

# Chapitre I

La santé au sein des institutions  
gouvernementales multilatérales du système  
des Nations unies : Comité, Garanties, Office,  
Organisation, Programme

---

## 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. Julius Alexander Müller (depuis le 19 décembre 2008).**

**L'adresse et le contact : SCN Secretaryship  
c/o World Health Organization  
20, avenue Appia  
CH – 1211 Genève 27 (Suisse)  
Tél. : 0041227910456  
Fax : 0041227988891  
Mail : scn@who.int**

### a. Les justifications 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 et comporte un double fardeau ;
- La situation de la nutrition résulte de déterminants incluant l'alimentation, la santé et les soins.

### b. La malnutrition aiguë sévère dans le monde : l'état de la question

- 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 les enfants de moins de 5 ans.

#### c. Les possibilités de traitement

La malnutrition aiguë sévère peut se soigner, soit dans des centres de santé, soit à domicile, par des aliments thérapeutiques prêts à l'emploi ou des aliments nutritifs locaux auxquels s'ajoutent des micronutriments et des médicaments destinés à combattre les infections.

#### d. Les bienfaits des aliments thérapeutiques à l'emploi

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 mangeables dès l'âge de 6 mois ;
- consommables sans nécessité d'adjonction d'eau ;
- utilisables dans des conditions d'hygiène précaires ;
- d'un coût de 3 \$ par kilo, soit 45 \$ pour un traitement indispensable de huit semaines.

#### 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 l'insécurité alimentaire

Chaque année se tient une réunion, sous l'égide de la FAO, à laquelle participe le Comité (la 36<sup>e</sup> session s'est tenue à Rome en octobre 2010).

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.

## 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 bénéfices 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.

## 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. Antonio Maria Costa.**

**L'adresse et le contact : ONUDC/UNODC**

**Vienna International Centre**

**Wagramer Strasse 5**

**A – 1400 Wien (Autriche)**

**Tél. : 00431260605549**

**Fax : 00431260605866**

**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 — Assemblée générale des Nations unies de 1987) ;
- 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 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 20 bureaux extérieurs compétents pour 150 pays, ainsi que des bureaux de liaison à New York et à Bruxelles.

## L'Organisation mondiale de la santé

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

**La date de création : 1948.**

**La directrice générale : Dr Margaret Chan.**

**L'adresse et le contact : OMS/WHO**

**Avenue Appia, 20**

**CH – 1211 Genève 17 (Suisse)**

**Tél. : 0041227912111**

**Fax : 0041227913111**

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

### A. Quelques 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

Chaque année, l'Assemblée mondiale de la santé, organe directeur de l'OMS, réunit ses 193 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 4000 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 (Egypte) ;
- Pacifique oriental (WPRO), Manille (Philippines) ;
- Amériques (AMRO ou 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 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<sup>e</sup> 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.

- b. La liste modèle des médicaments essentiels

La 15<sup>e</sup> édition de la liste remonte à mars 2007 et se base sur celles de plus de 150 pays, établies selon des priorités locales.

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 octobre 2007, l'OMS a publié un premier catalogue de médicaments indispensables pour les enfants.

### **2. La réglementation**

Le premier Règlement sanitaire international (RSI) remonte à mai 1951 et sa dernière version entre 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.

Les PMA sont au nombre de 50 : 34 en Afrique, 10 en Asie, 5 dans le Pacifique et 1 dans les Antilles.

En faveur de ces pays les moins avancés, l'OMS conçoit une aide spéciale, à savoir :

- la vaccination contre les grandes maladies infectieuses (diphtérie-choléra-tétanos) ;
- l'approvisionnement en eau potable ;
- l'élimination des déchets ;
- la protection maternelle ;
- l'éradication de certaines maladies.

### 4. La recherche

L'OMS se réfère à deux Centres qui conduisent certains travaux de recherche :

a. Le Centre international de recherche contre le cancer (CICR/IARC — Adresse : Tour CIRC 150, Cours Albert-Thomas 69008 Lyon (France) — Site web : <http://www.iarc.fr>)

Composée de 21 pays, cette agence intergouvernementale, créée par l'OMS en 1965, dirige et coordonne les recherches sur les causes du cancer, effectue des études épidémiologiques sur l'incidence du cancer dans le monde et publie des monographies sur les risques cancérigènes d'agents ou d'expositions pour l'homme.

b. Le Centre pour le développement de la santé (WKC/WKC – KOBE (Japon) — Site web : <http://www.whc.who.int>)

Le Centre étudie l'impact direct des milieux urbains sur la santé des populations et travaille à l'élaboration de plans d'urbanisme tenant compte des menaces pour la santé au sein des villes, liées aux accidents de la route, à des maladies infectieuses, à des modes de vie malsains, comme le tabagisme, l'alcoolisme, la sédentarité, générateurs de diabète, de cancers ou de cardiopathies, ainsi qu'à l'insuffisance de l'assainissement et de la collecte des déchets.

En principe, ces plans d'urbanisme améliorent les conditions de vie des citoyens : meilleure sécurité, accessibilité et adaptation aux personnes âgées, résilience aux catastrophes et situations d'urgence, diminution de la pollution, réduction de la concentration de la pauvreté dans des implantations sauvages du type bidonvilles.