

Revue TIERS MONDE

N°215 • juillet-septembre 2013

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

sous la direction de Laëtitia Atlani-Duault et Laurent Vidal



ARMAND COLIN

SOMMAIRE

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

Sous la direction de Laëtitia Atlani-Duault et Laurent Vidal

DOSSIER

Laëtitia Atlani-Duault, Laurent Vidal

Le moment de la santé globale 7
Formes, figures et agendas d'un miroir de l'aide internationale

Fanny Chabrol

Les antirétroviraux au Botswana 17
Observatoire des mutations de l'intervention internationale sur la santé en Afrique

Frédéric Keck

Santé animale et santé globale : la grippe aviaire en Asie 35

Guillaume Lachenal

Le stade Dubaï de la santé publique 53
La santé globale en Afrique entre passé et futur

Oumar Mallé Samb, Valery Ridde, Ludovic Queuille

Quelle pérennité pour les interventions pilotes de gratuité des soins au Burkina Faso ? 73

Bruno Ventelou, Muhammad Asim Afridi, Jean-Paul Moatti

Flux internationaux d'aide à la santé, taux de mortalité adulte et PIB 93
Le « triangle d'or » du développement ?

Dominique Kerouedan

Globaliser n'est pas sans risques pour les populations les plus pauvres du monde 111
Émergence de la « Global Health » en Afrique subsaharienne

Margot Nauleau, Blandine Destremau, Bruno Lautier

« En chemin vers la couverture sanitaire universelle » 129
Les enjeux de l'intégration des pauvres aux systèmes de santé

Sommaire

Nils Graber

Les activités d'un réseau d'ONG à Cuba : internationalisme médical et santé globale 149

VARIA

Éric Sabourin

Réciprocité et organisation rurales 165

Soumaila Doumbia

Ciblage du taux de change *versus* ciblage de l'inflation 183
Quelle cohérence globale pour la politique monétaire de la BCEAO ?

ANALYSES BIBLIOGRAPHIQUES 201

**OUVRAGES SUR LE DÉVELOPPEMENT DIFFUSÉS EN FRANCE DE
NOVEMBRE 2012 À JUIN 2013** 225

ABSTRACTS 231

RESUMENES 235

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

LE MOMENT DE LA SANTÉ GLOBALE

Formes, figures et agendas d'un miroir de l'aide internationale

Laëtitia Atlani-Duault*, Laurent Vidal**

En présence d'une notion qui imprègne de façon récurrente les débats, le chercheur qui se penche sur ce qui se joue dans ce phénomène hésite entre deux lectures : effet de mode ou renouvellement paradigmatique ? Face à « la santé globale », il est difficile de ne pas se poser ce type de question. En première instance, il semble acquis que nous sommes en présence d'un projet intellectuel et d'action ancien, déjà incarné dans une succession de champs de légitimation intellectuels, successivement et à titre d'exemples, la « médecine tropicale » et la « santé publique », et actuellement réaménagé.

Pour autant – seconde lecture possible de ce qui se joue – s'impose le constat d'une nouvelle période de la santé publique internationale, marquée par l'avènement d'une santé désormais prétendue « globale ». Que marque ce tournant et, surtout, que nous dit-il de l'aide internationale dans le domaine de la santé au Sud aujourd'hui ? Ce sera le fil conducteur de cette livraison de la *Revue Tiers Monde*.

Si la santé globale est devenue un mot-clef incontournable dans le champ de la santé et quand bien même elle s'est structurée, surtout dans le monde anglo-saxon, dans l'espace académique (Macfarlane, Jacobs, Kaaya, 2008) avec ses Instituts, départements universitaires, postes et enseignements, aucun consensus réel ne s'établit sur sa définition¹. Plusieurs caractéristiques se dégagent néanmoins. Nous proposons ici de discuter trois d'entre elles : 1) sa portée « transnationale », 2) sa prétention à répondre à de nouvelles menaces sanitaires et, plus généralement, son inscription dans un projet sécuritaire, 3) sa

* IRD, UMR SESSTIM (Université Aix-Marseille/INSERM/IRD), laetitia.atlani-duault@ird.fr

** IRD, UMR SESSTIM (Université Aix-Marseille/INSERM/IRD), laurent.vidal@ird.fr

1. Voir par exemple Adams, Novotny, Leslie, 2008 ; Beaglehole, Bonita, 2010 ; Erickson, 2003 ; Fassin, 2012 ; Inhorn, 2007 ; Koplan *et alii*, 2009 ; Nichter, 2008 ; Pfeiffer, Nichter, 2008 ; Webb, Giles-Vernick, 2013 ; Whiteford, Manderson, 2000 ainsi que les références citées dans le texte.

participation explicite aux politiques néolibérales de développement, qu'elle se trouve en mesure de prolonger et de renouveler.

UNE DIMENSION TRANSNATIONALE

Dans une définition fréquemment reprise de la santé globale, l'anthropologue Mark Nichter (2008, p. 156) souligne que la santé devient globale « quand les problèmes de santé transcendent les frontières nationales, peuvent être influencés par les circonstances ou les expériences d'autres pays, et appellent des réponses collectives ». Cette échelle transnationale se trouverait renforcée par les multiples mouvements de circulation des hommes, des produits et des techniques. Multiples dans leurs directions géographiques (Nord/Sud/Nord comme Sud/Sud) et dans leurs « raisons » (avec aussi bien le tourisme médical inter-pays voire inter-continentaux, que la « fuite des cerveaux » dans le monde de la santé ou les déplacements de réfugiés). Circulent aussi des produits – qu'il s'agisse des médicaments (Baxerres, 2011), des techniques (PMA par exemple, Bonnet, 2012) voire des organes (Schepper-Hugues, Wacquant, 2002) – dans un espace où les essais cliniques sont transnationaux (Petryna, 2009), conformes en cela aux stratégies des firmes pharmaceutiques qui les soutiennent fréquemment. Ces circulations s'inscrivent enfin dans une forme de tournant épidémiologique qui se caractérise par un accroissement des inégalités dans l'accès aux soins entre pays du Nord et du Sud mais aussi au sein de pays du Sud, d'un côté (Kim *et alii*, 2000), et par une forme d'homogénéisation des pathologies, de l'autre : des maladies dites « de civilisation », donc des pays du Nord, se retrouvent de plus en plus dans les pays du Sud (ex. maladies cardiovasculaires, diabète...) et des pathologies infectieuses se disséminent largement (Magee, Blumberg, Narayan 2011 ; McMichael, Beaglehole, 2003) selon des modalités et dans des espaces jusqu'alors peu soupçonnées ou pas concernés (Lewis, 2007). La santé globale met ces évolutions au cœur de ses préoccupations.

Pour les familiers de l'histoire de la santé publique, la nouveauté affirmée de ce transnationalisme n'en est toutefois pas une. Il n'est qu'à rappeler la création de l'OMS en 1948 et sa prétention de gouvernance mondiale de la santé, ou encore la Déclaration d'Alma-Ata en 1978 et l'édiction de dogmes à vocation universelle dont les « soins de santé primaires » (Dozon, Fassin, 2001). Au-delà, nous semble intéressante l'idée que ce dépassement des frontières nous parle en fait de celui des États – par les maladies comme par les actions visant à les prévenir et les contrôler. Quand Lee, Fustukian et Buse estiment, avec d'autres, que la santé internationale devient santé globale quand les causes ou conséquences de pathologies « contournent ou ignorent les frontières territoriales nationales et exigent des réponses qui dépassent la seule capacité des institutions étatiques » (2002, p. 5), ce que nous voyons sur les terrains du Sud est souvent plus exactement la volonté, portée ou accompagnée par des institutions du Nord, de

surveiller, prévenir et répondre à des risques sanitaires qui pourraient porter atteinte à la population mondiale et avant tout à leurs propres populations, non plus tant dans le cadre d'institutions multilatérales comme l'OMS, où sont représentés les États du Sud, que dans celui de nouveaux types de coalitions.

LE TOURNANT SÉCURITAIRE : VERS DE NOUVELLES LOGIQUES D'ACTION

La santé globale « se concentre sur les dynamiques de la « globalisation » comme source essentielle de pathogénicité, affirmant que l'intensification de la circulation mondiale des hommes, des animaux et des produits agricoles, ainsi que des connaissances et des technologies, favorise la diffusion de nouvelles maladies dangereuses » (Lakoff, Collier, 2008, p. 16). Sentiments de menaces pesant sur un « ordre » indissociables d'une vision sécuritaire de la santé globale dont l'un des « moments » est à situer dans la diffusion d'infections mondiales (West Nile virus, SRAS, Grippe aviaire, H1N1), précédées de la pathologie paradigmatique de ce point de vue qu'est l'infection du VIH. L'analyse de F. Keck sur la grippe aviaire dans ce numéro rappelle l'actuel mot d'ordre d'« Un monde, une seule santé » (« One World, One Health »), et montre bien comment nous avons eu la rencontre d'au moins deux moments, l'un partant de la santé « humaine » et l'autre de la santé « animale ». Épidémie et réponses à cette épidémie, qui sont une parfaite illustration du processus d'intégration des questions de santé animale dans la santé globale.

Face à ces « virus émergents » associés aux multiples circulations mentionnées et évoquées ci-dessus, les pays occidentaux, et au premier rang les États-Unis, se sont organisés. Un temps fort de ce tournant sécuritaire a été la publication en 1997 du rapport de l'Institute of Medicine sur « America's Vital Interest in Global Health » (King, 2002) suivie, quelques années plus tard, des attentats du 11 septembre 2001 qui ont renforcé les craintes de bioterrorisme. Face à ces risques sanitaires, des sommes sans commune mesure ont été dédiées à la santé, conduisant L. Garrett (2007) à parler, à propos de la santé globale, d'une « ère de la générosité » sans précédent. En effet, le financement de la santé globale est passé de 5,6 milliards de dollars en 1990 à 21,8 milliards en 2007, pour s'en tenir à l'année des analyses de Garrett : à l'échelle des États-Unis en deux années (2007/2009) leur aide est passée de 460 millions de dollars à 8,6 milliards.

Période faste des financements, naturellement largement remise en cause avec la crise financière de ces dernières années qui accentue tout à la fois le déséquilibre entre le soutien à certaines pathologies, comme l'épidémie de VIH, menaçantes pour le Nord, et le déficit de soutien international à d'autres pathologies tropicales ou encore à la santé maternelle et infantile : écart que la baisse globale des ressources a, plus qu'avant, mis en lumière (OCDE, 2011 ; McCoy, Chand, Sridhar, 2009 ; *Journal of Global Health*, 2011). Nous avons là

une dynamique financière de l'aide au développement en santé que se proposent d'analyser dans ce numéro B. Ventelou, M. Asim Afridi et J.-P. Moatti qui soulignent que cette aide massive orientée vers quelques grandes pathologies s'est accompagnée de la création de structures dédiées (par exemple le Fonds mondial de lutte contre le Sida, la tuberculose et le paludisme, ou PEPFAR). Ils insistent de plus sur la nécessité de relativiser la part consacrée à la santé dans le financement total de l'aide publique au développement qui n'est passée que de 13 % en 2000 à 16 % en 2010, suivant peu ou prou ce faisant l'évolution de l'aide au développement dans son ensemble. Nous sommes de plus toujours très loin des montants nécessaires pour l'atteinte des Objectifs du millénaire de 2015. Ne serait-ce que pour la prévention et le traitement du VIH/sida, une augmentation de 50 % de leurs financements serait en effet nécessaire. En somme, concluent-ils, nous sommes en présence d'une situation paradoxale, et à tout le moins fragile, avec une « montée en charge de la politique internationale d'aide en faveur de la santé des populations et, en même temps, [d'une] volatilité de cette affirmation à la conjoncture économique, politique et d'opinion publique des pays donateurs ». Dit autrement, le montage économique et financier de la santé globale n'est pas à la hauteur de ses ambitions politiques et sanitaires.

Ces chiffres et les contextes de leurs évolutions sont indissociables d'une architecture et de modalités d'interventions non pas nouvelles, comme cela est parfois trop rapidement souligné, mais présentant un nouvel équilibre des acteurs en présence. Si les débats sur la structuration de la santé globale sont nombreux (Cohen, 2006 ; Garret, 2007 ; Keusch *et alii*, 2010 ; Kickbush, 2003), nous savons que les ONG et le militantisme international ont joué un rôle central, en particulier sur les questions d'accès aux traitements du sida, qu'il s'agisse des batailles pour leur gratuité ou pour la levée des contraintes commerciales imposées par les brevets des laboratoires pharmaceutiques (Cassier, 2012 ; Moatti, Eboko, 2010 ; Nguyen, 2005, 2010 ; Vidal *et alii*, 2011). Simultanément nous sommes de plus nettement confrontés, sur les terrains du Sud, à une montée en puissance notable des structures de financement dédiées à des pathologies spécifiques (avec par exemple le Fonds mondial contre le VIH/Sida, le paludisme et la tuberculose) et des alliances public-privé, en particulier avec des laboratoires pharmaceutiques (Merck, Pfizer, etc.) ainsi que des fondations (en particulier américaines). S'il est vrai qu'entre les seules années 2005 et 2010, la fondation Bill & Melinda Gates a ainsi consacré plus d'un milliard de dollars par an à des programmes de santé dans les pays en développement, ce phénomène n'est néanmoins pas nouveau, les fondations américaines, parmi lesquelles la fondation Rockefeller, ayant en effet une longue histoire d'intervention en santé dans les pays du Sud.

Ce paysage redessiné de la santé globale génère une forme de « diplomatie de la santé globale » (Adams, Novotny, Leslie, 2008) autour de valeurs et de

répertoires d'actions susceptibles de transformer les relations internationales (Fassin, 2012). Le texte de F. Chabrol, dans ce numéro, constitue une juste illustration de ces nouveaux jeux d'assemblage de logiques et d'interventions. Appliquée au terrain botswanais et à la mise en place à partir de 2002 d'un accès gratuit et quasi universel aux thérapies antirétrovirales, son analyse décortique les liaisons dangereuses entre les stratégies du gouvernement (botswanais), d'une firme pharmaceutique (Merck & Co.) et d'une école de santé publique américaine (Harvard), et offre un « observatoire privilégié des transformations des politiques internationales de santé au Sud ». On saisit alors combien la santé globale déborde et redéfinit les limites des coopérations internationales classiques, générant de nouveaux types d'imbrications entre sphères privées et publiques d'action et d'intérêts, notamment économiques.

DANS L'AGENDA DU NÉOLIBÉRALISME

Avec la santé globale, le rôle des États, par ailleurs dans des rapports extrêmement hétérogènes à la mondialisation, et plus largement l'aide publique et privée au développement dans le domaine de la santé sont en redéfinition. Nous sommes en effet invités dans un monde « dans lequel de vastes réseaux ne sont plus seulement les courroies de transmission des infections mais également des outils prophylactiques » (King, 2002, p. 773) et, plus largement, de produits de santé. L'accent est mis sur la déterritorialisation des réseaux et coalitions d'acteurs (agences étatiques, fondations, ONG, laboratoires pharmaceutiques, institutions internationales multiples) et des systèmes de surveillance – avatar « global » de la surveillance sentinelle en épidémiologie, classiquement localisée à une autre échelle, plus réduite –, dont la visée principale est la détection des risques et la réponse rapide aux catastrophes sanitaires à portée potentiellement internationale.

Si l'agenda de la santé globale insiste sur la capacité à répondre à des urgences, des acmés épidémiques en particulier, les « impacts » sociaux à long terme des actions entreprises ne sont pas au cœur de la réflexion, pas plus que la transformation structurelle des systèmes de santé du Sud. Et c'est bien là que l'on voit se redessiner l'aide au développement au Sud à l'heure de la santé globale. Cette dynamique nous semble avoir été marquée par deux temps : la rencontre du tournant sécuritaire en santé décrit plus haut et d'un humanitaire d'urgence soucieux de protéger des infections les populations du Nord (Kelle, 2007 ; Fassin, Pandolfi, 2010 ; Lakoff, 2010). Puis, dans un second temps, l'alliance de ce tournant sécuritaire et de la remise en question du tiers-mondisme sur les cendres de la guerre froide a produit une extension de l'aide humanitaire sur le terrain de l'aide au développement au Sud, et cela en débordant du seul domaine des infections ou même de la santé (Atlani-Duault, 2005). Une extension du domaine de l'humanitaire qui demande à être interrogée sur les

terrains multiples du Sud sur laquelle elle prend actuellement place : il n'est en effet pas neutre que nous ayons aujourd'hui affaire à des logiques humanitaires jouant avant tout du vocable de l'indignation et de la compassion, « des logiques qui ont été porteuses de nouvelles formes de militantisme et de protestation, mais qui se caractérisent aussi par des actions éparpillées en microprojets locaux, souvent limités dans l'espace et dans le temps, et qui tendent à traduire des phénomènes d'injustice et d'inégalités politiques et économiques en appels à la compassion et à la réparation au cas par cas » (Atlani-Duault, Dozon, 2011, p. 400).

Les programmes verticaux (structures au sein des ministères de la Santé entièrement dédiées à une pathologie donnée, avec ses spécialistes, des financements et ses protocoles, ceci du niveau central aux centres de santé locaux) participent de cette logique revisitée de surveillance et de contrôle de pathologies données inscrite dans l'agenda néo-libéral de la santé globale, comme le rappellent B. Ventelou, M. Asim Afridi et J.-P. Moatti. Or ces programmes verticaux ont été générateurs d'iniquité dans de nombreux pays du Sud montre D. Kerouedan dans ce numéro, les maladies couvertes par ces programmes (exemple : le VIH/sida) bénéficiant de prises en charge gratuites et de moyens de suivi conséquents, à la différence de pans entiers des systèmes de santé locaux (par exemple la santé maternelle et infantile : Dongmo *et alii*, 2006 ; Jaffré, 2009 ; Vasseur, Vidal, 2010 ; Vidal, Kuaban 2011). Situation, choix qui sont, nous dit D. Kerouedan, foncièrement politiques : les « dirigeants des instances mondiales publiques et privées (...) 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 ».

Avec les programmes verticaux, la « couverture sanitaire universelle » est un autre paradigme de la santé globale non dénué d'ambiguïtés, qui sont au cœur du texte de M. Nauleau, B. Destremeau et B. Lautier. Après avoir retracé la trajectoire institutionnelle du concept, ils proposent d'analyser trois types d'articulations possibles entre acteurs impliqués (« étatiste », « de marché négocié » et « subsidiariste ») et soulignent la tension qui existe entre « une conception en termes de marché, et une vision en termes de bien public ». En effet, se crée un marché autour du projet de couverture sanitaire universelle, visant à capter la diffusion des médicaments potentiellement accessibles et que souhaitent contrôler firmes pharmaceutiques et assurances mais aussi organismes privés non lucratifs. En somme – et cela rejoint les analyses de B. Taverne *et alii* (2013) – c'est moins le projet général en soi de rendre accessibles aux plus pauvres médicaments et soins que ses déclinaisons pratiques et les méthodes mises en œuvre (autour des modes de contrôle et de régulation par les politiques publiques nationales de la marchandisation de la santé, et/ou des choix en matière de mutualisation des coûts et des risques) qui sont actuellement en jeu, laissant supposer un intérêt plus fort

pour les préservations de prébendes commerciales que pour le renforcement des systèmes de santé locaux. Caractéristiques qui s'inscrivent dans un contexte plus large qu'il convient de garder à l'esprit, à savoir les débats sur la question de la santé globale qui sont immédiatement des réflexions sur la mondialisation et, partant, sur des enjeux non spécifiques à la santé (par exemple sur les biens « collectifs », « communs » et/ou « publics mondiaux »).

C'est aussi de cela dont nous parlent O. M. Samb, V. Ridde et L. Queuille dans ce numéro, lorsqu'à travers la comparaison de deux interventions au Burkina Faso visant la prise en charge des soins des femmes enceintes et des indigents, ils constatent que la stratégie partie d'un projet de recherche-action (exogène donc) mais rapidement incorporée dans et appropriée par les comités locaux de gestion de la santé relevant de la structure du système national de santé s'est avérée pour la population à la fois plus efficace et potentiellement plus pérenne que celle, plus classique et « partenariale », associant financements internationaux et relais par une ONG, et ayant donc une forte impulsion extérieure (voir aussi Olivier de Sardan et Ridde, 2012).

Dans cet agenda de la santé globale, le rôle attendu des États du Sud se transforme non pas toujours « par le bas », en s'affaiblissant, mais aussi parfois en s'affirmant, comme au Botswana où le gouvernement tend à utiliser la recherche biomédicale et l'innovation thérapeutique pour attirer les investissements étrangers dans le cadre du « Botswana Health Innovation Hub » étudié par F. Chabrol ou, dans un tout autre registre, à Cuba. Précisément, dans son texte, N. Graber offre une étude d'un réseau transnational d'activistes, alliant le gouvernement cubain et une ONG basée en Suisse, Medicuba, fédérant un réseau d'associations à travers l'Europe pour lutter contre les effets de l'embargo américain sur le système de santé cubain, et « dont l'essentiel des projets consiste en des aides matérielles, financières, logistiques et scientifiques à destination du système de santé cubain », en particulier dans le domaine du cancer. Tout en questionnant l'internationalisme promu dans le contexte cubain et la tendance à la « marchandisation des acquis de la Révolution » dont témoignent, par exemple, les échanges de médecins contre pétrole ou le développement du tourisme médical, l'analyse de Graber montre que « les activités de Medicuba sont surtout centrées sur le développement de la « stratégie marginale » de Cuba qui permet au pays de s'insérer dans la globalisation capitaliste tout en créant des espaces de résistance ».

LE MOMENT DE LA SANTÉ GLOBALE

La santé globale est advenue à la fois parce qu'elle a été affirmée, conceptualisée, promue et aussi parce qu'elle a généré dispositifs, actions et mobilisations. Son « moment » ne saurait pour autant faire oublier qu'elle est le fruit d'une histoire et en imagine une, à venir. Dans une perspective historique, G. Lachenal,

reprenant les mots d'A. Mbembe, rappelle ainsi dans ce numéro à quel point l'agenda de la santé globale est marqué par un « emboîtement des époques » où « le passé souvent idéalisé est projeté dans un futur occultant, par commodité politique, le présent ». Pour le montrer, il s'arrête sur trois moments, trois situations : l'éradication du VIH par la stratégie du Treatment-as-prevention, le sentiment de nostalgie exprimée dans certaines institutions de santé publique africaines, et les « ruines » des institutions médicales en Afrique. Autant d'expressions d'un récit : une mise en scène de la santé globale par ses propres promoteurs, les amenant à croire en cette histoire racontée et qui permet de « rendre compte, d'abord, de la manière dont le passé est un ressort et une ressource critique à propos des politiques, des techniques et des réalisations de la santé globale, sous des formes allant de l'évocation mélancolique du temps du développement – une nostalgie du futur – à la guerre des mémoires ».

Prise en compte du passé – même dans ses travestissements actuels pour imaginer un futur – qui rappelle opportunément la nécessité de mettre en perspective les objets que l'on analyse. Dans le cas de la santé globale cela passe, notamment, par sa lecture au regard des politiques de développement, des relations internationales et de la globalisation économique. L'analyse de la santé globale est vaine si elle n'est pas en mesure de la mettre en liaison avec ces politiques et stratégies qui débordent largement du cadre de la santé. C'est bien finalement de ce « passage à l'échelle » conceptuel dont nous parlent les textes de ce numéro. À savoir que tout en étant fermement ancrés dans des espaces donnés, des terrains délimités (ce sans quoi le discours des sciences sociales serait contestable), les auteurs ici rassemblés nous parlent, aussi, d'« autre chose » que de la seule santé globale prise dans son acception première (un dispositif, des acteurs et des actions mobilisés sur des problèmes de santé transnationalisés). En cela, ils produisent des connaissances – à partir de faits relevant de la santé globale – sur les relations Nord/Sud, les projets de développement et d'aide humanitaire, leurs financements et leurs pérennités, leurs politiques et leurs historicisations. Nous nous retrouvons alors au cœur de l'agenda intellectuel des recherches en sciences sociales sur le développement : que les analyses de la santé globale en constituent un miroir, en renouvelant aussi potentiellement l'argumentaire, est un des objectifs que nous visons dans ce numéro de la *Revue Tiers Monde*.

BIBLIOGRAPHIE

Adams V., Novotny T. E., Leslie H., 2008, « Global Health Diplomacy », *Medical Anthropology*, vol. 27, n° 4, pp. 315-323.

Société d'ethnologie (réédition Amand Colin, 2009).

Atlani-Duault L., 2005, *Au bonheur des autres. Anthropologie de l'aide humanitaire*, Nanterre,

Atlani-Duault L., Dozon J.-P., 2011, « Colonisation, développement, aide humanitaire, Pour

- une anthropologie de l'aide internationale », *Ethnologie française*, vol. 2011/3, pp. 393-403.
- Baxerres C., 2011, « Pourquoi un marché informel du médicament dans les pays francophones d'Afrique ? », *Politique africaine*, n° 123, pp. 117-136.
- Beaglehole R., Bonita R., 2010, « What is Global Health? », *Global Health Action*, vol. 3, n° 5142.
- Bonnet D., 2012, « Controverses sur la prise en charge de la stérilité par l'Assistance médicale à la procréation en Afrique subsaharienne », Communication au colloque « Sélection, tri et triage en médecine, Logiques, pratiques et valeurs », 19-21 novembre, Paris, Université Paris Diderot.
- Cassier M., 2012, « Pharmaceutical Patent Law In-the-Making: Opposition and Legal Action by States, Citizens and Generics Laboratories in Brazil and India » in Gaudillière J.-P., Hess V. (dir.), *Ways of Regulating Drugs in the 19th and 20th Centuries*, New York, Palgrave MacMillan, pp. 287-318.
- Cohen J., 2006, « The New World of Global Health », *Science*, vol. 311, n° 5758, pp. 162-167.
- Dongmo R., Fenieys D., Aminou M., Calvez T., Gruénais M.-E., Thonneau P., 2006, « Introduction of an Obstetric Health Information System: Results of a Pilot Study in North Cameroon », *Revue d'épidémiologie et de santé publique*, vol. 54, n° 6, pp. 507-515.
- Dozon J.-P., Fassin D. (dir.), 2001, *Critique de la santé publique : une approche anthropologique*, Paris, Balland.
- Erickson P., 2003, « Medical Anthropology and Global Health », *Medical Anthropology Quarterly*, vol. 17, n° 1, pp. 3-4.
- Fassin D., 2012, « Of What Global Health is the Name? » in Inhorn M., Wentzell E. A. (dir.), *Medical Anthropology at the Intersections*, Durham, Duke University Press, pp. 95-115.
- Fassin D., Pandolfi M. (dir.), 2010, *Contemporary States of Emergency. The Politics of Military and Humanitarian Interventions*, New York, Zone Books.
- Garrett L., 2007, « The Challenge of Global Health », *Foreign Affairs*, vol. 86, n° 1, pp. 14-38.
- Inhorn M. C., 2007, « Medical Anthropology at the Intersections », *Medical Anthropology Quarterly*, vol. 21, n° 3, pp. 249-255.
- Jaffré Y., 2009, *La bataille des femmes. Analyse anthropologique de la mortalité maternelle dans quelques hôpitaux d'Afrique de l'Ouest*, Paris, éditions Faustrol/Académie des sciences.
- Journal of Global Health*, 2011, « Editorial », automne, <http://www.ghjournal.org/building-local-capacity/>
- Kelle A., 2007, « Securitization of International Public Health: Implications for Global Health Governance and the Biological Weapons Prohibition Regime », *Global Governance*, vol. 13, n° 2, pp. 217-235.
- Keusch G. T., Kilama W. L., Moon S., Szlezák N. A., Michaud C. M., 2010, « The Global Health System: Linking Knowledge with Action-Learning from Malaria », *PLoS Med.*, vol. 7, n° 1.
- Kickbush I., 2003, « Global Health Governance: Some Theoretical Considerations on the New Political Space » in Lee K. (dir.), *Health Impacts of Globalization: Towards Global Governance*, New York, Palgrave MacMillan, pp. 192-203.
- Kim J. Y., Millen J. V., Irwin A., Gershman J. (dir.), 2000, *Dying for Growth: Global Inequality and the Health of the Poor*, Monroe (Maine), Common Courage Press.
- King N. B., 2002, « Security, Disease, Commerce Ideologies of Postcolonial Global Health », *Social Studies of Science*, vol. 32, n° 5-6, pp. 763-789.
- Koplan J., Bond T. C., Merson M. H., Reddy K. S., Rodriguez M. H., Sewankambo N. K., Wassehheit 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.
- Lakoff A., 2010, « Two Regimes of Global Health », *Humanity: An International Journal of Human Rights, Humanitarianism, and Development*, vol. 1, n° 1, pp. 59-79.
- Lakoff A., Collier S. J., 2008, *Biosecurity Interventions: Global Health & Security in Question*, New York, Columbia University Press.
- Lee K., Fustukian S., Buse K., 2002, « An Introduction to Global Health Policy » in Lee K., Buse K.,

- Fustukian S. (dir.), *Health Policy in a Globalizing World*, Cambridge, Cambridge University Press, pp. 3-17.
- Lewis B., 2007, « The New Global Health Movement: Rx for the World? », *New Literary History*, vol. 38, n° 3, pp. 459-477.
- Magee M. J., Blumberg H. M., Narayan K. M., 2011, « Commentary: Co-occurrence of Tuberculosis and Diabetes: New Paradigm of Epidemiological Transition », *International Journal of Epidemiology*, vol. 40, n° 2, pp. 428-431.
- McCoy D., Chand S., Sridhar D., 2009, « Global Health Funding: How much, where it Comes from and where it Goes », *Health Policy and Planning*, vol. 24, n° 6, pp. 407-417.
- Macfarlane S., Jacobs M., Kaaya E., 2008, « In the Name of Global Health: Trends in Academic Institutions », *Journal of Public Health Policy*, vol. 29, n° 4, pp. 383-401.
- McMichael T., Beaglehole R., 2003, « The Global Context for Public Health » in Beaglehole R. (dir.), *Global Public Health: A New Era*, New York, Oxford University Press, pp. 1-23.
- Moatti J.-P., Eboko F., 2010, « Economic Research on HIV Prevention, Care and Treatment: Why it Is More than Ever Needed? », *Current Opinion in HIV and Aids*, vol. 5, n° 3, pp. 201-203.
- Nguyen V. K., 2005, « Antiretroviral Globalism, Biopolitics and Therapeutic Citizenship » in Ong A., Collier S. J. (dir.), *Global Assemblages: Technology, Politics and Ethics as Anthropological Problems*, Malden, Blackwell, pp. 124-144.
- Nguyen V. K., 2010, *The Republic of Therapy. Triage and Sovereignty in West Africa's Time of AIDS*, Durham, Duke University Press.
- Nichter M., 2008, *Global Health: Why Cultural Perceptions, Social Representations, and Biopolitics Matter*, Tucson, University of Arizona Press.
- OCDE, 2011, *Aid to Health - Statistics Related to Official Development Assistance (ODA) and Concessional Multilateral Flows for the Health Sector and Population Policies, Programmes and Reproductive Health*, Available from December 2011, OECD/DAC, www.oecd.org/dac/stats/health
- Olivier de Sardan J.-P., Ridde V., 2012, « L'exemption de paiement des soins au Burkina Faso, Mali et Niger : les contradictions des politiques publiques », *Afrique contemporaine*, n° 243, pp. 11-32.
- Petryna A., 2009, *When Experiments Travel: Clinical Trials and the Global Search for Human Subjects*, Princeton University Press.
- Pfeiffer J., Nichter M., 2008, « What Can Critical Medical Anthropology Contribute to Global Health? », *Medical Anthropology Quarterly*, vol. 22, n° 4, pp. 410-415.
- Schepper Hugues N., Wacquant L., 2002, *Commodifying Bodies*, Londres, Sage Publications.
- Taverne B., Desclaux A., Delaporte E., Ndoye I., Coll Seck A. M., Barré-Sinoussi F., 2013, « Universal Health Coverage and HIV in Resource-Constrained Countries: A Critical Juncture for Research and Action », *AIDS*, vol. 0, n° 0, pp. 1-3.
- Vasseur P., Vidal L., 2010, « Le soignant en son miroir, Accompagnement anthropologique d'une intervention en santé maternelle (Sénégal) », *Autrepart*, n° 55, pp. 107-124.
- Vidal L., Hane F., Ba M., Mballa J., 2011, « Les associations face aux institutions : sida, tuberculose et coinfection » in Vidal L., Kuaban C. (dir.), *Sida et tuberculose : la double peine ? Institutions, professionnels et société face à la coinfection au Cameroun et au Sénégal*, Louvain-la-Neuve, Academia Bruylant, pp. 283-303.
- Vidal L., Kuaban C. (dir.), 2011, *Sida et tuberculose : la double peine ? Institutions, professionnels et société face à la coinfection au Cameroun et au Sénégal*, Louvain-la-Neuve, Academia Bruylant.
- Webb J. L. A., Giles-Vernick T., 2013, « Introduction » in Webb J. L. A., Giles-Vernick T. (dir.), *Global Health in Africa: Historical Perspectives on Disease Control*, Athens, Ohio University Press, pp. 1-21.
- Whiteford L. M., Manderson L. (dir.), 2000, *Global Health Policy, Local Realities: The Fallacy of the Level Playing Field*, Boulder, CO, Lynne Rienner.

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

LES ANTIRÉTROVIRAUX AU BOTSWANA

Observatoire des mutations de l'intervention
internationale sur la santé en Afrique

Fanny Chabrol*

La mise en place, à partir de 2002, d'un accès gratuit et quasi universel aux thérapies antirétrovirales pour les personnes vivant avec le VIH/sida au Botswana offre un observatoire privilégié des transformations des politiques internationales de santé au Sud. Le partenariat entre le gouvernement du Botswana, la compagnie pharmaceutique Merck & Co. et la Fondation Bill et Melinda Gates qui s'est noué grâce à une collaboration de recherche biomédicale entre l'école de santé publique de Harvard et le gouvernement botswanais révèle l'imbrication des enjeux philanthropiques, scientifiques et de santé publique. En étant déterminée par son accessibilité, sa faisabilité et ses chances de réussite, la santé globale tend à reproduire différentes matrices d'inégalités au sein des systèmes de santé et au niveau global.

Mots clés : Sida, santé globale, Botswana, antirétroviraux, philanthropie pharmaceutique, recherche biomédicale.

L'épidémie de sida a radicalement transformé le paysage de la santé publique en Afrique subsaharienne. La maladie a emporté des millions de personnes, déstabilisé des sociétés entières et remis en cause certains des mécanismes de coopération dans le domaine de la santé. Déjà éprouvés par les politiques d'ajustement structurel des années 1970-1980 et en l'absence de médicaments, les systèmes de santé ont été dans l'incapacité de faire face à la crise sanitaire causée par le sida. À l'orée de l'an 2000, rares étaient les patients en Afrique qui avaient accès aux thérapies antirétrovirales qui s'étaient généralisées dans les pays occidentaux à partir de 1996 afin de ralentir

* Docteure en sociologie (EHESS), chercheure post-doctorante rattachée à l'UMR 912 (Sciences économiques et sociales de la santé et traitement de l'information médicale) (UMR INSERM/IRD/Université d'Aix-Marseille-AMU), fannychabrol@gmail.com
Il s'agit de résultats d'une recherche doctorale réalisée dans le cadre de l'Institut de recherches interdisciplinaires sur les enjeux sociaux (Iris - EHESS/Inserm/CNRS/Paris 13), avec le soutien de l'Agence nationale de recherches sur le sida et les hépatites virales (ANRS) et de Sidaction.

la progression de la maladie parmi les personnes infectées. Très coûteux, protégés par des brevets, les médicaments antirétroviraux (ARV) demeuraient hors de portée des États et des patients africains.

Toutefois, devant l'hécatombe sanitaire et grâce à une mobilisation transnationale, la communauté internationale a commencé à opérer un glissement dans la façon dont elle envisageait la lutte contre le sida en Afrique. Tout d'abord, la mobilisation croissante de patients, d'associations et d'États a mis en lumière les menaces que l'épidémie faisait encourir au développement des pays les plus touchés. Cherchant à défier les inégalités sanitaires Nord-Sud et en vue de réduire le prix des médicaments, un mouvement de « solidarité thérapeutique » s'est amplifié dans le courant de la décennie 1990 puis, sur initiative française, a abouti à la création d'un mécanisme novateur de financement, le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme, à partir de 2002. Paradigme de la globalisation des questions de santé (Altman, 1999), le sida a par ailleurs contribué à faire entrer dans le cadre de la sécurité tout un ensemble d'enjeux de santé, en particulier les maladies infectieuses (King, 2002 ; Lakoff, Collier, 2008). Portée par des acteurs états-unis, la logique humanitaro-sécuritaire a quant à elle conduit à l'adoption du programme – très bilatéral – du président G. Bush (PEPFAR) contre le sida, en 2003. Ces nouvelles modalités d'une « gouvernance mondiale de la santé » (Dixneuf, 2003) recourent des mutations profondes dans l'appréhension des questions de santé, les modalités de coopération, les acteurs et les enjeux, ce que le terme de « santé globale » tend de plus en plus à qualifier.

Le glissement sémantique de la « santé (publique) internationale » à la « santé globale » rend compte de processus historiques et politiques aux termes desquels les acteurs traditionnels (coopérations bilatérales) et multilatéraux, comme l'Organisation mondiale de la santé (OMS), ont vu leur influence concurrencée par la Banque mondiale, les ONG, les universités, les fondations philanthropiques, puis les nouveaux mécanismes de financement de l'aide internationale ; en somme, une palette d'acteurs publics et privés intervenant conjointement, parfois en concurrence, dans le domaine des politiques de développement sanitaire au niveau mondial (Brown, Cueto, Fee, 2006). Le succès du terme caractérise l'imbrication croissante entre ce qui relève du secteur privé et du secteur public dans le domaine de la santé, en particulier sur le plan des intérêts – économiques, commerciaux, scientifiques – des acteurs qui composent ce champ d'intervention. Le programme d'accès aux antirétroviraux, qui se met en place en 2001 dans le pays le plus touché au monde par le sida, le Botswana, fournit un observatoire de ces évolutions.

En 1999, les estimations de la prévalence du VIH parmi les femmes enceintes au Botswana ont atteint un chiffre paroxystique de 38 %. Dans ce petit pays voisin de l'Afrique du Sud considéré comme un modèle pour son développement économique et sa trajectoire démocratique, le sida est en train d'anéantir les acquis de

ce développement national. Au moment où la bataille pour l'accès aux médicaments, portée par des patients et des ONG, faisait rage au niveau mondial, le gouvernement du Botswana s'est vu proposer un partenariat par deux acteurs offrant chacun 50 millions de dollars US : la Fondation Bill & Melinda Gates et la compagnie pharmaceutique Merck & Co., dans le cadre d'un partenariat public-privé, une configuration qui est caractéristique de l'ère de la santé globale.

Sous l'appellation de « santé globale » en effet, dans le cadre de « partenariats » en vue de favoriser l'accès aux soins dans les pays du Sud, se dessine donc tout un champ de pratiques, d'intérêts et d'acteurs que l'anthropologie permet de saisir par des enquêtes ethnographiques et des études critiques (Atlani-Duault, 2009 ; Crane, 2010 ; Fassin, 2012 ; Janes, Corbett, 2010 ; Pfeiffer, Nichter, 2008). Selon Vinh-Kim Nguyen (2012), trois innovations et discontinuités caractérisent la santé globale. En premier lieu, les menaces de santé et les réponses sont de plus en plus transnationales ; deuxièmement, le terme désigne l'essor des partenariats publics privés et des acteurs non gouvernementaux dans le domaine de la santé ; troisièmement, l'expression rend compte du rôle croissant de la recherche biomédicale transnationale comme entreprise globale de production de savoir conditionnant de plus en plus l'accès aux soins. L'ensemble de ces définitions sont corrélées mais l'on insistera moins sur la globalisation croissante des enjeux sanitaires, en retenant que la santé, comme le soin et les politiques de santé ont toujours été, au moins partiellement, des questions transnationales. En revanche, cet article analyse les deux autres dimensions citées, l'émergence des acteurs privés dans le cadre de partenariats et le rôle spécifique joué par la recherche biomédicale dans la dynamique de l'accès aux soins. Par une approche généalogique du dispositif d'accès aux ARV centrée sur les intérêts des acteurs – l'État botswanais, les acteurs philanthropiques, pharmaceutiques et biomédicaux –, l'on soulignera la corrélation entre l'intérêt renouvelé pour la santé au Sud et de nouvelles opportunités économiques et scientifiques liées à la généralisation de ces médicaments sur le continent africain. Cet article entend contribuer aux études critiques sur la santé globale en examinant les politiques de santé publique à l'aune des configurations d'acteurs autour du traitement du sida et du contexte social et politique du pays concerné. L'analyse de cette configuration montre en outre que les interventions sanitaires sont déterminées par leur accessibilité, leurs chances de réussite, et caractérisées par les opportunités multiples qu'elles offrent pour les acteurs extérieurs.

L'EXCEPTION BOTSWANAISE À L'ÉPREUVE DU SIDA

Pays modèle en Afrique, le Botswana a été frappé de plein fouet par le sida. Tôt envisagée comme une menace pour son développement économique et

social, l'épidémie de sida a fait l'objet d'une réponse politique déterminée, qui va constituer un avantage pour bénéficier de programmes de coopération.

Le Botswana indépendant : la construction d'un modèle en Afrique, 1970-1980

Ancien protectorat britannique, le Botswana s'est tôt distingué de ses voisins dans la période suivant son indépendance négociée en 1966. Dirigé par des élites bourgeoises formées en Angleterre, ce pays alors très pauvre a bénéficié de la découverte de mines de diamants dès les années 1970 et de leur exploitation dans le cadre d'une politique développementaliste. Massivement aidé par l'aide internationale et les experts étrangers, le jeune gouvernement a procédé à l'édification de systèmes d'éducation et de santé publique performants et gratuits. Une politique d'investissements et de programmes sociaux qui a été soutenue, jusqu'à aujourd'hui, par les revenus du diamant (Edge, 1998). Sur le plan institutionnel et politique, le régime a toujours été qualifié de démocratique malgré un « présidentielisme excessif » autorisant quelques dérives autoritaires (Good, 1996). Le régime botswanais a bénéficié d'une grande légitimité extérieure, auréolé pour son caractère a-racial et son opposition aux régimes d'apartheid prévalant dans toute la région jusqu'aux années 1990. Pendant toute cette période, le pays a enregistré une croissance économique exceptionnelle à deux chiffres, se distinguant ainsi comme un « Tigre asiatique » en Afrique, investissant dans les infrastructures, le développement économique et les politiques sociales.

En s'appuyant sur ses succès économiques et sur un héritage missionnaire de médecine rurale et de cliniques de village, l'État développementaliste a construit un système de santé public solide, et un réseau cohérent de structures sanitaires et de politiques de santé publique.

Une crise sanitaire : l'épidémie de sida dans les années 1990-2000

La trajectoire modèle n'a pas épargné le pays de la grave crise épidémiologique, sanitaire et politique qu'a représenté l'épidémie de sida, en particulier à partir de la seconde moitié des années 1990. À l'instar de ses voisins, le Botswana a été touché plus tardivement par le sida, mais de façon particulièrement violente. La « première » épidémie a concerné l'Afrique centrale (ex-Zaire, Cameroun, Tanzanie, Ouganda) puis s'est étendue à l'Afrique orientale et, à de plus faibles degrés, à l'Afrique de l'Ouest. Puis, provoquant un « choc épidémiologique », l'épidémie a envahi l'Afrique australe au début des années 1990 pour en faire son épiceutre mondial. L'infection a explosé sur les ruines de l'apartheid et d'une économie politique du travail migrant ayant marqué l'ensemble de la région (Fassin, 2000).

En quelques années, le système de santé botswanais s'est effondré, entraînant avec lui l'ensemble des structures sociales et des secteurs productifs. Grâce à de solides capacités d'évaluation épidémiologique et économique, le gouvernement botswanais a tôt admis que le pays était en train de devenir le pays le plus touché au monde par le VIH/sida ce qui fut confirmé par l'Onusida en 1999. Les décès d'étudiants à l'université, les enterrements parmi les forces vives ont provoqué un choc national, tout comme la conscience d'une atteinte du tissu productif (secteur minier en l'occurrence) qui a été considérée comme une menace envers le « développement » du pays. Tous ces « impacts envers le développement » ont été évalués par des organismes nationaux (le Botswana Institute for Development Policy Analysis) et internationaux (le Fonds monétaire international) entre 1997 et 2000. L'État a affronté la réalité de son impuissance thérapeutique, vécue comme une impuissance souveraine à « faire vivre » sa population pour reprendre les termes de la biopolitique des populations (Foucault, 1997).

Sécurisation et présidentialisation de la lutte contre le sida au tournant des années 2000

Peu de temps après que le Conseil de sécurité des Nations Unies ait considéré le VIH/sida en Afrique comme un enjeu de sécurité internationale de premier ordre, le président de la République du Botswana, Festus Mogae, déclarait : « C'est une crise d'une ampleur inédite. Les gens meurent dans des proportions effroyables. Nous sommes menacés d'extinction »¹. Ce discours de sécurisation de la lutte contre le sida était le fruit d'une relation de coopération étroite avec les États-Unis. Également, la figure paternelle du président de la République « prenant soin de sa population » (Chabrol, 2012) rend compte de ce mouvement politique autant que sa carrière d'économiste. En tant qu'ancien gouverneur de la Banque centrale du Botswana, ancien ministre de l'économie et aussi ancien haut responsable du FMI, Festus Mogae était sensible à la modélisation économique produite en partie par un organisme avec lequel il avait travaillé². Enfin, cet État « bienfaisant » s'est appuyé dès ce moment sur des moyens structurels, politiques et symboliques pour formuler sa réponse face au sida. En particulier, le système de santé de ce « pays à revenu intermédiaire », bien que dévasté par l'épidémie de sida, était relativement structuré, en grande partie car il n'avait pas connu de programme d'ajustement structurel (PAS). Ces différentes caractéristiques, propres à l'État botswanais, à son économie et à son système de santé, ont contribué à parfaire son image d'exception et vont constituer autant

1. Sur l'influence des acteurs états-unis sur ce mouvement ayant abouti à la réunion du Conseil de sécurité de l'ONU en janvier 2001, voir Chabrol (2002).

2. Festus Mogae a exercé des responsabilités au FMI avant de devenir ministre des Finances et de la planification pour le développement, de 1989 à 1992, puis il a été nommé vice-président jusqu'en 1998.

d'avantages dans l'accès aux modes de financement pour pouvoir acheminer les médicaments antirétroviraux, au moment où se dessinent des réponses différenciées à l'épidémie de sida en Afrique en termes de politiques publiques et de modalités de coopération internationale (Eboko, 2005a).

LES MÉDICAMENTS ANTIRÉTROVIRAUX, UNE PRIORITÉ POUR LA PHILANTHROPIE PHARMACEUTIQUE

Après avoir déclaré le sida « urgence nationale » en 2000, le président botswanais a promis l'arrivée prochaine des médicaments dans les hôpitaux et les cliniques. Au moment de l'apogée du mouvement de désapprobation internationale face aux stratégies des laboratoires pharmaceutiques (« Big Pharma »³), les laboratoires pharmaceutiques ont commencé à éprouver de réelles difficultés et ont amorcé une inflexion de leur stratégie. Les réticences de ceux-ci reposaient principalement (outre les importantes dépenses de « Recherche et développement ») sur l'insuffisante préparation des systèmes de santé africains pour mettre en place l'accès aux médicaments. Plusieurs laboratoires ont ainsi commencé à proposer des actions concrètes pour aider les pays à se doter d'infrastructures adéquates pour la distribution de leurs médicaments. Ils y ont par ailleurs été incités par des personnalités comme Kofi Annan, secrétaire général des Nations Unies, qui a encouragé l'implication des entreprises pour lutter contre le sida dans le cadre de partenariat public-privé. La première initiative venant du secteur pharmaceutique a été élaborée par le laboratoire Bristol Myers-Squibb (BMS) à destination de l'Afrique australe : « Secure the Future », une contribution financière directe pour permettre à cinq États d'améliorer leur système de santé (en particulier par la fourniture d'infrastructures et la formation des soignants). La plupart des laboratoires pharmaceutiques fabriquant des antirétroviraux ont été amenés à proposer des programmes d'accès aux médicaments en lien avec l'Onusida ou par des réductions négociées directement avec les États et les laboratoires (comme dans le cas du Sénégal).

Merck & Co., une compagnie pharmaceutique en quête de programme humanitaire

Tandis que le mouvement international de désapprobation envers les compagnies pharmaceutiques se renforçait en 1999-2000 et à la suite de l'initiative

3. Ce mouvement est parvenu à son paroxysme à la suite du procès de Pretoria. Accusé de vouloir adopter une loi lui permettant d'importer des médicaments génériques, le gouvernement sud-africain a été assigné en justice par une coalition de 39 laboratoires pharmaceutiques. En avril 1999, les laboratoires pharmaceutiques ont retiré leur plainte en raison de l'ampleur prise par le mouvement international de désapprobation morale (Cassier, 2002 ; Eboko, 2005b).

de BMS en Afrique australe, un autre géant pharmaceutique, Merck & Co. Inc.⁴, a proposé d'aider les États à lutter contre le VIH/sida et envisagé d'emblée de produire une « différence significative ». Les dirigeants de Merck ont utilisé leur programme de don du Mectizan⁵ pour traiter l'onchocercose, mis en place depuis 1982, comme instrument de légitimation d'une politique d'accès à ses médicaments antirétroviraux pour les pays pauvres. Afin d'étendre cette stratégie au sida et proposer « une action de grande ampleur », ils ont collaboré avec des chercheurs de l'école de santé publique de Harvard en vue de sceller une « coalition » qui réunirait des acteurs philanthropiques et des agences de coopération.

