

Le Brésil et la diplomatie de la santé : les enjeux de la solidarité

Deisy Ventura

Professeur à l'Institut des relations internationales de l'Université de São Paulo

Introduction

Lorsque Luiz Inácio Lula da Silva arrive à la Présidence du Brésil en 2003, il met en œuvre une stratégie d'autonomie de la politique étrangère, incluant la diversification de ses partenaires. Sans renoncer à ses relations privilégiées avec le monde développé (États-Unis, Europe), le Brésil place les rapports avec les pays en développement au premier rang de ses priorités, ce qui donne un nouvel élan à la coopération Sud-Sud. Ainsi, tout au long des huit années de sa présidence, Lula a passé 55 jours en Afrique: au cours de 34 visites officielles à 23 pays, il multiplie l'ouverture de représentations diplomatiques et consulaires brésiliennes, annule plusieurs dettes bilatérales, favorise l'octroi de prêts et encourage la signature de nombreux projets de coopération technique. En 2008, le Traité de Brasília institue l'Union sud-américaine des Nations (UNASUR) qui regroupe douze États d'Amérique du Sud. Cette entité est perçue par des nombreux acteurs comme le premier véritable contrepoids au pouvoir des États-Unis dans la région. Le Brésil assume également des responsabilités militaires et économiques inédites dans le cadre de la Mission des Nations Unies pour la stabilisation en Haïti (MINUSTAH). Malgré leurs différences importantes, les pays émergents regroupés au sein des BRICS (Brésil, Russie, Inde, Chine et Afrique du Sud) se concertent dans le but d'influencer certaines négociations internationales. Parallèlement, le gouvernement de Lula devient une référence internationale dans la lutte contre la misère et la pauvreté. Son successeur, la présidente Dilma Rousseff poursuit et intensifie cette politique d'« inclusion sociale ». Entre 2003 et 2012, selon les chiffres officiels, 28 millions de Brésiliens ont quitté la pauvreté absolue et 36 millions ont rejoint la « classe moyenne ».

Durant la décennie écoulée, les autorités brésiliennes refusent tout alignement automatique avec les positions du Nord et orientent la politique étrangère vers la quête de démocratisation du système international et de l'intégration politique régionale. Mais elles n'abandonnent pas pour autant certains des objectifs majeurs de la diplomatie brésilienne, tels que la lutte obstinée pour l'obtention d'un siège au Conseil de sécurité des Nations Unies ou les efforts afin d'attirer des investissements étrangers. Le Brésil cherche donc à concilier deux identités qui semblent souvent incompatibles: celle d'un État mécontent d'une gouvernance globale inéquitable, apte à bâtir des alliances et à mener des stratégies communes dans les forums mondiaux et les enceintes multilatérales, souvent en défense des intérêts d'une grande partie des pays du Sud qui se trouvent dans l'impossibilité d'y participer pleinement; mais aussi celle d'un grand

marché émergent, la septième économie au monde, avide d'accueillir des événements planétaires et très soucieux de sa croissance économique et de ses intérêts commerciaux, et dont la plus grande visibilité dans la scène internationale semble parfois être devenue une fin en soi. Dès lors, tandis que certains évoquent une « diplomatie solidaire » envers le Sud, d'autres y voient plutôt une « diplomatie de prestige » ou un « impérialisme soft ». Au bout du compte, malgré un certain repli diplomatique après l'arrivée au pouvoir de Dilma Rousseff, on ne saura douter que « dans un climat de morosité généralisé, le Brésil affiche un dynamisme insolent. Il avance ses pions sans complexe – mais avec beaucoup de précautions – sur l'échiquier mondial ».

La coopération technique est celle qui fait l'objet de la plus grande visibilité parmi les modalités de coopération brésilienne. Les partenariats avec les pays en développement sont donc devenus la « pierre angulaire » de la politique de coopération technique de Brasilia, fondée sur des principes tels que la solidarité, l'absence de conditionnalités politiques ou économiques, le renforcement des capacités des ressources humaines locales et l'adaptation des savoirs et connaissances aux réalités locales. La carte suivante, élaborée par l'Agence brésilienne de coopération (ABC) révèle la concentration des projets en Afrique et en Amérique Latine.

Figure 1. Projets de coopération technique brésilienne en cours (juin 2013)



Source : Agence brésilienne de coopération, ABC (2013)

Nonobstant, le Brésil demeure également un important *récepteur* de la coopération technique internationale. Plusieurs secteurs du gouvernement fédéral ainsi que les gouvernements des États fédérés et des villes restent de grands demandeurs, d'autant plus que l'accueil de la Coupe du monde de football et des Jeux Olympiques approche à grands pas. D'après l'ABC, en décembre de 2011, 233 projets d'origine multilatérale étaient en cours au Brésil, financés

surtout par le Programme des Nations Unies pour le Développement (PNUD) (37 %) et l'Organisation des Nations Unies pour la culture, la science et l'éducation (UNESCO) (21 %). La plupart de ces projets sont destinés à l'environnement (22 %), l'éducation (14 %), l'agriculture (10 %), l'administration publique (9 %) et la santé (7 %). En ce qui concerne la coopération bilatérale, toujours en 2011, le Brésil a mis en place 33 projets sur son territoire, financés par l'Allemagne (37 %), le Japon (24 %), la France (21 %) et l'Espagne (18 %). Enfin, le Brésil a participé à 79 projets de coopération technique trilatérale ou triangulaire, dont 48 % en partenariat avec le Japon, 12 % avec l'Allemagne, 12 % avec les États-Unis, 6 % avec la France et 6 % avec l'Espagne.

Le Brésil de Lula s'est très vite aperçu du rôle que la santé publique pouvait jouer dans sa diplomatie. Selon les termes de Paulo Buss, un grand sanitariste brésilien, « *on a découvert un trésor pour catapulter le Brésil dans le monde* ». Ainsi, la santé est devenue l'un des principaux domaines de coopération technique, avec la formation professionnelle et l'agriculture. Ensemble, ces trois secteurs représentent les deux tiers de la coopération brésilienne envers les pays en développement. L'investissement fédéral en coopération sanitaire est passé de 2,78 millions de reais en 2005 à 13,8 millions en 2009 ; 9 % du total des investissements brésiliens en coopération technique de la période 2005-2009 sont ainsi attribués au domaine de la santé. D'après le Ministère de la santé brésilien, des 107 projets de coopération sanitaire en cours dans l'année 2012, 66 étaient menés dans des pays de l'Amérique latine et les Caraïbes (61,7 %, dont la moitié en Amérique du Sud), 38 autres en Afrique (35,5 %) et les neuf derniers au Moyen-Orient et en Asie (2,8 %). La plupart de ces programmes concernent les banques de lait maternel (24), le VIH/Sida (17), la vigilance sanitaire (10) et le sang et les dérivés du sang (10). Réputée un « *élément essentiel de la diplomatie solidaire du Brésil* », la coopération sanitaire engendre ainsi un rapprochement inédit entre le Ministère de la santé et le Ministère des relations extérieures.

