

LA SANTÉ GLOBALE, NOUVEAU LABORATOIRE DE L'AIDE INTERNATIONALE ?

GLOBALISER N'EST PAS SANS RISQUES POUR LES POPULATIONS LES PLUS PAUVRES DU MONDE

Émergence de la « *Global Health* » en Afrique subsaharienne

Dominique Kerouedan*

La notion de « Global health » est la résultante de trois mouvements : (i) historique, à partir de la publication aux États-Unis en 1997 du rapport de l'Institute of Medicine sur « America's Vital Interest in Global Health », (ii) institutionnelle, avec l'émergence dans les années 2000 des initiatives mondiales (partenariats publics mondiaux) comme nouvelle modalité de financement de l'aide au développement, (iii) académique, dans le prolongement de la santé publique, puis de la santé internationale. En étant choisie par l'OCDE comme secteur marqueur de la réalisation des principes de la Déclaration de Paris, la santé devient un terrain d'expérimentation de nouvelles formes de financement de la réduction de la pauvreté. Comme toute notion globalisante, le risque est de ne pas tenir compte des priorités spécifiques des populations pauvres et des situations de pays en conflits armés.

Mots clés : Santé mondiale, Global Health, risques, pauvreté, conflits.

La situation sanitaire des pays d'Afrique reste dominée par les maladies infectieuses et tropicales (UN, 2012), la pénurie de soignants et de financements, tout en étant confrontée à une vague montante de maladies chroniques (cancers, diabète, maladies cardiovasculaires, respiratoires, et mentales ou handicaps), dont l'ampleur n'a pas été mesurée. Le continent compte plus de la moitié des décès de femmes enceintes et de la mortalité par avortement à l'échelle mondiale. Les taux de mortalité infantile restent élevés, même s'ils ont baissé (Balique, 2011). Depuis trente ans, les trois-quarts des nouvelles infections par le virus du sida notifiés à l'échelle mondiale se déclarent en Afrique (voir rapports annuels

* Fondatrice et Conseillère scientifique des enseignements « Global Health » de l'École des affaires internationales de Paris-Sciences Po, dominique.kerouedan@college-de-france.fr

de l'ONUSIDA). Loin d'avoir jugulé la pandémie la plus meurtrière du xx^e siècle, le continent entre à son tour dans une phase de transition démographique et épidémiologique. L'urbanisation galopante s'accompagne de la transformation des modes de vie d'habitants exposés à de nouveaux risques : sédentarité, obésité, usage nocif du tabac, de l'alcool et d'autres drogues. Les effets de l'instabilité politique et des conflits armés sur la santé mentale des populations, des enfants en particulier, ne sont pas plus examinés que les effets sur la propagation du sida et sa féminisation des agressions sexuelles que subissent les filles et les femmes, exposant celles-ci à l'infection VIH (ACSI, 2010).

En réponse aux évolutions de la situation sanitaire et sociale des Africains, tentant de faire face aux dysfonctionnements dont souffrent les systèmes de santé, les réponses de la coopération sanitaire internationale se sont diversifiées au cours des deux dernières décennies. Aux côtés de l'Organisation mondiale de la santé, de l'aide bilatérale étatique classique et de quelques ONG, le paysage institutionnel de l'aide au développement se diversifie dans les années 1990 avec l'entrée en scène de la Banque mondiale et de la Commission européenne. Privilégiant jusque-là des relations économiques et commerciales avec des États d'Afrique, des Caraïbes et du Pacifique (ACP), le Fonds européen de développement finance désormais des programmes de développement humain. Trois événements clés sont à l'origine de l'implication de ces deux figures du développement : (i) la propagation du sida et ses retentissements sur les économies africaines ; (ii) les effets des politiques d'ajustement structurel des années 1980 sur les secteurs sociaux et l'accès à la santé, lors desquelles les institutions de Bretton Woods sont sévèrement critiquées, au point que la Banque mondiale publie en 1993 un rapport invitant à « Investir dans la santé (Banque mondiale, 1993) ; (iii) la dévaluation du Franc CFA en janvier 1994, qui va obliger la Commission européenne à compenser la fragilisation de la capacité d'importation par les pays de médicaments produits au Nord. La réforme des systèmes de santé exigée des gouvernements est financée par la Banque mondiale et la Commission européenne respectivement en prêts ou en dons, ainsi qu'au travers de l'Initiative pays pauvres très endettés (IPPTE) de réduction de la dette, dont les financements soutiennent la réalisation des cadres stratégiques nationaux de lutte contre la pauvreté, alors le paradigme du développement.

Dès le milieu des années 1990, l'épidémie de sida explose en Afrique australe, notamment mais pas seulement. La pandémie échappe aux stratégies nationales et internationales. Le leadership de l'Organisation mondiale de la santé, autorité sanitaire mondiale qui avait institué en 1987 le programme mondial sida (Global AIDS Programme), s'en trouve fragilisé, à la fois en interne au système des Nations Unies, et à l'échelle internationale. Il s'en suit la création en 1996 du programme conjoint des Nations Unies pour la lutte contre le sida, l'ONUSIDA, associant une dizaine d'agences des Nations Unies avec la Banque mondiale.

Mais la propagation rapide de la pandémie continue de défier les stratégies et institutions internationales. Les taux de prévalence de l'infection VIH observés chez les militaires de plusieurs pays d'Afrique subsaharienne, constamment supérieurs à ceux de la population générale, alertent les autorités sud-africaines et américaines qui y perçoivent une menace pour la sécurité américaine dans un contexte où Bill Clinton avait appelé, dès 1996, à une stratégie de sécurité nationale plus centrée sur les risques infectieux. Le directeur de l'ONUSIDA, à l'époque Peter Piot, explique à qui veut l'entendre qu'« il ne manque plus que l'argent » (Piot, 2011). Il sera entendu. Pour obtenir une mobilisation internationale sans précédent, le Conseil de sécurité des Nations Unies, pour la première fois de son histoire, inscrit le sida à l'ordre du jour de ses réunions en janvier 2000, dont découleront plusieurs Résolutions du Conseil de Sécurité, de l'Assemblée générale et de la Session spéciale de l'Assemblée générale en 2000 et en 2001 (Kerouedan, 2013). C'est la Résolution de juin 2001 qui en appelle à la création d'un « fonds santé et sida » : « *Support the establishment of a global HIV/AIDS and health fund to finance an urgent response to the epidemic based on an integrated approach to prevention, care, support, treatment and to assist governments, inter alia, in their efforts to combat HIV/AIDS with due priority to the most affected countries, notably in sub-Saharan Africa and the Caribbean and to those countries at high risk, and mobilise contributions to the fund from public and private sources with a special appeal to donor countries, foundations, the business community, including pharmaceutical companies, the private sector, philanthropists and wealthy individuals* » (UNGASS Résolution, 2001).

