

# Comment la santé est devenue un enjeu

*Ni l'altruisme ni la philanthropie n'expliquent la préoccupation des grandes puissances pour la santé mondiale. Mais plutôt des intérêts tantôt sécuritaires, tantôt économiques ou géopolitiques. Néanmoins, l'Europe pourrait mieux utiliser les fonds octroyés aux institutions internationales. La priorité revient à l'Afrique francophone, où se concentrent les défis des décennies à venir.*

PAR DOMINIQUE KEROUEDAN \*

EN 2000, cent quatre-vingt-treize États membres de l'Organisation des Nations unies (ONU) et vingt-trois organisations internationales se fixent huit Objectifs du millénaire pour le développement (OMD) : atteindre, d'ici à 2015, des « niveaux de progrès minimum » en matière de réduction de la pauvreté, de la faim, des inégalités, et d'amélioration de l'accès à la santé, à l'eau potable ainsi qu'à l'éducation (lire l'encadré).

D'emblée, M<sup>me</sup> Gro Harlem Brundtland, alors directrice de l'Organisation mondiale de la santé (OMS), identifie une priorité : dégager des financements à la hauteur du défi. Elle confie à M. Jeffrey Sachs, conseiller spécial du secrétaire général de l'ONU, M. Kofi Annan, la commission « Macroéconomie et santé » visant à accroître les investis-

sements en faveur de la réalisation rapide des OMD dans la santé (1).

Entre 2000 et 2007, les financements mondiaux des pays en développement, provenant de partenariats public-privé associant le secteur industriel et commercial, notamment les fabricants de vaccins et de médicaments, ont été multipliés par quatre – par trois pour la période 2001-2010, atteignant un pic de 28,2 milliards de dollars en 2010. Les fonds américains publics et privés en constituent la plus grande part. La Fondation Bill et Melinda Gates a donné à elle seule près de 900 millions de dollars en 2012. L'Afrique aurait reçu 56 % des financements en 2010 (2). L'aide mondiale au développement a augmenté de 61 % sur cette période, pour atteindre 148,4 milliards de dollars en 2010.

## Aux États-Unis, une question sécuritaire

PURTANT, 2015 approche, et la réalisation des OMD demeure toujours aussi lointaine en Afrique subsaharienne. L'insuffisance des financements n'explique qu'en partie ces retards : d'autres facteurs, moins connus, ont aussi joué un rôle important. Il est utile d'y revenir, alors que se prépare l'élaboration des « nouveaux objectifs » à mettre en œuvre après 2015.

\* Professeure au Collège de France, titulaire de la chaire « Savoirs contre pauvreté » (2012-2013). Auteure de *Géopolitique de la santé mondiale*, Fayard, Paris, 2013. A également dirigé l'ouvrage *Santé internationale. Les enjeux de santé au Sud*, Presses de Sciences Po, Paris, 2011.

De nombreuses études et recherches (3) montrent que l'allocation de l'aide mondiale ne repose pas seulement sur des critères épidémiologiques, de population, ou de charge de maladie, mais aussi sur ces puissants vecteurs que furent et que demeurent les intérêts commerciaux, les relations historiques et les rapports géopolitiques (lire l'article ci-dessous).

La relecture de l'histoire de la santé indique que la tenue des premières conférences internationales sur le sujet, au XIX<sup>e</sup> siècle, était moins motivée par le désir de vaincre la propagation de la peste,



JEANNE SUSPLUGAS ET ALAIN DECLERCQ. – « Blason », 2009

ou de la choléra ou de la fièvre jaune que par la volonté de réduire au minimum les mesures de quarantaine, qui s'avéraient coûteuses pour le commerce... Ces tensions entre la médecine, la santé, les intérêts marchands et le pouvoir politique forment les termes d'une équation paradoxale inhérente à la question de la santé publique mondiale. L'accès des populations pauvres aux médicaments dans

le cadre des Accords sur les aspects des droits de propriété intellectuelle liés au commerce (Adpic) exprime bien ces tensions, qui, dans le monde contemporain, peuvent aller jusqu'au bras de fer.

Les fondateurs et les partenaires du Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme présupposent que les stratégies de lutte contre ces trois

maladies sont pertinentes dans tous les pays et qu'« il ne manque plus que l'argent ». Pour comprendre cette vision financière des enjeux de santé et ses limites en termes d'efficacité, il faut revenir sur le contexte dans lequel le Fonds mondial a été créé.