Plutôt que d'offrir au lecteur une liste complète et trop longue des sommets, réunions, projets et initiatives auxquels participe le Brésil, dont l'intérêt et les répercussions tangibles sont très disparates, je préfère réagir aux questions qui ont été posées par le Professeur Dominique Kerouedan dans le cadre de notre colloque sur la politique étrangère et la diplomatie de la santé mondiale. Ainsi essaierai-je surtout d'apporter quelques éléments de réponse à la question suivante: Que propose le Brésil pour que l'ascension de la « diplomatie mondiale de la santé » soit vraiment capable de promouvoir l'amélioration des politiques et des interventions sanitaires sur le terrain ? Loin d'être exhaustif, cet article se contentera donc d'offrir une *vue d'ensemble* de la politique étrangère brésilienne dans le domaine de la santé – ce qui ne va pas de soi, eu égard à la pluralité et à l'hétérogénéité des acteurs nationaux engagés, ainsi que la juxtaposition de leur travail avec celui des enceintes internationales et enfin des multiples terrains de mise en œuvre des projets.

Quelques précisions conceptuelles s'imposent. Tout d'abord, la politique étrangère est ici comprise comme une politique publique, c'est-à-dire l'action de l'État via le gouvernement sur le plan international. Sans mépriser les acteurs non-étatiques, cette définition reconnaît la *politisation* de la politique étrangère, dans la mesure où elle s'éloigne de plus en plus de son sens traditionnel – c'est-à-dire, l'expression des intérêts nationaux dits « auto-évidents » ou permanents, qui seraient placés à l'abri de changements majeurs et aussi de l'éventuelle virulence du débat politique – au profit de la reconnaissance d'une dynamique des choix des gouvernements, non systématiquement cohérents, et alors susceptibles aux coalitions, ententes, disputes et même marchandages, entre partis politiques et divers autres acteurs.

En outre, le Brésil a su s'approprier la notion de « diplomatie de la santé », employée à plusieurs reprises par les différents acteurs de la coopération brésilienne ainsi que par ses meilleurs analystes. L'adjectif « solidaire » a souvent été apposé au concept de coopération Sud-Sud, supposément fondée sur le principe de solidarité. Or, il s'agit d'une notion « *énigmatique, complexe et ambiguë* », comme l'a constaté Alain Supiot. Nous n'en retiendrons pour le moment qu'une interprétation élémentaire, puisée dans le droit : la solidarité rend responsable les uns pour les autres et chacun pour tous. En droit international public notamment, la solidarité s'exprime aussi bien par des instruments de compensation (tels que les systèmes de préférences ou de redistribution) que par des instruments de protection des intérêts collectifs (tels que les droits de l'homme ou le développement durable).

Dans la première partie du texte, nous chercherons à savoir ce qui distingue la coopération sanitaire brésilienne des autres coopérations bilatérales et multilatérales. Un bref aperçu de la coopération Sud-Sud sera proposé, en particulier des partenariats avec la Communauté des pays de langue portugaise (CPLP) et l'UNASUR. Dans la deuxième partie, nous observerons que, bien au-delà de la coopération, le Brésil est présent et agit au sein de l'Organisation mondiale de la santé (OMS), mais également de l'Organisation mondiale du commerce (OMC), de l'Organisation mondiale de la propriété intellectuelle (OMPI) ainsi que d'autres institutions et forums internationaux, au sein desquels il propose une « nouvelle gouvernance » de la santé mondiale. Parmi les sujets prioritaires de l'action brésilienne dans le cadre multilatéral se détachent les relations entre la santé publique et la propriété intellectuelle, la réforme de l'OMS ou encore la question des déterminants sociaux de la santé. La conclusion reviendra sur les conditions indispensables pour que le Brésil, malgré les limites et les contradictions de sa diplomatie dite solidaire, joue un rôle influent dans un nouvel agencement de la santé mondiale.

La « coopération structurante en santé »

La solidarité, l'approche systémique et le renforcement de capacités nationales fondent la coopération brésilienne, dite structurante

Si la solidarité constitue l'un des principes fondamentaux de la politique extérieure brésilienne, elle représente également un pilier du Système unique de santé (SUS), institué à l'échelle nationale par la Constitution fédérale de 1988. Le SUS consacre l'accès universel et gratuit aux services de santé, reconnue comme droit de chacun et devoir de l'État auprès de tous. Après plus de vingt années de dictature, durant lesquelles le modèle bismarckien de sécurité sociale ne couvrait qu'un quart de la population brésilienne, le SUS apparaît comme une grande conquête du mouvement dénommé « sanitariste » ou « de la réforme sanitaire ». Il devient le système public de santé de plus large portée au monde, avec un public potentiel de presque 200 millions d'habitants. Il se fonde sur cinq principes fondamentaux : l'universalité, l'intégralité, l'équité, la décentralisation et la participation populaire. Sa gestion comprend la co-participation de tous les acteurs concernés, grâce à la création des Conseils de santé – sur les plans fédéral, régional et local – dont la composition se partage entre les usagers (50 %), les professionnels de la santé et les gestionnaires, chargés d'approuver les nouveaux programmes de santé, d'accompagner leur exécution, de surveiller l'application du budget ainsi que la prestation des services. Parallèlement, les Conférences de santé se tiennent périodiquement au niveau national, des États fédérés et des villes, afin de discuter la formulation de leurs politiques de santé. En dépit du sous-financement récurrent du SUS, de la montée en puissance des systèmes d'assurance privés et des graves dysfonctionnements qui en découlent, le Brésil affiche des progrès considérables dans le domaine de la santé. Selon le Ministère de la santé, pour ce qui concerne la réduction des mortalités infantile et maternelle, ainsi que la lutte contre le paludisme et d'autres maladies, les Objectifs du millénaire pour le développement (OMD) auraient été atteints au Brésil trois ans avant l'échéance de 2015. Entre autres atouts, le SUS aurait battu le record mondial de greffes d'organes, avec 24 400 opérations publiques et gratuites réalisées au cours des trois dernières années.

