

Savoirs contre pauvreté

M^{me} Dominique KEROUEDAN, médecin,
maître de conférences à l'École des affaires internationales
de l'Institut d'études politiques (Paris),
professeuse invitée sur chaire annuelle

GÉOPOLITIQUE DE LA SANTÉ MONDIALE

« Pour moi ce film est une interpellation, j'interpelle les hommes politiques africains dans leurs limousines pour qu'ils regardent un peu ces femmes qui vendent de l'eau au bord des routes, qui vendent du charbon de bois dans les marchés précaires, ou encore qui sèchent l'attiéké sur des plastiques au sol. Afin qu'ils les assistent pour améliorer leurs outils de production car c'est grâce au travail de ces femmes que l'Afrique a aujourd'hui des ouvriers, des personnels de santé, des professeurs, des artistes qualifiés, d'où le titre du film : *La femme porte l'Afrique.* »

Idriss DIABATÉ, réalisateur de documentaires,
communication au colloque de la chaire Savoirs contre pauvreté,
Collège de France, le 18 juin 2013

Les enseignements de la chaire Savoirs contre pauvreté, intitulée cette année « Géopolitique de la santé mondiale », se sont intéressés à faire mieux connaître les enjeux sanitaires des populations dans les pays en développement et à réfléchir aux stratégies nationales et internationales de coopération élaborées en réponse, tout en apportant un éclairage nouveau et une interprétation originale sur l'efficacité de la coopération sanitaire mondiale, examinée à partir de ses développements historiques et de ses configurations géopolitiques contemporaines. Des chercheurs et enseignants d'autres disciplines que les nôtres (la médecine et la santé publique) ont été sollicités dans l'idée de repenser nos approches : les sciences humaines, l'histoire, la sociologie, la philosophie, la science politique, la sociologie des relations internationales, etc. se prêtent bien à l'examen de nos problématiques. Cette confrontation multidisciplinaire fut particulièrement féconde lors du colloque international organisé par la chaire sur le thème de la politique étrangère et la diplomatie de la santé mondiale, qui s'est tenu les 17 et 18 juin 2013, lors duquel la teneur des présentations a dépassé les objectifs de la chaire, tant nous avons souhaité ensemble envisager très sérieusement les défis auxquels les femmes, les enfants et les hommes du monde contemporain pauvre et en guerre sont confrontés.

L'actualité internationale de ces derniers mois invitait naturellement la chaire à concentrer une partie de ses enseignements sur la question de l'accès des populations de pays en guerre (au Mali et en Syrie) et en situation de post-conflit (la Côte d'Ivoire), à l'aide médicale et humanitaire, d'autant que, respectivement et pour des raisons différentes, les violences des situations locales au Mali et en Syrie, perpétrées à l'encontre des populations civiles, mais aussi en ciblant directement les personnels de santé, interdisent, de fait, aux personnels des organisations humanitaires nationales et internationales, y compris les plus aguerries (CICR, Croix-Rouge, Médecins sans frontières, etc.), d'intervenir librement – sujet qui fut aussi au cœur des réflexions du colloque.

Les enseignements de la chaire se sont déroulés en 3 temps : (i) les huit cours, (ii) les neuf séminaires des professeurs invités, (iii) les communications du colloque international sur le thème « Politique étrangère et diplomatique de la santé mondiale », à l'ouverture duquel le Collège de France a accueilli Laurent Fabius, ministre des Affaires étrangères, et à la clôture duquel un conseiller de la présidence de la République travaillant sur l'Afrique, Thomas Mélonio, était présent, de même qu'à la session sur le Mali. Pour mémoire, les enseignements de la chaire Savoirs contre pauvreté se sont déroulés cette année pendant les mois de l'intervention militaire de la France au Mali, dont l'objectif était de libérer le Nord du pays occupé depuis un an par les groupes djihadistes, et alors que la guerre civile se poursuivait en Syrie depuis plus de deux ans. Les situations médicales, sanitaires et humanitaires endurées par les populations de ces deux pays, Mali et Syrie, ont été le sujet de sessions très fréquentées du colloque au cours desquelles les acteurs politiques, les professionnels et les universitaires ont partagé leurs analyses.

L'ensemble des enseignements, séminaires et communications au colloque sont accessibles sur le site internet du Collège de France^a. L'ouvrage de la leçon *Géopolitique de la santé mondiale* est paru chez Fayard en juin 2013 et le texte intégral est disponible en ligne : <http://books.openedition.org/cdf/2291>. Par ailleurs j'invite le lecteur à se référer, à la page de la chaire sur le site Internet de l'institution, à un certain nombre de textes problématiques écrits au fur et à mesure de la préparation des enseignements, ainsi qu'aux ouvrages issus des travaux de la chaire cette année (voir rubrique « Publications » ci-dessous), dont le contenu scientifique ne sera pas repris ici. L'ensemble des cours et des communications du colloque sont également disponibles aux archives du Collège de France.

Outre l'actualité événementielle internationale, l'approche de la date de l'échéance de réalisation des objectifs du millénaire pour le développement (2015) et la question du nouveau programme pour le développement qu'il convient de définir pour le monde après cette date, ont aussi inspiré le choix des thématiques du cours et de la première journée du colloque, avec toujours comme ligne directrice de travail la question de savoir ce en quoi les décisions prises à l'échelle globale ont des effets concrets sur l'efficacité des réalisations sur le terrain.