En pratique, le Fonds mondial verra le jour grâce au Secrétaire général, à l'époque Kofi Annan, l'Africain sensible aux retentissements humanitaires du sida sur le continent, qui obtiendra des États du G8 réunis à Okinawa en 2000, puis à Gênes en 2001, des engagements financiers sans précédent au profit de... trois maladies : le sida, le paludisme et la tuberculose. De son côté, le président américain George W. Bush obtiendra le financement le plus important de l'histoire de l'aide américaine à la santé internationale en faveur... d'une seule maladie, le sida. Le US President Emergency Program for AIDS Relief (PEPFAR) est créé en 2003 pour financer la lutte contre le sida en faveur de quinze pays entretenant des relations stratégiques avec les États-Unis. La Côte d'Ivoire est alors le seul pays francophone à bénéficier des financements américains. Ainsi que le soulignera l'analyse de la première phase de ce programme, les interventions consisteront pour l'essentiel en des interventions verticales visant à accroître le nombre de patients sous traitement, plutôt qu'à prévenir la transmission du virus ou à renforcer les systèmes de santé nationaux (IOM, 2007 ; Kerouedan 2010, 2011).

On voit bien que la généalogie des processus décisionnels à l'origine de la création du Fonds mondial précède et inspire la Déclaration du millénaire dont

sont issus les huit Objectifs du millénaire pour le développement (OMD), dont trois OMD de la santé¹. Ces processus précèdent et inspirent du même coup les recommandations de la Commission macroéconomie et santé de l'OMS présidée par Jeffrey Sachs, dont les conclusions en 2001, appellent, une nouvelle fois, la communauté internationale et les pays à « Investir dans la santé » en vue de financer la réalisation des OMD (OMS, 2001). Ceci explique que l'élan de mobilisation en faveur des trois maladies d'une part, combiné à celui que nous observons dès la fin des années 1990 en faveur de la vaccination² d'autre part, va imprégner la phase de réalisation des OMD de la santé, auxquels la communauté internationale accorde une attention politique et financière très inégale : l'objectif 5 de réduire des trois quarts la mortalité maternelle sera l'objectif le moins financé, au point que, lors du Sommet du G8 de Muskoka en 2010, le Secrétaire général Ban Ki Moon en appelle à une stratégie spécifique. La situation est très préoccupante : les indicateurs s'intéressant aux grossesses précoces et à la mortalité des adolescentes sont ceux qui ont le moins progressé sur vingt ans (1990-2010) (UN, 2012). Les progrès ont été encore plus lents sur la décennie écoulée 2000-2010 (ODI, Save the Children, 2012). Les complications des grossesses adolescentes tuent souvent deux enfants : l'adolescente et son bébé, ce qui est inacceptable et compromet la réalisation des OMD en Afrique où le phénomène est le plus fréquent.

Toujours est-il que la création de partenariats public privés à l'échelle mondiale tels que l'Alliance mondiale pour la vaccination et l'immunisation, et le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme, au début des années 2000, est l'une des dimensions de l'émergence de la « *Global Health* ». La traduction littérale de l'anglais au français nous invite à traduire « *global health* » par « santé mondiale », tout comme la « mondialisation » se traduit par « globalisation ». Nous faisons le choix d'exprimer la « *Global Health* » par « santé mondiale », ce qui ne préjuge pas de l'interprétation qu'en feront nos collègues francophones, notamment en Afrique, où ils semblent tentés de parler de « santé globale » ; qu'importe si cette interprétation s'accompagne d'une appropriation d'un concept au contenu clair pour l'exercice et l'expression des politiques sanitaires nationales et leurs relations avec les partenaires internationaux. Notons que le nom même de l'OMS avait été mal traduit ; The « *World Health* » Organisation aurait dû être traduit par Organisation de la « santé mondiale » : dans l'expression anglophone, c'est bien la santé, et non l'organisation, qui devient mondiale lors de l'institution de l'OMS à l'ONU. Ainsi la santé mondiale

1. OMD 4 : réduire des deux tiers la mortalité des enfants de moins de cinq ans, OMD 5 : réduire de trois quarts la mortalité maternelle, OMD 6 : combattre le sida, le paludisme et les autres maladies.

2. En faveur de laquelle l'Alliance GAVI est créée en 2000 grâce à un don de 750 millions de dollars US de la Fondation Bill and Melinda Gates.

serait née au XIX^e siècle lors des conférences sanitaires internationales, puis à nouveau aux lendemains de la seconde Guerre mondiale.

La diversification des modalités de financement du développement sur la période 2005-2010 tient aussi, et peut-être surtout, à ce que les États du Comité d'aide au développement (CAD) de l'OCDE ne respectent pas leurs engagements, pourtant renouvelés à Monterrey en 2002, de consacrer 0,7 % de leur produit national brut à l'aide au développement, et qu'il devient impératif de trouver des financements ailleurs. Dans cet esprit, Jacques Chirac avait commandité en 2004 une étude à l'Inspecteur général des finances Jean-Pierre Landau dont le rapport appelait à la création de mécanismes innovants de financement du développement (Landau, 2004). À l'initiative de plusieurs pays, dont la France, l'UNITAID est créé en 2006 à partir du prélèvement d'une taxe sur les billets d'avion, en vue de mettre en place un financement pérenne, afin de rassurer l'industrie pharmaceutique, peu encline à produire des médicaments en grande quantité en faveur d'un marché de pauvres. Ce sont les mêmes trois maladies qui sont au cœur du mandat de l'UNITAID : sida, tuberculose et paludisme. La Facilité financière internationale sera instituée pour financer l'Alliance mondiale pour la vaccination et l'immunisation, le programme GAVI. S'en suivront d'autres mécanismes innovants de financement examinés à l'initiative de la France à la tête de la Task Force on Innovating Financing for Health, visant notamment à accélérer la production et la commercialisation de vaccins (Porcher, Kerouedan, 2011).

