



idées

L'entretien du mois

*L'aide internationale au développement en matière de santé reflète plus les préoccupations des bailleurs de fonds du Nord que les besoins des pays du Sud. Pour **Dominique Kerouedan**, il s'agit désormais de travailler ensemble à des stratégies sanitaires internationales efficaces.*

« Je souhaite faire de la santé une question politique »

Dominique Kerouedan est docteur en médecine, docteur en sciences mention épidémiologie et santé publique, et licenciée en droit. Après une longue expérience de terrain dans l'humanitaire et le développement, elle est devenue expert indépendant dans le domaine de l'évaluation des politiques internationales de santé. Elle vient d'être élue professeur au Collège de France pour animer la chaire annuelle «Savoirs contre pauvreté».

LA RECHERCHE : Vous écriviez récemment que « la santé n'est pas une priorité des politiques d'aide au développement ». Qu'est-ce qui vous conduit à ce constat ?

DOMINIQUE KEROUEDAN : La part de l'aide publique au développement française et européenne consacrée à la santé reste très marginale, autour de 3 % des budgets du Fonds européen de développement, et un peu plus pour la France, derrière les gros postes que sont l'aide budgétaire générale, les infrastructures et les transports. Certes, la décennie 2000 a vu la santé s'inscrire à l'ordre du jour du G8, du Conseil de sécurité, et de l'Assemblée générale des Nations unies, et les financements ont beaucoup augmenté. Mais cet effort ne concerne pas la santé en général : il cible de manière prédominante la lutte contre les maladies infectieuses et en particulier le sida. Il ne porte pas suffisamment sur l'indispensable construction de systèmes de santé performants, ce qui impliquerait des efforts de formation, d'aide aux hôpitaux, de coopération technique, de renforcement de capacités institutionnelles politiques et managériales. L'aide actuelle suit les priorités des bailleurs de fonds, plutôt que celles des pays les plus pauvres du Sud, pour la plupart situés en Afrique.

Quelles seraient ces priorités ?

D.K. Il faut voir la situation au cas par cas, pays par pays, et même affiner l'analyse au sein de chaque pays. On peut cependant souligner deux priorités. La première est la réduction de la mortalité des femmes enceintes, pendant la grossesse ou au moment de l'accouchement, notamment

dans les zones rurales. Il existe de fait une sorte d'indifférence à l'égard de la mortalité des femmes enceintes, qui traduit plus généralement un désintérêt pour les jeunes filles ou les femmes. Pour changer les choses, il faudrait aider à la mise en place d'un réseau de médecins et de chirurgiens installés dans des blocs chirurgicaux de premier niveau, permettant d'intervenir en urgence, de faire des césariennes et des transfusions sanguines. La seconde priorité est de faire face à l'envol des pathologies chroniques – hypertension, maladies cardio-vasculaires et respiratoires, cancers et diabète – dans les pays émergents et dans les villes des pays en développement. Le profil épidémiologique des pays émergents du Sud se rapproche de celui des pays du Nord. C'est une réalité que l'on perd de vue en focalisant l'aide sur le sida.

Comment expliquez-vous cette focalisation sur le sida ?

D.K. C'est une histoire qui remonte au milieu des années 1990. Le premier cas de sida en Afrique est notifié à l'Organisation mondiale de la santé (OMS) en 1985. L'OMS met alors en place un programme dont la stratégie se révèle, dix ans plus tard, limitée pour enrayer la propagation de la pandémie. On découvre alors que 30 % à 40 % des personnes sont contaminées dans certains pays d'Afrique australe. Or, la géopolitique des États-Unis sur le continent africain se concentre précisément sur cette région, et en particulier sur l'Afrique du Sud, l'un des pays les plus touchés. En 1997, un rapport de l'Institute of Medicine considère que les maladies infectieuses sont >>>

© PHOTOS FREDERIQUE PLUS





»»» une menace pour la sécurité nationale des États-Unis. Les Américains notent que les taux de séropositivité sont particulièrement élevés parmi les militaires africains, et redoutent que leurs forces armées, déployées dans le monde entier, connaissent le même problème. Les États-Unis portent alors la question du sida devant le Conseil de sécurité de l'Organisation des Nations unies (ONU) en janvier 2000. C'est la première fois que cette instance traite d'une question sanitaire pensée comme une menace pour la paix et la sécurité. Un an plus tard, une résolution de l'Assemblée générale des Nations unies réclame la création d'un fonds « santé et sida ». C'est ce vote qui va permettre la création en 2002 du Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme, ou Global Fund.