Deux récentes missions sur le terrain ont permis de mettre à l'épreuve certaines hypothèses de recherche. La première mission s'est déroulée pendant quelques jours à Dakar en décembre 2012. Je retournai à Dakar cinquante ans après y avoir vécu dans l'enfance, et trente ans après y être revenue une première fois effectuer un stage à l'hôpital Le Dantec (en 1982), alors que je faisais mes études de médecine à Paris.

a. Cf. <http://www.college-de-france.fr/site/dominique-kerouedan/index.htm> (en audio et en vidéo) [Ndlr].

Trente ans après, j'ai trouvé une ville immense, des quartiers bondés, aux bâtiments à la construction inachevée faute d'argent pour les terminer ; j'ai arpenté une ville présentant par endroits de sérieux problèmes d'évacuation des eaux usées en raison de la forte croissance démographique. L'hôpital Le Dantec avait été réhabilité et les personnels soignants des services où je me suis rendue étaient présents. Une partie du service de médecine où j'avais été en stage en 1982 était resté en l'état : une grande salle avec des « paravents » de murets entre les lits. Les patients y souffraient cette fois davantage de pathologies chroniques plutôt que des complications des hépatites virales ou d'autres maladies infectieuses qui occupaient les personnels dans les années 1980. J'ai assisté à une réunion remarquable de l'équipe du service d'oncologie pédiatrique, en compagnie du docteur Jérôme Clouzeau avec qui j'avais travaillé à Madagascar, actuellement conseiller technique au ministère de la santé du Sénégal. Je n'ai pas pu revoir le Professeur Souleymane Mboup, devenu une sommité, parti en voyage, mais j'ai revu le docteur Ibrahim N'Doye, directeur du programme national de lutte contre le sida depuis près de trois décennies. Il a évoqué sa crainte de voir la santé, et surtout la question du sida et de l'accès aux traitements, figurer en moins bonne place au rang des priorités du développement après l'échéance 2015. Je n'ai plus vu dans la rue ces enfants handicapés par la poliomyélite. Par contre, j'ai regardé avec inquiétude cette prolifération, par centaines, d'oiseaux agités au-dessus du port de Dakar, craignant d'assister à cet instant à tous les facteurs favorables à l'émergence d'une nouvelle pandémie (à partir d'un agent infectieux que porteraient ces oiseaux). Comment dire cela ? Comment convaincre de la nécessité de rapprocher la recherche sur la santé animale de la recherche sur la santé humaine ? Les événements pandémiques de ces deux derniers siècles ne peuvent-ils pas inspirer des mécanismes d'anticipation plus efficaces et plus précoces que les simples systèmes d'alerte et de surveillance épidémiologique ?

La seconde mission s'est déroulée à Abidjan pendant deux semaines en janvier 2013. Je revenais à Abidjan quarante ans après y avoir vécu dans l'enfance, et vingt ans après y être retournée en 1992, en poste avec la coopération française pendant plusieurs années comme conseiller technique du directeur du programme national de lutte contre le sida. Je trouvais tout ce qui caractérise un pays et une ville qui ont souffert d'une crise politique majeure de plus de dix ans et d'une guerre, en 2011. J'ai été réconfortée de la fidélité de mes confrères à leurs postes dans les hôpitaux, les centres de recherche et les bureaux locaux des organisations internationales, et admirative tant les années écoulées avaient été difficiles pour eux, les populations et le pays. Ils étaient restés malgré tout. Tout le système de santé est à reconstruire et le budget alloué à la santé plus bas que jamais, pour offrir des soins à une population accrue, malade et amaigrie par la pauvreté. Je me suis rendue à la mission des opérations de maintien de la paix des Nations unies pour la Côte d'Ivoire (ONUCI) pour y rencontrer l'équipe en charge de la mise en œuvre des résolutions du Conseil de sécurité 1308 et 1983 des Nations unies sur le maintien de la paix et de la sécurité en Afrique, à propos desquelles j'ai fait un cours en avril. Poursuivant mes entretiens, j'ai trouvé à l'université d'Abidjan une population d'étudiants sous tension, en attente de satisfactions, prête à exploser à la moindre provocation. Dans cette phase d'accalmie politique, certes précaire encore, je me suis demandé pourquoi. N'ont-ils pas conscience de la chance qu'ils ont d'étudier dans une université toute rénovée, la première action concrète du nouveau président Alassane Ouattara qui a donné son nom à l'université ? Tant de naïveté de ma part. Les jeunes du continent sont porteurs d'espoirs, d'inquiétudes et de menaces tout à la fois : que feront-ils de leurs diplômes ?

L'expérience montre que les débuts de leur vie active sont d'une très grande précarité. Le « panel de haut niveau » mis en place par le secrétaire général Ban Ki Moon pour réfléchir à un nouveau programme de développement après 2015¹ ne vient-il pas d'annoncer que 800 millions de jeunes vont arriver sur le marché de l'emploi en Afrique et en Inde dans les années qui viennent ?

Enseignement

Mes enseignements se sont articulés autour de trois grandes problématiques et d'un colloque. Les cours à proprement parler ont porté sur les thèmes suivants :

- Cours 1 : Contours, ambivalences et risques de la notion de santé mondiale.
- Cours 2 : Inégalités de santé en Afrique à l'heure globale.
- Cours 3 : L'État, l'usager et la personne : souverainetés et « territoires » d'Abidjan à Tuléar.
- Cours 4 : Histoire du Fonds européen de développement (FED) en faveur de la santé des populations des États d'Afrique, des Caraïbes et du Pacifique.
- Cours 5 : Géopolitique comparative des aides bilatérales en faveur de la santé en Afrique.
- Cours 6 : Le sida au féminin : la pandémie africaine.
- Cours 7 : Savoirs et recherche contre la pauvreté : propos introductifs.
- Cours 8 : Santé, sida et sécurité en situation de conflits armés.