En dépit des dispositions de la Déclaration de Paris de 2005 sur l'efficacité de l'aide et l'harmonisation (OCDE, 2005), selon lesquelles les pays et les bailleurs de fonds s'engagent à s'aligner sur les priorités et les systèmes nationaux de santé et de gestion, et à harmoniser leurs procédures administratives de financement à l'échelle nationale, la dispersion des structures de gestion, d'approvisionnement, de suivi et d'évaluation des programmes d'aide au développement se poursuivent dans les pays tout au long de la mise en œuvre de ces initiatives mondiales et de ces nouvelles modalités de financement. Le secteur de la santé est choisi par l'OCDE comme un secteur test d'exploration de la gouvernance de l'aide publique et privée en faveur de la santé, et d'exploration de la réalisation des principes de la Déclaration de Paris (OCDE, 2010). Ce choix tient au fait que, d'une part, les acteurs, les thématiques, les stratégies et les modalités de financement du secteur de la santé, particulièrement nombreux et dispersés, se prêtent naturellement à cet examen et, d'autre part, à ce que ce secteur apparaît à première vue comme le chouchou des objectifs du millénaire pour le développement. Le secteur de la santé examiné comme « *tracer sector* » de l'efficacité de l'aide, en fait à la fois un secteur pilote d'étude des financements innovants du développement et un révélateur des modalités de gouvernance de l'aide au développement à l'échelle mondiale.

Après avoir présenté ce qui nous semble être les trois grandes conditions de l'émergence de la notion de « santé mondiale », (i) le risque pandémique et autres

problèmes sanitaires communs, (ii) les évolutions institutionnelles de l'aide au développement en santé, (iii) la généalogie d'une définition commune de la santé mondiale, nous discuterons des risques potentiels, pour les populations les plus pauvres de la planète, de la tentation de globalisation qui accompagne cette notion de « *global health* ».

L'ÉMERGENCE DE LA NOTION DE « *GLOBAL HEALTH* »

Risques sanitaires pandémiques, problèmes communs, solutions communes

Selon nos recherches, l'expression « *Global Health* » apparaît pour la première fois dans un document de l'Institute of Medicine, instance de référence scientifique liée à l'Académie des sciences aux États-Unis. Le rapport publié en 1997, présente la santé mondiale comme « un intérêt vital pour l'Amérique », « *America's Vital Interest in Global Health* » (IOM, 1997). Le chapitre 2 de ce rapport, intitulé « La mondialisation de la santé : problèmes communs, besoins communs » introduit le sujet ainsi : « *This chapter shows that the world's nations, the US included, now have too much in common to consider health as a merely a national issue. Instead, a new concept of « global health » is required to deal with health problems that transcend national boundaries, that may be influenced by circumstances and experiences in other countries, and that are best addressed by cooperative actions and solutions (...)* The risks are being transferred too, HIV is by far the most important of the new infections, both globally and in the United States. Older diseases are resurging, tuberculosis, malaria and cholera ».

Ainsi, l'idée sans doute fondatrice de la « *global health* » viendrait du sentiment que n'importe quel événement de santé se produisant en un point du globe terrestre porte en lui un potentiel de menace pour les populations, ou la sécurité nationale, d'un pays en un autre point de ce globe. Ceci tient au développement spectaculaire et rapide des transports et des communications associées à la mondialisation économique et financière, facilitant la propagation des maladies dans le sillage des hommes. Les caractéristiques de la mondialisation s'appliquent d'ailleurs assez bien à la santé : (i) l'internationalisation en dehors des frontières, (ii) la libéralisation facilitant les échanges en dehors des restrictions des États, pour créer un marché économique mondial ouvert, (iii) l'universalisation, permettant le partage d'expériences et de savoirs à l'échelle mondiale, (iv) la déterritorialisation où la géographie importe moins que l'ampleur des sujets, (v) l'occidentalisation et la modernisation de la vision et des approches.

Selon Yach, un an après la publication du rapport de l'Institute of Medicine, « *the "new paradigm" of globalization applies to "the process of increasing economic, political, and social interdependence and integration as capital, goods, persons, concepts, images, ideas and values cross state boundaries"* » (Yach, Bettcher, 1998).

Si le risque infectieux et le risque pandémique sont au cœur même de l'idée et de l'émergence du concept de « *global health* », ils n'en constituent pas les seuls éléments : un certain nombre de problématiques complexes appellent des réponses devant désormais être envisagées en commun : la pénurie des personnels de santé devient une crise mondiale que révèle l'insuffisance de réalisation des OMD ; le retentissement sur la santé de politiques commerciales ou agricoles, ou les interrelations entre le commerce et le principe de propriété intellectuelle limitant l'accès des malades les plus pauvres du monde aux médicaments même essentiels et génériques ; le retentissement sur la santé du changement climatique ; les migrations et la santé, etc. Toutes ces problématiques appellent des solutions communes. Les maladies chroniques ne sont plus des profils pathologiques relevant des seuls pays riches, mais d'une urbanisation galopante se produisant aussi dans les pays pauvres et émergents. Notons que si le vieillissement des populations, et les profils pathologiques tendent à s'uniformiser entre le Nord et le Sud, les maladies chroniques devenant les premières causes de mortalité à l'échelle mondiale, ainsi que dans les pays émergents, ce ne sont pas ces phénomènes qui caractérisent la santé mondiale : ils ne sont pris en considération qu'une quinzaine d'années après la publication du rapport de l'IOM : ce n'est qu'en septembre 2011 que les maladies chroniques sont inscrites à l'ordre du jour de l'Assemblée générale des Nations Unies, dix ans après l'inscription du sida à l'ordre du jour du Conseil de sécurité.