C'est la doctrine du SUS, préconisant la couverture universelle, intégrale et équitable de la santé, qui inspire les fondements de la « *coopération structurante en santé* », développée par le Brésil durant la dernière décennie. Il s'agit d'une double innovation par rapport aux anciens paradigmes de la coopération : tout d'abord, elle prétend rompre avec la tradition du transfert passif des savoirs et technologies ; ensuite, sa clé de voûte serait la création ou le renforcement des institutions fondamentales des systèmes de santé des pays bénéficiaires, en tirant au maximum parti des capacités locales. Cinq directives guident cette coopération dite « structurante » : la priorité est accordée à la coopération horizontale ; les projets ciblent surtout le développement des capacités dans les pays bénéficiaires ; les initiatives se coordonnent au plan régional ; les ministres de la santé des pays partenaires participent

directement à la construction des consensus ; et enfin, la coordination entre les portefeuilles du gouvernement est définie comme un élément indispensable, ce qui permet d'allier le poids politique des affaires étrangères à l'expertise dans le domaine de la santé. Le modèle brésilien serait « *participatif, démocratique, inclusif et large, capable de comprendre les déterminants sociaux de la santé et les politiques intersectorielles* ».

Les acteurs de la coopération sanitaire brésilienne sont nombreux, chacun apportant ses valeurs, sa grammaire et ses exigences. En plus de rendre laborieuse une évaluation globale des résultats, la dispersion des agents génère parfois des difficultés dans l'obtention et le traitement des données, surtout en ce qui concerne le financement et les résultats tangibles de chaque initiative. Il ne s'agit pas d'une spécificité de la santé : de manière générale, la participation croissante de nouveaux acteurs à la politique extérieure brésilienne, autrefois monopole des Affaires étrangères, défie les analystes, devenus incapables d'identifier avec précision le vrai *locus* institutionnel et/ou l'auteur de la décision. Une étude de Michelle Ratton Sanchez-Badin et Cassio Luiz de França sur les compétences des organes du pouvoir exécutif brésilien révèle une internationalisation accrue de sa structure, à l'origine d'un niveau inédit d'« horizontalisation » du processus de prise de décision sur les questions internationales. D'où la difficulté, sinon l'impossibilité, de définir, systématiser, classer et étudier les innombrables modalités d'action extérieure brésilienne ayant une incidence sur la santé mondiale.

Parmi les acteurs les plus importants de cette coopération figurent bien évidemment le Ministère de la santé et celui des relations extérieures, dont l'action commune est reconnue unanimement par la littérature comme un exemple de succès de la coordination au sein du pouvoir exécutif, surtout pendant la présidence de Lula. Dans une étude qui révèle toute la complexité de la formulation et de la mise en œuvre de la coopération technique internationale au sein du Ministère de la santé, Marco Cepik et Romulo Paes de Sousa ont souligné le rôle du cabinet international du ministre (AISA/MS), du Programme de maladies sexuellement transmissibles (connu comme DST/Sida), de l'Institut national du Cancer (INCA), de la Fondation nationale de santé (FUNASA), de l'Agence nationale de vigilance sanitaire (ANVISA) et de la Fondation Oswaldo Cruz, la puissante FIOCRUZ brésilienne, qui depuis 2008 dispose d'un bureau à Maputo, capitale du Mozambique. Du côté des affaires étrangères, se démarque bien évidemment l'Agence brésilienne de coopération (ABC), responsable de la négociation, de la coordination et du suivi de l'ensemble des projets de coopération technique. Mais il en existe bien d'autres. Paulo Buss explique la vocation du Brésil à l'égard de cette coopération : « *Il y a 20 ans, nous étions dans la même situation que celle que ces pays expérimentent aujourd'hui. Nous sommes capables de la comprendre* ».

La coopération brésilienne avec les pays de langue portugaise

La coopération Sud-Sud évolue surtout en fonction des agendas établis dans le cadre des alliances régionales et des plans stratégiques. Ainsi en est-il dans le cadre de la Communauté des pays de langue portugaise (CPLP), créée en 1996, actuellement composée de huit États: l'Angola, le Brésil, le Cap-Vert, la Guinée-Bissau, le Mozambique, le Portugal, Sao Tomé-et-Principe et le Timor oriental. D'après son statut, les objectifs de la CPLP sont la coopération dans tous les domaines, y compris la santé ; la mise en œuvre des projets de promotion et diffusion de la langue portugaise ; la concertation politique et diplomatique entre ses États membres, visant en particulier le renforcement de leur présence dans les enceintes internationales. Néanmoins, cet espace phonique institutionnalisé à l'image de ce que font la Francophonie ou l'Hispanophonie, n'a guère suscité qu'une « *indifférence polie* » au sein des instances internationales et des médias internationaux. Il n'empêche que la coopération sanitaire avec la CPLP a été un « *choix naturel* » du Brésil, facilité, d'une part, par le partage d'une langue commune – la plupart des professionnels de santé des PALOP ne parlant que le portugais ou les langues locales – et, d'autre part, par « *les identités politiques, idéologiques et culturelles* ». La coopération avec la CPLP a été encadrée par le Plan stratégique 2009-2012 (PECS/CPLP) qui établit sept axes stratégiques : la formation et le développement de la « force de travail en santé », la communication, la recherche, le développement des chaînes de production, la surveillance épidémiologique, les catastrophes naturelles et la promotion de la santé. Selon le PECS/CPLP, ces axes ont guidé la réalisation de 21 projets, dont neuf font partie des priorités définies dans le document de référence : la création du Réseau d'observation des ressources humaines en santé (dont la coordination est à la charge du siège de l'OMS à Genève), la mise en œuvre d'un Réseau d'écoles techniques de santé et d'un Réseau d'écoles nationales de santé publique (tous les deux coordonnés par la FIOCRUZ), la formation médicale spécialisée (à la charge de l'Institut d'Hygiène et de Médecine Tropicale du Portugal, IHMT), la création du Portail CPLP/Santé (sous la responsabilité du Secrétariat de la CPLP), le renforcement de la recherche scientifique en santé publique (FIOCRUZ), le soutien aux centres techniques de manutention d'équipements (IHMT), le suivi et l'évaluation des Objectifs du millénaire pour le développement au sein de la CPLP (à la charge du ministère de la Santé de l'Angola) et enfin la mise en œuvre des projets pilotes de Communautés saines (FIOCRUZ). Un groupe technique est chargé de la coordination et de la mise en marche du PECS/CPLP. 67 % du modeste budget indicatif de 14 millions d'euros sont destinés au premier axe, c'est-à-dire, à la formation du personnel de santé.

