

## LA SANTÉ : UNE PLACE CROISSANTE DANS LES POLITIQUES INTERNATIONALES

M. DIXNEUF, J-L. REY

*Med Trop* 2004 ; 64 : 561-566

**RÉSUMÉ** • Après la guerre froide les relations internationales sont apparues plus clairement, elles ne consistent pas seulement en conflits plus ou moins armés, elles sont aussi du domaine économique et social. Les politiques étrangères des pays bailleurs d'aides bilatérales et même multilatérales interviennent pourtant depuis longtemps dans les politiques de santé en Afrique. Mais, depuis 10 ans on assiste à une interaction forte entre politique internationale et politique de santé. Deux faits en sont à l'origine, l'accès aux médicaments et l'OMC d'une part, l'extension du sida et ses conséquences d'autre part. Le problème de l'accès aux médicaments pour les plus pauvres (droit fondamental) a fait émerger sur la scène internationale une société civile de plus en plus forte et efficace. Le sida par ses répercussions sociales et économiques, donc par son rôle dans la politique et par ses répercussions sur la sécurité, est devenu une donnée centrale des relations internationales. Pour ces deux facteurs la place et le rôle des USA est démonstratif de l'interaction santé et relations internationales.

**MOTS-CLÉS** • Relations internationales - Santé - Sida - Médicaments - OMC - ONU.

.....  
**HEALTHCARE: A GROWING ROLE IN INTERNATIONAL POLICY**

**ABSTRACT** • Since the end of the cold war the tone of international relations has clearly changed. Whereas relations were once defined strictly in terms of more or less armed confrontation, economic and social issues now play a growing role. Healthcare policies in Africa have long been influenced by the policies of countries sponsoring bilateral and even multilateral foreign aid programs. However the last ten years have witnessed an increasing interaction between international policy and healthcare policy. The two main reasons for this trend involve 1) access to drug treatment and the WTO and 2) the extension and impact of the AIDS epidemic. The problem of access to drug treatment for poor populations (fundamental right) has led to the emergence of an increasingly strong and effective civil society. Because of its social and economic effects as well as its geopolitical and security implications, AIDS has become a major factor in international relations. With regard to both these issues the place and role of the USA is demonstrative of the interaction between healthcare and international relations.

**KEY WORDS** • International relations - Healthcare - AIDS - Drugs - WTO - UN.

La guerre froide a longtemps laissé croire que les politiques internationales, c'est-à-dire la définition de la répartition des pouvoirs entre les acteurs internationaux, étaient essentiellement animées par les enjeux stratégiques globaux, les interventions extérieures occasionnellement appuyées par des troupes locales et l'instrumentalisation des mouvements armés. La fin progressive de cette période entre 1989 et 1995 a pu faire naître l'illusion de l'entrée dans une « nouvelle ère » qui aurait été celle de la guerre économique. Les événements de ces dernières années montrent largement qu'il faut se méfier du miroir déformant que l'actualité renvoie de la politique internationale. Celle-ci est constituée d'un

écheveau de tensions de diverse nature tissées entre des acteurs nombreux et hétérogènes.

La santé révèle cette complexité des politiques internationales, qui voit l'enchevêtrement de visées globales, d'arrangements commerciaux, de défense de principes, le tout servi ou combattu par une multitude d'acteurs internationaux qui sont loin de n'être que les Etats (1, 2, 3). Ce qui ne signifie pas que les enjeux stratégiques extérieurs aux problèmes sanitaires ne sont pas essentiels ni que les enjeux commerciaux les plus fondamentaux sont exclusivement associés à la santé. L'épidémie d'infection à VIH/sida qui se développe depuis vingt ans est une bonne illustration de l'importance de la santé dans les relations internationales, encore plus depuis l'arrivée des traitements : les enjeux se sont multipliés et amplifiés, car les anti-rétroviraux (ARV) sont arrivés à un moment particulier : fusions successives dans l'industrie du médicament, naissance de l'OMC, transformation des rapports de force internationaux à la suite de la disparition de l'URSS.

• M.D., Docteur en science politique, Conseil national du sida et de J-L.R., Médecin de santé publique, ESTHER, Paris. « ces propos n'engagent que leurs auteurs ».

