



Independent observer
of the Global Fund

Négociations du Traité pandémie, des lendemains qui déchantent : dissensus et course contre la montre font craindre un échec.

Contexte

Au lendemain de la neuvième session de travail de l'Organe Intergouvernemental de négociation (dit [INB9](#) pour Intergovernmental Negotiation Body en langue anglaise) c'est la gueule de bois qui prévaut dans les rangs des organisations de la société civile ayant des relations officielles avec l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) comme dans ceux des délégations officielles présentes à Genève ; en effet, les négociations attendues n'ont pas eu lieu alors que chaque coalition campe sur ses positions et apporte continuellement de nouvelles contributions au texte du projet de traité.

Pour prendre la pleine mesure du moment historique que nous vivons, il est tout d'abord utile de présenter l'état d'avancement des négociations au moment de l'ajournement du 28 mars 2024, d'ensuite revenir sur l'origine du traité pandémie, enfin d'en souligner les enjeux et les acteurs à ce stade du processus de négociations.

Le 28 mars dernier, l'INB9 a été ajourné avec un sentiment d'inachevé au terme de deux semaines de travail intense, mais infructueux (18 – 28 mars 2024). C'est pourquoi, dans un ultime effort pour parvenir à un consensus, la reprise de la session et du groupe de rédaction est prévue le 29 avril. Elle s'achèvera le

10 mai 2024 et comptera sept jours de négociations (29 avril -5 mai) suivis de cinq jours de rédaction du traité ainsi que du compte-rendu à la 77^e Assemblée mondiale de la santé qui se réunira du 27 mai au 1^{er} juin 2024.

Avec le regard rivé sur le calendrier, le processus de discussion, de rédaction et de négociation du projet de traité pandémique a débuté dès la première réunion de l'INB (INB1) le 24 février 2022; nonobstant la volonté affichée et martelée de battre le fer pendant que la mémoire [politique](#) collective de la pandémie de COVID19 est encore chaude, aucune avancée significative n'a été enregistrée alors que nous sommes rendus à la neuvième et dernière session du cycle de négociations dont il faut retenir les éléments suivants :

- Entre le 18 et le 28 mars 2024, les 37 articles constitutifs du projet de traité ont fait l'objet d'une revue systématique en séance plénière, souvent accompagnée en parallèle de réunions de groupes de travail sur des questions spécifiques. Malgré ces séances de travail tardives prolongées le week-end, les négociations à proprement parler n'ont pas pu débuter ; par conséquent, afin d'exclusivement consacrer la reprise de session aux négociations stricto sensus, il a été convenu que :
- Des réunions consultatives seront organisées avec chacune des six régions de l'OMS au cours du mois d'avril ;
- À partir du 8 avril, se tiendront des [réunions](#) informelles intersession sur les articles de la discorde, à savoir les articles 4, 5, 6, 10, 11, 12, 13, 13bis, 19 et 20 ;
- D'encourager l'émergence de co-facilitateurs et de groupes transversaux qui contribueront à aplanir les différends et ainsi à résoudre la complexité qui entoure ces travaux;
- Le 18 avril, un texte de « convergence simplifié », selon les termes du co-président Roland Driec des Pays-Bas, de 20 pages sera communiqué aux États membres, soit 90 pages de moins que le document de négociations au soir du 28 mars 2024;
- L'inclusion d'éléments d'opérationnalisation de l'équité dans un document normatif, constitue une grande difficulté rappelée par le co-président Roland Driec, c'est cette prouesse que les États devront donc s'atteler à réaliser.

La proposition de traité pandémique a été évoquée pour la toute première fois le 12 novembre 2020 par Charles Michel, président du Conseil européen, lors du [Forum](#) de Paris pour la Paix. Cette proposition a ensuite été réitérée le 3 décembre 2020 lors de la session spéciale de l'[Assemblée](#) des Nations Unies consacrée à la réponse à la pandémie de COVID-19. S'en est suivie la publication d'un document conceptuel en mars 2021, il sera suivi d'un réflexion paper en date du 26 août 2021 qui aboutira au draft zéro du premier février 2022.

Initialement perçue comme une proposition [européenne](#) à la plus-value limitée, elle finira par [rallier](#) un nombre croissant d'États qui y verront finalement une opportunité de réforme du système de réponse aux pandémies sur le fond notamment dans ses segments liés à la [coordination](#), au partage de l'information, à l'accès aux vaccins, aux médicaments et aux produits de santé et aux financements ; ainsi porteurs d'un espoir débordant pour un système équitable, plus juste et plus humain, les délégations et le bureau se sont mis au travail. Cependant, des dissensions significatives ont tôt fait d'apparaître dans le processus et continuent à en rythmer les sessions à telle enseigne qu'il est désormais admis que le risque est certes

commun, mais les priorités divergent.