Mais cette coalition s'est nouée sans les acteurs multilatéraux, alors engagés dans des politiques de négociation des prix des médicaments auprès des laboratoires pour l'ensemble des pays du Sud et non pour un pays en particulier. L'arrivée des traitements au Botswana était donc en train de devenir possible en tant que stratégie pour l'industrie pharmaceutique et, également, pour les acteurs philanthropiques, au premier rang desquels l'organisation créée par le fondateur et directeur exécutif de Microsoft, Bill Gates.

Un acteur philanthropique en pleine ascension : la Fondation Bill & Melinda Gates

La lutte contre le sida en Afrique a été le lieu d'un renouveau de la philanthropie industrielle américaine⁶. La Fondation Bill & Melinda Gates (FBMG) créée en 1994 subissait, à la fin des années 1990, des pressions pour octroyer des financements pour des programmes de santé dans les pays pauvres⁷. Un épidémiologiste renommé, William Foege, a alors joué un rôle clé pour établir un pont entre l'industrie pharmaceutique (Merck & Co.) et le monde philanthropique (FBMG). Ancien directeur des Centers for Disease Control (CDC) à la fin des années 1970, puis directeur du Centre Carter, W. Foege avait rejoint la FBMG, en 1999, pour soutenir les futures initiatives de « santé globale »⁸ de cette fondation en pleine expansion et en passe de devenir l'un des principaux financeurs des programmes de santé dans le monde. W. Foege

4. L'initiative de Merck regroupe l'entreprise Merck and Co. Inc. et la Merck Company Foundation.

5. L'onchocercose ou cécité des rivières touche de nombreux pays africains, en particulier en Afrique de l'Ouest et en Afrique centrale. Le Mectizan Donation Program a été établi en 1987, voir <http://www.mectizan.org/>

6. La philanthropie industrielle a eu un rôle considérable aux États-Unis dès le début du siècle dans le développement de la biomédecine (Carnegie Institution, Fondation Rockefeller), voir notamment Schneider (2002) et Farley (2004).

7. Pour plus de précisions, se reporter à la chronologie de Microsoft établie par James Love, de l'organisation Knowledge Economy International, disponible sur <http://keionline.org/microsoft-timeline> (consulté 21/11/2012).

8. W. Foege a été le premier à avoir utilisé l'expression de « menaces globales liées aux maladies infectieuses » (« *global infectious disease threats* ») (Brown, Cueto, Fee 2006, p. 69). L'expression, reprise dès 1997 par l'Institut de la médecine aux États-Unis (IOM) dans un rapport intitulé « America's Vital Interest in Global Health » puis par la directrice de l'OMS Gro Harlem Brundtland, a contribué au succès de la sémantique de la « santé globale ».

établit ainsi un lien entre les responsables de Merck et la Fondation Gates. Ces contacts, réseaux et intérêts convergents vont trouver un écho dans la mobilisation internationale qui bascule pour l'accès aux ARV.

En janvier 2000 – au moment où le Conseil de sécurité des Nations Unies déclarait que le sida était devenu un « enjeu de sécurité en Afrique » –, les responsables de la FBMG organisaient une réunion à Seattle au siège de la fondation afin d'explorer des initiatives de grande ampleur sur le VIH/sida. W. Foege, qui, en tant que directeur du Centre Carter, avait aidé la compagnie Merck à mettre en place la distribution des médicaments dans le cadre du programme Mectizan, est parvenu à faire inviter les dirigeants de la Fondation Merck pour qu'ils puissent présenter leur projet lors de cette réunion. Mais les organisations internationales et les autres fondations philanthropiques présentes ont désapprouvé la participation d'un laboratoire pharmaceutique à ce type de réunion. Dans un premier temps, la firme a échoué à convaincre la plupart des fondations ainsi que l'Onusida, tous réticents à l'idée d'une initiative de santé publique issue de l'industrie pharmaceutique. Finalement, séduits par la possibilité d'une offre émanant du secteur privé, les responsables de la FBMG ont accepté de contribuer à ce projet à la même hauteur que Merck, à savoir 50 millions de dollars US. Le principe de ne faire bénéficier de l'initiative qu'un seul pays a emporté l'adhésion de la Fondation Gates mais il fallait encore choisir le pays qui recevrait cette offre. Les responsables de la FBMG ont apprécié la dimension « expérimentale » du projet – au sens où elle n'allait concerner qu'un pays – qui a été le principal point de consensus entre les deux partenaires. En revanche, c'est précisément ce prérequis qui n'a pas permis de faire adhérer d'autres acteurs, comme les organisations onusiennes, qui évaluaient négativement une stratégie d'allocation des ressources à un destinataire unique.

Un destinataire unique pour une initiative inédite : une politique de coopération adaptée aux besoins des donateurs

Les responsables des fondations Merck et B. & M. Gates se sont donc engagés dans des consultations afin de choisir le pays africain qui serait le meilleur partenaire pour leur investissement. Ils ont multiplié les réunions sans informer un potentiel bénéficiaire dont la sélection se fait dans le courant du printemps 2000⁹. De leur côté, les responsables de l'école de santé publique de Harvard, qui collaboraient avec le gouvernement botswanais en 1996, ont plaidé la cause du Botswana auprès des responsables de Merck en leur proposant de venir visiter le Botswana. Les chercheurs de Harvard ont servi d'intermédiaire pour leur faire visiter le pays – en un temps record – afin de montrer à de

9. Voir Harvard Business School (2001).

potentiels investisseurs les avantages et opportunités du pays (y compris son attrait touristique), ainsi que les personnes clés pour attester du sérieux du site. L'accessibilité (du pays, de ses dirigeants et de ses patients), la faisabilité (du projet de collaboration) et la crédibilité (du pays et de ses responsables politiques et sanitaires) sont soulignées par un responsable de Harvard qui était très confiant dans la capacité de séduction du Botswana¹⁰. De leur côté, les hauts responsables de la Fondation Merck et de la Fondation Gates s'étaient entendus sur deux critères de choix consensuels concernant l'existence d'une volonté politique de combattre l'épidémie et la stabilité politique, en plus de la présence épidémique du VIH. La liste des bénéficiaires potentiels a été arrêtée aux cinq pays africains suivants : Botswana, Malawi, Rwanda, Sénégal et Ouganda, puis à deux, comme le rappelle le directeur exécutif de Merck & Co. :

« Nous avons réduit notre choix aux deux pays qui remplissaient le mieux les critères, le Botswana et l'Ouganda, mais avec plus d'1 million de personnes séropositives, l'Ouganda était bien trop grand pour les ressources sur lesquelles nous nous étions engagés. Le Botswana avait seulement une population totale de 1 million et demi. Nous avons téléphoné à Gates et lui avons annoncé que nous étions prêts à choisir »¹¹.

Le gouvernement américain est intervenu pour suggérer de choisir l'Ouganda avec lequel il a toujours eu des relations économiques et diplomatiques étroites. Toutefois, ce pays a été écarté pour sa taille et le nombre total de personnes séropositives dépassant les capacités de la proposition de Merck et Gates¹². Le processus de sélection du Botswana montre que la coopération sur la santé est de plus en plus définie par des critères relatifs aux garanties politiques et institutionnelles (stabilité politique, régulation éthique) apportées pour les acteurs qui y investissent. Le contexte économique, social et politique du pays représente un ensemble de garanties de réussite et d'efficacité ; comme le montre l'extrait suivant émanant de la FBMG, le choix d'un pays « prometteur » sur le plan de l'investissement s'imposait :

« Les fondations Gates et Merck se sont entendues pour lancer le projet et ont entrepris d'identifier un pays africain qui donnerait au projet une bonne chance de réussite. Le Botswana a été un choix évident. Non seulement il avait une très sérieuse épidémie de VIH mais il avait aussi un président très direct et personnellement engagé à faire face à cette crise, et qui avait fait appel à l'aide extérieure. Le Botswana avait aussi une démocratie stable et des ressources significatives à apporter »¹³.

Tandis que le projet prenait forme – sans que les autorités politiques et sanitaires du potentiel bénéficiaire ne soient officiellement informées –, les responsables du Harvard AIDS Institute ont fait part au président Festus

10. Entretien avec un responsable du partenariat Botswana-Harvard réalisé en mars 2011.

11. Voir Harvard Business School (2001, p. 10).

12. L'on peut également signaler qu'en 1999 l'Ouganda bénéficie de l'Initiative de l'Onusida, au même titre que la Côte d'Ivoire et le Chili. Il existe déjà une forme de coopération internationale pour l'accès aux soins.

13. « Working with Botswana to Confront its Devastating AIDS Crisis », Bill & Melinda Gates Foundation, juin 2006.

Mogae et à sa ministre de la Santé, Joy Phumaphi, de la proposition venant du laboratoire pharmaceutique Merck et de la Fondation Bill et Melinda Gates en juin 2000. Ceux-ci l'ont accueillie favorablement, dans le courant de la semaine qui précédait la conférence internationale sur le sida de Durban où s'étaient affrontés, d'une part, le président Mbeki et ses déclarations controversées et, d'autre part, les activistes transnationaux pour l'accès aux médicaments au Sud et l'ensemble de la communauté internationale (Fassin, 2002). Le Botswana marquait ainsi sa singularité par rapport à l'Afrique du Sud qui s'embourbait dans des positions illisibles sur le plan international et dans des luttes politiques internes très virulentes ; le Botswana affichait son « leadership face au sida », sa maîtrise du « développement menacé » et promettait de mobiliser les ressources économiques, politiques et symboliques nécessaires.

Toutefois, au moment où cette offre leur parvenait, les autorités botswanaises étaient activement engagées dans la recherche de solutions et envisageaient un approvisionnement en médicaments génériques, une possibilité que l'offre Merck-Gates vient stopper. Outre le don de 100 millions de dollars US pour 5 ans¹⁴, le partenariat African Comprehensive HIV/AIDS Partnership (ACHAP) était en effet assorti d'un don de médicaments en échange duquel le gouvernement botswanais s'est engagé à ne pas recourir à des médicaments génériques. La compagnie Merck a proposé d'offrir tous les antirétroviraux qu'elle fabriquait, et en particulier l'un des composants des thérapies de première ligne qui est essentiel dans les régimes de première intention, l'Efavirenz¹⁵. En donnant ce médicament dont elle défendait avec acharnement, face au Brésil, le prix élevé et la protection par les brevets, la firme démontrait que sa politique globale était avant tout déterminée par les enjeux commerciaux. L'instrumentalisation de ce type de programme donne ainsi raison aux arguments qui mettent en garde contre le don de médicaments. Ce dispositif n'est pas recommandé par l'OMS qui en souligne les risques, en particulier le fait qu'il réponde davantage aux besoins du donateur que du bénéficiaire¹⁶ ; il est critiqué par les ONG internationales, comme MSF, qui dénoncent les régimes de propriété intellectuelle et entendent faire prévaloir le principe du marché et de la production de génériques entraînant des baisses de prix, plutôt que la généralisation des dons.

Le processus par lequel le Botswana fut sélectionné pour bénéficier de cette initiative renseigne sur le dispositif de coopération et sur les intérêts des acteurs philanthropiques et pharmaceutiques qui le composent. Plus encore, ce choix

14. ACHAP a été reconduit en 2004 et en 2010 pour 5 ans.

15. Les thérapies antirétrovirales face au VIH désignent l'association de trois molécules efficaces contre la progression du virus dans l'organisme.

16. Voir : « Principes directeurs applicables aux dons de médicaments, Révision 1999 », OMS, Département OMS et médicaments essentiels, <http://apps.who.int/medicinedocs/en/d/Jwhozip53f/> (22/11/2012).

souligne le rôle des acteurs biomédicaux, qui s'est fortement accru en lien avec l'essor croissant de la recherche clinique au cœur du soin.

LE TRAITEMENT MÉDICAL DU SIDA ET LA RECHERCHE BIOMÉDICALE : UN NOUVEAU CHAMP D'INTERVENTION

L'arrivée des médicaments au Botswana, en plus de répondre aux priorités d'une philanthropie biomédicale renouvelée, est étroitement liée au phénomène global d'expansion de la recherche biomédicale au Sud. Dans le domaine du sida – comme pour d'autres pathologies –, les essais ont migré massivement vers les pays du Sud en quête de sujets de recherche non saturés par la consommation de médicaments, des populations dites « naïves » (Petryna, 2009). L'enjeu de santé publique – traiter les patients malades – s'est agencé à des priorités de développement scientifique et biomédical, qu'il s'agisse de recherche virologique, clinique et également en sciences sociales¹⁷. Rappelons que le sida en Afrique a toujours été un objet scientifique et de recherche biomédicale suscitant des tensions, qu'il s'agisse de la recherche virologique sur les origines du VIH en Afrique, puis des travaux ayant tenté de démontrer l'existence d'une épidémie africaine spécifique (Dozon, Fassin, 1989 ; Packard, Epstein, 1991). Enfin, et c'est l'argument défendu ici, le traitement médical sida ne s'est imposé au Botswana que dans la mesure où il a été constitué comme une priorité, à la fois pour les acteurs des politiques de santé publique (dont les États, les organismes internationaux et les ONG) et les acteurs du développement scientifique, clinique et biomédical autour du sida, la frontière entre ces deux sphères s'effaçant progressivement. Les débats sur l'éthique de la recherche y ont contribué. Dès lors que des recherches cliniques menées sur le sida ont été critiquées sur le plan de l'éthique biomédicale, les acteurs biomédicaux (aux côtés de chercheurs en sciences sociales et de responsables de santé publique) ont été amenés à œuvrer pour l'accès aux médicaments. Puis, une fois que l'accès aux médicaments a été garanti, les recherches sur les antirétroviraux en Afrique se sont accélérées, synonymes tant de coopération de santé publique que d'opportunités scientifiques et de développement biomédical.

De la virologie à la santé publique : le partenariat entre Harvard et le Botswana

Les acteurs de la recherche biomédicale sur le sida sont devenus des acteurs de premier plan de l'accès aux soins. Signé en 1996, le partenariat qui lie le gouvernement du Botswana au Harvard AIDS Institute de l'école de santé

17. Pour plus de développements sur la façon dont les chercheurs en sciences sociales évoluent dans ces terrains surinvestis, je renvoie à Chabrol (2008).

publique de Harvard a servi de plateforme centrale de collaboration dans le processus qui conduit à l'accès aux médicaments *via* le partenariat entre Merck et la Fondation B. & M. Gates. Ce partenariat s'inscrit dans une trame historique de la recherche sur le sida en Afrique qui permet de situer les collaborations biomédicales contemporaines dans la continuité de la recherche virologique pour laquelle le Botswana a offert des perspectives.

Le laboratoire de Boston qui appuie aujourd'hui le gouvernement botswanais est issu du laboratoire de virologie vétérinaire qui s'était investi dès 1983-1984 dans la recherche sur le Human T-Leukemia Virus (qui allait devenir le VIH) en poursuivant la piste d'une origine virale de ce qui, parmi les premiers cas aux États-Unis, apparaissait comme des pneumonies associées à des cancers. Après avoir approfondi l'hypothèse d'une origine virale, puis de son origine africaine (théorie du franchissement de la barrière des espèces, du singe à l'homme), les chercheurs avaient identifié un rétrovirus de type nouveau proche du HTLV III à partir de sang de macaques. Puis, grâce à une collaboration entre scientifiques français, américains et sénégalais, un virus spécifique avait été isolé au Sénégal (le VIH-2), un virus plus proche du virus des singes verts (STLV) que du virus humain (Gilbert, 2009).

Après ces recherches menées au Sénégal dans un contexte de ruée vers les rétrovirus en Afrique (Lachenal, 2006) et quelques projets menés en Tanzanie, les chercheurs de Harvard se sont dirigés vers le Botswana. Interpellés par la progression alarmante de l'épidémie dans ce pays, les chercheurs ont proposé d'y étudier la souche du VIH endémique dans la région (le VIH 1-C) et d'interroger sa spécificité et sa virulence. Le gouvernement botswanais a accueilli favorablement ces initiatives dans l'espoir d'un traitement et d'un vaccin mais ces recherches virologiques et vaccinales n'ont pas produit des résultats décisifs. En revanche, c'est en contribuant directement à la politique de santé publique botswanaise face au sida que les chercheurs de Harvard ont enregistré les progrès les plus substantiels. Ils y ont été fortement incités par les autorités botswanaises qui ont procédé à la construction du laboratoire « Botswana-Harvard », un immense bâtiment doté d'infrastructures biotechnologiques de pointe. Ce laboratoire ouvert en 2001 a structuré l'alliance entre les deux parties en permettant le glissement négocié des priorités. Progressivement, les chercheurs ont élargi leur champ d'intervention pour inclure le traitement médical des patients. Cette tendance correspondait du reste à une aggravation de la situation sanitaire que les chercheurs travaillant à l'hôpital ne pouvaient ignorer et à une évolution sur le plan international en faveur de l'accès aux médicaments.

La généralisation des antirétroviraux, entre impératif éthique et priorité scientifique

En quelques années, l'accès aux ARV en Afrique est devenu une priorité politique et de coopération pour l'ensemble de la communauté internationale, sous la pression des mobilisations transnationales et dans la mesure où les objectifs de santé publique ont été intégrés aux objectifs scientifiques portés par des acteurs biomédicaux. À la suite de controverses sur les essais cliniques conduits en Afrique (Angell, 1997 ; Wendland, 2008) dénonçant l'utilisation de placebo et le fait de tester des régimes thérapeutiques moins coûteux (considérés par certains comme *a minima*), il était devenu impensable, à la fin des années 1990, de continuer à effectuer des essais cliniques – fussent-ils dédiés à l'objectif de traitement du sida – en l'absence de thérapies disponibles pour les sujets participant à ces recherches, c'est-à-dire de programme public. Ces débats ont favorisé le basculement des acteurs biomédicaux vers le traitement médical puis ont ouvert la voie à une série d'essais cliniques ayant pour objectif, dans un premier temps, de démontrer la faisabilité de l'accès aux ARV chez les patients africains (sur le plan des infrastructures, de l'observance des patients).

Entre 2000 et 2001, après avoir commencé un projet pilote sur l'étude de la prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant, suivant de peu la mise à disposition d'AZT pour les femmes enceintes par le gouvernement botswanais (programme PTME, à partir de 1998-1999), les chercheurs de Harvard présents à Gaborone s'apprétaient à commencer un essai comparant différents régimes d'antirétroviraux. Or ce projet de recherche clinique supervisé par Harvard avec un financement de Bristol-Myers Squibb ne pouvait démarrer tant que le programme d'accès aux ARV n'était pas mis en place¹⁸. Afin de s'assurer de cette garantie essentielle sur le plan de l'éthique médicale et dans un contexte international tendu autour de l'accès aux médicaments, les chercheurs de Harvard ont donc transformé le début de l'essai clinique en phase pilote du programme de santé publique : ils sont devenus les premiers médecins à traiter les patients botswanais, puis à former les médecins dans le cadre du programme national qui a officiellement débuté 6 mois après cette phase pilote, en janvier 2002, avec déjà plus de 300 patients sous traitement.

Le paradigme du traitement est donc advenu pour des raisons sanitaires, éthiques et morales. Dans le même temps, la recherche clinique s'est imposée comme le dispositif devant accompagner sa mise en œuvre. À Boston, en avril 2001, au siège de l'école de santé publique, plus de 140 chercheurs et professeurs ont adopté une déclaration d'engagement plaidant pour l'accès

18. Cette étude clinique avait pour objectif de surveiller les résistances et la tolérance à différents régimes associant des inhibiteurs de protéase. Il s'agissait également de comparer deux régimes d'observance aux ARV.

aux médicaments¹⁹, dans laquelle ils insistaient sur la nécessité de combiner, dès le début, l'accès aux soins avec une très forte dimension de surveillance et d'évaluation par des études cliniques :

« Une proportion importante des personnes recevant des traitements dans ces programmes sera aussi enrôlée dans des essais cliniques intensifs qui collecteront une information clinique, immunologique et virologique de pointe (...) Des programmes pilotes d'envergure associés avec des études cliniques rigoureuses sur le plan scientifique, permettront non seulement de rendre les traitements disponibles immédiatement mais également de collecter les données nécessaires pour améliorer le traitement dans le futur ».

Dès lors, comme l'annonce cette position commune, la généralisation des traitements a été associée à une expansion de la recherche biomédicale autour du VIH et des antirétroviraux, au Botswana comme dans d'autres pays africains, et a ouvert un vaste champ d'acteurs, de pratiques de coopération, d'innovation bio-scientifique, de développement thérapeutique et en santé publique, ce que le terme de « santé globale » revendique explicitement.

Proéminence des acteurs biomédicaux, marginalisation de la coopération traditionnelle : la santé globale comme champ d'opportunités

Les coopérations biomédicales qui ont favorisé la « massification » des antirétroviraux dans les années 2000 en Afrique se sont dessinées, dès les années 1980-1990, par des recherches virologiques, épidémiologiques, cliniques et en sciences sociales. Au Sénégal, en Ouganda ou au Botswana, les recherches sur la prévention de la transmission du VIH de la mère-enfant, l'observance des patients, les résistances aux médicaments et les systèmes de santé, etc., ont souvent précédé puis accompagné la mise sous traitement de dizaines de milliers de patients à travers le continent. Des cohortes ont ainsi été constituées, comptant parfois plusieurs milliers de patients, souvent concentrées dans quelques sites de recherche biomédicale situés dans certaines capitales africaines.

Ces recherches ont été financées par les grands instituts de recherche occidentaux, au premier rang desquels le National Institutes of Health (NIH), l'agence britannique de recherche médicale (Medical Research Council) ou encore l'Agence nationale de recherche sur le sida (ANRS) française ainsi que les acteurs pharmaceutiques et philanthropiques. La nouvelle « philanthropie biomédicale » qui sous-tend ces financements (Wadman, 2007) se traduit par la croissance exponentielle des départements de médecine et de santé globale dans la plupart des universités occidentales, en particulier aux États-Unis et un accroissement du nombre de projets de recherche médicale, programmes de formation des soignants, etc. (Macfarlane, Jacobs, Kaaya, 2008). Le traitement médical du sida a ainsi été associé à la création de niches scientifiques et

19. « Consensus Statement on Antiretroviral Treatment for AIDS in Poor Countries » adoptée le 4 avril 2001.

d'opportunités de carrières pour les cliniciens et les chercheurs ainsi que pour les chercheurs en sciences sociales²⁰. Une expérience dans le traitement et la recherche sur le sida – les deux étant étroitement liés – dans un pays africain est aujourd'hui de plus en plus valorisée (Crane, 2010).

Toutefois, ces alliances étroites (Botswana-Harvard, le partenariat entre l'école de santé publique Johns Hopkins en Ouganda, le Medical Research Council britannique au Kenya) demeurent déterminées, d'une part, par l'accessibilité des patients et la coïncidence entre les priorités biomédicales et l'épidémiologie d'une population et, d'autre part, l'état des structures sanitaires, la stabilité politique et l'efficacité de la régulation éthique. Ainsi, en plus des inégalités sanitaires, se dessinent ou se renforcent des inégalités entre États selon leur niveau de développement économique et sanitaire. Le cas botswanais illustre combien la situation sanitaire, économique, politique et sociale du pays façonne les modalités de coopération dans le domaine de la santé. En tant qu'État ayant eu une stratégie « développementaliste » de croissance (exploitation et exportation des ressources primaires, développement des infrastructures et politiques sociales) et, surtout, n'ayant pas eu à mettre en œuvre de politique de restriction budgétaire de type « ajustement structurel », le Botswana, malgré sa situation épidémiologique gravissime, présentait des avantages comparatifs pour les programmes de santé globale. Tout comme d'autres États qui, comme le Sénégal, ont un rôle actif dans les arènes internationales du sida (et du développement), le Botswana a pu s'appuyer sur ses compétences dans le champ du développement, qui ont été valorisées et actualisées dans le domaine de la lutte contre le sida. Si la coopération avec les États-Unis (plan PEPFAR) demeure essentielle, notamment pour financer des programmes développés par le partenariat Botswana-Harvard, le Botswana n'a pas eu à recourir au financement du Fonds mondial. Ce n'est pas le cas des pays en guerre ou des États plus pauvres, aux infrastructures effondrées, qui offrent peu de perspectives de réussite pour la recherche biomédicale. Ceux-ci relèvent davantage d'une solidarité thérapeutique internationale qui, depuis les années 1980-1990, s'appuie sur des réseaux de patients et d'ONG pour amener les médicaments jusqu'aux patients séropositifs. Le Fonds mondial de lutte contre le sida et le paludisme a représenté une tentative de contrer ces inégalités mais les dispositifs de « santé globale » s'en distinguent en mettant en jeu des configurations à géométrie variable qui ont tendance à renforcer des inégalités entre les États dans l'accès aux ressources de ce type de coopération : expertise technique, ressources humaines, médicaments, etc. et parfois à déséquilibrer les systèmes de santé en se focalisant exclusivement sur le VIH.

20. La place et le rôle des sciences sociales dans les contextes biomédicaux pose une multitude de questionnements récemment débattues, voir notamment Chabrol (2008), Couderc (2011) et Vidal (2010).

Enfin, la « santé globale » soulève des incertitudes politiques. Les acteurs biomédicaux sont devenus les interlocuteurs privilégiés des autorités sanitaires dans la mise en place de politiques publiques et les résultats de leurs recherches orientent les décisions politiques dans le domaine de la santé publique (politique de dépistage et de prévention, organisation des soins, etc.). Cela explique largement que les politiques face au sida se concentrent sur le médicament à des fins thérapeutiques et, de plus en plus, à des fins préventives, dans le cadre d'une biomédicalisation de la lutte contre le sida en Afrique qui se met en œuvre au détriment d'interventions structurelles de long terme (Bajos *et alii*, 2010). La dépendance des États envers cette coopération entraîne donc, en plus des tensions inhérentes liées à l'inégalité entre les partenaires (Crane, 2010), des incertitudes qui pèsent sur l'avenir de ces programmes, leur orientation politique comme leur financement dans les prochaines décennies. Le risque de dépendre des acteurs biomédicaux internationaux, fussent-ils particulièrement impliqués pour la santé publique locale, est renforcé par la perte de vitesse des acteurs de coopération traditionnelle (États, agences internationales), y compris des ONG humanitaires et des nouveaux mécanismes de financement.

CONCLUSION

En une décennie, grâce à une mobilisation étatique soutenue par des partenaires biomédicaux, le Botswana est parvenu à infléchir le drame du sida : plus de 95 % des personnes séropositives ayant besoin de traitement y ont accès, la mortalité liée au VIH a baissé tout comme l'incidence du VIH : le taux de séroprévalence au VIH parmi les adultes a baissé de 24,7 % en 2001 à 17,6 % en 2008²¹. Le Botswana a été érigé en modèle de mobilisation face au sida. Cet article a démontré combien le cas botswanais était exemplaire de la transformation des acteurs et des enjeux de prise en charge du sida. Les politiques de santé sont de plus en plus déterminées par l'attractivité de certains sites pour des interventions de santé publique, qui sont associées à la conduite d'essais cliniques, la formation de médecins, et dépendent dès lors fortement des priorités de développement scientifique et technologique des agences de recherche, universités et fondations au Nord. Avec la perte de vitesse des approches multilatérales, la crise du Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme, cette tendance a vocation à se renforcer. Les agencements d'intérêts philanthropiques, pharmaceutiques et biomédicaux constituent un pouvoir face auxquels les États ne sont pas toujours en mesure d'être un interlocuteur engagé comme le Botswana. La biomédicalisation des interventions sanitaires, en formulant des promesses, est également susceptible de produire de nouvelles inégalités et incertitudes pour la santé publique en Afrique.

21. Voir le rapport : *Botswana AIDS Impact Survey III*, National AIDS Coordinating Agency (2008), Gaborone, Botswana.

BIBLIOGRAPHIE

- Altman D., 1999, « Globalization, Political Economy, and HIV/AIDS », *Theory and Society*, vol. 28, n° 4, pp. 559-584.
- Angell M., 1997, « The Ethics of Clinical Research in the Third World », *New England Journal of Medicine*, vol. 337, n° 12, pp. 847-849.
- Atlani-Duault L., 2009, *Au bonheur des autres, Anthropologie de l'aide humanitaire*, Paris, Armand Colin.
- Bajos N., Dubois-Arber F., Nguyen V.-K., Meyer L., 2010, « La consécration du paradigme biomédical de la prévention ? », *Transcriptases*, n° 144.
- 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.
- Cassier M., 2002, « Propriété industrielle et santé publique », *Projet*, n° 270, pp. 47-55.
- Chabrol F., 2002, « Le sida en Afrique subsaharienne : perceptions d'un enjeu de sécurité internationale », *La revue internationale et stratégique*, n° 46, pp. 129-136.
- Chabrol F., 2008, « Enquêter en milieu convoité : les terrains surinvestis de l'anthropologie ». in Fassin D., Bensa A. (dir.), *Les politiques de l'enquête*, Paris, La Découverte, pp. 229-244.
- Chabrol F., 2012, *Prendre soin de sa population. Le sida au Botswana, entre politiques globales du médicament et pratiques locales de la citoyenneté*, Thèse de sociologie, Paris, École des hautes études en sciences sociales (EHESS).
- Couderc M., 2011, *Analyse anthropologique d'un centre de recherche clinique sur le VIH à Dakar, Sénégal*, Université d'Aix-en-Provence, Thèse en anthropologie.
- Crane J. T., 2010, « Unequal "Partners". AIDS, Academia, and the Rise of Global Health », *Behemoth*, vol. 3, n° 3, pp. 78-97.
- Dixneuf M., 2003, « La santé, enjeu de la gouvernance mondiale ? », *Les études du CERI*, n° 99, Paris, Fondation nationale des sciences politiques.
- Dozon J.-P., Fassin D., 1989, « Raison épidémiologique et raisons d'État : les enjeux sociopolitiques du sida en Afrique », *Sciences sociales et santé*, vol. 7, n° 1, pp. 21-36.
- Eboko F., 2005a, « Sida : des initiatives locales sous le désordre mondial », *Esprit*, n° 317, pp. 200-211.
- Eboko F., 2005b, « Le droit contre la morale ? L'accès aux médicaments contre le sida en Afrique », *Revue internationale des sciences sociales*, n° 186, pp. 789-798.
- Edge W. A., 1998. « Botswana: A Developmental State » in Edge W. A., Lekorwe M. H. (dir.), *Botswana: Politics and Society*, Pretoria, JL van Schaik Publishers, pp. 333-348.
- Farley J., 2004, *To Cast Out Disease: A History of the International Health Division of the Rockefeller Foundation (1913-1951)*, New York, Oxford University Press.
- Fassin D., 2000, « Une crise épidémiologique dans les sociétés de post-apartheid : le sida en Afrique du Sud et en Namibie », *Afrique contemporaine*, n° 195, pp. 105-115.
- Fassin D., 2002, « Le sida comme cause politique », *Les temps modernes*, n° 620, pp. 312-331.
- Fassin D., 2012, « Of What Global Health is the Name? » in Inhorn M., Wentzell E. A. (dir.), *Medical Anthropology at the Intersections*, Durham, Duke University Press, pp. 95-115.
- Foucault M., 1997, *Il faut défendre la société. Cours au collège de France, 1975-1976*, Paris, Gallimard.
- Gilbert H., 2009, *Spinning Blood into Gold: Science, Sex Work and HIV-2 in Senegal*, PhD dissertation, Montréal, McGill University.

- Good K., 1996, « Authoritarian Liberalism: A Defining Characteristic of Botswana », *Journal of Contemporary African Studies*, vol. 14, n° 1, pp. 29-51.
- Harvard Business School, 2001, « Merck Global Health Initiatives (B): Botswana », 9-301-089, Boston (Mass.), Harvard Business School Case.
- Janes C., Corbett K., 2010, « Anthropology and Global Health » in Good B. J., Fischer M. M. J., Willen S. S., DelVecchio Good M. J. (dir.), *A Reader in Medical Anthropology: Theoretical Trajectories, Emergent Realities*, New York, John Wiley & Sons, pp. 405-421.
- King N. B., 2002, « Security, Disease, Commerce », *Social Studies of Science*, vol. 32, n° 5-6, pp. 763-789.
- Lachenal G., 2006, « Scramble for Cameroon. Virus atypiques et convoitises scientifiques au Cameroun, 1985-2000 » in Denis P., Becker C. (dir.), *L'épidémie du sida en Afrique subsaharienne : regards historiens*, Paris, Karthala, pp. 273-307.
- Lakoff A., Collier S. J., 2008, *Biosecurity Interventions: Global Health & Security in Question*, Columbia University Press.
- Macfarlane S., Jacobs M., Kaaya E., 2008, « In the Name of Global Health: Trends in Academic Institutions », *Journal of Public Health Policy*, vol. 29, n° 4, pp. 383-401.
- Nguyen V.-K., 2012, « Anthropology and Global Health » in Schrecker T. (dir.), *The Ashgate Research Companion to the Globalization of Health*, Londres, Ashgate, pp. 79-96.
- Packard R., Epstein P., 1991, « Epidemiologists, Social Scientists, and the Structure of Medical Research on Aids in Africa », *Social Science & Medicine*, vol. 33, n° 7, pp. 771-783.
- Petryna A., 2009, *When Experiments Travel: Clinical Trials and the Global Search for Human Subjects*, Princeton University Press.
- Pfeiffer J., Nichter M., 2008, « What Can Critical Medical Anthropology Contribute to Global Health? », *Medical Anthropology Quarterly*, vol. 22, n° 4, pp. 410-415.
- Schneider W. H., 2002, *Rockefeller Philanthropy and Modern Biomedicine: International Initiatives from World War I to the Cold War*, Bloomington, Indiana University Press.
- Vidal L., 2010, *Faire de l'anthropologie : santé, science et développement*, Paris, La Découverte.
- Wadman M., 2007, « Biomedical Philanthropy: State of the donation », *Nature*, n° 447 (7142), 17 mai, pp. 248-250.
- Wendland C., 2008, « Research, Therapy, and Bioethical Hegemony: The Controversy over Perinatal AZT Trials in Africa », *African Studies Review*, vol. 51, n° 3, pp. 1-23.

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

SANTÉ ANIMALE ET SANTÉ GLOBALE : LA GRIPPE AVIAIRE EN ASIE*

Frédéric Keck**

Cet article présente les mesures de lutte contre la grippe aviaire en Asie depuis 1997 en interrogeant l'élargissement des dispositifs de biosécurité à des préoccupations de biodiversité et de développement. En montrant comment la grippe aviaire a intégré la santé animale à la santé globale, il apporte un éclairage sur la genèse de dispositifs du type « Un monde, une santé », qui anticipent l'émergence des agents infectieux à l'interface entre les hommes, les animaux et l'environnement. Examinant les techniques de l'abattage, de la vaccination et de la surveillance, et leurs combinaisons dans les différents pays asiatiques, il conclut sur la mise en place d'une forme normative nouvelle : la sentinelle qui alerte sur les menaces environnementales à venir.

Mots clés : Grippe aviaire, santé globale, « Un monde, une santé », biosécurité, surveillance, sentinelle.

Parmi les principes normatifs de la « santé globale » est récemment apparu celui-ci : « Un monde, une seule santé » (*One World, One Health*). Ce principe généralise les approches « éco-pathologiques » des années 1970 en introduisant la dimension environnementale dans le suivi des épidémies au niveau global. Repris par les grandes organisations internationales (Organisation mondiale de la santé, Organisation mondiale de la santé animale, Food and Agriculture Organisation), il implique de coordonner les réseaux de surveillance en santé humaine et santé animale afin de détecter à l'avance les pathogènes qui mutent dans un réservoir animal et franchissent les barrières d'espèces. L'apparition de

* Je remercie Muriel Figuié et les deux lecteurs anonymes pour leurs remarques. Cette recherche a été rendue possible par une bourse de la Fondation Fyssen autour d'un programme intitulé « Anthropologie comparée de la grippe aviaire » en 2008-2009.

** Laboratoire d'anthropologie sociale (CNRS), frederic.keck@college-de-france.fr

ce principe dans les institutions internationales est indissociable de l'émergence de la grippe aviaire en Asie et dans le reste du monde : il prolonge et étend les efforts menés pour lutter contre cette zoonose¹.

Revenir sur l'histoire récente de la grippe aviaire permet donc de décrire comment les questions de santé animale ont été intégrées dans la santé globale, ouvrant ainsi un nouveau chapitre dans l'étude de ce domaine (Janes, Corbett, 2009). Les préoccupations pour la biosécurité, c'est-à-dire le lien entre des menaces sanitaires et des menaces militaires dans le cadre de la lutte contre le bioterrorisme, ont joué ici un rôle central. Elles soulignaient en effet l'incertitude du comportement des agents biologiques, que ce soit dans leurs manipulations en laboratoire ou dans leurs mutations naturelles, ainsi que les vulnérabilités qu'elles mettent en lumière dans les organisations sociales (Lakoff, Collier, 2008). Le thème des maladies infectieuses émergentes, qui s'est imposé dans les années 1990 comme un nouveau paradigme pour les autorités de santé internationales, a fait considérer l'apparition d'un nouveau virus comme un problème immédiatement global. On considère en effet que l'intensification des techniques d'élevage et de transport des animaux, amplifiée par les déplacements des populations humaines, multiplie les chances d'émergence et de diffusion de pathogènes franchissant les barrières d'espèces (Moutou, 2007)². Il faut donc voir comment cette logique globale de la biosécurité est entrée en tension avec les logiques locales dans le domaine de la santé animale. Une telle approche a été qualifiée de « biosociale » au sens où elle met en rapport les données épidémiologiques avec l'analyse des contextes politiques et environnementaux (Kleinman *et alii*, 2008). Elle implique l'anthropologie dans la construction et la gestion des incertitudes sur le comportement des virus de grippe (Atlani-Duault, Kendall, 2009).

Le cas de la grippe aviaire en Asie met en lumière des relations complexes entre biosécurité et développement. La mobilisation des organisations internationales contre les « maladies infectieuses émergentes » opère une forte rupture avec les politiques de développement, puisqu'il considère le renforcement des économies émergentes comme une menace pour la santé des économies développées. Selon un rapport de la FAO (Wagner, 2002), le secteur de l'élevage en Asie a progressé de 3,3 % par an, alors que l'agriculture n'a progressé que de 1,4 %. La densité de certaines zones d'élevage peut atteindre 5 000 volailles/km². Le nombre de volailles en Chine est passé de 13 millions à 13 milliards entre 1968 et 1997 (Greger, 2006, p. 73). En empruntant un modèle d'élevage industriel aux pays développés, les pays émergents susciteraient de nouvelles menaces

1. Le slogan « *One World One Health* » a été lancé en 2004 par la Wildlife Conservation Society aux États-Unis, lors d'un colloque organisé à New York, et a fait depuis l'objet d'une promotion par cette association dans d'autres colloques organisés en Thaïlande, en Chine ou au Brésil (<http://www.oneworldonehealth.org/>).

2. Il y a cependant d'autres facteurs d'émergence que les conditions d'élevage animal : la déforestation, le changement climatique, l'urbanisation...

qui sont, dans les pays développés, contrôlées par la biosécurité. Mais en touchant massivement les élevages des pays du Sud, la grippe aviaire pose aussi des problèmes de sécurité alimentaire³, c'est-à-dire de garantie d'un apport protéique suffisant, et elle atteint les relations traditionnelles entre humains et animaux. Cette relation ambivalente entre biosécurité et sécurité alimentaire, entre santé globale et développement, entre préparation aux catastrophes et attachements aux relations, sera ici au cœur de l'analyse des politiques asiatiques contre la grippe aviaire.

ÉPIDÉMIOLOGIE DU VIRUS H5N1 : DE LA PANZOTIE À LA PANDÉMIE

La mobilisation globale contre la grippe aviaire commence en 1997 avec l'émergence à Hong Kong d'un nouveau virus qui infecte 5 000 volailles et 18 personnes, dont 6 décèdent. Ce virus est appelé H5N1 Hautement Pathogène, en référence au nom des protéines de l'hémagglutinine et de la neuraminidase qui commandent l'entrée et la sortie du virus dans les cellules. Il diffère du virus H3N2 qui était également apparu à Hong Kong en 1968, puis s'était répandu au reste du monde en tuant environ 1 million de personnes. Depuis les années 1950, on sait que les virus de grippe mutent et se réassortissent chez les oiseaux, où ils circulent à l'état le plus souvent faiblement pathogène, avant de passer à l'homme, souvent par le « véhicule intermédiaire » du porc. Les chercheurs du département de microbiologie de l'Université de Hong Kong ont formulé l'hypothèse selon laquelle le Sud de la Chine est un « épïcêtre » des pandémies de grippe, du fait d'un système agricole qui rapproche les canards, les porcs et les humains (Shortridge, Stuart-Harris, 1982). Ils lancent donc l'alerte sur la capacité du virus H5N1 à causer une nouvelle pandémie de grippe : certains modèles, basés sur les estimations de la « grippe espagnole » de 1918, donnent un nombre de victimes pouvant aller jusqu'à 60 millions. Le contexte de la rétrocession de Hong Kong à la Chine a pu attiser ces tensions, car il a conduit les microbiologistes, le plus souvent formés dans l'école australienne, à être attentif aux menaces sanitaires venant du continent chinois.

L'abattage d'1,5 million de volailles en novembre 1997 permet d'éradiquer provisoirement le virus. Mais celui-ci continue à circuler en Chine continentale : les études actuelles remontent à une première souche H5N1 chez des oies d'élevage du Guangdong (Li *et alii*, 2004 ; Duan *et alii*, 2008). Le virus réapparaît régulièrement à Hong Kong, soit en provenance des volailles vivantes importées de Chine, soit par les oiseaux sauvages. En 1999, un virus H9N2 apparaît à

3. Il faut distinguer en ce sens *food security* et *food safety* : la grippe aviaire est un problème pour le premier sens lorsqu'elle conduit à abattre des élevages à titre préventif, elle est un problème au second sens lorsqu'elle se transmet par le contact avec des volailles vivantes.

Hong Kong, conduisant à la mort de deux enfants et à l'abattage d'1 million de volailles.

En février 2003, une souche de H5N1 est détectée à Hong Kong sur deux personnes dont l'une décède. Au même moment, un nouveau virus mystérieux cause des pneumonies atypiques dans le Guangdong et à Hong Kong. Après avoir cru qu'il s'agissait du H5N1, les chercheurs de l'Université de Hong Kong identifient le coronavirus responsable de la maladie, appelée SRAS, et en repèrent le réservoir animal chez les chauve-souris par l'intermédiaire des civettes (Abraham, 2007). Le succès de la lutte contre le SRAS conduit à renforcer les dispositifs de surveillance des maladies infectieuses émergentes au niveau animal.

Au même moment, le virus H5N1 se diffuse du sud de la Chine vers le reste de l'Asie. La notification par la Corée du Sud en décembre 2003 d'un foyer de grippe aviaire hautement pathogène à l'Office international des épizooties (renommée depuis Organisation mondiale de la santé animale) marque officiellement le début de la panzootie⁴. Le Japon déclare également trois foyers de volailles en janvier 2004, avec des corneilles infectées à proximité. Si la souche V se diffuse au nord de l'Asie, la souche Z se diffuse au sud, touchant l'Indonésie en décembre 2003, puis le Vietnam, le Laos, le Cambodge et la Thaïlande en janvier 2004, enfin la Malaisie en août (Wang *et alii*, 2008).

En avril 2005, plus de 6 000 oiseaux sauvages meurent au lac Qinghai, situé à l'ouest de la Chine, porteurs de plusieurs génotypes du virus H5N1. À la suite de cet événement, le virus est identifié dans des fermes de volailles au cours de l'été en Russie, au Kazakhstan et en Mongolie, avant d'apparaître en Roumanie et en Turquie au mois d'octobre. Il est ensuite déclaré dans différents pays européens, en Égypte et au Nigeria. L'Égypte est le seul pays hors d'Asie où de nombreux cas humains de H5N1 sont déclarés (158 en novembre 2012). Le bilan humain le plus lourd concerne l'Indonésie (191 cas déclarés), la Chine (43), le Vietnam (123), la Thaïlande (25) et le Cambodge (21). En novembre 2012, selon l'OMS, 659 cas humains ont été confirmés porteurs du H5N1, dont 359 sont décédés.

La grippe aviaire est donc restée majoritairement une maladie animale ; mais la létalité du virus H5N1, sa capacité à muter en permanence et la diffusion rapide de l'épizootie ont conduit à annoncer une possible pandémie. On estime que pour une personne humaine décédée du H5N1, 1 million de volailles sont mortes, soit par infection soit par abattage (Sipress, 2009, p. 327). L'émergence d'un nouveau virus de grippe H1N1 en 2009 au Mexique, issu d'un réassortiment entre des virus aviaire et porcin, a suscité une mobilisation globale des autorités sanitaires. Ce virus était moins létal mais plus contagieux que le virus H5N1, et

4. Pour l'OIE, il y a panzootie quand une maladie animale s'étend à une population animale sur un ou plusieurs continents. La panzootie annonce mais ne déclenche pas nécessairement une pandémie, car elle ne préjuge pas de la transmissibilité inter-humaine de la maladie.

s'est répandu sur la planète en quelques mois. À l'été 2012, un virus H7N3 a tué près de 100 000 volailles au Mexique, conduisant à l'abattage de 11 millions de volailles ; cependant, ce virus ne se transmettait pas aux humains. Les mesures de lutte contre la grippe aviaire ont donc deux objectifs : d'une part, retrouver le statut indemne de l'élevage afin de pouvoir à nouveau vendre des volailles publiquement ou exporter, d'autre part, éviter la transmission du virus aux humains. L'écart entre ces deux types de logique, économique et sanitaire, explique la difficulté à faire accepter ces mesures.

MESURES DE BIOSÉCURITÉ : ABATTAGE, VACCINATION, SURVEILLANCE

L'abattage des volailles est la première des réponses en situation d'urgence. Il s'agit à la fois d'éradiquer le réservoir animal du virus et de retrouver un statut de pays indemne. La première justification est plus acceptable dans le public que la seconde car les décès humains suscitent de fortes émotions collectives et des demandes de réparation, alors que l'abattage répond à des impératifs économiques de circulation des animaux considérés comme des marchandises.

Les premiers grands abattages de volailles pour une grippe aviaire non transmissible à l'homme eurent lieu en Pennsylvanie en 1983 (17 millions de volailles) (Greger, 2006, p. 224) et au Mexique en 1994 (26 millions de volailles). Ils sont corrélatifs de l'industrialisation de l'élevage de volailles, en réponse à une consommation accrue de viande de volaille (Striffler, 2005). Même s'ils peuvent toucher de petits élevages, ces abattages ont le plus souvent pour fonction d'éviter la contagion dans les grands élevages industriels, rendus vulnérables par l'homogénéité génétique. Ces abattages sont en général effectués par le personnel du ministère de l'Agriculture et recourent à la crémation ou au gaz. Ils sont suivis de périodes de quarantaine au cours de laquelle les fermes sont entièrement nettoyées (Keck, 2012a).

Les abattages de volailles qui eurent lieu en Asie suscitèrent une indignation morale, notamment chez les bouddhistes qui organisèrent des cérémonies de prière pour les âmes des oiseaux morts. La dimension morale de l'attachement aux animaux (Porcher, 2002) est souvent évacuée de l'analyse des politiques de biosécurité, qui s'en tiennent au problème économique des compensations données par les autorités sanitaires aux éleveurs pour leur permettre de reconstituer leur élevage. Les grands élevages industriels parviennent davantage que les petits élevages traditionnels à faire pression sur les gouvernements pour obtenir des compensations, et peuvent également mieux amortir le coût de ces abattages réguliers.

Les mesures de biosécurité concernent aussi les lieux où les volailles sont vendues. Traditionnellement, les consommateurs de volailles en Asie du Sud-Est

les achètent vivantes, afin de garantir leur état sanitaire, et inspectent leur cloaque sur les échoppes. Cette tradition augmente le risque de transmission du H5N1 des oiseaux aux humains et a donc été encadrée dans la plupart des pays concernés (Woo, Lau, Yuen, 2006). À Hong Kong, un marché central a été construit à Cheung Sha Wan en 1997 pour éviter que les consommateurs n'achètent directement leurs volailles chez les fermiers : les volailles y sont inspectées avant d'être redistribuées vers les marchés au détail. Ceux-ci sont séparés du reste du marché par des couloirs où les consommateurs sont avertis du risque de transmission de grippe aviaire et avisés de ne pas emporter de volailles vivantes chez eux. En Chine continentale, certaines échoppes de volailles sont protégées par des vitres, derrière lesquelles les clients peuvent choisir leurs volailles vivantes avant de les récupérer en morceaux. À Hong Kong comme au Vietnam, les projets de construction d'abattoirs pour les volailles se heurtent à la résistance des populations locales.