La notion de « santé mondiale » et ses risques pour l'Afrique pauvre

La leçon inaugurale et la première leçon se sont intéressés : (i) à l'historique de la santé mondiale (*world health*) depuis les premières conférences sanitaires internationales qui réunirent médecins et diplomates dès le milieu du XIX^e siècle, et (ii) aux trois grands mouvements qui fondent la *global health* plutôt que la *world health*.

Le premier mouvement est de nature *historique*, lorsque après 25 ans de transformations liées à la mondialisation, dont le lancement se situe au début des années 1970, l'instance scientifique américaine « the Institute of Medicine » tient en 1997 à attirer l'attention sur le fait que « les nations du monde ont trop en commun pour que la santé soit considérée comme une question relevant du niveau national. Un nouveau concept de "santé mondiale" est requis pour traiter des problèmes de santé qui transcendent les frontières, qui pourraient être influencés par des circonstances ou des événements se produisant dans d'autres pays, pour lesquels de meilleures interventions et solutions pourraient être envisagées en coopération² ». Le deuxième mouvement est de nature *institutionnelle*. Incapables de respecter leur engagement de consacrer 0,7 % du PIB à l'aide au développement, les États de l'OCDE cherchent à puiser ailleurs les financements de la coopération, et créent à cet effet des partenariats publics-privés mondiaux et des mécanismes innovants de financement selon une gouvernance de santé mondiale inédite. Le troisième mouvement, *académique* (que

1. <http://www.un.org/fr/millenniumgoals/beyond2015.shtml>

2. Institute of Medicine, *America's vital interest in global health : protecting our people, enhancing our economy, and advancing our international interests*, Washington DC, Institute of Medicine, 1997.

proposent les universitaires cette fois), est une définition généalogique et chronologique de la santé mondiale, à partir de la santé publique examinée au plan national, devenue internationale au XX^e siècle, privilégiant la coopération avec les anciennes colonies, devenue « mondiale » ou « globale » avec la mondialisation.

Nous observons déjà les effets de cette globalisation de la santé sur l'inégalité de résultats sanitaires entre les pays riches et émergents d'un côté, et les pays les moins avancés de l'autre, entre l'Afrique francophone et le reste du continent, entre les riches et les pauvres (que ces personnes vivent dans les pays riches, émergents ou pauvres). Aujourd'hui si les trois quarts des pauvres du monde vivent dans les pays émergents, la plus grande proportion de pauvres vit dans les pays les moins avancés. La seconde, la quatrième et la cinquième leçons, se sont attachées : (i) à décrire et à discuter l'iniquité de l'accès à l'aide, tant européenne que bilatérale et mondiale, et les inégalités de réalisation des objectifs du millénaire pour le développement en Afrique, en défaveur de l'Afrique francophone ; (ii) à relever tout à la fois l'importance des raisons à ces constats et à les prendre en considération lors de la programmation (en cours) des objectifs pour le monde après 2015, qui annonce la prédominance du paradigme du développement durable sur celui du développement, avec tous les risques de n'inscrire à l'ordre du jour mondial que les seules priorités environnementales communes de l'humanité, tandis que les priorités de santé des femmes, des populations en guerre, les capacités nationales des pays, etc., qui sont spécifiques aux pays les plus pauvres et ne relèvent pas des questions communes mondiales, continueront de ne pas être prises au sérieux, malgré les risques de déstabilisation politique qui accompagnent ces phénomènes de pauvreté, d'iniquité, de croissance démographique, de carences de l'éducation et de l'enseignement supérieur, etc. Tout ceci témoigne d'un déficit de connaissance du terrain et de vision stratégique, tant du point de vue des pays pauvres (faibles capacités managériales et de recherche pour le développement) que de la communauté internationale, qui ne s'intéresse qu'à ce qui menace les pays riches et qu'à ceux qui comptent dans l'arène économique et financière mondiale. La question de la propriété intellectuelle et de l'accès aux médicaments, longuement débattue lors de la septième leçon et d'une session du colloque, en est une illustration spectaculaire, ainsi que nous l'explique Kappoori Gopakumar invité au colloque : « Les pays développés continuent de constituer 82 % du marché pharmaceutique mondial. De plus, il n'y pas de logique à maintenir un niveau élevé de protection de la propriété intellectuelle ni à chercher à recouvrir les coûts de la recherche pour le développement à partir des marchés des pays en développement [...] En résulte, pour que soient préservés certains profits, un déni du droit à la santé pour les populations des pays en développement, déni pouvant parfois aller jusqu'à une condamnation à mort. »

La santé des populations dans les pays en guerre ou en post-conflit

Sur ce point, j'invite d'emblée le lecteur à se reporter à deux moments forts des enseignements : (i) au huitième cours, disponible en audio, et (ii) au document intitulé *Synthèse et conclusions du colloque « Politique étrangère et diplomatie de la santé mondiale » : des pratiques à la politique*, qui reprend les points de réflexion présentés pendant toute la journée du 18 juin³. Les nouvelles formes de violences,

3. <http://www.college-de-france.fr/site/dominique-kerouedan/index.htm> et aux archives du Collège de France.

l'accroissement en intensité et en inventivité de la cruauté, et le fait que les équipes, les véhicules, et les infrastructures de santé soient pris pour cibles, en violation flagrante des dispositions du droit international et des conventions de Genève, amènent l'ensemble de la communauté politique, scientifique, universitaire et les acteurs de terrain, à s'interroger sur de nouvelles modalités d'intervention et d'acheminement de l'aide humanitaire, au centre desquelles œuvrent, tels des héros, les personnels soignants et humanitaires des associations locales. Nous avons évoqué en cours les travaux de Didier Fassin⁴, de Médecins sans frontières⁵ et de Marc-Antoine Pérouse de Montclos⁶.

