

Chapitre I

La santé au sein des institutions gouvernementales multilatérales du système des Nations unies : comité, garanties, office, organisation, programme

I. Le Comité permanent de la nutrition du système des Nations unies

Les acronymes (FR/EN) : CPN/SCN

La date de création : 1977

Le président : M. Ramiro Lopes da SILVA

L'adresse et le contact : SCN Secretaryship

c/o World Health Organization

20, avenue Appia

CH – 1211 Genève 27 (Suisse)

Tél. : 00 41 22 791 04 56

Fax : 00 41 22 798 88 91

Site web : <http://www.unscn.org>

A. Le mandat

Promouvoir la coopération entre les agences des Nations unies et les organisations partenaires en vue d'appuyer les efforts internationaux destinés à mettre fin à la malnutrition sous toutes ses formes, par un renforcement de la cohérence et de l'impact des actions de lutte contre elle.

B. Les raisons de l'importance de la nutrition

- La nutrition constitue l'une des bases du développement,
- Une bonne nutrition fait partie des Droits de l'Homme,
- La malnutrition présente des effets intergénérationnels négatifs,
- La situation de la nutrition résulte de déterminants incluant l'alimentation, la santé et les soins.

C. L'état de la question sur la malnutrition aiguë sévère dans le monde

Vingt millions d'enfants (surtout en Asie du Sud et en Afrique subsaharienne) de moins de 5 ans souffrent de malnutrition et celle-ci représente une importante cause de mortalité (1 million d'enfants par an, avec un taux de létalité de 5 à 20 fois supérieur à celui des enfants bien nourris).

Avant l'apparition de complications, parfois mortelles, la malnutrition nécessite une détection, d'autant plus aisée qu'elle présente des symptômes visibles : très faible rapport poids/taille, émaciation sévère, œdème nutritionnel des pieds, circonférence du bras inférieure à 10 cm chez des enfants de moins de 5 ans.

D. Les possibilités de traitement

La malnutrition aiguë sévère se soigne dans des centres de santé, mais également à domicile, par la prise d'aliments thérapeutiques prêts à l'emploi, de même que d'aliments nutritifs locaux auxquels peuvent s'ajouter des micronutriments et des médicaments destinés à combattre les infections.

Les aliments thérapeutiques à l'emploi permettent d'obtenir des résultats significatifs contre la malnutrition aiguë sévère, à condition qu'ils soient :

- sans risque,
- agréables au goût,
- à forte teneur énergétique,
- mous, pour être consommables dès l'âge de 6 mois,
- consommables sans nécessité d'adjonction d'eau,
- utilisables dans des conditions d'hygiène précaires,
- d'un coût de 4 \$ par kilo, soit 60 \$ pour un traitement indispensable de huit semaines.

Conçu en 1996 par une société française, le PLUMPY'NUT satisfait aux diverses spécifications pour être reconnu comme aliment thérapeutique à l'emploi (ATPE), puisque la valeur énergétique contenue dans chaque portion de 92 g est de 21 000 kJ (500 kcal), grâce à sa composition : pâte d'arachide, huile végétale, lait en poudre, sucre en poudre, vitamines et minéraux.

E. Les principales actions

- Un fort investissement dans la prévention par :
 - une amélioration de l'accès à une alimentation et des soins de santé de qualité, ainsi qu'à l'approvisionnement en eau et à l'assainissement,
 - une promotion de l'allaitement durant les 6 premiers mois de l'enfant et de bonnes pratiques d'alimentation complémentaire pour les enfants de 6 à 24 mois.
- Le traitement en urgence des enfants déjà atteints de malnutrition aiguë sévère, compris dans le cadre de la lutte contre la pauvreté.

F. Les partenaires privilégiés

S'il appartient aux pays où sévit la malnutrition aiguë sévère de la combattre au plus près des populations concernées, les faibles ressources à leur disposition rendent impossibles des résultats satisfaisants.

Cette incapacité justifie l'intervention de la communauté internationale, basée sur une coopération étroite entre l'OMS (en première ligne), la FAO et l'UNICEF.

Une telle collaboration entre institutions des Nations unies facilite notamment la production locale ou l'achat d'aliments thérapeutiques prêts à l'emploi.