La vaccination a été adoptée par les gouvernements qui soutenaient l'élevage industriel, comme la Chine ou le Vietnam. Mais elle pose des problèmes spécifiques, car on n'utilise pas le même vaccin pour des poulets, des canards, des oies ou des cailles : la composition du vaccin, le mode d'administration, le calendrier vaccinal varient d'une espèce à une autre. En outre, l'administration massive de vaccins a pu favoriser certaines souches de grippe aviaire en éliminant les souches concurrentes. Enfin, la vaccination peut protéger d'une forme clinique grave, alors que le virus continue de circuler sous forme atténuée et d'infecter d'autres élevages par les échanges commerciaux (Hinrichs, Otte, Rushton, 2010).

La vaccination humaine pose d'autres problèmes. Tant que le virus de la grippe aviaire passe seulement entre oiseaux ou d'oiseau à homme, il est impossible de fabriquer un vaccin pour les humains. Les entreprises pharmaceutiques ont construit un squelette de vaccin dans lequel elles peuvent insérer l'amorce de virus pandémique – ce qu'elles ont fait en 2009 avec le virus H1N1. En 2007, des discussions eurent lieu entre le groupe Baxter et le ministère de la Santé indonésien afin d'échanger des souches de H5N1 prélevés sur des humains contre des vaccins fabriqués à partir de ces souches. Les autorités indonésiennes menaçaient de ne plus donner leurs souches sans cet accord, puis, au terme d'un véritable bras de fer, acceptèrent de livrer leurs souches à l'OMS contre des subventions importantes (Fidler, 2010).

L'OMS assure la coordination des politiques vaccinales contre la grippe en définissant les seuils au-delà desquels un virus est considéré comme pandémique⁵.

5. En janvier 2009, l'OMS modifia la définition d'un virus pandémique en retirant le nombre de morts humains comme critère pertinent, ne retenant plus que sa diffusion sur trois continents. Cette modification a facilité le déclenchement de la campagne massive de vaccination lorsque le virus H1N1 fut déclaré pandémique en juin 2009 malgré l'incertitude sur sa létalité.

Il faut remarquer que les entreprises pharmaceutiques qui investissent dans les vaccins pandémiques sont rares et majoritairement européennes, car les incertitudes sur ces vaccins en font des investissements risqués – aussi bien pour ses effets secondaires (on se rappelle que la vaccination de 1976 contre la grippe porcine avait été associée à des syndromes de Guillain-Barré aux États-Unis) que pour le comportement des populations (les autorités sanitaires attendaient une ruée sur les vaccins et ont plutôt dû répondre à la diffusion de rumeurs).

Si l'abattage et la vaccination sont de plus en plus contestés, aussi bien économiquement que moralement, la surveillance active semble être le mode de contrôle le plus léger⁶. Il s'agit de prélever régulièrement des échantillons sur les oiseaux, soit directement par la trachée ou le cloaque, soit indirectement par les déjections. Ces prélèvements sont ensuite analysés en laboratoires ; les virus identifiés sont séquencés génétiquement et reliés les uns aux autres par des arbres phylogénétiques. L'objectif de ces mesures est d'abord de distinguer les virus faiblement pathogènes des virus hautement pathogènes, car l'examen clinique d'un spécimen ne le permet pas. Il s'agit ensuite de retracer le parcours des virus entre espèces afin d'anticiper un possible passage à l'homme : on distingue alors des dérives génétiques (*shifts*) et des cassures (*drifts*). La constitution de banques de données génétiques comme *GenBank* permet d'analyser ces mutations de n'importe quel laboratoire de la planète, en demandant éventuellement l'échange de souches virales pour confirmer un diagnostic (Keck, à paraître).

La surveillance pose cependant des problèmes d'acceptabilité. Les canards, notamment, sont des cibles privilégiées pour la surveillance car ils sont porteurs sains du virus, qu'ils excrètent en permanence par les voies digestives de façon asymptomatique. La surveillance d'un élevage de canards dans une logique de biosécurité peut ainsi révéler une présence importante de H5N1 et conduire à un abattage massif. Elle se heurte alors à d'autres conceptions de la surveillance, qui insistent davantage sur la préservation du troupeau et le renforcement de son immunité naturelle. En outre, la capacité à franchir les barrières d'espèces est un critère pour les virologues qui fait peu de sens pour les éleveurs : la grippe aviaire peut être faiblement pathogène chez les volailles et hautement pathogène chez les humains⁷, ou bien elle peut se présenter avec les mêmes symptômes que d'autres maladies non zoonotiques comme la maladie de Newcastle (Higgins, Shortridge, 1988).

Un compromis pourrait être trouvé dans la technique des volailles « sentinelles » utilisée à Hong Kong. Certaines volailles ne sont pas vaccinées de façon à lancer l'alerte en cas d'introduction de virus de grippe aviaire dans la ferme. Le

6. On parle de surveillance passive lorsque les cas sont reportés au lieu d'être anticipés. L'OIE a favorisé l'abattage dans les pays ne pratiquant pas la surveillance active afin de les y encourager, même s'ils pratiquaient par ailleurs la surveillance passive.

7. C'est le cas notamment de la souche H7N9 qui a fait une dizaine de morts à Shanghai en mars-avril 2013.

temps d'incubation du virus étant de 2 à 3 jours, ces morts précoces permettent de détecter les formes atténuées du virus dans la ferme et ses environs. Si ce dispositif conduit le plus souvent à l'abattage de l'élevage, il est possible d'étendre ce raisonnement à d'autres situations où les animaux sont surveillés pour anticiper les mutations du virus, notamment dans des zones de développement où la densité des élevages augmente.

L'examen de ces trois techniques de lutte contre la grippe aviaire confirme le diagnostic de Stephen King selon lequel la « vision du monde par les maladies infectieuses émergentes » est une « clinique globale » concernée moins par le contrôle des territoires (comme la quarantaine) que par la circulation des produits médicaux : vaccins, antiviraux et échantillons (King, 2002). Selon l'analyse de King, cette « clinique globale » se distingue de la « médecine tropicale » en ce qu'il ne s'agit plus de convertir les pays colonisés à la médecine coloniale, par des pratiques de traduction des conceptions locales de la maladie, mais de développer des technologies permettant de faire remonter les signaux d'une menace qui peut apparaître en n'importe quel point du globe. Le développement ne porte pas tant ici sur les infrastructures médicales qui équipent un territoire que sur les systèmes d'alerte qui permettent d'éviter la diffusion d'une pandémie. Pour autant, ces systèmes d'alerte sont-ils mis en place de la même façon dans tous les pays ?

DU GLOBAL AU LOCAL : POLITIQUES NATIONALES DE LA GRIPPE AVIAIRE EN ASIE

Après 2005, la mobilisation contre la grippe aviaire a suscité une alliance entre l'Organisation mondiale de la santé (dirigée par Margaret Chan, qui fut directrice de la Santé à Hong Kong lors des crises H5N1 en 1997 et du SRAS en 2003), l'Office international des épizooties (qui s'est rebaptisé, sous la direction de Bernard Vallat, Organisation mondiale de la santé animale) et l'Organisation de l'alimentation et de l'agriculture (FAO). Avec l'appui de ces trois organisations internationales, les spécialistes de la grippe se sont réunis régulièrement (à Charm el-Cheikh, Vérone...) pour établir des « lacunes dans la connaissance » (*gaps in knowledge*) des conditions de transmission de la grippe des oiseaux aux humains (FAO, OIE, WHO, 2010). Dans ce cadre, le Global Early Warning System (GLEWS) vise à coordonner les réseaux de surveillance de ces institutions pour détecter les pathogènes qui apparaissent en même temps chez les animaux et les humains. Il vise à renforcer les capacités de surveillance et de contrôle dans les systèmes vétérinaires et médicaux des pays concernés.

Au niveau interrégional en Asie, il faut souligner le rôle de l'Association des Nations d'Asie de l'Est (Asean), créée en 1967. Lors de son onzième sommet à Kuala Lumpur en décembre 2005, en pleine diffusion de la grippe aviaire en

Asie, ces États s'engageaient par une déclaration commune à la transparence dans la communication sur les cas de grippe aviaire et à l'adoption de mesure de préparation à la pandémie (Thomas, 2006). Par la suite, l'Asean créa une « *task force* » sur la grippe aviaire, un comité d'expert sur les maladies contagieuses et un fond consacré à la santé animale (Bethe, 2006, p. 36).

Les relations entre Hong Kong et la Chine continentale sont révélatrices des tensions que suscite cette mobilisation globale. Après la crise du SRAS, au cours de laquelle la Chine a tardé à déclarer les cas humains de la nouvelle maladie, Hong Kong a joué le rôle de « sentinelle » pour la grippe aviaire, en renforçant son système de surveillance à la fois chez les humains et chez les animaux⁸ (Keck, 2010). Mais en poussant les éleveurs de volailles à la retraite par un Voluntary Surrender Act, le gouvernement hongkongais a également accru la dépendance du territoire à l'égard de la Chine pour les importations de volailles vivantes. Il a ainsi perdu le savoir de ces éleveurs dans l'appropriation des techniques vétérinaires et la conservation de races locales (Liu, 2008). Ceux qui restent (une trentaine de fermes) sont devenus des entrepreneurs conscients d'effectuer une activité lucrative mais risquée, appuyés sur le marché chinois pour garantir leurs investissements.

À l'inverse, en Chine, les cas de grippe aviaire transmise aux humains ont été plus facilement déclarés après 2005, dans le cadre d'un changement de politique du ministère de la Santé, mais les mesures concernant les élevages sont restées dispersées afin de préserver une filière avicole en pleine expansion. Si quelques études montrent l'impact des mesures d'abattage sur les communautés locales (Zhang, Pan, 2008), on connaît encore mal l'incidence de la grippe aviaire sur les élevages chinois. En septembre 2007, 30 000 canards moururent du H5N1 dans le district de Panyu, proche de Canton, et 150 000 poulets furent abattus. Le ministère de l'Agriculture à Canton avait déjà géré neuf autres cas depuis 2004. La proximité entre canards et poulets dans un même élevage pose problème, à la fois parce que les canards sont supposés être porteurs sains du virus, et parce qu'ils ne peuvent pas recevoir les vaccins en même temps que les poulets, du fait de leur plus courte durée de vie. La fabrication d'un vaccin adapté aux canards est devenue un objectif important de la politique vétérinaire de la Chine.

Le cas de Taïwan offre un contraste intéressant avec la situation en Chine et à Hong Kong. Après avoir subi de plein fouet l'épidémie de SRAS en mai-juin 2003, Taïwan investit massivement dans la lutte contre les maladies infectieuses émergentes et en fit un moteur de sa coopération internationale, notamment en vue de sa reconnaissance par l'OMS. Les personnes revenant de pays où le

8. « Les études sur l'écologie de l'influenza conduites à Hong Kong depuis les années 1970, dans lesquelles Hong Kong a fonctionné comme un poste de sentinelle pour la grippe, ont indiqué qu'il serait possible, pour la première fois, de faire de la préparation à la grippe au niveau du terrain aviaire. » (Shortridge, Peiris, Guan, 2003, p. 70).

H5N1 avait été déclaré recevaient des conseils de prévention, et il était interdit de nourrir les oiseaux dans les parcs (Rollet, 2010, pp. 202-238). Grâce à ces mesures, aucun cas de H5N1 n'a été déclaré sur des humains ou des volailles à Taïwan. Cependant, en mars 2012, un foyer de 60 000 volailles mortes du H5N2 fut déclaré à l'OIE trois mois après son apparition réelle : le gouvernement avait dissimulé ce foyer pendant la campagne pour l'élection présidentielle. Le directeur de l'administration de la quarantaine dut en conséquence démissionner. Au mois de juillet 2012, des oiseaux porteurs du H5N1 étaient découverts à l'aéroport de Taipei après avoir été importés illégalement en provenance de Macao. Les relations commerciales de plus en plus intenses entre Taïwan et la Chine rendent inévitable une épidémie de H5N1 aux yeux des responsables de la santé publique taïwanaise, qui s'y préparent activement comme à d'autres menaces issues du continent chinois.

La péninsule indochinoise montre d'autres contrastes. La Thaïlande, quatrième pays exportateur de volailles au monde et premier en Asie, a constitué une filière d'élevage avicole industriel sous la direction de la firme Charoen Pokpand (CP). Son revenu annuel est évalué entre 1,2 et 1,5 milliard de dollars (Thomas, 2006, p. 925). Cette industrie a donc pu investir massivement dans les mesures de biosécurité et profiter de l'avantage acquis pour prendre des parts de marché à l'élevage traditionnel. La compensation offerte par le gouvernement aux éleveurs pour les abattages était d'un dollar par volaille, ce qui est estimé insuffisant pour encourager les éleveurs à déclarer tous leurs cas. Du fait de la grande partie de l'élevage réservé à l'exportation, le gouvernement thaïlandais choisit de ne pas vacciner, mais il stocka du Tamiflu en prévision d'une pandémie (Auewarakul, Hanchaoworakul, Ungchusak, 2008). En 2004, le Département de développement de l'élevage lança une grande campagne de surveillance appelée « Rayons X pour la grippe aviaire » visant à tester les volailles deux fois par an, pour le Nouvel An chinois et pour la saison des pluies.

Le Vietnam, au contraire, a décidé de vacciner massivement sa population de volailles. Après avoir tardé à déclarer les premiers cas entre juin et septembre 2003, du fait de l'organisation des jeux d'Asie du Sud-Est, le gouvernement vietnamien a fait de la grippe aviaire une cause nationale, abattant 17 % de l'élevage avicole, soit 14 millions de volailles. Les compensations, de l'ordre de 0,3 dollar par volaille abattue, sont considérées comme insuffisantes. Les éleveurs accusèrent les vétérinaires de détourner les vaccins pour les revendre : « Les vétérinaires d'État ont leur propre boutique, et ils vendent les vaccins du gouvernement pour leur propre profit » (Porter, 2013, p. 140). Le nombre de cas humains et animaux s'éleva encore en 2005 et baissa rapidement en 2006, malgré la réintroduction début 2006 de volailles porteuses du virus et importées de Chine en contrebande. La politique du Vietnam à l'égard de la grippe aviaire est un cas étonnant de mobilisation communiste, enrôlant les médias dans une guerre contre le

virus (Guénel, Klingberg, 2010), et d'opportunisme dans la reconnaissance du Vietnam par la communauté internationale, conduisant à son intégration dans l'Asean et à l'OMC en 2006 (Figuié, Fournier, 2010).

Entre ces deux pays, le Cambodge eut des difficultés à mettre en place une politique de surveillance et de contrôle de la grippe aviaire, malgré des investissements internationaux importants. Un grand nombre de cas humains cambodgiens ont été identifiés dans des hôpitaux vietnamiens. Sur les 21 cas notifiés en 2012, 19 furent mortels et 14 découverts sur des enfants de moins de 14 ans, ce qui laisse augurer une prévalence plus importante du virus dans la population humaine. L'élevage traditionnel de volailles est en effet prépondérant et les volailles vivantes circulent librement dans les villes. L'Institut Pasteur de Phnom-Penh a acheté un élevage de canards pour y pratiquer la surveillance des virus de grippe, mais a dû rapidement l'abattre lorsqu'il y a découvert de nombreux cas de grippe aviaire. On peut donc supposer que le virus H5N1 circule de façon endémique au Cambodge.

L'Indonésie présente encore une autre situation. Le nombre élevé de cas humains et la découverte de plusieurs clusters indiquant une possible transmission inter-humaine (Kandun *et alii*, 2006) ont concentré l'attention des observateurs internationaux, dans un contexte de forte tension sur l'identification d'une souche pandémique en vue de la fabrication de vaccins. Mais la difficulté à contrôler l'élevage de volailles a encore accru la tension. La ville de Jakarta compte 1,3 million d'oiseaux pour 12 millions d'habitants, ce qui en fait le second marché aux oiseaux en Asie du Sud-Est, et un tiers des victimes du H5N1 a été déclaré dans son agglomération (Maison, 2008). L'Indonésie constitue un archipel décentralisé et les mesures prises dans l'île principale de Java, qui concentre la moitié des 225 millions d'habitants, s'appliquent mal au reste du pays. Pour les 40 % de la population qui n'ont pas d'emploi déclaré, l'élevage de volailles en basse-cour constitue une ressource importante. En contexte musulman, les rumeurs de pandémie grippale peuvent se retourner vers les élevages de cochons (Lowe, 2010), ou accuser les États-Unis de guerre biologique. Dans les élevages industriels, qui ont régulièrement 5 % de volailles malades, les distributeurs jouent un rôle d'intermédiaire : ce sont eux qui contactent les vétérinaires et décident de l'opportunité d'un abattage. Les montants des compensations se partagent entre le gouvernement et les autorités locales en fonction de leurs moyens, mais n'atteignent pas le prix du marché. « En somme, à la différence de la Thaïlande, qui a contrôlé les foyers de grippe aviaire en abattant des millions de poulets, ou du Vietnam, qui a rendu la vaccination obligatoire, l'Indonésie a tenté une voie de moindre résistance publique. Elle a cherché à employer un mélange d'abattage limité et de vaccination par ce qu'on a appelé "des cercles autour du foyer" » (Padmawati, Nichter, 2008, p. 39).

On voit ainsi que les réponses à la mobilisation globale contre la grippe aviaire varient en fonction de deux variables principales : l'organisation des rapports entre l'État et la filière avicole, et l'impact de la crise sanitaire du SRAS. On voit aussi que l'abattage et la vaccination sont les deux armes dont l'État se saisit pour intervenir selon des modalités différentes, alors que la surveillance ne semble pas autant varier dans ses formes puisqu'elle est la forme privilégiée par la « santé globale ». Si les études d'« épidémiologie participative » proposent de former les communautés locales à se préparer aux maladies émergentes en prenant en charge une pluralité de pathogènes (Padmawati, Nichter, 2008, p. 45), on peut donc se demander si le vocabulaire de la préparation est le même dans les forums de santé globale, pour un État qui applique ses normes et pour une communauté d'éleveurs. Il est délicat de répondre positivement lorsqu'on suit une ligne verticale – la situation indonésienne offrant le cas exemplaire où l'échelon étatique est le plus faible. Mais on peut trouver plusieurs formes de préparation au niveau horizontal de la surveillance. La grippe aviaire oblige en effet à surveiller non seulement les volailles domestiques dans leur proximité avec les humains mais aussi les oiseaux sauvages, qui révèlent de toutes autres circulations des pathogènes. Il faut donc à présent se demander si cette nouvelle forme de surveillance transforme les relations entre développement et biosécurité.

VOLAILLES DOMESTIQUES, OISEAUX SAUVAGES

Le rôle des oiseaux migrateurs dans la diffusion du H5N1 reste incertain et controversé (Chen *et alii*, 2005). Des interrogations demeurent sur le foyer du lac Qinghai en 2005 : les oiseaux sauvages ont-ils porté le virus H5N1 du sud de la Chine vers l'Europe, ou ont-ils été contaminés par des résidus d'élevage industriel présents autour du lac ? Les cas de H5N1 sur des volailles en Russie semblent davantage suivre les voies du Transsibérien (donc une possible contamination par le commerce illégal de volailles) que les trajets des oiseaux migrateurs (Moutou, Orabi, 2006). La diffusion de la panzootie en Égypte et au Nigeria tend également à faire privilégier la piste de l'élevage industriel. Alors que le Nigeria, un des plus grands producteurs de volailles en Afrique, importe des poussins d'élevage chinois, les voies des oiseaux migrateurs d'Europe en Afrique ne passent pas ce pays.

Ces données ont motivé l'implication d'autres acteurs de la surveillance que les vétérinaires et les médecins. Des associations de protection de la faune sauvage, comme Birdlife International, et des défenseurs de l'élevage traditionnel, comme GRAIN, s'en sont saisi pour mettre en cause l'élevage industriel de volailles⁹. Si celui-ci n'est pas à l'origine de l'émergence du virus H5N1, la

9. www.birdlife.org/action/science/species/avian_flu/ ; www.grain.org/birdflu/

standardisation génétique et la sectorisation professionnelle qui le caractérisent favorisent la diffusion des maladies. Alors que certaines analyses expliquent la diffusion de la grippe aviaire par la combinaison entre des facteurs locaux (la proximité entre hommes, porcs et volailles dans le Sud de la Chine) et des modes de diffusion globaux (les transports aériens), d'autres soulignent le caractère d'émblée global de la maladie au niveau animal, le Sud de la Chine étant un moteur de l'aviculture industrielle mondiale (Wallace *et alii*, 2010). Le directeur de Birdlife International, Leon Bennun, a ainsi déclaré : « la mondialisation a transformé le poulet en espèce migratrice et les mouvements de poulets autour du monde se produisent 365 jours par an, à la différence des migrations saisonnières des oiseaux sauvages. » (Moutou, Orabi, 2006, p. 83).

D'autres associations ont proposé de surveiller les oiseaux sauvages pour détecter à l'avance les menaces pour la santé humaine. C'est la stratégie de la Wildlife Conservation Society (WCS) aux États-Unis, qui a organisé en 2006 le programme GAINS (Global Avian Influenza Network for Surveillance). La surveillance, au sens de la vigilance sur les menaces à venir, s'effectue ainsi par les techniques traditionnelles de « *monitoring* », c'est-à-dire de comptage du nombre d'oiseaux afin de les préserver de l'extinction. Si la plupart des études sur la faune sauvage ne détectent que des formes faiblement pathogènes de la grippe aviaire, elles peuvent mettre en rapport le déclin du nombre d'oiseaux avec d'autres changements environnementaux : perturbateurs endocriniens, radiations nucléaires... La WCS a participé au forum sur les menaces microbiennes qui s'est tenu à Washington en 2007 pour identifier l'impact du changement climatique et des événements météorologiques extrêmes sur l'émergence de nouvelles maladies (Relman *et alii*, 2008). On peut se demander si cette intégration des protecteurs d'oiseaux à la lutte contre la grippe aviaire est opportuniste ou s'il va véritablement transformer le sens de la notion de biosécurité, qui viserait alors davantage à protéger le vivant qu'à se protéger du vivant (Hinchliffe, Bingham, 2008). Il s'agit de lier santé et environnement en considérant la faune sauvage comme indicateur de ces modifications. La biodiversité apparaît comme une des conditions de la biosécurité : il faut maintenir une diversité d'espèces pour suivre l'émergence des pathogènes et éviter de leur offrir une niche évolutionnaire.

La WCS, en partenariat avec l'entreprise d'alimentation Cargill, est également à l'origine du programme « *One World One Health* », qui a ensuite été repris par l'OIE et l'OMS. Elle a organisé un colloque à New York en septembre 2004 au cours duquel elle a posé les bases d'une collaboration entre les divers groupes en charge de la surveillance des maladies infectieuses au niveau de la faune sauvage, des animaux domestiques et des populations humaines. Le « principe de Manhattan » affirme ainsi « aucune discipline ou secteur de la société n'a assez de ressources et de connaissances pour prévenir l'émergence ou la résurgence des maladies dans notre monde globalisé. C'est seulement en brisant les barrières

entre agences, individus, spécialités et secteurs que nous pourrions répondre aux nombreux et graves défis que posent la santé des humains, des animaux domestiques et de la faune sauvage ». D'autres rencontres furent organisées à Bangkok en novembre 2004, à Pékin en novembre 2005 et à Brasilia en octobre 2007. La grippe aviaire était à chaque fois au centre des discussions pour les défis qu'elle posait à la sécurité alimentaire (au sens de la préservation d'une biodiversité dans l'élevage de volailles) et à la faune sauvage (à travers la lutte contre le commerce illégal, l'introduction d'espèces invasives et l'extinction de certaines espèces).

L'intégration de la faune sauvage dans les programmes de santé globale visant à surveiller les mutations de la grippe aviaire a transformé le sens de ces programmes. Il ne s'agit plus d'imposer des mesures de biosécurité à des populations locales au contact avec les animaux, mais de coordonner des réseaux de surveillance qui travaillent au même niveau sur des espèces différentes. Cette transformation ne passe pas seulement dans les modes de coordination entre organisations internationales, mais aussi dans les discussions avec les acteurs locaux. Ainsi, l'Association des observateurs d'oiseaux de Hong Kong (HKBWS) s'est mobilisée contre le commerce illégal d'oiseaux sauvages après avoir découvert que le plus grand nombre de cas de H5N1 se trouvait non pas dans la réserve ornithologique de Mai Po mais près du marché aux oiseaux de Mong Kok. Elle engagea des discussions avec le gouvernement, qui fermait systématiquement la réserve de Mai Po dès qu'un cas de grippe aviaire était déclaré sur le territoire, et avec les organisations bouddhistes, qui favorisaient le commerce illégal d'oiseaux sauvages par une pratique de lâcher d'oiseaux (Keck, 2012b). Le gouvernement accepta de modifier les règles de clôture de la réserve ornithologique et les organisations bouddhistes conseillèrent de relâcher des animaux aquatiques plutôt que des oiseaux. Dès lors que la faune sauvage n'est plus désignée comme cause de la transmission mais intégrée à la surveillance, un espace plus large est ouvert aux négociations entre acteurs. À ce jour, aucun cas humain de H5N1 n'a été rapporté à un contact avec un oiseau sauvage : la causalité qui les intègre dans la santé globale est donc plus large qu'une causalité directe et implique l'anticipation de changements qui affectent en commun les humains et les animaux.

CONCLUSION

Comment les programmes de santé globale intègrent-ils la santé animale à l'occasion de la grippe aviaire ? Comment s'articulent les exigences de biosécurité, posées par les pays du Nord, et les besoins de développement des pays du Sud dans la lutte contre les maladies infectieuses émergentes ? À ces deux questions, l'examen de la séquence qui s'est déroulée en Asie au cours des quinze dernières

années permet de répondre par la mise en lumière de situations contrastées intégrant de façon variable les organisations internationales, les administrations de l'agriculture et de la santé, les services vétérinaires, les professions médicales, les éleveurs de volailles (industriels et domestiques) et les observateurs d'oiseaux sauvages. Ces « assemblages globaux » (Collier, Ong, 2005) répondent chacun de manière singulière aux incertitudes sur les comportements des pathogènes qui franchissent les barrières d'espèces, en combinant les techniques de l'abattage, de la vaccination et de la surveillance. Le contrôle d'un virus, qui peut paraître un problème technique, engage en réalité un ensemble de choix économiques et sociaux à des échelles différentes d'organisations.

On peut relever au travers de ce parcours la récurrence d'une certaine figure : l'anticipation d'une maladie humaine au niveau du réservoir animal, ce que l'on peut appeler, en reprenant le vocabulaire des acteurs de la surveillance, la sentinelle. Trois sens peuvent être donnés à cette notion aux différents niveaux que nous avons distingués. C'est d'abord la position de Hong Kong dans la diffusion globale de la pandémie : certains territoires peuvent devenir sentinelles de la grippe au sens où leurs conditions démographiques et écologiques les rendent plus sensibles et plus vigilants à l'émergence de nouveaux pathogènes. C'est ensuite le dispositif technique consistant à ne pas vacciner des volailles dans une ferme afin qu'elles signalent l'arrivée d'un nouveau virus. Dans ce cadre, il devient possible de faire participer les éleveurs à la surveillance en discutant avec eux pour savoir quelles maladies nécessitent la constitution de sentinelles, et comment ils peuvent eux-mêmes jouer le rôle de sentinelles. Enfin, ce peut être la position de la faune sauvage lorsqu'elle est surveillée à la fois pour détecter les mutations des virus de grippe et pour prendre soin des espèces en voie d'extinction. La faune sauvage constitue une bonne sentinelle parce qu'elle est le réservoir animal des mutations de la grippe et parce qu'étant au plus loin de l'espèce humaine, elle fournit une meilleure anticipation. Si la sentinelle est une forme classique d'alerte articulant le sanitaire et le militaire, son élargissement par la grippe aviaire lui donne des significations nouvelles.

Notre analyse est donc à la fois descriptive et normative. Il s'agissait de répondre à l'objection selon laquelle la biosécurité irait contre les politiques de développement, en dégagant de la pluralité de ses mises en œuvre une figure commune qui pourrait organiser de nouvelles politiques de développement. Si elle est définie comme « système d'alerte précoce » pour des maladies affectant les pays développés, elle risque en effet de stigmatiser certaines populations en les désignant comme des sources de contagion. Mais si elle implique une attention aux conditions économiques et écologiques locales, elle peut être compatible avec des exigences de développement et des stratégies actives de réorganisation. On peut alors concevoir des enquêtes ethnographiques montrant comment les dispositifs de sentinelle mis en place par les organisations de santé globale

se traduisent dans des systèmes d'alerte plus traditionnels, favorisant à terme le développement des économies concernées. Un programme d'anthropologie de la santé globale pourrait ainsi se constituer autour des transformations des systèmes d'alerte précoce par la santé animale.

BIBLIOGRAPHIE

- Abraham T., 2007, *Twenty-First Century Plague. The Story of SARS*, Hong Kong, Hong Kong University Press.
- Atlani-Duault L., Kendall C., 2009, « Influenza, Anthropology, and Global Uncertainties », *Medical Anthropology*, vol. 28, n° 3, pp. 207-221.
- Auewarakul P., Hanchaoworakul W., Ungchusak K., 2008, « Institutional Responses to Avian Influenza in Thailand: Control of Outbreaks in Poultry and Preparedness in the Case of Human-to-Human Transmission », *Anthropology & Medicine*, vol. 15, n° 1, pp. 61-67.
- Bethe M. (dir.), 2006, *Global Spread of Avian Flu: Issues and Actions*, New York, Nova Science.
- Chen H., Smith G. J. D., Zhang S. Y., Qin K., Wang J., Li K. S., Webster R. G., Peiris J. S. M., Guan Y., 2005, « H5N1 Virus Outbreak in Migratory Waterfowl », *Nature*, n° 436, pp. 191-192.
- Collier S. J., Ong A., 2005, *Global Assemblages: Technology, Politics, and Ethics as Anthropological Problems*, Malden (Mass.), Blackwell.
- Duan L. *et alii*, 2008, « The Development and Genetic Diversity of H5N1 Influenza Virus in China, 1996-2006 », *Virology*, n° 380, pp. 243-254.
- FAO, OIE, WHO, 2010, *Influenza and Other Respiratory Viruses*, 4, 1, pp. 1-29
- Fidler D. P., 2010, « Negotiating Equitable Access to Influenza Vaccines: Global Health Diplomacy and the Controversies Surrounding Avian Influenza H5N1 and Pandemic Influenza H1N1 », *PLoS Med*, vol. 7, n° 5, e1000247. doi:10.1371/journal.pmed.1000247
- Figuié M., Fournier T., 2010, « Risques sanitaires globaux et politiques nationales : la gestion de la grippe aviaire au Vietnam », *Revue d'études en agriculture et environnement*, vol. 91, n° 3, pp. 327-343.
- Greger M., 2006, *Bird Flu. A Virus of Our Own Hatching*, New York, Lantern Books.
- Guénel A., Klingberg S., 2010, « Press Coverage of Bird Flu Epidemic in Vietnam » in Liew Kai Khiun (dir.), *Liberalizing, Feminizing and Popularizing Health Communications in Asia*, Farnham, Ashgate, pp. 77-94.
- Higgins D. A., Shortridge K. F., 1988, « Newcastle Disease in Tropical and Developing Countries » in Alexander D. J. (dir.), *Newcastle Disease*, Norwell (Mass.), Klower Academic Publishers, pp. 273-317.
- Hinchliffe S., Bingham N., 2008, « Securing Life: The Emerging Practices of Biosecurity », *Environment and Planning A*, vol. 40, n° 7, pp. 1534-1551.
- Hinrichs J., Otte J., Rushton J., 2010, « Technical, Epidemiological and Financial Implications of Large-Scale National Vaccination Campaigns to Control HPAI H5N1 », *CAB Reviews Perspectives in Agriculture, Veterinary Science, Nutrition and Natural Resources*, 5 (21), pp. 1-20.
- Janes C. R., Corbett K. K., 2009, « Anthropology and Global Health », *Annual Review of Anthropology*, vol. 38, pp. 167-183.
- Kandun N. *et alii*, 2006, « Three Indonesian Clusters of H5N1 Virus Infection in 2005 »,

- New England Journal of Medicine*, n° 355, pp. 2186-2194.
- Keck F., 2010, « Une sentinelle sanitaire aux frontières du vivant : les experts de la grippe aviaire à Hong Kong », *Terrain*, n° 54, pp. 26-41.
- Keck F., 2012a, « Nourrir les virus : la biosécurité dans les fermes et les laboratoires », *Réseaux*, n° 171, pp. 21-44.
- Keck F., 2012b, « "Faire mourir et laisser vivre", Rituels sanitaires et grippe aviaire à Hong Kong » in Keck F., Vialles N. (dir.), *Des hommes malades des animaux, Cahiers d'anthropologie sociale*, Paris, L'Herne, pp. 89-101.
- Keck F., à paraître, « Compter les virus, observer les oiseaux : des bases de données pour la grippe aviaire », *Revue d'anthropologie des connaissances*.
- King N. B., 2002, « Security, Disease, Commerce: Ideologies of Postcolonial Global Health », *Social Studies of Science*, vol. 32, n° 5-6, pp. 763-789.
- Kleinman A., Bloom B., Saich A., Mason K., Aulino F., 2008, « Avian and Pandemic Influenza: A Biosocial Approach », *Journal of Infectious Diseases*, vol. 197, supp. 1, pp. S1-S40.
- Lakoff A., Collier S. (dir.), 2008, *Biosecurity Interventions. Global Health and Security in Question*, New York, SSRC/University of Columbia Press.
- Li K. S., *et alii*, 2004, « Genesis of Highly Pathogenic and Potentially Pandemic H5N1 Influenza Virus in Eastern Asia », *Nature*, n° 430, pp. 209-212.
- Liu T. S., 2008, « Custom, Taste and Science. Raising Chickens in the Pearl River Delta, South China », *Anthropology & Medicine*, vol. 15, n° 1, pp. 7-18.
- Lowe C., 2010, « Viral Clouds: Becoming H5N1 in Indonesia », *Cultural Anthropology*, vol. 25, n° 4, pp. 625-49.
- Maison D., 2008, « L'épidémie de grippe aviaire en Indonésie : vers une catastrophe annoncée », *Lettre de l'Afrase*, n° 70, pp. 10-14.
- Moutou F., 2007, *La vengeance de la civette masquée. SRAS, grippe aviaire...D'où viennent les nouvelles épidémies ?*, Paris, Le Pommier.
- Moutou F., Orabi P., 2006, *Grippe aviaire : ce qu'il faut savoir*, Paris, Delachaux et Niestlé.
- Padmawati S., Nichter M., 2008, « Community Response to Avian Flu in Central Java, Indonesia », *Anthropology & Medicine*, vol. 15, n° 1, pp. 31-51.
- Porcher J., 2002, *Éleveurs et animaux, réinventer le lien*, Paris, PUF/Le Monde.
- Porter N., 2013, « Bird Flu Biopower. Strategies for Multispecies Coexistence in Viêt Nam », *American Ethnologist*, vol. 40, n° 1, pp. 132-148.
- Relman D. A., Hamburg M. A., Choffnes E. R., Mack A., 2008, *Global Climate Change and Extreme Weather Events: Understanding the Contributions to Infectious Disease Emergence*, Washington D. C., The National Academies Press.
- Rollet V., 2010, *Dimensions identitaire, sécuritaire et sociétale de la politique étrangère de Taïwan dans le domaine de la lutte contre les maladies infectieuses (2000-2008)*, Thèse soutenue à l'Institut d'études politiques de Paris.
- Shortridge K., Peiris M., Guan Y., 2003, « The Next Influenza Pandemic: Lessons from Hong Kong », *Journal of Applied Microbiology*, vol. 94, n° S1, pp. 70-79.
- Shortridge K. F., Stuart-Harris C. H., 1982, « An Influenza Epicentre? », *Lancet*, vol. 320, n° 8302, pp. 812-813.
- Sipress A., 2009, *The Fatal Strain: On the Trail of the Avian Flu and the Coming Pandemic*, New York, Viking.
- Striffler S., 2005, *Chicken. The Dangerous Transformation of America's Favorite Food*, New Haven, Yale University Press.

- Thomas N., 2006, « The Regionalization of Avian Influenza in East Asia: Responding to the Next Pandemic (?) », *Asian Survey*, vol. 46, n° 6, pp. 917-936.
- Wagner H., 2002, *Protecting the Environment from the Impact of the Growing of Industrialization of Livestock Production in East Asia*, Subang Jaya (Malaysia), FAO Report.
- Wallace R. G., Bergmann L., Hogerwerf L., Gilbert M., 2010, « Are Influenzas in Southern China Byproducts of the Region's Globalising Historical Present? » in Giles-Vernick T., Craddock S., Gun J. L. (dir.), *Influenza and Public Health: Learning from Past Pandemics*, Londres, Earthscan, pp. 101-144.
- Wang J. et alii, 2008, « Identification of the Progenitors of Indonesian and Vietnamese Avian Influenza A (H5N1) Viruses from Southern China », *Journal of Virology*, vol. 82, n° 7, pp. 3405-3414.
- Woo P. C. Y., Lau S. K. P., Yuen K. Y., 2006. « Infectious Diseases Emerging from Chinese Wet-Markets: Zoonotic Origins of Severe Respiratory Viral Infections », *Current Opinion in Infectious Diseases*, vol. 19, n° 5, pp. 401-407.
- Zhang L., Pan T., 2008, « Surviving the Crisis. Adaptative Wisdom, Coping Mechanisms and Local Responses to Avian Influenza Threats in Haining, China », *Anthropology & Medicine*, vol. 15, n° 1, pp. 19-30.

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

LE STADE DUBAÏ DE LA SANTÉ PUBLIQUE

La santé globale en Afrique entre passé et futur

Guillaume Lachenal*

Je propose une réflexion sur le rapport de la santé globale au temps : son lien au passé et au futur, sous la forme de traces, de souvenirs, de projections et de spéculations. À travers trois vignettes ethnographiques, je montre comment la spécificité de l'ère de la santé globale, en Afrique, est qu'elle intervienne après plus d'un siècle d'interventions pour la santé, et que ce passé soit présent, inscrit dans les corps et l'environnement. J'examine comment les promesses, les succès et les échecs passés sont manipulés dans le présent de la santé globale, sur le mode de l'anticipation ou de la nostalgie, et comment celle-ci produit en même temps ses propres ruines et sa propre péremption.

Mots clés : Santé globale, Afrique, mémoire, ruines, histoire, nostalgie.

Cet article est une exploration, à travers une série de vignettes ethnographiques, du paysage politique, scientifique et esthétique de la « santé globale »¹. Je souhaite en particulier rendre compte de la manière dont sont manipulées aujourd'hui, dans le domaine de la santé en Afrique, les références au passé et au futur, sur le mode du souvenir, de la trace, de la projection, de la spéculation ou de l'anticipation, et comment cette « politique des temps » est porteuse d'enjeux politiques et éthiques fondamentaux².

* Université Paris Diderot, Institut Universitaire de France, UMR SPHERE 7219, lachenal@univ-paris-diderot.fr

1. J'utilise ici santé globale comme une traduction littérale de « *global health* », en préférant ce terme à « santé internationale » (qui renvoie aux modes d'intervention, d'organisation et de coopération définis dans l'après-guerre autour de l'OMS) et à « santé mondiale » (qui correspond plutôt au terme « *World health* », plus ancien).

2. Cet article s'appuie sur une recherche collective menée dans le cadre du projet européen « Traces et lieux de mémoire de la recherche médicale en Afrique » (MEREAF). Le projet MEREAF est financé conjointement par l'ANR (France), l'ESRC (Royaume-Uni) et le NWO (Pays-Bas). Je remercie toute l'équipe pour nos discussions collectives dont l'article s'inspire largement, en particulier Aissatou Mbodj, Ashley Ouvrier, Ann Kelly, Wenzel Geissler, John Manton, Noemi Tousignant, Anne Marie Moulin, Alice Desclaux, Branwyn Poleykett, Joseph Owona Ntsama et René Gerrets. Je remercie par ailleurs Vinh-Kim Nguyen pour ses idées et son inspiration pour cet article.

Le terme de « santé globale » a été récemment associé à une constellation d'initiatives de toutes échelles (qui peuvent aller d'un programme militaire américain à une association humanitaire d'étudiants, en passant par d'innombrables formations académiques et publications scientifiques) (Webb, Giles-Vernick, 2013). Même si le terme est sans doute impossible à définir, l'inflation récente de son usage est suffisamment nette pour indiquer une transition majeure : la santé globale, ou *global health*, désigne bel et bien une nouvelle époque de l'histoire de la santé publique.

Elle se caractérise par un changement d'échelle – inouï et inespéré – dans les financements internationaux pour la santé au Sud, depuis le début des années 2000 (OCDE, 2011 ; McCoy, Chand, Sridhar, 2009), par l'intervention d'acteurs – pensons au Fonds mondial de lutte contre le Sida, la tuberculose et le paludisme – qui imposent de revoir en profondeur nos typologies et nos catégories pour les décrire (Eboko, 2013), et par une architecture théorique et pratique originale : celle-ci combine, comme l'a montré Andrew Lakoff (2010), deux visions de l'intervention sanitaire à la fois opposées en apparence et articulées l'une à l'autre, l'une « sécuritaire » – protéger le monde, occidental en particulier, de menaces biologiques émergentes – et l'autre « humanitaire » – soigner par compassion, l'une et l'autre marquant une rupture avec les principes et les pratiques de la santé internationale et du développement hérités de l'après-1945. Enfin, la santé globale est devenue en quelques années seulement un monde d'entrepreneurs charismatiques, dont les promesses et l'inventivité suscitent l'enthousiasme, un espace de philanthropie, mais aussi d'investissements financiers et de profit.

Plus fondamentalement, la configuration « santé globale » doit être comprise dans le cadre de la transformation néolibérale du capitalisme, bien décrite récemment par la géographie critique (Harvey, 2005). De même que la santé publique au XX^e siècle s'est construite en rapport avec l'économie fordiste, dans le cadre des États-providences, comme un soin à la population nationale conçue comme force de travail, on peut émettre l'hypothèse que la santé globale entretient le même type de rapport avec le capitalisme néolibéral, qui s'est construit, depuis la fin des années 1970, sur les ruines – au sens littéral – du modèle fordiste. Fondé sur de nouveaux mécanismes de création de valeur, en particulier la financiarisation de l'économie et les cycles d'investissements spéculatifs dans l'immobilier ou les nouvelles (bio-)technologies (Sunder Rajan, 2006), le modèle néolibéral repose aussi sur l'accumulation par dépossession (Harvey, 2005), c'est-à-dire sur la privatisation massive, dans le cadre de politiques de « réforme », de biens, de services et d'espaces publics. Il constitue, pour reprendre le titre d'un bref texte du géographe Mike Davis (Davis *et alii*, 2007) joliment traduit en français, « le stade Dubaï du capitalisme » : un modèle fondé, par analogie avec le développement soudain de la métropole du Golfe persique, sur l'investissement spéculatif, sur l'afflux soudain de liquidités tirées de l'extraction de ressources,

sur de nouvelles connections géographiques, dont le centre de gravité s'éloigne du monde euro-américain, et sur une esthétique à la fois futuriste et nostalgique – la mélancolie post-fordiste. Cet article explore comment la santé globale, précisément parce qu'elle est fondée sur un afflux formidable et soudain de liquidités, sur la projection spéculative de futurs – celui de l'éradication du VIH, par exemple – et sur des formes de dépossession et de ruine organisées dans le cadre des réformes néolibérales des systèmes de santé des pays du Sud, constitue un « stade Dubaï de la santé publique », suscitant les mêmes anticipations futuristes et les mêmes évocations nostalgiques – et méritant, peut-être, la même critique radicale.

À travers trois vignettes ethnographiques, sur l'éradication du VIH par la stratégie du *Treatment-as-prevention*, sur la nostalgie dans les institutions de santé publique d'Afrique, et sur les ruines des institutions médicales en Afrique, l'article explore les formes de présences du passé et du futur dans le monde de la santé globale : comment les promesses, les succès et les échecs passés de la santé internationale sont manipulés dans le présent de la santé globale, sur le mode de l'anticipation ou de la nostalgie ; et comment celle-ci produit et anticipe en même temps ses propres accomplissements, mais aussi ses propres ruines et sa propre péremption.

UN PASSÉ DE PROMESSES

La santé globale parle au futur antérieur. Un épisode récent, qui anime le monde de la lutte contre le VIH-Sida depuis quelques années, permet de le comprendre : la mise au point de la stratégie du *Treatment-as-Prevention* (TasP). L'épisode est important pour notre discussion pour deux raisons : tout d'abord il s'appuie, en principe et en pratique, sur le succès de l'accès généralisé aux traitements anti-rétroviraux (ARV) du VIH, le programme phare de la santé globale depuis le début des années 2000, qui a joué un rôle historique de courroie d'entraînement et de terrain d'expérimentation pour une série d'autres initiatives en santé globale ; ensuite, il illustre les logiques d'innovation, de promesse et de remémoration qui définissent un premier régime de temporalité de la santé globale. L'histoire du TasP (l'acronyme est devenu familier) a commencé par un exercice de modélisation mathématique. La question de départ était : sachant que les traitements antirétroviraux diminuent drastiquement la transmission du VIH d'individu à individu, quel effet populationnel peut-on attendre du dépistage et de la mise sous traitement de l'ensemble des personnes infectées par le VIH ? La réponse a été publiée en 2009 par Reuben Granich, de l'OMS, dans le *Lancet* (Granich *et alii*, 2009) : le dépistage-traitement universel (*test-and-treat*), en prévenant la survenue de nouvelles infections et en brisant ainsi la dynamique de l'épidémie, pourrait

aboutir à l'élimination du VIH vers 2050³. En d'autres termes, le traitement, rendu universel et étendu à des personnes infectées récemment, sans signes biologiques de progression de la maladie, pourrait servir de prévention à l'échelle collective. Fondée sur une simulation, l'idée a immédiatement inspiré des études « réelles » pour tester son principe, dont des essais randomisés à grande échelle en Afrique. Les débats sur le TasP sont ainsi devenus l'attraction principale des conférences sur le VIH/Sida des années 2009 et 2010 (Cohen, 2010). Dans un contexte de lassitude des donateurs (*donor fatigue*) et même « d'ennui », comme l'écrit alors le militant français Didier Lestrade⁴, le TasP a marqué le retour de la controverse dans le monde du Sida.

D'un côté, les sceptiques n'ont pas manqué de souligner les failles de la stratégie, qui vont du caractère irréaliste des hypothèses du modèle mathématique aux problèmes d'éthique ou de faisabilité du TasP appliqué à grande échelle, en passant par son principe épidémiologique même, qui laisse de côté la question du réservoir infectieux indétectable constitué par les personnes en séroconversion (Wilson, 2009 ; Ruark *et alii*, 2009 ; Jurgens *et alii*, 2009 ; Jaffe, Smith, Hope, 2009 ; Hsieh, de Arazoza, 2009 ; Garnett, Baggaley, 2009 ; Epstein, 2009 ; Cohen, Mastro, Cates, 2009 ; Assefa, Lera, 2009). Sur un plan plus politique, plusieurs voix critiques ont souligné que la quête d'une « élimination du VIH » pourrait aussi détourner des ressources et affaiblir les autres formes de prévention, en les discréditant implicitement comme « inefficaces » (Nguyen *et alii*, 2011).

Les enthousiastes, de leur côté, ont immédiatement appelé à un changement de paradigme dans la lutte contre le VIH-Sida, en particulier en Afrique : dépister massivement, traiter plus et plus tôt, et mobiliser les donateurs, les gouvernements et les personnels de santé comme jamais. Avec un tel effort, pour reprendre les mots de Reuben Granich, il serait possible de « reléguer le VIH dans les livres d'histoire » (Granich, 2009).

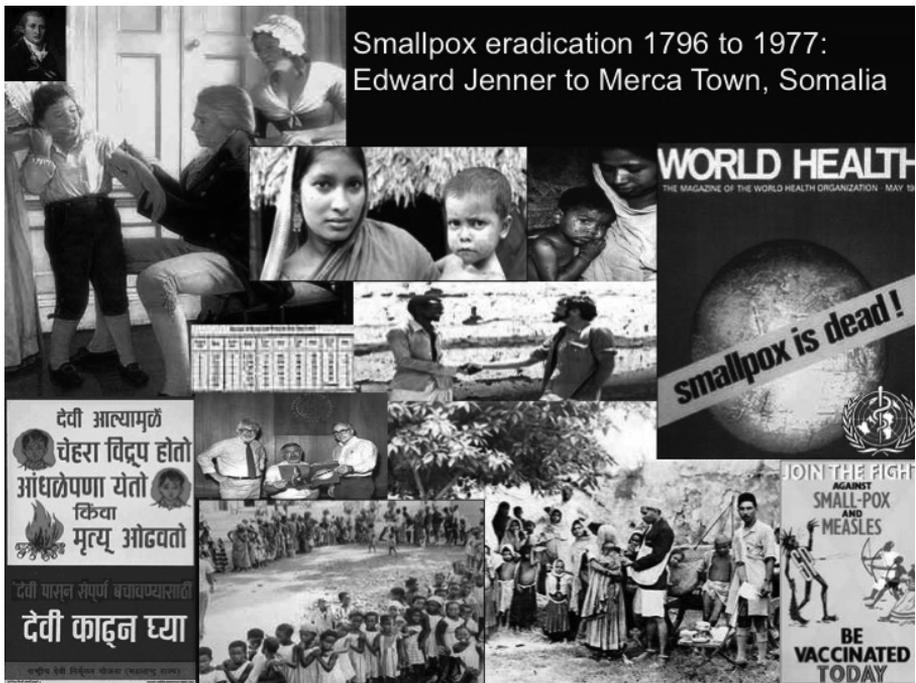
Que vient faire l'histoire, donc, dans les débats sur le TasP ? Il est assez frappant, et en fait assez surprenant, de voir aussi bien les promoteurs que les opposants du TasP manipuler systématiquement des références à l'histoire de la santé publique. On pourrait s'attendre au contraire : des experts médicaux parlant urgences présentes et futurs immédiats, et des historiens se lamentant de leur manque de mémoire. Mais dans ce cas, les scientifiques ont été loin d'être ignorants ou indifférents au passé. Parmi la douzaine de personnalités qui ont pris part aux premiers débats sur le TasP, il y en avait bien quelques-uns, comme Harold Jaffe – lui-même une figure historique de la lutte contre le Sida (Shilts, 1987) – pour annoncer qu'une telle « approche de “traitement pour le bien commun” » et les dilemmes éthiques qui vont avec, n'avaient « pas de précédent »

3. Annoncé par exemple au Cap par Granich (2009).

4. Didier Lestrade, « Aux armes les folles », <http://www.minorites.org/index.php/2-la-revue/833-aux-armes-les-folles.html> consulté le 9 septembre 2010.

