

Le Covid-19 et le concept de santé mondiale

La fin des illusions

Les constructions politiques et institutionnelles dérivées du concept de santé mondiale ont été inopérantes face à la pandémie. Défaut de prise en compte des expériences et informations venues des pays du Sud ; impuissance de structures internationales dominées par les pays riches ; poids de l'industrie pharmaceutique sur les partenariats public-privé ; égoïsme des pays développés dans leurs stratégies vaccinales : la société internationale doit tout repenser pour faire face aux prochaines pandémies.

Avec plus de 160 millions de cas et 3 millions de morts à la mi-2021, la pandémie de Covid-19 aura montré que le monde est à la fois un dans sa vulnérabilité et profondément divisé dans ses réponses à une transmission fulgurante du virus à syndrome respiratoire aigu sévère (SRAS-CoV-2).

Depuis plus de trente ans pourtant, et notamment porté par la pandémie du VIH/SIDA, un mouvement d'ensemble avait traversé la santé publique internationale, imposant la notion de santé mondiale dans un domaine de plus en plus vaste, et faisant espérer un engagement solidaire universaliste là où dominait une notion de santé internationale Nord/Sud fortement institutionnelle. Ce mouvement se développa autour d'une architecture d'initiatives souvent éphémères – se disant presque toujours quelque peu pompeusement « globales » –, de partenariats publics-privés forts ou faibles, mais aussi de multiples structures de gouvernance se réclamant de grandes responsabilités planétaires bien que souvent sans légitimité.

L'importance de la notion de santé mondiale ne fait aucun doute : elle touche aux conditions effectives de survie et de bien-être de milliards de femmes, d'enfants et d'hommes, et à leurs relations avec leurs environnements physique, biologique, social et économique. C'est bien la construction politique, qui s'est développée autour d'elle et qui est devenue un véritable système politique en soi, qui est finalement tombée en panne à l'épreuve de la pandémie de Covid-19.

Un irréalisme devenu structurel

On a déjà avancé¹ une prédiction sur l'incapacité des structures se réclamant de la santé mondiale à juguler la pandémie du Covid-19, du fait de la conjonction d'une priorisation encore trop faible de la santé dans le champ international, du manque de fondement des décisions politiques, et de la privatisation croissante des politiques publiques internationales. L'analyse doit être approfondie à la lumière de la récente chronologie des dysfonctionnements qui ont mené la santé mondiale d'un Pearl Harbour lors de l'irruption du virus en janvier 2020 au Waterloo de la fin de l'année lors de la deuxième vague.

En dépit d'une succession effrénée de panels d'experts et de personnalités de haut niveau, de résolutions politiques portées par différents forums internationaux, d'adresses solennelles, et surtout de douzaines de rapports savants et de milliers d'éditoriaux et d'articles scientifiques produits au début du millénaire, en particulier face à la menace de grippe aviaire, on a dû constater presque partout dans le monde une incapacité chronique à atteindre le niveau de préparation à une pandémie, notamment concernant les moyens techniques de réponse. Ainsi, alors qu'a d'abord dominé une pénurie universelle de masques et des plus simples équipements de protection, celle-ci a été suivie d'une non-accessibilité aux réactifs pour les tests de dépistage de masse, tandis qu'une pénurie d'oxygène touche maintenant l'Amérique du Sud et le sous-continent indien.

Les discussions, qui portent surtout sur une faible réactivité imputée à l'absence de leadership et de mécanismes d'adhésion à des décisions obligatoires, font largement l'impasse sur le fait que les politiques ignoraient à peu près tout de l'absence de stocks de matériels et de plans de préparation à jour ; et qu'aucun effort n'avait été fait pour mesurer l'impact social et économique d'une pandémie de longue durée, en dépit de l'exemple largement étudié de la grippe espagnole de 1918-1920.