G. L'implication dans la sécurité alimentaire

Chaque année se tient une réunion, sous l'égide de la FAO, à laquelle participe le Comité (la 39^e session s'est tenue à Rome en octobre 2013).

À cette occasion, les participants examinent l'état de l'insécurité alimentaire et se penchent sur des faits nouveaux survenus dans le monde à propos de la nutrition.

II. Les Garanties de Marché ou Advance Markets Commitments

Les acronymes (FR/EN) : AMC/AMC

La date de création : juin 2009

Les partenaires : Canada, Fédération de Russie, Italie, Norvège, Royaume-Uni et Fondation Bill & Melinda Gates

Les synergies : Banque mondiale, OMS, UNICEF, Union européenne, GAVI Alliance

Montant de l'engagement : 1,5 milliard \$

Durée de l'engagement : 9/10 ans

A. L'intention initiale

Lors de la conférence de Monterrey (Mexique – 18/22 mars 2002) sur le financement du développement, organisée sous l'égide des Nations unies, un consensus s'est dégagé, nommé « Consensus de Monterrey ».

Il s'agissait de structurer un partenariat entre pays développés et pays en développement, en imaginant de nouvelles méthodes de financement du développement.

Cet accord a fait l'objet d'une première évaluation en 2008, dans le cadre de la Déclaration de Doha (Qatar).

B. La vaccination dans les pays en développement

Malgré l'évidence selon laquelle la vaccination contribue à sauver des vies, il n'en demeure pas moins que plus de trois millions de personnes, surtout des enfants, meurent chaque année, faute de vaccins.

Ce constat dramatique résulte d'une réalité : après son introduction dans les pays industrialisés, un nouveau vaccin met entre 15 et 20 ans avant de devenir disponible dans les pays pauvres.

C'est à l'amélioration de cette situation que vise une Garantie de Marché, en accélérant l'introduction de vaccins adaptés là où les bénéficiaires escomptés s'avèrent les plus intéressants.

C. La nature

L'AMC est un mécanisme financier par lequel des bailleurs de fonds promettent l'achat futur (à un prix prédéterminé) d'un vaccin non disponible, à condition que celui-ci soit mis au point, qu'il soit adapté et qu'il soit sollicité par les pays en développement.

En aucune façon, l'AMC ne s'identifie à une garantie d'achat.

Par contre, l'AMC assure la mobilisation de fonds pour acquérir des vaccins étudiés et produits, en écartant le risque de ne pas pouvoir être inoculés dans un pays, par manque de moyens, ou en raison de l'exiguïté et des aléas du marché, ainsi que de l'absence de rentabilité pour les laboratoires biotechnologiques et pharmaceutiques.

D. Le fonctionnement

- Les donateurs s'obligent par contrat juridiquement contraignant à financer une AMC pour un vaccin cible,
- Les caractéristiques du vaccin cible, en termes d'efficacité et d'impact sur la santé publique, la taille du marché et le prix par dose sont établis par la Banque mondiale, GAVI alliance et un comité indépendant d'évaluation,
- Chaque fabricant peut demander un financement pour un vaccin qui présente les spécifications définies,
- Lorsque le vaccin répond aux normes et qu'un pays désire l'introduire en fonction de son programme national, les donateurs versent la subvention et l'État bénéficiaire contribue par une quote-part modique,
- Après la fin du financement de l'AMC, le fabricant du vaccin doit poursuivre l'approvisionnement, en fonction de la demande, de quantités convenues à un prix préalablement fixé.

E. Pour l'AMC pilote de 2009, le choix de l'infection à pneumocoque

Responsable tous les ans de 5 % à 7 % des 10 millions de décès d'enfants, la pneumonie, découlant de l'infection à pneumocoque, se situe au premier rang des causes de mortalité infantile dans le monde.

Il était normal que la première AMC, prévue pour une durée d'environ 10 ans, porte sur la prévention d'une pathologie responsable de 500 000 à 700 000 décès annuels jusqu'en 2020 et entre 5 millions et 7 millions jusqu'en 2030, étant entendu qu'en l'absence d'AMC, aucun vaccin anti-pneumocoque ne serait fonctionnel avant 2023 dans les pays en développement.