Pourquoi est-on passé d'un fonds « santé et sida » à un fonds « sida, tuberculose et paludisme » ?

D.K. Tuberculose et sida sont très intriqués en Afrique. La tuberculose est la première cause de maladie opportuniste qui frappe les malades atteints de sida, alors que dans les pays développés ce sont plutôt des pneumocystoses. Et la lutte contre paludisme reste indéniablement un enjeu majeur. Mais le problème est qu'en se focalisant sur le sida, la tuberculose et le paludisme, on a privilégié les maladies qui intéressent les pays du Nord, en tant qu'ils se sentent menacés. Ainsi, les pays occidentaux décident pour les pays du Sud ce que sont leurs priorités sanitaires. On néglige par exemple la fièvre typhoïde qui fait des ravages chez les enfants, et même chez les adultes. Ou la méningite. Ou, encore, les nombreuses maladies parasitaires qui restent endémiques en zones rurales [1].

Que pensez-vous du Fonds mondial ?

D.K. Le Fonds mondial est en soi une très bonne chose. Les financements sans précédent qu'il a permis de lever – 22 milliards de dollars – sont plus que bienvenus. Et les accusations de gaspillage, de corruption ou de détournement d'argent de ses programmes, si elles sont parfois fondées, ne sont pas le plus important pour estimer les effets de son action. Le problème est que les pays qui bénéficient de ses programmes manquent cruellement de personnels de santé au sens large : pas seulement les soignants, mais aussi des

gestionnaires, des administrateurs. Ils ont ainsi beaucoup de mal à suivre les procédures de marché public, juridiquement très compliquées, qui sont exigées pour tout achat de médicaments, de matériel médical, de construction d'infrastructures. De plus, le Fonds fonctionne sur un système d'appel à projets. Y répondre demande un investissement colossal des pays aidés, sans certitude d'obtenir le financement. S'y ajoutent les difficultés d'accès à l'anglais pour les pays francophones. Un autre problème est que le comité d'experts internationaux qui évalue les projets soumis par les pays analyse la conformité technique des interventions proposées mais pas la pertinence stratégique des interventions soumises.

Pourquoi est-ce un problème ?

D.K. Un programme peut être d'excellente qualité, respectant les protocoles médicaux internationaux et les directives de l'OMS, mais ne pas être pertinent par rapport à la situation locale pour combattre le fléau. Par exemple une proposition pour le Mali qui ne ciblerait pas les femmes – alors que le sida y est très majoritairement une maladie de femmes – aurait un impact limité. En Jamaïque, il faut cibler les hommes homosexuels, du fait de très violentes discriminations qu'ils subissent qui les empêchent d'accéder à la prévention et aux soins. Au Vietnam, la toxicomanie par voie intraveineuse est responsable de la majorité des contaminations. Les modes de propagation dominants sont très différents selon les régions, et les projets ne peuvent donc être les mêmes partout.

Le rapport 2012 d'Onusida se félicite de la réduction de 50 % du taux de nouvelles infections par le VIH dans 25 pays du Sud, dont la moitié en Afrique. Est-ce la preuve que la stratégie mise en œuvre par le Fonds mondial est la bonne ?

D.K. Je ne pense pas que nous soyons en mesure de garantir la fiabilité des données. Les méthodes de décompte ne sont pas comparables sur dix ans, car les tests et les méthodes ont changé. De plus, il y a énormément de gens qui ne sont pas dépistés. Même en France, alors que le test est accessible gratuitement, on estime que 30 000 personnes séropositives ignorent l'être. En Afrique, les difficultés d'accès aux soins, géographiques et économiques, sont telles, que les patients fréquentent peu les services de santé, et les malades meurent souvent avant même d'être dépistés et traités. Tout cela échappe aux systèmes d'information sanitaire. Globalement, pour deux personnes mises sous traitement antirétroviral, on compte à l'heure actuelle cinq nouvelles infections par le VIH. Il faut reconnaître que les pays et la communauté

[1] Marc Gentilini et al., *Médecine tropicale*, Lavoisier, 2012.

internationale restent dépassés par la vitesse de propagation de la pandémie de sida, même si la mortalité des patients qui ont la chance de bénéficier des traitements a diminué.

Comment expliquez-vous l'incapacité à enrayer la progression de la pandémie ?