En 1996, M. William Clinton, alors président des États-Unis, publie une directive appelant à une stratégie davantage orientée vers les maladies infectieuses. Il s'agit là moins d'un élan d'altruisme que d'une préoccupation de sécurité nationale. Propagation, conséquences économiques, retard dans le développement de nouvelles molécules, résistance des agents infectieux aux antibiotiques, mobilité des populations, croissance des mégapoles, faiblesse des systèmes de santé des pays pauvres : ces sujets inquiètent l'administration américaine, et ce bien avant les attentats du 11 septembre 2001.

Dès 1997, l'Institut de médecine, instance de référence scientifique américaine, publie un rapport expliquant que la santé mondiale est « d'un intérêt vital pour les États-Unis ». Pour la première fois apparaît l'expression *global health*, que nous traduisons par santé mondiale : « Les pays du monde ont trop en commun pour que la santé soit considérée comme une question relevant du niveau national. Un nouveau concept de "santé mondiale" est nécessaire pour traiter des problèmes de santé qui transcendent les frontières, qui peuvent être influencés par des événements se produisant dans d'autres pays, et auxquels de meilleures solutions pourraient être envisagées par la coopération (4). »

Alors que le sida se propage en Afrique australe de manière spectaculaire, la publi-

(1) Lire Philippe Rekacewicz, « Défis du Millénaire en matière de santé », *Le Monde diplomatique*, juin 2013.

(2) « Financing global health 2012 : The end of the golden age ? », Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME), Seattle, février 2013.

(3) Etudes d'évaluation à cinq ans du Fonds mondial en 2008 ; rapport de la Cour européenne des comptes sur l'appui de la Commission aux services de santé en Afrique subsaharienne, 2009 ; études sur plusieurs années de l'IHME.

(4) « America's vital interest in global health : Protecting our people, enhancing our economy, and advancing our international interests », Institute of Medicine, Washington, DC, 1997.

## Mission inaccomplie en Afrique de l'Ouest

APPARU AUX lendemains de la seconde guerre mondiale comme une conséquence inévitable de la croissance économique, le paradigme du développement devient moins ambitieux lorsque la crise économique frappe l'Afrique, dans les années 1980, et que les institutions multilatérales créent les initiatives censément palliatives que seront les stratégies de réduction de la pauvreté. La Banque mondiale publie son premier rapport annuel sur le développement dans le monde en 1978, sur le thème : « Accélérer la croissance, réduire la pauvreté ». Tentant de répondre à la situation sanitaire, l'architecture de l'aide au développement se modifiera au cours des trois décennies suivantes. Aux acteurs classiques de l'aide bilatérale et des organisations non gouvernementales (ONG), qui secondent l'Organisation mondiale de la santé (OMS), s'ajoutent de nouveaux intervenants.

Sévèrement critiquée pour les dégâts sociaux que causent ses politiques d'ajustement structurel, la Banque mondiale décide alors d'« investir dans la santé » – titre de son rapport sur le développement dans le monde en 1993. « Parce qu'un individu bien portant est économiquement plus productif, et que le taux de croissance économique du pays y gagne, y lit-on, l'investissement de santé étant un moyen, parmi d'autres, d'accélérer le développement. » Pour la première fois, l'OMS se voit contrainte de partager ses prérogatives.

De son côté, la Commission européenne investit elle aussi dans l'aide aux États d'Afrique, des Caraïbes et du Pacifique (ACP). Dès 1950, la France joue un rôle déterminant en faveur de la création du Fonds européen de développement (FED) : « L'Europe pourra, avec des moyens accrus, poursuivre la réalisation de l'une de ses tâches essentielles : le développement du continent africain », écrit Robert

Schuman (1). A la demande des pays les plus touchés par le sida, la santé devient un axe du FED. Le Conseil européen émet en 1994 une première résolution sur la « coopération avec les pays en voie de développement dans le domaine de la santé », présentée comme un « élément moteur du développement ».

C'EST aussi dans les années 1990 qu'explose la pandémie de sida en Afrique australe, alors que se met en place la « gouvernance mondiale » de la lutte contre la maladie au sein du système de l'Organisation des Nations unies (ONU). La tutelle du programme mondial de lutte contre le sida passe de l'OMS au programme conjoint Onusida, institué en 1996. Il réunit la Banque mondiale et une dizaine d'agences des Nations unies, dont l'OMS, les fonds des Nations unies pour l'enfance (Unicef) et pour la population (Fnuap). Dans le même esprit sont créés des partenariats mondiaux dans la lutte contre le paludisme (Roll Back Malaria) et la tuberculose (Stop TB Partnership).