L'AMC de 2009 sert également à démontrer la faisabilité d'un mécanisme innovant, soutenu par le G8, avec la perspective d'autres priorités sanitaires comme les vaccins contre le paludisme.

F. Les contributions financières des donateurs

Au total, l'AMC s'appuie sur une contribution de 1,5 milliard de \$ alimentée par les donateurs suivants :

- Italie \$ 635 millions,
- Royaume-Uni \$ 485 millions,
- Canada \$ 200 millions,
- Fédération de Russie \$ 80 millions,
- Norvège \$ 50 millions,
- Fondation Bill & Melinda Gates \$ 50 millions.

III. L'Office des Nations unies contre la drogue et le crime

Les acronymes (FR/EN) : ONUDC/UNODC

La date de création : 1997 (rebaptisé en 2002)

Le directeur exécutif : M. Yuri V. Fedotov

L'adresse et le contact : ONUDC/UNODC

Vienna International Centre

Wagramer Strasse 5

A – 1400 Wien (Autriche)

Tél. : 00 43 12 60 60 55 49

Fax : 00 43 12 60 60 58 66

Site web : <http://www.unodc.org>

A. L'aspect « santé » des missions

Dans le domaine spécifique de la santé, le mandat de l'Office porte sur :

- la sensibilisation du grand public aux dangers de l'abus de drogue, notamment par une forte implication dans la Journée internationale contre l'abus et le trafic illicite de drogues (26 juin),
- le renforcement de l'action internationale contre la production et le trafic illicites de drogue,
- l'application des programmes de contrôle des stupéfiants, conçus en réponse aux besoins propres des États,
- la réduction de la demande de drogue, par la prévention des effets sanitaires néfastes et des conséquences sociales négatives de la toxicomanie,
- la réduction de l'offre, par une meilleure faculté des États à appliquer les conventions internationales sur les drogues,
- l'analyse des informations transmises par les États au sujet des mesures prises contre le phénomène de la toxicomanie,

- le soutien à des programmes de prévention du VIH/SIDA, spécialement axés sur la transmission du virus par le biais d'aiguilles échangées entre consommateurs de drogues injectables,
- le lancement d'initiatives, en collaboration avec les gouvernements et les organisations non gouvernementales (ONG), portant sur des alternatives possibles à la culture illicite de drogues, de même qu'au contrôle de ces cultures.

B. Les instruments juridiques internationaux

Les interventions de l'Office se basent sur :

- la Convention des Nations unies contre la criminalité transnationale organisée (2004),
- la Convention des Nations unies contre la corruption (2003),
- la Convention contre le trafic illicite de stupéfiants et de substances psychotropes (1988),
- la Convention sur les substances psychotropes (1971),
- la Convention unique sur les stupéfiants (1961).

C. La décentralisation

L'Office compte 24 bureaux extérieurs compétents pour 150 pays, ainsi que des bureaux de liaison à New York et à Bruxelles.

IV. L'Organisation mondiale de la santé

Les acronymes (FR/EN) : OMS/WHO.

La date de création : 1948

La directrice générale : Dre Margaret Chan.

L'adresse et le contact : OMS/WHO

avenue Appia, 20

CH – 1211 Genève 17 (Suisse)

Tél. : 00 41 22 791 21 11

Fax : 00 41 22 791 31 11

Site web : <http://www.who.int>

A. Initiatives antérieures à l'OMS

- Vers 1850 : harmonisation des mesures de quarantaine contre la peste.
- À partir de 1851 : signatures de Conventions sanitaires internationales sur la peste, le choléra et la fièvre jaune.
- 1907 : création de l'Office international d'hygiène publique (OIMP).

- 1922 : création du Comité de la santé et de l'Organisation d'hygiène de la SDN (Société des Nations).
- 1926 : adoption de la Convention sanitaire internationale.

B. Les structures

1. Le siège central de Genève

En mai de chaque année, l'Assemblée mondiale de la santé, organe directeur de l'OMS, réunit ses 194 États membres pour statuer sur des grandes orientations de l'Organisation et voter les règlements.

Le Conseil exécutif, composé de 34 personnalités, élues pour trois ans, dispose d'un Secrétariat afin d'appliquer les décisions de l'Assemblée mondiale et lui proposer des orientations.