À l'occasion du huitième cours de la chaire, j'ai enseigné ce que j'avais appris en mission à Abidjan quelques mois plus tôt en allant rencontrer les équipes de l'ONUCI, sur ce que peuvent faire (ou non) les forces de maintien de la paix des Nations unies pour prévenir la propagation du virus du sida, dépister et traiter « les personnels en uniformes » nationaux et internationaux, en application des résolutions du Conseil de sécurité des Nations unies 1308 et 1983, dont j'avais pu (pour la première des résolutions) examiner la réalisation en Érythrée quelques années plus tôt, avec l'appui de l'équipe de l'ONUSIDA sur place, qui a publié une étude de cas (« *best practice* ») relativement à celle-ci⁷. À Asmara, la volonté politique est forte : « En tant que combattants, nous dit le chef des forces érythréennes de défense, nous avons l'habitude de faire face à des ennemis visibles, mais le virus du sida est un ennemi invisible...c'est devenu une question de sécurité nationale pour un petit pays comme l'Erythrée.⁸ » À Abidjan, j'ai regretté que, près de trois ans après l'étude que l'ONUSIDA nous avait confiée, nos recommandations en faveur de la prévention et de la prise en charge des violences sexuelles, en particulier pour les fillettes et les enfants des rues⁹, et en faveur de la prévention de leur contamination par le virus du sida, ne figurent toujours pas au rang des priorités des stratégies nationales et internationales de lutte contre le sida pour la Côte d'Ivoire et toute l'Afrique. En pratique, aucun financement n'est spécifiquement dédié à ces priorités sanitaires. C'est d'ailleurs un sujet ignoré des stratégies sur l'ensemble de l'Afrique francophone, au point qu'on peut se demander si la féminisation de la pandémie, particulièrement marquée dans cette région d'Afrique

4. D. Fassin, *La raison humanitaire. Une histoire de la morale du temps présent*, Gallimard et Seuil, coll. « Hautes Études », 2010, 360 p.

5. C. Magone, M. Neuman, P. Weissman, *Agir à tout prix ? Négociations humanitaires, l'expérience de Médecins sans frontières*, La Découverte, 2011, 343 p.

6. M.-A. Pérouse de Montclos, *Les humanitaires dans la guerre. Des idéaux à l'épreuve de la politique*, La Documentation française, 2013, 254 p.

7. D. Mathiot et G. Lescornc pour UNAIDS, *Fighting AIDS: HIV/AIDS Prevention and Care Among Armed Forces and UN Peacekeepers: the Case of Eritrea* [Étude de cas n° 1. Engager les personnels en uniforme dans la lutte contre le sida. Prévention et prise en charge du VIH/sida parmi les forces armées et les troupes de maintien de la paix des Nations Unies : le cas de l'Erythrée], 2003, 39 p.

8. Citation du Dr Haile Mehstun, reprise par l'étude de cas sur l'Erythrée mentionnée ci-dessus.

9. Cf. D. Kerouedan et J. Brunet-Jailly, *Analyse de la pertinence et de l'efficacité des financements du Fonds mondial à la prévention du sida en Côte d'Ivoire. Rapport de mission en Côte d'Ivoire*, Onusida, juin 2010. 62 p.

de l'Ouest et du Centre¹⁰, n'est pas précisément liée à la fréquence des violences sexuelles massives perpétrées pendant et aux décours des conflits armés, dans une région où ces conflits se sont multipliés en quelques années, hypothèse de recherche sur laquelle j'ai insisté une nouvelle fois en 2013 face au directeur de l'ONUSIDA. Pour Julienne Lusenge, présidente de l'association SOFEPADI¹¹ en République démocratique du Congo¹², « le corps des femmes est le champ de bataille des hommes ». Trop peu de travaux de recherche s'intéressent à ces phénomènes¹³ et les politiques les oublient.

Un autre volet de ce cours a porté sur l'épineuse question de la prévention des conflits. Partant des situations de la Côte d'Ivoire et de l'Afghanistan, Serge Michailof a publié plusieurs articles à ce propos¹⁴. Dans le dossier spécial de la revue *Mondes* du Quai d'Orsay en 2011 sur le thème « Bâtir la paix », Serge Michailof se demande si prévenir les conflits et reconstruire est une « gageure » ou un « travail de Sisyphe », tout en s'intéressant à la reconstruction institutionnelle des appareils d'État :

La communauté internationale n'a pas suffisamment pris en compte le fait que les forces étrangères ne peuvent répondre durablement à cette demande de sécurité et de justice [...] Elle a négligé la nécessité que constitue l'appui à la reconstruction d'institutions nationales modernes, intègres et efficaces, susceptibles d'apporter la loi et l'ordre [...] Dans un contexte budgétaire local qui restait dramatique, il aurait fallu en priorité assainir ces institutions et assurer le financement de leur fonctionnement sur la durée¹⁵.