La priorité accordée à l'axe de formation du personnel de santé permet de mieux saisir la notion de coopération « structurante ». Les projets liés à cet axe ciblent le renforcement des « institutions structurantes de santé ». Il s'agit de soutenir les autorités sanitaires nationales afin qu'elles soient capables de gérer leurs systèmes de santé de façon efficace, effective et durable, notamment grâce au développement de leur capacité de gestion et de prestation de

services. Les Ministères de la santé sont les premiers bénéficiaires, mais cette priorité englobe aussi des organismes capables d'offrir une formation, initiale ou continue, aux professionnels de santé ; de produire ou de gérer des données utiles aux processus de prise de décisions politiques, ainsi que de promouvoir la recherche et le développement – par exemple, les instituts et les écoles nationaux de santé publique, les écoles techniques, les établissements d'enseignement supérieur professionnalisants. C'est à dire qu'au lieu de privilégier certaines maladies ou des vulnérabilités spécifiques, cette coopération vise les éléments potentiels de changement structurel dans les pays bénéficiaires.

Faute de pouvoir lire un bilan détaillé des résultats du PECS/CPLP, nous devons nous contenter de mentionner les conclusions d'une étude de 167 actes juridiques bilatéraux en vigueur au Brésil en 2009, concernant la coopération sanitaire avec les PALOP, y compris des mémorandums et des plans de travail. Dans son travail, Marco Torronteguy confirme l'horizontalité de cette coopération, dans le sens où elle ne repose pas sur des conditionnalités ni sur une logique d'endettement qui a souvent caractérisé la coopération Nord-Sud. Cependant, les activités prévues par ces instruments sont à sens unique, puisqu'elles ne réservent à l'État bénéficiaire qu'une position passive, celle d'un récepteur d'aide. Dès lors, la coopération Brésil-PALOP serait formellement horizontale et tacitement verticale. Selon l'auteur, cette verticalité implicite serait positive dans la mesure où elle pourrait déclencher un protagonisme durable dans l'avenir, par le biais du renforcement des institutions locales. Par ailleurs, Marco Torronteguy constate qu'en général ces instruments ne se dotent pas de mécanismes d'*accountability*, tels que la formulation de critères de suivi et d'évaluation des activités, l'obligation de présenter des rapports de résultats, ni même la diffusion publique les démarches de suivi de cette coopération.

La coopération brésilienne avec l'Afrique

La coopération sanitaire brésilienne avec l'Afrique ne se limite pas aux PALOP. D'après l'ABC, des projets sont aussi en cours en Algérie, au Bénin, au Botswana, au Burkina Faso, en République du Congo, au Ghana, en Guinée-Bissau, au Kenya, au Sénégal et en Tanzanie. Dans son ensemble, la « politique africaine » du Brésil a fait l'objet de nombreuses critiques. Il s'agit en effet tout autant d'une nouvelle priorité de politique étrangère que d'une stratégie concertée entre protagonistes défendant leurs intérêts, « *en particulier des entrepreneurs de l'expansion du capitalisme brésilien, puisque la Banque nationale de développement (BNDES) a largement encouragé l'internationalisation des grandes entreprises brésiennes en Afrique* ». Si le rapprochement entre le Brésil et l'Afrique s'exprime par un discours solidaire, fondé sur des affinités culturelles et historiques, la stratégie brésilienne n'est pas exempte de logiques économiques communes aux puissances émergentes, comme la recherche de matières premières stratégiques et de débouchés pour sa production industrielle.

La coopération sanitaire brésilienne au sein de l'UNASUR

Dans le cadre de l'UNASUR, la coopération sanitaire acquiert un sens tout à fait différent. Cette jeune organisation régionale reste fidèle à l'ancienne volonté brésilienne de développer une intégration qui englobe toute l'Amérique du Sud et ne soit pas focalisée sur la seule dimension commerciale. En vertu de l'article 2 de son Traité constitutif, l'objectif général de l'UNASUR est de « *construire de façon participative et consensuelle, un espace d'intégration et d'union dans les domaines culturel, social, économique, politique entre les peuples, accordant la priorité au dialogue politique, aux politiques sociales, à l'éducation, à l'énergie, à l'infrastructure, à la finance et à l'environnement, entre autres, en vue d'éliminer les inégalités socio-économiques, d'atteindre l'inclusion sociale et la participation citoyenne, de consolider la démocratie et de réduire les asymétries dans le cadre d'un renforcement de la souveraineté et de l'indépendance des États* ». Si la santé n'apparaît pas dans cette formule, elle fait néanmoins partie des objectifs spécifiques de l'UNASUR, qui visent à « *l'accès universel à la sécurité sociale et aux services de santé* » (article 3.j). Le Traité ne dit rien de plus sur la santé, mais la pratique des États membres en a fait un des domaines les plus dynamiques de l'intégration régionale.

