

Partenariats mondiaux public-privé : partie II – Enjeux d'une gestion mondiale

K. Buse¹ et G. Walt²

Il s'agit de la deuxième partie d'une étude sur les partenariats mondiaux public-privé (PMPP) en faveur du développement sanitaire. On trouvera la première partie aux pages 184-197 du présent Recueil. L'émergence récente de partenariats mondiaux public-privé est en train de remodeler rapidement le paysage sanitaire international. Si la plupart des organismes d'aide bilatérale et multilatérale s'efforcent actuellement de déterminer de quelle manière procéder, peu d'informations ont filtré dans le domaine public sur la façon dont fonctionnent ces partenariats et, jusqu'ici, on ne s'est guère préoccupé des multiples conséquences de cette nouvelle tendance. Les auteurs font la distinction entre les PMPP qui sont axés sur des produits, ceux qui sont axés sur le développement des produits et ceux qui concernent des problèmes/systèmes donnés, en citant des exemples de chacun de ces types de partenariats dans le secteur de la santé. Ils exposent les avantages de ces initiatives, dont le moindre n'est pas la mobilisation considérable de ressources contre des problèmes de santé précis. Dans la dernière section de l'article, les auteurs analysent les répercussions de ces partenariats public-privé et les dilemmes qu'ils suscitent en se demandant si des objectifs communs permettent de transcender des valeurs et des mandats contradictoires et si la gestion de ces partenariats ne risque pas de modifier ou de mettre à mal certaines caractéristiques d'organismes multilatéraux. Ils concluent que le climat de bonne volonté qui règne actuellement entre les secteurs public et privé doit être mis à profit pour favoriser les nouveaux partenariats, mais aussi pour obtenir que ces derniers opèrent réellement dans l'intérêt de l'action internationale de santé publique.

Article publié en anglais dans *Bulletin of the World Health Organization*, 2000, **78** (5) : 699-709.

Introduction

Dans la première partie de cet article (voir pages 184-197), nous avons indiqué qu'il y avait un certain nombre d'initiatives dans le cadre desquelles les secteurs public et privé cherchaient à collaborer par le biais de partenariats dans le domaine de l'action internationale en santé publique. Nous y avons analysé le concept de partenariat et défini les partenariats mondiaux public-privé (PMPP) comme étant des rapports de collaboration transfrontalière. Chaque partenariat réunit au moins trois parties, dont une entreprise (et/ou une association industrielle) et une organisation intergouvernementale, afin de parvenir à un objectif commun en faveur de la santé grâce à une répartition des tâches arrêtée d'un commun accord. Cette première partie a permis de décrire le contexte dans lequel ces partenariats apparaissent, en s'attachant particulièrement aux changements auxquels le système des Nations Unies et la communauté des entreprises ont dû faire face au cours des années 90.

Si ces partenariats apportent des ressources importantes pour l'action internationale de santé publique et s'ils sont susceptibles d'être utiles à d'importantes populations, ils sont également en train de gommer les distinctions traditionnelles entre les responsabilités et les objectifs respectifs des secteurs public et privé. L'utilisation des PMPP pour la santé publique soulève également un certain nombre de questions importantes concernant les conflits d'intérêt et les répercussions qu'ils peuvent avoir en matière de gestion. Le présent article ouvre le débat sur ces problèmes, en commençant par définir un cadre conceptuel permettant de comprendre les différentes formes que prennent les partenariats mondiaux public-privé dans le secteur de la santé, illustrés par un certain nombre d'exemples. Il s'achève par l'analyse des répercussions qu'auront les PMPP au XXI^e siècle, en s'attachant aux problèmes de gestion et d'équité qui vont se poser.

Quelles formes les partenariats mondiaux public-privé en faveur du développement sanitaire ont-ils prises ?

Catégories de PMPP

Il y a plusieurs manières de concevoir et de distinguer les différentes catégories de partenariats. L'une consiste par exemple à les classer par *mode d'association* : donateur-bénéficiaire ou public-privé. Toute-

¹ Division of International Health, Department of Epidemiology and Public Health, Yale University School of Medicine, PO Box 208034, New Haven, CT, 06520-8034 (Etats-Unis d'Amérique) (mél : kent.buse@yale.edu). (Correspondance)

² Health Policy Unit, Department of Public Health and Policy, London School of Hygiene and Tropical Medicine, Keppel Street, Londres (Angleterre).

Réf. : 99-0241

fois, c'est une définition trop large pour être très utile et permettre de comprendre ce que sont les PMPP. Un autre classement a été proposé par Mitchell-Weaver et Manning (1), dont le principe repose sur le fait que, puisque les partenariats constituent avant tout une série de relations institutionnelles, ils doivent être classés en fonction de leur *forme organisationnelle*. On distingue trois modèles institutionnels en fonction du degré auquel les intérêts privés participent à la prise de décision stratégique d'intérêt public. Le *modèle du comité d'élite* (parfois appelé conseil ou conférence) est caractérisé par une négociation entre partenaires relativement équivalents de façon à parvenir à des décisions de consensus. Le comité ne met pas en œuvre les décisions, mais chacun de ses membres peut avoir une influence sur le comportement de sa propre organisation afin d'atteindre les objectifs du partenariat et/ou d'influer sur les politiques publiques par le biais d'associations en réseaux. Dans le secteur de la santé, un exemple de ce type de modèle est fourni par le Conseil mondial des entreprises sur le VIH/SIDA, auquel participent les responsables de 15 grandes firmes (2).

La deuxième forme institutionnelle que peuvent prendre ces partenariats est le *modèle ONG*, c'est-à-dire auquel participent des organisations non gouvernementales. Mitchell-Weaver et Manning indiquent que les rapports entre les diverses parties revêtent ici essentiellement la forme d'une délégation de pouvoir. L'instance publique fournit les ressources organisationnelles, matérielles ou financières pour permettre à un partenaire privé de mener à bien le programme public. Le modèle ONG relie les secteurs public et privé par le biais de transferts de ressources ; l'initiative sur le diagnostic des maladies sexuellement transmissibles en est un bon exemple (3).

Le troisième modèle est le *modèle de l'instance quasi publique* dans lequel une organisation hybride présentant à la fois des caractéristiques publiques et privées est créée par des institutions du secteur public. Agissant dans l'intérêt public, ce type d'organisation fournit des biens et des services ou permet au secteur privé de pénétrer un marché. En effet, ce modèle d'instance quasi publique crée les conditions favorables pour que des entreprises privées fournissent des services ou des biens publics. L'opération Médicaments antipaludiques (4) et l'initiative internationale pour le vaccin contre le SIDA (5) sont des exemples de cette forme d'organisation à l'échelle mondiale. Mais si cette caractérisation des partenariats est intéressante, elle ne fournit aucun modèle dans lequel le secteur privé soit un partenaire dominant. En conséquence, elle ne permettrait pas de classer un certain nombre de PMPP, notamment la plupart des programmes de dons de médicaments.

Une autre approche de la classification consisterait à prendre en compte la nature de l'activité entreprise par les partenariats. On pourrait ainsi distinguer les partenariats qui sont axés sur la *consultation* entre les acteurs du secteur public et privé (par exemple, le groupe de travail OMS-industrie pharmaceutique) de ceux qui sont axés sur la *concertation*

politique entre les acteurs publics et privés (par exemple, collaboration en matière d'établissement des normes), et de ceux qui ont surtout une fonction *opérationnelle* (autrement dit qui sont engagés dans la recherche et le développement ou dans un programme de don de médicaments). Cependant, ces catégories sont beaucoup trop vastes et ne donnent que peu d'indications sur la façon dont ces partenariats sont gérés ou sur la manière dont ils fonctionnent.