Le déni de réalité qui a suivi la panique de mars 2020 et ses redoutables conséquences n'a pas seulement été le fait de charlatans, avec ou sans diplôme, niant l'existence même du virus et de ses dangers, ou poussant leurs gouvernements à s'abstenir de mesures de contrôle au nom de la fumisterie de l'« immunité collective ». La non-prise en compte des réalités et des expériences d'autrui est le stade ultime d'un irréalisme structurel qui a aussi poussé à négliger les acquis de pays d'Asie et du Pacifique – Chine, Taïwan, Singapour, Corée du Sud, Vietnam, Australie, Nouvelle-Zélande – qui, forts de la mémoire institutionnelle encore vive de leur exposition en première ligne à la pandémie du SRAS de 2003, ont su appliquer une stratégie d'élimination du virus, plutôt que de s'aligner sur des stratégies inopérantes de contention de la transmission, jaugées sur le nombre de cas graves. Celles-ci, suivies en Europe et aux États-Unis mais imitées un peu partout, se sont soldées par des centaines de milliers de morts, des privations de libertés et des dommages économiques considérables². Il eut été tout aussi intéressant pour les pays occidentaux d'analyser de près les expériences des pays d'Afrique subsaharienne, observées par

1. Voir D. Kerouedan, « La pandémie du Covid-19 : enjeux et solutions », in T. de Montbrial et D. David, *RAMSES 2021. Le grand basculement*, Paris, Ifri/Dunod, 2020.

2. Voir à ce propos la synthèse des effets du « Zéro Covid » sur les libertés et les économies de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE), *Lancet*, 28 avril 2021.

les membres correspondants du « Groupe Afrique Covid-19 » de l'Académie de médecine sur la période de mars 2020 à mars 2021. Une des explications de taux d'hospitalisation et de mortalité initialement bas sur le continent étant la grande réactivité et la préparation africaines à la lutte contre les grandes endémies³.

Des orientations de doctrine et des instruments inappropriés

Il est saisissant de constater que les pays ayant pratiquement dominé la pandémie ont eu une part minime dans les travaux des panels, commissions internationales, rapports de haut niveau et publications scientifiques qui se sont répandus en vingt ans sur les menaces infectieuses, alors qu'ils avaient, pour certains d'entre eux, des expériences des plus pertinentes à partager.

Au contraire, le système de santé mondiale a produit des documents, des directives, des modèles d'action qui ont contribué à entretenir des illusions fatales. Ainsi le *Global Security Index* plaçait, quelques mois avant le début de la pandémie, le Royaume-Uni et les États-Unis en tête des pays les mieux préparés : deux pays qui ont accumulé par la suite les mortalités les plus élevées.

Que dire de l'Organisation mondiale de la santé (OMS), prise en otage par un comité d'experts n'ayant, pour la plupart, jamais eu de responsabilité de gestion de crise mais appelés à statuer sur la déclaration d'un événement de santé de portée internationale comme prévu par le Règlement sanitaire international (RSI) ?

Des semaines de tergiversations ont contribué à faire perdre le mois de janvier 2020 pour réagir, alors que la pandémie se répandait visiblement partout. Ces hésitations se sont muées en paralysie quand il s'est agi de conseiller les autorités nationales, souvent largement dépendantes de l'expertise technique de Genève, sur l'usage des masques de protection ou la suspension des vols de passagers en provenance du foyer initial de la pandémie. L'OMS n'a pas pris la mesure de la prolifération, ces cinq dernières années, des vols en provenance directe de Wuhan, ni mesuré que son argument traditionnel – la suspension des vols prive le pays affecté des secours nécessaires – était caduc quand le pays en question produisait la presque totalité des matériels sanitaires à l'échelle mondiale : la Chine n'est pas le Liberia...

Chaque liaison aérienne maintenue apportera ses nouveaux cas, et la non-coordination entre États des suspensions (tardives) des vols vers l'Europe incitera aux escales multiples, décuplant ainsi les foyers. Les faits d'une telle nature sont pourtant élémentaires à appréhender. Leur ignorance semble dénoncer une pensée de groupe ou de l'entre-soi.

Comme le relève Richard Horton, rédacteur en chef du *Lancet*, durant ces mois nulle synthèse d'informations ni analyse de fond ne semble gagner les chancelleries par les canaux des attachés d'ambassades chargés des affaires sanitaires ou scientifiques en poste à Pékin, alors même que les détails sur la nouvelle maladie fusent de partout, sur les canaux officiels et les réseaux sociaux chinois.

3. M. Gentilini, D. Kerouedan *et al.*, « Observation de la pandémie de Covid-19 en Afrique subsaharienne dans 14 pays francophones et 3 régions, sur la période mars 2020-mars 2021 », article à paraître en 2021 dans le Bulletin de l'Académie nationale de médecine.