Le jeu et les responsabilités des acteurs de la santé

Les acteurs que nous avons l'habitude d'observer dans le champ de la santé publique sont les personnels, les usagers des services de soins, les services publics, les autorités sanitaires, parfois les collectivités locales, etc. Ce paysage est intéressant et les dynamiques entre les acteurs très importantes à analyser si l'on s'intéresse à la mise en perspective de la demande de soins et de l'offre de santé, préventive ou curative. Dans cette configuration, il nous paraît manquer un acteur potentiel pourtant central, peut-être même le plus puissant moteur de changement des politiques de santé, « la personne » elle-même, celle qui n'est pas malade, ou pas encore, dont l'intérêt pour la santé est certes limité par son insouciance, mais qui peut être éclairée et mobilisée et choisir de devenir un citoyen actif en faveur la

10. ONUSIDA et OIF, *Point de décision de la francophonie: stopper les nouvelles infections à VIH et garantir les traitements pour tous*. Rapport présenté au Sommet de la francophonie à Kinshasa en octobre 2012, 9 p.

11. Association Solidarité des femmes pour la paix et le développement.

12. Communication à la clôture des Assises du développement et de la solidarité internationale, ministère des Affaires étrangères, Paris le 1^{er} mars 2013 ; <http://www.diplomatie.gouv.fr/fr/politique-etrangere-de-la-france/aide-au-developpement-et/assises-du-developpement-et-de-la-actualites-21795/article/cloture-des-assises-du>

13. Cf. Sexual Violence Research Initiative, *Sexual violence and HIV* ; <http://www.svri.org/>

14. S. Michailof, « Côte d'Ivoire 2005 : bienvenue sur le Titanic », *Commentaire*, n° 110, été 2005, 393-402.

15. S. Michailof, « Prévenir les conflits et reconstruire : une gageure », *Mondes. Les Cahiers du Quai d'Orsay*, 2011, n° 7, 9-16.

protection de sa santé et de celle des autres, des jeunes et des enfants en particulier, mobilisation qui fait passer du statut de « personne » à celui de « citoyen » : « La participation volontaire à la chose publique, le civisme si l'on préfère, est constitutive de la citoyenneté ; l'on est citoyen si l'on participe à la chose publique ¹⁶ ».

J'ai souhaité m'arrêter sur cette problématique, sans doute la plus complexe pour les autorités politiques de santé, le champ de la santé publique et pour les politiques de santé, et la plus essentielle pourtant en terme de prévention des maladies, y compris de la toxicomanie. Cette approche consiste à mettre en perspective d'un côté la potentialité d'acteur d'un citoyen désintéressé, par nature peu à l'écoute de conseils relatifs au changement de comportement vis-à-vis des risques sanitaires tant qu'il va bien, et de l'autre, des autorités de santé publique sous l'emprise de puissants lobbies industriels (pharmaceutiques, agroalimentaires, de l'alcool et du tabac), avec, au milieu, des malades, qui, du fait de leur condition, manquent d'énergie pour agir en « démocratie sanitaire » parce que justement ils ne sont pas eux-mêmes ni en pleine possession de leurs esprits, mais diminués, voire humiliés et rabaissés par la maladie, en position de passivité et de soumission, en attente de remèdes et de l'exercice du pouvoir médical. C'est le sujet de la troisième leçon.

Colloque : Politique étrangère et diplomatie de la santé mondiale

« J'ai été très touché par un père qui embrassait son enfant décédé, âgé de 14 à 16 ans, brûlé et couvert de poussières et de sang. À chaque fois que le personnel des urgences l'enveloppait dans un drap pour l'évacuer, son père découvrait le visage de son enfant pour l'embrasser. Il était très digne, et il pleurait en silence ».

Docteur Claude CHAMI, chirurgien humanitaire à Alep (Syrie),
Communication au colloque international de la chaire Savoirs contre pauvreté,
le 18 juin 2013

Le colloque international s'est déroulé les 17 et 18 juin 2013. La trentaine de communications étaient remarquables, tant du point de vue des qualités scientifiques et intellectuelles que de l'ampleur de l'expérience des intervenants. Les thématiques ont été choisies au cœur de l'actualité internationale contemporaine. La première journée s'est intéressée aux questions de gouvernance et de géopolitique mondiale de l'aide au développement, avec toujours, au centre de l'analyse, la question de savoir si ces relations internationales permettent ou non de mettre en œuvre dans les pays une aide plus efficace et adaptée aux dynamiques sanitaires et sociales rapidement évolutives dans l'Afrique traversée par les deux transitions épidémiologique et démographique. La seconde journée a mis à l'honneur les populations de Syrie et du Mali, en guerre, et de la Côte d'Ivoire, dans l'après conflit. Le document *Synthèse et conclusions du colloque international : des pratiques à la politique* est disponible sur le site Internet de la chaire Savoirs contre pauvreté et est repris dans un ouvrage en préparation : *Politique étrangère et diplomatie de la santé mondiale : des pratiques à la politique. Actes du colloque international de la chaire Savoirs contre pauvreté 2012-2013* (à paraître).