(Jaffe, Smith, Hope, 2009, p. 1080). La plupart des intervenants, cependant, connaissaient leurs classiques. À la conférence de l'International AIDS Society (IAS) en juillet 2010, Reuben Granich a ainsi commencé sa conférence, en session plénière, « HAART⁵ as Prevention » par une diapositive Powerpoint sur l'éradication de la variole. Son photo-montage juxtapose des portraits de Jenner, des photos des héros du CDC, des affiches d'éducation de l'OMS et des images d'enfants africains attendant leur vaccin en file indienne (figure 1).

Figure 1 : Diapositive d'illustration historique lors de la présentation de la stratégie TasP, Reuben Granich, HAART as Prevention, Plenary Session conference (20 juillet 2009)



Source : <http://www.ias2009.org/pag/PSession.aspx?s=2365#2> consultée le 12 avril 2011.

Tout en utilisant le mot « éradication » avec des pincettes, Granich s'est servi de l'exemple de la variole pour évoquer le souvenir d'un événement bien précis : le moment (passé) où l'on a prédit la future victoire. Le plaidoyer de Granich pour le TasP, saturé de références à l'histoire de la santé publique, se conjugue donc au futur antérieur – au sens où il anticipe son propre accomplissement et introduit une indétermination temporelle en naviguant entre passé, présent et futur (Novakova, 2000). Granich compare en effet sa propre prédiction, ou son propre souhait, concernant le futur du VIH, à la prophétie (accomplie) du

5. Highly Active Antiretroviral Treatment.

président américain Thomas Jefferson, qui avait écrit en 1806 à Jenner, l'inventeur du vaccin contre la variole, que les « futures générations ne connaîtront que par l'histoire que cette affreuse maladie a un jour existé » (Granich, 2009). *La fin du VIH aura été annoncée* (par moi), explique en somme Granich.

Pour leur part, les critiques du TasP se souviennent d'épisodes illustrant l'autoritarisme et *l'hubris* de la santé publique. Dans le *Lancet*, Geoffrey Garnett, par exemple, s'est inquiété du fait que le TasP serait une stratégie « extrêmement radicale », une « intervention médicale ayant pour but la santé publique plutôt que le bénéfice du patient individuel ». En faisant référence à un article des historiens Dorothea Porter et Roy Porter (1988), il ajoute que « l'histoire du contrôle des infections sexuellement transmissibles documente une série d'exemples de dépistage et traitement obligatoire de populations stigmatisées, et il y a un danger qu'un projet bien intentionné et plein de paternalisme médical reprenne cette voie » (Garnett, Baggaley, 2009, p. 11). Moins poliment, mais avec les mêmes exemples en tête, Georges Sideris, du groupe de santé gay parisien *The Warning*, s'énerve des implications collectivistes et coercitives du TasP : « qu'avons-nous retenu des exemples du passé vis-à-vis des politiques de santé publique à l'égard d'infections sexuellement transmissibles comme la syphilis ? »⁶. *On vous aura prévenu*, répondent-ils en somme.

L'histoire (avec les futurs qu'elle contient) sert donc aux deux camps qui s'opposent dans la controverse sur le TasP. Une telle omniprésence n'est pas sans trancher avec l'habituel dédain des spécialistes biomédicaux du Sida pour le « fardeau de l'histoire ». Les sciences sociales, on le sait, ont longtemps critiqué la reprise de clichés culturalistes, hérités pour une part de la médecine coloniale, par l'épidémiologie du Sida en Afrique, ainsi que l'absence de regard historien pour comprendre l'économie politique de la maladie (Dozon, Fassin, 1989 ; Packard, Epstein, 1991, pp. 771-783 ; Fassin, 2006). Mais dans le cas du TasP, l'histoire n'est pas absente, ou passée sous silence, mais omniprésente et stratégique : la nouveauté de l'épisode tient dans les usages du passé qu'il suscite et, en particulier avec le cas de l'éradication de la variole, dont sont manipulés les succès et les promesses – les futurs passés – de la santé publique du XX^e siècle.

Ces usages du passé sont sélectifs, et un coup d'œil rapide à l'histoire de la santé publique coloniale appellerait des comparaisons plus pertinentes du TasP avec d'autres épisodes bien connus de *Test-and-treat* pensé et mis en œuvre dans un but préventif (Lachenal, 2013a). La « méthode de Koch », mise au point par le bactériologiste Robert Koch en Afrique de l'Est allemande et fondée sur le traitement « préventif » du réservoir de virus constitué par les porteurs sains des parasites de la malaria, est la plus évidente (Gradman, 2010) ; elle sera reprise en Afrique française par la Mission Jamot de lutte contre la maladie

6. Georges Sideris, *The Warning* (25 août 2010), <http://www.thewarning.info/spip.php?article311> consulté le 12 novembre 2010.

du sommeil, dont le travail se définissait précisément par des campagnes de dépistage-traitement au nom de la « prophylaxie sociale » (Bado, 2011). Le détour par ces épisodes révélerait à quel point le paradigme du *test and treat* est inséparable d'une vision racialisée de la santé publique, où les Africains n'existent, en simplifiant à peine, que comme corps collectif : dans les campagnes de masse de la médecine coloniale, appliquées à la trypanosomiase, au pian et même à la lèpre et à la tuberculose dans les années 1950, le traitement était *toujours* pensé comme de la prévention ; les deux catégories se confondaient tout simplement (Lachenal, 2013a).

Mais la question qui m'intéresse n'est pas celle de la continuité ou de la rupture. Plus profondément, la controverse du TasP attire l'attention sur le régime de temporalité de la santé globale, au sens d'une politique de la comparaison historique, de la mémoire, de la projection et de la promesse. Le TasP est comparé à des programmes historiques bien connus des spécialistes de la santé globale contemporaine ; ces programmes commencent tous par des annonces grandiloquentes et partagent un paternalisme médical et une foi naïve dans les miracles technologiques ; ils se terminent tous, au mieux, par des semi-échecs, imputés la plupart du temps au contexte politique ou aux cultures locales – le succès de l'éradication de la variole étant une exception qui a cependant elle aussi suscité énormément de problèmes pratiques et politiques (Bhattacharya, 2006). Ce qui est étonnant, et qui pose à mes yeux la vraie question, c'est que cette *connaissance* de l'histoire co-existe avec l'engouement actuel pour un programme comme le TasP, comme s'il n'y avait rien de contradictoire entre la remémoration des échecs et la promesse de nouveaux miracles.

Les plus ardents promoteurs du TasP reconnaîtront que même si les essais randomisés étaient couronnés de succès, ces prochains mois, dans les observatoires démographiques du Kwazulu-Natal ou d'ailleurs, l'élimination du VIH n'aura pas lieu, dans 37 ans, dans le monde « réel » – un monde avec des pannes de courant, des rebelles, des « sanctions » du Fonds monétaire international, des crises économiques et des ruptures de stock. Ce qui n'empêche pas les mêmes, pourtant, de le promettre et de se sentir obligé de le faire – parfois, dit-on, parce que cela serait nécessaire pour susciter l'enthousiasme et assurer la pérennité des soutiens financiers à la lutte contre le VIH en général. Le TasP est en effet un extraordinaire outil de plaidoyer pour l'extension du traitement ARV – c'est à mes yeux son principal atout. La croyance dans la dernière innovation, fut-elle une fiction, devient la condition pour rendre le présent (dans ce cas, les programmes de traitement) possible, soutenable ou durable, prenant ainsi part à une « économie de la promesse » analogue à celle décrite par Sunder Rajan (2006) dans le monde de la *biotech* californienne. La convocation du futur n'est pas nouvelle en santé publique, mais la différence avec le début des années 1950, lorsqu'étaient lancés les grands programmes d'éradication des

maladies tropicales (malaria, variole, pian, maladie du sommeil) réside sans doute ici : la santé globale, à l'ombre de son imposant passé, se caractérise par cette manière étrange de raconter des histoires de rédemption future dans lesquelles chacun, précisément en raison de ce que nous savons du passé, ne peut que *croire qu'à moitié*, ou faire semblant de croire. Le régime de temporalité est ainsi un régime de vérité : la vacuité des promesses de la santé globale est à la fois, et simultanément, reconnue et ignorée par ceux-là même qui les tiennent – ce qui est sans doute, pour reprendre une remarque de Wenzel Geissler (2013), l'un des « secrets publics » de la santé globale.

LA NOSTALGIE DU DÉVELOPPEMENT

La santé globale est nostalgique. Qui a travaillé comme médecin, scientifique, volontaire, historien ou ethnographe dans une structure de santé africaine des années 2000, sait qu'il est commun d'entendre évoquer le passé colonial ou post-colonial comme un âge d'or. Pour prendre un exemple tiré de mes recherches, en 2002, lors de ma première enquête orale sur l'histoire du Centre Pasteur du Cameroun, le principal laboratoire de recherche médicale du pays, j'interrogeais un membre du « petit personnel » sur ses souvenirs des années 1960-1970 – l'institution, à l'époque, s'appelait « Institut Pasteur du Cameroun », signe d'un lien alors quasi-colonial avec la France.

« - Comment ça se passait quand ça s'appelait « Institut Pasteur » ?

- Avant il y avait des chevaux et les cobayes. (...) Il y avait une équipe qui travaillait avec l'OCEAC, qui partait en brousse pour distribuer les remèdes (...). Aujourd'hui ils ne le font plus. [Avant] ils s'occupaient tellement des malades (...). Les maisons qui sont en bas, c'était les maisons des blancs. Il y avait les camions, avec plein de remèdes, qu'on pulvérisait sur les moustiques, pour les fourmis qui piquent les enfants quand ils s'assoient par terre. On allait de village en village.

C'est vrai que l'Institut Pasteur était bien parce qu'il était sur le terrain. Ils partaient sur le terrain, il y avait des gens qui passaient de village en village. Aujourd'hui ils font moins. Ils envoient seulement un chercheur. Il vient seulement voir » (Lachenal, 2006, p. 512).

Dans son récit, Jacques Bekolo⁷ évoque des signes matériels de la grandeur de l'Institut Pasteur d'alors, comme l'animalerie bien garnie (elle était presque vide au moment de ma visite). Il insiste surtout sur la participation de l'Institut aux campagnes de médecine mobile, en collaboration avec l'autre fleuron de la Coopération française, l'OCEAC, l'Organisation de coordination et de lutte contre les grandes endémies en Afrique centrale, qui jouxte l'Institut sur une colline du centre-ville de Yaoundé. La médecine mobile manifestait un souci pour les malades – souci attribué à la fois à l'État camerounais et aux « Français » – et transformait la vie quotidienne. Les pulvérisations d'insecticide

7. Le nom a été changé.

(le témoignage évoque sans doute le DDT) suscitent le même attachement ; elles étaient appréciées, comme les experts s'en rendaient d'ailleurs compte à l'époque, autant pour leur contribution possible à l'éradication future du paludisme que pour leurs effets « secondaires » et immédiats sur toutes une série d'insectes nuisibles. La médecine mobile est ainsi décrite à la fois comme un signe de grandeur pour l'Institut Pasteur – c'est la présence hors les murs, « sur le terrain », qui fait que l'Institut Pasteur « était bien » – et comme la marque tangible du fait que l'on prenait alors soin de la population. Cette grandeur, explique Jacques Bekolo, est perdue. Le temps présent est celui d'une science minimaliste : au projet moderniste de transformation des vies des années d'indépendance a succédé une « recherche » qui a renoncé à intervenir.

Un tel discours m'a surpris – en arrivant au Cameroun je m'attendais à entendre des critiques de l'autoritarisme (bien documenté par les historiens) de la médecine coloniale ou des programmes « verticaux ». Or la nostalgie s'exprime systématiquement au Cameroun à propos de « Jamot » – le nom propre désigne en fait, par métonymie, toutes les grandes campagnes de médecine mobile, des années 1920 à leur interruption dans la décennie 1980. Elle donne souvent lieu à des malentendus, pour peu qu'on la prenne pour un discours sur le passé – les évocations nostalgiques co-existent d'ailleurs avec des récits plus troubles et plus sombres. Or il est assez clair, même si ces récits sont par nature équivoque, que le propos sur « la médecine d'avant » vaut surtout comme un commentaire sur le présent, ou comme une manière de parler de la rupture profonde provoquée par la crise économique et le tournant néo-libéral de la fin des années 1980.

La rupture fut particulièrement dramatique, en ce qui concerne le Centre Pasteur du Cameroun, renommé ainsi en 1980 pour affirmer plus fortement son autonomie après une renégociation des relations avec la Coopération française et l'Institut Pasteur de Paris (Lachenal, 2009, 2011). Touché par la crise de la fin des années 1980, par les premières mesures d'ajustement structurel puis par la dévaluation du Franc CFA, le Centre Pasteur du Cameroun est au bord de la banqueroute au début des années 1990 ; la demande de la population de Yaoundé en analyses médicales, sa principale source de financement, s'effondre en effet au fil des licenciements massifs de fonctionnaires et des privatisations. Une « restructuration » est planifiée : le 10 mai 1993, des militaires en armes occupent le Centre Pasteur et le représentant de la « Mission de réhabilitation des entreprises publiques », en charge des premières mesures d'ajustement structurel au Cameroun, convoque le personnel et énonce la liste d'une cinquantaine de personnes licenciées. La Commission européenne, par une subvention spéciale, prend en charge les indemnités de licenciement. Dans le cadre du Plan d'ajustement structurel (PAS) du Centre Pasteur, financé par la Coopération française à partir de 1994, une série de vagues de licenciements suivent, réduisant de moitié, au final, les effectifs ; ceux qui restent subissent des coupes salariales

Figure 2 : Pulvérisation d'insecticide (sans DDT) dans les années 1950 au Cameroun



Sources : Infocam, Série Santé, 151608C.

drastiques. « Au moment du plan social c'était dur, vous entriez le matin, vous n'étiez pas sur d'être encore là le soir », racontera en 2003 un membre du personnel⁸.

Jacques Bekolo, comme les autres « rescapés » de cette séquence historique, est ainsi, littéralement, un vestige du miracle camerounais des années 1980, un reste anachronique d'une classe moyenne incarnant le fait qu'une « émergence », au sens à la fois intime, familial et national, était possible et ne l'est plus. La nostalgie des infirmiers, magasiniers ou secrétaires de la plus grande institution de recherche camerounaise parle à la fois d'un âge d'or, celui des années 1970 et 1980, et d'un présent néolibéral où la médecine, l'État camerounais et les « blancs » ne promettent plus le développement et la transformation des vies. D'une manière révélatrice, le Centre Pasteur du Cameroun a connu, depuis la fin des années 1990, un renouveau spectaculaire, en se tournant vers les ressources des projets transnationaux de recherche et de surveillance épidémiologique, en devenant un maillon des réseaux de la « santé globale ». « On envoie un chercheur, il vient seulement voir » : le boom des projets conçus sur ce mode ne rend que plus tangible la reconfiguration profonde des logiques et des modes d'intervention sanitaires, de l'âge de la santé internationale, où l'éradication

8. Entretien avec l'auteur, Yaoundé, 2003.

était pensée comme une condition du décollage économique, à celui de la « biosécurité », où la surveillance des pathogènes émergents et le contrôle des migrations tiennent lieu d'action de santé publique. Le parking du Centre Pasteur, où cohabitent les pick-ups neuf des « projets de recherche » et les vieilles voitures, Simca ou Hyundai millésime 1985, achetées à crédit par les personnels avant la crise, matérialise cet entrechoquement des époques.

On retrouve souvent, dans le monde du développement et de la santé en Afrique, le même type d'évocation nostalgique d'une modernité évanouie, qu'elle soit coloniale, nationaliste ou socialiste, selon les cas (Kamat, 2008 ; Geissler, 2011 ; Dlamini, 2009 ; Piot, 2010). Ce tournant nostalgique ne se réduit ni à un artefact des enquêtes orales, ni à un effet de génération, ni à une critique politique purement « rationnelle » du présent néolibéral, même s'il procède des trois à la fois ; il manifeste plutôt la dimension affective et intime des institutions, des imaginaires et des pratiques du développement. Il rappelle le fait que la portée politique du projet modernisateur tenait aussi dans ses promesses de réussite et « d'émergence » pour soi et pour la nation, dont il est aujourd'hui clair qu'elles se sont égarées en route. L'anthropologue Wenzel Geissler a consacré une enquête ethnographique à cette question, en partageant le quotidien des vétérans d'une station de la Division of Vector-Borne Diseases (DVBD) du ministère de la Santé publique du Kenya, les services de lutte anti-vectorielle, en charge depuis les années 1950 de la lutte contre le paludisme et la fièvre jaune notamment (Geissler, 2011). Il décrit comment, au début des années 2000, la DVBD fonctionne au ralenti, alors que les « projets » se multiplient tout autour, en particulier dans le champ du VIH-Sida. Les hommes de la DVBD attendent la retraite et leurs Land Rovers sont « scotchés » à la station – « *we are stuck* » disent-ils. Le quotidien est fait de sur-place et de nostalgie – les vétérans des grandes campagnes se souviennent de l'époque où le DVBD sillonnait le pays et formait dans son sillage des générations d'hommes de science, incarnations d'une nation en devenir. Wenzel Geissler montre que leur nostalgie contient une autre temporalité, à laquelle elle renvoie en fait : celle d'une attente – au sens d'une ouverture au futur – et d'un désir (*longing*), qui s'articule à l'idée, spatiale, d'une marche en avant (*forwardness*). Reprenant les analyses de James Ferguson (1999) sur la Zambie post-industrielle, Wenzel Geissler souligne que la nostalgie des hommes du DVBD, bien plus qu'un regret de la modernité perdue, est aussi une manière de garder vivante l'idée d'un futur commun, à définir et atteindre par et grâce à la science ; futur que la frénésie des projets de la « santé globale » ne semble plus incarner.

DES RUINES FUTURISTES

La santé globale opère dans un champ de ruines. La proposition est exagérée, mais elle permet d'attirer l'attention sur l'environnement bâti qui a préparé puis matérialisé le « boom » de la santé globale, et sur l'économie politique qui redessine les paysages scientifiques et médicaux en Afrique. Même si les images de bâtiments à moitié abandonnés, puis réhabilités et inaugurés sont un cliché de l'iconographie du développement, que l'on retrouve dès l'époque coloniale, les ruines associées au tournant néolibéral des années 1990 (Ferguson, 2006 ; Nguyen, 2010 ; Stoler, 2012) méritent une réflexion spécifique, ne serait-ce que par leur caractère parfois extraordinaire – pensons au Cameroun, à l'Immeuble de la Mort qui dominait jusque récemment la place principale de Yaoundé (Malaquais, 2006, p. 32). Les ruines de la santé globale permettent de penser l'articulation des deux temporalités évoquées précédemment : l'anticipation de passés futurs et la nostalgie pour les futurs passés.

Prenons pour exemple un bâtiment, qui est longtemps resté comme une ruine embarrassante dans le centre de Kinshasa, en République démocratique du Congo. L'Institut d'enseignement médical (IEM) construit à la fin des années 1950, juste avant l'indépendance du Congo belge, est un vaste bâtiment tout en lignes verticales, pare-soleils et béton, conçu par un architecte belge, signature du « modernisme tropical » de l'époque, Maurice Boulengier⁹. Aujourd'hui situé dans la commune de Kasa-Vubu à Kinshasa, le long d'une vaste avenue arborée, le Boulevard Triomphal, non loin de la Maison de la Radio et du Palais du Peuple, l'IEM a matérialisé le « leg » colonial à la nouvelle nation congolaise. Il a formé des générations d'infirmiers et d'assistants sanitaires, en particulier ceux qui ont formé l'ossature du système de médecine rurale et des grandes campagnes de santé publique de l'époque post-coloniale. Pensé au sein d'un plan pour faire advenir un Congo moderne, l'IEM a été un pivot du système de santé publique du Zaïre et de son projet du développement.

L'IEM, lors de mon passage à Kinshasa en 2006, était complètement ruiné. Il fut parmi les premiers sites à être ciblé lors des grands pillages de la ville en 1991 et 1993, lors de la chute de Mobutu, sans doute en raison de sa proximité avec l'immense camp militaire Kokolo. Entièrement dénudé, le bâtiment se trouvait réduit à ses lignes, assez belles d'ailleurs, sous une forme peut-être proche des esquisses de l'architecte. L'ancien IEM était devenu un lieu effrayant, compliqué à photographier, squatté par des militaires ; les terrains attenants mis en culture ou grignotés par des constructions spontanées. L'IEM était devenu un symbole embarrassant des ambitions perdues de la modernisation coloniale et de l'État

9. Cette partie reprend des éléments d'une contribution en anglais au blog d'anthropologie *Somatosphere*. URL : <http://somatosphere.net/2013/01/kin-porn.html> consulté le 12 février 2013.

Figure 3 : L'Institut d'enseignement médical, Kinshasa (2006)



Photo : Guillaume Lachenal.

mobutiste, en même temps qu'une marque des violences que venait de connaître la ville. Mais la ruine de l'IEM rappelait aussi, d'une manière presque familière, ces lieux, décrits au Congo par V. S. Naipaul, où le « futur était venu, et d'où il était reparti » (1979). Elle témoignait d'un passé fait de pillages, mais aussi de promesses et d'espoirs – évanouis. Sur la carte affective de la ville, la ruine était à la fois un monument du choc néolibéral, et le rappel qu'un autre futur avait été possible – et l'était encore peut-être.

L'IEM est « un baobab qui se meurt », écrit ainsi, début 2006, Adrien Lukie Duama, un ancien infirmier diplômé de l'IEM en 1976, dans une lettre ouverte à ses anciens camarades :

« Moi, je me sens interpeller (sic). Je ne suis plus tranquille dans mon fort intérieur. Je suis malade. (...) Cet institut, qui jadis se représentait comme étant le monument de la crème médicale de la république et qui faisait la fierté du pays, aujourd'hui, quiconque qui passe devant lui, peut donner le qualificatif de son choix pour ce qui lui est arrivé. L'IEM est détruit du fond un comble (sic). Du petit carreau jusqu'à la dernière tôle, au vu et au su des responsables décideurs de la république »¹⁰.

La lettre est nostalgique, mais l'indignation de Lukie Duama concerne le présent : « Si aujourd'hui, je mets au grand jour mon mal, c'est juste pour savoir

10. Adrien Lukie Duama, « Institut d'enseignement médical de Kinshasa : un Baobab qui se meurt », 2006. La lettre a été diffusée dans un email à la liste Essential Drugs. URL : <http://www.essentialdrugs.org/emed/archive/200601/msg00123.php> consultée le 12 février 2013.

si, dans notre pays nous sommes dirigés par des sourd-aveugles ? ». L'IEM – le fait qu'il ait été pillé, ruiné, et laissé en l'état – est le symptôme d'un renoncement à gouverner, d'une absence et d'une absurdité. « Chers messieurs qui me lisent en ce jour, si nous voulons vraiment être logiques envers nous-même, que ceux qui ont une partie du pouvoir, nous mettent un peu de l'ordre dans cet institut », termine Lukie Duama en appelant à l'action – déguerpir les soldats et réhabiliter le bâtiment. L'attachement exprimé à un symbole de la médecine « verticale », et l'évocation douce-amère du colonialisme et du mobutisme qui se lit entre les lignes, ne doit pas surprendre – le propos est proche de celui des hommes de la DVBD ou du blanchisseur du Centre Pasteur du Cameroun. Comme l'ont écrit Richard Rottenburg, Wenzel Geissler et Julia Zenker dans un ouvrage récent, à l'heure de la santé globale, la « biopolitique, y compris sous la forme nationale d'une médecine de gouvernement, (...) n'est pas un objet de crainte ou de dénonciation, mais de nostalgie et de désir » (2012, p. 13).

La ruine de l'IEM – ou plutôt ce qu'elle est devenue – porte aussi en elle une autre temporalité, définie sur le mode de l'anticipation et de la projection, plutôt que de la nostalgie. L'IEM a en effet été détruit une seconde fois en 2010 – complètement rasé cette fois. Placée sur le site prévu pour les commémorations du Cinquantenaire de l'Indépendance, sur le Boulevard Triomphal, la ruine était devenue trop gênante. En plein tournant « Global Health », la Coopération japonaise (JICA) a décidé en 2008 de concentrer ses investissements en Afrique dans le secteur sanitaire et de commencer, en RDC, par bâtir un nouvel IEM. Après expulsion des squatteurs et démolition, la construction a commencé en 2011, devenant même une promesse électorale de Joseph Kabila dans le cadre de la « Révolution de la Modernité », son programme pour l'élection présidentielle. Le nouvel Institut a pu redevenir l'emblème d'un pouvoir en action ; la preuve, selon un membre de l'équipe présidentielle qui visitait le site en 2012, que « la révolution de la modernité n'est pas un vain mot »¹¹. L'heure est au futurisme – les plans des architectes japonais ne trompent pas – dans une ville qui n'a jamais vraiment cessé de l'être (de Boeck *et alii*, 2004 ; Gondola, 1997 ; Toulrier, Lagae, Gemoets, 2010). Le miracle de la santé globale se manifeste ainsi à l'IEM en le faisant renaître et disparaître en même temps ; il se manifeste aussi, plus spectaculaire encore, à quelques encablures de là, sur le chantier de l'Hôpital du Cinquantenaire, qui reprend le squelette de béton d'une utopie mobutiste, elle aussi ruinée pendant deux décennies, l'Hôpital cardiologique.

Il ne faut pas manquer, au-delà de Kinshasa, la généralité de cette séquence. L'enchaînement – ruine par la dette et ses effets dérivés (des coupes budgétaires

11. Blandine Lusimana T., 2012, « Une délégation de l'équipe gouvernementale a visité les chantiers de la ville de Kinshasa », *L'observateur*, jeudi 16 août, Kinshasa, URL : http://www.observateur.cd/index.php?option=com_content&view=article&id=7929:une-delegation-de-lequipe-gouvernementale-a-visite-les-chantiers-de-la-ville-de-kinshasa&catid=45:conomie&Itemid=65 consulté le 12 février 2013.

aux conflits militaires de basse intensité), dépossession, destruction et arasement, puis renaissance dans le cadre de privatisation ou de « partenariats public-privé » (PPP) – est un mécanisme fondamental du capitalisme néolibéral, qui a redessiné en profondeur les villes globales d’Amérique du Nord ou d’Europe, comme l’a décrit le géographe David Harvey (2005). Ce mécanisme se rejoue en Afrique dans le cadre de la santé globale, qu’il faut donc comprendre comme une étape (et non comme un revirement ou une rédemption) dans la transformation néo-libérale initiée par les plans d’ajustements structurels et la sape organisée des institutions médicales et scientifiques d’Afrique. Pour reprendre une analyse d’Owen Hatherley à propos de la « revitalisation » de Liverpool, on peut voir dans les bâtiments neufs de l’ère des PPP de « nouvelles ruines » (Hatherley, 2010). Elles définissent, dans les capitales et les provinces africaines, un moment architectural auquel il est difficile d’échapper : des bâtiments de parpaings, habillés de verre et de « carreau de salles de bains », pour reprendre un diagnostic esthétique camerounais, qui s’applique là-bas, par exemple, au dispensaire de Mvog-Ada ou à l’hôpital d’Ayou, deux ensembles de vieux bâtiments coloniaux récemment détruits et reconstruits.

Ces ruines flambant neuves n’échappent pas à la sagacité des observateurs locaux, qui sont souvent sceptiques quant à la durabilité des nouveaux emblèmes architecturaux de la santé globale – la mauvaise qualité des parpaings est un problème classique de la construction dans les villes africaines contemporaines. Telle qu’elle est commentée à Kinshasa, Yaoundé ou Ayou, la santé globale promet ainsi sa propre péremption et sa propre ruine. Même les programmes d’accès aux ARV ont, malgré leurs succès évidents, produit leurs propres débris : pour peu que l’on sorte des « projets pilotes » des capitales, la visite d’un hôpital rural passe souvent, en Afrique, par un tour mélancolique des appareils sous bâche, en attente de maintenance, de réactifs ou d’électricité ; les programmes de la santé globale ont aussi été des machines à produire des cimetières de « compteurs de CD4 » prenant la poussière dans les régions périphériques des États africains.

Le miracle de la santé globale, tel qu’il est perçu en Afrique, est inévitablement mis en rapport avec les autres miracles du capitalisme contemporain, et en particulier avec la révolution matérielle liée aux produits électroniques ou vestimentaires *made in China*, qui a signifié ces dernières années un accès inouï et inespéré à des biens de prestige (écrans plats et Nike) et, dans le même temps, l’avènement du règne du faux et du toc – les consommateurs africains le savent parfaitement et la « qualité Dubaï », au Cameroun, est synonyme de contrefaçon. La santé globale – malgré elle sans doute – participe de ce moment chinois, ou de ce « stade Dubaï du capitalisme » (Davis *et alii*, 2007), précisément en raison de ses réalisations matérielles formidables. En cela aussi, ses ruines – futures, présentes ou disparues – sont à la fois un support de nostalgie et d’anticipation ;

ses nouveaux slogans, qui en rappellent tant d'autres, apparaissent périmés au moment même où ils sont prononcés.

CONCLUSION

Mon propos dans ce texte n'est bien sûr pas de prédire la ruine de la santé globale, ni même son échec, mais de relever « l'emboîtement des époques », pour reprendre le mot d'Achille Mbembe (2000, p. 36), qui en définit le cadre d'expérience, aujourd'hui en Afrique. Cette réflexion a deux enjeux.

Rendre compte, d'abord, de la manière dont le passé est un ressort et une ressource critique à propos des politiques, des techniques et des réalisations de la santé globale, sous des formes allant de l'évocation mélancolique du temps du développement – une nostalgie du futur – à la guerre des mémoires, que j'ai évoquée dans le cas du TasP et que l'on retrouve dans d'autres contextes, par exemple dans les controverses autour du VIH-Sida dans l'Afrique du Sud post-apartheid (Fassin, 2006).

Clarifier, ensuite, la question éthique fondamentale posée, dans le cadre de la santé globale, par cette politique des temps. La santé globale sature le présent de références au futur, y compris en envisageant son propre devenir « dans les livres d'histoire » : la santé globale aura annoncé la fin du VIH, comme on avait annoncé « la santé pour tous en l'an 2000 ». Ce futur antérieur s'articule à des efforts considérables, en termes de mobilisation de ressources, pour éliminer le VIH en 2050, se préparer aux futures pandémies ou combattre des virus émergents « avant qu'ils n'émergent » (Wolfe, 2011). Dans ces cas, l'intervention sanitaire se conjugue au futur : non pas trivialement comme dans tout acte de prévention, mais précisément parce que cette temporalité induit une forme de triage, pour reprendre une analyse de Vinh-Kim Nguyen (2010), la mobilisation pour le futur se faisant aux dépens de l'attention à des vies présentes. La priorité accordée à la lutte « biosécuritaire » contre l'émergence de pathogènes encore inconnus, dans un contexte africain où les urgences réelles et présentes ne manquent pas, prend parfois une dimension obscène ; le spectacle et les annonces de la santé globale, sur les miracles ou les désastres à venir, se couplent d'un renoncement souvent explicite à agir au présent (Lachenal, 2013b). L'opération biopolitique – faire vivre et laisser mourir – est ainsi, en mode néolibéral, articulée à un régime de temporalité, qu'a repéré et analysé Elizabeth Povinelli (2011), qui fait du futur antérieur son temps dominant : la hiérarchie des vies est une hiérarchie des morts futures, entre celles qui seront placées sous le signe de l'événement – la pandémie par exemple, évitée ou accomplie – et les autres, les « morts lentes », quotidiennes, celles des corps qui pourrissent en silence, en deçà des images lisses, des *success stories* ou des scénarios catastrophes de la santé globale.

BIBLIOGRAPHIE

- Assefa Y., Lera M., 2009, « Universal Voluntary HIV Testing and Immediate Antiretroviral Therapy », *Lancet*, vol. 373, n° 9669, p. 1080.
- Bado J.-P., 2011, *Eugène Jamot, 1879-1937, Le médecin de la maladie du sommeil ou trypanosomiase*, Paris, Karthala.
- Bhattacharya S., 2006, *Expunging Variola: The Control and Eradication of Smallpox in India, 1947-1977*, New Delhi/Londres, Orient Longman/Sangam Books.
- de Boeck F., Plissart M.-F., Musée royal de l'Afrique centrale., Vlaams Architectuurinstituut., 2004, *Kinshasa: Tales of the Invisible City*, Tervuren Antwerp, Royal Museum for Central Africa/Vlaams Architectuurinstituut VAI.
- Cohen J., 2010, « 17th Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections, 16-19 February, San Francisco, CA. Treatment as Prevention », *Science*, vol. 327, n° 5970, pp. 1196-1197.
- Cohen M. S., Mastro T. D., Cates Jr. W., 2009, « Universal Voluntary HIV Testing and Immediate Antiretroviral Therapy », *Lancet*, vol. 373, n° 9669, p. 1077.
- Davis M., Cusset F., Jallon H., Saint-Upéry M., 2007, *Le stade Dubaï du capitalisme*, Paris, Les Prairies ordinaires.
- Dlamini J., 2009, *Native Nostalgia*, Auckland Park (Afrique du Sud), Jacana Media.
- Dozon J.-P., Fassin D., 1989, « Raison épidémiologique et raisons d'État : les enjeux socio-politiques du sida en Afrique », *Sciences sociales et santé*, vol. 7, n° 1, pp. 21-36.
- Ekobo F., 2013, *De l'intime au politique. Modèles dissonants et régulations des politiques publiques. À partir de la lutte contre le sida en Afrique*, Mémoire d'Habilitation à diriger des recherches en Sciences politiques, Université de Versailles Saint-Quentin.
- Epstein H., 2009, « Universal Voluntary HIV Testing and Immediate Antiretroviral Therapy », *Lancet*, vol. 373, n° 9669, pp. 1078-1079.
- Fassin D., 2006, *Quand les corps se souviennent, Expériences et politiques du Sida en Afrique du Sud*, Paris, La Découverte.
- Ferguson J., 1999, *Expectations of Modernity: Myths and Meanings of Urban Life on the Zambian Copperbelt*, Berkeley, University of California Press.
- Ferguson J., 2006, *Global Shadows. Africa in the Neoliberal World Order*, Durham, Duke University Press.
- Garnett G. P., Baggaley R. F., 2009, « Treating our Way out of the HIV Pandemic: Could we, Would we, Should we? », *Lancet*, vol. 373, n° 9657, pp. 9-11.
- Geissler P. W., 2011, « Parasite Lost: Remembering Modern Times with Kenyan Government Medical Scientists » in Geissler P. W., Molyneux C. (dir.), *Evidence, Ethos and Experiment: The Anthropology and History of Medical Research in Africa*, New York/Oxford, Berghahn Books, pp. 297-332.
- Geissler P. W., 2013, « Public Secrets in Public Health: Knowing not to Know while Making Scientific Knowledge », *American Ethnologist*, vol. 40, n° 1, pp. 13-34.
- Geissler P. W., Rottenburg R., Zenker J., 2012, « 21st Century African Biopolitics: Fuzzy Fringes, Cracks and Undersides, Neglected Backwaters, and Returning Politics » in Geissler P. W., Rottenburg R., Zenker J. (dir.), *Rethinking Biomedicine and Governance in Africa. Contributions from Anthropology*, Heidelberg, Transcript-Verlag, pp. 7-19.
- Gondola C.-D., 1997, *Villes miroirs : migrations et identités urbaines à Brazzaville et à Kinshasa, 1930-1970*, Paris, L'Harmattan.
- Gradmann C., 2010, « Robert Koch and the Invention of the Carrier State: Tropical Medicine,

- Veterinary Infections and Epidemiology around 1900 », *Studies in History and Philosophy of Biological and Biomedical Sciences*, vol. 41, n° 3, pp. 232-240.
- Granich R., 2009, « HAART as Prevention », 5th IAS Conference on HIV Pathogenesis, Treatment and Prevention, 21 juillet 2009, Le Cap (Afrique du Sud), <http://www.ias2009.org/pag/PSession.aspx?s=2365# 2> consultée le 12 avril 2011
- Granich R. M., Gilks C. F., Dye C., De Cock K. M., Williams B. G., 2009, « Universal Voluntary HIV Testing with Immediate Antiretroviral Therapy as a Strategy for Elimination of HIV Transmission: A Mathematical Model », *Lancet*, vol. 373, n° 9657, pp. 48-57.
- Harvey D., 2005, *A Brief History of Neoliberalism*, Oxford/New York, Oxford University Press.
- Hatherley O., 2010, *A Guide to the New Ruins of Great Britain*, Londres/Brooklyn, Verso.
- Hsieh Y. H., de Arazoza H., 2009, « Universal Voluntary HIV Testing and Immediate Antiretroviral Therapy », *Lancet*, vol. 373, n° 9669, pp. 1079-1080.
- Jaffe H., Smith A., Hope T., 2009, « Universal Voluntary HIV Testing and Immediate Antiretroviral Therapy », *Lancet*, vol. 373, n° 9669, p. 1080.
- Jurgens R., Cohen J., Tarantola D., Heywood M., Carr R., 2009, « Universal Voluntary HIV Testing and Immediate Antiretroviral Therapy », *Lancet*, vol. 373, n° 9669, p. 1079.
- Kamat V., 2008, « "This Is Not Our Culture!" Discourses of Nostalgia and Narratives of Health Concerns in Post-Socialist Tanzania », *Africa*, vol. 78, n° 3, pp. 359-383.
- Lachenal G., 2006, *Biomédecine et décolonisation au Cameroun, 1944-1994, Technologies, figures et institutions médicales à l'épreuve*, Thèse de doctorat en épistémologie, Histoire des sciences et des techniques, Paris, Université Paris 7 Denis-Diderot.
- Lachenal G., 2009, « Franco-African Familiarities: A History of the Pasteur Institute of Cameroon » in Harrison M., Jones M., Sweet H. (dir.), *From Western Medicine to Global Medicine: Hospitals Beyond the West*, New Delhi, Orient Longman.
- Lachenal G., 2011, « The Intimate Rules of the French "Coopération": Morality, Race and the Post-Colonial Division of Scientific Work at the Pasteur Institute of Cameroon » in Geissler P. W., Molyneux C. (dir.), *Evidence, Ethos and Experiment: The Anthropology and History of Medical Research in Africa*, New York/Oxford, Berghahn Books, pp. 373-402.
- Lachenal G., 2013a, « A Genealogy of "Treatment-as-Prevention" » in Giles-Vernick T., Webb J. L. A. (dir.), *Global Health Histories in Africa*, Athens, Ohio University Press, pp. 70-86.
- Lachenal G., 2013b, « Lessons in Medical Nihilism. Virus Hunters, Neoliberalism and the AIDS Crisis in Cameroon » in Geissler P. W. (dir.), *Science and the Parastate in Africa*, Durham, Duke University Press (sous presse).
- Lakoff A., 2010, « Two Regimes of Global Health », *Humanity: An International Journal of Human Rights, Humanitarianism, and Development*, vol. 1, n° 1, pp. 59-79.
- Malaquais D., 2006, « Villes flux, Imaginaires de l'urbain en Afrique aujourd'hui », *Politique africaine*, n° 100, pp. 17-37.
- Mbembe A., 2000, *De la postcolonie, Essai sur l'imagination politique dans l'Afrique contemporaine*, Paris, Karthala.
- McCoy D., Chand S., Sridhar D., 2009, « Global Health Funding: How much, here it Comes from and where it Goes », *Health Policy and Planning*, vol. 24, n° 6, pp. 407-417.
- Naipaul V. S., 1979, *A Bend in the River*, New York, Knopf/Random House.
- Nguyen V. K., 2010, *The Republic of Therapy. Triage and Sovereignty in West Africa's Time of AIDS*, Durham, Duke University Press.
- Nguyen V. K., Bajos N., Dubois-Arber F., O'Malley J., Pirkle C. M., 2011, « Remedicalizing

- an Epidemic: from HIV Treatment as Prevention to HIV Treatment is Prevention », *AIDS*, vol. 25, n° 3, pp. 291-293.
- Novakova I., 2000, « Le futur antérieur français: temps, aspect, modalités », *Zeitschrift für französische Sprache und Literatur*, vol. 110, n° 2, pp. 113-135.
- OCDE, 2011, *Aid to Health - Statistics related to Official Development Assistance (ODA) and Concessional Multilateral Flows for the Health Sector and Population Policies, Programmes and Reproductive Health*, Available from December 2011, OECD/DAC, www.oecd.org/dac/stats/health
- Packard R. M., Epstein P., 1991, « Epidemiologists, Social Scientists and the Structure of Medical Research on Aids in Africa », *Social Science and Medicine*, vol. 33, n° 7, pp. 771-794.
- Piot C., 2010, *Nostalgia for the Future: West Africa after the Cold War*, Chicago, University of Chicago Press.
- Porter R., Porter D., 1988, « The Enforcement of Health: The British Debate » in Fee E., Fox D. M. (dir.), *AIDS: The Burdens of History*, Berkeley, University of California Press, pp. 97-115.
- Povinelli E. A., 2011, *Economies of Abandonment: Social Belonging and Endurance in Late Liberalism*, Durham, Duke University Press.
- Ruark A., Shelton J. D., Halperin D. T., Wawer M. J., Gray R. H., 2009, « Universal Voluntary HIV Testing and Immediate Antiretroviral Therapy », *Lancet*, vol. 373, n° 9669, p. 1078.
- Shilts R., 1987, *And the Band Played on: Politics, People, and the AIDS Epidemic*, New York, St. Martin's Press.
- Stoler A. L. (dir.), 2012, *Imperial Debris. On Ruins and Ruination*, Durham, Duke University Press.
- Sunder Rajan K., 2006, *Biocapital: The Constitution of Postgenomic Life*, Durham, Duke University Press.
- Toulier B., Lagae J., Gemoets M., 2010, *Kinshasa : architecture et paysage urbains, République démocratique du Congo*, Paris, Somogy Inventaire général du patrimoine culturel.
- Webb J. L. A., Giles-Vernick T., 2013, « Introduction » in Webb J. L. A., Giles-Vernick T. (dir.), *Global Health in Africa: Historical Perspectives on Disease Control*, Athens, Ohio University Press, pp. 1-21.
- Wilson D. P., 2009, « Universal Voluntary HIV Testing and Immediate Antiretroviral Therapy », *Lancet*, vol. 373, n° 9669, pp. 1077-1078.
- Wolfe N., 2011, *The Viral Storm. The Dawn of a New Pandemic Age*, New York, Times Books.

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

QUELLE PÉRENNITÉ POUR LES INTERVENTIONS PILOTES DE GRATUITÉ DES SOINS AU BURKINA FASO ?*

Oumar Mallé Samb^{**}, Valéry Ridde^{***}, Ludovic Queuille^{****}

Cette étude qualitative apprécie la pérennité de deux interventions de suppression du paiement des soins au profit des femmes enceintes, des enfants de moins de cinq ans et des indigents au Burkina Faso. Les résultats montrent l'importance du processus de pérennisation, notamment de la prise de risques dans la gestion de l'intervention, ainsi que de la disponibilité des ressources nécessaires à sa continuité. Ces deux éléments ont été centraux dans la différence de pérennité entre les deux interventions. L'étude montre également que la pérennité d'une intervention n'est pas réductible à la démonstration de son efficacité. D'autres facteurs, qui n'ont cependant pas bénéficié de suffisamment d'attention jusqu'à présent, exercent une réelle influence, telles que l'approche adoptée pour la mise en œuvre des interventions et la perception des leaders de l'organisation cible envers les groupes bénéficiaires des interventions.

Mots clés : Exemption, paiement, pérennité, Burkina Faso, communautés, projets pilotes.

* Nous tenons à remercier toutes les personnes interrogées dans le cadre de cette recherche, nos enquêteurs, ainsi que le personnel de l'ONG HELP.

Cette recherche a été financée par le Service d'aide humanitaire (ECHO) de la Commission européenne et le Fonds de recherche en santé du Québec (FRSQ).

Les bailleurs de fonds et l'ONG n'ont joué aucun rôle dans la conception de l'étude, la collecte et l'analyse des données.

Valéry Ridde est un nouveau chercheur boursier des Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC).

** Doctorant en santé publique, Université de Montréal, Centre de recherche du centre hospitalier de l'Université de Montréal (CRCHUM), omarsamb@hotmail.com

*** Ph.D, professeur agrégé au département Médecine sociale et préventive, Centre de recherche du centre hospitalier de l'Université de Montréal (CRCHUM), valery.ridde@umontreal.ca

**** Master en santé publique, Centre de recherche du centre hospitalier de l'Université de Montréal (CRCHUM), ludovic.queuille@gmail.com

La généralisation du paiement direct dans les années 1990 a limité l'accès aux soins des couches de la population les plus vulnérables, comme les femmes enceintes et les indigents (Nanda, 2002). Il existe aujourd'hui un consensus international en faveur de sa suppression pour améliorer le recours au système de santé moderne. En effet, en Afrique, les expériences se multiplient, mais les politiques nationales de gratuité des soins sont toujours rares en Afrique de l'Ouest francophone. La plupart des expériences dans cette région sont le fait de projets pilotes organisés par des ONG internationales financés par des bailleurs de fonds européens, comme c'est le cas au Mali, au Niger ou encore au Burkina Faso. Cette situation pose donc des questions spécifiques quant à leur pérennité, ce qui n'est évidemment pas nouveau dans le domaine de la santé.

La question de la pérennité des interventions en santé publique bénéficie depuis quelques années d'un intérêt croissant de la part des bailleurs internationaux et des décideurs, de plus en plus préoccupés du devenir des interventions, souvent largement financés par l'extérieur.

Cependant, les études consacrées à cette question ne sont pas proportionnelles à cet intérêt grandissant (Greenhalgh, 2004). Cela n'a pas non plus permis de disposer d'une définition univoque du terme de pérennité, qui reste à ce jour sujet à de multiples interprétations (Toledo Romani *et alii*, 2007 ; Wiltsey Stirman *et alii*, 2012).

Dans le cadre de cette étude, la pérennité est appréhendée selon une perspective organisationnelle. Elle est définie comme la continuité des services et des ressources qu'offre une intervention (Shediak Rizkallah, 1998). Autrement dit, une intervention est pérenne si ses activités essentielles se maintiennent après l'arrêt d'éventuels soutiens exogènes (Pluye, Potvin, Denis, 2004).

LE CONTEXTE ET LES INTERVENTIONS

Le Burkina Faso est un pays sahélien de 16 millions d'habitants vivant en majorité en milieu rural. Malgré les gains obtenus en espérance de vie, le profil sanitaire du pays reste parmi les plus faibles de la sous-région (WHO, 2011). Dans les années 1980, le pays a commencé une ère de décentralisation sanitaire qui a commencé par une déconcentration de l'administration avec la mise en place des directions départementales de la santé publique. Ces structures sont devenues, en 1985, les directions provinciales de santé puis les districts sanitaires. En 2012, le pays compte 70 districts sanitaires. Leur création inaugurerait la naissance des premiers Centres de santé et de promotion sociale (CSPS), et celle des hôpitaux de districts, dits Centre médical avec antenne chirurgicale (CMA). Les CSPS constituent le premier niveau de contact avec la population où sont fournis les services de première ligne sous la direction d'un infirmier-chef

de poste (ICP). Ils sont gérés par les membres de la Communauté au moyen des comités de gestion (COGES). Le présent article concerne l'analyse de la pérennité de deux interventions de gratuité des soins.

Les femmes enceintes et allaitantes et les enfants de moins de 5 ans (Dori et Sebba)

Dans les districts de Dori et de Sebba, dans la région du Sahel, une organisation non gouvernementale (ONG) a mis en place, à partir de septembre 2008, l'exemption du paiement des soins de santé (frais de consultation, produits pharmaceutiques, examens) pour les femmes enceintes, les femmes allaitantes et les enfants de moins de 5 ans dans toutes les formations sanitaires des districts. L'ONG subventionne cette stratégie d'exemption à la façon d'un tiers payant financé par l'Union européenne (ECHO), en remboursant les formations sanitaires pour les frais que celles-ci auraient dû réclamer auprès des usagers. En complément, l'ONG a mis en place d'autres activités visant à renforcer le plateau technique (dotation en matériel médico-technique) et la capacité des agents de santé et des membres des Coges (informations, formations et supervisions).