• Correspondance: J-L. REY, ESTHER 36 rue de Charenton 75012 Paris • Fax : +33 (0)1 53 17 51 57 •

• Courriel : jean-loup-rey@esther.fr •

• Article sollicité.

Les enjeux se sont multipliés car il ne s'agissait plus seulement de donner des traitements, mais de décider si des traitements coûteux pouvaient être dispensés dans des pays pauvres et dans quelles conditions. Cela faisait intervenir l'OMS, mais aussi les entreprises productrices, les Organisations internationales gouvernementales (OIG) gestionnaires des programmes de santé comme les Etats mettant en œuvre des politiques de coopération dans le domaine de la santé. Les enjeux se sont amplifiés car des ONG internationales sont intervenues dans le débat, comme des associations nationales de malades du sida. Les dimensions industrielle et commerciale des politiques mondiales de santé apparaissent plus clairement comme des enjeux de politique étrangère des Etats. Le développement de l'épidémie de sida contribue largement à donner une place croissante aux questions de santé dans les politiques internationales, que ce soit au niveau des organisations internationales, des enjeux commerciaux ou de la politique étrangère des grandes puissances (4).

#### L'IMPLICATION DES INSTITUTIONS INTERNATIONALES DANS LA SANTÉ PUBLIQUE DES PAYS EN DEVELOPPEMENT

L'épidémie d'infection à VIH a contribué à ce que le degré d'implication des organisations internationales dans les Etats soit unique dans l'histoire de la santé publique, toutefois il est important de faire l'état des lieux des politiques nationales de santé des pays en développement (PED) avant l'apparition du sida.

Les PED consacrent environ 3% de leur budget national à la santé. A cette somme, il faut ajouter pour certains pays, africains surtout, une part indéterminée du budget consacrée par le ministère de la Fonction publique aux salaires des employés du secteur santé. Avec des moyens aussi réduits, il est clair que la marge de manœuvre des ministres de la santé est faible. Aussi, depuis la décolonisation le rôle de ces ministres est-il de faire des compromis entre les deux tendances d'administration de la santé : d'une part, des actions de structuration du système de santé et, d'autre part, le contrôle et la gestion de programmes verticaux consacrés à une seule maladie. Ceci existait du temps de la colonisation française et portugaise avec deux services comprenant pour l'un la prévention et l'hygiène dans les SGHMP (Service généraux d'hygiène et de médecine préventive) et pour l'autre les soins dans les services d'AMI (Assistance médicale indigène).

Cette dichotomie était également présente au niveau des aides bilatérales entre une aide à un programme de lutte (plus visible) et une aide au fonctionnement ou à la (re) structuration des systèmes de santé. Elle se retrouve aussi dans l'aide caritative entre des congrégations qui font fonctionner des centres de santé de qualité et des organisations qui financent largement des programmes de lutte contre la lèpre, même si celle-ci n'a jamais été un problème majeur, ou des programmes au bénéfice des enfants. Cette dichotomie existait aussi au temps de la guerre froide au niveau de l'OMS où

étaient financés d'un côté de grands programmes de lutte contre la maladie (paludisme) avec l'appui préférentiel de l'occident et de l'autre des aides aux systèmes de santé avec l'appui de l'URSS qui avait placé des gestionnaires et des épidémiologistes dans toutes les représentations de l'OMS dans les PED (5).

#### Le tournant d'Alma-Ata

En 1978, à la conférence d'Alma-Ata, pour la première (et la dernière) fois Est et Ouest se mettent d'accord sur un constat d'échec des politiques de l'OMS visant à améliorer la santé dans les PED. Ils s'accordent sur une réorientation des moyens de l'organisation vers la lutte contre les maladies de civilisation (prépondérantes au Nord) et un discours faisant la promotion des soins de santé primaires et de la médecine traditionnelle. Parallèlement le Programme élargi de vaccinations (PEV) se met en place et se développe (domaine où la technologie ne permet pas aux PED de faire une concurrence réelle aux pays industrialisés).