16. A. Madec et N. Murard, *Citoyenneté et politiques sociales*, Paris, Flammarion, Coll. « Dominos », 1995.

Savoirs contre pauvreté : réflexions et perspectives

La création de la chaire annuelle Savoirs contre pauvreté a été votée en 2008 par l'Assemblée des professeurs du Collège de France pour un cycle de 6 ans, à l'initiative de Philippe Kourilsky et avec le soutien de l'administrateur Pierre Corvol : « Le Collège de France a estimé qu'en matière de lutte contre la pauvreté, il devenait essentiel de partager et d'enseigner les savoirs dans un souci de grande rigueur scientifique¹⁷ ». Étant la 5^e titulaire de cette chaire, et mon successeur pour l'année 2013-2014 étant déjà élu, j'ai souhaité partager mon souci de voir prolongée la durée de vie de la chaire. Ainsi ai-je rédigé une note de dans laquelle je présente de nombreux arguments en faveur du maintien de cette chaire, que je situe : (i) dans la mission fondatrice et historique du Collège de France, (ii) dans l'environnement académique du Collège de France, à Paris, où peu d'enseignements sont consacrés aux pays pauvres pendant qu'une offre substantielle existe déjà sur le développement durable, (iii) au sein d'une politique internationale du Collège de France qui accorderait désormais une attention plus soutenue à l'Afrique, le continent de tous les défis du monde à venir (transitions épidémiologiques et démographiques, le plus souvent exclu des bénéfices de la mondialisation, aux faiblesses institutionnelles chroniques, où se multiplient les conflits armés, etc.), en mettant en avant le fait que les motivations qui ont présidé à la création de la chaire il y aura bientôt six ans persistent et se confirment dans le monde d'aujourd'hui et pour l'avenir.

Autres activités de la chaire

Perspectives de collaborations avec le Comité pour le développement (COPED) de l'Académie des sciences à Paris

Des collaborations sont envisagées entre la titulaire de la chaire et le COPED de l'Académie des sciences, à l'invitation de professeur François Gros, secrétaire perpétuel honoraire de l'Académie des sciences, professeur honoraire au Collège de France, avec une première réunion de travail avec les équipes en charge du COPED le 3 décembre 2013.

Préparation du colloque de rentrée 2013

Le thème du colloque de rentrée du Collège de France des 17 et 18 octobre 2013 porte sur le thème *Sciences et démocratie*. Dans ce cadre, le professeur Pierre Rosanvallon m'a proposé d'organiser une session que j'ai intitulée « Savoirs, politique et démocratie telles qu'ils s'animent dans les pays du Sud ». Deux intervenants introduiront respectivement les dimensions suivantes de cette réflexion, et leurs communications seront discutées par Monique Castillo, professeur de philosophie à l'université de Paris-Est Créteil¹⁸ : (i) Francis Akindès, professeur de

17. Collège de France. Chaire thématique Savoirs contre pauvreté, créée en 2008. Note de presse de la Chaire Savoirs contre pauvreté. 2008. www.college-de-france.fr

18. Monique Castillo a notamment travaillé sur les questions de mondialisation et participé au colloque sur la philosophie de la mondialisation organisé à l'initiative du professeur Ebénézer Njoh Mouellé à Yaoundé (www.monique-castillo.net).

sociologie à l'université Alassane Ouattara d'Abidjan mettra en perspective les évolutions des processus démocratiques en Afrique avec les efforts de rationalisation et d'encadrement des règles du jeu politique par les expertises scientifiques (droit, communication, informatique, sciences politiques, etc.) ; (ii) Philippe Kourilsky, professeur honoraire au Collège de France, fondateur de FACTS Reports¹⁹, résume ainsi son propos : « Le partage des savoirs et des résultats des expériences de terrain est essentiel. L'organisation de ce partage est l'un des enjeux de la lutte contre la pauvreté, au même titre que le respect d'une éthique contextuelle attentive aux données objectives du terrain. »

De mon côté, après avoir présenté comment le Collège de France, tout au long de son histoire, a façonné son esprit entre science et savoirs, j'introduirai la session en examinant les déclinaisons immédiates qui nous viennent à l'esprit sur les liens qu'entretiennent les sciences, la politique et la démocratie dans les pays du Sud.

1. La première réaction tourne autour de l'utilisation (ou non) de la science et de l'expertise scientifique à des fins politiques, de politique de santé (*policy*). Dans nos domaines de la santé et du développement, et sur nos terrains au Sud, il peut s'agir de la science médicale ou de l'épidémiologie. Cette dernière se doit de décrire de la manière la plus objective possible, selon des méthodes reconnues du point de vue scientifique ce dont les populations souffrent et meurent, de souligner les pathologies les plus courantes et les groupes de population les plus vulnérables, censés retenir l'attention des autorités sanitaires ou des autorités publiques. Il peut aussi s'agir des sciences humaines (histoire, économie, anthropologie, sociologie, démographie), dont les analyses vont permettre de nourrir et d'affiner la pertinence et l'efficacité d'une politique nationale ou internationale de santé, ou les choix de priorités politiques des autorités. Dans tous les cas, il s'agit alors de fonder une politique nationale ou internationale sur des critères permettant dans une certaine mesure la rationalisation de celle-ci. En pratique, nous observons plus souvent que les décisions en santé publique sont prises en dépit du savoir et de la science. C'est particulièrement vrai dans le champ international où dominant, dans la décision politique, les considérations historiques, les intérêts économiques et les forces géopolitiques. Le cas de l'évaluation de l'aide au développement, pour laquelle savoirs et études sont pourtant disponibles, est particulièrement illustratif de cette problématique : les savoirs pratiques sont peu utilisés par les politiques publiques. Le manque de temps, un *turn-over* rapide des politiques et des personnels de l'administration expliquent ce fait pour partie. Mais un autre facteur est le véritable manque d'intérêt du politique pour le savoir et la science dans le champ des relations internationales et de l'aide au développement – aspect qui reste à explorer. Selon le politologue Zaki Laïdi, « le politique n'agit plus, il réagit ». Cette question nous semble d'autant plus importante qu'elle va de pair avec une inefficacité chronique de l'aide au développement. Autrement dit, si nous utilisions ce que nous savions des évaluations, l'aide au développement serait certainement plus efficace.