Les objectifs de l'UNASUR reflètent « *l'orientation progressiste de l'Amérique latine des années 2000* », mais également une « *modestie institutionnelle qui trahit la timidité de la gauche sur les questions d'intégration régionale* ». Purement intergouvernemental, son cadre organique est composé à ce jour de trois Conseils supérieurs (des chefs d'État, des ministres des Affaires étrangères et des délégués nationaux) ; d'un Secrétariat général dont le siège est basé à Quito, en Équateur ; d'une présidence *pro tempore* annuelle, actuellement exercée par le Pérou ; et enfin de douze Conseils dédiés à des secteurs spécifiques de coopération, dont le Conseil de santé sud-américain (CSS). Le seul Conseil sectoriel à disposer d'un siège permanent est celui chargé de l'énergie, installé au Venezuela. Néanmoins, aussi bien le CSS que le Conseil de la défense ont débouché sur la création d'organes secondaires à caractère permanent : il s'agit, respectivement, de l'Institut sud-américain de gouvernement en santé (ISAGS), qui siège à Rio de Janeiro, et du Centre d'études stratégiques de défense (CEED), situé à Buenos Aires. Dans le domaine de la santé, l'UNASUR hérite de l'expérience de l'Organisme andin de santé (Convention Hipólito Unanue, ORAS-CONHU), en activité depuis 1971 ; du MERCOSUR-Santé (Marché commun du Sud), qui s'intéresse surtout aux questions sanitaires liées à la circulation des biens et des marchandises ; et l'OTCA-Santé (Organisation du Traité de coopération amazonien), qui, depuis 1978, promeut la coopération sanitaire dans la région amazonienne. À la différence de ces initiatives, l'UNASUR compte couvrir le territoire de tout le sous-continent. Son évolution débouche sur un Plan quinquennal 2010-2015 assez détaillé, qui cible 28 « résultats » de la coopération, organisés en cinq axes : la politique sud-américaine de surveillance épidémiologique (le bouclier épidémiologique sud-américain) ; les systèmes universels de santé ; l'accès universel aux médicaments et le développement de la production dans le domaine de la santé ; la promotion de la santé et les actions sur les déterminants

sociaux de la santé ; et enfin le développement et la gestion des ressources humaines. D'un budget total de 14,4 millions de dollars américains, 10,5 millions (soit environ 70 %) sont destinés au dernier axe.

Plusieurs éléments de ce Plan méritent une attention particulière. Tout d'abord, bâtir un réseau de surveillance épidémiologique suppose une coopération entre les États et institutions membres de l'UNASUR pour la mise en œuvre du Règlement Sanitaire International (RSI). Dans un travail très complet sur la politique sud-américaine de surveillance épidémiologique, Paulo Buss et José Roberto Ferreira définissent les médicaments, vaccins et réactifs diagnostiques comme des « *biens publics régionaux* », laissant entrevoir des possibilités d'action très prometteuses pour l'UNASUR-Santé. Ensuite, les auteurs se penchent sur l'axe des systèmes universels, mettant l'accent sur la situation de la santé dans les régions frontalières, ainsi que sur la nécessité d'améliorer la régulation des systèmes nationaux et d'accroître la participation et le contrôle social. En ce qui concerne les ressources humaines, de grandes similitudes existent par rapport à la coopération dans le cadre de la CPLP, puisque les institutions « structurantes » de santé sont à nouveau prioritaires. Parmi celles-ci se distinguent un Réseau des instituts nationaux de santé de l'Amérique du Sud, un Réseau d'Écoles techniques de l'UNASUR-Santé et un Réseau d'Écoles nationales de santé publique de l'UNASUR-Santé. Le développement des ressources humaines se poursuit avec un Programme de financement de bourses.

Enfin, au cœur d'un minimalisme institutionnel avéré, a émergé malgré tout, l'Institut sud-américain de gouvernement en santé (ISAGS). En activité depuis 2011, très dynamique en dépit de sa jeunesse, l'ISAGS est devenu une sorte de porte-parole de l'UNASUR-Santé et se trouve à l'origine de nombreuses initiatives. Les ministres de la Santé ont conclu que les problèmes les plus graves des systèmes nationaux étaient liés à la gouvernance de la santé, d'où la nécessité de former les décideurs, les gestionnaires et les agents publics. Il s'agit donc d'un « *centre des hautes études et de débat des politiques pour le développement des leaders et des ressources humaines stratégiques dans le domaine de la santé, afin de stimuler la gouvernance de la santé dans les pays d'Amérique du Sud, en offrant des moyens d'articulation de l'action régionale en ce qui concerne la santé mondiale* ». Plus que la formation d'une « *nouvelle génération* » de décideurs, l'Institut doit contribuer à l'adoption de mesures concertées en matière de traitement et d'organisation des services. Le Coordinateur-exécutif de l'ISAGS, José Gomes Temporão – ex-ministre de la Santé brésilien (2007-2010) – songe ainsi à développer un partenariat à l'échelle régionale pour l'achat des produits et des technologies de santé, et évoque même la possibilité d'une future « *banque sud-américaine de prix* ». Pour 2013, l'ISAGS dispose d'un budget de 2,3 millions de dollars américains (US\$), dont 39 % sont financés par le Brésil. Nous reviendrons plus tard sur l'UNASUR-Santé, afin de présenter la coordination entre les pays membres dans les enceintes multilatérales et auprès des acteurs transnationaux.

La coopération du Brésil avec l'Amérique latine et la région Caraïbes

Au-delà de l'UNASUR, le Brésil mène plusieurs projets de coopération dans le domaine de la santé avec les pays d'Amérique latine. En Haïti, par exemple, le Brésil est à la tête de la reconstruction du système de santé, destinant 85 millions de US dollars à la construction des hôpitaux, la mise en œuvre des soins primaires de santé et la formation du personnel. Le bilan de cette coopération « structurante de santé » Sud-Sud est en général perçu comme positif, malgré une certaine distance entre « *la grandiloquence des intentions et la matérialisation des actions* ». Les acteurs eux-mêmes considèrent qu'il conviendrait de mieux coordonner les agences et les organismes qui participent à la coopération, puisque qu'il arrive souvent que des missions qui agissent dans le même pays ignorent mutuellement leurs activités. Par ailleurs, l'adoption d'une Loi brésilienne sur la coopération internationale serait vivement recommandée.

Pour une nouvelle gouvernance de la santé mondiale

La prise en charge thérapeutique des patients atteints de sida

Comme nous l'avons déjà souligné, cet article n'est pas un recueil exhaustif de la « diplomatie de la santé » pratiquée par les institutions brésiliennes. Parmi les nombreux sujets et espaces d'actuation du Brésil, nous avons choisi d'aborder le programme sur le VIH/Sida et l'accès aux médicaments, la concertation des BRICS dans le domaine de la santé, ainsi que les positions brésiliennes et de l'UNASUR au sein de l'OMS. Ces choix nous permettront d'aborder en même temps la participation brésilienne dans l'élaboration de la *Convention-cadre* de l'OMS pour la lutte *antitabac*, ainsi que sa position concernant l'Agenda de développement de l'après-2015.