D.K. Le gros problème est que l'on ne reconnaît pas les limites, depuis trois décennies, des politiques de prévention de la transmission sexuelle, sanguine et maternelle du VIH. On cherche à augmenter les moyens, mais c'est surtout un problème de pertinence des stratégies. Les campagnes d'information tout-venant n'ont que peu d'influence sur les comportements tels que l'utilisation de préservatifs ou la réduction du nombre de partenaires sexuels. Ce qui marche, ce sont des interventions en amont sur les déterminants de la propagation et des actions plus ciblées, individuelles ou en petit groupe, par exemple à l'occasion d'un dépistage. Il faut cibler les jeunes et les groupes à risque : notamment les prostituées, les militaires, les camionneurs (parce qu'ils voyagent beaucoup et disséminent ainsi la maladie), ou encore les hommes ayant des relations homosexuelles, et les usagers de drogues, encore trop ignorés en Afrique.

Qu'est-ce qui ralentit les progrès en santé ?

D.K. Ce n'est pas seulement une question d'argent. Les populations sont réticentes à fréquenter les centres de soin : au plus 0,3 à 0,4 consultation par an et par habitant dans certains endroits en Afrique. Les malades pratiquent l'automédication, ou recourent à des personnes de leurs familles, du village ou des tradipraticiens. La consultation d'un médecin, et plus encore une visite à l'hôpital, est un dernier recours, aussi, mais pas seulement, parce qu'il est très coûteux.

Comment faciliter l'accès des populations aux centres de soin ?

D.K. Le principal frein est financier. En 1987, l'initiative de Bamako, une déclaration des ministres de la Santé africains appuyée par l'OMS et la Banque mondiale, avait posé le principe de la tarification de tous les actes de soin. En faisant payer les patients, on visait à dégager ainsi dans chaque pays de nouvelles ressources pour le fonctionnement du système de santé, qui devaient financer son amélioration. Quinze ans plus tard, l'initiative de Bamako s'est révélée générer des iniquités. On estime que plus de 100 millions de personnes basculent chaque

année dans la pauvreté parce qu'elles s'endettent pour payer les soins. Aujourd'hui, l'OMS et la Banque mondiale encouragent les États du Sud à développer des systèmes d'assurance-maladie et de protection sociale.

La chaire que vous occupez pendant un an au Collège de France s'intitule « Savoirs contre pauvreté ». De quels types de savoirs nouveaux, donc de recherche, avons-nous besoin pour traiter des questions de santé dans les pays en développement ?

D.K. J'aimerais voir une étude aboutir sur l'adéquation entre les priorités objectives de santé et la répartition de l'aide au développement, c'est-à-dire entre les moyens et l'importance réelle des maladies en termes épidémiologique et économique. Il faudrait faire des analyses par pays de la situation sanitaire et de ses déterminants, puis les mettre en perspective de l'allocation publique et privée de l'aide mondiale. Une bonne adéquation contribuerait certainement à une meilleure efficacité de l'aide sur le terrain.

Et sur le plan médical ? Y a-t-il besoin de nouveaux savoirs ?

D.K. On ne manque globalement pas de savoirs techniques, médicaux. Il y a certes un besoin urgent de vaccins contre le sida et contre le paludisme, et de nouveaux médicaments. Mais il ne faut pas croire qu'ils pourraient tout résoudre. Le vaccin contre la rougeole existe, mais cette maladie fait toujours des ravages.

Ce qu'il faut, ce sont des savoirs d'anthropologie, de sociologie, à l'écoute des populations, pour savoir comment la technologie disponible peut mieux les protéger. Les autorités sanitaires de ces pays ont aussi besoin de connaître quelles sont les interventions efficaces au plus bas prix, donc de recherche unissant des économistes et des spécialistes de l'évaluation des programmes de santé. C'est crucial pour convaincre les dirigeants politiques des pays du Sud, qui ont besoin de savoir à la fois ce qui marche et ce qui coûte le moins cher. C'est pourquoi il faudrait aussi développer des formations *in situ* des futurs dirigeants politiques, pour qu'ils soient sensibilisés aux questions de santé. Les questions de santé sont toujours vues par les décideurs à travers la médecine. Mais la médecine n'est qu'un tout petit champ de la santé. Je veux sortir la santé de la profession médicale, et en faire une question politique sur laquelle les dirigeants s'engagent.

■ Propos recueillis par Nicolas Chevassus-au-Louis

Chaque année, plus de 100 millions de personnes s'endettent pour payer leurs soins

Pour en savoir plus

> D. Kerouedan, *Field Actions Science Reports*, 2012, numéro spécial en ligne n° 4.

> D. Kerouedan (dir.), *Santé internationale. Les enjeux de santé au Sud*, Les Presses de Sciences-Po, 2011.

> <http://factsreports.revues.org/1238>