2. Une deuxième question tourne autour des processus démocratiques qui accompagnent (ou non) le choix des priorités de santé, et qui pourraient inspirer et nourrir une politique nationale, ou internationale. Ces processus démocratiques font appel à la participation des populations, mais se réduisent en pratique pour l'instant le plus souvent à solliciter « les usagers » des services de soins, soit une infime

19. Field Actions Sciences, <http://factsreports.revues.org/>.

partie de la population – alors que le contenu de la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé en France fait bien référence au « droit de la personne²⁰ ». En Afrique, l'Initiative de Bamako instaurait ainsi en 1987 une « participation des usagers des services de soins », qui s'est par ailleurs avérée être en pratique une participation de nature financière, et non une participation démocratique politique où les usagers auraient pu contribuer par exemple à une réflexion plus large sur les priorités de santé, les besoins des populations, les modalités d'une offre de soins adéquate, équitable, accessible, etc. En réalité, la participation était une contribution au *financement* et à la *gestion* des services de santé, hors de toute *réflexion* sur l'élaboration des priorités et des *politiques* de santé. En réduisant la notion de participation à une contribution financière et managériale d'une partie de la population (en vue de compenser la déficience de l'État, voire de s'y substituer dans ce domaine), la démocratie sanitaire en est à ses tout débuts. L'activisme des patients atteints de sida est souvent cité en exemple. Ce mouvement est en effet intéressant mais limité encore à quelques patients et à des revendications axées de manière prédominante sur l'accès aux médicaments antirétroviraux pour les malades éligibles, plutôt que sur la prévention de l'infection VIH pour tous, notamment pour les femmes et les enfants.

Tout reste à faire en France, en Europe, en Afrique, et probablement dans le reste du monde, sur la contribution des *populations*, et non des seuls *usagers*, ou des seuls *malades*, à la priorisation des problèmes de santé et à l'élaboration des politiques de santé. Dans le champ national, la Conférence nationale de la santé en France²¹ et l'initiative récente de l'Institut Montaigne sur la Conférence de citoyens à Paris²² sont des exemples intéressants de processus démocratiques dans le secteur de la santé. Dans le champ européen, le secrétariat des États d'Afrique, des Caraïbes et du Pacifique (ACP), les *think-tanks* et le Parlement européen jouent un rôle significatif. Mais dans le champ international de l'aide au développement en santé et concernant le processus de définition des objectifs pour le monde après 2015, le processus de participation des populations des pays du Sud à la priorisation d'objectifs reste embryonnaire, voire inexistant, ce qui soulève au moins ces deux problèmes : (i) la pertinence des choix retenus par des personnes ou institutions à l'échelle globale méconnaissant de plus en plus le terrain et ses dynamiques évolutives rapides ; (ii) la « redevabilité » de l'aide au développement, non seulement vis-à-vis des contribuables français, mais aussi envers ceux censés en bénéficier de manière efficace, alors qu'ils ne sont pas associés aux décisions les concernant sur l'utilisation de cette aide par leurs institutions.

S'il nous paraît important de souligner la tendance universelle à la passivité des populations sur ces sujets, c'est qu'il nous semble que les enjeux majeurs de santé du XXI^e siècle ne trouveront pas de réponse sans que l'action politique de la société civile elle-même n'invite ces populations à devenir des citoyens acteurs de leur propre santé. Il ne s'agit pas seulement de réfléchir au financement de la prise en charge de malades de plus en plus nombreux au Nord et au Sud (du fait de la croissance démographique et de la cumulation de maladies infectieuses, chroniques

20. Chapitre 1^{er} sur les « Droits de la personne », du titre II de la loi, intitulé « Démocratie sanitaire » ; page 2 du texte de loi paru au Journal officiel n° 54 le 5 mars 2002.

21. <http://www.sante.gouv.fr/conference-nationale-de-sante-c-n-s.html>

22. <http://www.conferencedecitoyens.fr/>

et environnementales), mais de réfléchir, avec les populations, à des politiques qui réduisent le nombre de ces malades ; c'est alors seulement que nous serons en mesure d'identifier des modalités de financement appropriées et efficaces.

Présidence du jury du prix franco-suédois décerné à de jeunes chercheurs

Le prix, placé sous le haut patronage du Collège de France, lequel préside le jury, est issu d'une collaboration entre l'Association franco-suédoise pour la recherche, l'Ambassade de France en Suède et l'Institut français de Suède. Sollicitée par le professeur au Collège de France Marc Fontecave, j'ai assuré la présidence du jury cette année. Le thème de l'appel à projets portait sur « le développement durable et la santé humaine » – les travaux de recherche scientifique ou technologique sur l'interdépendance entre les enjeux environnementaux et la santé publique. Le prix est ouvert aux jeunes chercheurs ne possédant pas la nationalité française et exerçant une activité de recherche en Suède dans un organisme public ou privé. L'objectif de ce prix est de permettre à de jeunes chercheurs suédois d'être accueillis par des chercheurs en France pour approfondir leurs travaux et bénéficier de la collaboration. Le niveau scientifique des dossiers soumis étant très bon, nous avons aussi pris en compte des critères comme l'utilité de la recherche pour l'être humain et la valeur ajoutée qu'apporterait un séjour en France. Un candidat doctorant et un candidat post doctorant ont été sélectionnés pour recevoir le prix le 29 novembre 2013 à Stockholm.

