World Health Organization (2019d). Resolution WHA72.4. Preparation for the high-level meeting of the United Nations General Assembly on universal health coverage. Geneva: World Health Organization (https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA72/A72_R4-en.pdf, consulté le 14 septembre 2020).

World Health Organization (2019e). Resolution WHA72.8. Improving the transparency of markets for medicines, vaccines, and other health products. Geneva: World Health Organization (https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA72/A72_R8-en.pdf, consulté le 14 septembre 2020).