Tout au long de la décennie 2000-2010, le paysage institutionnel de la santé continue de se transformer, notamment avec l'élaboration des Objectifs du millénaire pour le développement (OMD) (lire l'article ci-dessus) (2).

Parallèlement apparaissent des initiatives mondiales associant le secteur privé industriel et commercial – y compris les fabricants de vaccins et de médicaments : l'Alliance mondiale pour la vaccination et l'immunisation (GAVI, 2000) et le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme (2002), pour ne citer que les plus importantes. Il s'agit de mobiliser de l'argent, de le mettre à la disposition de pays éligibles, et d'en mesurer les résultats : « Raise it, spend it, prove it » est la devise

du Fonds mondial. Dès 2006, le secteur de la santé devient le « laboratoire des financements innovants » du développement : à partir d'une taxe prélevée sur l'achat de billets d'avion, Unitaïd finance l'achat de médicaments contre le sida, la tuberculose et le paludisme. La « communauté internationale » procède à l'achat de vaccins. Trois concertations politiques de haut niveau pour améliorer l'efficacité de l'aide, et surtout pour harmoniser les mécanismes de financement des bailleurs de fonds, se tiennent à Paris en 2005, à Accra (Ghana) en 2008 et à Pusan (Corée du Sud) en 2011.

MALGRÉ ces efforts, les résultats sur le continent noir sont inégaux. Si la situation sanitaire s'est améliorée en Afrique de l'Est et australe, l'Afrique francophone de l'Ouest et du centre enregistre les moins bons résultats. Le rapport conjoint d'Onusida et de l'Organisation internationale de la francophonie (OIF) présenté à Kinshasa en octobre 2012 montre que 36 % des femmes enceintes séropositives de la zone OIF accèdent au traitement antirétroviral pour prévenir la transmission du virus du sida au bébé, contre 62 % ailleurs. De même, 43 % des patients atteints de sida, éligibles au traitement antirétroviral, en bénéficient dans les pays francophones, contre près de 60 % ailleurs. Selon le rapport de l'OMS sur le sida en Afrique en 2011, seuls un quart des malades éligibles aux médicaments antirétroviraux en Afrique de l'Ouest et du centre les reçoivent effectivement, et ce dix-sept ans après la conférence de Vancouver attestant leur efficacité. Le rapport de réalisation des OMD indique que la mortalité par tuberculose est en train de diminuer, « sauf en Afrique de l'Ouest », où elle a augmenté entre 2007 et 2008. Concernant le paludisme, le

rapport souligne que seize pays ont un taux de plus de cent décès pour cent mille habitants en 2008, « presque tous en Afrique de l'Ouest ».

LA « communauté internationale » admet volontiers que l'objectif de réduction de la mortalité des femmes enceintes et des parturientes (OMD 5) a reçu peu d'attention politique et financière jusqu'au sommet du G8 de Muskoka, en 2010, lors duquel le secrétaire général de l'ONU, M. Ban Ki-moon, a présenté une « stratégie mondiale pour la santé de la femme et de l'enfant ». Les complications des grossesses précoces expliquent pour partie les retards dans la réalisation des OMD dans la santé. Lorsqu'elles tuent, elles tuent deux fois : la mère et son bébé. C'est d'ailleurs la première cause de mortalité des adolescentes. Selon une étude réalisée par l'Overseas Development Institute à Londres, les grossesses précoces concernent chaque année dix-huit millions de jeunes filles de moins de 20 ans, dont deux millions de moins de 15 ans. Selon le rapport de réalisation des OMD en 2012, « aucun progrès n'a été enregistré dans ce domaine durant les vingt dernières années (1990-2010) ». 90 % des grossesses adolescentes surviennent chez des jeunes filles mariées ; c'est pourquoi l'offre de services de santé a relativement peu d'impact sur ce phénomène. En revanche, l'allongement de la durée de la scolarisation des filles retarde le mariage : dix ans d'école en moyenne repoussent l'âge du mariage d'environ six ans.

D. K.

(1) « Une Europe pour la paix ». Déclaration de Robert Schuman, 9 mai 1950, Points, Paris, 2011.