Le Secrétariat, avec à sa tête un Directeur général ou une Directrice générale, nommé(e) pour cinq ans, comporte environ 8 000 agents, experts et personnels administratifs.

2. Les bureaux régionaux

Au nombre de six, leur mission consiste à détecter les problèmes sanitaires propres à certaines régions du monde :

- Asie du Sud-Est (SEARO), New Delhi (Inde),
- Méditerranée orientale (EMRO), Le Caire (Égypte),
- Pacifique oriental (WPRO), Manille (Philippines),
- Amériques (PAHO), Washington (USA),
- Afrique (AFRO), Brazzaville (Congo),
- Europe (EURO), Copenhague (Danemark).

C. Les sphères d'activité

1. L'harmonisation et la codification

a. La classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes (CIM/ICD) – trois volumes.

La CIM-10 classe les principales affections ou causes de mortalité, par ordre d'importance et de façon mono-axiale, puisque chaque maladie ne correspond qu'à un seul code.

Elle répertorie les pathologies et les motifs de recours aux services de santé selon leur fréquence et leur intensité en termes de santé publique.

La 10^e révision de la CIM, dernière en date, remonte à 2006.

Le volume 1, intitulé *Table analytique*, comporte 22 chapitres, le volume 2 porte le titre de *Manuel d'utilisation* de la CIM et le volume 3, celui d'*Index alphabétique* du volume 1.

Dans le volume 1, chaque chapitre se divise en catégories, matérialisées par un code à trois caractères, soit une lettre et deux chiffres, et en sous-catégories représentées par un quatrième caractère, séparé des trois premiers par un point.

Un exemple : Chapitre X Maladies respiratoires

Code général J 00-J 99

Code particulier de l'asthme J 45

Code particulier de l'asthme allergique J 45.0

La CIM-11 doit être soumise à l'Assemblée générale pour une entrée en vigueur en 2015

b. La liste modèle des médicaments essentiels

La 17^e édition de la liste remonte à mars 2011, se base sur celles de plus de 150 pays, établies selon des priorités locales et comporte 350 médicaments.

Elle identifie les produits destinés à répondre aux besoins de la population en général, avec une disponibilité assurée à tout moment, en quantités adéquates et à un prix abordable pour les patients de la communauté internationale.

En mars 2011, l'OMS a également publié la 3^e version du catalogue de médicaments indispensables pour les enfants.

2. La réglementation

Le premier Règlement sanitaire international (RSI) remonte à mai 1951 et sa dernière version est entrée en vigueur en juin 2007.

Par ses règles et procédures, le RSI contribue à protéger l'Univers contre les menaces pour la santé.

Y figurent des renseignements épidémiologiques, des mesures et formalités sanitaires, des dispositions spéciales pour les maladies quaranténaires, des documents et certificats sanitaires.

L'intérêt du RSI réside dans le cadre d'engagement et de responsabilité qu'il représente à destination des États et de l'OMS, en vue d'enrayer la propagation d'épidémies ou autres urgences de santé publique, tout en perturbant le moins possible les déplacements et la vie économique.

En vertu du Règlement sanitaire international, il incombe aux États de signaler à l'OMS tout événement susceptible de déclencher une urgence internationale de santé publique, dont les contaminations par aliments, agents chimiques ou matières radioactives, les contaminations de maladies infectieuses nouvelles et réémergentes (l'épidémie de SRAS en 2003 et la pandémie de grippe A/H1N1 de 2009).

Dès la divulgation de l'information sur une urgence, le RSI autorise l'OMS à ouvrir rapidement des enquêtes, suivies d'une action collective pour éviter sa généralisation, en utilisant le réseau d'alerte en cas d'épidémie (GOARN).

3. L'assistance aux pays les moins avancés (PMA)

Catégorie de pays créée en 1971 par l'ONU, les PMA présentent les plus faibles développements socio-économiques de la planète, certains, proches de la déliquescence.

Ils méritent une prise en charge particulière en raison de leurs indices de développement humain (IDH) très faibles, avec un revenu par habitant inférieur à 900 \$ par an, de leurs mauvais indicateurs de santé, de nutrition et de scolarisation, ainsi que de leur extrême vulnérabilité économique, due à une instabilité d'exportations, le plus souvent agricoles, et à un manque de diversification de leurs productions.