Avant même la chute du mur qui précipitera les choses, il y a avec Alma-Ata un arrêt de la compétition Est-Ouest. Cette situation s'amplifiera après la disparition du bloc soviétique, elle s'accompagne pour les responsables de la santé des PED de trois évolutions majeures : la compétition des aides bilatérales, d'un même pays parfois, la volonté de l'OMS de renouveler les « *success stories* » comme l'éradication de la variole et l'influence grandissante de la Banque Mondiale et du FMI sur le secteur santé. Cette influence culminera avec l'Initiative de Bamako où, partant du juste constat que les structures de santé privées fonctionnaient mieux que celles du public, il est préconisé de responsabiliser les utilisateurs de ces structures publiques en instituant le recouvrement des coûts pour faire fonctionner les structures de santé.

La compétition bilatérale est surtout visible pour les gros donateurs comme les USA avec le programme de lutte contre les maladies infantiles « *Combating children communicable diseases* (CCCD) » managé par les *Centers for Diseases Control*, en parallèle avec le programme ONCHO de lutte contre l'onchocercose (géré financièrement par le PNUD et la Banque mondiale ; techniquement par l'OMS) ou, plus grave en conséquences, le projet de la Fondation Carter d'élimination du ver de Guinée. On assiste aussi au sein des institutions de l'ONU à une compétition entre les programmes de lutte contre les diarrhées (sous la bannière OMS avec M. Merson, futur responsable du grand programme sida de l'OMS) et les programmes pour la nutrition ou le PEV pour lesquels l'UNICEF est leader. Les effets de ces compétitions sont surtout nets pendant les quelques années où les USA sont de loin le principal bailleur de l'OMS avant qu'arrive le Japon qui, malgré sa participation financière élevée, n'a jamais pu affirmer un rôle de leader. Pour les autorités concernées, ces compétitions ont le gros défaut de détourner du système public de santé et de leurs activités certains moyens matériels, mais surtout les meilleurs éléments humains qui trouvaient dans ces programmes des salaires et des avantages nettement supérieurs à ceux de la fonction publique.

## Apparition du sida

C'est dans ce contexte qu'apparaît, vers 1985, le sida alors que les programmes Carter ou CCCD utilisaient « à leur profit » des médecins et infirmiers tout en détournant l'attention des autorités, occupées à répondre aux besoins des bailleurs qui apportaient la plus grande partie de leurs moyens de fonctionnement. Jusque dans les années 90, de nombreux pays africains ont consacré plus de moyens publics à la lutte contre la dracunculose qu'à la lutte contre le sida. Et malgré l'importance du sida sur la santé, mais aussi sur l'économie ou la société, très rares ont été les pays où le budget de la santé a augmenté (Brésil, Thaïlande, Ouganda). Dans tous ces pays le corps médical s'est d'abord désintéressé du sida ; il s'agissait d'une maladie où la médecine était impuissante, qui échappait à la santé au sens large. Par contre, la lutte contre le sida n'a pas échappé à la compétition entre donateurs et la verticalité a flambé parce qu'il fallait que ces aides soient visibles pour les populations du Nord et les associations de lutte contre le sida des pays donateurs.

Heureusement l'OMS grâce à J. Mann qui crée le *Global Program AIDS* GPA, impose des règles de santé publique bénéfiques avec la création de Programmes nationaux de lutte contre le sida (PNLS) multidisciplinaires, des programmes de lutte à court et moyen terme, des programmes de prévention contre la propagation du virus et contre ses effets délétères sur la société (DDH, équité, lutte contre les discriminations). Dans ces PNLS, les enjeux de pouvoir au niveau universitaire et politique sont nombreux, mais très variables selon les pays. L'accent mis à juste titre sur la prévention oblige à des alliances inhabituelles, ainsi qu'à coopérer avec la société civile, les associations et les autres ministères. Tous les programmes extérieurs d'aide à la lutte contre le sida apportent des budgets additionnels. En principe, ces programmes ne doivent pas consommer le budget national pour ne pas nuire au fonctionnement du système de santé, mais la charge supplémentaire due au sida est telle et les effets indirects des financements externes si puissants que les systèmes de santé s'effondrent.