Risque commun, priorités divergentes

Si le risque que représente une pandémie est commun, les priorités relatives à sa gestion diffèrent selon de nombreux critères, dont l'appartenance au « Sud global » ou au « Nord global ». En effet, une ligne de fracture nette existe entre les tenants d'un maintien du statu quo ante en matière d'accès aux vaccins, aux médicaments, et aux produits de santé en situation pandémique au nom du respect de la sacrosainte propriété intellectuelle, et les tenants d'un accès universel/démocratisé aux produits de la recherche scientifique par des mécanismes de partage des avantages dûment consignés dans le traité, ceci sur la base des principes d'équité, de solidarité et de responsabilité différenciée.

Ces derniers constituent le « Sud global » qui regroupe des pays en développement, des pays émergents et des groupes régionaux tels que l'Afrique du Sud, la Namibie, l'Éthiopie, le Cameroun, le Sénégal, l'Indonésie, le Bangladesh, le Pérou, le Brésil, l'Union africaine... Il s'est substantiellement réuni au sein du groupe pour l'équité qui compte 88 membres.

Le « Nord global » est essentiellement constitué des pays et régions industrialisés producteurs de vaccins, de médicaments et de produits de santé tels que les États-Unis, le Canada, le Royaume-Uni, la Suisse, l'Union européenne avec l'Allemagne en tête de file, le Japon, la Corée du Sud, l'Australie, la Nouvelle-Zélande.

La Position africaine commune sur la prévention, la préparation et la réponse aux pandémies (CAP PPR), approuvée le 20 mai 2023 constitue le socle sur lequel les pays membres de l'Union africaine et ceux de l'Africa group (47 États) fondent le front uni qu'ils affichent, avec pour priorités : « une participation significative et une co-création des décisions. » centrée sur l'équité et l'inclusivité pour renforcer la capacité de fabriquer localement des vaccins, des produits diagnostiques et thérapeutiques. Ceci implique la facilitation du transfert de technologie tenant compte des possibilités légales existantes telles que les exemptions et la renonciation en matière de droits de propriété intellectuelle, le partage des bénéfices et le financement. Ces attentes sont détaillées dans l'[OPEG](#) de Jean Kaseya, Directeur général de l'Africa CDC du 15 mars 2024.

À titre d'exemple, alors que le groupe pour l'équité, en l'occurrence l'Inde, des îles Fidji, du Brésil et du Bangladesh, propose qu'en situation pandémique ou d'urgence de santé publique de portée internationale, primo 20% de la production de vaccins soit cédée à titre gracieux à l'OMS, secundo que les médicaments, les vaccins et les produits de santé soient vendus à des tarifs préférentiels aux pays en développement, tertio la levée des brevets et des redevances ; l'autre coalition préconise dans l'article 12 que le fabricant cède gratuitement 10% de sa production à l'OMS, et en vende 10% aux ONG à prix comptant, ceci accompagné de contributions volontaires non-financières pour le renforcement des

capacités de production dans les pays en développement.

Ainsi, l'institutionnalisation du principe d'équité par des dispositions opérationnelles constitue-t-elle une ligne rouge abordée différemment par les coalitions en présence : pour le « Sud global », pas de traité sans opérationnalisation du principe d'équité, pour le « Nord global » l'OMS n'est pas le lieu indiqué pour de telles discussions – mais l'Organisation mondiale du commerce (OMC) -, par conséquent pas de traité contenant de telles considérations. Dans ces conditions, comment justement réorganiser le partage de la surveillance, de la préparation et de la réponse aux pandémies ?

Des enjeux complexes et multiniveaux

Le dissensus est l'expression de la crise de confiance qui mine la santé mondiale et le multilatéralisme en santé depuis la pandémie de COVID19 avec des enjeux sous-jacents de science ouverte, d'extractivisme des ressources génétiques, de propriété intellectuelle, de privatisation des bénéfices issus du financement public de la recherche et de la financiarisation croissante de la santé qui, progressivement, devient une commodité.

Les enjeux imbriqués des domaines scientifiques et de l'action publique propres à l'objet du traité combinés à la pression temporelle et au jeu des négociations bloquées, voire inexistantes, font courir le risque de l'adoption d'un traité au rabais, vidé de toute substance réformatrice. Une telle issue représenterait une nette régression, car elle consacrerait l'« institutionnalisation du statu quo », selon Nicoletta Dentico, responsable du programme de santé mondiale à la Society of International Development (SID), une perspective qualifiée de « pire que le statu quo » par K.M. Gopakumar, conseiller juridique du Third World Network

En effet, les huit articles objets de désaccords portent sur les modalités du partage de surveillance sanitaire du monde et les conditions de la réponse aux pandémies, il s'agit de la prévention et surveillance des pandémies (4), l'approche « une santé » pour la prévention, la préparation et la réponse aux pandémies (5), la préparation, la résilience et le relèvement du système de santé (6), la production durable et géographiquement diversifiée (10), le transfert de technologie et de savoir-faire (11), l'accès et le partage des bénéfices (12), la chaîne d'approvisionnement et la distribution (13), achats et distribution au niveau national (13bis), la mise en œuvre et appui (19), le financement durable (20).