La communauté scientifique du Nord se plaît à commenter que si l'épidémie du sida n'avait pas vu le jour, la « *global health* » n'existerait pas telle que nous la connaissons aujourd'hui. Nul ne doute que le Brésil fait partie de cette histoire. Selon João Biehl, "*Le Brésil est l'épicentre de l'épidémie de VIH/sida en Amérique du Sud et représente 57 % de l'ensemble des cas de sida en Amérique latine et aux Caraïbes*". En 1996, sous la présidence de Fernando Henrique Cardoso (1995-2002), le Brésil a été le premier pays en développement à offrir gratuitement les soins et les traitements aux personnes infectées par le VIH. L'offre universelle d'accès aux antirétroviraux constitue un élément déterminant pour comprendre la position du Brésil sur la gouvernance globale de la propriété intellectuelle. Dans le cadre de l'OMC, le Brésil et l'Inde ont été à la tête des pays en développement lors de l'adoption de la Déclaration sur l'Accord sur les aspects des droits de propriété intellectuelle qui touchent au commerce (ADPIC) du 14 novembre 2001. Connue comme la Déclaration de Doha, ses dispositions visaient à protéger les pays producteurs de médicaments génériques d'éventuelles plaintes à leur encontre au sein de l'Organe de règlement des différends (ORD) de l'OMC. Le Brésil s'est battu en faveur de l'accès aux médicaments génériques à l'OMS, ainsi qu'à l'Assemblée générale de l'ONU.

Une étude de André de Mello e Souza sur « *La politique extérieure du Brésil face à l'épidémie du Sida* » constate que ces réussites brésiliennes se sont construites dans un contexte de forte opposition entre États et entreprises puissantes, dont la pression des États-Unis en défense des intérêts des grandes transnationales pharmaceutiques. L'auteur attire l'attention sur le fait que la politique de traitement universel et gratuit du sida a été adoptée par le Brésil en franche opposition avec ce que préconisaient à l'époque l'OMS, l'ONUSIDA, l'Organisation panaméricaine de la santé (PAHO), la Banque mondiale et la Fondation Bill and Melinda Gates, entre autres. Souza souligne comme possible élément d'explication la convergence des positions en la matière entre des organisations de la société civile très actives et les gouvernements locaux, tous fortement influencés par les idéaux du mouvement sanitariste. Enfin, il remarque que, même si cette action a commencé bien avant la présidence de Lula, elle s'est montrée parfaitement compatible avec la nouvelle politique étrangère brésilienne, qui se veut indépendante des États-Unis et tournée vers le monde en développement.

Considéré comme un vrai modèle de réponse à l'épidémie du VIH/Sida, suivi par de nombreux pays en développement, le programme brésilien conjugue étroitement une politique de distribution gratuite des médicaments et une politique de production pharmaceutique locale. Confronté aux prix très élevés des antirétroviraux de marque, le ministère de la santé a encouragé le développement d'une production locale de médicaments génériques en mobilisant les laboratoires pharmaceutiques publics de l'État fédéral ou des États locaux ainsi que les laboratoires privés de génériques. Le Brésil a été le premier pays à émettre une licence obligatoire pour un médicament antirétroviral, l'Éfavirenz (EFV). Cette molécule demeure le plus répandu parmi les médicaments administrés aux patients brésiliens, et aurait permis une économie de 103 millions de US dollars de 2007 à 2011. À l'heure actuelle, sur les 38 médicaments ARV utilisés, 14 sont de fabrication nationale. Un Groupe de coopération technique horizontale sur le VIH/Sida (GCTH) a été créé par 21 pays d'Amérique latine et Caraïbes.

La coopération technique en faveur de la production de médicaments

Ce modèle est ainsi transposé dans les projets de coopération internationale menés par le Brésil, comme l'atteste l'« *usine de médicaments* » installée au Mozambique, devenue le premier laboratoire 100 % public en Afrique. Ce projet remonte à 2003, et symbolise la coopération bilatérale entre le Brésil et Mozambique. Il s'est néanmoins surtout développé après 2008, lorsque la FIOCRUZ – en particulier son Institut de technologie en produits pharmaceutiques, FARMANGUINHOS – a pris en charge le projet. Le laboratoire a présenté ses premiers antirétroviraux au gouvernement mozambicain en novembre 2012. Ce pays fait partie des pays les plus touchés par le VIH au monde : 1,7 million de personnes sont infectées par le virus VIH sur une population de 21,4 millions. Pour ce projet, le Brésil aurait investi environ 40 millions de reais entre 2008 et 2014, en plus des coûts de transfert de technologies de 21 médicaments. Puisque le Brésil n'en tire aucun profit économique – en contraste avec le modèle

traditionnel de coopération Nord-Sud, et même avec l'action d'autres pays BRICS, tels que la Chine – il a alors été décrit « *plus [comme] un activiste qu'un donateur à distance* ». Par ailleurs, le Brésil ambitionne de développer une coopération entre les États capables de renforcer leur capacité de négociation auprès des fournisseurs de médicaments. Au sein de l'UNASUR par exemple, les gouvernements se consultent à propos de certains prix pratiqués par les laboratoires internationaux dans chaque pays.

Évoquer les médicaments génériques sur le sol européen amène à se remémorer certains épisodes de tension comme le « cas Losartan ». Entre 2008 et 2009, les autorités douanières européennes ont effectué plusieurs saisies de médicaments génériques authentiques (c'est-à-dire, non contrefaits) qui se trouvaient en transit dans ses ports – notamment une expédition du médicament générique *Losartan Potassium* (utilisé contre l'hypertension) produit en Inde et à destination du Brésil. Saisie à l'aéroport de Schiphol (Pays-Bas) en décembre 2008, cette expédition a été renvoyée vers son pays d'origine. L'Inde et le Brésil ont dénoncé la façon dont les laboratoires privés de l'Amérique du Nord et de l'Europe sont favorisés au détriment de la santé de la population des pays en développement. L'Inde et le Brésil ont donc porté plainte auprès de l'OMC, considérant que le comportement des autorités européennes violait, entre autres, l'esprit de la Déclaration de Doha sur les ADPIC et la santé publique, en créant des obstacles au commerce légitime de médicaments génériques.