La grande réunion organisée par l'OMS les 12 et 13 février 2020 pour dessiner un agenda de recherche – pléthorique et impraticable comme souvent – exclut à nouveau les scientifiques d'Asie déjà expérimentés et qui ont par ailleurs, comme le relève Horton, déjà publié l'essentiel sur l'infection au SRAS-CoV-2 en matière de diagnostic, d'épidémiologie, de présentation clinique et de traitements.

Une vision étroite et biaisée du monde de la santé publique

Le système de santé mondial n'est donc réceptif aux expériences que lorsqu'elles sont formulées à travers un système de force Nord/Sud qui n'est pas équitable au niveau scientifique et intellectuel, et ceci indépendamment de leur pertinence. Le principe de la collaboration scientifique internationale, auquel aucun des nombreux rapports ne manque de se référer, s'exerce à sens unique. La mainmise des partenariats publics-privés, pratiquement jamais dirigés par des cadres locaux, sur les programmes de terrain conditionne cette orientation condescendante.

À ce biais s'ajoute un degré élevé de solipsisme, le système politique de santé mondiale tournant sur lui-même, ignorant durablement les réalités démographiques et institutionnelles des pays les plus vulnérables. Appelant régulièrement à une augmentation des transferts de fonds destinés à la préparation aux épidémies, il néglige les conditions systémiques nécessaires pour réaliser des investissements productifs locaux en matière de santé. Il est clair que la santé mondiale, organisée en initiatives concurrentielles, n'a pas de place pour des investissements généralisables dans tous les secteurs de la santé et donc pas de place pour la préparation à la pandémie.

La pandémie aura-t-elle été sous-préparée ou sur-préparée ?

Une fois encore, il est paradoxal de constater qu'en dépit d'une incessante succession de résolutions et de rapports de haut niveau, l'impréparation était presque totale dans la plupart des pays. Les questions soulevées ici sont celles de la valeur que les États accordent à une santé pourtant publique, et de l'organisation thématique et structurelle de la santé mondiale. Hélas, nul effort n'est en vue dans le cadre des évaluations entreprises pour traiter de ces questions de fond. Par analogie avec la grenouille qui ne réagit plus à son ébullition si chauffée lentement et non échaudée brusquement, le manque de réactivité n'est-il pas dû à un arrosage constant d'alertes souvent disproportionnées, comme au trop-plein d'initiatives politiques non abouties depuis vingt ans, qui auraient conduit à l'indifférence, ou tétanisé les décideurs ?

La Maison-Blanche aura ainsi lancé, en l'espace de quelques années seulement, deux initiatives mondiales de sécurité sanitaire : la *Global Health Security Initiative* en 2001 et la *Global Health Security Agenda* en 2014, presque identiques, toutes deux à peu près aussi dépourvues d'impacts et de réalisations concrètes.

On déplorera, dans ce contexte, que le rapport assez sévère du panel indépendant commissionné par le directeur général de l'OMS sur le fonctionnement de l'instance internationale au début de la pandémie ne comporte aucune analyse des

conditions locales de terrain déterminant les réactions possibles, et que la création de nouvelles structures de gestion y soit proposée sans conditions claires de gouvernance, ce qui les voue à l'échec.

Des capacités publiques de recherche importantes, qui n'aboutissent pas

On ne peut certes négliger l'élargissement considérable des compétences scientifiques face aux menaces pandémiques. Depuis les années 1990, sur des initiatives de tous bords, la recherche vaccinale a pris un nouvel élan. Par exemple, les vaccins ARN messager ont été systématiquement étudiés pendant près de trente ans avant de déboucher sur l'adaptation technologique rapide aux premiers vaccins anti-Covid. Mais la dépendance de la recherche publique vis-à-vis de la grande industrie pharmaceutique qui développe en produits de santé les inventions et découvertes, n'a pas permis de servir *in fine* les principes d'équité au nom desquels elle revendique ses financements.

En dépit des sommes pharamineuses mobilisées par la puissance publique aux États-Unis et en Europe, et de l'importante hausse des capitalisations boursières des entreprises de premier plan, les investissements sur les sites de production ont été insuffisants pour faire passer la production annuelle de vaccins de quelques centaines de millions de doses aux quelque cinq milliards nécessaires pour l'ensemble de la population mondiale vulnérable.