Kickbusch et Quick (6) ont classé les partenariats mondiaux pour la santé en fonction des éléments suivants : 1) produits existants (vermifuges pour enfants) ; 2) développement de produits (concevoir un réfrigérateur utilisable dans les pays en développement) ; 3) services ; 4) systèmes et environnements (villes-santé) ; 5) enjeux (éradication de la poliomyélite) ; 6) messages sanitaires (stratégie mondiale OMS/UNESCO contre le paludisme) ; et 7) échange des connaissances (promotion de la santé sur le lieu de travail). Si les deux premières catégories sont bien distinctes, l'absence de spécificité des autres entraîne une certaine ambiguïté. Bien que nous pensions que la classification basée sur la forme institutionnelle (1) mérite d'être développée plus avant, dans cet article nous classons les PMPP en trois catégories, en fonction de leurs objectifs : les PMPP axés sur les produits, ceux qui sont axés sur le développement des produits et ceux qui concernent des problèmes/systèmes donnés.

Exemples de PMPP

On trouvera dans les Tableaux 1, 2 et 3 certains exemples de ces trois types de partenariats. Ces exemples, principalement tirés du domaine des médicaments et vaccins contre les maladies transmissibles, ont été choisis avant tout en fonction des informations disponibles et n'incluent qu'une partie des PMPP bien connus actuellement opérationnels. Un certain nombre de PMPP axés sur les maladies non transmissibles, tel que le partenariat OMS sur la dépendance tabagique (7), et traitant des déterminants socio-économiques plus généraux de la santé (par exemple, le partenariat public-privé du PNUD concernant l'environnement urbain) (8) apparaissent également.

Les *partenariats axés sur les produits* (Tableau 1) regroupent principalement les programmes de dons de médicaments, même s'il existe également des partenariats pour l'achat en vrac de produits (préservatifs féminins (9) ou médicaments contre le SIDA (10)) destinés à des programmes du secteur public dans les pays à faible revenu. Les programmes de dons de médicaments sont généralement mis en place après qu'un médicament existant (à usage vétérinaire ou médical) a été jugé efficace pour traiter certaines affections pour lesquelles la *demande solvable* est limitée, parce qu'il n'y a pas la volonté ni la possibilité de l'acheter, comme cela a été le cas avec l'AmBisome pour le traitement de la leishmaniose. Ces types de partenariats sont généralement créés à l'initiative du secteur privé. Les laboratoires pharma-

Tableau 1. Exemples choisis de PMPP pour la santé axés sur les produits

Nom/date	Partenaires	Objectif	Champ d'application
Programme de don du Mectizan/1987	Merck & Co. OMS Banque mondiale Groupe spécial pour la survie et le développement de l'enfant Autorités nationales et ONG	Éliminer la cécité des rivières en traitant par le Mectizan toutes les personnes qui en ont besoin	<ul style="list-style-type: none"> • Don du médicament jusqu'à ce qu'on en ait plus besoin • Les 34 pays d'endémie ont, à un moment ou à un autre, reçu gratuitement du Mectizan • La valeur cumulée des dons est estimée à US \$500 millions. US \$200 000 de plus sont dépensés chaque année pour les frais d'expédition et pour le comité d'experts du Mectizan et son secrétariat
Programme de don de la Malarone/1996	Glaxo Wellcome Groupe spécial pour la survie et le développement de l'enfant Medical Research Council (Angleterre) National Institutes of Health (États-Unis d'Amérique) Centers for Diseases Control (CDC), Atlanta OMS Banque mondiale Wellcome Trust Autorités nationales	Aider à lutter contre le paludisme pharmacorésistant dans les pays d'endémie où leur coût limite souvent l'accès aux nouveaux médicaments	<ul style="list-style-type: none"> • Jusqu'à 1 million de doses distribuées gratuitement chaque année dans le monde par le biais d'un programme de don ciblé • Dons pilotes au Kenya et en Ouganda
Programme de don de l'albendazole/1998	OMS/Division de la Lutte contre les Maladies tropicales SmithKline Beecham Programme mondial d'élimination de la filariose Autorités nationales et ONG	Accélérer les activités visant à éliminer la filariose lymphatique	<ul style="list-style-type: none"> • Don d'albendazole aux instances publiques et autres prestataires de services, jusqu'à élimination de l'éléphantiasis • Le don de 6 milliards de doses sur 20 ans représente un montant supérieur à US \$1 milliard
Programme de don du Zithromax/1998	Pfizer Inc. Fondation E M Clark Fondation Conrad H Hilton Fondation Bill et Melinda Gates Helen Keller International Initiative internationale de lutte contre le trachome Alliance OMS pour l'élimination mondiale du trachome d'ici 2020 Autorités nationales et ONG	Faire progresser les actions mondiales visant à éliminer le trachome cécitant	<ul style="list-style-type: none"> • Partenariat sur deux ans (dans un premier temps) • Don du Zithromax par Pfizer estimé à US \$60 millions • Pfizer et la Fondation Edna McConnell Clark fournissant chacun US \$3,2 millions à l'initiative internationale de lutte contre le trachome • Cinq des 16 pays prioritaires de l'OMS en bénéficient (Ghana, Mali, Maroc, République-Unie de Tanzanie et Viet Nam)

ceutiques recherchent un partenariat avec le secteur multilatéral afin d'abaisser les coûts et d'accroître les chances pour que le médicament atteigne ceux qui en ont besoin mais qui ne peuvent se l'offrir. Si les entreprises du secteur privé recherchent parfois des objectifs à court terme grâce à ces PMPP (établir des contacts politiques aux niveaux mondial et national), il semble que leur objectif à long terme soit de se faire une réputation de société ayant des préoccupations d'ordre éthique. Cet objectif final n'est pas garanti car les partenariats pour les dons de produits ont été controversés à cause du dumping et de la dépendance qu'ils créent et des problèmes que pose leur durabilité (11).

Les partenariats axés sur le développement des produits (Tableau 2) diffèrent des précédents à divers égards. Premièrement, ils ne sont pas ciblés sur des pays précis. Deuxièmement, ils sont généralement créés à l'initiative du secteur public (12). Troisièmement, ils ne sont pas tant fondés sur une demande insolvable que sur des échecs commerciaux. La plupart de ces produits sont considérés par le secteur public comme un investissement sociétal qui en vaut la peine, mais le marché n'alloue pas les ressources nécessaires à leur découverte et à leur mise au point parce que l'industrie estime que les retours sur investissement potentiels ne justifient pas les coûts d'opportunité de l'investissement. Ainsi, si l'on considère que la

Tableau 2. Exemples choisis de PMPP pour la santé axés sur le développement des produits