L'arrivée des traitements spécifiques a bouleversé le tableau car la médecine est à nouveau efficace et triomphante, les enjeux se multiplient et s'amplifient. La lutte contre le sida s'internationalise en dehors de l'OMS avec la création de ONUSIDA pour permettre une synergie des actions des organismes onusiens. Mais la coordination de ces organismes est difficile et jamais très efficace. Elle a pour conséquence, dans la suite du GPA, de créer une mobilisation politique plus forte dans les pays avec un organisme national ne dépendant plus du ministre de la santé mais du Premier ministre ou du chef de l'Etat. Cette mobilisation politique forte a parfois des effets négatifs en créant une compétition entre le Comité national sida ainsi fondé et le ministre de la santé.

Comme pour d'autres programmes de santé, les organisations internationales sont partie prenante des rivalités politiques liées à la lutte contre le VIH, que ce soit pour défendre leurs propres positions où que cela naisse de leur instrumentalisation par les Etats. L'OMS est apparue naturellement comme la première organisation concernée. La création du GPA au sein de l'OMS, sous l'impulsion puis la

direction de J. Mann, a pu conforter l'organisation dans sa position de chef de file de la lutte. Les modalités de fonctionnement du GPA ont marqué les prémices de nouveaux modes de relations entre les acteurs internationaux : le GPA a encouragé la création d'ONG de niveau international pour améliorer le plaidoyer des associations nationales (6). Des changements à la direction de l'OMS vont conduire au départ de J. Mann et favoriser la création d'ONUSIDA, qui est un secrétariat chargé de coordonner les actions des agences des Nations Unies (OMS, BIT, PNUD) et des différents fonds (UNICEF, FNUAP).

Amorcé à la fin du mandat de Brundtland et amplifié avec l'arrivée de Jon Wok Lee à la direction de l'organisation, l'OMS amorce au début des années 2000 un retour au premier plan de la lutte contre le VIH. Alors que l'ONUSIDA est de plus en plus critiqué, le bureau VIH de l'OMS passe entre 2001 et 2003 de quelques personnes à plusieurs dizaines, l'OMS lance l'initiative « 3by5 » le 1<sup>er</sup> décembre 2003 qui se présente comme un plan qui doit bénéficier de la coordination des agences du système des Nations unies. La publication du rapport annuel sur la santé de l'OMS consacré exclusivement au VIH en mars 2004 démontre un intérêt renouvelé de cette organisation. Bien entendu, cet intérêt doit respecter les champs d'action habituels des agences du système des Nations Unies et l'on retrouve dans le plan de l'OMS la répartition des rôles mentionnés par ONUSIDA : l'UNICEF prend en charge les enfants, le FNUAP les adolescents. D'autres organisations agissent parallèlement. La Banque Mondiale avec les MAP (Multicountry aids programm), le Fonds mondial<sup>1</sup> qui contraint les pays à définir des plans de lutte précis pour bénéficier de ses aides. La coordination de ces actions est devenue une nécessité organisationnelle, mais aussi un enjeu politique et d'image (4).

---

## L'ÉMERGENCE DES ENJEUX DE SANTÉ DANS LE COMMERCE INTERNATIONAL

---

Les rivalités des Organisations Inter-Gouvernementales (OIG) alimentées par la lutte contre l'épidémie d'infection à VIH émergent peu sur la scène publique internationale ou de manière atténuée. Ce qui n'est pas le cas des affrontements qui impliquent l'industrie pharmaceutique, des ONG et des Etats. A partir de la fin des années 90, plusieurs ONG se sont engagées dans des campagnes en faveur de l'accès aux médicaments contre le sida dans les pays pauvres. Ce sont les accords de l'OMC qui sont mis en cause dans ces campagnes. L'un de ces accords porte sur le droit de propriété intellectuelle (DPI) et protège les médicaments de marque contre les copies en étendant le principe des brevets à tous les pays

<sup>1</sup> Le Fonds mondial pour combattre le sida, la tuberculose et le paludisme a été formellement créé en janvier 2002. Le comité directeur du Fonds rassemble sept pays représentants des pays donateurs, sept représentants des pays en développement, deux représentants des ONG et deux représentants des entreprises privées. Le Fonds collecte et redistribue des fonds pour lutter contre ces trois maladies.