(2) Lire également Philippe Rekacewicz, « Défis du Millénaire en matière de santé », *Le Monde diplomatique*, juin 2013.

PUISSANCES

# géopolitique

cation en 1999 par le ministère de la défense sud-africain de taux élevés de prévalence de l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) chez les militaires de nombreux Etats d'Afrique alarme les autorités. Les capacités de défense nationale ne seraient, à court terme, plus suffisantes pour faire face à des conflits internes ou externes. Selon l'International Crisis Group (ICG), de nombreux pays « ne seront bientôt plus en mesure de contribuer aux opérations de maintien de la paix (5) ». Sur la période 1999-2008, le Conseil national des services de renseignement du gouvernement américain, le National Intelligence Council (NIC), centre de réflexion stratégique, publie six rapports sur la santé mondiale. Fait inédit, ces documents définissent une maladie comme un « agent de menace non traditionnel » pour la sécurité des Etats-Unis, dont les bases militaires constellent la planète.

Cette « menace » va parvenir jusqu'aux Nations unies. Pour la première fois de son histoire, le 10 janvier 2000, à New York, le Conseil de sécurité inscrit à l'ordre du jour de sa réunion un thème qui n'est pas lié à un risque direct de conflit : « La situation en Afrique : l'impact du sida sur la paix et la sécurité en Afrique ». Les Etats-Unis président les échanges, avec le vice-président Albert Gore le matin et l'ambassadeur des Etats-Unis à l'ONU, Richard Holbrooke, l'après-midi. Il en sortira plusieurs résolutions. L'article 90 de la résolution de la session spéciale de l'Assemblée générale des Nations unies du 27 juin 2001 appelle à la création d'un « fonds mondial santé et VIH-sida afin de financer une réponse urgente à l'épidémie selon une approche intégrée de prévention, de prise en charge, de soutien et de traitement, et d'appuyer les Etats dans leurs efforts contre le sida, avec une priorité donnée aux pays les

plus touchés, notamment en Afrique subsaharienne et dans les Caraïbes ».

Le Fonds mondial voit le jour grâce à la mobilisation des membres du G8 par M. Annan. Loin du « fonds santé et sida » recommandé, le mandat du partenariat public-privé (PPP) mondial porte seulement sur le sida, la tuberculose et le paludisme. La politique de sécurité nationale américaine se nourrit de peurs plus ou moins fondées contre lesquelles il faut lutter : le communisme, le terrorisme, les maladies... Tels sont les « traumatismes » inspirant les politiques de défense des Etats-Unis, qui n'hésitent pas, pour défendre leurs positions sur les enjeux de santé mondiale, à instrumentaliser le Conseil de sécurité des Nations unies.

Après une décennie marquée par la guerre en Afghanistan et en Irak, la stratégie de M. Barack Obama consiste à emmener son pays vers d'autres combats que les « conflits à l'extérieur ». Il s'agit de « restaurer le leadership américain à l'étranger », y compris pour relever les défis liés au contrôle des épidémies, thème expressément mentionné dans la stratégie de sécurité nationale en 2010. Lorsque le gouvernement annonce, en juillet 2012, la création au sein du département d'Etat de l'Office of Global Health Diplomacy – institué juste avant le départ de M<sup>me</sup> Hillary Clinton –, il affirme vouloir prendre le contrôle et le pouvoir. « Nous avons recommandé de passer du leadership en interne [c'est-à-dire entre les agences nationales de coopération sanitaire] au leadership mondial par le gouvernement américain », précise le communiqué. « Les Etats-Unis ont bien compris qu'au fond la véritable puissance, aujourd'hui, c'est de pouvoir jouer dans les deux sphères, interétatique et transnationale », analyse l'historien des relations internationales Georges-Henri Soutou (6).