Nom/date	Partenaires	Objectif	Champ d'application
Initiative pour le diagnostic des maladies sexuellement transmissibles (IDMST)/1990	Universités OMS ONUSIDA Fondation Rockefeller Programme de technologies sanitaires appropriées (PATH) Secteur privé pour des projets de développement particuliers	Identifier, mettre au point et introduire des tests diagnostiques d'un prix abordable pour les infections sexuellement transmissibles	<ul style="list-style-type: none"> Par l'intermédiaire de cette initiative, le secteur public peut recenser et classer la demande du marché et surmonter les difficultés présentées par le développement des produits et la pénétration du marché
Initiative internationale pour le vaccin contre le SIDA (IAVI)/1996	Fondation Marcel Mérioux Fondation François-Xavier Bagnould National AIDS Trust AIDS Vaccine Advocacy Coalition Institut vaccinal Albert B Sabin <i>Donateurs</i> Banque mondiale ONUSIDA Fondation Rockefeller Fondation AP Sloan Fondation Bill et Melinda Gates Department for International Development (DFID) Glaxo Wellcome Levi Strauss International et bien d'autres	Faire en sorte que des vaccins anti-VIH, sûrs, efficaces, accessibles soient mis au point pour être utilisés partout dans le monde	<ul style="list-style-type: none"> Deux partenariats pour la mise au point d'un vaccin ont été créés entre des firmes de biotechnologie et des universités pour un montant de US \$9 millions en 1999 au moyen d'un « capital risqué social » Accords uniques sur la propriété intellectuelle – le secteur public détient les droits Contribution de la Fondation Bill et Melinda Gates en 1999 : US \$25 millions
Opération Médicaments antipaludiques (1998)	Association of British Pharmaceutical Industries Fédération internationale de l'Industrie du Médicament Wellcome Trust Fondation Rockefeller OMS/RBM/TDR Banque mondiale Forum mondial pour la recherche en santé DFID Agence suisse de coopération pour le développement Glaxo Wellcome, Hoffman-La Roche	Appuyer la découverte, la mise au point et la commercialisation d'antipaludiques ayant un prix abordable, à raison d'un tous les cinq ans, par le biais d'un fonds destiné à un projet du secteur public	<ul style="list-style-type: none"> Contribution publique jusqu'à US \$30 millions/an Le secteur privé offrira des dons en nature pour un montant de US \$2 millions/an L'opération Médicaments antipaludiques conserve les brevets des découvertes et sous-traitera les projets de commercialisation aux firmes privées. Les royalties serviront à assurer la durabilité financière de l'opération
LAPDAP/1998	SmithKline Beecham Programme spécial PNUD/OMS/ Banque mondiale de Recherche et de Formation concernant les Maladies tropicales DFID	Mettre à disposition, à un prix abordable, une association antipaludique en comprimés	<ul style="list-style-type: none"> Le DFID, l'OMS et SmithKline Beecham contribuent chacun au tiers du budget de mise au point
Initiative pour le vaccin antipaludique/1999	Fondation Bill et Melinda Gates PATH Participation du secteur privé par le biais de la découverte et de la mise au point des accords de partenariat	Accélérer la mise au point des vaccins candidats prometteurs contre le paludisme en les identifiant et en s'occupant du financement de leur mise au point	<ul style="list-style-type: none"> La Fondation Bill et Melinda Gates a fourni US \$50 millions pour subventionner la création de cette initiative

recherche d'un vaccin contre le SIDA est un bien public important, l'industrie ignore si les sommes engagées pour la recherche de ce vaccin permettront de l'obtenir. En outre, même si l'on découvrait un tel vaccin, le secteur privé ne peut être certain qu'il existera un marché suffisamment important pour

justifier sa mise au point et sa commercialisation. Les questions de responsabilité et de réglementation constituent une autre zone d'ombre (13).

Les PMPP axés sur le développement des produits supposent habituellement que le secteur public assume un certain nombre de risques associés

à la découverte, à la mise au point et/ou à la commercialisation de ces derniers (en fournissant des subventions publiques), compensant ainsi le coût d'opportunité des entreprises. Une caractéristique importante d'un certain nombre de ces PMPP est le fait que le partenariat conserve les droits de propriété intellectuelle de façon à conserver un moyen de pression sur l'établissement des prix par la suite. Les entreprises peuvent s'engager dans des partenariats axés sur le développement des produits dans le but d'obtenir une subvention pour la recherche, ou de l'aide pour des essais cliniques, ou encore de servir leurs propres intérêts à plus long terme. Fondamentalement, il y a la certitude d'un certain rendement financier (même s'il est modeste). Les entreprises peuvent également chercher à se rapprocher ou à participer à l'établissement de normes et de processus réglementaires. Enfin, elles peuvent chercher à donner d'elles-mêmes une image favorable pour mieux pénétrer les marchés pharmaceutiques émergents.

Les partenariats qui concernent des problèmes/systèmes donnés (Tableau 3) constituent un groupe plus éclectique. Certains ont été créés pour surmonter des échecs commerciaux telle que l'initiative pour le vaccin antipaludique (14). Des PMPP concernant les systèmes ont été mis sur pied pour compléter les efforts des pouvoirs publics, par exemple dans le cadre du partenariat Préserver l'avenir (15) et d'autres pour d'utiliser des ressources non médicales privées afin de combattre des maladies, par exemple l'Alliance mondiale pour la lutte contre les maladies transmissibles (16). Un certain nombre de PMPP concernant des problèmes bien connus ont récemment été lancés : ils cherchent à harmoniser ou à obtenir une cohérence stratégique entre les approches adoptées par les divers acteurs vis-à-vis de certaines maladies, ainsi qu'à inscrire ces dernières dans le programme d'action mondial en faveur de la santé. Le partenariat mondial Faire reculer le paludisme (17) et l'initiative Halte à la tuberculose (18) en sont des exemples.

Les partenariats mondiaux public-privé sont-ils indispensables à la santé ?

Objectifs et principes communs : peut-on réconcilier le public et le privé ?

Les définitions du partenariat laissent à penser qu'il s'agit de créer des objectifs communs étayés par un accord sur des principes essentiels. Les partenariats décrits dans cet article ont des objectifs clairs et sans ambiguïté. De toute première importance pour le programme d'action mondial en faveur de la santé est la question de savoir qui détermine ces objectifs, par quels processus ces derniers sont déterminés et dans quelle mesure les objectifs des PMPP prennent une place prépondérante dans ce programme d'action mondial. On pourrait considérer que les intérêts des différents partenaires forment un ensemble homogène. A une extrémité de cet ensemble figureraient les

intérêts des Nations Unies dont, selon Kofi Anan, « la principale vocation est de promouvoir des valeurs : les valeurs universelles d'égalité, de tolérance, de liberté et de justice qui figurent dans la Charte des Nations Unies » (19). A cette extrémité, on trouve également les valeurs et préoccupations de l'OMS en matière de santé publique concernant les inégalités de santé (20). Les principes qui animent les politiques des laboratoires pharmaceutiques se situent parfois à l'autre extrémité du spectre, la préoccupation étant alors de maximiser le profit. (Il ne s'agit pas de dire que ces institutions et ces secteurs sont monolithiques – mais plutôt d'opérer une généralisation concernant les différents intérêts et principes en cause. Il existe naturellement des exceptions et des employés dont les valeurs divergent beaucoup dans le secteur public comme dans le secteur privé). Les PMPP se situent au centre de cet ensemble où il est à espérer que les intérêts de tous puissent être pris en compte.

Un détracteur des partenariats public-privé avance que le secteur privé dispose de plusieurs mécanismes pour maximiser ses profits, qui peuvent aller à l'encontre du but recherché, à savoir améliorer la santé (21). Réduire les coûts en maintenant les salaires bas et en diminuant la main-d'œuvre en est un qui appauvrit ainsi les gens. Est-il possible que ces objectifs du secteur privé prennent un jour le dessus, les Nations Unies et l'industrie s'étant rapprochées pour définir conjointement leurs objectifs par l'entremise des PMPP ?

Ou bien est-il possible de faire en sorte que l'identité et les valeurs centrales des secteurs public et privé soient préservées dans le cadre de partenariats qui se limitent à des situations précises favorables aux parties en présence ? Lenton qui travaille pour l'initiative internationale pour le vaccin contre le SIDA (IAVI) a déclaré qu'il valait mieux des objectifs communs que des valeurs communes (22). A court terme et bien définis, il semble probable que les objectifs puissent transcender les valeurs disparates et réunir dans un mariage de raison des partenaires mal assortis. On commence à voir dans la littérature des articles traitant de l'« efficacité » des PMPP pour la santé (4, 23, 24) et des enseignements à en tirer. Ils soulignent combien il est important d'avoir : 1) des objectifs communs clairement précisés et réalistes ; 2) des rôles et des responsabilités clairement délimités d'un commun accord ; 3) des avantages distincts pour l'ensemble des parties ; 4) une transparence totale ; 5) une participation active au partenariat ; 6) une égalité de participation ; et de satisfaire, entre autres, aux obligations convenues. Toutefois, à plus long terme, la question se pose de savoir si les valeurs préconisées par le partenaire le plus faible seront cooptées par le plus fort. La réponse à cette question dépendra du choix des partenaires privés et du mode de gestion du PMPP.