membres de l'OMC. Le brevet a pour principe de protéger une invention en donnant à son détenteur un droit de commercialisation exclusif qui lui permet théoriquement de compenser la dépense effectuée pour le développement du produit nouveau. Tous les pays n'ont pas le même droit des brevets, et l'accord sur les aspects de la propriété intellectuelle qui touchent au commerce (ADPIC ou TRIPS en anglais) a pour objectif d'unifier ces droits nationaux, tout en respectant des délais variables d'application selon le niveau de développement des pays. Ainsi, les pays qui n'avaient pas ce droit ont pu développer une industrie pharmaceutique qui produisait des copies. Ce fut le cas des pays développés jusqu'au début des années 70, et celui du Brésil ou de l'Inde aujourd'hui. Particulièrement chers, les antirétroviraux sont inaccessibles pour nombre de pays en développement qui font face à l'épidémie de sida. Les ADPIC prévoient des exemptions au droit des brevets en cas « d'urgence sanitaire ».

Le travail des ONG va donc être de faire appliquer cette clause afin de permettre la production de copies qui seront plus accessibles aux Etats pauvres. Cela va donner lieu à des controverses très violentes et à des pressions fortes des pays riches sur les pays pauvres. On se souvient du procès intenté par des entreprises au gouvernement sud africain et aux pressions des Etats-Unis sur la Thaïlande et le Brésil pour qu'ils cessent de produire des copies. Parallèlement, il a pu être dit que l'accès aux traitements était irréalisable en Afrique compte tenu de l'incapacité des Africains à respecter des horaires ou de la déliquescence des structures de soins. Si ce dernier point se vérifie, il n'en reste pas moins un argument pour éviter d'appliquer le droit tel qu'il est, c'est à dire parfois au bénéfice des plus faibles. Ces dernières années, la déclaration de Doha en novembre 2001 complétée par la décision d'août 2003 ont permis d'atténuer les conflits et de reconnaître aux pays en développement la possibilité de produire des copies ou de les importer. Selon ces textes, les pays dotés de capacités de production peuvent produire des copies de médicaments sous licence obligatoire. Ce qui signifie que le gouvernement peut légalement autoriser une entreprise à copier un produit de marque au motif de l'urgence sanitaire, sans que la firme productrice soit tenue de verser les royalties attendues à celle qui détient le brevet. Les pays sans industrie se voient offrir la possibilité d'émettre une licence obligatoire pour faire fabriquer ces copies dans un pays tiers, à la condition d'informer l'OMC des volumes produits et de garantir que les médicaments atteindront bien leur destination.

### La santé et la politique étrangère

Au regard de la gravité de la situation sanitaire dans les pays en développement, du point de vue de l'infection à VIH, mais également de nombreuses autres pathologies, il peut sembler aller de soi de permettre à des pays pauvres de s'approvisionner aux meilleurs coûts. Pourtant, les pays les plus développés, à commencer par les Etats-Unis, se sont violemment opposés à ces solutions, qui ne sont que l'application de clauses prévues par un accord qu'ils ont eux-mêmes promu. Cette position est cependant cohérente du point de

vue de la politique étrangère des Etats-Unis. En premier lieu, si l'on accepte que la politique étrangère d'un Etat consiste à façonner autant que possible son environnement extérieur au profit de ses intérêts et de ceux de ses ressortissants, l'application des ADPIC dans un sens favorable aux pays pauvres est contraire à la politique étrangère des Etats-Unis.