Le modèle brésilien n'échappe toutefois pas aux critiques. D'après João Biehl, la combinaison de l'activisme des patients, d'intérêts de l'industrie pharmaceutique et de politiques de réforme de l'État brésilien a conduit à un changement progressif du concept de santé publique, qui est aujourd'hui moins appréhendé en tant que mécanisme de prévention et de soin médical que comme politique d'accès aux médicaments et aux soins fournis par la communauté : la santé publique aurait donc pris, de plus en plus, une dimension privatisée et pharmaceutique. D'autre part, Biehl souligne que le partage systématique des connaissances et des technologies entre les pays du Sud pourrait être une réponse durable aux obstacles créés par les brevets et le contrôle qu'exercent les industries pharmaceutiques sur la science médicale et les soins de santé. Cette stratégie permettrait en outre aux pays les plus pauvres de développer des programmes efficaces d'évaluation de la technologie de la santé, de mettre en commun leurs savoir-faire industriels, et de s'unir dans le combat pour des prix plus justes. Mais « *les interventions faisant appel à des technologies avancées doivent être rendues compatibles avec les systèmes qui encouragent aussi bien l'inclusion équitable des populations dans la prévention que les initiatives visant à dispenser les soins de base de manière régulière* ».

En 2003, le Brésil a obtenu la reconnaissance internationale de nombreuses organisations, principalement de l'OMS, du Programme commun des Nations Unies sur le VIH/ Sida (ONUSIDA), mais aussi des grands bailleurs de fonds, tels que la Fondation Bill et Melinda Gates. Le Brésil est devenu un « *agenda setter* » dans le domaine de la santé. Par ailleurs, le Brésil a aussi été un des protagonistes de l'adoption de la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte

antitabac. Il est intéressant de relever que l'organe intergouvernemental de négociation avait été présidé par Celso Amorim (devenu ministre des Relations extérieures de Lula - 2003-2010), puis par Luiz Felipe de Seixas Corrêa, tous deux en tant que Représentants permanents du Brésil à Genève. Les différentes versions du « Texte du Président » ont été à l'origine de la Convention adoptée par l'Assemblée mondiale de la Santé en mai 2003.

La coopération du Brésil avec les autres « BRICS »

Le Brésil agit également au sein des BRICS, groupement de pays émergents qui organise des sommets annuels de chefs d'État et de gouvernement depuis 2009. La différence abyssale entre les intérêts nationaux de ses membres a fait craindre (ou, pour certains, espérer) que les BRICS n'arrivent jamais à adopter de positions communes. Or, les Sommets des BRICS deviennent de plus en plus productifs au fil des années, avec l'élargissement constant des sujets à l'ordre du jour. Au sommet de Sanya (Chine) d'avril 2011, les chefs d'États et de gouvernements ont décidé de renforcer le dialogue dans le domaine de la santé publique, y compris dans la lutte contre le VIH/Sida. Par la suite, en juillet 2011, les ministres de la Santé se sont réunis pour la première fois à Pékin. Ils ont adopté une Déclaration qui identifie un ensemble de défis similaires auxquels ces pays doivent faire face en matière de santé, en particulier l'accès aux services de santé et aux médicaments. La Déclaration de Pékin détermine quelques priorités d'action, avec au premier chef la collaboration permettant le renforcement des systèmes de santé, afin de surmonter les obstacles d'accès aux vaccins et médicaments dans la lutte contre le VIH/Sida, la tuberculose, l'hépatite virale et le paludisme. Ensuite, est encouragé le transfert de technologies au profit de la santé publique. Une deuxième réunion des ministres de la santé des BRICS a eu lieu le 11 janvier 2013 à New Delhi. Un communiqué a été adopté avec l'objectif d'attirer l'attention des États sur la nécessité de renouveler leurs efforts dans le combat contre le VIH/Sida, ainsi que d'assurer la protection de la circulation des génériques entre les pays en développement. Une étude récente met en lumière la nécessité d'intensifier les recherches sur les possibilités réelles d'incidence des BRICS sur la santé mondiale : en dépit d'une évidente augmentation ces dernières années, les études restent encore très modestes.

La collaboration du Brésil avec l'OMS

Par ailleurs, ces dernières années ont été marquées par un engagement croissant du Brésil auprès de l'OMS. Lors de l'Assemblée mondiale de la Santé (AMS) en mai 2013, la contribution brésilienne au budget de l'organisation a presque doublé, passant de 1,6 à 2,9 % - soit environ 26 millions de US dollars sur les deux prochaines années. Le Brésil devient ainsi le dixième pays parmi les principaux contribuables. En outre, le Brésil a été élu au Conseil exécutif de l'OMS pour la période de 2013 à 2016. Cet engagement s'est accompagné d'une critique vigoureuse à l'égard du rôle exercé par l'organisation dans la gouvernance mondiale de la santé. La réforme de l'OMS l'illustre. La diplomate brésilienne Maria Luisa Escorel a reproché l'empressement de

la direction de l'OMS dans la conduite de la réforme, attirant l'attention sur le refus du Secrétariat de l'organisation d'inclure aux documents de la réforme l'expression « graduel ». Une telle posture serait due à la pression des grands donateurs, les plus intéressés par l'accélération du processus, puisqu'ils auraient déjà une position concertée en la matière. Ces tensions ne sont-elles pas l'expression même d'une géopolitique de la santé mondiale ? Escorel a également critiqué la disparition de l'expression « santé et développement » dans les documents de la réforme. Le Brésil propose que l'OMS renforce le dialogue avec la société civile ainsi qu'avec les autres agences onusiennes ; qu'elle améliore la coordination entre le siège et les bureaux régionaux et nationaux ; et qu'elle accorde une priorité plus grande aux politiques d'accès aux médicaments, ainsi qu'aux déterminants sociaux de la santé, en conformité à la Déclaration politique de Rio de Janeiro du 21 octobre 2011.

En outre, la concertation des positions des États membres de l'UNASUR au sein de l'Assemblée mondiale de la santé (AMS) a augmenté. Au cours de ces dernières années, l'UNASUR-Santé se réunit parallèlement aux AMS afin d'adopter des positions communes et d'essayer de parler d'une seule voix, y compris au sein du Conseil exécutif de l'organisation. Une de ces positions concerne le rapport du Groupe de travail consultatif d'experts sur le financement et la coordination de la recherche pour le développement (CEWG), dont le rapport final a été approuvé par la 65^e Assemblée mondiale réunie en 2012, en partie grâce à une forte mobilisation des pays de l'UNASUR. Lors la 66^e Assemblée, le bloc a soutenu l'urgence de la création d'un Observatoire mondial de la recherche pour le développement en santé, proposée par le CEWG.