Les indigents (Ouargaye)

Dans le district de Ouargaye, une recherche-action planifiée dès 2005, à la suite d'un processus participatif regroupant chercheurs, décideurs et communautés, a mis en place en 2007 l'exemption du paiement des soins uniquement pour les indigents dans 10 CSPS. Une fois que les communautés et les COGES ont sélectionné les indigents au sein des villages sur la base d'une définition consensuelle, le district sanitaire et la direction départementale de l'Action sociale leur remettent une carte qui leur permet de recevoir gratuitement tous les soins de santé dans les formations sanitaires du district. Si l'impulsion était en partie exogène, l'action est entièrement endogène, aussi bien dans la sélection des indigents que dans le financement. Les COGES assument entièrement cette prise en charge avec leurs fonds propres à partir des bénéfices effectués sur la vente des médicaments et des actes dans les CSPS, tel que la politique de l'initiative de Bamako l'avait prévu (Tizio, Flori, 1997). L'efficacité de l'approche a permis son extension dans tous les CSPS du district (26), en 2010, à la demande de toutes les parties prenantes.

OBJECTIF DE L'ÉTUDE ET CADRE CONCEPTUEL

Cette étude analyse et compare le processus de pérennisation et le degré de pérennité des deux interventions. La nature différente de ces interventions (financement extérieur et mise en place par une ONG *versus* financement endogène et recherche-action participative) constitue des cas contrastés permettant

une « source de différence » heuristique dans la compréhension des facteurs qui influencent la pérennité (Pires, 1997).

Dans cet article, la pérennisation est comprise comme étant le processus qui permet la continuation des activités et des effets relatifs aux interventions (Pluye, Potvin, Denis, 2004). Elle commence dès les premiers événements qui jalonnent le déroulement des interventions et est de ce fait concomitante avec le processus d'implantation. Cette concomitance implique la définition de trois catégories d'événements pour différencier les deux processus. Nous avons d'abord les événements spécifiques à la pérennisation qui concernent la stabilisation des ressources (disponibilité du budget nécessaire à la continuité des activités) et la prise de risque organisationnel (par exemple l'implication des acteurs dans le processus décisionnel et de gestion). Ensuite, nous retrouvons les événements conjoints à la pérennisation et à l'implantation composés des incitatifs pour les acteurs (bénéfice moral, renforcement de capacités, motivation financière), de l'adaptation des activités (au contexte et à l'environnement), de la correspondance des objectifs (congruence avec les objectifs de l'organisation hôte), de l'existence d'une communication transparente entre les acteurs, du partage d'artefact culturel (existence de jargons ou rituels autour du programme) et enfin de l'intégration des règles (alignement des règles de l'intervention avec celles de l'institution hôte). La troisième catégorie d'événement concerne les événements spécifiques de l'implantation que sont l'investissement dans des ressources suffisantes (financiers ou humains ou matériels pour réaliser les activités) et la compatibilité pratique et technique des activités de l'intervention avec celles de l'institution hôte.

Nous proposons que trois scenarii soient possibles dans l'appréciation du processus de pérennisation : (1) il est fort s'il comporte davantage d'événements favorables que défavorables ; (2) il est modéré si on recense autant d'événements favorables que d'événements défavorables ; (3) il est faible si le nombre d'événements considérés comme défavorables est plus important.

La pérennité des interventions se manifeste sous la forme de routines organisationnelles (Yin, 1979) dont quatre caractéristiques ont été identifiées par des travaux précédents : la mémoire, l'adaptation, les valeurs et les règles (Pluye *et alii*, 2004).

Ainsi, une routine nécessite que les actions de l'intervention soient connues et partagées entre les acteurs comme s'il existait une mémoire commune à l'organisation, mais aussi que les ressources qui lui sont dédiées soient maintenues et stabilisées (*la mémoire*). Elle doit être adaptée au contexte social dans lequel elle s'inscrit (*l'adaptation*). Elle doit refléter la correspondance d'objectifs partagés avec l'organisation et qui s'expriment notamment à l'aide de symboles (*valeurs*). Enfin, les règlements et manuels de procédures de l'organisation encadrent la routine, qui se doit de respecter ces règles organisationnelles (*les règles*). Une

intervention est « routinisée » lorsqu'au moins une activité qui découle de cette intervention possède ces quatre caractéristiques. Les routines témoignent du degré d'appropriation de l'intervention par les acteurs qui la mettent en œuvre.

Cinq degrés de pérennité peuvent ainsi être constatés : (1) pérennité nulle : aucune activité ne découle du projet ; (2) pérennité précaire : quelques activités résiduelles sont poursuivies officieusement, dans le cadre d'une fonction qui n'a rien à voir avec l'intervention ; (3) pérennité faible : des activités officielles sont issues de l'intervention, mais elles ne possèdent pas toutes les caractéristiques des routines organisationnelles, elles peuvent changer de façon radicale à court terme ; (4) pérennité moyenne : des activités routinisées sont issues de l'intervention, elles possèdent toutes les caractéristiques des routines ; (5) et enfin, nous avons la pérennité haute qui concerne l'État à travers la formulation des politiques publiques (institutionnalisation) (Pluye, Potvin, Denis, 2004).

MÉTHODE

La stratégie de recherche utilisée est une étude de cas multiples avec plusieurs niveaux d'analyse (Yin, 2003) qui repose sur l'utilisation de données qualitatives. Nos cas sont constitués des deux interventions de gratuité des soins. La population à l'étude est composée de huit CSPP où se déroulent ces interventions. Deux types d'instrument ont été mobilisés pour la collecte des données : des entretiens semi-dirigés et l'analyse documentaire.

Les entretiens ont eu lieu avec les principales parties prenantes des deux interventions. Nous avons rencontré les responsables d'intervention (n=5), les autorités sanitaires des directions de la santé des trois districts (médecins-chefs, responsables affaires communautaires, etc.) (n=12), les agents locaux de la mise en œuvre des interventions (infirmiers chef de poste, agents de santé, responsables des COGES) (n=21). Au niveau central, des rencontres ont eu lieu avec des fonctionnaires du ministère de la Santé (n=6), des représentants d'organismes subventionnaires internationaux (n=3), des experts du contexte socio-sanitaire (n=3) et des membres influents de la société civile (n=3).

L'analyse documentaire a servi de complément à ces données dans une perspective de triangulation. Elle a porté sur les documents de planification et les rapports d'activités des interventions, les plans d'action des districts sanitaires ainsi que sur les documents de politique nationale.

Les entretiens semi-dirigés ont fait l'objet d'un enregistrement et d'une prise de notes systématique. Elles ont été retranscrites et encodées à l'aide du logiciel QDA-Miner[®]. Les données des entretiens ont été analysées à l'aide d'une analyse thématique (Ritchie, Spencer, 1994) recoupant les différentes dimensions du cadre conceptuel.

RÉSULTATS

La gratuité des soins pour les femmes enceintes et allaitantes et les enfants de moins de 5 ans (Dori et Sebba)

Les événements du processus de pérennisation

Les ressources nécessaires à la poursuite du remboursement des soins fournis gratuitement n'ont pas été prévues dans le budget de l'État au moment de notre collecte de données et aucune source de financement différente ne semble avoir été trouvée.

En plus d'assurer l'allocation des ressources, l'ONG a assuré exclusivement sa gestion, sans oser la partager avec les districts, ce qui traduit une absence de risque organisationnel : « Le district aurait souhaité avec l'ONG, qu'il y ait un plan d'action commune qui soit établi et en fonction de cela, les fonds seraient transférés au district qui mènera ses activités » (E30).

Néanmoins, la mise en place de l'intervention s'est révélée particulièrement adaptée au contexte du Sahel où les taux d'utilisation des services de santé sont pratiquement les plus bas du pays, notamment à cause de la barrière financière. L'utilisation des plans d'action des districts sanitaires comme source d'informations pour mettre en place les activités a facilité cette adaptation.

L'intervention s'est globalement déroulée dans une bonne entente avec le niveau périphérique, selon des modalités de communications appréciées : « Nous avons des rencontres périodiques et nous discutons beaucoup, vraiment beaucoup. Ils nous impliquent dans ce qu'ils font » (E30). Toutefois, si la communication est bonne avec les responsables du district de Sebba, elle l'est moins avec ceux de Dori dont certains responsables accusent l'ONG de se comporter en responsable du district en parallèle, en mettant en place des activités sans les consulter : « Pour moi, la communication est catastrophique. L'ONG nous considère justes comme une courroie de transmission » (E23#D2).

En dépit de cela, l'intervention s'est bien insérée dans les règles d'organisation des districts sanitaires. La fourniture des soins se déroule dans les centres de santé publics, effectués par les agents sanitaires du district (fonctionnaires d'État), l'ONG se limitant dans son rôle de contrôle de la subvention et d'appui technique des districts.

En outre, beaucoup de ressources ont été investies pour accompagner la subvention, comme le renforcement du plateau médico-technique ainsi que le financement de formations pour les agents de santé et les membres des Coges. Cependant, l'absence d'incitations financières pour les agents de santé est considérée comme une faiblesse par la majorité des agents. « Ce sont des projets qui prennent en compte les populations, mais pas les prestataires. L'absence de

motivation financière aura un impact négatif sur la pérennité même du projet » déclare un agent de santé (E25#D2).

La pérennité actuelle de l'intervention

Mémoire

Aucun budget n'a été alloué par l'État pour maintenir l'intervention même si la nouvelle politique de protection sociale propose la gratuité pour les enfants de moins de 5 ans et les femmes enceintes (Gouvernement du Burkina Faso, 2012) et que le Programme national de Développement sanitaire 2011/2020 s'est fixé parmi ces objectifs prioritaires « d'élargir la gamme des prestations couvertes par les subventions et assurer leur pérennisation » (Ministère de la Santé, 2011).

En l'absence d'un engagement de l'État, les communautés semblent en revanche décidées, par la mise en place d'un système de partage des coûts, à pérenniser certaines activités, comme la gratuité des évacuations sanitaires pour les césariennes des CSPS vers l'hôpital de district : « le MCD et le haut-commissaire à Dori nous ont dit de nous organiser, sinon après le départ de l'ONG, on risque d'avoir de sérieux problèmes dans la prise en charge de nos malades » raconte un président de Coges (E42#D2). Toutefois, ces systèmes sont encore loin d'être fonctionnels et ne concernent qu'une très petite partie des besoins. Celui de Sebba vient juste de démarrer, mais est toujours en attente de la cotisation des collectivités locales, tandis que celui de Dori est encore en gestation.

La pérennité ne se réduit pas à la viabilité financière (Pluye *et alii*, 2004). D'autres composantes de l'intervention plus organisationnelles semblent pérennisées. C'est le cas du renforcement de la participation communautaire avec des Coges qui ont amélioré leur trésorerie grâce à l'augmentation de la fréquentation des services et dont les membres ont gagné en compétences : « Nous avons beaucoup appris avec ces projets. Nous savons aujourd'hui gérer notre dépôt » soutient un président de Coges (E42#D2).

Adaptation

Dans un contexte où les valeurs égalitaristes sont dominantes, les gens avaient quelques inquiétudes que la gratuité sélective crée des conflits sociaux. Pourtant, elle semble bien perçue : « Les projets ont été très bénéfiques pour nous » affirme un président de Coges (E46#D2). Les activités principales n'ont pas été contestées : « Ces activités sont primordiales pour l'hôpital, que ça soit les consultations ou les accouchements. Donc la subvention ne fait que nous accompagner et nous aider à atteindre nos propres objectifs » confirme un responsable de l'ECD (E22#D3). En revanche, les appréciations sont plus mitigées en ce qui concerne la supervision que l'ONG réalise conjointement avec le district sanitaire. Si une majorité des agents de santé la perçoit positivement, « C'est un autre moyen de nous corriger si nous sommes en erreur », considère un ICP (E25#D2). D'autres sont plus critiques, surtout envers l'imposition de

l'utilisation du guide de diagnostic et de traitement des affections prioritaires au premier échelon (GDT), pourtant recommandé par le ministère de la Santé : « on nous impose de l'utiliser. Moi ça me dérange un peu parce que c'est trop mathématique. Si l'ONG part, je ne pense pas que toutes ces règles continueront à être respectées, c'est une contrainte » soutient un autre ICP (E41#D2).

Valeurs

L'intervention s'est alignée avec les objectifs des districts sanitaires : « L'exemption du paiement des soins s'aligne bien sur les objectifs du ministère de la Santé qui est de permettre à tous ceux qui ont besoin d'avoir la santé d'avoir accès à la santé sur le plan géographique et financier », considère un infirmier-chef de poste (E17#D3).

Une convention signée entre l'ONG et la DRS traduit cette correspondance de valeurs que l'organisation de rencontres périodiques contribue à consolider : « On organise avec l'ECD des rencontres de concertations et de rétro informations une fois par trimestre et par district » rappelle un membre de l'ONG (E26#D2).

Si ce partage d'objectifs a permis l'existence d'un jargon particulier comme les termes de « gratuité » et de « cibles », renvoyant successivement à l'intervention et à ses bénéficiaires. Elle n'a pas abouti au développement de symboles autour de l'intervention. Les seuls signes visibles et renvoyant à l'exemption du paiement sont les logos de l'ONG.

Règles

L'intervention s'est conformée aux règles de fonctionnement en vigueur dans les CSPS. Les supervisions médicales comme les contrôles des dépôts de médicaments sont faites conjointement avec l'équipe de district. Cependant, si ces activités sont aujourd'hui réalisées grâce au concours financier et aux ressources humaines de l'ONG, il subsiste quelques doutes sur le respect de leur périodicité à son départ. Les procédures de gestion de la subvention sont connues de tous les acteurs du système. Certains répondants (agents de santé, membres des Coges) considèrent en revanche que les retards observés dans les remboursements ne respectent pas les règles de fonctionnement des CSPS dont certains, de ce fait, connaissent des ruptures de médicaments : « les retards nous créent des soucis. Regardez, présentement nous sommes le 25 avril, la fiche de mars n'a pas encore été remboursée » rouspète un président de Coges (E46#D2). Même si la situation est en amélioration continue, les délais restent toujours longs selon les acteurs.

La gratuité des soins pour les indigents à Ouargaye

Les événements du processus de pérennisation

L'approche participative utilisée dans le cadre de cette intervention est considérée comme son atout majeur : « C'est le mécanisme qui a conduit à la

désignation des indigents qui est intéressant. C'est quelque chose qui s'est fait de manière très participative en impliquant tout le monde » soutient une autorité sanitaire à la DRS (E9#D1).

En faisant confiance aux communautés pour cibler les indigents, l'intervention a adopté une prise de risque organisationnel favorable à son appropriation : « On a fait tout le choix, on a piloté l'expérience de bout en bout » se félicite un président de Coges (E1#D1). De la même manière, son financement sur fonds exclusifs des Coges a permis de garantir la stabilité de ses ressources : « on fait cela depuis quatre ans et on n'a pas eu de problèmes. Ce qui est lié au fait qu'on fonctionne sur fonds propres, voilà pourquoi aussi on choisit en fonction de notre budget » soutient un membre des Coges (E2#D1).

Aucune tension n'a été observée entre les bénéficiaires et le reste de la population. Ce qui traduit la pertinence sociale de l'intervention et son adaptation au contexte : « c'est accepté, je n'ai eu aucun écho de mécontentement en tant qu'autorité » (E10#D1). L'intervention est bien perçue, car elle est vue comme contributive au renforcement du lien social.

Néanmoins, le caractère trop restrictif de la sélection des indigents a été déploré. Une couverture faible que justifient les responsables des Coges par leurs moyens limités, mais aussi par un souci de pérennité : « même si on a été trop restrictif, c'était l'unique moyen de ne pas risquer de faire tomber le dépôt et de faire durer l'aide » (E12#D1).

La mise en place de l'intervention a bénéficié d'une collaboration étroite entre tous les acteurs du niveau périphérique : « un partenariat inédit État-communauté-collectivité local s'est développé. Ce n'était pas évident, mais on a réussi à mettre en place cette jonction » se rappelle un responsable sanitaire (E49#D4).

Un certain nombre de symboles a accompagné le processus, comme la ritualisation des périodes de sélection et de révision des listes des indigents, l'intégration du terme « indigent » dans le vocabulaire courant des communautés traduisant son ancrage social : « l'intervention est connue de tout le monde et, depuis sa mise en place, les gens sont devenus plus préoccupés par la situation de ces gens » souligne un ICP (E12#D1).

Cependant, une des faiblesses de l'expérience réside dans l'absence d'un guide qui présente ses modalités de fonctionnement : « Je pense qu'il faut une plus grande implication du district pour que ce mécanisme soit organisé de manière plus systématique si l'on veut parler de pérennité. » (E9#D1). À cela, s'ajoute l'absence de directives claires qui en institutionnalise l'application, faisant que la pérennité de l'expérience repose encore fortement sur des leaderships individuels d'ICP ou de MCD sensibles à la question de l'accès aux soins des indigents.

La pérennité actuelle de l'intervention

Mémoire

La prise en charge des indigents est aujourd'hui incluse dans tous les plans d'action des CSPS du district de Ouargaye : « il faut dire qu'aujourd'hui on est tellement rodé que ça se passe sans qu'on s'en rende compte » soutient un responsable au district sanitaire (E13#D1), même s'il existe une variabilité dans l'allocation de ce budget entre CSPS. Certains Coges consacrent 100 000 FCFA par année, alors que d'autres le doublent, correspondant ainsi au minimum suggéré par le ministère de la Santé (Ministère de la Santé, 2009).

En outre, la décision de l'équipe de district de Ouargaye, bien qu'encore non formelle « de ne pas se limiter aux CSPS et d'étendre l'action à d'autres niveaux comme le CMA, pour prendre en charge certaines pathologies des indigents » (E13#D1#MCD) illustre la bonne appropriation de l'expérience et la volonté des autorités sanitaires locales de renforcer sa pérennité.

Adaptation

Assurer la prise en charge des indigents est une responsabilité des Coges, même si la plupart n'en avaient pas connaissance. Pourtant, elle est inscrite dans leurs textes réglementaires. L'arrêté ministériel de 2010 portant sur le statut des Coges précise en son article 3 qu'il a pour mission « d'assurer une accessibilité de tous aux soins de santé ». Dans la pratique, cette disposition a été toujours ignorée. Il a fallu la recherche-action pour rappeler aux Coges cette responsabilité.

L'intervention s'est aussi révélée adaptée au contexte rural et au fonctionnement des districts sanitaires. La sélection n'a pas été contestée et aucun indigent rencontré ne s'est déclaré stigmatisé (Samb, Ridde, 2012). Ce qui rend compte de sa pertinence sociale : « les indigents sont nos parents, si on gagne de l'aide on les soigne, si on ne gagne pas de l'aide, on doit les soigner. Cette intervention est saluée par tout le monde. On n'a eu aucun problème avec et personne ne s'est non plus plaint » rapporte un président de Coges (E1#D1).

Valeurs

L'intervention s'inscrit en congruence avec les valeurs et les objectifs des Coges, notamment pour l'amélioration de l'accessibilité financière des populations. En testant avec succès l'efficacité d'une méthode simple et socialement acceptable de sélection des indigents, l'intervention propose une solution au débat récurrent sur les critères et les méthodes d'identification, longtemps considérés comme l'obstacle majeur à leur prise en charge (Ridde, 2006). En outre, l'expérience a donné lieu au développement d'un ensemble de jargons et de symboles, comme l'utilisation des vocables « aide », « indigent » utilisés pour parler de la prise en charge des indigents et l'existence de la carte d'indigent avec la photo du bénéficiaire.

Règles

Le processus de sélection des indigents est bien introduit dans le système sanitaire et administratif du niveau périphérique. Le ministère de l'Action sociale a été étroitement associé. Une implication dans la délivrance des cartes d'indigence qui a permis à l'intervention de s'aligner sur les dispositifs existants de reconnaissance de l'indigent et de sa prise en charge, mais surtout, de faire accepter l'identification communautaire comme une méthode valable de sélection des indigents : « tout est intégré dans le système à tous les niveaux, la carte est délivrée par l'action sociale. Les consultations sont assurées au CSPS » soutient un responsable de l'ECD

La planification annuelle des périodes de renouvellement de la liste des indigents est prévue dans l'agenda du district. Une procédure qui dénote que la prise en charge des indigents est devenue une routine dans le fonctionnement du district sanitaire.

Synthèse du processus de pérennisation et de la pérennité des deux interventions

À la suite de l'analyse de la documentation et des différentes données provenant des entrevues, nous considérons que la pérennité de la première intervention est précaire. Des activités sont certes issues de l'intervention, comme les évacuations sanitaires et la gratuité des césariennes (Sebba seulement), mais elles sont poursuivies sous une formule différente et limitée. En revanche, pour la seconde intervention, la prise en charge des indigents, dont la couverture reste cependant limitée, fait désormais partie intégrante des plans d'action de tous les Coges du District et du fonctionnement des CSPS. Ce qui fait que son degré de pérennité est meilleur, soit un degré moyen, qui correspond au degré de pérennité le plus élevé possible dans une organisation.

DISCUSSION

Cette étude évalue la pérennité de deux interventions en un moment précis. Autrement dit, c'est un « arrêt sur image » de processus qui sont toujours en cours et dont les événements et actions futurs influenceront le devenir de ces interventions. Aussi, la limite principale de notre étude est que le film continue et certaines des forces et des faiblesses ici notées sont peut-être en train d'être prises en compte par les intervenants. De plus, les entrevues sont faites dans un cadre de projet de développement, ce qui a pu induire un biais de désirabilité sociale ou inciter les acteurs à avoir un discours normatif. Pour limiter l'impact de ces biais, nous avons insisté sur notre indépendance par rapport à l'ONG,

clarifiant sans équivoque que l'entrevue ne pourra avoir aucune influence sur sa décision de continuer les services de gratuité (Boutin, 1997).

Analyse comparative de la pérennité des deux interventions

Les résultats montrent une différence de pérennité entre les deux interventions en dépit du partage d'un certain nombre de caractéristiques communes liées à la présence de routines organisationnelles.

Cette différence de pérennité réside d'abord dans la différence d'échelle et d'ampleur qui existe entre les deux interventions. En effet, pérenniser l'exemption du paiement des soins pour les femmes enceintes et les enfants de moins de 5 ans (plus de 20 % de la population) est à l'évidence plus complexe que pour la prise en charge des indigents dont le nombre est estimé à 9 % de la population (si l'on évoque la pauvreté extrême) et dont moins de 1 % est pour le moment concernée par l'intervention pilote (Ridde *et alii*, 2010). Les ressources en jeu sont évidemment incomparables. Par exemple, les données disponibles sur le passage à l'échelle de la gratuité des soins pour les enfants de moins de 5 ans estiment le montant des besoins à plus de 9 milliards de FCFA par an. Ce qui équivaut à 1 % du budget de l'État et nécessiterait une augmentation de l'ordre de 10 % de celui du Ministère de la Santé (Ministère de la Santé, 2012).

Ensuite, les acteurs impliqués diffèrent dans les deux interventions. Car, si pour la prise en charge des indigents, la décision appartient au Coges et aux districts sanitaires (avec les limites de leur couverture cependant), en ce qui concerne la gratuité pour les femmes enceintes et les enfants, l'implication de l'État est indispensable.

Enfin, cette différence de pérennité est liée aux événements spécifiques à la pérennisation comme la stabilisation des ressources et la prise de risques organisationnels présents dans l'intervention de Ouargaye et absents à Dori et Sebba. En effet, ces deux événements ont été identifiés par des études précédentes comme des déterminants majeurs de la pérennité (Pluye *et alii*, 2004).

La prise de risques organisationnels est considérée comme un facteur facilitant l'apprentissage organisationnel, en ce sens qu'elle favorise le développement de la confiance en soi des acteurs et renforce leur motivation à consolider les acquis d'une intervention (Levinthal, March, 1993).

De la même manière, de nombreux écrits considèrent l'existence de ressources stables comme un facteur prééminent pour assurer la pérennité d'une intervention (Shediak Rizkallah, 1998 ; Savaya, Spiro, Elran-Barak, 2008). Au Québec, une étude de la pérennité d'une intervention mise en œuvre dans cinq centres de santé communautaires a montré que, dans les trois centres où ces deux événements ont été pris en compte, la pérennité était meilleure par rapport aux deux autres où cela n'était pas le cas (Pluye *et alii*, 2005). Une étude

menée en Haïti confirmait ces résultats en montrant que le faible degré de la pérennité d'un programme nutritionnel implanté par une ONG dans un hôpital s'expliquait principalement par l'absence de ces deux événements (Ridde, Pluye, Queuille, 2006).

Il faut ici noter que les responsables de l'ONG intervenant à Dori et Sebba ont bien conscience de cette situation. Pour tenter d'avancer vers plus de pérennité, ils ont d'abord organisé, depuis le début de leur intervention, un processus de plaidoyer fondé sur la production de preuves scientifiques afin de favoriser l'inscription par l'État de cette prise en charge financière (Dagenais, Queuille, Ridde, 2013). Ces preuves ont largement nourri une consultation effectuée en 2012 par le ministère de la Santé pour réaliser à son tour un plaidoyer interne au gouvernement en faveur de l'exemption du paiement. Au moment où nous écrivons ces lignes, un document stratégique a été remis au ministre de la Santé par son administration en avril 2013 afin de lui donner les arguments nécessaires pour soutenir une stratégie nationale de gratuité des soins pour les enfants de moins de 5 ans. Après sa visite en décembre 2012 à Dori, la commissaire européenne en charge des questions humanitaires a cité ces recherches lors du lancement de l'Alliance globale pour l'initiative résilience dans le Sahel. Ensuite, depuis 2011, l'ONG teste par une recherche-action un changement de mode de système de financement qui permettrait, à terme, de transférer la fonction de tiers payeur au sein du district, une prise de risque importante. Ces deux activités sont en phase avec les propositions théoriques favorables à la pérennité, mais elles ne sont pas prises en compte dans nos données empiriques au moment de la collecte, car elles sont apparues après.

Au-delà de la pérennité des projets pilotes : la cohérence des politiques de développement

La faible pérennité des projets de développement en Afrique est une question récurrente. Cependant, pour mieux l'appréhender, il est utile d'adopter une perspective plus globale, renvoyant aux pratiques du développement qui ont connu ces dernières années de multiples transformations.

En effet, dans le domaine de la santé par exemple, on a connu une augmentation substantielle des fonds alloués au secteur dans les volumes d'aide au développement (Atun *et alii*, 2012). Selon certains auteurs, cela aurait favorisé l'émergence de nouveaux types d'acteurs comme les ONG d'urgence humanitaire qui vont se muer en des outils des politiques de leurs bailleurs de fonds (Hours, 2003). Au contraire des organisations traditionnelles, ces nouveaux acteurs vont mobiliser des ressources pour atteindre des objectifs plus ciblés comme la gratuité des soins pour certaines catégories de la population (les femmes, les enfants) ou du traitement pour certaines maladies (le VIH) (Buissonnière, 2012). De ce fait, ces nouveaux acteurs sont plus dépendants de

leurs bailleurs de fonds et sont encore plus attachés à poursuivre leurs propres priorités, à rendre plus visibles leurs actions que de s'occuper de la congruence de leurs interventions avec les procédures et les priorités nationales (Lavigne Delville, 2013). Il faut cependant ici affirmer que l'objectif de cette ONG au Burkina Faso d'améliorer l'accès aux soins de santé est parfaitement en phase avec les priorités nationales, même si la stratégie (l'exemption) pour y arriver l'était moins lorsqu'elle a démarré son intervention en 2008.

Ces nouveaux acteurs vont ainsi parfois emprunter les instruments du secteur privé, comme la démarche de performance ou de financement basé sur les résultats. Toutefois, si cette évolution a permis théoriquement de disposer de projets plus solides (Hours, 2003), elle n'a pas donné des résultats probants au plan de l'appropriation et de la pérennité des actions (Jacquemot, 2007).

Une situation qu'on peut tenter d'expliquer par plusieurs facteurs interreliés comme l'usage des instruments de mise en œuvre de cette aide et les mécanismes de son fonctionnement et de son financement.

L'instrument dominant de l'aide au développement demeure l'approche projet. En dépit de l'usage croissant de l'aide par programme ou l'aide budgétaire (Bergamaschi, Diabaté, Paul, 2007), l'aide par projet fait de la résistance et continue de dominer l'aide au développement (Dordain, Mogenet, 2012). Or, de par sa logique d'action, l'approche projet induit un mode de fonctionnement qui n'est pas propice à l'appropriation et à la pérennité. Elle fait souvent appel à une approche technocratique de gestion axée sur les résultats qui ne donne pas le temps à l'appropriation (Buissonnière, 2012), mais privilégie l'obtention de résultats visibles (souvent plus centré sur des activités à réaliser que des changements à engendrer) et dans des délais rapides (Sarriot *et alii*, 2004 ; Nilsen *et alii*, 2005). Ainsi, d'énormes ressources sont investies pour montrer qu'un programme fonctionne et est efficace, quitte à s'organiser pour que les résultats soient présents coûte que coûte (Ridde, 2005 ; Lim *et alii*, 2008). Dans bien des cas, ces résultats sont fragiles car ils sont obtenus dans des conditions « d'expérimentation » qui ont nécessité la mobilisation de ressources humaines, techniques et financières exceptionnelles, loin des capacités des États¹ (Lavigne Delville, 2012). De plus, la précarité du financement de la plupart de ces projets les rend incompatibles avec le temps du changement social qui exige une temporalité plus longue (Garnaud, Rochette, 2012). Cette situation a pour conséquence qu'au Burkina Faso, comme ailleurs sur le continent africain, l'absence de pérennité des interventions reste plus la règle que l'exception (Ouedraogo, 1992).

1. Évidemment, on pourrait aussi reprocher aux États de ne pas se donner les moyens, les faibles budgets dont disposent les ministères de la Santé en Afrique sont des exemples flagrants des priorités gouvernementales.

La volatilité et l'imprévisibilité de l'aide au développement ont néanmoins des implications pratiques, comme la dépendance à l'aide. En effet, la plupart des actions de développement nécessitent pour perdurer un financement futur sur le budget de l'État. Or, la disponibilité de ce budget n'est presque jamais prise en compte lors de la formulation des projets (Lancaster, 1999). Ainsi, peu d'États sont aujourd'hui capables de se passer de l'aide (Raffinot, 2010), ce qui confère à l'aide un caractère structurel. C'est d'ailleurs cette logique qui alimente le cercle vicieux de la dépendance à l'aide, devenu une caractéristique de la plupart des pays du Sud. Un gouvernement est considéré comme dépendant dès lors qu'il est incapable « d'exécuter la plupart des fonctions essentielles de l'État, telles que l'entretien des infrastructures existantes ou la prestation de services publics de base, sans le financement de l'aide étrangère et de son expertise » (Bräutigam, Knack, 2004).

En outre, loin de se résumer à une question de chiffre (Bergamaschi, Diabaté, Paul, 2007), la dépendance envers l'aide est aussi une affaire de déresponsabilisation et d'affaiblissement institutionnelle (Acharya, Fuzzo de Lima, Moore, 2006). Plusieurs décennies de relation par essence asymétrique entre des donateurs et des receveurs ont fini par aliéner institutionnellement la plupart de ces États dont les cadres, comme le montre l'exemple malien, ont même perdu l'habitude d'élaborer eux-mêmes des politiques de développement (Bergamaschi, Diabaté, Paul, 2007). En effet, la multiplication des projets et son corollaire, des unités de gestion parallèle, ont eu des incidences néfastes sur le fonctionnement des administrations locales africaines dont le personnel s'est vu accaparé par le suivi au quotidien des procédures internes à chaque bailleur, au détriment de ses activités de programmation. Par exemple en 2007, les fonctionnaires burkinabè ont reçu pas moins de 330 missions (Denis-Crola, 2009), sans compter les ateliers organisés par les projets qui ont beaucoup plus favorisé la course aux *perdiems* que le renforcement de la coordination des actions (Ridde, 2010). Or, paradoxalement, ce sont ces mêmes donateurs qui se plaignent souvent de la faible capacité des administrations locales, voire qui financent des séances de renforcement de leurs capacités.

CONCLUSION

Cette étude vise à apprécier la pérennité de deux interventions de suppression du paiement des soins au profit des femmes enceintes, des enfants de moins de 5 ans (Dori et Sebba) et des indigents (Ouargaye). Les résultats montrent que la pérennité de l'exemption du paiement des soins est précaire dans la première intervention et moyenne dans la seconde. Une différence de pérennité que l'analyse comparative explique notamment par la différence d'échelle et d'ampleur entre ces interventions et l'absence de prise en compte des événements

spécifiques à la pérennisation, comme la stabilité des ressources et la prise de risques organisationnels à Dori et Sebba, au contraire de Ouargaye.

Par ailleurs, l'analyse a montré que les instruments utilisés et les modalités de délivrance de l'aide au développement jouent aussi un rôle important dans l'efficacité de cette dernière. Par exemple, l'approche par projet et la fragmentation de l'aide peuvent miner la pérennité et induire certains effets pervers comme la dépendance à l'aide et l'affaiblissement de la capacité administrative des pays bénéficiaires. Pour autant, le problème n'est pas l'aide au développement en tant que telle. Elle a permis l'obtention de gains positifs importants dans ces pays. Ce sont surtout ces mécanismes de fonctionnement et de financements qui sont questionnés. Il est certes vrai que des efforts ont été réalisés en ce qui concerne cette aide au développement, avec notamment la déclaration de Paris et l'engagement d'alignement des donateurs internationaux sur des objectifs de réduction de la pauvreté et les OMD. Cependant en Afrique, l'harmonisation de l'aide reste toujours à l'état embryonnaire (Cling, 2006). Par exemple, une étude récente effectuée dans trois pays – le Mali, le Bénin, et la République démocratique du Congo (RDC) – sur l'efficacité de l'aide dans le secteur de la santé a montré que si des avancées ont été connues, notamment au niveau de l'alignement sur les stratégies nationales, en revanche, l'harmonisation des interventions et des actions de développement laisse, d'une façon générale, à désirer. Car, dans ces trois pays, les bailleurs peinent encore à établir une bonne adéquation entre leurs actions et les procédures des systèmes nationaux (Paul, Zinnen, 2012).

Or, la persistance de cette situation rend impensable, voire impossible, toute stratégie de développement cohérente dans ces pays. Elle rend surtout inopérant l'autre concept phare de la déclaration de Paris, en l'occurrence l'appropriation. Car on voit mal comment cette notion, qui traduit une meilleure maîtrise des politiques et stratégies de développement par les pays bénéficiaires, peut s'accommoder avec une situation de dépendance qui pousse au contraire ces derniers à adopter les solutions « proposées » par les donateurs sans prendre le risque de les remettre en cause (Bergamaschi, Diabaté, Paul, 2007).

Ainsi un nouveau changement de paradigme semble se dessiner avec l'approche sectorielle qui dispose d'un réel potentiel de renforcement des systèmes nationaux grâce à un meilleur alignement sur les priorités et les procédures du pays bénéficiaire. Ce qui peut contribuer, avec la réduction du nombre de projets qui s'ensuivra, à réduire les coûts de transactions et *in fine* à renforcer l'efficacité de l'aide au développement (Paul, Zinnen, Dujardin, 2012).

BIBLIOGRAPHIE

- Acharya A., Fuzzo de Lima A. T., Moore M., 2006, « Proliferation and Fragmentation: Transactions Costs and the Value of Aid », *Journal of Development Studies*, vol. 42, n° 1, pp. 1-21.
- Atun R., Knaul F. M., Akachi Y., Fenk J., 2012, « Innovative Financing for Health: What is Truly Innovative? », *Lancet*, vol. 380, n° 9858, pp. 2044-2049.
- Bergamaschi I., Diabaté A., Paul E., 2007, « L'agenda de Paris pour l'efficacité de l'aide », *Afrique contemporaine*, n° 223-224, pp. 219-249.
- Boutin G., 1997, *L'entretien de recherche qualitatif*, Québec, Presses de l'Université du Québec.
- Bräutigam D. A., Knack S., 2004, « Foreign Aid, Institutions, and Governance in Sub Saharan Africa », *Economic Development and Cultural Change*, vol. 52, n° 2, pp. 255-285.
- Buissonnière M., 2012, dossier « La nouvelle donne de la santé globale : dynamiques et écueils », *International Development Policy/Revue internationale de politique de développement*, n° 3.
- Cling J.-P., 2006, « Coordination et utilisations des aides : commentaires », *Revue d'économie du développement*, vol. 20, n° 2-3, pp. 105-112.
- Dagenais C., Queuille L., Ridde V., 2013, « Evaluation of a Knowledge Transfer Strategy from User Fee Exemption Program for Vulnerable Populations in Burkina Faso », *Global Health Promotion*, vol. 20, n° 1, Numéro spécial « Vulnerability and Health in Africa », pp. 70-79.
- Denis-Crola J., 2009, *Aide à l'agriculture : des promesses aux réalités de terrain, L'état de la coordination des interventions dans 3 pays d'Afrique de l'Ouest*, Oxford, Oxfam International.
- Dordain D., Mogenet L., 2012, « Le paradigme de l'aide projet fait de la résistance : de la dépendance à la réappropriation », *Afrique contemporaine*, n° 241, pp. 11-27.
- Garnaud B., Rochette J., 2012, « Rôle et limites de l'approche projet dans l'aménagement du littoral à Nador (Maroc) », *Revue Tiers Monde*, n° 211, pp. 169-188.
- Gouvernement du Burkina Faso, 2012, *Politique nationale de protection sociale (Plan d'actions 2012-2014), Draft 2*, Ouagadougou.
- Greenhalgh T., 2004, « Diffusion of Innovations in Service Organizations: Systematic Review and Recommendations », *Milbank Q*, vol. 82, n° 4, pp. 581-629.
- Hours B., 2003, « Les ONG : outils et contestation de la globalisation », *Journal des anthropologues*, n° 94-95, dossier « Les ONG : médiations politiques et globalisation » (coord. par Bourdarias F., Hours B., Le Palec A.), pp. 13-22.
- Jacquemot P., 2007, « Harmonisation et appropriation de l'aide : commentaires autour de l'expérience du Ghana », *Afrique contemporaine*, n° 223-224, pp. 161-191.
- Lancaster C., 1999, « Aid Effectiveness in Africa: The Unfinished Agenda », *Journal of African Economies*, vol. 8, n° 4, pp. 487-503.
- Lavigne Delville P., 2012, « Affronter l'incertitude ? Les projets de développement à contre-courant de la "révolution du management de projet" », *Revue Tiers Monde*, n° 211, pp. 153-168.
- Lavigne Delville P., 2013, « "Déclaration de Paris" et dépendance à l'aide : éclairages nigériens », *Politique africaine*, n° 129, pp. 135-155.
- Levinthal D. A., March J. G., 1993, « The Myopia of Learning », *Strategic Management Journal*, vol. 14, n° S2, pp. 95-112.
- Lim S. S., Stein D. B., Charrow A., Murray C. J., 2008, « Tracking Progress Towards Universal Childhood Immunisation and the Impact of Global Initiatives: A Systematic Analysis of Three-Dose Diphtheria, Tetanus, and Pertussis

- Immunisation Coverage », *Lancet*, vol. 372, n° 9655, pp. 2031-2046.
- Ministère de la Santé, 2009, *Directive de planification 2010*, Ouagadougou, DEP.
- Ministère de la Santé, 2011, *Plan national de développement sanitaire [2011-2020]*, Ouagadougou, Ministère de la Santé du Burkina Faso.
- Ministère de la Santé, 2012, *Étude de faisabilité de l'exemption du paiement direct des soins curatifs chez les enfants de moins de 5 ans au Burkina Faso*, Rapport final, Ouagadougou, Ministère de la Santé du Burkina Faso.
- Nanda P., 2002, « Gender Dimensions of User Fees: Implications for Women's Utilization of Health Care », *Reproductive Health Matters*, vol. 10, n° 20, pp. 127-134.
- Nilsen P., Timpka T., Nordenfelt L., Lindqvist K., 2005, « Towards Improved Understanding of Injury Prevention Program Sustainability », *Safety Science*, vol. 43, n° 10, pp. 815-833.
- Ouedraogo H. B., 1992, *L'appropriation des projets de développement : le cas des micro-réalisations au Burkina Faso, Actes et instruments de la recherche en développement régional*, Québec, Université du Québec à Rimouski.
- Paul E., Zinnen V., 2012, « Les résultats de la mise en œuvre des principes de l'efficacité de l'aide dans le secteur de la santé, Études de cas : Bénin – Mali – République démocratique du Congo », *Policy Brief*, n° 8, GRAP, http://www.grap-pa.be/attachments/article/66/pb8_efficacite_aide_pays_vl.pdf
- Paul E., Zinnen V., Dujardin B., 2012, « L'approche sectorielle », *Policy Brief*, n° 1, GRAP, http://www.grap-pa.be/attachments/article/66/pb2_swap.pdf
- Pires A., 1997, « Échantillonnage et recherche qualitative : essai théorique et méthodologique » in Poupart J., Deslauriers J.-P., Groulx L.-H., Laperrière A., Mayer R., Pires A. (dir.), *La recherche qualitative : enjeux épistémologiques et méthodologiques*, Montréal, Gaëtan Morin éditions, pp. 113-169.
- Pluye P., Potvin L., Denis J.-L., 2004, « Making Public Health Programs Last: Conceptualizing Sustainability », *Evaluation and Program Planning*, vol. 27, n° 2, pp. 121-133.
- Pluye P., Potvin L., Denis J.-L., Pelletier J., 2004, « Program Sustainability: Focus on Organizational Routines », *Health Promotion International*, vol. 19, n° 4, pp. 489-500.
- Pluye P., Potvin L., Denis J.-L., Pelletier J., Manoni C., 2005, « Program Sustainability Begins with the First Events », *Evaluation and Program Planning*, vol. 28, n° 2, pp. 123-137.
- Raffinot M., 2010, « L'appropriation (ownership) des politiques de développement : de la théorie à la pratique », *Mondes en développement*, n° 149, pp. 87-104.
- Ridde V., 2005, « Performance-Based Partnership Agreements for the Reconstruction of the Health System in Afghanistan », *Development in Practice*, vol. 15, n° 1, pp. 4-15.
- Ridde V., 2006, « L'accès des indigents aux services de santé au Burkina Faso : un problème public ? », *Lien social et politiques*, n° 55, pp. 149-163.
- Ridde V., 2010, « Per Diems Undermine Health Interventions, Systems and Research in Africa: Burying our Heads in the Sand », *Tropical Medicine and International Health*, vol. 0, n° 0, pp. 1-4.
- Ridde V., Haddad S., Nikiema B., Ouedraogo M., Kafando Y., Bicaba A., 2010, « Low Coverage but few Inclusion Errors in Burkina Faso: A Community-Based Targeting Approach to Exempt the Indigent from User Fees », *BMC Public Health*, vol. 10, n° 1, pp. 631-638.
- Ridde V., Pluye P., Queuille L., 2006, « Évaluer la pérennité des programmes de santé publique : un outil et son application en Haïti », *Revue d'épidémiologie et de santé publique*, vol. 54, n° 5, pp. 421-431.
- Ritchie J., Spencer L., 1994, « Qualitative Data Analysis for Applied Policy Research » in Bryman A., Burgess R. (dir.), *Analyzing Qualitative*

Quelle pérennité pour les interventions pilotes de gratuité des soins au Burkina Faso ?

- Data*, Londres/New York, Routledge, pp. 173-194.
- Samb O., Ridde V., 2012, « Comment assurer l'efficacité de la gratuité sélective des soins au Burkina Faso ? », *Afrique contemporaine*, n° 243, pp. 33-48.
- Sarriot E. G., Winch P. J., Ryan L. J., Edison J., Bowie J., Swedberg E., Welch R., 2004, « Qualitative Research to Make Practical Sense of Sustainability in Primary Health Care Projects Implemented by Non Governmental Organizations », *The International Journal of Health Planning and Management*, vol. 19, n° 1, pp. 3-22.
- Savaya R., Spiro S., Elran-Barak R., 2008, « Sustainability of Social Programs: A Comparative Case Study Analysis », *The American Journal of Evaluation*, vol. 29, n° 4, pp. 478-493.
- Shediak Rizkallah M. C., 1998, « Planning for the Sustainability of Community-Based Health Programs: Conceptual Frameworks and Future Directions for Research, Practice and Policy », *Health Education Research*, vol. 13, n° 1, pp. 87-108.
- Tizio S., Flori Y.-A., 1997, « L'initiative de Bamako : santé pour tous ou maladie pour chacun ? », *Revue Tiers Monde*, t. 38, n° 152, pp. 837-858.
- Toledo Romani M. E., Vanlerberghe V., Lefevre P., Ceballos E., Bandera D., Baly Gil A., Van der Stuyft P., 2007, « Achieving Sustainability of Community-Based Dengue Control in Santiago de Cuba », *Social Science & Medicine*, vol. 64, n° 4, pp. 976-988.
- WHO, 2011, *World Health Statistic 2011*, Genève, WHO Statistical Information System (WHOSIS).
- Wiltsey Stirman S., Kimberly J., Cook N., Callo-way A., Castro F., Charns M., 2012, « The Sustainability of New Programs and Innovations: A Review of the Empirical Literature and Recommendations for Future Research », *Implementation Science*, vol. 7, n° 1, 17 p.
- Yin R. K., 1979, *Changing Urban Bureaucracies: How New Practices Become Routinized*, Lexington, Lexington Books.
- Yin R. K., 2003, « Designing Case Studies » in Yin R. K., *Case Study Research: Design and Methods*, Thousand Oaks (Californie), Sage Publications, pp. 19-56.

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

FLUX INTERNATIONAUX D'AIDE À LA SANTÉ, TAUX DE MORTALITÉ ADULTE ET PIB

Le « triangle d'or » du développement ?*

Bruno Ventelou^{**}, Muhammad Asim Afridi^{***}, Jean-Paul Moatti^{****}

Nous cherchons à documenter le jeu de relations triangulaires entre les flux d'aide au développement ciblés sur la santé, la mortalité adulte agrégée et le PIB des pays considérés. Nous utilisons une base de données en provenance de l'Institute for Health Metrics and Evaluation, incluant, sur 12 ans, 37 pays à très faibles revenus, 39 pays dits intermédiaires et 20 pays relativement avancés. D'après les tests de causalité à *la Granger* effectués, l'aide internationale s'avère effectivement avoir un impact général négatif sur la mortalité (pour 70 % des coefficients valides estimés), avec un impact qui paraît moins élevé pour les pays relativement avancés. Selon nous, ceci tend à tempérer le pessimisme en vigueur quant à l'évaluation économétrique des impacts de l'aide internationale, au moins en ce qui concerne l'aide à la santé.

Mots clés : Aide à la santé, mortalité adulte, santé globale, panel, tests de causalité à *la Granger*.

L'aide au développement ciblé sur la santé a connu de spectaculaires évolutions sur la dernière décennie. L'aide publique est passée d'un total de 5,6 milliards de dollars en 2001 à 27,1 milliards en 2010 selon le Comité d'aide au développement de l'OCDE. En parallèle, l'aide privée a également connu une augmentation sans précédent : entre 2005 et 2010, la seule Fondation Bill & Melinda Gates a ainsi consacré plus d'1 milliard de dollars par an à la santé dans les pays en

* Merci à Arshia Amiri pour sa collaboration sur une première version de l'analyse statistique.

** Université d'Aix Marseille (Aix Marseille Sciences économiques - SESSTIM UMR 912), ORS PACA, bruno.ventelou@inserm.fr

*** Université d'Aix Marseille (Aix Marseille Sciences économiques - SESSTIM UMR 912), ORS PACA, asim.afridi@gmail.com

**** Université d'Aix Marseille (Aix Marseille Sciences économiques - SESSTIM UMR 912), ORS PACA, jean-paul.moatti@inserm.fr

développement (PED)¹. Cette croissance de l'aide santé a été en grande partie tirée par l'augmentation des ressources spécifiquement dédiées aux grands programmes, dits « verticaux », de lutte contre les maladies infectieuses, en particulier le Sida, la tuberculose et la malaria, qui ont attiré plus de la moitié des augmentations de financement au cours de cette période (Lane, Glassman, 2007). Au-delà des masses financières mobilisées, ces programmes verticaux ont suscité la mise en place de nouvelles institutions multilatérales, comme le Fonds global de lutte contre le Sida, la tuberculose et la malaria (GFATM) et l'Alliance internationale pour les vaccinations (GAVI). Depuis sa création fin 2011, le GFATM a engagé sur le terrain plus de 15 milliards de dollars de programmes dans 136 pays, un peu plus de la moitié de ces sommes concernant le Sida et l'Afrique subsaharienne pour les trois maladies².