C'est parce que des partenaires peuvent finir par s'opposer sur des principes et des valeurs convenus que l'OMS, la Banque mondiale et l'UNICEF indiquent toutes la nécessité de choisir avec prudence leurs partenaires du secteur privé

Tableau 3. Exemples choisis de PMPP pour la santé concernant des systèmes/problèmes donnés

Nom/date	Partenaires	Objectif	Champ d'application
Initiative pour les vaccins de l'enfance/1991	UNICEF PNUD OMS Banque mondiale Fondation Rockefeller L'industrie participe au niveau du groupe spécial et dans les équipes de développement des produits	Promouvoir, coordonner et accélérer la mise au point et l'introduction de nouveaux vaccins et de vaccins améliorés	<ul style="list-style-type: none"> • Les activités du secrétariat de l'initiative coûtent US \$5 à 6 millions par an
Programme mondial d'élimination de la filariose/1998	CDC UNICEF Banque mondiale OMS/CTD DFID SmithKline Beecham Merck & Co. Arab Fund Universités Placer Dome Center for International Health ONG internationales Autorités nationales	Éliminer la filariose lymphatique en tant que problème de santé publique d'ici 2020	<ul style="list-style-type: none"> • Don de l'albendazole par SmithKline Beecham aux instances publiques et autres prestataires de services jusqu'à ce que l'éléphantiasis soit éliminé (plusieurs milliards de doses sur 20 ans) • Don du Mectizan par Merck aux pays africains présentant une coendémie de l'onchocercose jusqu'à son élimination • L'ensemble des 73 pays d'endémie seront couverts avec succès par le programme
Programme Bill et Melinda Gates pour les vaccins de l'enfance/1998	Fondation Bill et Melinda Gates PATH D'autres partenaires participent à la mise en œuvre : UNICEF, OMS, Banque mondiale, initiative pour les vaccins de l'enfance, ministères de la santé, ONG, universités Institut international des Vaccins, fabricants de vaccins	Réduire ou éliminer l'écart qui existe entre les pays en développement et les pays développés pour ce qui est d'introduire les nouveaux vaccins destinés aux enfants	<ul style="list-style-type: none"> • La Fondation Bill et Melinda Gates a fait un don de US \$100 millions pour subventionner la création de ce programme • La contribution de l'industrie se fera par le biais de dons de vaccins pour les programmes types, de la fourniture de données pour les demandes d'homologation, d'informations concernant leur commercialisation, d'enquêtes financières et d'études de marché • Accent initialement mis sur 3 nouveaux vaccins dans 18 pays • Programme destiné à durer 10 ans
Préserver l'avenir/1999	Bristol-Myers Squibb ONUSIDA Harvard AIDS Institute Ecoles de médecine Autorités nationales	Améliorer la recherche sur le VIH/SIDA et les prestations de services aux groupes mal desservis dans les communautés d'Afrique australe	<ul style="list-style-type: none"> • Bristol-Myers Squibb a fait un don de US \$100 millions pour un partenariat de cinq ans • C'est le don le plus important effectué par une entreprise dans le cadre du VIH/SIDA • Couvre l'Afrique du Sud, le Botswana, le Lesotho, la Namibie et le Swaziland

(6, 25, 26). Dans la pratique, les incitations financières à court terme qui motivent parfois les organismes des Nations Unies à s'engager dans des partenariats avec le secteur privé font qu'il est parfois difficile de refuser des offres non conformes aux lignes directrices internes. Par exemple, on prétend (27) que le PNUD n'a tenu aucun compte de ses propres lignes directrices sur la collecte de fonds pour mener à bien son initiative pour le financement du développement durable à l'échelle mondiale (Global Sustainable Development Facility (GSDF)). S'agissant des partenariats pour la santé, Hancock (21) invite instamment

à revenir à une réflexion approfondie sur le bien-fondé d'une participation de l'industrie pharmaceutique à des partenariats avec l'OMS, du moins pour ce qui concerne la promotion de la santé, étant donné les conflits d'intérêts théoriques ou réels que cela peut susciter. Il propose plutôt que l'OMS choisisse ses partenaires parmi les industries qui vont tirer un bénéfice économique d'une amélioration de la santé (par exemple, assurances-vie et assurances-maladie, industrie des loisirs, tourisme et voyages) et celles qui favorisent la bonne santé (par exemple, firmes agro-alimentaires, immobilier d'habitation). Hancock

indique qu'au niveau mondial les partenariats doivent être établis non pas avec des entreprises individuelles, qui peuvent souhaiter s'en servir pour obtenir une meilleure compétitivité, mais avec des groupements industriels. Il demande qu'une série de critères éthiques soit fixée pour orienter le choix des partenaires.

De nombreuses organisations multilatérales et bilatérales savent aujourd'hui qu'il faut accorder une plus grande attention à cette question. Les lignes directrices sur les partenariats avec le secteur commercial proposées par l'OMS épinglent les producteurs de tabac et fabricants d'armes comme étant des partenaires incompatibles (28), tandis que d'autres organismes des Nations Unies appellent à des «partenariats créatifs» avec l'industrie de l'armement (29).

Gestion : représentation, responsabilité et compétence

On peut définir la gestion comme le processus par lequel une organisation ou une société assure sa direction (30). Grossièrement, on peut dire que la gestion consiste en différents systèmes de règles, de normes, de procédures et d'institutions au moyen desquels sont exercés le pouvoir et la prise de décision. Une bonne gestion comporte quatre éléments : 1) une légitimité au niveau de la représentation ; 2) la responsabilité ; 3) la compétence et la pertinence ; et 4) le respect d'une procédure régulière (31). Comment cette gestion est-elle exercée dans les partenariats mondiaux public-privé pour la santé ?

Représentation

Le domaine de la *représentation légitime* dans les partenariats public-privé soulève des problèmes à la fois normatifs et opérationnels. Les questions normatives vont déterminer quels sont les intérêts qui vont être représentés dans le partenariat et quels sont ceux qui ne devront pas l'être. La plupart des organismes des Nations Unies tirent une partie de leur légitimité de la composition quasi universelle de leurs organes directeurs. Par exemple, l'Assemblée mondiale de la Santé réunit les représentants de 191 Etats Membres (même si sa tendance à privilégier le « tout Etat » pose d'autres problèmes de légitimité) qui ont tous un même droit de vote quelle que soit leur contribution financière. En revanche, la représentation dans les PMPP est moins étendue et plus éclectique. Aucun PMPP pour la santé ne peut prétendre regrouper la quasi-totalité des Etats (ce qui, de toute façon, les rendrait difficiles à gérer), mais, et c'est là un point plus important, peu de partenariats représentent des pays à faible revenu. En outre, tous les PMPP sont loin d'avoir l'OMS dans leurs conseils d'administration et leurs comités techniques et, dans certains cas, il semble que la représentation du secteur privé soit de circonstance et basée sur des contacts personnels.