Dans le cadre des discussions et négociations sur l'Agenda pour le développement après-2015, le Brésil participe, entre autres, à la consultation thématique concernant la santé. D'après Paulo Buss, l'OMS et d'autres participants à ce débat se bornent à soutenir la couverture *universelle* de santé. Or, le Brésil ne se contente pas de ce principe qui ouvre la voie aux intérêts du marché. Il propose la couverture équitable et intégrale qui caractérise son « Système unique de santé » (SUS). La Constitution brésilienne et l'acception de la santé qu'elle consacre, étant les seuls paramètres possibles de l'action brésilienne.

Conclusions

1. Un des buts de ce colloque était de réfléchir au décalage entre les discussions qui se déroulent à l'échelle globale et les réalités très mouvantes sur le terrain. Selon Marie Claude Blais, la nouveauté des usages actuels de la solidarité, qui menace de la réduire à un slogan vide, est justement sa déconnection de tout cadre d'application déterminée : *« Elle ne peut plus s'appuyer sur l'évidence des Nations, pas plus qu'elle ne peut compter sur une conception claire du rôle de l'État. Elle flotte dans le bain diffus de la 'société universelle du genre humain', pour parler comme les jus naturalistes classiques. Elle y*

puise sans doute un attrait supplémentaire, mais au risque d'y perdre toute effectivité politique ». Évoquant des droits sociaux, dont le droit à la santé, Alain Supiot recommande quant à lui de « *passer de la solidarité négative qui prévaut aujourd'hui dans les relations entre États à une solidarité positive qui repose sur des objectifs communs de travail décent et de justice dans le régime des échanges entre pays. Il faut installer le principe de solidarité au cœur des règles internationales du commerce. Et il faut se donner les moyens d'évaluer ces règles à l'aune de leurs effets réels sur la sécurité économique des hommes* ».

2. Dans ce sens, et en guise de conclusion, la « diplomatie de la santé » brésilienne est-elle effectivement solidaire, c'est-à-dire capable de produire des améliorations tangibles de la santé des populations? La leçon de Mireille Delmas-Marty, professeur honoraire du Collège de France, nous aide à trouver la réponse à cette question: « *Devant les effets contradictoires de la mondialisation, on comprend pourquoi il ne suffit pas de réaffirmer les principes humanistes pour changer les pratiques et procéder au nécessaire rééquilibrage entre les valeurs marchandes et non marchandes, les biens privés et le bien commun. Encore faut-il répondre concrètement aux contradictions qui l'accompagnent* ».
3. À mon avis, la contribution du Brésil à la santé mondiale dépend de sa capacité à arbitrer ses propres contradictions en faveur du droit à la santé. Il s'agit bien sûr d'un souci de cohérence entre sa politique étrangère et les principes du Système unique de santé interne au Brésil, mais surtout d'une question de cohérence interne, c'est-à-dire entre la réalité de la santé brésilienne et les idéaux du SUS. D'après José Gomes Temporão, une lutte politique et idéologique est en cours pour la préservation d'un système public et universel de santé, puisque certains secteurs de la société brésilienne postulent l'*américanisation* de notre système : « *Notre plus grand défi est celui de démentir l'idée selon laquelle la santé privée serait la meilleure et donc avoir une assurance maladie ferait partie de l'ascension sociale, comme le diffusent les medias* ». En ce sens, un ouvrage récent de Carlos Ocké-Reis dénonce « *l'emprise du privé* » au sein même du SUS, dont la cohérence s'avère menacée par la multiplication des partenariats publics-privés.
4. Force est de constater que « *pour que le SUS parvienne, dans la mesure du possible, à la réalisation de son propre objet, il faut qu'il soit inclus dans une réforme sociale plus vaste* ». Les écrits d'Edgar Morin sur le monde d'aujourd'hui s'appliquent très bien à la société brésilienne : partout se révèle « *un grouillement d'initiatives créatrices nous*

montrant un vouloir-vivre ignoré des bureaucraties et des partis. Rien n'a encore relié ces initiatives ; dans un sens, nous en sommes à peine au commencement du commencement ». D'ailleurs, au moment de la conclusion de cet article, des manifestations de masse se multiplient dans les principales villes brésiliennes. Même si les revendications des manifestants sont très variées, voire diffuses, la présidente Dilma Rousseff a tenté de leur répondre par l'annonce d'un « grand pacte » visant à l'amélioration des services publics, dont ceux du secteur de la santé. Elle a surtout présenté une mesure à laquelle le Ministère de la santé songeait depuis quelques mois : l'arrivée de médecins étrangers sera encouragée pour répondre à une très inégale distribution des docteurs sur le territoire national. Pour autant, s'agit-il d'une mesure qui permettra d'améliorer l'accès à la santé ou plutôt du reflet d'une tendance bien établie dans le monde développé, celle d'avoir des contingents sous-payés de médecins étrangers intégrés dans les services publics ? Les tensions transversales entre valeurs marchandes et non marchandes se multiplient d'une façon tout aussi opaque que vertigineuse.

5. Pour terminer, rappelons la question posée par l'Ambassadeur Alain Rouquié, grand spécialiste de l'Amérique latine contemporaine, dans les dernières lignes de son livre sur le Brésil : est-ce que ce pays deviendra « *la grande démocratie métissée et médiatrice dont le monde du troisième millénaire a besoin* » ? Cet article n'est pas en mesure de répondre à cette interrogation, mais de participer modestement à la consolidation et surtout à la diffusion d'une pensée critique et d'une action citoyenne en ce qui concerne les défis de la santé mondiale. Il s'agit, comme l'a dit Dominique Kerouedan, de placer ces sujets d'importance au cœur de la recherche, des politiques et des interventions sur le terrain, « *tant nous souhaitons voir accéder le plus grand nombre de personnes sur la planète à une vie moins insoutenable, au droit le plus élémentaire, reconnu par la Déclaration universelle des droits de l'homme de 1948, celui d'être en bonne santé, d'accéder à la protection sociale, point de départ à chacun pour s'épanouir intellectuellement et contribuer à la marche du monde* ».