Ces avancées récentes doivent cependant être relativisées. Il y a d'abord le problème de l'harmonisation des différentes aides, qui s'est trouvé accru par l'arrivée de nouveaux pays donateurs et de nouveaux types de donateurs (OCDE, 2012, chap. 3) : l'impact de l'aide risque d'être réduit lorsque de multiples intervenants-donneurs décident de façon non coordonnée des programmes et imposent chacun leurs propres agendas. (Et l'aide extérieure est aussi à articuler avec les politiques de santé nationales du pays receveur ; nous y reviendrons ; *Idem*, chap. 2). Il y a ensuite l'appréciation critique des chiffres avancés : en réalité, la part consacrée à la santé dans le total de l'aide publique internationale n'a que légèrement augmenté, de 13 % en 2000 à 16 % en 2010. On peut donc considérer que l'aide à la santé a, pour partie au moins, simplement suivi le mouvement général de « rattrapage » de l'aide au développement, celle-ci s'étant en effet effondrée dans les années 1990, suite à la fin du jeu d'influence opposant le bloc soviétique aux pays capitalistes développés³. Par ailleurs, malgré des chiffres agrégés en progression, les financements restent encore insuffisants : les organisations internationales estiment qu'il faudrait de 30 à 70 milliards de dollars supplémentaires par an (soit une augmentation de 10 % à 20 % du total actuel des dépenses de santé dans les PED), ainsi qu'une multiplication d'un facteur trois à huit du niveau actuel de l'aide pour atteindre les Objectifs dits du millénaire, pour l'horizon 2015 (Schieber *et alii*, 2007)⁴. Or, l'aide connaît de nouveau une stagnation depuis la crise économique mondiale qui s'est déclenchée en 2008, aide qui n'est que partiellement compensée par l'accroissement des efforts consentis par les budgets des pays du Sud eux-mêmes.

1. <http://www.gatesfoundation.org/GlobalHealth/Grants/>

2. <http://www.theglobalfund.org/>

3. <http://www.oecd.org/cad/stats>.

4. Trois des huit Objectifs du millénaire concernent directement la santé (la réduction de 3/4 de la mortalité maternelle et de 2/3 de la mortalité infantile par rapport à la base 1990, et l'arrêt de l'augmentation de l'incidence du VIH/Sida et de la malaria). Les cinq autres, à commencer par le premier, éradiquer la pauvreté extrême et la malnutrition, ont une forte interaction avec la santé (OMS, 2005).

Si l'on s'en tient au seul objectif d'accès universel à la prévention et au traitement du Sida, il est censé nécessiter une augmentation supplémentaire de l'ordre de 50 % des fonds actuellement disponibles pour atteindre un besoin de l'ordre de 24 milliards de dollars en 2015 (UNAIDS, 2007).

Tout ceci montre la volonté d'une montée en charge de la politique internationale d'aide en faveur de la santé des populations et, en même temps, la volatilité de cette affirmation à la conjoncture économique, politique et de l'opinion publique des pays donateurs. Il pourrait bien se passer, pour la santé, un phénomène que les spécialistes de l'aide au développement ont déjà connu pour d'autres « biens fondamentaux » réputés conditionner *sine qua non* la trajectoire de développement des pays du Sud⁵. Le risque d'un tel engouement est évidemment l'évaluation rétrospective décevante, au regard – du moins – des attentes parfois exagérées des militants développementalistes. Les expériences du passé concernant l'évaluation en matière de dépenses d'éducation, d'une part, et l'évaluation rétrospective de l'aide au développement en général, d'autre part, nous laissent craindre quelques déboires. Les travaux d'Easterly et de ses coauteurs (2003, 2004 et 2008) sont bien connus pour avoir jeté un grand froid dans l'optimisme des bailleurs de fonds.

Fort de ces déceptions passées et en voulant devancer de nouvelles éventuelles déceptions (qui ont l'inconvénient de provoquer des à-coups dans les flux de soutien que les pays enregistrent), nous voudrions proposer dans la suite de cet article un exercice d'appréciation de l'efficacité des flux d'aide à la santé. Essentiellement basé sur l'analyse économétrique des données macro-économiques, l'exercice consiste à évaluer l'impact des flux récents d'aide, et ce, principalement, à la date de cette montée en charge de l'aide internationale à la santé (deux décennies : 1990 et 2000). Comme mesure d'impact, nous partirons d'un indicateur agrégé disponible en comparaison internationale : la succession des taux de mortalité des différents pays, reprenant ainsi une mesure conventionnelle utilisée par la littérature économétrique de l'évaluation d'impact de l'aide à la santé (Mishra, Newhouse, 2009 ; Ravishankar *et alii*, 2009 ; Rajaratnum *et alii*, 2010 ; Lordan, Tang, Carmignani, 2011). L'analyse proposera également une évaluation qui va faire intervenir les gains de PIB comme des variables de contrôles des effets liant « aide internationale à la santé » et « mesures du résultat de santé ». Nous cherchons ici à anticiper un phénomène dont on commence à prendre la mesure dans le cadre de l'évaluation de l'aide au développement en général, selon lequel les flux d'aide apportés ne sont pas indépendants des succès passés de l'aide elle-même (et donc du PIB atteint par le pays). Enfin, la conclusion revient, assez largement, sur la construction de

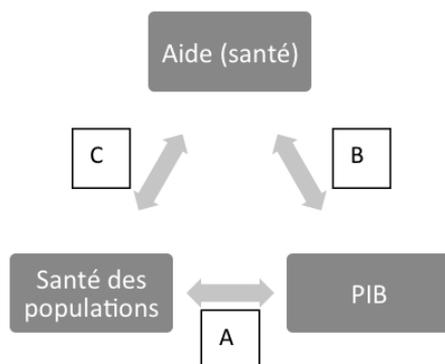
5. Les infrastructures dans les années 1950 ; l'éducation dans les années 1960-1970 ; les institutions démocratiques, la presse et l'information libres dans les années 1990.

la *santé globale*, comme concept et comme politique. En quoi les logiques et mécanismes économiques ont joué un rôle dans a) la « popularisation » de la notion de santé globale et, surtout, b) dans la mise en place des politiques qui s'en réclament.

LE PIB, « TROISIÈME LARRON »

Cette section est destinée à justifier les raisons qui nous ont poussées à étudier le lien « aide en santé / indicateur de santé publique » (lien qui est le cœur de cet article) en relation avec un troisième indicateur macroéconomique : le PIB des pays aidés. Pour représenter les choses dans le cadre d'un diagramme, c'est en réalité le triangle de relations A/B/C que nous souhaitons étudier :

Figure 1 : Lien « aide en santé / indicateur de santé publique / PIB »



Le premier argument est contenu dans la flèche A. Il sollicite l'idée désormais bien acceptée de « bidirectionnalité » de la relation santé-développement (Moatti, Ventelou, 2009). À l'idée initiale selon laquelle le développement économique était la « source » de l'amélioration de l'état de la santé des populations – une seule direction causale donc –, s'est progressivement substitué un schéma de pensée où la santé joue aussi un rôle moteur dans le processus macroéconomique de croissance. Dès le début des années 1990, la possibilité d'un lien causal inverse a été explorée dans les travaux du prix Nobel R. W. Fogel qui montraient que l'amélioration du régime nutritionnel expliquait environ la moitié de la croissance britannique entre 1680 et 1980, ces progrès alimentaires pouvant s'interpréter aussi bien comme un effet de revenu que comme un effet de santé (Fogel, 1993). Dès 2001, le rapport de la Commission Macroéconomie & santé de l'OMS, présidée par Jeffrey Sachs, considérait comme définitivement établi que « l'amélioration de l'état de santé des populations constitue un *input* décisif pour la réduction de la pauvreté, la croissance économique et le développement

à long terme », et que ce point avait « été grandement sous-estimé jusqu'à présent » (WHO, 2001).

Les modèles de croissance introduits par Romer (1986) et Lucas (1988), au milieu des années 1980, qui ont cherché à endogénéiser le progrès technique et les choix intertemporels des agents pour expliquer la croissance économique, ont certainement aussi joué un rôle dans ce changement de paradigme. Certains modèles cherchaient à capturer les mécanismes au travers desquels la santé, outre sa valeur intrinsèque, devenait un « investissement » générant des bénéfices significatifs sur le long terme (Couderc, Drouhin, Ventelou, 2006) et ce sans même que la santé n'entre directement dans la fonction de bien-être. Ces modèles ont, par exemple, mis en lumière le rôle décisif de la transmission du capital humain dans la croissance de long terme, capital humain dont l'article pionnier de Mankiw, Romer et Weil (1992) soulignait déjà qu'il concerne, non seulement l'éducation, mais aussi le capital-santé⁶. Bien entendu, dans ces modèles, la santé est un facteur parmi d'autres, nécessaire au développement, mais pas suffisant (et donc pas unique !), les facteurs traditionnels tels que le capital physique ou le travail (quantité de mains-d'œuvre) jouant leur rôle complémentaire.

Ces travaux apportent cependant une justification macroéconomique à l'engagement massif de la communauté internationale dans le financement d'accès aux soins des populations des PED. Ceci nous mène à une discussion sur la flèche B du diagramme. Les débats sur la relation entre l'aide internationale (en général) et le développement économique sont foisonnants. La question reste – et restera sans doute encore longtemps – l'occasion de belles controverses au sein de la communauté des économètres. La relation a d'abord été travaillée par Burnside et Dollar (2000), qui concluent sur un impact positif de l'aide internationale sur le niveau de développement, à partir du moment où la gouvernance locale est bonne, mais la robustesse de ces résultats est pourtant remise en question par Easterly (2003) et Easterly *et alii* (2004). Cependant, le débat porte sur la relation Aide => PIB par tête (ou croissance), dans ce sens, et néglige totalement la question de la « bidirectionnalité » (le même type de relation à rebours qui vient de nous occuper pour les flèches liant santé et niveau de PIB par tête).

Or, il se trouve qu'un certain renouveau de cette littérature vient justement d'être apporté, encore une fois par la prise de conscience d'une possible relation *inverse* entre les deux grandeurs macroéconomiques ! Il y a en effet une tendance de l'aide internationale à *réagir* au niveau de développement du

6. L'analyse de l'expérience des pays émergents d'Asie du Sud-Est, ainsi que d'autres succès de sortie du sous développement (le Sri Lanka, l'État du Kerala en Inde, le Botswana, le Lesotho, la Tunisie en Afrique) insistent sur le processus par lequel un début d'augmentation de l'espérance de vie, en allongeant l'horizon temporel des ménages, favorise – en théorie du moins – une demande plus forte d'éducation et des comportements d'épargne additionnels, deux facteurs critiques pour alimenter l'investissement productif (Bloom, Canning, 2003).

pays ; et, lorsqu'on prend en compte cette causalité inverse dans les estimations économétriques, le tableau obtenu pour l'efficacité de l'aide change notablement. Roodman (2008) démontre ainsi que la causalité inverse existe bel et bien et « signe » l'effet⁷ : plus de développement, moins d'aides ; ce qui, somme toute, est parfaitement compréhensible : l'effort de la communauté internationale diminue avec le succès des pays ou, du moins, avec l'éloignement du seuil critique de survie qui déclenche l'empathie des opinions publiques et les priorités des donateurs. Cet effet « miroir » (*looking-glass*) va, techniquement, nécessiter d'ajouter un contrôle dans l'étude de la relation que l'on cherche à estimer de façon principale, la relation de l'aide sur le développement, pour en connaître la vraie efficacité.

La question a ensuite été traitée par Brückner (2011), qui compare les estimations obtenues avec et sans contrôle pour l'existence de la relation inverse (présumée négative donc). Sans contrôle, l'aide s'avère statistiquement sans efficacité significative ; les fameux résultats d'Easterly (2003) sont retrouvés... mais dès qu'on introduit économétriquement le contrôle, l'aide internationale se retrouve évaluée comme significativement efficace. Dit autrement, le fait que l'aide internationale tend à diminuer lorsqu'elle remporte des succès (ou, du moins, les constate) a l'inconvénient de brouiller l'appréciation précise de l'effet complet de l'apport d'aide sur la croissance économique. Tout se passe comme si on mesurait l'efficacité d'un déménageur, qui – assez logiquement d'ailleurs ! – diminuerait son effort de poussée au fur et à mesure que le meuble atteint son emplacement désiré. Si l'on mesure les effets à la fin du processus (lorsque le meuble a quasiment atteint sa place), on a l'impression que la poussée est inefficace. Mais si l'on tient compte de la boucle rétroactive (le fait que la décision de poussée dépend de la distance restant à parcourir), la puissance de la poussée est alors appréciée à sa juste valeur...

N'oublions pas que notre objectif final est l'évaluation de la relation C : les relations liant aides à la santé et indicateurs de santé. De cette première section, on doit retenir que le niveau de développement (mesuré par le PIB par tête même si nous avons pleinement conscience des limites et des biais de cette approche par rapport au véritable développement « humain ») du pays récipiendaire joue nécessairement un rôle central, tant par ses effets sur les résultats de santé que par ses effets rétroactifs sur l'effort d'aide que les bailleurs internationaux consentent effectivement au cours du temps. La section suivante présentera donc les résultats d'une analyse triangulaire entre nos trois variables d'étude.

7. Le « signe » de l'effet est négatif : plus de PIB, moins d'aide. On pouvait néanmoins aussi s'attendre à un effet inverse (et donc un « signe » positif de la relation PIB/volume d'aide) : les succès en termes de développement de certains pays auraient pu motiver une *accélération* des flux d'aide vers ces mêmes pays, dans une logique de récompense de l'élève méritant, ce qui n'est pas trouvé dans les données et analyses de Roodman.

MÉTHODE STATISTIQUE, DES TESTS À LA GRANGER

Nous utilisons les informations extraites d'une base de données disponible auprès de l'IHME (Institute for Health Metrics and Evaluation – IHME) de l'université de Washington (Ravishankar *et alii*, 2009 ; Rajaratnum *et alii*, 2010 ; Lordan, Tang, Carmignani, 2011). La base de données comprend des chiffres d'aides et des résultats de santé complets pour 96 pays sur la période 1990-2008. Les tables de données rassemblent des informations venues des différents organismes et agences de l'aide au développement, qu'elles soient multilatérales ou bilatérales, et d'origines privée ou publique (voir encadré). Nous avons choisi de mener les analyses en stratifiant les tables pour trois grands types de pays : les pays à très faibles revenus (37 pays LIC, Low Income Countries), les pays dits intermédiaires (39 LMIC, Lower-Middle Income Countries) et les pays relativement avancés (au nombre de 20 UMIC, Upper-Middle Income Countries, d'après la définition de la Banque mondiale).

Les économètres disposent, depuis les années 1960, d'outils pour tester des relations dans lesquelles la bidirectionnalité peut introduire un biais entre deux séries chronologiques. La « causalité » est généralement étudiée en termes d'amélioration de la prévision selon la caractérisation dite de Granger (1969, 1980). Au sens de Granger, une série « cause » une autre série si la connaissance du passé de la première améliore la prévision de la seconde⁸. Pour reprendre la relation bidirectionnelle entre PIB et indicateur de santé, les tests à la Granger reviennent à tester la double relation ci-dessous :

$$(1) \text{PIB}_{i,j} = \alpha_0 + \sum \alpha_1 \text{PIB}_{i,t-j} + \sum \alpha_2 \text{santé}_{i,t-j} + \lambda_{1,i,t}$$

$$(2) \text{santé}_{i,j} = \beta_0 + \sum \beta_1 \text{santé}_{i,t-j} + \sum \beta_2 \text{PIB}_{i,t-j} + \lambda_{2,i,t}$$

Ce sont des séries temporelles, régressées sur elles-mêmes, dans lesquelles on introduit l'autre variable explicative pour voir si elle améliore ou non la prévision de la série. Ci-dessus, il y a deux relations puisque les deux directions sont testées. Le test de « causalité » porte sur les paramètres α_2 et β_2 . Ceux-ci doivent être significativement différents de zéro (l'hypothèse nulle de « non-causalité » est alors rejetée).

Dans la suite de cet article, nous reprenons cette caractérisation mais en l'intégrant dans un triangle de relation. Nous utiliserons des séries de l'IHME de flux d'aide internationale annuelle (totale agrégée) et de taux de mortalité

8. Cette méthode est une alternative à la méthode dite des variables instrumentales (IV-method). Les tests de causalité – tels que réalisés ici – sont possibles uniquement sur des variables dont on dispose de séries temporelles : on va se servir de l'antériorité d'une variation d'une variable (X), par rapport à l'autre (Y), pour arrêter le verdict que la première variation (ΔX) est bien en amont de la seconde variation (ΔY)... et donc (que X est) acceptable comme « cause » (de Y). La méthode des variables instrumentales consiste à trouver une explication de la variable en amont de la variable causale, X, par d'autres facteurs *a priori* non corrélés à Y (des « instruments de X ») et à vérifier que ces facteurs combinés entre eux jouent bien malgré tout sur Y, ce qui n'est alors possible que par l'intermédiation de X (donc « causale »).

adulte annuels (indicateur de santé sommaire, mais relativement acceptable compte tenu du type de test effectué ici⁹) ; le PIB par tête provenant de la Banque mondiale. On a donc en fait (pour $y_{i,t}$ le PIB, pour m la mortalité, et pour A le volume d'aide internationale reçue, les indices i indiquant le pays i et t l'année) :

$$\left. \begin{array}{l}
 y_{i,t} = \alpha_o + \sum_{j=1}^p \alpha_{1j} y_{i,t-j} + \sum_{j=0}^p \alpha_{2j} m_{i,t-j} + \mu_{1i,t} \\
 m_{i,t} = \beta_o + \sum_{j=1}^p \beta_{1j} m_{i,t-j} + \sum_{j=0}^p \beta_{2j} y_{i,t-j} + \mu_{2i,t} \\
 A_{i,t} = \gamma_o + \sum_{j=1}^p \gamma_{1j} A_{i,t-j} + \sum_{j=0}^p \gamma_{2j} m_{i,t-j} + \mu_{3i,t} \\
 m_{i,t} = \eta_o + \sum_{j=1}^p \eta_{1j} m_{i,t-j} + \sum_{j=0}^p \eta_{2j} A_{i,t-j} + \mu_{4i,t} \\
 A_{i,t} = \varsigma_o + \sum_{j=1}^p \varsigma_{1j} A_{i,t-j} + \sum_{j=0}^p \varsigma_{2j} y_{i,t-j} + \mu_{5i,t} \\
 y_{i,t} = v_o + \sum_{j=1}^p v_{1j} y_{i,t-j} + \sum_{j=0}^p v_{2j} A_{i,t-j} + \mu_{6i,t}
 \end{array} \right\} \begin{array}{l}
 \text{Sous-} \\
 \text{système de} \\
 \text{relations PIB} \\
 / \text{ mortalité} \\
 \\
 \text{Sous-} \\
 \text{système de} \\
 \text{relations} \\
 \text{Aide /} \\
 \text{mortalité} \\
 \\
 \text{Sous-} \\
 \text{système de} \\
 \text{relations} \\
 \text{Aide / PIB}
 \end{array} \quad (1)$$

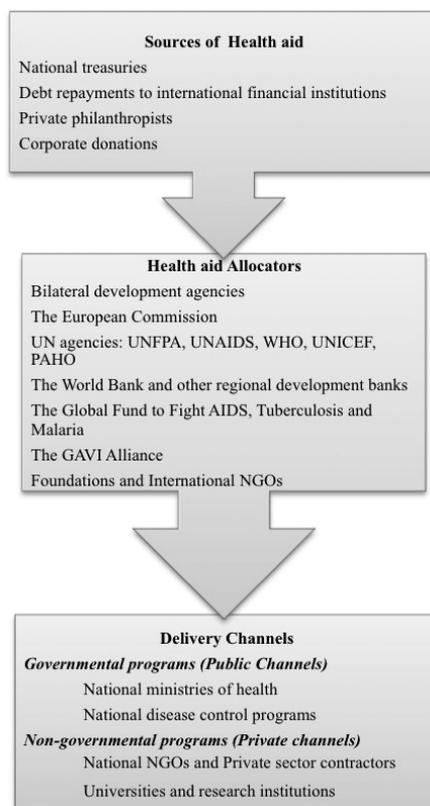
Les 3 sous-systèmes de deux équations correspondent aux 3 relations du triangle considérées dans les deux directions possibles (3x2=6). Les équations sont estimées de façon à traiter les éventuels liens entre les termes d'erreur (par groupes de deux et par une méthode GMM¹⁰). Pour tester les coefficients – toujours ceux indicés par 2 –, la méthode de test choisi est empruntée à l'économétrie de panel des modèles dits « à effets fixes » qui autorisent la variation des coefficients entre les individus (les pays ici), mais impose de faire l'hypothèse de coefficients stables dans le temps (Hurlin, Venet, 2000 ; Hurlin, 2004a, 2004b ; Amiri, Gerdtham, Ventelou, 2012)¹¹. Par ailleurs, les retards sont limités à 1 période (faute de profondeur temporelle dans les séries).

9. Notamment, le fait d'utiliser le « taux mortalité » dans des modèles à variables retardées élimine une grande partie de la sensibilité de la mortalité annuelle à la pyramide d'âge du pays (Mishra, Newhouse, 2009).

10. Voir par exemple Newey et McFadden (1994).

11. Cela consiste à appliquer une méthode en deux temps. Nous testons d'abord l'hypothèse d'une causalité homogène (la même pour tous les pays des panels de pays similaires). Puis, en cas de rejet du test d'homogénéité, nous évaluons, pays par pays, les causalités de façon individuelle avec des tests de causalité dite « hétérogène » (voir annexe – Hurlin, Venet, 2000 ; Hurlin, 2004a, 2004b).

Figure 2 : La base de données, principes et organisation : source flows for Health aid



The health aid dataset tracked bilateral aid agencies in 22 member countries of the OECD Development Assistance Committee, the European Commission, WHO, the UN Children's Fund (UNICEF), the UN Population Fund (UNFPA), the Joint UN Program on HIV/AIDS (UNAIDS), the World Bank, the Asian Development Bank, the Inter-American Development Bank, the African Development Bank, GAVI, the Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria, US-based private foundations including the Bill & Melinda Gates Foundation, and US-based NGOs. They counted aid for all health-related disbursements from bilateral donor agencies excluding funds that they transferred to any of the other channels tracked to avoid double-counting. They extracted this information from the OECD's creditor reporting system (CRS) database. Source : IHME (2010), Ravishankar et alii (2009).

LES RÉSULTATS CONCERNANT L'IMPACT DIRECT DE L'AIDE

Un test préalable nous amène à rejeter une causalité homogène (des coefficients considérés comme similaires, par groupes de pays – voir annexe pour plus de détail sur les méthodes). Nous passons à une optique de tests effectués pays par pays. Nous obtenons donc une série de tests (autant de tests que de pays) et un « jugement » sur l'existence, ou non, d'un impact causal pour chacun des pays de l'échantillon. Par souci de simplicité, les résultats sont présentés pour

la relation aide-mortalité (la relation C du graphique 1). On peut disposer à la suite (tableau 1 de l'annexe) des tableaux pour les deux autres relations.

Concernant la relation aide-mortalité (sur laquelle nous nous centrons ici), d'après les tests, 111 relations causales sont validées sur les 96x2 testées¹². La bidirectionnalité est vérifiée pour 49 % des pays LIC, 41 % des pays LMIC et 45 % des pays UMIC. L'uni-directionnalité dans le sens aide-mortalité adulte s'avère acquise pour respectivement 13, 13 et 5 % des trois groupes de pays (LIC, LMIC, UMIC). Ces deux cas de relation causale – la bidirectionnalité et l'uni-directionnalité dans ce sens – suggèrent fortement, au plan statistique, un réel impact de l'aide internationale sur l'indicateur de santé retenu. En comparant les statistiques par groupes de pays, on repère, tendanciellement, le phénomène d'une aide qui tendrait à avoir un peu moins d'impact direct dans les pays les plus avancés (ce sont aussi ceux dont la mortalité est plus faible).

Ces tests sont à prendre avec précaution. Comme nous l'avons déjà précisé, la causalité à la *Granger* exploite l'idée que l'observation d'une séquence temporelle est une condition nécessaire à un verdict de causalité. Cependant, ce n'est en aucun cas une condition suffisante et on peut imaginer que l'empilement de données sur des périodes de temps plus longues vienne démentir les tests et donc les causalités (pour le moment non réfutées). Des séries plus longues nous auraient d'ailleurs permis de tester différents types de « retards » (pas une seule période de délai entre la cause et l'effet – ce qui peut modifier le résultat des tests, cf. Gujarati, 1995). Une dernière limite tient au fait qu'une méthode économétrique plus adéquate encore s'occuperait des 6 relations en même temps, de façon par exemple à donner un diagnostic complet de l'efficacité de l'aide sur la mortalité, par son impact direct – chose que nous mesurons – et par ses impacts indirects médiés par le PIB – chose que nous négligeons ici, sur l'argument (probablement insuffisant) qu'il s'agit de l'aide à la santé¹³.

DISCUSSION DES RÉSULTATS, UNE RELATION STATISTIQUE AGRÉGÉE ENTRE DES VOLUMES D'AIDE ET UN INDICATEUR DE SANTÉ

Si le lien entre amélioration de la santé et croissance est relativement bien établi, l'évidence est moindre quant à la relation entre aide internationale à la santé et amélioration de l'état de santé. La médiation entre dépenses de santé d'une part, et amélioration de la santé des populations d'autre part, passe par

12. Sauf exception (dans de rares pays), le signe de coefficients est bien conforme aux attentes : négatif en général, sauf pour les relations mortalité-aide et aide-PIB, qui, elles, doivent être logiquement positives.

13. Tant que nous n'utilisons pas un modèle structurel, nous ne mesurons pas « l'effet global » de l'aide, mais seulement son « impact » dans des relations deux à deux. Nous remercions un référé de la *Revue Tiers Monde* de nous avoir suggéré une piste de recherche à exploiter, à savoir les modèles MVAR (*multivariate autoregressive models*), qui estiment les relations sous leur forme structurelle.

Tableau 1 : Les résultats des tests d'hypothèse de causalité (hétérogène) : aide - mortalité

PAYS		RELATION	PAYS		RELATION
Pays à faible revenu - LIC					
1	Afghanistan	Bilatéral	12	Egypt	Bilatéral
2	Bangladesh	Non	13	El Salvador	Non
3	Benin	Bilatéral	14	Guyana	Mortalité → Aide
4	Burkina Faso	Aide → mortalité	15	Honduras	Bilatéral
5	Burundi	Bilatéral	16	India	Mortalité → Aide
6	Central African Rep.	Bilatéral	17	Indonesia	Bilatéral
7	Chad	Mortalité → Aide	18	Jordan	Non
8	Comoros	Non	19	Lesotho	Bilatéral
9	Congo, Rep.	Non	20	Malaysia	Bilatéral
10	Ethiopia	Mortalité → Aide	21	Mongolia	Bilatéral
11	Gabon	Non	22	Morocco	Non
12	Gambia	Bilatéral	23	Nicaragua	Bilatéral
13	Ghana	Bilatéral	24	Nigeria	Aide → mortalité
14	Guatemala	Bilatéral	25	Pakistan	Bilatéral
15	Guinea	Bilatéral	26	Papua N Guinea	Mortalité → Aide
16	Guinea-Bissau	Bilatéral	27	Paraguay	Bilatéral
17	Haiti	Aide → mortalité	28	Philippines	Non
18	Kenya	Aide → mortalité	29	Senegal	Bilatéral
19	Laos	Mortalité → Aide	30	Sri Lanka	Non
20	Liberia	Non	31	Sudan	Non
21	Madagascar	Bilatéral	32	Swaziland	Bilatéral
22	Malawi	Aide → mortalité	33	Syria	Mortalité → Aide
23	Mali	Non	34	Thailand	Bilatéral
24	Mauritania	Non	35	Tonga	Mortalité → Aide
25	Mozambique	Bilatéral	36	Tunisia	Bilatéral
26	Nepal	Bilatéral	37	Vanuatu	Bilatéral
27	Niger	Bilatéral	38	Viet Nam	Aide → mortalité
28	Rwanda	Non	39	Yemen	Mortalité → Aide
Pays à revenu intermédiaire Sup - UMIC					
29	S T & Principe	Bilatéral	1	Argentina	Non
30	Sierra Leone	Non	2	Botswana	Aide → mortalité
31	Solomon Islands	Non	3	Brazil	Bilatéral
32	Somalia	Bilatéral	4	Chile	Bilatéral
33	Tanzania	Aide → mortalité	5	Colombia	Non
34	Togo	Bilatéral	6	Costa Rica	Bilatéral
35	Uganda	Bilatéral	7	Cuba	Bilatéral
36	Zambia	Non	8	Dominican Rep.	Mortalité → Aide
37	Zimbabwe	Bilatéral	9	Fiji	Non
Pays à revenu intermédiaire inf - LMIC					
1	Angola	Non	10	Jamaica	Non
2	Belize	Aide → mortalité	11	Lebanon	Bilatéral
3	Bhutan	Bilatéral	12	Mauritius	Non
4	Bolivia	Mortalité → Aide	13	Mexico	Bilatéral
5	Cameroon	Bilatéral	14	Namibia	Bilatéral
6	Cape Verde	Mortalité → Aide	15	Panama	Bilatéral
7	China	Mortalité → Aide	16	Peru	Non
8	Congo Dem. Rep.	Aide → mortalité	17	St. Lucia	Bilatéral
9	Côte d'Ivoire	Aide → mortalité	18	Suriname	Non
10	Djibouti	Non	19	Turkey	Non
11	Ecuador	Mortalité → Aide	20	Uruguay	Non

des systèmes publics de santé (ou par des dispositifs privés de productions de soins) qui continuent d'être affectés par des rendements décroissants, de fortes inefficiences, voire des déséquilibres majeurs réduisant leur capacité d'absorption des flux d'aide ainsi que les effets attendus de ceux-ci sur l'objectif final (Brautigam, Knack, 2004 ; Easterly, Pfütze, 2008). Nos résultats montrent que, malgré ces réserves, les flux d'aide agrégés s'avèrent statistiquement avoir un impact direct dans une majorité des pays de l'échantillon, d'après les tests de causalité proposés ici, qui tiennent compte de l'effet inverse des réductions de la mortalité, et des progrès du PIB, sur le flux d'aide lui-même. Le chiffre de 62 % de tests positifs vérifiés sur les pays les plus pauvres est une information heureuse qui – on peut s'en féliciter – contraste avec le pessimisme ambiant sur l'aide internationale. Au-delà de ce constat, on doit néanmoins relever des disparités dans la réalité de l'impact, voire de véritables résultats d'inefficience (Bangladesh, Rep. du Congo, etc.). Mais, plutôt que de s'arrêter à ces succès localisés, on pourrait prendre, là encore, une position résolument optimiste et utiliser nos résultats quantitatifs comme des marqueurs de l'effort à fournir. Ces disparités constatées pourraient notamment pousser les pays identifiés à explorer différentes voies d'amélioration de l'efficacité des dépenses. Lorsqu'elle est « éclairée », la décision publique peut, par exemple, viser à l'optimisation de la division du travail dans la délivrance des services de santé (le mixte infirmiers/médecins), ainsi qu'à celle des formes de coopération entre secteurs public et privé dans l'offre et le financement des soins (Khaleghian, Das Gupta 2005 ; Ramiah, Reich, 2005).

Il nous revient néanmoins d'alerter le lecteur sur quelques éléments pouvant affaiblir la portée pratique de nos résultats économétriques. À la source des travaux empiriques, certaines données peuvent être fragiles, ici particulièrement, les séries de taux de mortalité, qui dépendent de la qualité des systèmes d'enregistrement statistique des pays. Le choix de ce dernier indicateur comme unique évaluation de l'état de santé des populations, bien qu'ayant une forte rationalité interne et externe (Mishra, Newhouse, 2009 ; Ravishankar *et alii*, 2009 ; Rajaratnum *et alii*, 2010 ; Lordan, Tang, Carmignani, 2011), peut également sembler un peu frustré. Dans bon nombre de pathologies, dont le poids dans le fardeau sanitaire global tend à croître avec la transition épidémiologique qui accompagne le développement (relativisation de la part de la morbidité et de la mortalité infectieuses notamment), la valeur ajoutée de la politique de santé peut s'obtenir autrement qu'en repoussant les décès de l'année, mais plutôt en améliorant la qualité de vie des gens malades. Ceci pourrait expliquer que l'impact direct estimé de l'aide à la santé décroît avec les niveaux de revenu moyen des pays (UMIC), dont les pathologies à traiter sont probablement plus distantes du seuil de létalité et exigent plutôt une intervention médicale de type amélioration de la qualité de vie (recherchée pour les maladies chroniques). Dans le même ordre d'idée, nous nous sommes ici très peu intéressés au contenu

qualitatif de l'aide et nous en sommes restés à des volumes agrégés d'aide ; ce qui est aussi une limite de l'exercice, puisqu'on peut penser que la forme précise de l'aide joue sur son impact – comme l'ont démontré, par exemple, des travaux qui distinguent l'aide en fonction de ses vecteurs concrets au sein de pays receveur (systèmes publics, ONG ou aide directe aux ménages – Afridi et Ventelou, 2013) et, bien sûr, les travaux qui tentent de distinguer dépenses curatives et préventives ou les programmes verticaux des dépenses horizontales (Sepúlveda *et alii*, 2006). Basés sur des données validées par la communauté scientifique, ces travaux empiriques nous apparaissent néanmoins constituer un exercice probant au niveau agrégé, permettant une vue rapide et synthétique de l'impact des flux d'aide internationaux à la santé dans le monde en développement. La dimension longitudinale et le caractère très récent des données de la base sont des atouts. Ils permettent de proposer pour la première fois à notre connaissance une évaluation de l'impact quantitatif de l'aide à la santé sur la décennie 2000-2010 ; sachant l'importance de fournir cette évaluation au plus vite – d'autant plus qu'elle s'avère positive ! – à un moment où les flux d'aide s'amenuisent en quantité, en raison de la crise financière qui persiste, voire s'aggrave avec le temps, dans les pays donateurs.

Faut-il pour autant faire de la poursuite et de l'accélération d'une aide internationale massive à la santé le paradigme unique de l'effort développementaliste, comme semblent le proposer certains experts influents (Sachs, 2005) ? D'abord, les gouvernements ne peuvent ignorer les risques de déséquilibres macroéconomiques que l'accroissement des dépenses de santé financé par l'aide est susceptible d'alimenter. La dépendance vis-à-vis de l'aide extérieure peut très vite s'avérer élevée et quelque peu pernicieuse dans le cas de programmes verticaux de lutte contre une maladie. Dans la plupart des pays d'Afrique subsaharienne touchés par l'épidémie, les dépenses consacrées au Sida ont dû leur rapide augmentation au fait d'être fortement subventionnées par l'aide internationale, qui continue de fournir plus des trois quarts des ressources du domaine. Les nécessaires améliorations salariales à consentir aux professionnels de santé pour les retenir, et faire face à la crise des ressources humaines dans les systèmes publics de santé, peuvent entraîner un effet de contagion sur l'ensemble de la fonction publique, et contribuer à alourdir excessivement les déficits publics. Par ailleurs, les arbitrages demeurent loin d'être évidents entre investissement dans les systèmes de santé et usages alternatifs des fonds pour d'autres dépenses sociales. Dans une étude du FMI (Gupta, Verhoeven, Tiongson, 2002), il a été montré que le fait de consacrer un point supplémentaire de PIB aux systèmes de santé dans les pays à bas revenu apparaissait susceptible de réduire significativement la mortalité, mais les effets globaux sur la croissance à dix ans d'une augmentation similaire de l'investissement éducatif ou d'une amélioration de la gouvernance demeuraient supérieurs. Il est possible que cela tienne, pour partie, aux difficultés de l'appareillage économétrique à bien saisir

les effets croisés de la santé et de l'éducation sur le capital humain, et il faut donc s'employer à améliorer ces outils (voir par exemple Knowles et Owen, 1995).

La mobilisation des outils d'économie industrielle et d'économie publique est donc plus que jamais d'actualité pour éclairer la question de l'aide internationale à la santé globale et sa forte évolution à la hausse ces dernières années. Dans un précédent article (Moatti, Ventelou, 2009), nous avons montré en quoi cette évolution s'est accompagnée d'un renouvellement des paradigmes économiques qui président à l'action internationale en faveur des PED : idée (largement reprise ici) que l'amélioration de la santé constitue un préalable à la croissance macroéconomique plutôt qu'une de ses retombées ; insistance sur l'instauration de mécanismes d'assurance du risque-maladie pour financer les dépenses de santé, plutôt que sur le « recouvrement des coûts » au point de consommation auprès des usagers ; souci d'imposer des prix différentiels pour l'accès aux médicaments dans les PED et ce faisant d'introduire des flexibilités dans les règles internationales de protection de la propriété intellectuelle ; priorité aux programmes verticaux ciblés sur des maladies, censés servir de levier pour un renforcement global des systèmes de santé.

De fait, c'est le dernier renouvellement de paradigme qui semble avoir été le plus « conducteur » : la capacité des programmes verticaux à mobiliser des ressources est devenue au long des années 2000 un fait politique incontournable. Mais cette réalité confronte l'action internationale en faveur de la santé à la possibilité que se concrétisent deux prophéties auto-réalisatrices, aussi dangereuses l'une que l'autre. L'une poursuivrait dans la voie d'une focalisation quasi-exclusive sur ces programmes verticaux, qui ne pourrait qu'aggraver l'architecture de l'aide déjà excessivement complexe dans le champ de la santé (Schieber *et alii*, 2007), ainsi que l'incohérence et la désorganisation des systèmes de santé et de leurs flux de financement (Garrett, 2007). L'autre, qui en est l'image inversée, refuserait totalement la logique verticale, lui opposant systématiquement les vertus de l'approche horizontale des soins de base offerts en première ligne et – paradoxe ! – recyclerait les arguments qui ont longtemps conduit la majorité des experts anglo-saxons à refuser d'envisager l'accès à des traitements essentiels, comme ceux du Sida, dans le monde en développement (Moatti *et alii*, 2003).

Une prophétie différente s'efforcerait de réconcilier les deux approches, en « diagonalisant » les ressources supplémentaires générées par les programmes verticaux pour en accentuer les synergies avec le renforcement d'ensemble des systèmes de santé, les réformes du financement des dépenses de santé et les stratégies de réduction de la pauvreté (cf. Sepúlveda *et alii* (2006) pour une définition de ce que pourrait être, dans les faits, une « *diagonalisation* », i. e. un mélange des deux stratégies d'aide). Les recherches, à l'interface de l'économie de la santé et de l'économie du développement, peuvent contribuer à promouvoir une telle perspective en évaluant rigoureusement les retombées, positives et

négatives, sur l'amélioration de la santé des populations, et plus largement sur le développement économique et humain, des différentes stratégies de renforcement des systèmes de santé mises en œuvre. Elles contribueraient ainsi à donner une base théorique et empirique plus solide aux bonnes intentions des politiques de promotion de la santé publique dans les PED.

BIBLIOGRAPHIE

- Amiri A., Gerdtham U.-G., Ventelou B., 2012, « HIV/AIDS-GDP Nexus? Evidence from Panel-data for African Countries », *Economics Bulletin*, vol. 32, n° 1, pp. 1060-1067.
- Afridi M. A., Ventelou B., 2013, « Impact of Health Aid in Developing Countries: The Public vs. the Private Channels », *Economic Modelling*, vol. 31, pp. 759-765.
- Bloom D., Canning D., 2003, « Health as Human Capital and its Impact on Economic Performance » *Geneva Papers on Risk & Insurance*, vol. 28, n° 2, pp. 304-315.
- Brautigam D., Knack S., 2004, « Foreign Aid, Institutions and Governance in Sub-Saharan Africa », *Economic Development and Cultural Change*, vol. 52, n° 2, pp. 255-285.
- Brückner M., 2011, « On the Simultaneity Problem in the Aid and Growth Debate », *Journal of Applied Econometrics*, vol. 28, n° 1, pp. 126-150.
- Burnside C., Dollar D., 2000, « Aid, Policies, and Growth », *American Economic Review*, vol. 90, n° 4, pp. 847-868.
- Couderc N., Drouhin N., Ventelou B., 2006, « Sida et croissance économique : le risque d'une "trappe épidémiologique" », *Revue d'économie politique*, vol. 116, n° 5, pp. 697-715.
- Easterly W., 2003, « Can Foreign Aid Buy Growth? », *The Journal of Economic Perspectives*, vol. 17, n° 3, pp. 23-48.
- Easterly W., Levine R., Roodman D., 2004, « Aid, Policies, and Growth: Comment », *The American Economic Review*, vol. 94, n° 3, pp. 2774-2780.
- Easterly W., Pfitze T., 2008, « Where Does the Money Go? Best and Worst Practices in Foreign Aid », *Journal of Economic Perspectives*, vol. 22, n° 2, pp. 29-52.
- Fogel R. W., 1993, *The Escape from Hunger and Premature Death, 1700-2100: Europe, America, and the Third World*, Cambridge University Press.
- Garrett L., 2007, « The Challenge of Global Health », *Foreign Affairs*, vol. 86, n° 1, pp. 14-38.
- Granger C., 1969, « Investigating Causal Relations by Econometric Models and Cross-Spectral Methods », *Econometrica*, vol. 37, n° 3, pp. 424-438.
- Granger C., 1980, « Testing for Causality », *Journal of Economic Dynamics and Control*, vol. 2, pp. 329-352.
- Gujarati D., 1995, *Basic Econometrics*, 3^e édition, New York, McGraw-Hill.
- Gupta S., Verhoeven M., Tiongson E. R., 2002, « The Effectiveness of Government Spending on Education and Health Care in Developing and Transition Economies », *European Journal of Political Economy*, vol. 18, n° 4, pp. 717-737.
- Hurlin C., 2004a, « Testing Granger Causality in Heterogeneous Panel Data Models with Fixed Coefficients », *mimeo*, Université d'Orléans.
- Hurlin C., 2004b, « A Note on Causality Tests in Panel Data Models with Random Coefficients », *mimeo*, Université d'Orléans.
- Hurlin C., Venet B., 2001, « Granger Causality Tests in Panel Data Models with Fixed Coefficients », *Processed*, Paris, Université Paris IX.
- IHME, 2010, *Report on Global Health Financing 2010*, Seattle, Institute for Health Metrics and Evaluation.
- Khaleghian P., Das Gupta M., 2005, « Public Management and the Essential Public Health Functions », *World Development*, vol. 33, n° 7, pp. 1083-1099.
- Knowles S., Owen P. D., 1995, « Health Capital and Cross-country Variation in Income per Capita in the

- Mankiw-Romer-Weil Model », *Economics Letters*, vol. 48, n° 1, pp. 99-106.
- Lane C, Glassman A., 2007, « Bigger and Better? Scaling up and Innovation in Health Aid », *Health Affairs*, vol. 26, n° 4, pp. 935-948.
- Lordan G., Tang K. K., Carmignani F., 2011, « Has HIV/AIDS Displaced other Health Funding Priorities? Evidence from a New Dataset of Development Aid for Health », *Social Science & Medicine*, vol. 73, n° 3, pp. 351-355.
- Lucas R., 1988, « On the Mechanics of Economic Development », *Journal of Monetary Economics*, vol. 22, n° 1, pp. 3-42.
- Mankiw G. D., Romer P. M., Weil D. N., 1992, « A Contribution to the Empirics of Economic Growth », *Quarterly Journal of Economics*, vol. 107, n° 2, pp. 407-437.
- Mishra P., Newhouse D., 2009, « Does Health Aid Matter? », *Journal of Health Economics*, vol. 28, n° 4, pp. 855-872
- Moatti J.-P., N'Doye I., Hammer S. M., Hale P., Kazatchkine M., 2003, « Antiretroviral Treatment for HIV Infection in Developing Countries: An Attainable New Paradigm », *Nature Medicine*, vol. 9, n° 12, pp. 1449-1452.
- Moatti J.-P., Ventelou B., 2009, « Économie de la santé dans les pays en développement des paradigmes en mutation », *Revue économique*, vol. 60, n° 2, pp. 241-256.
- Newey W., McFadden D., 1994, « Large Sample Estimation and Hypothesis Testing » in *Handbook of Econometrics*, vol. 4, chap. 36, Elsevier Science, pp. 2111-2245.
- OCDE, 2012, *L'efficacité de l'aide dans le secteur de la santé : progrès et enseignements*, Paris, OCDE.
- Rajaratnam J. K., Marcus J. R., Levin-Rector A., Wang H., Dwyer L., Costa M., Lopez A. D., Murray C. J. L., 2010, « Worldwide Mortality in Men and Women Aged 15-59 Years from 1970 to 2010: A Systematic Analysis », *The Lancet*, vol. 375, n° 9727, pp. 1704-1720.
- Ravishankar N., Gubbins P., Cooley R. J., Leach-Kemon K., Michaud C. M., Jamison D. T., Murray C. J. L., 2009, « Financing of Global Health: Tracking Development Assistance for Health from 1990 to 2007 », *The Lancet*, vol. 373, n° 9681, pp. 2113-2124.
- Ramiah I., Reich M. R., 2005, « Public-Private Partnerships and Antiretroviral Drugs For HIV/AIDS: Lessons From Botswana », *Health Affairs*, vol. 24, n° 2, pp. 545-551.
- Romer P. M., 1986, « Increasing Returns and Long Run Growth », *Journal of Political Economy*, vol. 94, n° 5, pp. 1002-1037.
- Roodman D. M., 2008, « Through the Looking-Glass, and what OLS Found there: On Growth, Foreign Aid, and Reverse Causality », *Working Papers 137*, Center for Global Development.
- Sachs J. D., 2005, *The End of Poverty: Economic Possibilities for our Time*, Londres/New York, Allen Lane eds/Penguin Books.
- Schieber G. J., Gottret P., Fleisher L. K., Leive A. A., 2007, « Financing Global Health: Mission Unaccomplished », *Health Affairs*, vol. 26, n° 4, pp. 921-934.
- Sepúlveda J., Bustreo F., Tapia R., Rivera J., Lozano R., Oláiz G., Partida V., García-García L., Valdespino J. L., 2006, « Improvement of Child Survival in Mexico: the Diagonal Approach », *The Lancet*, vol. 368, n° 9551, 2017-2027.
- UNAIDS, 2007, *Financial Resources Required to Achieve Universal Access to HIV, Prevention, Treatment, Care and Support*, Genève, UNAIDS.
- WHO, 2001, *Macroeconomics and Health: Investing in Health for Economic Development. Report of the Commission on Macroeconomics and Health*, Genève, World Health Organization.
- WHO, 2005, *Health and the Millennium Development Goals*, Genève, World Health Organization.