### Une stratégie globale : les Etats-Unis

Dès le début des années 80, les entreprises de l'édition (audiovisuelle, livre, logiciel) et de la chimie pharmaceutique ont souligné l'importance stratégique du droit des brevets. En réponse à ces sollicitations, les administrations successives des Etats-Unis, accompagnées par les autres Etats de l'OCDE, ont entrepris d'insérer dans les négociations du GATT ce droit, qui va devenir l'un des quatre accords commerciaux qui fondent l'OMC. L'analyse des débats et négociations des années 1999-2003 sur l'application du droit de la propriété intellectuelle au médicament montre qu'il ne s'agit pas seulement cependant pour les Etats-Unis de défendre les intérêts des industriels. On relève ainsi l'articulation d'arguments d'ordre financier, de production, de savoir et de sécurité. Dans un cas, il va être avancé que la perte financière des industries de marque va affaiblir leur potentiel de recherche et par conséquent limiter leurs capacités de réponse lors de l'émergence de nouvelles épidémies. A un autre moment, c'est la qualité de la production de générique ou de copie qui va être mise en doute et utilisée de deux manières. D'une part, on va dire aux dirigeants des pays pauvres : plutôt que de mal produire, acceptez nos aides financières pour acheter nos produits. Ce qui peut être aussi : vous n'aurez pas d'aide si vous n'achetez pas les produits de marque. D'autre part, on met en garde contre le développement de résistances aux ARV que pourraient susciter des traitements insuffisamment puissants. Ce qui risquerait de conduire à des épidémies de virus résistants aux traitements existants et déstabiliser des pays comme la Russie, le Nigeria ou l'Inde. Il s'agit donc pour les Etats-Unis de préserver ce que l'on appelle la puissance structurelle, c'est à dire la capacité de façonner l'environnement économique et politique dans lequel les autres Etats vont agir. Il ne s'agit pas seulement d'arriver à convaincre ou à contraindre un Etat à agir dans un sens, mais à faire en sorte que l'environnement dans lequel il évolue ne lui laisse pas d'autre choix (3).

La déclaration de Doha et la décision d'août 2003 auraient pu faire penser que cette lecture de la politique étrangère des Etats-Unis était assez pessimiste. D'autant plus qu'en juin 2003 les Etats-Unis ont annoncé un plan d'une ampleur sans égale en faveur de la lutte contre le VIH, dont les détails sont rendus publics en mars 2004. Mais, aujourd'hui les Etats-Unis déploient des efforts soutenus pour négocier des accords bilatéraux de libre échange qui tous comportent une partie sur les DPI plus restrictive que les ADPIC. Les arrangements trouvés au sein de l'OMC sont donc loin d'avoir réglé le problème de l'accès aux médicaments aux meilleurs prix. Ces accords suscitent notamment en Australie des mouvements sociaux importants et peuvent remettre en cause le succès de politique contre le sida comme en Thaïlande dont le programme repose en partie sur une pro-

duction nationale de copies. Des négociations ont débuté avec ce pays en juillet 2004, mais les discussions avec les Etats-Unis peuvent aussi concerner des ensembles régionaux comme la CAFTA (Central America free trade area / janvier 2004) ou la SACU (Southern african customs union : Botswana, Lesotho, Namibie, Afrique du Sud et Swaziland) (7).

Plus récemment encore, les Etats-Unis tentent de décrédibiliser les combinaisons de médicaments génériques en un comprimé ou FDC (fixed dose combination) en contestant à l'OMS les compétences pour leur évaluation. Dans le même temps, la FDA (*Food and Drug Administration*) annonce mi-mai 2004 une procédure accélérée d'homologation de ces FDC au moment où trois entreprises de marque annoncent leur volonté de produire un FDC. Cette homologation est effective en août pour deux produits.

### **Un instrument de politique étrangère largement partagé**

Parallèlement à la cristallisation des positions relatives à l'accès aux médicaments, le VIH occupe une place croissante dans les préoccupations affichées des pays, qu'il s'agisse de pays européens riches ou de pays en développement. Les politiques étrangères, c'est à dire l'ensemble des moyens mis en œuvre par un Etat pour façonner son environnement et signifier ce que doit être pour lui cet environnement, y font de plus en plus référence. La prise de position française de 1997 en faveur d'un accès généralisé aux traitements marque ainsi un tournant. Très progressivement, les sommets du G8 ont intégré les questions de santé pour arriver aujourd'hui à aborder frontalement le problème du VIH (4). En 2003-2004, la France, les Etats-Unis suivis de la Belgique, de la Suède et des Pays Bas se sont dotés d'ambassadeurs pour le VIH. Certains Etats comme la Grande Bretagne ont enfin modifié leur ligne de conduite à l'égard de l'épidémie en souscrivant à l'idée de la nécessité d'un accès généralisé au traitement.