Les évolutions institutionnelles : la gouvernance mondiale de la santé

En parlant de « Globalisation of International Health », Gill Walt (1998) montre comment la mondialisation s'applique à la santé dans le champ international dont découlent de nouvelles coalitions et alliances : « *As globalisation of trade and markets takes hold, new coalitions and alliances³ are forming to examine and deal with the direct and indirect consequences on health* ».

Les évolutions institutionnelles des modalités de financement de l'aide au développement en faveur de la santé vont marquer de manière importante les représentations de la « *global health* », du côté des pays récipiendaires de ces financements. Les acteurs des pays bénéficiaires des fonds mondiaux, sont invités à mettre en place de nouvelles instances nationales, tel le Country Coordinating Mechanism (CCM) du Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme, instance de conception et de pilotage des projets financés par ce Fonds, réunissant des acteurs publics, privés et associatifs, nommée « CCM », y compris dans les pays francophones africains, où l'on parlera de santé « globale » en référence à cette nouvelle figure de la santé que la gouvernance même du « *Global Fund* » et du programme GAVI induit à l'échelle nationale. Ainsi, la

3. C'est nous qui soulignons.

« santé globale », ainsi que les acteurs sur le terrain la nomment, est-elle, vue depuis les pays, étroitement liée aux instances de gouvernance des initiatives mondiales, en particulier du Fonds mondial, ou plutôt du « *Global Fund* », nommé en anglais même dans les pays francophones. Ici, la notion de santé « globale » prête parfois à confusion avec l'expression plus ancienne de « prise en charge *globale* des malades » qui fait le plus souvent référence à la prise en charge de malades atteints de sida, invitant les personnels de santé à considérer tout à la fois la dimension psychologique, diagnostique et thérapeutique de la maladie. La généalogie et l'émergence de la notion de santé mondiale sont indépendantes et distinctes de celle de bien public mondial, dont l'expression fut très utilisée dans le cadre des politiques de développement au début des années 2000. L'organisation institutionnelle des initiatives mondiales est plus puissante à nommer « *global health* », la santé mondiale. Les intitulés des stratégies internationales des institutions de coopération sanitaire bilatérale, comme le Royaume Uni et la Commission européenne, s'inspirent même du nouveau vocabulaire. Ainsi la Commission européenne publie en 2010 une Communication au Conseil et au Parlement européen, intitulée « EU Role in Global Health » (Commission européenne, 2010).

Vers une définition commune de la « *global health* »

Face à des interprétations diverses de la notion de « *global health* », certains auteurs ont proposé une définition commune : « *Global health is an area for study, research and practice that places a priority on improving health and achieving equity in health for all people worldwide. Global health emphasises transnational health issues, determinants and solutions; involves many disciplines within and beyond the health sciences and promotes interdisciplinary collaboration; and is a synthesis of population-based prevention with individual-level clinical care* » (Koplan *et alii*, 2009). Cette définition insiste sur le fait que chaque personne de la planète est éligible à une bonne santé : « la quête d'équité est une valeur philosophique fondamentale de la santé publique », « *the quest for equity is a fundamental philosophical value for public health. The promotion of social and economic equity, and the reduction of health disparities have been a key theme in domestic public health, international health, and global health* ».

Tout en ne faisant pas référence au document publié en 1997 par l'Institute of Medicine, mentionnant pour la première fois l'idée de « *global health* », probablement méconnu des auteurs, Koplan *et alii* invitent à une définition commune de la notion de « *global health* » à partir d'une conception généalogique du concept s'inscrivant dans la continuité de la santé publique et de la santé internationale. Ils dressent un tableau didactique comparatif entre la santé publique, « *International health* », et la santé mondiale. Les valeurs, les principes et les méthodes sont communs aux trois champs. Puis ils déclinent ce qui

les caractérise par ce qui les distingue : la santé publique s'intéresserait à la santé de populations au plan national, pendant que la « *International health* » relève d'une géographie des pays en développement, ce que nous avons nommé pendant 40 ans en français « santé et développement ». De son côté, la « santé mondiale » ferait référence à l'ampleur des problèmes plutôt qu'à leur localisation géographique (Koplan *et alii*, 2009), tout un chacun et tout le monde étant la population cible de la « *global health* ». La localisation géographique des pays en développement n'apparaît plus dans la définition lorsqu'il s'agit de santé mondiale. Ainsi qu'en parle Ilona Kickbusch au Graduate Institute à Genève, tout l'enjeu de la santé mondiale est de réconcilier les approches globales de la santé avec celles qui s'intéressent plus précisément aux pays en développement⁴. Koplan et ses collègues insistent sur le fait que, s'il est important d'avoir une bonne compréhension des évolutions de gouvernance à l'échelle mondiale, les améliorations viendront finalement de ce qui se passe à l'échelle locale : « *Although an understanding of worldwide trends and policy shifts is important, improvements in health depend on what happens at national, sub-national and district levels and, ultimately, in the communities in which families live and die* » (Koplan *et alii*, 2009).

Ainsi nous voyons que la compréhension de la notion de « *global health* » mérite d'être explicitée, tant dans le cadre des échanges internationaux qu'avec les professionnels et chercheurs sur le terrain. Cette expression recouvre en réalité des interprétations très variées selon que l'on s'intéresse aux effets de la mondialisation, aux évolutions institutionnelles récentes de l'architecture de l'aide mondiale, ou à cette valeur censée rassembler les acteurs et les bénéficiaires de la santé publique : l'équité. Si nous insistons sur la nécessaire clarification de la notion, c'est que son appropriation par les acteurs et les chercheurs des pays en serait d'autant facilitée, dont dépendent un dialogue et une collaboration plus riches de sens, allant de pair avec une meilleure efficacité de l'aide.