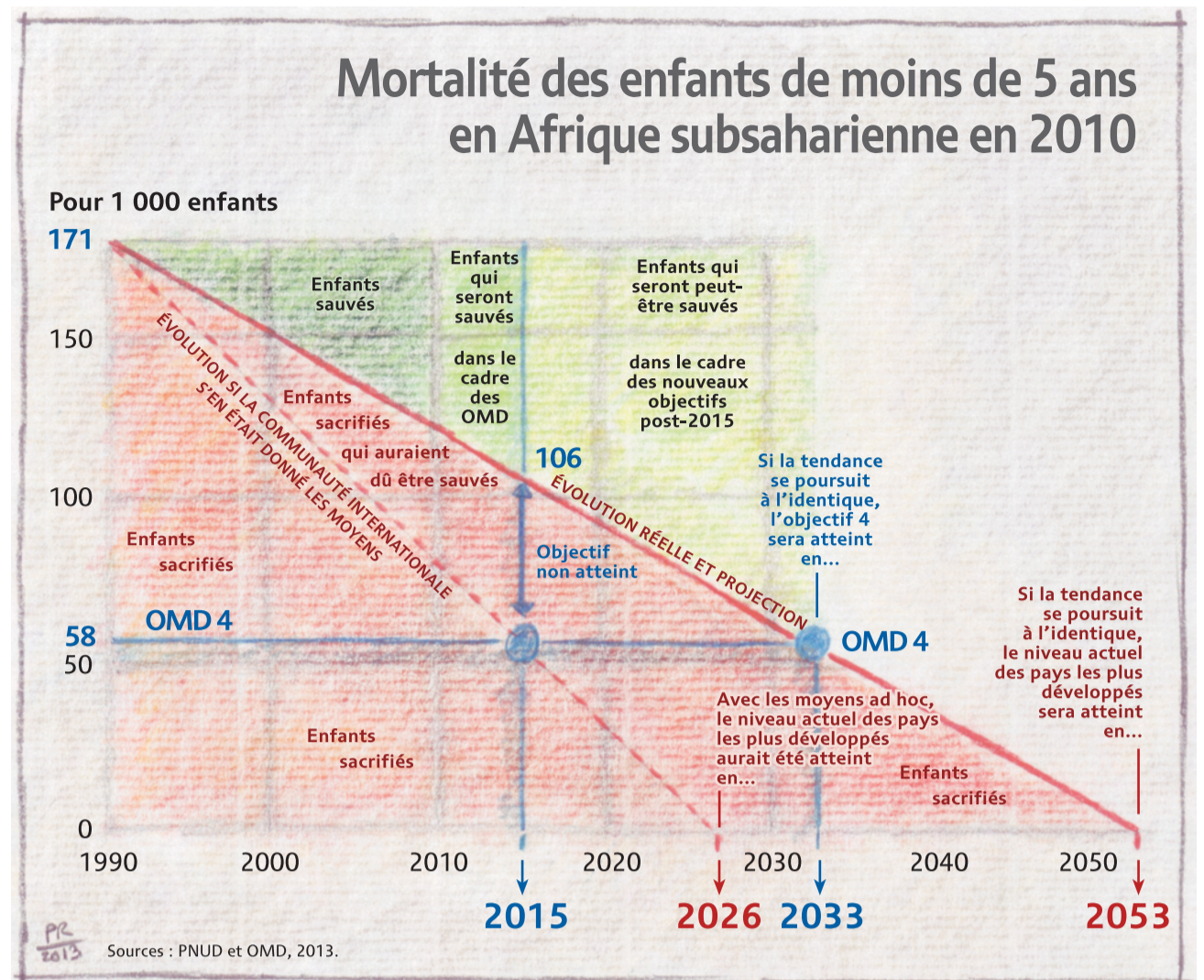
## Choix financiers sous influence

L'ANALYSE des facteurs qui ont façonné les politiques sanitaires de ces dernières décennies permet de distinguer trois conceptions : la santé mondiale comme investissement économique, comme outil sécuritaire et comme élément de politique étrangère (sans même parler de charité ou de santé publique, deux composantes supplémentaires qui, d'après David Stuckler et Martin McKee, complètent l'ensemble [7]). En politique, la notion de sécurité implique l'urgence, le court terme et le contrôle des maladies contagieuses, plutôt que l'approche holistique et systémique de long terme qu'exigerait le renforcement des capacités institutionnelles des systèmes de santé. La pérennité des interventions financées pendant près de quinze ans en est fragilisée.

Ces observations aident à comprendre pourquoi l'aide n'est que d'une efficacité limitée : quels que soient les montants alloués par le Fonds mondial ou par le gouvernement américain au travers du plan d'urgence de lutte contre le sida (Pepfar [8]), les performances de ces programmes sur le terrain s'avèrent décevantes. La pertinence des financements en faveur de la prévention, ou l'ajustement des interventions à des dynamiques démographiques, urbaines, sociales, économiques ou conflictuelles, et aux spécificités nationales de la propagation, sont autant d'éléments fondamentaux relativement peu pris en compte.