La prise de position des Britanniques aux côtés des Etats-Unis et de l'ONUSIDA dans la promotion des « trois piliers » montre que le sida, et la définition des modalités qui doivent présider à la distribution de l'aide, sont une ressource pour le positionnement des Etats. Ces piliers sont les trois principes directeurs de coordination des ripostes nationales au VIH/sida soit : un cadre d'action unique pour coordonner l'action de tous les partenaires, un organisme national de coordination de la lutte contre le sida à représentation large et un système de suivi et d'évaluation à l'échelle du pays.

De même, la conférence de Bangkok a été l'occasion de manifester pour de nombreux Etats des positions antagonistes. La focalisation des débats sur la méthode dite ABC (Abstain, Be faithful, use Condom) montre que les enjeux ne sont pas seulement commerciaux, même si un lien est créé entre le suivi de ces principes par les Etats et l'aide qu'ils peuvent recevoir. En effet, les principes ABC mettent plus particulièrement en avant l'abstinence, ce qui ne peut pas avoir beaucoup d'écho dans des pays où les femmes et les jeunes filles n'ont pas le pouvoir de refuser des relations sexuelles. C'est également un débat entre des représentations non seulement de ce que peut être un ordre moral, ce qui ne nous inté-

resse pas ici, mais aussi un ordre politique, c'est à dire l'organisation de la distribution des ressources et du pouvoir. Une puissance dominante peut-elle revendiquer la possibilité de définir l'environnement des politiques de santé dans un Etat tiers ? Quelle est la marge de manœuvre des Etats les plus touchés ? Si les Etats-Unis s'appuient sur les mouvements religieux pour la promotion de leur politique contre le VIH, quel impact ce soutien financier peut-il avoir sur l'organisation politique interne des Etats ? La question du sida et des médicaments permet aussi à des pays intermédiaires de faire entendre leur voix et de se distinguer des Etats-Unis comme de l'Europe. L'exemple le plus récent est la déclaration lors de la conférence sur le sida à Bangkok, de la coopération entre plusieurs pays du sud, notamment pour la production de médicaments : Brésil, Russie, Chine, Nigeria, Thaïlande et Ukraine.

Le développement du sida et la violence que représente cette affection pour les personnes qui en sont victimes en ont même fait une arme de guerre, un produit des conflits voire un facteur de transformation de ceux-ci. Ainsi, le sida influence trois aspects des conflits armés en Afrique : les combattants, la manière dont les conflits sont conduits et leur signification sociale (8, 9, 10). De plus, la menace d'une épidémie, source de déstabilisation des sociétés et de conflits futurs, est utilisée par certains Etats pour promouvoir leur position sur la définition des politiques internationales de santé. Ainsi, les Etats-Unis agitent le chiffon d'une épidémie de virus résistants pour promouvoir le recours aux médicaments de marques, soulignant les dangers de traitements à base de génériques (11, 12).

Depuis longtemps les politiques sanitaires ont fait l'objet d'instrumentalisation au service des politiques étrangères des Etats : les mises en quarantaine étaient un moyen simple de peser sur le commerce des marchandises. Actuellement, la santé ne se présente plus comme un moyen ponctuel ou secondaire pour faire valoir sa puissance. Les interactions entre la définition de règles du commerce international et la mise en œuvre d'une politique de santé d'échelle mondiale pour lutter contre le VIH sont flagrantes. Le choix d'un type de politique sanitaire, un accès généralisé aux traitements avec des génériques par exemple, induit une prise de position précise dans les négociations commerciales. Par ailleurs, la mise en œuvre des programmes internationaux dans les pays les plus touchés et le déblocage de l'aide financière suppose de la part des Etats concernés une modification importante de leur gestion interne. Les politiques internationales de santé peuvent avoir ainsi un impact sur la gouvernance interne. Il n'a été ici question que des pays en développement et principalement de l'épidémie d'infection à VIH. Mais les politiques commerciales bilatérales, comme les accords entre les Etats-Unis et l'Australie, et les accords de l'OMC sur le commerce des services par exemple, peuvent avoir un impact sur les politiques de santé nationales des pays riches (13, 14). La place croissante de la santé dans les politiques internationales ne tient donc pas seulement à l'instrumentalisation qui peut en être faite dans les rapports de force internationaux, mais aussi à l'impact des cadres multilatéraux sur les politiques nationales.