Il est aussi nécessaire de clarifier le contenu de la notion afin de s'entendre sur des savoirs et des qualifications qui pourraient être requis et reconnus à l'université et dans le monde professionnel : qu'est ce qu'un diplômé de santé mondiale ? Qu'est ce qu'un expert ou un professionnel en santé mondiale ? L'Association des écoles de santé publique américaines est la seule institution à proposer un « *Global Health Competency Model* » à l'attention du milieu académique (ASPH, 2011). Du côté européen, l'Association des écoles de santé publique propose un contenu harmonisé des compétences en *santé publique* (ASPHER, 2010, 2012) et s'apprête à faire de même entre les enseignements relatifs au « *global health* » (Haines, Flahault, Horton, 2011). À Paris, l'École

4. Vidéo sur le site de Ilona Kickbusch, The Graduate Institute, consulté le 31 mai 2013, <http://graduateinstitute.ch/globalhealth/home.html>

des affaires internationales de Sciences Po propose une spécialisation intitulée « Concentration in Global Health » que les étudiants inscrits à une dizaine de Masters internationaux sont invités à choisir. En formant les étudiants français, européens, et internationaux sur ces sujets, l'objectif est de préparer les futurs leaders politiques et mondiaux de toutes disciplines à s'emparer politiquement des questions de santé dans le cadre de leurs responsabilités⁵.

Les effets sur le terrain de la nouvelle gouvernance mondiale de la santé, que ce soit en termes de gouvernance ou d'efficacité de l'aide en appui aux systèmes de santé sont discutés par ailleurs (Yu *et alii*, 2008 ; Balabanova *et alii*, 2010 ; Kerouedan, 2010 ; Kerouedan, Brunet-Jailly, 2011 ; McCoy *et alii*, 2012). Nous insisterons ici davantage sur les risques pour les pauvres, de cette nouvelle gouvernance mondiale de la santé.

RISQUES DE LA GLOBALISATION DE LA SANTÉ POUR LES POPULATIONS LES PLUS PAUVRES D'AFRIQUE

Le risque de perdre de vue les populations des pays les plus pauvres du monde

En nous intéressant à l'émergence de la notion de santé mondiale, nous avons vu que la toute première idée est celle selon laquelle nous serions tous ensemble également concernés par la survenue d'un événement sanitaire en un point du globe, et l'idée selon laquelle des problèmes communs complexes appellent des solutions devant désormais être envisagées en commun. Cette approche n'est pas sans risques car elle pourrait colporter une tentation d'uniformisation des analyses, des problèmes, des approches et des solutions examinées dans le cadre de cette santé totalisée dite « mondiale ». À globaliser ainsi les problèmes et les solutions, le risque est de voir les seules priorités *communes* aux pays de la planète faire l'objet de priorités stratégiques internationales, qui priveraient les populations vivant dans des contextes différents (pauvres et vivant en situation de conflits armés par exemple), de connaissances et de réponses spécifiques à la diversité des situations et des terrains. C'est ce que nous avons observé sur la période 2000-2015 de réalisation des OMD de la santé, lors de laquelle la communauté internationale a privilégié la lutte contre le sida, aux dépens des priorités de ces pays les plus pauvres, où le sida n'apparaît pas comme une priorité de santé publique, où la mortalité la plus élevée est celle des femmes enceintes ou des enfants par exemple.

La tentation de mutualisation des analyses et des réponses est d'autant plus grande que les profils épidémiologiques, sanitaires et sociaux des pays émergents

5. Concentration in Global Health at PSIA/Sciences-Po, <http://psia.sciences-po.fr/content/global-health-concentration>

(maladies chroniques et protection sociale par exemple) sont de plus en plus assimilés à ceux des pays riches, alors que le plus grand nombre de personnes pauvres souffrant d'autres problèmes de santé réside dans ces pays émergents, et que les inégalités sociales et de santé qui s'en suivent y sont très importantes. Quoi qu'il en soit, la motivation pour les pays riches à intervenir est toujours la même : soit les problèmes nous sont communs, soit les problèmes ne sont pas communs mais constituent des menaces pour la sécurité nationale ou internationale.

Ainsi, contrairement aux affirmations de ses promoteurs et sous prétexte d'une valeur philosophique partagée mettant en avant le souci d'équité, les décideurs de la santé « mondiale » ne semblent en réalité pas concernés par l'état de santé de tout un chacun dans ce monde ou par ce qui pourrait menacer l'accès aux soins de chacune des personnes du « tout ». Ils seraient plutôt tentés de choisir de concentrer leur attention politique et leurs financements en direction des seuls problèmes communs ou de ceux jugés plus stratégiques. Le risque est alors de ne s'intéresser aux situations sanitaires particulières des populations pauvres qu'en ce qu'elles pourraient constituer une menace potentielle pour la santé ou l'économie des pays plus riches (risques pandémiques, pénurie de soignants, pertes commerciales, retentissements économiques, etc.). Cette attitude est en outre paradoxale si le souci majeur est de parer à la propagation d'une nouvelle pandémie par exemple : comment les systèmes de santé défaillants de pays pauvres peu soutenus par l'aide mondiale pourraient-ils disposer de systèmes performants d'alerte et de surveillance épidémiologique, former des personnels de santé, mettre en place des mécanismes pérennes de financement du secteur, etc., autant de dimensions de systèmes durables de santé nécessaires à la protection de la santé de tous dans le monde ?

La mondialisation a fait bouger les lignes : nous sommes passés d'un clivage Nord-Sud, à un clivage accentué entre riches et pauvres, que ces derniers se trouvent dans les pays du Nord, les pays émergents ou les pays les moins avancés (PMA). Si la mondialisation de la santé s'accompagne du fait pour les pays riches de financer en priorité ce qu'ils perçoivent comme une menace pour eux, indépendamment de la charge de maladie mesurée objectivement, le risque est de voir les priorités et les populations des pays les plus pauvres, où qu'elles soient, sortir du champ de la santé mondiale, tout comme du développement d'ailleurs, ce que craignent les équipes de Patrick Guillaumont, en réunion à New York en février 2013, lorsqu'ils en appellent à ce que les situations spécifiques des pays les moins avancés et des États fragiles, ceux-là mêmes qui accusent le plus de retard à réaliser les OMD, restent dans le collimateur des décideurs des objectifs pour le développement après 2015 (Guillaumont, 2013a, 2013b, 2013c). Nous sommes d'autant plus en phase avec ces auteurs que, pendant une vingtaine d'années depuis le Sommet de la Terre en 1992, les défenseurs du développement durable n'ont pas paru accorder à la santé un intérêt mérité.