Trente ans après le début de la pandémie, peu de moyens sont alloués à la recherche locale, épidémiologique, anthropologique et économique au service de la décision. Pour deux personnes mises sous traitement, cinq nouvelles infections se produisent. Le retentissement des violences sexuelles sur la féminisation de la pandémie en Afrique n'est pas même une hypothèse de recherche, sur un continent où les conflits armés se multiplient ! A l'échelle internationale, le détournement de quelques millions de dollars du Fonds mondial suscite davantage l'indignation que l'absence d'analyse, dans les pays mêmes, de l'efficacité des stratégies. Opérés sous influence, les choix financiers privilégient pourtant le paradigme curatif de la santé, au bénéfice de l'industrie pharmaceutique, plutôt que la prévention de la transmission du VIH.

De la multiplication des acteurs de l'aide au développement émergent des conflits de gouvernance entre « décideurs » et « partenaires », ce qui entraîne une dilution des responsabilités : qui doit rendre des comptes sur l'utilisation des financements alloués au travers de partenariats mondiaux ou de mécanismes innovants, quelle que soit la thématique ? Pour les aspects financiers, la responsabilité relève du conseil d'administration du Fonds mondial, plutôt que du seul secrétariat exécutif. Les aspects tech-



PHILIPPE REKACEWICZ

En 1990, le taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans était de 171 pour 1 000. L'un des Objectifs du millénaire pour le développement (OMD 4) était d'atteindre 58 pour 1 000 en 2015 (ligne rouge en pointillé). La ligne rouge continue montre l'évolution réelle et la projection jusqu'en 2053.

niques et stratégiques sont censés être traités par les pays et leurs partenaires (Onusida, Fonds des Nations unies pour l'enfance – Unicef – et OMS). Si les agences de l'ONU ont apporté un appui technique aux Etats, leurs équipes ont-elles su les accompagner vers une vision stratégique qui tienne compte de leurs spécificités pour enrayer les trois pandémies ? Si la réponse est non, il est temps de l'assumer.

L'Afrique, la France et l'Europe seront confrontées au cours des décennies à venir à des défis hors normes. La population du continent noir va doubler d'ici à 2050, passant de un à deux milliards d'habitants, soit 20 % de la population mondiale. D'après l'économiste François Bourguignon, invité au Collège de France pour présenter son ouvrage sur la « mondialisation de l'inégalité », la pauvreté – au sens strict – sera un problème exclusivement africain d'ici à 2040 ou 2050 (9).

Transitions démographique et épidémiologique sont en marche sur un continent qui s'urbanise rapidement, et où des maladies chroniques dont nous n'avons pas encore mesuré l'ampleur deviennent plus massives : cancers, diabètes, maladies cardio-vasculaires et respiratoires, problèmes de santé mentale, maladies liées aux pollutions environnementales... Ces affections, non ou tardivement dépistées et diagnostiquées, se propagent telles de nouvelles pandémies, en plus des accidents sur la voie publique, ajoutant à la charge de travail de personnels de santé déjà en nombre très insuffisant.

Les inégalités de santé s'inscrivent dans le sillage des inégalités économiques et sociales. Les systèmes d'assurance-maladie et de protection sociale se mettent en place trop lentement et inégalement d'une région à l'autre. La « couverture sanitaire universelle » serait utile aux populations pauvres si elle était un moyen au service d'une politique fondée sur les priorités nationales, et en particulier sur la prévention.

Compte tenu des liens historiques et des relations politiques, économiques et commerciales que la France et l'Europe entretiennent avec l'Afrique subsaharienne depuis quelques siècles, la contribution politique, leur expertise et leurs financements sont encore attendus, et ne doivent pas s'effacer derrière les priorités américaines. La situation en Afrique francophone de l'Ouest et du centre appelle des réactions massives sur le long terme.