Le fait que quelques pays riches aient pu acheter rapidement la presque totalité de la production de vaccins – sans que, par ailleurs, ces contrats privilégiés soient honorés dans les délais impartis et l'immense majorité des pays pauvres ne recevant presque rien de ce qui avait aussi été financé en leur nom –, montre l'impuissance des partenariats publics-privés, même réputés comme l'Alliance mondiale pour la vaccination et l'immunisation (GAVI) formant avec l'OMS et la Coalition for Epidemic Preparedness (CEPI) l'Initiative COVAX. Les instruments développés sous l'égide du système de santé mondiale se sont montrés insuffisants et limités par une culture dépendante des intérêts industriels, qui aura leurré à la fois les Nations unies et l'Union européenne.

Cette culture est sans doute aussi responsable du retard qu'a pris le débat sur la levée des brevets des vaccins. Peu discuté en 2020, ce sujet pourtant objet de vifs échanges ces dernières vingt-cinq années attendra le revirement spectaculaire – et qui surprend l'Europe – des États-Unis, pour regagner droit de cité, hélas à un moment où cette éventuelle levée aura déjà raté ce qui aurait pu être son impact le plus important.

Les déséquilibres politiques du système de santé mondiale sont également illustrés par la faiblesse des initiatives européennes pour la mise à disposition des vaccins, alors que le Vieux Continent en est le principal inventeur et exportateur. Une technocratie – peu transparente – comme le CEPI est financée largement par les Européens, mais gérée par d'anciens fonctionnaires de la Maison-Blanche. L'excès des vaccins réservé par les riches Européens pour les années à venir manquera aux pays d'où partiront les nouveaux variants.

Plus flagrante encore est l'impossibilité d'organiser une recherche pertinente sur les traitements, les grandes organisations de recherche préférant perdre des mois

précieux pour tenter de repositionner des médicaments déjà en échec dans les essais concernant d'autres infections virales, plutôt que de mobiliser de nouvelles molécules pour d'autres essais cliniques.

Il est dès à présent clair que l'accès aux médicaments, dans le cadre des solutions proposées au niveau de la santé publique internationale, passera de plus en plus par la création et le renforcement des capacités locales de production. Nombre de pays donnent déjà l'exemple, comme Cuba, l'Égypte, la Thaïlande ou le Sénégal.

Les financements sont-ils la clé du problème ?

Un des éléments remarquables des développements intervenus autour du concept de santé mondiale est l'importance concédée à la dimension financière. Rapports et résolutions sont systématiquement accompagnés d'appels à dons supplémentaires ou à la création d'instruments financiers nouveaux. Dès le 5 mai 2020, l'appel au financement de la lutte contre le Covid-19 lancé par la présidente de la Commission européenne Ursula von der Leyen rassemblait plus de 7 milliards de dollars de promesses de dons. Un an plus tard, cet effort de solidarité ne se sera guère concrétisé, puisque de nouveaux appels seront lancés lors des sommets du G7 et du G20 pour mobiliser de nouveau des fonds à cet ordre de grandeur, et sans que soient précisés les mécanismes et priorités à mettre en place pour développer durablement des systèmes de santé pouvant résister aux pandémies et à leurs effets délétères.

Les montages politiques dérivés du concept de santé mondiale ont démontré leurs insuffisances dès les premières phases de la pandémie de Covid-19.

La non-représentation durable dans le système actuel des pays les plus affectés, des expériences les plus pertinentes pour combattre la pandémie, les privilèges aussi remarquables qu'improductifs concédés au secteur privé, appellent à un changement profond de la gouvernance de la santé publique internationale. Les bases de ce changement devraient être une inversion de la représentation Nord/Sud et un développement des compétences scientifiques et industrielles locales. La santé mondiale exprime aujourd'hui une hégémonie politico-scientifique : dépassée elle-même par la globalisation des épidémies, elle ne devrait pas pouvoir survivre dans ses formes actuelles.

M. P. & D. K.

Pour en savoir plus

- P. Baldwin, *Fighting the First Wave: Why the Coronavirus Was Tackled So Differently Across the Globe*, Cambridge, Cambridge University Press, 2021.
- H. Clark et E. Johnson Sirleaf (dir.), « Covid-19: Make It the Last Pandemic », The Independent Panel for Pandemic Preparedness and Response, Organisation mondiale de la santé, 2021.
- R. Horton, *The Covid-19 Catastrophe: What's Gone Wrong and How to Stop It Happening Again*, Cambridge, Polity Press, 2020.