Conférences sur invitations

– Conférence-débat sur le thème de la leçon inaugurale « Géopolitique de la santé mondiale », avec les étudiants, enseignants et chercheurs des campus de l'Agence universitaire de la francophonie (AUF) dans plusieurs pays d'Afrique subsaharienne et de l'océan Indien, le 19 février 2013 (150 à 200 personnes en visioconférence ; cf. <http://www.auf.org/actualites/college/>).

– « La santé entre développement et développement durable » : conférence présentée au séminaire de philosophie du professeur Monique Castillo sur « Le Développement soutenable », à l'université de Paris-Est Créteil, le 10 juin 2013.

– « La vocation humanitaire dans un monde globalisé. Pour une approche humaniste du développement », Forum Espace humanitaire, Les Pensières-Annecy, 26 septembre 2013 ; <http://diploweb.com/La-vocation-altruiste-dans-un.html>.

– « Savoirs et science utiles à la décision politique », communication au colloque de rentrée du Collège de France, Sciences et démocratie, 17 octobre 2013.

PUBLICATIONS

La leçon inaugurale

D. Kerouedan, *Géopolitique de la santé mondiale*, Paris, Collège de France/Fayard, coll. « Leçons inaugurales du Collège de France », 2013, 86 p. ; en ligne : Collège de France, 2013, <http://books.openedition.org/cdf/2291>.

Notes

D. Kerouedan, *Sur la coopération sanitaire internationale de la France. Note à l'attention de Madame Sylvie Hubac, Directeur de Cabinet du Président de la République*. Entretien au Palais de l'Élysée, le 3 mai 2013, 5 p.

Articles

D. Kerouedan, « Je souhaite faire de la santé une question politique », Grand entretien, Propos recueillis par Nicolas Chevassus-au-Louis, *La Recherche*, février 2013.

D. Kerouedan, éditorial, « Santé mondiale et diplomatie sanitaire », *Santé Publique*, vol. 25, n°3, mai-juin 2013.

D. Kerouedan, « Un regard sur les défis sanitaires de l'Afrique », Propos recueillis par Georges Vivien Hounghonon, *Teragaweb/L'Afrique des idées*, le 24 juin 2013 (<http://teragaweb.com/>).

D. Kerouedan, « La santé entre les paradigmes de développement et de développement durable : problématiques pour l'Afrique pauvre », *Cosmopolis*, à paraître.

D. Kerouedan, « Globaliser n'est pas sans risques pour les populations les plus pauvres du monde. Émergence de la "global health" en Afrique subsaharienne », *Revue Tiers-Monde*, n° 215, 2013.

B. Dujardin, R.D. Gomez, J.B. Kakoma, D. Kerouedan *et al.*, « Beyond 2015 : one MDG for universal health. Ensure equitable access to comprehensive and high quality health services for all », *WHO Bulletin*, soumis en juillet 2013.

Ouvrages en préparation

D. Kerouedan (dir.), *Politique étrangère et diplomatie de la santé mondiale : des pratiques à la politique. Actes du colloque international au Collège de France de la chaire Savoirs contre pauvreté 2012-2013*.

D. Kerouedan, *De la gouvernance à la géopolitique de la santé mondiale. Cours au Collège France*.

Communication autour travaux de la chaire

Articles de presse

D. Kerouedan. « Comment la santé est devenue un enjeu géopolitique », *Le Monde diplomatique*, n° 712, juillet 2013, 16-17 ; en ligne : <http://www.monde-diplomatique.fr/2013/07/KEROUEDAN/49326>.

« La santé mondiale à l'honneur au Collège de France ». Entretien avec Dominique Kerouedan. Propos recueillis par Tirthankar Chanda, Radio France internationale (<http://www.rfi.fr/afrique/20130614-sante-mondiale-honneur-college-france-colloque-savoirs-pauvrete-kerouedan>)

« Se battre pour la santé publique revient à se battre pour les valeurs humaines ». Entretien avec Dominique Kerouedan. Propos recueillis par Raphaëlle Marcadal, *Newsletter de Sciences Po*, Paris, le 4 avril 2013 (<http://www.sciencespo.fr/newsletter/actu/?id=4366>).

D. Kerouedan. « Pour une santé mondiale et partagée ». Propos recueillis par Olivier Blot, *Sciences au Sud*. Janvier-février 2013.

*Émissions de radio**Radio France internationale :*

- Autour de la Question, Caroline Lachowski, les 3 avril et 13 août 2013.
- Priorité Santé, Claire Hédon, le 18 juin 2013.
- Géopolitique le Débat, Marie-France Chatin, les 22 et 23 juin 2013

France culture :

- Éloge du savoir : diffusion des cours de l'année et d'un entretien avec Christine Goémé, octobre-novembre 2013.
- Planète Terre, Sylvain Kahn, 2 octobre 2013.