Annexe

Tableau 1 : Les résultats des tests d'hypothèse de causalité

PAYS		RELATION		PAYS		RELATION	
		PIB ↔ mortalité	Aide ↔ PIB			PIB ↔ mortalité	Aide ↔ PIB
Pays à faible revenu - LIC				12	Egypt	Mortalité → PIB	Non
1	Afghanistan	Bilatéral	Aide → PIB	13	El Salvador	Bilatéral	Aide → PIB
2	Bangladesh	PIB → mortalité	PIB → Aide	14	Guyana	PIB → mortalité	Non
3	Benin	Bilatéral	PIB → Aide	15	Honduras	Mortalité → PIB	Non
4	Burkina Faso	PIB → mortalité	PIB → Aide	16	India	Bilatéral	PIB → Aide
5	Burundi	Non	Non	17	Indonesia	Mortalité → PIB	Non
6	Central African-R.	PIB → mortalité	PIB → Aide	18	Jordan	Bilatéral	Non
7	Chad	Bilatéral	Bilatéral	19	Lesotho	Non	Non
8	Comoros	Mortalité → PIB	Non	20	Malaysia	Mortalité → PIB	Bilatéral
9	Congo, Rep.	Mortalité → PIB	Bilatéral	21	Mongolia	Bilatéral	Bilatéral
10	Ethiopia	Bilatéral	Aide → PIB	22	Morocco	Mortalité → PIB	Non
11	Gabon	PIB → mortalité	Non	23	Nicaragua	Bilatéral	Bilatéral
12	Gambia	Bilatéral	Bilatéral	24	Nigeria	Bilatéral	PIB → Aide
13	Ghana	Bilatéral	Bilatéral	25	Pakistan	Bilatéral	PIB → Aide
14	Guatemala	Bilatéral	Non	26	Papua N Guinea	Bilatéral	Non
15	Guinea	Non	Non	27	Paraguay	Mortalité → PIB	Non
16	Guinea-Bissau	Bilatéral	Aide → PIB	28	Philippines	Non	Bilatéral
17	Haiti	Bilatéral	PIB → Aide	29	Senegal	Bilatéral	PIB → Aide
18	Kenya	Bilatéral	Aide → PIB	30	Sri Lanka	Non	Non
19	Laos	PIB → mortalité	PIB → Aide	31	Sudan	PIB → mortalité	Aide → PIB
20	Liberia	Non	Non	32	Swaziland	Mortalité → PIB	PIB → Aide
21	Madagascar	Non	PIB → Aide	33	Syria	Non	Non
22	Malawi	Non	Non	34	Thailand	Bilatéral	Non
23	Mali	Non	PIB → Aide	35	Tonga	PIB → mortalité	PIB → Aide
24	Mauritania	PIB → mortalité	Non	36	Tunisia	Non	PIB → Aide
25	Mozambique	Bilatéral	PIB → Aide	37	Vanuatu	Mortalité → PIB	Bilatéral
26	Nepal	Bilatéral	PIB → Aide	38	Viet Nam	Bilatéral	PIB → Aide
27	Niger	Bilatéral	Bilatéral	39	Yemen	Bilatéral	PIB → Aide
28	Rwanda	Bilatéral	Aide → PIB	Pays à revenu intermédiaire Sup - UMIC			
29	S T & Principe	Mortalité → PIB	Non	1	Argentina	Non	Non
30	Sierra Leone	Bilatéral	Aide → PIB	2	Botswana	Bilatéral	Bilatéral
31	Solomon Islands	Bilatéral	Bilatéral	3	Brazil	Non	Non
32	Somalia	Bilatéral	PIB → Aide	4	Chile	Non	Bilatéral
33	Tanzania	PIB → mortalité	Bilatéral	5	Colombia	Mortalité → PIB	Non
34	Togo	Bilatéral	PIB → Aide	6	Costa Rica	Non	Aide → PIB
35	Uganda	Bilatéral	Aide → PIB	7	Cuba	Bilatéral	Bilatéral
36	Zambia	Non	Aide → PIB	8	Dominican Rep.	Non	Non
37	Zimbabwe	PIB → mortalité	PIB → Aide	9	Fiji	PIB → mortalité	Non
Pays à revenu intermédiaire inf - LMIC				10	Jamaica	PIB → mortalité	Non
1	Angola	PIB → mortalité	Bilatéral	11	Lebanon	Non	Aide → PIB
2	Belize	Bilatéral	Bilatéral	12	Mauritius	Non	Aide → PIB
3	Bhutan	Bilatéral	Bilatéral	13	Mexico	Bilatéral	Non
4	Bolivia	Bilatéral	Non	14	Namibia	Bilatéral	PIB → Aide
5	Cameroon	Bilatéral	Bilatéral	15	Panama	Mortalité → PIB	Non
6	Cape Verde	PIB → mortalité	Bilatéral	16	Peru	Bilatéral	Aide → PIB

Tableau 1 : (suite)

7	China	PIB → mortalité	PIB → Aide	17	St. Lucia	PIB → mortalité	Non
8	Congo Dem. R.	PIB → mortalité	Non	18	Suriname	Non	Aide → PIB
9	Côte d'Ivoire	Bilatéral	PIB → Aide	19	Turkey	PIB → mortalité	Non
10	Djibouti	Non	Non	20	Uruguay	Non	Bilatéral
11	Ecuador	Non	Bilatéral				

Tableau 2 : Les résultats des tests d'hypothèses de causalité homogènes

Test	PIB ↔ mortalité		Aide ↔ mortalité		Aide ↔ PIB	
Pays à faible revenu - LIC						
HINC	3.41E+05***	1138.28***	3.03E+05***	26.82***	1023.94***	26.48***
HC	2.06E+10***	1.21E+06***	2.95E+08***	2.27E+09***	3.99E+05***	2.29E+10***
Pays à revenu intermédiaire inf. - LMIC						
HINC	3.58E+04*	544.73*	7.54E+04*	7.61*	626.49*	7.42*
HC	3.21E+11*	4.35E+06*	3.95E+09*	1.23E+10*	4.64E+07*	6.14E+12*
Pays à revenu intermédiaire sup. - UMIC						
HINC	3.58E+04*	544.73*	7.54E+04*	7.61*	626.49*	7.42*
HC	7.49E+3*	2.68*	94.74*	6.60*	1.58*	10.15*

Notes : * means rejection of null hypothesis at 1% level of significance respectively. Pour réaliser les tests de causalité dont les résultats sont donnés dans le tableau 1 de l'annexe, nous faisons l'hypothèse que les résidus ($\mu_{1i,t}, \mu_{2i,t}, \mu_{3i,t}, \mu_{4i,t}, \mu_{5i,t}, \mu_{6i,t}$) suivent les propriétés habituelles d'indépendance et de normalité, et qu'il n'y a pas d'hétéroscédasticité. Après un premier test de causalité homogène (tableau 1 de l'annexe), nous sommes amenés à considérer des coefficients ($\alpha_{2j}, \beta_{2j}, \gamma_{2j}, \eta_{2j}, \varsigma_{2j}, \upsilon_{2j}$) qui peuvent varier d'un pays à l'autre. Dans ce cas, pour chaque coefficient⁴ et pays i, nous postulons :

$$H_0 : \lambda_i = 0 \forall i \in [1, N], (4)$$

$$H_1 : \lambda_i \neq 0 \forall i \in [1, N],$$

Puis (d'après Hurlin, 2004a), pour chaque pays, nous calculons la statistique :

$$F_{HENC} = \frac{(SSR'_r - SSR_u) / p}{SSR_u / [NT - N(1+2p) + p]} \quad (5)$$

où SSR'_r est la somme des carrés des résidus calculée sous H_0 et SSR_u , la somme des carrés des résidus du système sans contraintes.

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* (ASPSHER, 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 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 affairés 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'efficacité 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.

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

« EN CHEMIN VERS LA COUVERTURE SANITAIRE UNIVERSELLE »*

Les enjeux de l'intégration des pauvres aux systèmes de santé

Margot Nauleau**, Blandine Destremau***, Bruno Lautier****

Dans la définition qu'en donne l'OMS, « la couverture sanitaire universelle (CSU) consiste à veiller à ce que l'ensemble de la population ait accès aux services préventifs, curatifs, de réadaptation et de promotion de la santé dont elle a besoin et à ce que ces services soient de qualité suffisante pour être efficaces, sans que leur coût n'entraîne des difficultés financières pour les usagers ». Dans une perspective de sociologie de l'action publique, la CSU se définit alors comme un *référentiel de politique publique*, un *référentiel d'objectif*. La première partie de cet article retrace la trajectoire institutionnelle de ce référentiel, produit d'une évolution dans la manière de penser les problèmes de santé publique au niveau international. La seconde partie présente les parcours « vers la CSU » de trois pays, sélectionnés à partir de nos expériences de recherche, et met en lumière trois types d'articulations entre acteurs impliqués : « étatiste », « de marché négocié » et « subsidariste ». Enfin, nous discutons certains enjeux de la mise en œuvre du référentiel de CSU, et tout particulièrement les modes de contrôle et de régulation par les politiques publiques nationales du niveau de marchandisation de la santé, et le caractère politique de la mutualisation des coûts et des risques.

Mots clés : Couverture sanitaire universelle, OMS, référentiel, financement de la santé, marchandisation, action publique.

* Selon le titre du rapport 2010 de l'OMS.

** Mémorante M2R, Université Paris I Panthéon-Sorbonne, IEDES, UMR 201 « Développement et sociétés », nauleau.margot@gmail.com

*** CNRS, UMR 3320 Laboratoire interdisciplinaire pour la sociologie économique (LISE), blandine.destremau@gmail.com

**** Université Paris I Panthéon-Sorbonne, IEDES, UMR 201 « Développement et sociétés ».

Bruno Lautier nous a très malheureusement quittés alors qu'il était en train de travailler avec nous sur ce texte. Nous lui rendons hommage en le publiant comme l'œuvre de trois co-auteurs, en regrettant qu'il n'ait pu le faire sien autant qu'il l'aurait souhaité.

INTRODUCTION : LA CSU, UN RÉFÉRENTIEL D'OBJECTIF POUR LES POLITIQUES PUBLIQUES

Lors de son allocution à la 65^e Assemblée mondiale de la santé à Genève en mai 2012, Margaret Chan, directeur général de l'OMS, affirmait que « la couverture universelle en matière de santé constitue le concept le plus efficace que la santé publique puisse offrir ». Rappelant que les années 1980 avaient été qualifiées de « décennie perdue du développement », et que les années 1990 avaient « hérité de ces séquelles », elle voit dans la première décennie du XXI^e siècle, et se prolongeant dans la seconde, « l'âge d'or du développement sanitaire » : « Pour la première fois, la santé est devenue une priorité du développement »¹.

Dans la définition qu'en donne l'OMS, « la couverture sanitaire universelle consiste à veiller à ce que l'ensemble de la population ait accès aux services préventifs, curatifs, de réadaptation et de promotion de la santé dont elle a besoin et à ce que ces services soient de qualité suffisante pour être efficaces, sans que leur coût n'entraîne des difficultés financières pour les usagers. Pour des centaines de millions de gens, en particulier pour les plus vulnérables, la couverture universelle c'est l'espoir d'être en meilleure santé sans s'appauvrir »². L'OMS rappelle ici les trois directions du « cube » (Durairaj, Evans, 2011, p. 6) dans lesquelles il faut progresser en vue d'atteindre la couverture universelle : la proportion de population bénéficiant d'une couverture santé, la gamme de prestations et services essentiels proposés en fonction des besoins, et enfin la proportion des coûts qui seront couverts (OMS, 2008). Dans l'idéal, c'est « l'ensemble de la population » qui devrait être en mesure de recevoir les soins *de qualité* dont elle a besoin à un coût qui ne l'appauvrit pas (Ngabire, 2013).

Cet idéal se caractérise avant tout par son incontestable désirabilité, propice à rallier les adhésions (qui pourrait s'afficher *contre* une couverture universelle de santé ?³). Parce qu'il est formulé comme un idéal, précisément, c'est en termes de « transition des systèmes de santé vers la couverture universelle », de cheminement, que sont formulés les cadres stratégiques et opérationnels des organisations parties prenantes. La CSU se définit alors comme un *référentiel de politique publique* (Jobert, Muller, 1987) voire, plus précisément, comme un *référentiel d'objectif*, qui permet une convergence de *forums* (scientifique, politique, de communication...) en un « consensus » faiblement normatif et contraignant (Lautier, 2010).

1. http://www.who.int/dg/speeches/2012/wha_20120521/fr/index.html

2. http://www.who.int/health_financing/fr/index.html

3. En fait, un certain nombre d'organisations et États membres de l'OMS se positionnent « contre », non pas nécessairement contre l'objectif, qui apparaît vertueux, mais surtout contre ses modalités de mise en œuvre.

Dans cet article, nous analyserons les contours, implications, limites et certains des enjeux du référentiel de couverture sanitaire universelle et de sa mise en pratique. Bien que puisant à l'économie de la santé et à la science politique, nous nous inscrivons dans une démarche de sociologie de l'action publique. Nous mobilisons donc une approche cognitive, prenant son point de départ dans l'idée que « l'objet des politiques publiques n'est plus seulement de résoudre des problèmes, mais de construire des cadres d'interprétation du monde » (Muller, 2000, p. 189). Nous montrerons qu'en tant que référentiel global, l'objectif de CSU se réfère à des systèmes d'action (coalitions d'intérêts, institutions) localisés au plan national, et donc inscrits dans les cadres d'action publique des États concernés.

La première partie sera consacrée à la trajectoire institutionnelle de ce référentiel. Nous montrerons qu'il est le produit d'une évolution dans la manière de penser les problèmes de santé publique au niveau international. Dans une seconde partie, nous évoquerons les parcours de trois pays ayant engagé des réformes de leurs systèmes de santé ou bénéficiant du « label » de cheminement vers la CSU⁴, pour illustrer trois modalités très contrastées d'articulations entre les différentes parties prenantes, et notamment entre autorités publiques et marchés. Enfin, nous discuterons les enjeux qui nous semblent ressortir des débats qui entourent le référentiel de CSU, et tout particulièrement des modes de contrôle et de régulation du niveau de marchandisation de la santé, et du caractère politique de la mutualisation des coûts et des risques. Nous reviendrons ainsi sur le type d'incitation que représente et met en œuvre un référentiel global d'objectifs tel que la CSU à l'égard des politiques nationales.

LA COUVERTURE SANITAIRE UNIVERSELLE : UNE HISTOIRE ANCIENNE, UN CONSENSUS RÉCENT

Dans l'agenda international du développement, la couverture sanitaire universelle est présentée comme un nouvel outil de lutte contre la pauvreté⁵. Si le nombre de publications sur le sujet a considérablement augmenté depuis la résolution 58A/20 de l'Assemblée mondiale de la santé en 2005, c'est surtout depuis 2010, et la publication du Rapport de l'OMS sur la santé dans le monde, que cette idée est débattue dans les institutions internationales.

4. La liste des pays qui peuvent être qualifiés de « en chemin vers la couverture universelle » ne fait, elle, pas l'objet d'un consensus, illustrant le flou relatif des critères mobilisés. Alors que, dans son rapport sur la santé dans le monde, l'OMS cite une vingtaine de pays à faible et moyens revenus, la Banque mondiale, dans une étude publiée en janvier 2013 sur « l'impact de la CSU dans le monde en développement », identifie un peu plus de trente pays.

5. Selon la résolution « Santé globale et politique étrangère » adoptée par l'Assemblée générale des Nations Unies le 6 décembre 2012.

De la santé internationale à la santé globale : une prise en compte accrue de la santé des pauvres

La santé publique s'est progressivement internationalisée au cours du XX^e siècle grâce à la création de conférences sanitaires internationales, puis d'offices spécialisés en santé, et enfin, de façon plus institutionnalisée, *via* la création de l'OMS en 1948. Une nouvelle discipline, appelée santé internationale ou « santé et développement », a vu le jour et s'est d'abord intéressée aux problèmes de santé spécifiques aux pays du Sud. Alors que les années 1950 à 1970 sont caractérisées par la médecine coloniale et l'hospitalocentrisme, la décennie suivante a été marquée par un certain nombre de chartes et de déclarations promotrices d'une volonté de rendre les soins essentiels « universellement accessibles à tous les individus », transcendant tous les domaines d'action publique (Kerouedan, 2013). La Déclaration d'Alma Ata⁶ est emblématique de cette nouvelle orientation politique, qui propose de rompre avec l'idée d'une santé réservée aux élites et promeut une approche participative (c'est-à-dire en collaboration avec les communautés) basée sur les soins de santé primaires.

Cependant, plusieurs critiques ont été formulées à l'encontre de cette politique, d'abord, le caractère essentiellement rhétorique de ces chartes et l'absence de véritables lignes directrices permettant de mettre en œuvre des programmes concrets (Navarro, 1984 ; Fassin, 2000 ; King, 2002), ensuite, son manque de réalisme, tant au niveau du coût que du nombre de professionnels de santé requis pour une telle initiative (Brown, Cueto, Fee, 2006).

Ces deux aspects serviront de support à une proposition alternative, plus sélective, basée sur le contrôle des maladies endémiques. Walsh et Warren ont en effet montré l'importance de se focaliser sur un petit nombre de problèmes graves (en termes de morbidité et de mortalité), touchant une large population et pour lesquels des interventions efficaces peuvent être mises en place à moindre coût. Ils proposent alors de cibler les femmes en âge de procréer et les enfants, et de mettre en place des mesures incluant la vaccination, la promotion de l'allaitement, la distribution d'antipaludéens et la réhydratation orale⁷ (Walsh, Warren, 1979). L'Initiative de Bamako (1987), mise en œuvre sous l'égide de l'UNICEF⁸, s'inscrit dans la continuité de cette recherche d'efficacité. Elle est à l'origine de la stratégie du recouvrement des coûts qui s'est avérée lourde de conséquences pour les populations pauvres (Xu *et alii*, 2003 ; Whitehead, Dahlgren, Evans, 2001).

6. Elle sera suivie par de nombreuses autres déclarations telle que la Charte d'Ottawa en 1986.

7. Le VIH/sida n'est pas encore mentionné car il n'a été découvert qu'en 1983.

8. L'UNICEF travaille à ce moment-là en étroite collaboration avec la Banque mondiale.

À la fin des années 1990, l'ampleur des défis sanitaires et l'uniformisation progressive des profils épidémiologiques entre pays riches et pauvres vont conduire à de nouvelles réflexions sur les enjeux de santé liés à la mondialisation. Ces enjeux ne sont plus seulement humanitaires, ils deviennent politiques et sécuritaires. Ce sont surtout les États-Unis qui vont impulser cette nouvelle dynamique en cherchant à protéger la sécurité de leur territoire (Frenk, 2009 ; Owen, Roberts, 2005 ; Fidler, 2005 ; King, 2002) et ainsi faire des questions de santé « mondiales », en particulier du VIH/Sida, un élément essentiel de leur politique extérieure⁹. Les États-Unis imposent rapidement leur leadership, à la fois institutionnel et financier, dans l'élaboration de stratégies sanitaires internationales, grâce à l'appui d'agences de coopération et programmes spécialisés (USAID, PEPFAR...), de fondations (Rockefeller, Gates...) mais aussi de nouveaux partenariats public-privé (GAVI, Fonds mondial...).

Cette dynamique va être labellisée sous le nom de « *global health* ». Ce concept est défini par Koplan et ses collègues comme « *an area for study, research, and practice that places a priority on improving health and achieving equity in health for all people worldwide* » (Koplan *et alii*, 2009). À la différence de la santé internationale, la santé globale ou mondiale s'intéresse aux problèmes de santé qui transcendent les frontières, et entend y répondre en proposant des solutions intégrées (incluant prévention et soins) qui requièrent une collaboration au niveau international entre acteurs issus de disciplines variées. Elle s'appuie sur le paradigme de la lutte contre la pauvreté, et les programmes qui en découlent, tels que les OMD, ont pour objectif d'améliorer la santé des populations et en particulier des plus vulnérables.

Le paradigme de santé globale émerge à un moment où les acteurs non étatiques (ONG, fondations, compagnies privées d'assurance, entreprises prestataires de soins, fournisseurs de médicaments, de matériels et d'intrants, etc.) jouent un rôle prépondérant, tant du point de vue du financement de l'aide au développement, qu'au plan de la configuration des systèmes de santé nationaux. Si, dans un premier temps, des tensions entre organisations internationales ont présidé à l'élaboration d'une nouvelle gouvernance de la santé, et notamment entre l'OMS et la Banque mondiale (Brown, Cueto, Fee, 2006), le binôme OMS-Banque mondiale est aujourd'hui le fer de lance de la CSU¹⁰.

À l'approche de l'échéance des Objectifs du millénaire pour le développement, de nouveaux débats émergent sur ce que devra être l'agenda post 2015. C'est dans ce contexte qu'ont débuté les discussions sur la couverture sanitaire

9. Le rapport de l'Institute of Medicine (IOM, 1997) et celui du National Intelligence Council (NIC, 2000) sont les principaux documents de référence.

10. Le discours du Président de la Banque mondiale à l'Assemblée mondiale de la santé en mai 2013 est de ce point de vue édifiant. Voir <http://www.who.int/mediacentre/events/2013/wha66/fr/>

universelle, qui ont fait l'objet de nombreuses consultations, et dans lesquelles les organisations internationales, leurs États membres mais aussi les ONG et les grandes entreprises du secteur ont été particulièrement actifs, configurant coalitions d'intérêts et blocs en concurrence.

La couverture sanitaire universelle : une nouvelle étape dans la lutte contre la pauvreté

S'il n'y a pas eu de consensus sur la définition de la couverture sanitaire universelle entre les années 1990 et 2008, une définition « institutionnelle » (par opposition à une définition opérationnelle qui proposerait des pistes concrètes de mise en œuvre) a été actée en 2012, suite à la résolution « Santé globale et politique étrangère » de l'ONU, adoptée le 6 décembre. La CSU renvoie donc aux notions d'équité, de justice sociale, et de qualité des soins, mais elle ne précise pas quel doit être le « paquet minimal » de la couverture. Elle énonce de grands principes généraux, formulés comme une rhétorique, qui fait l'objet de mises en récit plus qu'elle ne se traduit par des dispositifs concrets ou contraignants : il s'agit avant tout de *soft power*. Il existe en effet diverses façons d'y tendre, et l'OMS valorise différents cheminements, selon des modalités désormais courantes d'échanges de bonnes pratiques, de *benchmarking* et d'expérimentation¹¹. Selon le site de l'Organisation dédié au « Financement de la santé et couverture universelle » :

« Les réformes du financement de la santé et les mesures permettant aux pays de s'approcher de la couverture universelle peuvent prendre de nombreuses formes, mais elles doivent surtout être adaptées au contexte. Il n'existe pas de modèle en la matière »¹².

Et la réunion de l'ECOSOC consacrée en juillet 2013 à la CSU réitère :

« *There was agreement on a "no one-size-fits-all" approach to universal health coverage. Rather, approaches should be country-specific, taking into account local circumstances and conditions* »¹³.

Les moyens à mettre en œuvre sont donc laissés à la souveraineté des États (conseillés et soutenus par les organisations internationales, grandes ONG, fondations, firmes, etc.) en fonction des priorités et contextes nationaux. Les États ne sont redevables que de leur progression, voire de l'évocation qu'ils font de l'objectif de CSU. Ces lacunes en termes de définition d'objectifs et d'indicateurs permettant de mesurer les progrès réalisés vers la couverture universelle sont d'ailleurs exploitées par un petit groupe d'États membres de l'OMS qui n'adhèrent pas à ce concept. Koplan, quelques années plus tôt, avait formulé des mises en garde à propos de la définition de la santé globale :

11. Ce qui peut expliquer qu'il n'existe pas encore d'indicateurs dédiés explicitement à la CSU. La Banque mondiale est en train de mettre au point un outil UNICAT destiné à aider les pays à mesurer leurs forces et faiblesses dans leur cheminement vers la CSU.

12. http://www.who.int/health_financing/strategy/fr/

13. ECOSOC Panel: Science, Technology, Innovation Essential For Universal Health Coverage, <http://www.ip-watch.org/2013/07/04/ecosoc-panel-science-technology-innovation-essential-for-universal-health-coverage/>

« if we do not clearly define what we mean by global health, we cannot possibly reach agreement about what we are trying to achieve, the approaches we must take, the skills that are needed, and the ways that we should use resources » (Koplan et alii, 2009, p. 1993).

La couverture sanitaire universelle semble cependant être une option intéressante pour instaurer des modifications en profondeur et assurer une couverture pour les populations vulnérables. Sa mise en œuvre encourage à plus d'équité et de justice sociale, mots d'ordre de « la dimension sociale de la globalisation »¹⁴. Le renouveau des débats internationaux sur les stratégies de développement, ainsi que le caractère général de la définition, ont facilité dans un premier temps le processus d'adhésion d'une large palette d'organisations internationales et d'États. L'inscription de la couverture sanitaire universelle comme élément fédérateur des questions de santé dans l'agenda post 2015 constituerait une étape supplémentaire dans la construction du « consensus ». Cette idée est débattue au cœur du système des Nations Unies, tant à l'OMS qu'à l'ECOSOC, et sans doute prochainement à l'Assemblée générale.

Enfin, la CSU pourrait jouer un rôle dans la transformation du concept de « santé globale » en un concept plus positif, en le faisant évoluer vers un objectif commun de couverture sanitaire pour tous. Il ne s'agirait plus de lutter contre des problèmes de santé qui transcendent les frontières (en particulier les maladies infectieuses), mais de promouvoir des systèmes de santé nationaux robustes et efficaces, intégrant la prévention comme dimension intrinsèque. Cela impliquerait de repenser l'aide au développement en santé et de réorienter une partie des fonds vers le renforcement des systèmes de santé.

DES ARTICULATIONS DIVERSES ENTRE ÉTAT ET MARCHÉ : L'UNIVERSALITÉ AU RISQUE DES INÉGALITÉS

L'objectif de couverture sanitaire universelle formulé par les organisations internationales se décline en termes d'aide technique, notamment dans le domaine du financement, et en termes de labellisation. La labellisation concerne plus des trajectoires et l'adoption de dispositifs, ou de combinaisons de dispositifs, en vertu de certaines *valeurs*, que des états de fait mesurables par des indicateurs de réalisation. Ainsi des pays aux performances très disparates, en termes de couverture effective, modes de prise en charge, profils épidémiologiques, etc., se retrouvent labellisés « en chemin... »¹⁵.

Dans cette section, à partir de certaines de nos expériences de recherche, nous évoquons diverses politiques nationales qui ont été qualifiées de « en chemin

14. Elle rejoint à cet effet l'objectif de socle de protection sociale, promu par l'OIT avec la collaboration de l'OMS, depuis 2010.

15. Ainsi, un pays tel le Yémen, dont le système de santé est devenu indigent depuis les conflits et ajustements structurels des années 1990, mais qui est engagé dans plusieurs programmes d'extension de la couverture de protection sociale en santé.

vers la couverture sanitaire universelle ». Sur cette base, nous mettons en lumière trois profils : un profil « étatiste » (Cuba), un autre « de marché et d'assurance » (l'Inde) et un troisième « subsidariste » (le Sénégal). Le statut méthodologique de cette section n'est pas celui d'une typologie ; à cette fin, un grand nombre d'autres études de cas aurait également pu être mobilisé, ce qui n'est pas l'objet ici. Il s'agit plutôt d'illustrer la diversité de combinaisons de facteurs politiques, économiques et sociaux, intégrés dans des histoires nationales spécifiques, qui détermine la progression des composantes du « cube »¹⁶. L'étude d'autres cas pourrait démontrer l'existence de modalités encore différentes, notamment par l'extension de l'assurance maladie articulée à l'emploi par subvention des régimes destinés aux travailleurs à revenus irréguliers et à faibles ressources (Colombie) ; ou encore par l'instauration de programmes d'assistance incluant un accès à des prestations de santé fournies par l'État, pas toujours suffisantes pour satisfaire les besoins ou objectifs de développement social (Mexique) (voir par exemple Lautier, 2006a).

Cuba : une voie étatiste d'universalisation de la couverture de santé à la viabilité menacée

Il est de notoriété publique que le système cubain de santé est étatiste, égalitariste et universaliste. Financé par le budget public, il s'est considérablement développé depuis la révolution de 1959. Formation de personnels médicaux, mise en place de politiques de prévention et d'éducation à la santé, déploiement de cliniques, hôpitaux, pharmacies, organisation d'un service de proximité de médecins de famille, ouverture d'établissements spécialisés pour personnes handicapées, atteintes de maladies psychiatriques et âgées dépendantes, ont tenté de couvrir l'ensemble de la population, selon ses besoins. L'accès aux soins est entièrement gratuit, les démarches échelonnées (passage obligé par le médecin de famille) régulent l'accès aux divers niveaux de soin. L'accès aux médicaments est limité aux ordonnances (très peu d'automédication en pharmacie), à un coût très modique.

En termes de qualité, le système cubain fait l'objet d'âpres batailles de chiffres, d'images et de témoignages, où s'affrontent preuves de sa décrépitude accélérée depuis les années 1990 et « la période spéciale », d'une part, et, de l'autre, signes de sa qualité sans faille, malgré les difficultés budgétaires de l'État. La qualité du système de soins cubain est néanmoins manifestée par les

16. Une démarche équivalente a été entreprise par Ceballos et Lautier (2013), par exemple, concernant les programmes de transferts conditionnels. À l'aide d'une étude des conditions de mise en œuvre de ce qui apparaît comme un consensus international et un référentiel relativement homogène, ils montrent que les déterminants des politiques nationales engendrent des différences significatives. C'est aussi en vertu de ce cadre méthodologique que nous ne mentionnons pas de chiffres sur les « réalisations » de l'un ou l'autre des pays : le sens d'un taux de couverture devrait être accompagné de nombreux détails sur ce qui est effectivement accessible, dans quelles conditions concrètes, avec quelles différences et inégalités, pour prendre son sens ici.

progrès démographiques et sociaux réalisés depuis les années 1960 : espérance de vie, mortalité infantile et maternelle, etc. Surtout, sa dimension universelle et égalitariste est constatable dans les faibles inégalités de santé à Cuba : complétant des statistiques fréquemment suspectées de biais propagandistes, des travaux de chercheurs en attestent. Alors que les difficultés budgétaires se font pressantes depuis les années 1990, ces inégalités tendent néanmoins à s'accroître. Ainsi de certains établissements et pharmacies réservés aux patients qui paient en devises, ou des inégalités engendrées par la pénurie de médicaments et consommables, qui oblige les familles à se les procurer de l'extérieur de l'île (surtout par des parents émigrés).

L'extension récente des sphères de marchandisation, en particulier en ce qui concerne l'emploi, la petite restauration, et toute une série de services, est strictement maîtrisée dans l'éducation et la santé. La gratuité de tous les services de santé pour tous n'est pas – officiellement – remise en cause par les projets de réforme et d'amélioration du système de soins cubain, tant elle est centrale pour le système social, lui-même un pilier fondamental de la légitimité du régime. Plus largement encore, les progrès sociaux, en particulier ceux permis par l'élargissement de l'accès aux soins de santé de qualité, constituent une forme de contrepartie (sous forme de droits sociaux égalitaristes) à la soumission de la population aux règles imposées par le régime et à sa formulation de l'intérêt collectif. Il s'agit donc d'une transaction de nature politique, fondée sur une acception spécifique de la justice sociale, issue des principes de la Révolution (Destremau, 2012a, 2012b). La couverture universelle de santé n'est donc pas remise en cause en tant que telle, bien qu'ébréchée dans ses dimensions de satisfaction des besoins et d'égalitarisme.

Le fait que Cuba figure dans la liste des pays « en chemin vers une CSU » est intéressant et contestable à plus d'un titre : le « chemin » fut en fait entamé il y a plusieurs décennies, et la progression de la couverture sanitaire cubaine satisfait aux critères d'universalité depuis plusieurs décennies déjà. Ce cas illustre la pratique de « labellisation » de politiques qui n'ont rien à voir avec le « consensus » proclamé depuis le début de la décennie 2010. Aujourd'hui, dans un contexte de restriction des ressources publiques et d'évolution des pathologies et besoins (particulièrement du fait du vieillissement de la population), c'est plutôt d'ajustements nécessaires à sa pérennité qu'il faudrait parler que de chemin vers l'universalisation.

La voie « étatiste » a été empruntée par de multiples pays dont l'État a adopté une posture développementaliste et socialiste dans les années 1960 (l'on pense particulièrement à de nombreux pays arabes). Si ces modèles ont été fortement remis en cause au cours des décennies d'ajustement structurel et de désétatisation, et que la diversification de l'offre (publique/privée, marchande/non marchande) est devenue la règle, l'on ne peut pour autant les reléguer au rang de fossiles, tant

ils ont représenté une voie vers l'universalisation, commandée par des impératifs nationalistes et politiques.

L'Inde : la progression vers une « universalité restreinte » par des dispositifs assurantiels de marché contrôlés par l'État

L'Inde, elle aussi qualifiée de « en chemin... », présente un profil fort différent : selon une étude du *Lancet* (Balarajan, Selvaraj, Subramanian, 2011), le système de santé indien accroît les inégalités. 40 millions d'Indiens seraient plongés dans la pauvreté chaque année par des dépenses et des dettes de santé. Les inégalités d'accès aux soins sont liées aux écarts dans les situations socio-économiques des ménages, aux disparités géographiques d'offre, aux inégalités de genre, à la faiblesse des investissements publics, et se traduisent par des dépenses privées très élevées, et qui ne cessent de s'accroître : les coûts de la santé pèsent pour plus des trois quarts sur les ménages. Ces déséquilibres sont renforcés par le fait que les Indiens les plus riches souffrent de maladies « du premier monde » (maladies chroniques, obésité, diabète, affections cardiovasculaires), alors que les plus pauvres sont exposés aux maladies du « tiers monde », liées à la malnutrition, aux infections, et aux mauvaises conditions d'hygiène et de vie.

Le constat de crise du système de santé indien, menaçant la cohésion sociale et la légitimité des politiques publiques, a suscité une mobilisation récente. Cette dernière a conduit à l'adoption de différents dispositifs visant à accroître l'accès financier de certains groupes sociaux largement demeurés non assurés et en marge de l'accès aux soins de santé (Mahal, Fan, 2011). Certains de ces dispositifs émanent des États, d'autres de l'État central : ainsi de l'Universal Health Scheme destiné aux pauvres et lancé en 2003, ou du National Rural Health Mission (NRHM) lancé en 2005. Certains de ces dispositifs font un large recours au secteur privé, dans le cadre d'accords cadre et de conventions avec les gouvernements, qui peuvent également subventionner des organisations non gouvernementales, comme le Self Employed Women Association (SEWA).

L'un des dispositifs les plus ambitieux est le Rashtriya Swasthya Bima Yojana (RSBY), lancé en 2007, et financé pour les trois quarts par le gouvernement central, et pour un quart par les gouvernements locaux. Une prime d'assurance est payée par le budget public à des compagnies d'assurance privées, de façon à couvrir, pour les frais d'hospitalisation, une population pauvre qui peut dès lors se faire soigner, sur présentation d'une carte à puce, dans un réseau de cliniques et d'hôpitaux affiliés. L'objectif de ce régime est de garantir une sécurité financière aux bénéficiaires en offrant des indemnités pour les frais d'hospitalisation à hauteur de 30 000 roupies (environ 650 dollars US) par an par famille de cinq personnes. Il s'agit également d'améliorer l'accès aux soins de qualité en prenant en charge les frais de transport à hauteur de 1 000 roupies (environ 22 dollars US). Le but fixé était de couvrir l'ensemble de la population

vivant en dessous du seuil de pauvreté, 300 millions de personnes d'ici 2012, ce qui a été largement atteint. Le programme est actuellement en phase d'extension vers des couches plus solvables de la population¹⁷.

La combinaison d'une fenêtre fiscale favorable, portée par la croissance indienne, et d'une forte volonté politique, a rendu possible cet engagement, qui vaut au pays la reconnaissance, de la part de l'OMS, d'être « en chemin vers une couverture universelle ». En 2010, l'Inde ne consacre que 1,1 % de son PIB aux dépenses de santé ; c'est 6 % qui seront nécessaires pour parvenir à l'objectif de couverture universelle d'ici 2020. Une loi de Santé nationale (National Health Bill) a été promulguée en 2009 par le ministère de la Santé et du bien-être des familles, afin de « procurer la protection et la satisfaction des droits afférents à la santé et au bien-être, à l'équité et à la justice sanitaire, y compris ceux liés à tous les déterminants sous-jacents de la santé aussi bien que les soins de santé ; et pour accomplir l'objectif de la santé pour tous »¹⁸. La progression de la couverture assurantielle en santé, parallèlement à l'élargissement continu de l'offre (privée surtout), est prévue – et en cours – de se réaliser par l'extension progressive des formules d'assurance à des groupes sociaux solvables, qui pourront bénéficier de subventions publiques partielles de leurs cotisations.

Les réformes entreprises en Inde illustrent le poids des facteurs politiques dans une démocratie, les tensions issues de très fortes inégalités dans une économie émergente, mais aussi la capacité budgétaire d'action d'autorités publiques gouvernant un pays de revenu moyen. Le rôle important aménagé aux acteurs privés marchands et aux mécanismes de contractualisation et de partenariat, tout comme l'encadrement public auquel est soumis le processus de marchandisation de la santé, sont parties prenantes des modes de gouvernance désormais promus au plan international. Pour autant, si l'Inde est dite « en chemin... », elle suscite une réflexion sur le sens de l'universalisation dans un tel contexte : si un accès de tous à quelque chose est visé, on est loin d'une couverture universelle des besoins : le RSBY ne cible aujourd'hui que les frais d'hospitalisation et contient de nombreuses limitations.

Le Sénégal : des dispositifs ciblés sur les pauvres pour élargir la couverture en santé

Un troisième type d'articulation entre États, marché et autres parties prenantes, que nous qualifions de « subsidiariste », correspond à la prise en charge par l'État – et/ou des organisations non gouvernementales, l'aide

17. De très nombreux documents existent sur ce programme. Ces informations sont issues de communications présentées par Nishant Jain, conseiller du gouvernement indien pour son programme national d'assurance de santé, dans le cadre de rencontres du GIP-SPSI (groupe d'intérêt public Santé et protection sociale international), Paris, décembre 2012.

18. http://mohfw.nic.in/NRHM/Draft_Health_Bill/General/Draft_National_Bill.pdf . Traduction libre.

internationale, etc. – de certaines catégories de population du fait de leur incapacité à avoir recours au marché et/ou aux dispositifs d'assurance (social, professionnelle, d'entreprise, privée...) existants.

Dans la plupart des pays africains, les gouvernements ont décidé d'introduire des mécanismes de financement de la santé visant spécifiquement à lever des barrières financières à l'accès aux soins de santé pour certaines catégories de patients ou de groupes socio-économiques. En ce qui concerne la couverture médicale pour les plus pauvres et vulnérables, diverses stratégies ont été expérimentées et mises en œuvre à différentes échelles : exemption de paiement pour des groupes ou pathologies spécifiques, différenciation des prix et subventions ciblées pour les activités qui produisent un niveau élevé d'externalités (vaccination, traitement des maladies infectieuses...).

Au Sénégal, selon le BIT, moins de 20 % de la population dispose d'une assurance maladie, et les coûts de la santé pèsent pour près de 40 % sur les budgets des ménages. Le gouvernement poursuit une stratégie en trois volets : développement d'un système de santé d'assurance sociale pour les salariés du secteur formel, à la fois du public et du privé ; extension d'assurance santé communautaire (mutuelles de santé) pour les travailleurs informels qui disposent d'une capacité de payer ; et pilotage d'un ensemble disparate de régimes spécifiques pour les plus pauvres et les plus vulnérables. L'objectif de l'État est maintenant de créer un Fonds d'équité qui prendrait en charge les personnes « pauvres et vulnérables » *via* une subvention à l'adhésion à une mutuelle. Ce Fonds viendra donc en complément de ceux déjà existants (pour les traitements antirétroviraux, les césariennes et le programme élargi de vaccination principalement) et sera alimenté par différentes ressources, comme des taxes sur le tabac et l'alcool mais aussi une partie du budget national du pays, ce qui permet, selon la ministre de la Santé, de montrer l'engagement du chef de l'État sur la question de la couverture santé. Le gouvernement espère ainsi pouvoir passer à un taux de couverture de l'ordre de 50 % d'ici 2015.

Cependant, plusieurs études, dont certaines spécifiques à ce pays, ont montré les limites des politiques de gratuité ciblée et des mutuelles de santé. Ce sont les difficultés de mise en œuvre inhérentes aux politiques de gratuité ciblée qui diminuent leur impact potentiel sur l'accès aux soins (Witter *et alii*, 2010). Concernant les mutuelles de santé communautaires, il apparaît que ces modèles d'assurance n'ont pas suscité de véritable adhésion de la part des populations les plus vulnérables, par manque de confiance mais aussi du fait de la faiblesse des capacités contributives (Waelkens, Criel, 2004). Dans un article paru en 1999, Criel et Van Dormael, montrent que, pour que ce type d'assurance santé ait un impact sur l'accessibilité, l'intervention d'une autorité publique régulatrice est incontournable (Criel, Van Dormael, 1999 ; Carrin, Waelkens, Criel, 2005).

Ainsi, bien que le Sénégal figure sur la liste des pays « en chemin vers une couverture sanitaire universelle », tout démontre que ce chemin sera long et semé d'embûches. De surcroît, dans l'éventualité où l'ensemble de la population pourra avoir accès, d'une façon ou d'une autre, à certains soins, prestations et produits de santé, rien ne dit qu'ils correspondront à leurs besoins ou que le maintien d'un bon état de santé ne leur restera pas inaccessible parce que trop coûteux. Ou encore, que la distribution de cet accès se réalisera selon des principes partagés d'équité ou de justice sociale.

En effet, par-delà le problème que représente la population non solvable (au regard de la capacité de s'acquitter d'une prime d'assurance), un des écueils à la réduction des inégalités réside dans la démultiplication des dispositifs et mécanismes de financement, qui obscurcit la perspective que l'ensemble d'une population puisse accéder aux mêmes prestations et à des soins de même qualité. Et la multiplication et la fragmentation des dispositifs rendent techniquement plus ardu l'objectif de mutualisation des risques, notamment entre riches et pauvres. En outre, les « fonds spéciaux », dispositifs localisés et « micro », et mesures ciblées pour les populations pauvres et vulnérables, particulièrement prisés dans la voie « subsidiariste », risquent fort de demeurer une poche sous financée de « soins pour les pauvres », que leur désaffectation par les couches moyennes, capables de choisir une offre de meilleure qualité par un circuit de financement accessible pour leurs revenus, expose à des formes de ghettoïsation (Deacon, Cohen, 2011)¹⁹.

On est ici face à l'une des principales incertitudes, voire opacités, de la notion d'universalité. Si la lutte contre la pauvreté semble avoir fait son deuil du potentiel des dispositifs ultra-ciblés, l'universalisation de l'accès aux soins de santé peine à se penser en termes de mutualisation à large échelle. D'un côté, le BIT et certaines organisations défendent l'idée que promouvoir la réduction des inégalités d'accès à la santé, et non seulement une couverture nominale étendue aux plus pauvres grâce à des dispositifs spécifiques ciblés, requiert la mise en place d'un système de mutualisation des risques à large échelle et *entre* les dispositifs. De l'autre, cependant, cette mutualisation se heurte à des visions selon lesquelles seule la santé de base constituerait un bien public, alors que les soins plus sophistiqués, réservés aux personnes solvables (ou solvabilisées par l'assurance ou par l'État), répondraient à une logique marchande.

19. L'augmentation des inégalités de santé et de l'inéquité de systèmes fragmentés, à plusieurs vitesses, est le lot de nombreux pays (voir notamment Valencia Lomelli (2012) sur le Mexique, Diaz Pedregal (2011) sur le Cambodge. Bien au-delà d'ailleurs des pays dit « en développement », le phénomène touche des pays occidentaux et démocratiques, dans lesquels il se construit en « question » sociale et politique, ainsi que le reflètent les débats sur la couverture maladie aux États-Unis, ou les problèmes d'accès aux soins en France.

SANTÉ POUR TOUS OU SANTÉ POUR LES PAUVRES ? DÉMARCHANDISATION ET MUTUALISATION, LES ENJEUX FONDAMENTAUX DE LA CSU

L'objectif d'universalisation de la couverture sanitaire pose directement la question de l'accès des « pauvres » aux services de santé, en tout cas de ceux dont les ressources personnelles ne leur permettent ni de payer leurs propres soins, ni de cotiser individuellement à une assurance qui leur en garantisse l'accès. Comme l'illustrent les voies brièvement explorées ci-dessus, alors que deux modalités se fondent sur l'élargissement de la mutualisation des risques et des coûts dans le cadre d'un système tendanciuellement unifié (le type « étatique » et le type « assurantiel »), la troisième envisage plutôt des dispositifs complémentaires ciblés sur les pauvres, comme des pièces qui manqueraient au puzzle de la couverture.

Tendu entre une conception en termes de marché, et une vision en termes de bien public, le référentiel de CSU est traversé d'enjeux stratégiques et de conflits latents ou explicites. L'objectif d'élargissement de la couverture promet en effet une considérable extension du marché, qui suscite des stratégies de négociation et de pression de la part de firmes, investies dans la production et la distribution de médicaments, de services et d'équipements, ou encore d'assurance ; mais aussi de la part d'organismes privés non lucratifs, églises, ONG et autres fondations, qui occupent de larges pans du « marché » de la santé.

Pour la plupart des parties prenantes au « consensus » sur la couverture sanitaire universelle, les prestataires privés sont nécessaires au secteur, essentiellement pour contribuer à une offre satisfaisante. Pour l'OCDE :

« governments must work with, and not against, the private sector. Lack of health care suppliers is the biggest problem countries face in moving towards universal health coverage, so any possible source of health service provision should be considered »²⁰.

Pour l'OMS :

« Les incitations pour fournir des services efficaces, équitables et de qualité sont essentielles, que les prestataires de services appartiennent au secteur public ou privé. Il n'existe aucune preuve que les prestataires de services financés/détenus par des intérêts privés soient plus ou moins efficaces que les alternatives financées/détenues par les gouvernements. Du point de vue de la politique de financement de la santé, la décision sur une offre optimale des services nécessite une approche pragmatique plutôt qu'une approche idéologique » (OMS, 2010).

La marchandisation des soins de santé doit être strictement réglementée afin de garantir la protection du consommateur et « la confiance des usagers dans les services de santé et dans la capacité des autorités sanitaires à protéger la population » (OMS, 2008, pp. 14-15).

20. <http://www.oecd.org/centrodemexico/medios/differentpathstowardsustainableuniversalcoverage.htm>

En outre, ainsi que le réitère l'OMS depuis une dizaine d'années et, plus récemment, l'OIT dans la Recommandation n° 202 concernant les socles nationaux de protection sociale²¹, il est fondamental de réduire la partie des coûts qui doivent être pris en charge directement par le patient, causant dépenses catastrophiques et appauvrissement, au bénéfice de dispositifs de prépaiement. Or la mise en œuvre d'assurances financées par des cotisations assises sur les revenus du travail se heurte *de facto* à l'existence d'une proportion importante de personnes âgées, inactives, ou de travailleurs informels très pauvres. À partir de ce constat, la déclaration finale de la 58^e Assemblée mondiale de la santé en 2005 se positionne clairement en faveur de systèmes qui mutualisent les risques et les coûts, que ce soit par le biais de la fiscalité ou d'un dispositif assurantiel qui inclue différents groupes de revenus, type d'emploi, état de santé, âge, etc. :

« Deux options principales s'offrent pour la collecte des ressources devant assurer la couverture universelle et la protection contre les risques financiers connexes. L'une d'elles est un système dans lequel les services de santé sont financés principalement par les recettes fiscales générales. Les fonds, centralisés essentiellement par les pouvoirs publics, servent à l'achat de services de santé, d'ordinaire à des prestataires tant publics que privés. L'autre est l'assurance-maladie universelle, qui repose sur une ou plusieurs caisses approvisionnées par les cotisations obligatoires des travailleurs, des professions indépendantes, des entreprises et des pouvoirs publics ».

Le défi réside donc en partie dans le degré de démarchandisation du secteur de la santé. La conception même de la CSU incorpore en effet l'objectif de « réglementer et (...) maintenir les fonctions fondamentales de répartition des risques, d'achat et de fourniture des services de base »²². Freiner la réduction des prestations de santé à des marchandises, en particulier à l'égard des pauvres, par définition peu solvables, exige l'intervention de mécanismes de régulation, de conciliation, qui soumettent le degré de marchandisation de la santé aux objectifs d'équité et d'universalité. Les questions de financement sont donc centrales aux perspectives et aux choix qui orientent les différents « chemins » vers l'universalisation de la couverture en santé : financement de l'offre, financements solidaires de la couverture des risques, financement propre des ménages pauvres.

La démarchandisation totale, illustrée dans le cas cubain, a également prévalu dans le cas de nombreux États « développementalistes ». Considérée comme un échec, elle n'est plus préconisée aujourd'hui. En revanche, le recours au marché peut favoriser l'objectif d'universalité de l'accès à la santé avec réduction des inégalités si se construit conjointement un cadre de conventions qui soumet les prestataires privés aux objectifs politiques établis de la puissance publique, et qui servent cet objectif : barèmes de tarification, égalité de qualité de l'offre et de traitement des malades, offre de contrats d'assurance, etc. Les non solvables

21. Recommandation n° 202 adoptée le 14 juin 2012 lors de la 101^e session de la Conférence internationale du travail.

22. 64^e Assemblée mondiale de la santé WHA64.9. Point 13.4 de l'ordre du jour 24 mai 2011, « Structures durables de financement de la santé et couverture universelle ».

par le marché deviennent ainsi bénéficiaires de droits sur la collectivité, et spécifiquement sur la prestation de soins de santé, que celle-ci soit publique ou privée. Une évaluation à moyen terme du cas indien serait de ce point de vue intéressante. Les systèmes mis en œuvre par le gouvernement indien permettront-ils vraiment de réduire les inégalités entre segments de la population ?

Le Sénégal, en comparaison, apparaît comme disposant de peu de moyens politiques et budgétaires pour mettre en œuvre une politique progressant vers l'universalisation *et* la réduction des inégalités. Si la marchandisation demeure circonscrite à une frange de personnes solvables, la fragmentation entre de nombreux prestataires constitue le principal défi de cette voie.

C'est le niveau de progression de ces formes de redistribution de modes d'accès et de droits, illustrée par les trois paramètres du « cube » de la CSU – population couverte, services concernés et reste-à-payer pour les patients – qui détermine l'effectivité de la couverture, au-delà de sa dimension théorique : l'offre de soins et de protections qui devient accessible par l'universalisation, le niveau de satisfaction de différents besoins et la qualité des services offerts. Le degré de démarchandisation et de mutualisation détermine fondamentalement l'ampleur des inégalités structurelles entre groupes sociaux, de résidence, de capacités de financement et de statuts d'emploi, au regard de l'accès aux soins, par-delà le mot d'ordre de l'universalisation.

En effet, la carte des inégalités de santé tend à reproduire celle des différents modes d'accès : entre clients solvables, dépendants de l'assistance conditionnelle, bénéficiaires de services publics gratuits et de bonne qualité, assurés sociaux..., le fossé peut être bien profond. Ces inégalités reflètent un éclatement des droits sociaux : entre droits fondés sur la capacité de payer une cotisation, ou directement des biens et services, droits fondés sur la citoyenneté, et droits conditionnés à divers états et comportement, notamment à l'état de pauvreté, l'écart est large et menace la cohésion sociale. La nature différenciée des droits sur lesquels sont assis les modes d'accès aux soins de santé introduit ou reproduit en effet des statuts différenciés de citoyenneté (Lautier, 2012 ; Destremau, 2008), particulièrement sensibles lorsqu'ils renforcent des divisions sociales et politiques (populations indigènes, groupes confessionnels, groupes sociaux marginalisés...). S'y articulent aussi des inégalités dans les rapports sociaux de sexe, qui se nouent autour de l'accès aux soins de santé, et aux droits reproductifs (Gautier, 2012). Sortir les femmes des dépendances à l'égard des hommes reconnus comme actifs et/ou chefs de famille, leur assurer un accès aux soins adapté à leurs besoins, leur donner la maîtrise sur leur corps et leur fécondité, sont des questions peu intégrées aux débats portant sur la couverture sanitaire universelle, peut-être dans un souci de consensus.