Avec 14 alinéas et 11 pages de discussions, l'article 12 est le plus désaccordé, suivi des articles 4 (6 pages), 11, 13, 13bis et 20 (cinq pages chacun), et est également l'expression d'une mémoire institutionnelle traumatique liée à la pandémie de COVID19 ; à ce propos, alors que le co-président Roland Driessche appelait les contributions de la société civile et des universitaires lors de la réunion du 27 mars, Ellen 't Hoen (Juriste du droit de la propriété intellectuelle et membre de Medicines Law and Policy) a suggéré que l'INB9 débute par une commission de réconciliation.

Par ailleurs, comment rendre inopérante la logique extractive contenue autant dans la question du partage des avantages que dans celle de l'approche une seule santé telle que traitée dans l'article 5 avec cette exigence absolue pour le partage des données sans compensation significative ?

En outre, la question du financement, zone grise majeure du RSI (2005), n'est pas mieux élaborée dans le projet de traité pandémie dont l'objectif initial affiché était d'en corriger les faiblesses. Les dispositions proposées relèvent du volontariat et du surréalisme à l'instar de celle qui suggère de loger toutes les contributions à la préparation aux pandémies au sein du Fonds Pandémies de la Banque Mondiale dont les rênes seraient alors confiés à l'OMS, ce qui est peu probable compte tenu de l'exigence annoncée par le secteur bancaire d'avoir le plein contrôle de ses fonds engagés dans la préparation et la réponse aux pandémies.

Comme l'a rappelé la co-présidente de l'INB Precious Matsoso d'Afrique du Sud en de l'INB9 le 18 mars 2024, « à chaque fois, vous devez vous rappeler ce que vous avez tous dit sur cette plateforme numérique, à savoir qu'il s'agissait d'éléments clés qui devaient être contenus dans l'instrument (...) 100 % des éléments ont été acceptés par vous tous (...) si la plupart d'entre vous, à 97,5 %, ont dit que l'équité était essentielle, que le financement était essentiel, que le renforcement des capacités des pays était essentiel, et que vous avez dit tout cela, vous avez dit et réitéré, cela ne peut certainement pas changer maintenant, alors que vous êtes censés commencer les négociations, et vous ne pouvez pas vous dégonfler/retirer maintenant, vous l'avez déjà dit, vous vous êtes déjà mis d'accord sur ces points ; vous l'avez jugé essentiel, nous devons maintenant commencer les négociations, il s'agit maintenant d'un texte juridique, la tâche qui vous incombe est de déterminer lesquels de ces éléments doivent être obligatoires et contraignants, c'est l'exercice qui nous attend et est important pour nous. (...) beaucoup ont perdu la vie, d'autre ont survécu et nous le leur devons (...) assurons-nous que nous ne soyons plus jamais dans cette position et que l'instrument nous permette d'atteindre nos objectifs ».

L'enlèvement des négociations à l'INB9 est le résultat d'un processus accéléré pour ceux qui en font l'apologie, précipité pour ses contempteurs. En effet, au regard du temps politique et administratif habituellement nécessaires à l'élaboration et à la maturation d'un projet de traité, deux années c'est court, car le temps politique et administratif sont des temps longs qui, dans les processus de négociations, favorisent une analyse approfondie et sont propices aux réflexions sur les effets induits non-intentionnels. Or, le temps nécessaire à des négociations efficaces fait défaut à l'INB. Au-delà de la tentation de la critique aisée, un péril trop grand pèserait sur la majorité de l'humanité en situation pandémique si un traité au rabais venait à être adopté.

En définitive, élaborer un traité imposé par la nécessité de répondre aux réalités contemporaines est fondamental, cependant, l'adopter hâtivement en se fondant principalement sur des intérêts industriels nationaux et régionaux est une faillite de l'esprit ; car cette approche favorise la construction de « chimérique[s] empire[s] » sur le dos des plus vulnérables qui ont déjà payé un tribut élevé durant la COVID19, et continueront à payer le prix en raison d'un traité au rabais. Serions-nous, à notre insu, en 1678 dans la fable des animaux malades de la peste de Lafontaine ?

Axelle Ébodé E.

Risk manager spécialisé en préparation et réponse aux pandémies

[Read More](#)