La légitimité des PMPP dépendra dans une large mesure des comités d'experts créés pour les

conseiller. Si les institutions spécialisées des Nations Unies, telles que l'OMS, s'appuient sur des réseaux étendus d'experts techniques et si elles ont mis en place les moyens permettant de choisir et de faire fonctionner des groupes d'experts,^a le fait que les groupes d'experts des PMPP puissent être choisis au sein de communautés d'experts très restreintes reste préoccupant. Ces groupes peuvent également souffrir d'un manque d'indépendance à cause des sources de financement (23) et avoir des pouvoirs limités : ainsi, le groupe consultatif technique de l'initiative internationale de lutte contre le trachome n'a pas eu voix au chapitre concernant le choix des pays bénéficiaires (32). Si de nombreux analystes ont attiré l'attention sur l'importance du contrôle exercé par les élites politiques transnationales au sujet de l'établissement des priorités internationales et la formulation des politiques (33), les conséquences du rôle croissant du secteur privé dans ces réseaux politiques ont à peine été étudiées.

Responsabilité

Par responsabilité on entend généralement le fait d'être tenu pour comptable de ses actions. Les secteurs public et privé ont tous deux des mécanismes bien rodés en matière de responsabilité : dans le secteur privé, les cadres dirigeants sont responsables vis-à-vis des actionnaires de l'entreprise ; dans le secteur public, les structures administratives rendent compte aux structures politiques, qui sont elles-mêmes, en fin de compte, responsables vis-à-vis des administrés du fait de la contestation possible du pouvoir politique. Cependant, au sein des partenariats public-privé, la responsabilité est moins directe, en partie du fait de la distance qui sépare les partenaires mondiaux des bénéficiaires et aussi de la durée nécessaire pour que leur action puisse être perçue. Bain (34) cite l'étude de Fox et Brown sur les réseaux transnationaux d'ONG, qui laisse à penser que la responsabilité « en aval » est souvent faible, et particulièrement limitée lorsque les distances géographiques sont grandes ou lorsque des organisations internationales ou locales sont engagées dans un projet. Etant donné que l'obligation de rendre compte repose sur la définition précise des objectifs, des activités, des rôles et des responsabilités, elle sera plus facilement exercée dans le cadre de partenariats officiels où ces derniers sont bien précisés. En revanche, les partenariats dont les objectifs et la répartition des tâches ont été vaguement définis seront peu responsables. En outre, le fait de tenir un partenaire pour réellement responsable pose des problèmes difficiles. Actuellement, il n'existe pas, semble-t-il, de système de sanction applicable à des partenaires négligeants.

En matière de responsabilité, deux mécanismes apparaissent dans les PMPP pour la santé.

^a Il ne s'agit pas ici de dire que le choix des experts de l'OMS est parfait, mais de souligner qu'il existe des contrôles et des équilibres qui font qu'on fait attention notamment aux questions liées à la représentation, par exemple des pays en développement ou des femmes.

D'un côté, les cadres dirigeants et les groupes scientifiques rendent compte directement à l'entreprise parrainante. Par exemple, dans le Programme de don du Mectizan, le comité d'experts du Mectizan rend compte directement à Merck & Co., l'entreprise parrainante, à l'occasion de réunions semestrielles, tandis que le secrétariat rend compte chaque mois de l'utilisation des fonds (23). De la même façon, le programme sur les technologies appropriées en santé, (Program for Appropriate Technology in Health (PATH)) (35), qui assure le secrétariat du Programme Bill et Melinda Gates pour les vaccins de l'enfance rend compte directement à Bill et Melinda Gates, ses parrains. Ainsi, dans ce modèle, les PMPP sont d'abord responsables vis-à-vis de leurs donateurs et seulement indirectement vis-à-vis des organisations du secteur public et des bénéficiaires.

D'un autre côté, le personnel d'encadrement rend compte à un organe directeur dont les membres font rapport à leurs organisations respectives. Ainsi, le secrétariat de l'initiative internationale de lutte contre le trachome va rendre compte tous les six mois à ses organismes parrainants par l'intermédiaire du Conseil d'administration. Ces rapports sont ensuite communiqués au réseau élargi de lutte contre le trachome, notamment à l'Alliance OMS pour l'élimination mondiale du trachome (36).

Compétence

Les partenariats soulèvent des questions difficiles en matière de *compétence et de pertinence*. Le fait de transférer la responsabilité mondiale de certaines questions sanitaires des programmes de l'OMS vers des PMPP particuliers risque d'aboutir à ce que l'OMS ne puisse continuer à réunir des groupes d'experts sur ces questions puisqu'elle essaie d'éviter de faire double emploi avec les comités techniques créés sous l'égide des partenariats (dont la composition est soigneusement contrôlée par les entreprises parrainantes). Est-ce là le signe d'une érosion de la fonction normative de l'OMS? Le secteur privé se faisant davantage entendre dans les discussions techniques de l'OMS grâce aux partenariats, les normes et étalons mondiaux vont-ils de plus en plus refléter des intérêts privés, hypothéquant ainsi leur crédibilité? A titre d'exemple, Muraskin (37) note que le Comité OMS d'experts de la Standardisation biologique (qui fixe les normes applicables aux vaccins) a été critiqué à la fin des années 80 pour les normes fixées par l'Organisation. Nombreux ont été ceux qui ont considéré qu'elles étaient inutilement rigoureuses (désavantageant ainsi les industries des pays en développement) et trop dans la ligne de ce que demandait l'industrie. En outre, la prolifération des PMPP va-t-elle aggraver la fragmentation des organisations sanitaires internationales rendant encore plus difficile l'élaboration d'un programme d'action mondial cohérent en faveur de la santé?

La mise en cause de la composante gestionnaire relative au respect d'une *procédure régulière* en est à un

stade très précoce. Les procédures régulières élaborées au sein du secteur public vont-elles être diluées pour que les partenariats puissent aller de l'avant? Certains signes montrent que cela pourrait bien être le cas. Ainsi, on prétend que le PNUD a violé ses propres lignes directrices en matière de financement pour pouvoir recevoir certains dons des entreprises (27), et que les essais de médicaments proposés dans le cadre du partenariat Préserver l'avenir risquent d'ébranler l'autorité des normes éthiques mondiales régissant les essais cliniques (38, 39). D'où la nécessité de parvenir à une plus grande transparence et de rendre publics les accords conclus par les PMPP et la façon dont ils seront mis en œuvre.

Ressources : qui paie pour les partenariats ?

L'une des caractéristiques marquantes d'un certain nombre de partenariats est le volume des ressources en jeu. Par exemple, la contribution de Pfizer à l'initiative internationale de lutte contre le trachome est évaluée à environ US \$63 millions sur deux ans. Au cours du premier semestre 1999, la Fondation Bill et Melinda Gates (dont les actifs s'élèvent à plus de US \$18 milliards) s'est engagée à accorder d'importantes subventions à un certain nombre de PMPP, à savoir: US \$100 millions au Programme Bill et Melinda Gates pour les vaccins de l'enfance, US \$50 millions à l'initiative pour le vaccin antipaludique, US \$25 millions à l'initiative internationale pour le vaccin contre le SIDA et US \$1 million à l'initiative internationale de lutte contre le trachome. Entre-temps, Bristol-Myers Squibb avait fait don de US \$100 millions sur cinq ans au partenariat Préserver l'avenir.

Le montant total du financement privé accordé aux PMPP pour la santé est difficile à estimer, mais il est clair que ces derniers apportent des ressources importantes pour des problèmes de santé donnés. Les ressources multilatérales pour la lutte contre les maladies sont dérisoires par comparaison avec l'importance des fonds privés accordés aux PMPP. Ainsi, le budget total du programme de lutte contre les maladies tropicales de l'OMS pour la période biennale 1998-1999 était de US \$29 millions, alors que le programme de lutte contre la tuberculose n'a reçu que US \$7 millions pendant la même période (40). Globalement, les contributions privées aux PMPP sont également importantes par rapport au budget annuel global de l'OMS, qui est inférieur à US \$1 milliard.