A faire converger les objectifs de développement avec ceux du développement « durable » pour le monde d'après 2015, nous prenons le risque de ne nous intéresser qu'aux enjeux mondiaux communs, et de

## Le continent des pandémies

- Maladies infectieuses, pathologies maternelles et néonatales, désordres nutritionnels en Afrique : 76 % de la mortalité du continent.
- VIH-sida : 70 % des décès à l'échelle mondiale ; 75 % des nouvelles infections – dont la majorité concernent des jeunes, des filles et des femmes (60 % des cas).
- 75 % des jeunes positifs à l'infection par le VIH entre 15 et 24 ans sont des filles. Le sida est plus fréquent en ville, où les maladies de promiscuité (comme la tuberculose) s'étendent avec l'urbanisation. L'usage du préservatif reste occasionnel (moins de 20 % dans des pays à prévalence élevée).
- 75 % des hommes séropositifs déclarent un rapport sexuel récent non protégé dans quatre pays à forte prévalence.
- Selon une étude réalisée avec le soutien du Fonds des Nations unies pour l'enfance (Unicef) à Abidjan, la prévalence du sida est plus élevée en ville, et donc paradoxalement chez les jeunes les mieux informés, les plus instruits et les plus riches. 75 % des jeunes de 15 à 44 ans ignorent leur statut sérologique quant à l'infection au VIH. Dans la tranche d'âge 15 à 24 ans, seuls 10 % des garçons et 15 % des filles ont pratiqué un test sérologique.
- En Afrique centrale et de l'Ouest, sur quatre patients éligibles, un seul accède aux médicaments antirétroviraux (20 % des femmes enceintes séropositives y accèdent pour elles-mêmes, et un tiers d'entre elles pour prévenir la transmission du virus à l'enfant).
- Mortalité des femmes enceintes ou mortalité par avortement : 50 % des cas mondiaux. Le taux de fécondité précoce, celui des adolescentes de moins de 15 ans ou 18 ans, y est le plus élevé. L'avortement est pratiqué dans de mauvaises conditions dans 97 % des cas.
- Mortalité mondiale liée au paludisme : 91 %, selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS), dont 87 % d'enfants de moins de 5 ans.
- Crise des personnels de santé : à l'échelle mondiale, l'Afrique représente 25 % de la pénurie de soignants (un million de professionnels de santé manquants), et seulement 3 % des personnels de santé.

Chiffres pour 2010. Sources : rapports OMD Afrique et OMD Global, Measure DHS, « Financing global health 2012 : The end of the golden age ? », IHME.

négliger une nouvelle fois les Etats fragiles et les populations les plus vulnérables. Les priorités, pour ceux-ci, sont plutôt l'éducation des filles (jusqu'au niveau de l'enseignement supérieur), la santé des femmes enceintes, les maladies tropicales ignorées et les capacités institutionnelles à élaborer et à gérer des politiques complexes.

Ne perdons pas de temps à plaider en faveur de la santé : « Ceux qui se posent la question de savoir si une meilleure santé est un bon instrument de développement négligent peut-être l'aspect le plus fondamental de la question, à savoir que santé et développement sont indissociables, insiste Amartya Sen. Il n'est pas nécessaire d'instrumentaliser la santé pour en établir la valeur, c'est-à-dire d'essayer de montrer qu'une bonne santé peut également contribuer à stimuler la croissance économique. »

Privilégions, pour chacun sur la planète, l'idée d'une santé durable, plutôt que le seul mécanisme de financement qu'incarne la couverture sanitaire universelle, désormais présentée comme un objectif de développement durable.

DOMINIQUE KEROUEDAN.

### Objectifs du millénaire pour le développement (OMD) relatifs à la santé

Entre 1990 et 2015, soit une génération :

OMD 4 : réduire des deux tiers la mortalité des enfants de moins de 5 ans (de 171 pour 1 000 à 58 pour 1 000).

OMD 5 : améliorer la santé maternelle et réduire des trois quarts le taux de mortalité maternelle.

OMD 6 : combattre le VIH-sida, le paludisme, la tuberculose et les autres maladies.

OMD 8, cible E : en coopération avec l'industrie pharmaceutique, rendre les médicaments essentiels disponibles et abordables dans les pays en développement.

(5) « HIV/AIDS as a security issue », International Crisis Group, 19 juin 2001.

(6) Georges-Henri Soutou, « Le nouveau système international », *Aquilon*, n° 5, Paris, juillet 2011.

(7) David Stuckler et Martin McKee, « Five metaphors about global-health policy », *The Lancet*, vol. 372, n° 9633, Londres, juillet 2008.

(8) The United States President's Emergency Plan for AIDS Relief, www.pepfar.gov

(9) François Bourguignon, *La Mondialisation de l'inégalité*, Seuil, coll. « La république des idées », Paris, 2012. Cf. aussi « Towards the end of poverty », *The Economist*, Londres, 1<sup>er</sup> juin 2013.