## RÉFÉRENCES

- 1 - ALTMAN D - Globalization, Political Economy, and HIV/AIDS. *Theory and Society* 1999; **28** : 559-584.
- 2 - DIXNEUF M - Au-delà de la santé publique : Les médicaments génériques entre perturbation et contrôle de la politique mondiale. *Revue Française de Science Politique* 2003; **53** : 277-304.
- 3 - DIXNEUF M - La santé publique comme observatoire des dynamiques de la mondialisation. In « LAROCHE J - Mondialisation et gouvernance mondiale ». PUF ed, Paris, 2003, pp 213-225.
- 4 - DIXNEUF M - La santé, enjeu de la gouvernance mondiale? Les études du CERI, n° 99, décembre 2003.
- 5 - KOIVUSALO M, OLLILA E - Making a Healthy World: Agencies, Actors and Policies in International Health, Londres, Zed Books, 1997.
- 6 - SODERHÖLM P - Global governance of AIDS: Partnership with Civil Society. Lünd University Press rf, Münd, 1997.
- 7 - DIXNEUF M - Sida : Changer d'échelle ? In « RAMSES 2005 ». IFRI/Dunod ed, Paris, 2004, pp 305-306.
- 8 - ALTMAN D - Understanding HIV/AIDS as a Global Security Issue. In « LEE K - Health Impacts of Globalization ». Toward Global Governance ed, Basingstoke, Palgrave MacMillan, 2003, pp 33-46.
- 9 - ELBE S - HIV/AIDS and the Changing Landscape of War in Africa. *International Security* 2002; **27** : 159-177.
- 10 - MILLELIRI JM - Le sida transforme le paysage des conflits armés en Afrique. *Transcriptase* 2003; **110** : 13-18.
- 11 - GORDON D - The Global Infectious Disease Threat and its Implication for the United States, National Intelligence Council, janvier 2000, 38 p.
- 12 - GORDON D - The Next Wave of HIV/AIDS: Nigeria, Ethiopia, Russia, India and China, National Intelligence Council, septembre 2002, 26 p.
- 13 - LEE K - Health Impacts of Globalization. Toward Global Governance. Palgrave MacMillan ed, Basingstoke, 2003.
- 14 - LEE K, BUSE K, FUSTUKIAN S - Health Policy in a Globalising World. Cambridge University Press ed, Cambridge, 2002.

## POUR EN SAVOIR PLUS

### • Sites internet

Droit de propriété intellectuelle et médicament : <http://lists.essential.org/mailman/listinfo/ip-health>  
Sur les accords de libre échange des Etats-Unis : [www.ustr.gov](http://www.ustr.gov)  
Sur le médicament dans les pays en développement : [www.remed.org](http://www.remed.org) et [www.essentialdrugs.org/emed/](http://www.essentialdrugs.org/emed/)  
Le site de l'OMS : [www.who.int](http://www.who.int)  
Le site de l'ONUSIDA : [www.unaids.org](http://www.unaids.org)

**ENSP**  
INSTITUT NATIONAL DE  
SA SANTÉ PUBLIQUE  
ET D'ÉCOTOXICOLOGIE

# Écorisque

Session 2005

ENVIRONNEMENT  
ET SANTÉ PUBLIQUE :  
ANALYSE ET GESTION  
DES RISQUES  
DÉMARCHES, MÉTHODES, OUTILS

du 13 juin au 24 juin 2005

Formation proposée en partenariat avec l'Institut de veille sanitaire

## INFORMATIONS PRATIQUES

### Dates et lieu

Du 13 juin au 24 juin 2005 au Château de Bierville, situé près d'Étampes, en région parisienne.

### Contact

ENSP - Formation continue Ecorisque  
Xavier Martiniault  
Avenue du Professeur Léon-Bernard  
CS 74312 - 35043 Rennes cedex  
Tél. : 02 99 02 27 49 •  
Fax : 02 99 02 26 26  
E-mail : [xmartini@ensp.fr](mailto:xmartini@ensp.fr)