Bien que la contribution du secteur privé aux PMPP pour la santé soit précieuse, il apparaît que les coûts (et les risques) pour les entreprises sont relativement modestes par rapport aux gains substantiels qu'elles en tirent sur le plan des relations publiques. D'une part, de nombreuses contributions sont fiscalement déductibles (le coût pour l'entreprise n'est alors que d'environ la moitié du coût indiqué). D'autre part, ces contributions peuvent ne représenter qu'une faible fraction des profits engrangés avec un produit

particulier. Concernant le Programme de don du Mectizan, par exemple, il faut savoir que l'ivermectine est le deuxième médicament (à usage vétérinaire) le plus vendu de Merck & Co., et qu'entre 1984 et 1989 ses ventes étaient supérieures à celles de tout autre produit vétérinaire dans le monde (41). La contribution annuelle de Bristol-Myers Squibb à l'initiative Préserver l'avenir, qui est de US \$20 millions, représente juste un peu plus de 0,1 % du chiffre des ventes annuel de l'entreprise, qui est de US \$18,3 milliards – soit moins d'un centime l'action sur cinq ans (42), mais il serait plus exact de comparer ces chiffres aux bénéfices nets plutôt qu'aux ventes.

Enfin, la contribution du secteur public représente peut-être la part du lion pour ce qui est du coût des activités du partenariat. Par exemple, l'opération Médicaments antipaludiques vise à atteindre US \$30 millions par an, dont la majeure partie proviendra de sources publiques. Si des partenaires du secteur privé ont accepté de faire des dons en nature, ils se sont tout au plus vaguement engagés à verser quelques millions par an (4). En d'autres termes, sur dix ans, la structure qui dirige l'opération Médicaments antipaludiques (y compris des représentants des entreprises) va potentiellement contrôler US \$300 millions de fonds publics, alors que les entreprises y contribueront comme bon leur semble. Même si l'on affirme que la responsabilité de la fourniture des biens et services en faveur de la santé revient au secteur public, il est difficile de demander au secteur privé de participer à part égale à l'utilisation de ces ressources.

S'il est indéniable que les PMPP apportent de nouvelles ressources dans le domaine de l'action internationale de santé et qu'ils jouent actuellement un rôle essentiel dans la mise au point des médicaments et des vaccins, il ne va pas de soi que tous les PMPP sont nécessairement bons pour servir la cause de la santé. Mais, lorsqu'ils connaissent le succès, les PMPP peuvent véritablement la servir et de manière spectaculaire. Toutefois, il n'en reste pas moins difficile d'estimer les conséquences sanitaires réelles ou possibles de ces PMPP (cela vaut particulièrement pour les partenariats axés sur le développement des produits), lesquelles sont fonction de l'efficacité de l'initiative. Ainsi, l'onchocercose cécitante cessera bientôt d'être un problème de santé publique grâce au Programme de don du Mectizan (43). En outre, les PMPP axés sur le développement des produits ne représentent qu'une forme de PMPP. Dans les autres types de partenariat, l'industrie ne bénéficie pas nécessairement d'un avantage comparé « naturel ». En pareil cas, le secteur public est peut-être en mesure de régler la question sans la participation de l'industrie (Tableaux 1 et 3). De plus, l'histoire chaotique de la commercialisation des produits de l'industrie pharmaceutique dans les pays en développement (44) indique la nécessité d'avancer avec prudence et d'examiner chacun des partenariats proposés en fonction de lignes directrices et de critères appropriés. Ces lignes directrices peuvent permettre de faire en sorte que les

institutions publiques conservent leurs caractéristiques fondamentales, à savoir : intégrité, légitimité, autorité et neutralité. Ces lignes directrices qui en sont encore au stade de l'élaboration, au sein de l'OMS par exemple (28), et devront être examinées attentivement et faire l'objet d'un débat public.

Conclusion

Dans cet article, nous avons établi la « courbe de croissance » des partenariats mondiaux public-privé en santé, montrant qu'ils se répartissent grossièrement en trois catégories : produit, développement des produits et systèmes/problèmes. Nous avons montré que, pour le secteur privé comme pour le secteur public, le partenariat offre bien des avantages, étant donné qu'il semble que les problèmes de santé publique existants et émergents ne pourront être résolus avec succès par un seul secteur. Pour les organismes multilatéraux des Nations Unies, le partenariat avec le secteur privé est considéré comme ayant 1) conféré davantage de crédibilité et d'autorité aux activités entreprises ; 2) accru leur capacité à remplir leur mandat grâce à des ressources supplémentaires ; et 3) donné accès aux compétences et aux talents gestionnaires du secteur privé.

Pour le secteur privé, ces partenariats ont 1) accru l'influence des entreprises dans l'élaboration des politiques mondiales et nationales ; 2) procuré des avantages financiers directs (dégrèvements fiscaux, pénétration des marchés) et aussi indirects du fait de la promotion de la marque et de l'image ; et 3) renforcé l'autorité et la légitimité des entreprises grâce à leur association avec les Nations Unies et d'autres organisations. Ces retombées des partenariats sont également vraies pour les donateurs bilatéraux, qui ont en plus l'avantage d'avoir accru leur autorité au niveau national. Les communautés qui présentent des taux élevés d'infection à VIH, de trachome ou d'onchocercose, ou qui un jour bénéficieront des nouveaux vaccins ont tout à gagner à entrer dans des partenariats qui fournissent des ressources supplémentaires et des programmes ciblés.

Toutefois, un certain nombre de questions se posent, en particulier pour les pays bénéficiaires, qu'il ne faut pas balayer de la main. L'aide a un coût, et certains des partenariats public-privé ont compté pour leurs programmes sur une participation nationale relativement importante, à savoir : garantir des réseaux de distribution, stocker des médicaments dans les ports et les aéroports, former des agents de santé et procéder à des essais pour des médicaments que les gens ne pourront peut-être pas s'offrir à l'avenir. Il est vrai que ces programmes répondent à des besoins, mais ces besoins ne sont pas déterminés en fonction d'une priorité nationale ou d'une évaluation factuelle. Concernant les programmes de dons de médicaments, Kale (45) a préconisé de consulter davantage les pays bénéficiaires (avant de les lancer), d'effectuer des analyses coût-avantage précises et d'assurer une meilleure coordination entre

les programmes de dons et les programmes bénéficiaires dans le cadre d'une direction et d'une appropriation de ces programmes par les pouvoirs publics.

Les divergences relevées dans les principes et les valeurs retenus, ainsi que dans les questions de gestion, sont par conséquent importantes et doivent être surmontées. La représentation limitée des pays à faible revenu dans les partenariats public-privé pose la question de savoir qui décide du programme d'action international en faveur de la santé et dans quelle mesure les pays bénéficiaires ont leur mot à dire. L'universalité des institutions multilatérales se dilue dans les partenariats, puisque certains partenaires peuvent représenter un vaste groupe de membres, tandis que d'autres, comme le secteur privé ou les ONG, ne sont pas dans le même cas. En outre, comme le montrent les tableaux, de nombreux partenariats sont ciblés sur des pays bien précis. Si les initiatives doivent parfois être sélectives, elles vont d'abord choisir les pays en fonction de la possibilité d'obtenir des résultats. Une des valeurs de l'action multilatérale est sa « neutralité », qui lui permet de remplir les vides laissés par les organismes bilatéraux qui, souvent, apportent leur soutien aux services de santé en se fondant sur des considérations géopolitiques (46).