Il n'est pas inintéressant de s'apercevoir que l'objectif de « couverture sanitaire universelle », prôné par l'OMS pour financer les systèmes de santé (OMS, 2010), semble faire consensus lors des travaux préparatoires à l'agenda du développement pour l'après 2015 (Haines *et alii*, 2012). Si cet objectif peut sembler à première vue séduisant, ses effets attendus ne sont pas tant de réduire le nombre de malades que de réduire le nombre de pauvres en réduisant le nombre de ceux qui basculent dans la pauvreté du fait du paiement des soins. Le risque de choisir cet objectif de couverture sanitaire universelle est de continuer d'entraîner les pays en développement à se focaliser sur la question de savoir comment financer la prise en charge de malades de plus en plus nombreux plutôt que de réfléchir à des stratégies contribuant au contraire à prévenir les maladies. Autant de sujets à propos desquels le Prix Nobel d'économie Amartya Sen invite nos démocraties à discuter (Sen, 2000), ce qui n'est pas facile dans nos sociétés sous l'emprise de puissants lobbies.

Notons que les mécanismes sur lesquels la couverture sanitaire universelle repose en France, par exemple, sont déficitaires sur le long terme, ce que nous ne souhaitons pas voir encourager, même dans les pays émergents. Les capacités institutionnelles et techniques des pays les plus pauvres ne nous semblent pas préparées à mettre en place de tels systèmes. Or les politiques de santé mondiale telles qu'elles se sont réalisées au cours de la décennie écoulée n'ont pas prouvé leur efficacité à renforcer les capacités institutionnelles des pays. Pour toutes ces raisons, le risque de l'adoption de cet objectif de couverture sanitaire universelle, qui a peu de chance de se réaliser concrètement au bénéfice des populations les plus pauvres, est de voir s'accroître les inégalités entre les pays riches et les pays émergents, d'un côté, et les pays pauvres, de l'autre, et au sein même des pays partout dans le monde, avec pour conséquence de continuer de ne pas prendre en considération les priorités de santé spécifiques aux populations pauvres (maladies infectieuses, morts infantiles, maternelles et adolescentes notamment), en particulier celles des femmes, dont l'amélioration exige des systèmes de santé solides en faveur desquels les financements continueront de manquer.

Le risque de voir les nouveaux acteurs dicter la politique sanitaire

La diversification des acteurs dans le domaine de la santé internationale n'est pas nouvelle. La Fondation Rockefeller a joué un rôle considérable tout au long du XX^e siècle pour former une expertise et financer des politiques sanitaires américaines, internationales, y compris en France (APHA, 2003 ; Kerouedan, 2013). Ce qui est nouveau dans la gouvernance mondiale de la santé du XXI^e siècle, c'est l'omniprésence du secteur privé industriel et commercial, dont l'industrie pharmaceutique, mais pas seulement, appelé dans un premier temps, à contribuer au financement de politiques publiques. Un autre élément nouveau tient au volume de financements mobilisés, par les fondations privées

américaines et le gouvernement américain, qui, du fait de leur importance, dictent de fait la politique sanitaire mondiale, tant au travers de l'aide bilatérale publique et privée, qu'au travers des partenariats public privés mondiaux qu'ils financent et au conseil d'administration desquels ils décident des orientations et des priorités, indépendamment des priorités épidémiologiques et sanitaires des pays. Ces déséquilibres ont été dénoncés par la Cour européenne des comptes (Cour européenne des comptes, 2009 ; Kerouedan, 2009).

Ces partenariats public privés mondiaux affirment être des institutions financières et sont censés le rester dans le paysage institutionnel mondial de l'aide au développement. Théoriquement, il ne relève que des pays et de leurs partenaires techniques (ONU) de choisir des stratégies sanitaires pertinentes à soumettre aux initiatives mondiales de financement. En pratique, ce sont les décisions de financement qui dictent les politiques, avec d'autant plus d'effet de distorsion des systèmes de santé que les volumes de financement sont importants. Le Conseil d'administration du Fonds mondial peut par exemple décider de financer en priorité le traitement des malades atteints de sida ou la lutte contre le sida en direction de certains groupes considérés comme étant à risques. L'ensemble des pays va s'aligner sur ces incitations même si ces priorités ne sont pas les leurs. Du fait des priorités qu'elle choisit, la Fondation Bill and Melinda Gates oriente aussi les pays. C'est la disponibilité et les montants de financement, plutôt que les besoins, qui définissent les interventions et les programmes. Du fait des volumes de financement mobilisés, les initiatives mondiales et les fondations privées américaines acquièrent un leadership, sinon une légitimité fragilisant ceux de l'Organisation mondiale de la santé, ce que discutent de nombreux auteurs (Brown, Cueto, Fee, 2006 ; Fidler, 2010 ; Killen, Rogerson, 2010 ; Hill, 2011 ; Sridhar, Gostin, Yach, 2012 ; Bollyky, 2012 ; Horton, 2012 ; WHO, 2013 ; Clift, 2013).

Le risque pour les politiques de prendre des décisions en méconnaissant le terrain

En n'étant pas représentées dans les pays, comme le sont par exemple les agences des Nations Unies ou les institutions d'aide bilatérale, les instances dirigeantes exécutives ou politiques des partenariats public privés mondiaux (Fonds mondial, GAVI) tendent à émettre des décisions sans prendre en considération les réalités et contraintes du terrain, dont les dynamiques et les transformations n'ont jamais été aussi rapides. Ces dirigeants affaires se privent souvent des savoirs et de la connaissance des acteurs de terrain et d'échanges intellectuels avec les chercheurs, les acteurs politiques, la société civile et les universitaires sur place. Les savoirs publiés ne sont pas toujours accessibles aux décideurs politiques. Cette distanciation avec le réel peut constituer une des causes principales, bien que peu abordée, d'efficacité limitée d'une aide

financière même accrue dont la mesure de performance privilégie le choix d'indicateurs quantitatifs.