La responsabilité peut également être interprétée de différentes façons selon les partenaires. Le recours à des milices privées pour protéger les pipelines, qu'il s'agisse de Shell dans l'Ogoniland, au Nigéria, ou de BP en Colombie, a été vivement critiqué à l'intérieur comme à l'extérieur de ces pays. Si l'un ou l'autre de ces groupes pétroliers avait été en partenariat avec une institution multilatérale, la perte de neutralité et de légitimité de cette dernière aurait pu être importante. Beaucoup des institutions multilatérales ont exhorté à la prudence dans le choix des partenaires, mais il peut s'avérer difficile d'exercer une telle prudence. En outre, lorsque l'on estime que la responsabilité revient aux actionnaires ou aux consommateurs plutôt qu'aux communautés (ou aux instances publiques) plus larges, des conflits d'intérêt peuvent surgir. Ainsi, le recours à des alliances au sein de l'industrie pharmaceutique pour fixer les prix peut se faire au profit des actionnaires, mais au détriment des consommateurs (47). C'est ce type de conflit qui a sensibilisé le public au partenariat mondial pour le financement du développement durable mis en place par le (GSDF) PNUD.

Les coûts pour le secteur privé semblent être relativement faibles en regard de ses gains généraux : une faible perte possible de ressources si les programmes ne fonctionnent pas, mais des avantages énormes en termes de relations publiques lorsqu'ils sont couronnés de succès. Pour les organismes bilatéraux, de nombreuses questions difficiles se posent. Par exemple, jusqu'où les deniers publics doivent-ils soutenir des entreprises du secteur privé extrêmement rentables dans l'espoir d'obtenir un jour des gains potentiels pour les pays ou les populations pauvres ? Dans un partenariat axé sur le

développement des produits (LAPDAP), l'OMS et le Department for International Development (DFID) du Royaume-Uni subventionnent le laboratoire pharmaceutique SmithKline Beecham afin d'accélérer la mise au point d'un antipaludique en comprimés. Si ce partenariat n'est jusqu'ici régi par aucun accord officiel, les parties intéressées ont bien compris que le laboratoire se réservait le droit de fixer le moment venu le prix de son médicament.

Sans un minimum de prévoyance, les coûts des PMPP pour les Nations Unies peuvent être encore plus importants. Il est tout à fait concevable que des activités « rentables » puissent être confiées à des partenariats spéciaux, laissant les organisations publiques régler les questions les plus difficiles (par exemple, soutenir les systèmes de santé et former le personnel) pour lesquelles il est moins aisé de mobiliser des ressources. Il est également possible que les PMPP servent à affaiblir les systèmes de gestion multilatérale. Ce pourrait être le cas si le contrôle et l'autorité actuellement conférés aux organes directeurs sont transférés aux groupes d'orientation des PMPP, dans lesquels le secteur privé peut avoir plus d'influence. En outre, le fait que les politiques, les stratégies, l'allocation des ressources et les activités soient de plus en plus souvent dictées par l'industrie (ou soumises à son approbation) plutôt que par les organes directeurs des organismes des Nations Unies risque d'entraîner une modification des objectifs onusiens. De la même façon, si la neutralité attestée des Nations Unies est mise en péril par la participation du secteur privé à ses activités normatives, la crédibilité, l'impartialité et l'intégrité des Nations Unies pourraient en souffrir. Enfin, le soutien traditionnellement apporté aux organismes des Nations Unies pourrait être ébranlé si les partenariats du secteur privé entament la bonne volonté de ceux qui croient en un multilatéralisme dans lequel les gouvernements, et non pas les entreprises, sont les décideurs (48).

Bien qu'on ait prétendu avoir recherché une « justice sociale », par exemple dans le cas du don du Mectizan (49), la présente analyse laisse à penser que la promotion de la justice sociale ou de l'équité par le biais des PMPP n'est peut-être pas chose aisée. Les partenariats sont extrêmement sélectifs dans leur choix des problèmes de santé. L'allocation des ressources ne se fait pas en fonction des calculs de charge de morbidité ni des besoins, mais selon la façon dont un partenariat particulier reflète les points de vue de ses membres. Le don du Zithromax en est un bon exemple. Bien que ce médicament soit efficace contre les infections sexuellement transmissibles, ce n'est qu'à partir du moment où l'on a découvert qu'il pouvait être utilisé pour traiter le trachome qu'il a été offert dans certains pays en développement. On a avancé que c'était parce qu'une participation privée à la lutte contre des infections sexuellement transmissibles honteuses aurait pu gêner les actionnaires, alors que prévenir la cécité était un objectif plus positif.

Certains PMPP sont également sélectifs concernant les pays dans lesquels ils choisissent d'intervenir. Le Programme de don du Mectizan de Merck opère dans tous les pays où l'onchocercose est endémique et, depuis peu, dans les pays où règne une coendémie de la filariose ; Merck a également accepté de donner ce médicament jusqu'à ce qu'on ait pu éradiquer ces maladies. En revanche, l'initiative internationale de lutte contre le trachome a décidé de ne donner le Zithromax qu'à cinq des 16 pays prioritaires de l'OMS qui comprennent d'importantes populations touchées par le trachome, et elle ne s'est engagée que pour deux ans (bien que cette initiative puisse être étendue si la période d'essai est couronnée de succès). Si les maladies ciblées et les médicaments offerts par le biais de ces deux programmes diffèrent et supposent donc des risques très différents pour les laboratoires pharmaceutiques qui y participent, il est clair que l'initiative internationale de lutte contre le trachome a choisi de travailler dans des pays qui apparaissent « moins difficiles ». Les pays très pauvres ayant des populations importantes, des gouvernements impopulaires ou de mauvaises infrastructures peuvent être exclus des programmes des partenariats mondiaux. Ces problèmes d'exclusion ont été également évoqués dans d'autres forums. Les participants à la consultation de l'ONUSIDA sur « Réduire l'écart » ont posé la question de l'équité concernant la façon dont les pays sont choisis et celle dont les pays non retenus pourraient en bénéficier (50). Lors de l'élaboration des PMPP, il s'agit de parvenir à exploiter le potentiel qu'offrent les partenariats tout en évitant leurs effets négatifs possibles.

En résumé, si de nombreux aspects positifs se dégagent de l'émergence des PMPP, il reste de nombreuses incertitudes et quelques motifs de préoccupation. Des recherches s'imposent pour mieux savoir ce qui fait qu'un partenariat est « efficace » et, en particulier, quelles sont les formes organisationnelles et les dispositions gestionnaires qui présentent les meilleures garanties en matière de gestion, de responsabilité et de représentation, et quels sont les facteurs qui contribuent à l'efficacité du partenariat sur le terrain. Le fait d'exploiter le potentiel qu'offre le partenariat et d'en réduire les risques suppose que l'on identifie systématiquement les embûches qui peuvent lui être associées et que l'on se serve de ces résultats pour élaborer des lignes directrices, des procédures et des garde-fous appropriés. Il faut profiter au mieux du climat actuel de confiance et de bonne volonté qui règne entre les secteurs public et privé non seulement pour favoriser de nouveaux partenariats, mais aussi pour faire en sorte que ces derniers opèrent véritablement dans l'intérêt de l'action internationale de santé publique. ■

Remerciements

Nous remercions vivement les personnes qui suivent pour nous avoir fait part de leurs points de vue et pour avoir mis leurs documents à notre disposition : Sissel Brinchman, Joseph Cook, Tim Evans, Allan Foster, Karin Holm, Adetokunbo O. Lucas, David Mabey, Anne Mills, Michael Reich, Trudie Stubbs, Derek Yach et le personnel de la Health Policy Unit, London School of Hygiene and Tropical Medicine.

Bibliographie

1. **Mitchell-Weaver C, Manning B.** *Public-private partnerships in Third World development.* The 20th Norma Wilkinson Memorial Lecture. Geographical Paper. Reading, Reading University, 1990.
2. *Les grandes entreprises se mobilisent contre l'épidémie mondiale de SIDA.* Communiqué de Presse. Genève, ONUSIDA, 23 octobre 1997.
3. **Chernesky MA.** How can industry, academia, public health authorities and the Sexually Transmitted Diseases Diagnostics Initiative work together to help control sexually transmitted diseases in developing countries? *Sexually Transmitted Diseases*, 1997, **24** (2) : 61-63.
4. **Ridley R, Gutteridge WE, Currat LJ.** *New Medicines for Malaria Venture : a case study of the establishment of a public sector – private sector partnership.* Paper presented at the Third Global Forum for Health Research, 8-11 June 1999, Geneva.
5. **Berkley S, Lenton C.** *The International AIDS Vaccine Initiative.* Paper presented at the Third Global Forum for Health Research, 8-11 June 1999, Geneva.
6. **Kickbusch I, Quick J.** Partnerships for health in the 21st century [Partenariats pour la santé au XXI^e siècle]. *Rapport trimestriel de statistiques sanitaires mondiales*, 1998, **51** (1) : 68-74 (résumé en français).
7. *WHO European partnership project on tobacco dependence.* Projet de document. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 22 décembre 1998.
8. *Public-Private Partnership Programme of UNDP.* Internet communication on November 12 1999 at <http://www.undp.org/info21/business/annex3.html>.
9. Lettre de SG Cowal, Directeur des Relations extérieures, ONUSIDA, à une personne dont le nom n'est pas divulgué. Genève, ONUSIDA, 19 janvier 1999.
10. *L'ONUSIDA lance une initiative visant à améliorer l'accès aux médicaments pour la prise en charge de l'infection à VIH et du SIDA dans les pays en développement.* Communiqué de presse. Genève, ONUSIDA, 5 novembre 1997.
11. *Principes directeurs applicables aux dons de médicaments.* Genève, Organisation mondiale de la Santé, mai 1996.
12. **Godal T.** Fighting parasites of poverty : public research, private industry and tropical disease. *Science*, 1994, **264** : 1864-1866.
13. *Finance report of the International AIDS Vaccine Initiative : accelerating the development of preventive HIV vaccines for the world.* New York, International AIDS Vaccine Initiative, 1995.
14. *Malaria Vaccine Initiative : statement of purpose.* Seattle WA, Program for Appropriate Technology in Health, 1999.
15. *Bristol-Myers Squibb commits \$ 100 million for HIV/AIDS research and community outreach in five African countries.* Communiqué de presse, Washington DC, 6 mai 1999.
16. Innovative private sector venture under way. *TDR News*, 1999, **58** : 3.
17. *Faire reculer le paludisme : Rapport du Directeur général à la Cinquante-Deuxième Assemblée mondiale de la Santé.* Point 13 de l'ordre du jour provisoire, 14 avril 1999. Genève, Organisation mondiale de la Santé.
18. **Nunn P.** Personal communication with Head, Stop TB Initiative. London, 18 June 1999.
19. **Annan K.** Address to the US Chambers of Commerce, 8 June 1999, Washington DC.

20. **Walt G.** International organisations in health : the problem of leadership In : *Pocantico Retreat : Enhancing the performance of international health institutions*. Rockefeller Foundation, Social Science Research Council, Harvard School of Health, 1999.
21. **Hancock T.** Caveat partner : reflections on partnership with the private sector. *Health Promotion International*, 1998, **13** (3) :193.
22. **Lenton C.** Remarks made at parallel session number 7.1 at the Global Forum for Health Research, 8 June 1999, Geneva.
23. **Frost L, Reich M.** *Mectizan® donation program : Origins, experiences, and relationships with co-ordinating bodies for ochocerciasis control*. Department of Population and International Health. Boston, MA, Harvard School of Public Health, 1998.
24. **Widdus R, Evans P.** *Lessons learned from the Children's Vaccine Initiative 1990-1999*. Paper presented at the Third Global Forum for Health Research, Geneva, 9 June 1999.
25. **Bellamy C.** *Public, private and civil society*. Statement of UNICEF Executive Director to Harvard International Development Conference on 'Sharing responsibilities : public, private and civil society.' Harvard University, Cambridge, MA, 16 April 1999.
26. **Dukes G.** The contribution of the private sector : an introduction. *Australian Prescriber*, 1997, **20** (Suppl 1) : 74-75.
27. **Klein N.** UN pact with business masks real dangers. *Toronto Star*, 19 March 1999.
28. **WHO guidelines on collaboration and partnerships with commercial enterprises**. Draft discussion document dated 24 July 1999. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 1999 (version française en préparation).
29. **Deen T.** UN calls for new partnership with arms industry. *InterPress Service Daily Journal*, **7** (129), 7 July 1999. Internet communication at <http://www.globalpolicy.org/reform/armsindy.htm>
30. **Rosenau JN.** Governance in the twenty-first century. *Global Governance*, 1995, **1** (1) :13-43.
31. **World Bank.** *Governance : the World Bank's experience*. Washington DC, World Bank, 1994.
32. **Mabey D.** Personal communication, Member of Technical Expert Committee, International Trachoma Initiative, London, 28 June 1999.
33. **Haas PM.** Do regimes matter ? Epistemic communities and Mediterranean pollution control. *International Organisation*, 1989, **43** (3).
34. **Bain K.** *Building or burning bridges ? The accountability of transnational NGO networks in policy alliances with the World Bank*. Paper prepared for the Conference on NGOs in a Global Future, Birmingham 1999.
35. **Bill and Melinda Gates Children's Vaccine Program : Outline for Action**. Seattle WA, Program for Appropriate Technology in Health, 1998.
36. **Cook J.** Personal correspondence with J Cook, Executive Director, International Trachoma Initiative, 20 May 1999.
37. **Muraskin W.** *The war against hepatitis B : A history of the International Task Force on Hepatitis B Immunization*. Philadelphia, Pennsylvania University Press, 1995.
38. **Directives internationales pour l'examen éthique des enquêtes épidémiologiques**. Genève, Conseil des Organisations internationales des Sciences médicales, 1991.
39. **Khan P.** UNAIDS to publish guidelines on ethics of vaccine trials. *International AIDS Vaccine Initiative Report*, Spring 1999. New York, IAVI, 1999.
40. **Projet de budget programme pour l'exercice 1998-1999**. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 1996.
41. **Eckholm E.** River blindness – Conquering an ancient scourge. *The New York Times Magazine*, 8 January 1989.
42. **Bristol-Myers Squibb 'Secure the future' announcement and media reaction**. Internet posting from the Treatment Access Forum. Internet communication, 11 May 1999 at <http://www.hivnet.ch:8000/treatment-access/tadm>
43. **Chetley A.** *A healthy business ? World health and the pharmaceutical industry*. London, Zed Press, 1990.
44. **Lucas A.** Communication personnelle, 13 juillet 1999.
45. **Kale OO.** *Review of disease-specific corporate drug donation programmes for the control of communicable diseases*. Paper presented at the Symposium : Drugs for Communicable Diseases – Stimulating development and availability, Paris, 15 October 1999.
46. **Drager N et al.** What determines aid for health : an empirical analysis of bilateral aid flows. *International Conference on Macro-Economics and Health in Countries in Greatest Need*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 1992.
47. **Weber J, Barrett A.** Volatile combos : Pharmaceutical alliances can boost both players' health – or drag them down. *Business Week*, 25 October 1999.
48. **Korten D.** *The United Nations and the corporate agenda*. Text circulated on the internet, July 1997. Internet communication at <http://www.igc.org/globalpolicy/reform/korten.htm>
49. **Foege WH.** Ten years of Mectizan. *Annals of Tropical Medicine and Parasitology*, 1998, **92** (1) : 7–10.
50. **Towards the creation of strategic partnerships : improving access to drugs for HIV/AIDS : report of a consultative meeting, 30 June-2 July 1997**, Genève, Organisation mondiale de la Santé/ ONUSIDA, 1997.