CONCLUSION

En conclusion, l'émergence de la notion, sinon du concept, de la « *global health* » permet à la communauté scientifique et professionnelle de rappeler les principes de la santé publique, dont la valeur philosophique fondamentale de la quête d'équité. Des observations sur le terrain au cours des dix dernières années, notamment lors de l'évaluation à cinq ans du Fonds mondial (Macro international, 2009 ; Kerouedan, 2010), nous ont permis de constater une dérive de la santé mondiale, en contradiction avec ses principes d'équité, où le malade atteint par le sida par exemple pourrait bénéficier de médicaments gratuits dans le même hôpital, où le patient atteint de toute autre maladie, ou la jeune femme enceinte dont l'accouchement se complique, peut mourir dans l'indifférence. Il y a là une question éthique peu abordée des dirigeants des instances mondiales publiques et privées, qui choisissent, de fait, les personnes ou les malades qui peuvent être sauvés, selon les menaces et les risques que ces malades font peser (ou non) sur les populations et la sécurité de nations riches, ainsi que nous pouvons le comprendre des rapports du National Intelligence Council aux États-Unis (NIC, 2000, 2002, 2003, 2008).

Les autorités sanitaires légitimes sont dépassées et ne parviennent pas à jouer leur rôle, scientifique, technique et régulateur, en obtenant des bailleurs de fonds, publics ou privés, qu'ils fondent l'allocation de l'aide sur des critères objectifs de charge de morbidité ou de mortalité, de population, de pauvreté, etc. plutôt que selon des intérêts géopolitiques, économiques ou commerciaux. L'Institute for Health Metrics and Evaluation montre sur plusieurs années la déconnexion entre la charge de maladie et la répartition de l'aide mondiale à la santé (IHME, 2013). Souvenons-nous que les médecins et les diplomates réunis à Paris en 1851 autour de la table de la première conférence sanitaire internationale, réunion qui fonde sans doute l'idée de « santé mondiale », étaient confrontés aux mêmes tensions entre les intérêts commerciaux et la protection sanitaire que la mesure de quarantaine tentait d'imposer (Kerouedan, 2013). Tout l'enjeu est alors, et il relève à tous de partager cette responsabilité, de réduire au minimum ce paradoxe inhérent à la santé mondiale, en faveur du déploiement du potentiel d'équité et de réduction des inégalités. La précarité de la situation en Afrique, francophone notamment, mérite toute notre attention, au risque de voir les instabilités politiques et la pauvreté nourrir les conflits (Kerouedan, 2012).

BIBLIOGRAPHIE

- ACSI, 2010, *VIH/sida, sécurité et conflits : nouvelles réalités, nouvelles réponses*, 168 pages.
- APHA, 2003, *Growth of International Health. An Analysis and History*, Washington D. C., APHA.
- ASPHER, 2010, « Provisional Lists of Public Health Core Competencies. European Public Health Core Competencies. Phases 1 and 2 », consulté en ligne le 7 juin 2012, www.aspher.org
- ASPHER., 2012, « ASPHER's Position Paper Concerning: The New European Policy for Health-Health 2020 (Draft 2) », consulté en ligne le 7 juin 2012, www.aspher.org
- ASPH (Association of the Schools of Public Health), 2011, *Global Competency Model. Final version 1.1*, www.asph.org
- Balabanova D., McKee M., Mills A., Walt G., Haines A., 2010, « What Can Global Health Institutions Do to Help Strengthen Health Systems in Low Income Countries? », *Health Research Policy and Systems*, vol. 8, n° 22.
- Balique H., 2011, « Le défi de la santé en Afrique subsaharienne et ses perspectives » in Kerouedan D. (dir.), *Santé internationale : les enjeux de santé au Sud*, Paris, Presses de Sciences Po, 592p.
- Banque mondiale, 1993, *Investir dans la santé*, Washington D. C., Banque mondiale.
- Bollyky T., 2012, « Reinventing the World Health Organisation », *Council on Foreign Relations*, 3 p.
- Brown T. M., Cueto M., Fee E., 2006, « The World Health Organization and the Transition From International to Global Public Health », *American Journal of Public Health*, vol. 96, n° 1, pp. 62-72.
- Clift C., 2013, « The Role of the World Health Organisation in the International System », *Working Group on Governance, Paper 1*, Centre on Global Health Security Working Group Papers, février, 52 p., www.chathamhouse.org
- Commission européenne, 2010, « EU Role in Global Health », Communication de la Commission européenne au Conseil et au Parlement, mars.
- Cour européenne des comptes, 2009, *EC Development Assistance to Health Services in Sub Saharan Africa, Special Report 10/2008*, Luxembourg, Cour européennes des comptes.
- Fidler D., 2010, *The Challenges for Global Health Governance*, New York, Council on Foreign Relations.
- Guillaumont P., 2013a, Communication à la Conférence conjointe du FERDI-IDDRI-MAE sur « Quels objectifs pour le développement après 2015 ? Point d'étape et intégration de la durabilité environnementale », 15 février, Paris.
- Guillaumont P., 2013b, « Les pays vulnérables dans l'agenda post 2015 », *Policy Brief* N° 66, FERDI, juin.
- Guillaumont P., 2013c, « Measuring Structural Vulnerability to Allocate Development Assistance and Adaptation Resources », *Development Policies Working Paper* N° 68, FERDI, juin.
- Haines A., Flahault A., Horton R., 2011, « European Academic Institutions for Global Health », *Lancet*, vol. 377, pp. 363-365.
- Haines A., Alleyne G., Kickbusch I., Dora C., 2012, « From the Earth Summit to Rio +20: Integration of Health and Sustainable Development », *Lancet*, vol. 379, pp. 2189-2197.
- Hill P., 2011, « Understanding Global Health Governance as a Complex Adaptative System », *Global Public Health*, vol. 6, n° 6, pp. 593-605.
- Horton R., 2012, « Offline: Global Health-an End of Term Report », *Lancet*, vol. 379, p. 1934.
- IHME, 2013, *Financing Global Health 2012: The End of the Golden Age?*, février, Seattle, IHME.
- IOM, 1997, *America's Vital Interest in Global Health: Protecting our People, Enhancing our Economy, and Advancing our International Inter-*

- ests, Washington D. C., Institute of Medicine, 62 p.
- IOM, 2007. *Pepfar Implementation. Progress and Promise*, Washington D. C., Institute of Medicine, 314 p.
- Kerouedan D., 2009, « Health and Development Financing », *Lancet*, vol. 374, n° 9830, pp. 435-436.
- Kerouedan D., 2010, « Les enjeux politiques de l'évaluation à cinq ans du Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme », *Médecine tropicale*, n° 70, pp. 19-27.
- Kerouedan D., 2011, « Évolutions de l'architecture internationale de l'aide en faveur de la santé dans les pays en développement » in Kerouedan D. (dir.), *Santé internationale : les enjeux de santé au Sud*, Paris, Presses de Sciences Po.
- Kerouedan D., 2012, « La santé en Afrique : pourquoi la France et l'Europe devraient être plus engagés », *FACTS Reports*, n° 4, Numéro spécial « Lutte contre la pauvreté, entre don et marché » (coord. par Menascé D.), février, pp. 49-53.
- Kerouedan D., 2013, *Géopolitique de la santé mondiale. Conférence inaugurale au Collège de France, Prononcé le 14 février 2013*, Paris, Fayard/Collège de France, Chaire Savoirs contre pauvreté 2012-2013, www.college-de-france.fr
- Kerouedan D., Brunet-Jailly J., 2010, *Analyse de la pertinence et de l'efficience des financements du Fonds mondial à la prévention du sida en Côte d'Ivoire, Rapport de mission en Côte d'Ivoire*, mai, Genève, ONUSIDA.
- Killen B., Rogerson A., 2010 « Global Governance for International Development: Who is in Charge? », *Development Brief*, n° 2, juin, Paris, OECD.
- Koplan J., Bond T. C., Merson M. H., Reddy K. S., Rodriguez M. H., Sewankambo N. K., Wasserheit J. N., for the Consortium of Universities for Global Health Executive Board, 2009, « Towards a Common Definition of Global Health », *Lancet*, vol. 373, n° 9679, pp. 1993-1995.
- Landau J.-P., 2004, *Les nouvelles contributions financières internationales : financement et développement et taxations internationales, Rapport au Président de la République*, Paris, La documentation française.
- Macro International, 2009, *Global Fund Five-Year Evaluation. The Impact of Collective Efforts on the Reduction of Diseases Burden*, mars, www.theglobalfund.org
- McCoy D., Bruen C., Hill P., Kerouedan D., 2012, « The Global Fund: What Next for Aid Effectiveness and Health Systems Strengthening? », AIDSPAN, 20 avril, 20 p., www.aidspace.org
- NIC (National Intelligence Council), 2000, *The Global Infectious Diseases Threats and its Implications for the United States*, Washington D. C., NIC.
- NIC, 2002, *The Next Wave of HIV/AIDS: Nigeria, Ethiopia, Russia, India, and China*, Washington D. C., NIC.
- NIC, 2003, *SARS: Down But Still a Threat*, Washington D. C., NIC.
- NIC, 2008, *Strategic Implications of Global Health*, Washington D. C., NIC.
- OCDE, 2005, *Déclaration de Paris sur l'efficacité de l'aide et l'harmonisation*, Paris, OCDE.
- OCDE, 2010, *Aid for Better Health, What are we Learning about what Works and what we Still Have to Do?*, An Interim report from the Task Team on Health as a tracer sector, Paris, OCDE, 78 p.
- ODI, Save the Children, 2012, *Charting the Future. Empowering Girls to Prevent Early Pregnancy*, juillet, Londres, ODI.
- OMS, 2001, *Commission Macroéconomie et santé*, Présidée par J. Sachs, Genève, OMS.
- OMS, 2010, *Le financement des systèmes de santé : le chemin vers la couverture universelle. Rapport sur la santé dans le monde*, Genève, éditions OMS.

- ONUSIDA, 2012, *Rapport mondial 2012*, Données constantes sur plusieurs années, Genève, ONU-SIDA, www.unaids.org
- Piot P., 2011, *Résumé de cours. Chaire Savoirs contre pauvreté 2009-2010*, Chaires annuelles, Collège de France, www.college-de-france.fr
- Porcher D., Kerouedan D., 2011, *Health Financing Evolving Context, Evolving Methods. A Review of Innovating Financing for Health*, Paris, Ministère des Affaires étrangères, 66 p.
- Sen A., 2000, « Santé et développement », *Bulletin de l'OMS*, recueil d'articles n° 2.
- Sridhar D., Gostin L. O., Yach D., 2012, « Health Governance. How the WHO Can Regain its Relevance », *Foreign Affairs*, consulté en ligne le 7 juin 2012, <http://www.foreignaffairs.com/articles/137662/by-devi-sridhar-lawrence-o-gostin-and-derek-yach/healthy-governance>
- UN, 2012, *The Millenium Development Goals Report 2012*, New York, United Nations.
- UNGASS, 2001, Déclaration d'engagement pour la lutte contre le VIH/sida. Résolution de la session spéciale de l'Assemblée générale des Nations Unies, 27 juin 2001.
- Walt G., 1998, « Globalisation of International Health », *Lancet*, vol. 351, n° 9100, pp. 434-437.
- WHO, 2013, *WHO's Role in Global Health Governance*, Report by the Director General. Executive Board, 18 janvier, 7 p.
- Yach D, Bettcher D., 1998, « The Globalisation of Public Health, II: The Convergence of Self Interest and Altruism », *Public Health Policy Forum*, vol. 88, n° 5, pp. 738-741.
- Yu D., Souteyrand Y., Banda M. A., Kaufman J., Perriens J. H., 2008, « Investment in HIV/AIDS Programs: Does it Help Strengthen Health Systems in Developing Countries? », *Global Health*, vol. 4, n° 8, pp. 1-10.