L'aménagement de transitions, ou l'organisation de la progression vers l'universalité, procède *in fine* de choix politiques, faisant intervenir des ordres de priorités :

« *Regardless of the institutional arrangement chosen and how well countries are able to raise funds and achieve efficiency gains, "pooled funds will never be able to cover 100% of the population for 100% of the costs and 100% of needed services" (WHO, 2005, p. 2). This is reflected in the fact that "no country, no matter how rich, is able to provide its entire population with every technology or intervention that may improve health or prolong life" (WHO, 2010, p. 21). This fact implies that societies must choose what to give precedence to "in three core areas: the proportion of the population to be covered; the range of services to be made available; and the proportion of the total costs to be met" (WHO, 2010, p. 12 ; Giedion, Andrés Alfonso, Díaz, 2013).*

Au terme de cette réflexion, nous ne pouvons donc que souligner le rôle fondamental des États, financeurs du processus d'élargissement de la couverture sanitaire, et régulateurs de la marchandisation de la santé et des fragmentations et inégalités qu'elle engendre inéluctablement. Même si, comme dans le cas indien, le secteur privé est largement sollicité comme prestataire de biens et services, les autorités publiques sont très explicitement sollicitées pour réguler les systèmes de prix et de primes, abonder le financement de l'offre de soin accessible gratuitement ou à prix modique aux populations démunies, et/ou subventionner les primes d'assurance des pauvres.

« C'est à la puissance publique qu'il revient en dernière analyse de donner sa forme définitive au système de santé. Cela ne veut pas dire que les pouvoirs publics devraient – ou même pourraient – réformer l'ensemble du secteur sanitaire à eux seuls. Des acteurs nombreux et divers ont un rôle à jouer : responsables politiques nationaux et administrations locales, professions de santé, communauté scientifique, secteur privé, organisations et associations de la société civile, sans oublier la communauté sanitaire mondiale. Néanmoins, les pouvoirs publics ont, en matière de santé, des responsabilités fondées autant sur des principes politiques que sur des attentes largement partagées » (OMS, 2008, p. 86).

Finalement, si le référentiel de couverture sanitaire universelle n'est pas une idée nouvelle, il se définit comme un référentiel transnational qui vise à constituer de nouvelles configurations d'acteurs et d'objectifs, au plan global, selon un consensus éthique et faiblement normatif. C'est d'autant plus le cas que « la contrainte », dans ce cas, est essentiellement incitative, et illustre bien « une forme de découplage entre, d'une part, les fonctions de construction des cadres généraux d'interprétation du monde et, d'autre part, les fonctions de construction du compromis social sur lequel reposent les systèmes politiques modernes » (Muller, 2000, p. 204). La mise en œuvre de l'objectif de CSU dépend ainsi de cadres nationaux de politiques publiques et de la reproduction de l'ordre politique au plan national. La mesure dans laquelle le triple objectif du référentiel de CSU pourra se traduire par des réalisations effectives dépend donc *in fine* de l'engagement des États nationaux, accompagnés techniquement et financièrement par les organisations internationales (OMS et Banque mondiale en tête) et d'autres partenaires donateurs, dans leur propre « chemin », de leurs interprétations de leurs impératifs et marges de manœuvre, et

de leur capacité de jouer des différentes coalitions d'intérêts pour mettre en œuvre leurs stratégies politiques.

BIBLIOGRAPHIE

- Balarajan Y., Selvaraj S., Subramanian S. V., 2011, « Health Care and Equity in India », *Lancet*, vol. 377, n° 9764, pp. 505-515.
- 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.
- Carrin G., Waelkens M.-P., Criel B., 2005, « Community-based Health Insurance in Developing Countries: A Study of Its Contribution to the Performance of Health Financing Systems », *Tropical Medicine & International Health*, vol. 10, n° 8, pp. 799-811.
- Ceballos M., Lautier B., 2013, « Les CCTP en Amérique latine : entre modélisation internationale et conjonctures politiques nationales », *Revue Tiers Monde*, n° 214, dossier « Bruno Lautier, un sociologue engagé » (coord. Destremau B., Jamard E.), pp. 219-245.
- Criel B., Van Dormeal M., 1999, « Mutual Health Organizations in Africa and Social Health Insurance Systems: Will European History Repeat itself? », *Tropical Medicine & International Health*, vol. 4, n° 3, pp. 155-159.
- Deacon B., Cohen S., 2011, « From the Global Politics of Poverty Alleviation to the Global Politics of Social Solidarity », *Global Social Policy*, vol. 11, n° 2-3, pp. 233-249.
- Destremau B., 2008, « Les droits humains, des droits sociaux pour les plus pauvres des pays en développement ? » in Domin J.-P. (dir.), *Au-delà des droits économiques et des droits politiques, les droits sociaux ?*, Paris, L'Harmattan/Association d'économie sociale, pp. 109-124.
- Destremau B., 2012a, « Cuba : l'enjeu du social », *Cahiers de santé publique et de protection sociale*, mai, Paris, Fondation Gabriel Péri, pp. 63-71.
- Destremau B., 2012b, « Les réformes de la protection sociale à Cuba : les principes de contrepartie et de droits sociaux sont-ils investis de nouvelles significations ? », Communication au colloque UNIL-RT6 « Politiques sociales et contreparties : un nouveau schème des politiques sociales à l'échelon global ? », Lausanne, 2-3 octobre.
- Diaz Pedregal V., 2011. *La construction des politiques publiques dans les pays sous régime d'aide, Le cas de la politique de protection sociale en matière de santé au Cambodge*, Nogent-sur-Marne, GRET, <http://www.gret.org/publication/la-construction-des-politiques-publiques-dans-les-pays-sous-regime-daide-le-cas-de-la-politique-de-protection-sociale-en-matiere-de-sante-au-cambodge/>
- Durairaj V., Evans D. B., 2011, *Health Systems Financing: The Path to Universal Coverage*, Calgary, Health Care Forum.
- Fassin D., 2000, « Comment faire de la santé publique avec des mots, Une rhétorique à l'œuvre », *Ruptures, Revue transdisciplinaire en santé*, vol. 7, n° 1, pp. 58-78.
- Fidler D., 2005, « Health as Foreign Policy: Between Principle and Power », *The Whitehead Journal of Diplomacy and International Relations*, pp. 179-194.
- Frenk J., 2009, « Strengthening Health Systems to Promote Security », *Lancet*, vol. 373, n° 9682, pp. 2181-2182.
- Gautier A., 2012, *Genre et biopolitiques, L'enjeu de la liberté*, Paris, L'Harmattan.

- Giedion U., Andrés Alfonso E., Díaz Y., 2013, *The Impact of Universal Coverage Schemes in the Developing World: A Review of the Existing Evidence*, UNICO Studies Series 25, Washington D. C., The World Bank.
- IOM, 1997, *America's Vital Interest in Global Health: Protecting our People, Enhancing our Economy, and Advancing our International Interests*, Washington D. C., Institute of Medicine, 62 p.
- Jobert B., Muller P., 1987, *L'État en action*, Paris, PUF.
- Kerouedan D., 2013, « Géopolitique de la santé mondiale », *Contours, ambivalences et risques de la notion de « global health »*, Leçon n° 1, Cours au Collège de France, 21 février, <http://www.college-de-france.fr/site/dominique-kerouedan/index.htm#|m=course|q=/site/dominique-kerouedan/course-2012-2013.htm|p=../dominique-kerouedan/course-2013-02-21-11h00.html>
- King N. B., 2002, « Security, Disease, Commerce Ideologies of Postcolonial Global Health », *Social Studies of Science*, vol. 32, n° 5-6, pp. 763-789.
- 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.
- Lautier B., 2006a, « Towards Universal Social Security and Protection of the "Most Vulnerable" » in *International Labour Office/STEP, Social Protection and Inclusion: Experiences and Policy Issues*, Genève, International Labour Office/STEP, pp. 77-103.
- Lautier B., 2010, « "Qui ne dit mot consent, qui consent ne dit mot", L'usage du mot "consensus" dans le vocabulaire du développement », *Économies et institutions*, n° 14, pp. 41-67.
- Lautier B., 2012, « La diversité des systèmes de protection sociale en Amérique latine : une proposition de méthode d'analyse des configurations de droits sociaux », *Revue de la régulation, Capitalisme, institutions, pouvoirs* (revue en ligne), n° 11.
- Mahal A., Fan V., 2011, « Achieving Universal Coverage in India: An Assessment of the Policy Challenge », Draft, 10 juillet, http://www.ncaer.org/popuppages/EventDetails/IPF_2011/Ajay_Mahal&Victoria_Fan.pdf
- Muller P., 2000, « L'analyse cognitive des politiques publiques : vers une sociologie politique de l'action publique » *Revue française de science politique*, vol. 50, n° 2, pp. 189-208.
- Navarro V., 1984, « A Critique of the Ideological and Political Positions of the Willy Brandt Report and the WHO Alma Ata Declaration », *Social Science & Medicine*, vol. 18, n° 6, pp. 467-474.
- Ngabire E., 2013, « Éditorial, Couverture sanitaire universelle : ce que pensent certains auteurs », *Politiques internationales de santé*, n° 196, 15 février, <http://www.santemondiale.org/ihpfr/2012/couverture-sanitaire-universelle-ce-pensent-certains-acteurs/>
- NIC (National Intelligence Council), 2000, *The Global Infectious Diseases Threats and its Implications for the United States*, Washington D. C., NIC.
- OMS, 2008, *Primary Health Care: Now more than Ever*, Genève, World Health Organization.
- OMS, 2010, *Rapport sur la santé dans le monde 2010, Le financement des systèmes de santé : le chemin vers une couverture universelle*, Genève, Organisation mondiale de la santé.
- Owen J. W., Roberts O., 2005, « Globalisation, Health and Foreign Policy: Emerging Linkages and Interests », *Globalization and Health*, vol. 1, n° 1, pp. 12-17.
- Valencia Lomeli E. (dir.), 2010, *Perspectivas del universalismo en México*, Guadalajara, ed. ITESO/Fundacion Konrad Adenauer.

- Waelkens M.-P., Criel B., 2004, *Les mutuelles de santé en Afrique sub-saharienne : état des lieux et réflexions sur un agenda de recherche*, Washington D. C., World Bank.
- Walsh J. A., Warren K. S., 1979, « Selective Primary Health Care: An Interim Strategy for Disease Control in Developing Countries », *The New England Journal of Medicine*, vol. 301, n° 18, pp. 967-974.
- Whitehead M., Dahlgren G., Evans T., 2001, « Equity and Health Sector Reforms: Can Low-Income Countries Escape the Medical Poverty Trap? », *Lancet*, vol. 358, n° 9284, pp. 833-836.
- WHO (World Health Organization), 2010, *The World Health Report, Health Systems Financing: The Path to Universal Coverage*, World Health Report, <http://www.who.int/whr/2010/en/index.html>
- Witter S., Dieng T, Mbengue D., Moreira I, De Brouwere V., 2010, « The National Free Delivery and Caesarean Policy in Senegal: Evaluating Process and Outcomes », *Health Policy and Planning*, vol. 25, n° 5, pp. 384-392.
- Xu K., Evans D. B., Kawabata K., Zeramardini R., Klavus J., Murray C. J., 2003, « Household Catastrophic Health Expenditure: A Multicountry Analysis », *Lancet*, vol. 362, n° 9378, pp. 111-117.

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

LES ACTIVITÉS D'UN RÉSEAU D'ONG À CUBA : INTERNATIONALISME MÉDICAL ET SANTÉ GLOBALE

Nils Graber*

À partir d'une monographie d'un réseau d'ONG européen s'attachant à développer le système de santé cubain, cet article analyse un dispositif d'aide réinterrogeant les soubassements politiques de l'aide internationale et de la « santé globale ». Militant contre l'embargo étasunien, ce réseau vise à le contourner pour acheminer des technologies médicales bloquées. Récemment, les activités se sont réorientées vers le renforcement du modèle sanitaire cubain, fondé sur les principes de la « santé pour tous » et rattaché à des politiques internationalistes. La portée de l'aide est globale : en aidant Cuba, il participe au développement sanitaire dans les pays du Sud. En outre, il s'inscrit dans un mouvement de résistance à l'endroit de la globalisation capitaliste.

Mots clés : Cuba, santé globale, aide au développement, socialisme, internationalisme, brevets pharmaceutiques.

Cet article porte sur les activités de Medicuba, une ONG¹ basée en Suisse, fédérant un réseau d'associations à travers l'Europe, dont l'essentiel des projets consiste en des aides matérielles, financières, logistiques et scientifiques à destination du système de santé cubain. Medicuba a été créée en 1992 pour apporter une aide au maintien du système de santé, mis en péril dans le contexte de crise économique faisant suite à l'effondrement de l'URSS – alors principal allié du pays – et au renforcement de l'embargo des États-Unis. En vigueur depuis 1967, celui-ci a été affermi par deux lois – la loi Toricelli en 1992 et la loi Helms-Burton en 1996 – visant à infliger le « coup de grâce » au régime de Fidel Castro, isolé et affaibli comme jamais (Pérez, 2002). En substance, la première loi interdit l'ensemble des entreprises américaines, y compris leurs filiales étrangères, de toute relation

* Diplômé du Master PDI, EHESS/ENS, grabernils@gmail.com

1. P. Ryfman (2004) retient différentes caractéristiques définitionnelles d'une ONG : la dimension transnationale de l'aide apportée, une certaine autonomie vis-à-vis des autorités publiques, le caractère non-lucratif de l'activité et la visée bienfaitrice de celle-ci.

commerciale avec Cuba ; la seconde, disposant d'une portée extraterritoriale, sanctionne toute entreprise qui opère aux États-Unis et entretient des relations commerciales avec l'île caraïbe (Colonomos, 2000). Assimilant la situation du pays à celle d'un État en guerre, Fidel Castro a qualifié ce contexte de « Période spéciale en temps de paix » (Doyon, Brotherton, 2008). Militant activement contre l'embargo – désigné comme un « blocus » pour faire ressortir son caractère inique et martial –, les acteurs de Medicuba ont mis en place des dispositifs permettant son contournement afin d'acheminer des technologies médicales « bloquées ». Plus largement, par l'intermédiaire des médecins et chercheurs qui y sont affiliés, l'ONG s'attache à renforcer le modèle sanitaire cubain à travers des transferts de technologies innovantes.

Pour les acteurs de l'ONG, ainsi que de nombreux scientifiques à travers le monde, le système de santé cubain représente une référence internationale, constituant une alternative au modèle de développement sanitaire des pays du « Premier monde » ancré dans l'économie de marché, plus onéreux et marqué par de fortes inégalités en santé. Selon J. Feinsilver (1993), le développement sanitaire et scientifique joue un rôle central dans les « politiques symboliques » du gouvernement révolutionnaire en constituant une forme de « capital symbolique » renforçant à la fois la légitimité interne du régime à travers le progrès social et sanitaire, ainsi que son prestige international. Ce capital symbolique, favorisant les échanges politiques et économiques, est obtenu en particulier par les avancées réalisées dans trois domaines. (1) *La santé publique*. Les indicateurs épidémiologiques, première source de légitimité du système de santé (*Idem*), sont comparables à ceux des pays riches alors même que l'économie du pays est faiblement développée – et de surcroît soumise à un embargo. L'espérance de vie de la population cubaine est similaire à celles des États-Unis (78 ans) ; la mortalité infantile (7/1000 enfants) est la plus basse de toute l'Amérique latine ; le taux de prévalence du sida est l'un des plus faibles au monde (1,2/1000 habitants) ; les maladies les plus létales sont, comme dans les pays riches, les cancers et les pathologies cardiovasculaires (OMS, 2007). En outre, le système est valorisé pour sa couverture territoriale – les structures de santé primaires quadrillent 97 % du territoire –, sa densité de médecins (59 pour 10 000 habitants, le taux le plus élevé au monde) et sa promotion du « droit à la santé pour tous » dans l'esprit de la Déclaration d'Alma-Ata (Brotherton, 2012). (2) *Les programmes internationalistes*. Depuis ses interventions au Chili et en Algérie au début des années 1960, le gouvernement révolutionnaire a déployé des brigades médicales dans plus de 107 pays en Amérique du Sud, en Afrique et en Asie, mobilisant quelque 130 000 professionnels de la santé œuvrant au développement sanitaire local (Feinsilver, 2013). En abandonnant la lutte armée pour diffuser la Révolution au profit des programmes d'aide humanitaire et de coopération médicale, le modèle de « diplomatie médicale » cubain, forme de « *soft power* », est plébiscité par sa capacité à générer des progrès sanitaires

ainsi que des collaborations politiques et économiques, comme dans le cadre de l'accord avec le Venezuela « docteurs contre pétrole » (*Idem*). (3) *La recherche biomédicale*. Pionniers dans la recherche sur les interférons et l'immunothérapie depuis le début des années 1980, les laboratoires cubains ont développé des biotechnologies innovantes – cytotostatiques et vaccins – dont certaines ont été commercialisées sur le marché global depuis les années 2000 (cf. p. 14 pour plus de détails). Aussi, l'industrie pharmaceutique cubaine produit de nombreux médicaments génériques permettant de couvrir 90 % des besoins domestiques et constitue l'un des axes principaux du développement économique depuis les années 1990 (Cárdenas, 2009).

En appuyant le développement de ces trois domaines-clés du modèle sanitaire cubain, les activités de Medicuba s'intègrent au projet de modernisation au cœur de la Révolution cubaine. Depuis ses débuts, celui-ci est porté par deux visions du développement, l'une nationaliste, visant à l'indépendance politique et économique du pays (en particulier par rapport à l'économie sucrière), l'autre socialiste, basée sur les principes marxistes-léninistes de planification et de propriété collective des moyens de production (Leogrande, Thomas, 2002 ; Reid-Henry, 2010). Bien que ces deux visions se rejoignent dans le projet de modernisation de la nation, elles entrent en tension quant à leur conception de l'économie et de l'ordre social. Depuis la Période spéciale, le gouvernement révolutionnaire a adopté des réformes « pragmatiques » intensifiant les logiques de marché en favorisant les investissements étrangers et la constitution de petites entreprises privées. Ces politiques ont entraîné un processus de « dollarisation » de l'économie cubaine, augmentant les inégalités sociales entre ceux qui ont accès aux dollars et ceux qui ne l'ont pas (Leogrande, Thomas, 2002). Le secteur de la santé a également été soumis aux objectifs de croissance économique par la mise en place d'une offre de services de santé à destination des étrangers et la commercialisation de biotechnologies sur le marché global (Brotherton, 2012).

À partir d'une monographie de Medicuba, cette étude analyse la portée politique de ses actions de manière à les positionner dans le champ protéiforme de l'aide internationale en faveur de la santé globale. Nous nous inscrivons dans le domaine de l'« anthropologie de la santé globale » qui s'intéresse notamment aux circulations globales des technologies biomédicales et aux reconfigurations des politiques de développement sanitaire dans le contexte post-Guerre froide (Janes, Corbett, 2009 ; Nguyen, 2012). Initialement élaboré par les experts de la sécurité sanitaire américaine, le champ de la santé globale a tout d'abord été investi par les agences internationales de l'aide au développement qui, préoccupées par les risques posés par les épidémies sur les populations des pays développés, ont mis en œuvre des programmes ciblant des maladies infectieuses telles que le VIH/SIDA ou la tuberculose (Lakoff, 2010). Ensuite, plusieurs ONG et organisations philanthropiques, revendiquant le vocable « humanitaire » ainsi

qu'un idéal de « neutralité politique », ont réalisé des projets visant à secourir les populations des pays pauvres menacées par des situations de « crises » (Redfield, 2013). Bien que différents par leur portée politique, ces « régimes de la santé globale » – l'aide humanitaire, le développement et la biosécurité – se rejoignent par leurs pratiques axées sur des programmes « verticaux » portant sur des aides « techniques » réalisées indépendamment des institutions locales (Lakoff, 2010). Sous l'influence de la Banque mondiale et du FMI, ces régimes d'aide tendent à diminuer la gouvernance publique au profit des logiques de marché (Janes, Corbett, 2009). Cela a particulièrement été le cas dans les pays de l'ex-URSS où des agences internationales de développement sanitaire ont favorisé la transition vers le capitalisme (Atlani-Duault, 2009).

Comme nous le verrons, les activités de Medicuba oscillent entre les régimes du développement et de l'humanitaire tout en s'en distinguant nettement en adhérant à une vision internationaliste du développement sanitaire. L'ONG œuvre au maintien des acquis du socialisme en matière de santé publique, tout en renforçant l'intégration du pays dans le marché global. Finalement, nous discuterons une tension entre l'internationalisme médical (Huish, 2013) et le pragmatisme des politiques cubaines dans le contexte de la Période spéciale.

AUX SOURCES DE MEDICUBA : RÉSEAUX INTERNATIONALISTES ET CRISE DE LA PÉRIODE SPÉCIALE

Medicuba a été créée en 1992 à Zurich par des médecins suisses appartenant pour la plupart à la même génération et s'étant rencontrés dans le cadre de leurs études, ainsi qu'au sein de mouvements antimilitaristes suisses (s'opposant particulièrement à la Guerre du Vietnam) et de réseaux marxistes gravitant autour du Parti du travail suisse (d'inspiration communiste). Plus précisément, préoccupés par l'avenir de la Révolution cubaine au moment de l'effondrement du bloc soviétique, deux groupes de médecins se sont réunis à Zurich : d'un côté des psychanalystes marxistes nourrissant des échanges intellectuels avec des confrères cubains, de l'autre des somaticiens ayant collaboré avec des médecins cubains au cours de leurs engagements personnels en faveur des révolutions en Amérique centrale. Proches de l'Association des médecins progressistes de Suisse, promouvant une vision socialiste de la médecine à travers la lutte globale contre les inégalités de santé (Morabia, 1983), ces médecins se sont engagés en faveur de Cuba en mobilisant leurs contacts directs avec des confrères cubains. Je vais développer le contexte de cette « rencontre » au Nicaragua, car elle constitue assurément le terreau de l'internationalisme de Medicuba.

Le régime castriste a appuyé matériellement et militairement les mouvements révolutionnaires en Amérique latine, en particulier au Nicaragua, en soutenant le Front sandiniste (FSLN) dans sa volonté d'émanciper le pays de la dictature de

Somoza et du joug étasunien (Prevost, 1990). Après la révolution en 1979, l'aide cubaine s'est concentrée sur le développement économique et social du pays selon le modèle socialiste (*Idem*). Concrètement, le régime castriste a envoyé quelque 2 000 enseignants afin de réaliser des campagnes d'alphabétisation et plus de 1 500 médecins chargés de mettre en place un système de santé publique national (*Ibid.*). Suite aux attaques des contre-révolutionnaires et à l'invasion des îles de la Grenade par les États-Unis en 1983, le FSLN lance un appel à la solidarité en Europe (Markham, 1986). Plusieurs milliers de jeunes Européens mus par des valeurs « anti-impérialistes » s'engagent ainsi au sein de « brigades » destinées à appuyer le développement du pays. C'est dans ce contexte que les trois médecins suisses, futurs initiateurs de Medicuba, rejoignent le Nicaragua et travaillent volontairement dans les hôpitaux du pays aux côtés des médecins cubains rattachés aux brigades internationalistes. Les professionnels suisses ont ainsi établi des liens d'amitié avec leurs « confrères cubains »² et ont vécu la « solidarité internationaliste ». Aussi, en 1985, au moment où les États-Unis établissent un embargo économique sur le Nicaragua menaçant les avancées sociales et sanitaires, l'un des trois médecins suisses, oncologue tessinois de renom, crée l'AMCA (Associazione di aiuto medico al Centro America) dans le but d'intensifier l'aide au développement médical au Nicaragua, ainsi qu'au Salvador – où Cuba a aussi appuyé des mouvements révolutionnaires. De par sa portée politique – solidarité envers un pouvoir révolutionnaire, lutte contre les effets de l'embargo étasunien, – et sa stratégie d'action – renforcement de la santé publique –, l'association tessinoise³ préfigure Medicuba. L'internationalisme cubain, en particulier dans son versant médical, représente donc une référence fondatrice de l'ONG, qui va se trouver elle-même en position de dispenser une aide à Cuba.

Medicuba s'est constituée en 1992 en Suisse, dans le contexte d'« état d'urgence » qui a caractérisé la Période spéciale. Un rapport de l'American Association for World Health (AAWH, 1997) indique qu'entre 1989 et 1993, suite à la disparition des subsides provenant de l'URSS, les budgets du gouvernement cubains alloués à l'alimentation et à la santé avaient été réduits de près de 50 %, engendrant une forte malnutrition et faisant légèrement baisser les indicateurs sanitaires de la population. Ce rapport souligne aussi la faillite des programmes humanitaires soutenus par les États-Unis. La loi Toricelli prévoit une clause spéciale autorisant les « dons humanitaires » américains (nourriture et médicaments) mais à condition que ceux-ci soient uniquement gérés par des ONG homologuées auprès de l'administration étasunienne (*Idem*, pp. 281-290). L'aide d'ONG américaines s'est élevée à près de 120 millions de dollars, mais ces programmes, mis en œuvre indépendamment

2. Les propos des enquêtés seront entre guillemets.

3. L'AMCA, devenue membre associée de Medicuba, contribue substantiellement au fonctionnement de cette dernière tout en continuant à développer des projets autonomes en Amérique centrale.

du gouvernement et des institutions sanitaires cubains, se sont avérés inadaptés aux besoins locaux (*Ibid.*). Par ailleurs, les restrictions drastiques imposées sur le transport maritime par la loi Toricelli ont conduit à des interruptions de liaisons et à une hausse de près de 400 % du prix du fret en direction de Cuba, paralysant l'ensemble des initiatives d'aide (*Ibid.*). Ainsi, de nombreuses ONG européennes et organisations internationales – notamment la Croix rouge, Médecins sans frontières, Oxfam, l'Unicef, le Programme alimentaire mondial – ont vu leurs projets péricliter (*Ibid.*, pp. 287-289). Aux difficultés de transport s'ajoutent également les sanctions économiques à l'endroit des organisations bénéficiant de subsides du gouvernement américain ; non homologuées, celles-ci voient leurs subsides diminuer proportionnellement à leurs budgets alloués à Cuba (*Ibid.*).

Les projets de Medicuba se sont dès l'origine concentrés sur l'approvisionnement en matériel médical rendu inaccessible par le blocus. À l'inverse des initiatives « humanitaires » promues par les États-Unis, l'aide de Medicuba s'est établie en partenariat avec les acteurs de la santé cubains. C'est à partir d'une relation de confiance, puisant ses sources dans l'expérience internationaliste au Nicaragua, que les projets de l'ONG ont pu se mettre en œuvre efficacement en s'adaptant aux besoins locaux. L'ONG est progressivement devenue un partenaire privilégié du ministère de la Santé publique (MINSAP) et, en 1996, a élaboré un projet de grande ampleur portant sur l'approvisionnement en matières premières pour l'industrie pharmaceutique. Cette initiative, la plus importante de l'histoire de l'ONG en termes de durée (plus de 15 ans) et de financement (plus de 10 millions d'euros), a rapidement dépassé ses moyens, conduisant ses responsables à mobiliser d'autres réseaux de solidarité avec Cuba à travers l'Europe. Comme ce fut le cas en Suisse, ces réseaux – particulièrement implantés en France, en Italie et en Espagne – étaient rattachés au Parti communiste et aux associations de solidarité avec l'Amérique latine. Medicuba-Europe a ainsi été créée en 1997 et est aujourd'hui présente dans douze pays européens à travers des associations locales qui, outre le projet commun des matières premières, mettent en œuvre des projets indépendants. La présente étude porte principalement sur les activités de Medicuba-Suisse, qui demeure aujourd'hui l'association centrale du réseau.

CRÉER DES BRÈCHES DANS LE BLOCUS : DISCOURS MILITANTS ET PRATIQUES DE CONTOURNEMENT

Suite au resserrement extraterritorial du blocus avec la loi Helms-Burton en 1996, les discours de Medicuba se sont aiguisés : il s'est agi de trouver les moyens de « contourner », de « casser » et de « créer des brèches dans le blocus ». Ces slogans offensifs sont associés à des discours de compassion à l'égard des Cubains « victimes » des effets de l'embargo, menacés dans leur santé par la diminution des ressources médicales. Dans une lettre aux membres de Medicuba (2004),

un médecin cubain coordonnant les activités de l'ONG écrit : « Le blocus [est prévu] pour nous affamer et nous laisser mourir d'épidémies ». La finalité des projets de Medicuba est ainsi présentée comme humanitaire, au sens d'une éthique mue par la compassion à l'égard des êtres souffrants et la valeur de la vie en tant que telle (Fassin, 2010). Autrement dit, l'engagement politique de Medicuba est subordonné à sa visée éthique : il faut combattre le blocus, symbole de l'impérialisme étasunien, car celui-ci met en péril des vies humaines. Soulignons aussi qu'aucun document public de l'ONG ne met en avant un attachement explicite au socialisme cubain ; ni expressions marxistes, ni citations des leaders révolutionnaires n'y figurent. Seuls les principes de la « solidarité » et de la justice sociale autour du « droit à la santé pour tous » dessinent les lignes politiques du réseau. En faisant prédominer les valeurs humanitaires sur la solidarité politique, les discours de Medicuba peuvent s'inscrire dans un large mouvement de contestation du blocus, particulièrement développé aux États-Unis à travers des associations à coloration religieuse telles que Pastors for Peace (Colonos, 2000). Cela permet aussi à l'ONG de rassembler de nombreuses personnes autour de sa cause et de faciliter la quête de financement.

Toujours est-il que les activités de l'ONG dépassent largement la croisade morale contre le blocus et que c'est sans doute *en pratique* que celles-ci révèlent leur originalité. Dans un premier temps, des instruments médicaux et des pièces de rechange ont été fournis. La loi Toricelli a conduit de nombreuses firmes non-étasuniennes implantées sur le marché cubain, telles que Toshiba et Philips, à interrompre brusquement toute relation avec le pays, y compris pour l'approvisionnement en pièces de rechange, laissant de nombreux hôpitaux dépourvus d'équipements en état de marche (Castro, 2009). Afin d'acheminer le matériel demandé, les médecins de Medicuba se sont appuyés sur le dispositif de contournement suivant : ils l'ont acheté en Suisse au nom d'un hôpital ou d'une Fondation, pour ensuite le transporter dans des valises à Cuba. Il s'agissait là d'aides ponctuelles, requérant des ressources faibles et des moyens rudimentaires de livraison, permettant à des professionnels cubains de faire face à des pénuries momentanées.

Entamé en 1997, le vaste projet de Medicuba-Europe, nommé « Des matières premières pour l'industrie pharmaceutique cubaine », a nécessité des ressources financières considérables. Cette initiative a véritablement consisté à redresser l'industrie pharmaceutique cubaine, domaine-clé du développement socialiste du pays à partir des années 1980, permettant la fabrication de médicaments gratuits (pour ceux à usages hospitaliers) couvrant 80 % des besoins de la population et faisant office de biens d'exportation dans les pays du Sud (Feinsilver, 1993). Afin d'affaiblir l'économie du pays, les lois de l'embargo ont spécifiquement ciblé cette industrie. Conséquemment, l'Agence cubaine des médicaments a été contrainte de s'approvisionner en matières premières essentiellement auprès de revendeurs asiatiques. Cela a engendré une démultiplication globale des coûts

en raison de la cherté des prix pratiqués par ces revendeurs – par rapport aux prix des fabricants officiels⁴ –, des coûts exorbitants du fret et des taxes douanières. Entre 1991 et 1995, la pénurie des matières premières pharmaceutiques a provoqué une diminution d'un tiers des médicaments en circulation à Cuba (AAWH, 1997, pp. 111-117).

Concrètement, le rôle de l'ONG dans ce projet a consisté à fournir les moyens financiers nécessaires à l'achat des produits, ainsi qu'à mettre en place des circuits commerciaux alternatifs permettant le contournement du blocus. Certains de ces circuits de substitution existaient déjà avant l'intervention de l'ONG. En effet, l'Agence cubaine des médicaments était en relation avec une firme allemande, spécialisée dans le commerce avec l'Amérique latine et solidaire avec le régime castriste, qui jouait un rôle de courtier en se chargeant des transactions auprès des fabricants et du transport des produits. Assumant un risque important en camouflant le client réel – Cuba –, ce courtier allemand n'a pas manqué de subir directement les sanctions de l'embargo en voyant des transactions financières bloquées par les institutions financières internationales – également soumises à l'embargo (voir *Idem*, p. 4). En somme, Medicuba a joué un double rôle dans le contournement du blocus : (1) Faire office d'intermédiaire additionnel, intercalé entre l'Agence cubaine des médicaments et le courtier allemand. Plus précisément, l'ONG a effectué la commande auprès de l'entreprise allemande au nom d'une Fondation ou d'une institution n'ayant aucun lien avec Cuba, permettant ainsi au courtier allemand d'amplifier le camouflage auprès du vendeur officiel. (2) Devenir bailleur principal pour le financement des matières premières. Cette stratégie a généré des économies substantielles pour le gouvernement : la fabrication domestique des médicaments permet la réduction des prix d'un facteur de quatre par rapport à l'importation.

En définitive, le contournement de l'embargo s'opère selon différentes stratégies – transport rudimentaire de matériel bloqué, mise en place de circuits de substitution, financement direct de technologies. Entre 1998 et 2012, Medicuba estime que son aide a permis la production d'une quantité de médicaments couvrant environ 60 % des besoins hospitaliers du pays. En agissant sur un point précis du système, l'approvisionnement en technologies manquantes, Medicuba a contribué à « restaurer » les caractéristiques intrinsèques du système socialiste – fabrication domestique de médicaments gratuits couvrant les besoins de la population et propriétés publiques des moyens de production. *En pratique*, la visée humanitaire des activités de l'ONG est ainsi arrimée à une aide avant tout structurelle, cherchant à résoudre la crise de la Période spéciale par la sauvegarde des dimensions socialistes du système de santé.

4. Précisons que les revendeurs sont distincts des fabricants officiels qui eux, bien que réalisant principalement les activités de production en Asie, sont rattachés à des firmes occidentales (ANP, 2011). À la différence des revendeurs « officieux », les fabricants sont donc concernés par l'embargo.

AIDE AU DÉVELOPPEMENT DU « MODÈLE CUBAIN »

Au début des années 2000, suite au redressement progressif de l'économie du pays et à la remise à flot de ses institutions sanitaires, les projets de l'ONG se sont réorientés vers le « développement » de la santé publique et la recherche biomédicale. Le régime d'aide diffère de celui présenté précédemment, car il ne s'agit plus là de « restaurer » le système, mais de générer des progrès et des innovations. En ce sens, ce soutien s'inscrit pleinement dans le projet modernisateur de la Révolution, construit autour de l'idée qu'un pays du Tiers monde peut se développer de façon autonome, selon des principes socialistes, et générer des progrès scientifiques et médicaux (Feinsilver, 1993). Le développement sanitaire du pays constitue ainsi un « capital symbolique », permettant à Cuba de disposer d'un prestige international, susceptible d'être converti en biens matériels – aide internationale, accords commerciaux, etc. (*Idem*). Il s'agit ici de comprendre comment Medicuba contribue à renforcer ce capital symbolique en activant des circulations de technologies et de connaissances.

Les projets de Medicuba-Suisse s'intègrent prioritairement dans les thématiques suivantes : l'oncologie, la pédiatrie, la psychothérapie, la médecine préventive et la formation médicale. Ces thèmes ont été définis en fonction des orientations voulues par le MINSAP, en tenant compte des compétences professionnelles des médecins de l'ONG. En principe, les projets soutenus doivent répondre à trois critères principaux : (1) consister en des « projets-pilotes à effet multiplicateur » ; (2) faire preuve d'une « utilité clinique immédiate » ; (3) l'idée de base et l'« intention première » doivent émaner de médecins cubains. Le premier critère s'inscrit dans la ligne de l'aide au développement : il s'agit de transférer des savoirs et des technologies inexistantes dans le pays de façon à ce qu'ils s'intègrent au système de santé dans son ensemble. Cette stratégie met à profit la structure à la fois centralisée et régionalisée du système de santé cubain, permettant de « canaliser » l'aide sur tout le territoire. Le second critère renvoie à une préoccupation humanitaire mue par la compassion à l'égard des patients cubains. D'après les enquêtés, cette orientation constitue un argument important pour convaincre les donateurs (Medicuba-Suisse est financée à hauteur de 30 % par des fonds publics, le restant du budget provenant de dons privés). Enfin, le troisième critère s'inscrit dans la continuité de l'attitude promue depuis les premières initiatives de Medicuba, consistant à apporter une aide en fonction des demandes de médecins confrontés à des problèmes précis, que les acteurs de l'ONG auront rencontrés personnellement. Cela vise à éviter des détournements de l'aide et à s'assurer que celle-ci répond à une demande locale et non à un objectif bureaucratique. Concrètement, les propositions de projets sont adressées au comité de Medicuba par l'intermédiaire d'un organe du MINSAP et, à la demande expresse de l'ONG, ils doivent être rédigés sous une « forme scientifique », précisant clairement les objectifs à atteindre, formulant

des hypothèses et estimant les ressources nécessaires. Il est très rare que des projets soient refusés, mais il arrive que l'ONG propose des modifications si ceux-ci ne répondent pas aux critères présentés plus haut. Je vais brièvement présenter quelques projets-pilotes de grande ampleur de l'ONG dans les domaines de l'oncologie, de la prévention du VIH et de la formation médicale.

Oncologie

L'oncologie est devenue le domaine mobilisant le plus de ressources de Medicuba, de manière à appuyer le vaste programme national de lutte contre le cancer (PICC) mis en place en 2006, prenant acte de l'augmentation de l'incidence de la maladie, en passe de devenir la première cause de mortalité du pays (Romero, 2009). Avec l'aide spécifique du cancérologue de Medicuba, le PICC a été élaboré selon les principes « systémiques » promus par l'OMS en 2005, qui reposent sur la coordination au niveau national de tous les dispositifs oncologiques de manière à pouvoir améliorer leur efficacité. L'objectif est de diminuer d'au moins 15 % le taux de mortalité du cancer d'ici 2015. La création de l'Observatoire national du cancer et la modernisation du registre national du cancer ont été appuyées par Medicuba. Ces dispositifs, développés selon les standards internationaux les plus élevés, devraient permettre d'améliorer la prise en charge thérapeutique de l'ensemble de la population. Par manque d'outils efficaces de dépistage et de diagnostic, il a été mis en évidence que de nombreux traitements et interventions chirurgicales étaient inadaptés, engendrant des effets iatrogènes. Par ailleurs, un autre projet-pilote, portant sur le développement de la médecine palliative à Cuba, a été lancé. Ce programme s'est avéré peu onéreux, voire générateur d'économies, dans la mesure où des hôpitaux ont pu être désengorgés et que l'embauche de spécialistes locaux coûte peu chère⁵. Ces projets ont bénéficié de financements de la Ligue suisse contre le cancer.

VIH/sida

Ce thème est devenu prioritaire en raison de l'augmentation continue des taux d'infection – ceux-ci demeurent néanmoins parmi les plus faibles au monde (0,12 %). À plus forte raison, ce projet-pilote s'inscrit dans le prolongement des nouvelles politiques mises en place à la fin des années 1990 visant à supplanter le programme initial de mise en quarantaine des malades du sida dans des sanatoriums, qui avait suscité des réactions d'indignation sur le plan international (Brotherton, 2012, pp. 134-137). Concrètement, le soutien financier et logistique de Medicuba porte sur la campagne nationale de prévention, comprenant la diffusion d'affiches, de contraceptifs, et le travail

5. Medicuba, 2005, Bulletin n° 15, septembre,
<http://www.medicuba.ch/images/stories/bulletins/bulletin%20no%2015%20septembre%202005%20.pdf>

de promotion de la santé réalisé par des centaines de bénévoles atteints de la maladie. Cette initiative de l'ONG est rattachée à un programme global mis en œuvre par ONUSIDA et financé par le Fonds mondial de lutte contre le sida, le paludisme et la tuberculose, ainsi que le gouvernement suisse. C'est en réalité ONUSIDA qui a proposé à l'ONG de réaliser et de co-financer ce projet afin que les dispositifs cubains constituent un « modèle » sur le plan international. En changeant diamétralement ses politiques à l'endroit de l'épidémie du VIH, par l'introduction des normes et des valeurs promues par les instances de la santé globale, Cuba a ainsi réussi à cumuler des aides et à renforcer le crédit dont dispose son système de santé sur la scène internationale.

Formation et recherches collaboratives

Les conférences et stages de formation organisés par les médecins associés à l'ONG portent sur l'enseignement de techniques médicales et l'acquisition des compétences nécessaires à l'utilisation des technologies fournies. Sur ce dernier point, il faut préciser que l'embargo empêche l'accès des médecins cubains à l'information scientifique américaine (concentrant la majorité des connaissances médicales innovantes). Ainsi, lors de leur voyage à Cuba, les membres de l'ONG diffusent largement des articles scientifiques enregistrés sur des supports informatiques. Medicuba encourage la formation de « réseaux de savoir », d'un « espace durable » où des médecins et « méthodologues » (*sic*) occidentaux et cubains circulent, multipliant ainsi les ressources scientifiques et technologiques permettant de développer l'innovation à Cuba. Non seulement des spécialistes européens se rendent sur l'île (affiliés à Medicuba ou désireux de partager leurs connaissances), mais des médecins cubains séjournent régulièrement en Europe (surtout en Suisse) pour effectuer des stages de formation au sein d'instituts de recherche et d'hôpitaux. L'aide au développement apportée par Medicuba s'apparente à une véritable collaboration scientifique, liée aux échanges directs entre les spécialistes. De plus en plus de projets sont établis pour aboutir à des retombées multilatérales, susceptibles de bénéficier autant aux médecins cubains que suisses. En effet, le système de santé cubain, centralisé et universel, quadrillant l'ensemble du territoire, relié à un dispositif de surveillance sanitaire hautement développé, permet la réalisation de recherches cliniques impossibles dans la plupart des pays occidentaux (Lage, 2008). Par exemple, dans les domaines de l'oncologie et de l'endocrinologie pédiatrique, Cuba possède des registres nationaux permettant de mieux définir les pratiques de dépistage et de traitement. En Suisse, ces structures sont inexistantes ou peu développées, car il ne s'agit pas, pour reprendre les mots d'un endocrinologue affilié à l'ONG, d'un « système public centralisé » à l'image du système cubain, loin s'en faut, mais d'un système « décentralisé avec pénétration privée importante ».

SOUTIEN À L'INTERNATIONALISME CUBAIN ET DÉVELOPPEMENT PHARMACEUTIQUE

Depuis 2004, plusieurs initiatives soutenues au niveau du réseau Medicuba-Europe ont apporté un soutien à l'internationalisme médical cubain. Dans le domaine de l'aide d'urgence, l'ONG a apporté un soutien matériel aux brigades cubaines mobilisées lors du séisme qui a dévasté Haïti en 2010. Le réseau Medicuba-Europe soutient le développement de l'un des symboles de l'internationalisme cubain, l'École latino-américaine de médecine (ELAM), en finançant certains équipements techniques et les supports de cours. L'un des objectifs de cette école est de lutter contre la « fuite des cerveaux » dans les pays du Sud en dispensant une formation médicale de haut niveau à des étudiants issus de milieux défavorisés dans le monde entier, reposant sur les valeurs socialistes de non-enrichissement personnel et de « responsabilité communautaire » (Huish, Kirk, 2007). Ces initiatives de Medicuba ont une visée globale, car celles-ci ne bénéficient plus seulement aux patients cubains, mais, par l'intermédiaire des brigades cubaines, aux populations des pays pauvres. Un autre projet central de Medicuba témoigne de cette globalisation de l'aide et permet de préciser certaines tensions qui s'y logent : le soutien à la fabrication des médicaments destinés à l'exportation.

Parallèlement à l'acheminement de matières premières pharmaceutiques, le réseau Medicuba a apporté un soutien massif à la modernisation des capacités industrielles et des équipements de recherche cubains. Les projets suivants ont, entre autre, été dans ce sens : l'achat de réactifs (40 tonnes), le financement de la rénovation d'un centre de production de médicaments et, surtout, le soutien financier et scientifique pour la construction d'une usine de production de cytostatiques à La Havane. Cette aide de l'ONG a une finalité explicitement politique en s'attaquant aux brevets pharmaceutiques ; ainsi le président de Medicuba-Europe écrit-il : « Face à la spéculation des grandes corporations pharmaceutiques qui pénalisent les peuples les plus défavorisés en faisant payer des prix très élevés pour ses médicaments couverts par des brevets, Medicuba-Europa promeut la recherche et le développement de médicaments génériques, dans le seul pays au monde où cela est possible, et le seul qui, de plus, partage solidairement ses résultats avec les pays appauvris : Cuba » (Brochure 10 ans de Medicuba-Europe, 2007, p. 22 ; ma traduction). En soutenant l'industrie pharmaceutique cubaine, Medicuba s'inscrit à sa façon dans le mouvement global de résistance à l'égard des Accords sur la propriété intellectuelle (ADPIC) défendant en particulier un droit à la mise en place de licences obligatoires pour « raison de santé publique » afin de produire des médicaments génériques (Cassier, Correa, 2010). Particulièrement actifs en Inde et au Brésil, ces mouvements sont appuyés par des ONG médicales et font valoir un « droit à la santé » à travers des campagnes publiques et des actions juridiques

(*Idem*). Aussi, un consortium de pays – incluant Cuba ainsi que, notamment, la Chine le Brésil, l'Inde, la Russie, le Nigeria et l'Afrique du Sud – s'est formé autour de cette cause, défendant plus largement une « approche critique » des brevets afin que ceux-ci ne portent pas atteinte à la santé des populations (Castro, Westerhaus, 2007). Le soutien de Medicuba renforce ainsi l'engagement de Cuba en faveur de la santé dans les pays du Sud où de nombreux médicaments cubains sont exportés, gratuitement ou en échange de biens matériels, dans le cadre de « collaborations médicales » engagées, par exemple avec le Venezuela et les pays de l'ALBA (Feinsilver, 2013).

Cependant, Cuba s'efforce également de mettre au point des produits biotechnologiques destinés à être commercialisés sur le marché pharmaceutique mondial. Le pays a adopté les ADPIC selon ce que S. Reid-Henry (2010) désigne comme une « stratégie marginale », consistant en une intégration partielle de ces réglementations. Comment cela est-il possible ? En vertu du droit international, l'embargo ne pouvait empêcher Cuba d'intégrer l'OMC, et le pays en est devenu membre en 1995 en adhérant dans la foulée aux ADPIC. Or les deux dispositifs de régulation – l'embargo et les ADPIC – sont incompatibles entre eux, produisant une « faille législative » dont Cuba a tiré parti afin de conserver un dispositif « non-capitaliste de propriété intellectuelle » pour ce qui concerne les produits qui ne sont pas destinés à être commercialisés sur le marché global (*Idem*, pp. 118-128). Par conséquent, Cuba peut être actif dans la globalisation capitaliste et à ses marges, en commercialisant des médicaments sous brevet sur le marché global – par l'intermédiaire de *joint-venture* – et des médicaments génériques dans les pays « non-alignés » s'opposant aux accords de l'OMC. En Europe et au Canada, Cuba commercialise, depuis le début des années 2000, des cytostatiques et un vaccin contre la méningite B – par l'intermédiaire de firmes canadiennes et de la multinationale britannique GlaxoSmithKline (Cárdenas, 2009). En 2004, un accord a été établi avec une firme californienne pour développer et commercialiser des biotechnologies anticancéreuses sous brevet cubain. Une exemption à l'embargo a été obtenue en raison du potentiel de ces médicaments en termes de « vies sauvées » (Reid-Henry, 2010, p. 156). Cuba a établi plusieurs accords, avec des pays contestant les ADPIC comme le Brésil, l'Inde, la Chine, le Mexique et l'Afrique du Sud, portant sur la vente de biotechnologies « *open source* », notamment des médicaments pour le traitement des cancers et du VIH/SIDA (*Idem*).

Cela peut paraître paradoxal : Medicuba appuie également le développement de produits destinés à être brevetés et vendus aux « pays riches », à travers des transferts de technologies et de méthodes de standardisation des études cliniques. Selon les mots de l'oncologue de Medicuba, personnellement impliqué dans ce projet, il s'agit de faire en sorte que les produits cubains puissent « être acceptés sur le marché [en améliorant la] démonstration de l'activité clinique ». Pour les

responsables de l'ONG, cette intégration partielle à l'économie de marché permet au gouvernement de tirer des revenus importants et, en retour, de financer le système de santé national et d'entretenir ses activités internationalistes. De plus, la reconnaissance internationale de l'efficacité des thérapeutiques cubaines est renforcée par leur commercialisation sur le marché occidental.

CONCLUSION : AIDE INTERNATIONALISTE ET SANTÉ GLOBALE

Dans une récente interview⁶, le président de Medicuba-Suisse soutient que les activités du réseau s'inscrivent dans une « vision internationaliste » visant à « renverser la globalisation en faveur de la population ». Ainsi, les technologies médicales, les compétences des acteurs de l'ONG et les soutiens financiers publics et privés, sont mobilisés en faveur d'un modèle de santé publique alternatif, reposant sur le droit à « la santé pour tous (...) au-delà des frontières nationales ». Ancré dans la tradition marxiste et l'anti-impérialisme de Che Guevara, la notion d'internationalisme médical renvoie à une idée du développement sanitaire des pays du « Tiers monde » calquée sur le modèle révolutionnaire cubain, basé sur la mise en place d'un système de santé publique gratuit, accessible de façon égalitaire et centré sur la médecine préventive et communautaire, et relié à une industrie pharmaceutique étatique (Brotherton, 2012 ; Huish, 2013). Bien que les activités de Medicuba se déroulent uniquement à Cuba, leur portée est globale : la collaboration Nord-Sud est destinée à multiplier les échanges Sud-Sud permettant le développement de la santé publique selon le modèle cubain.

Notre étude nous permet de montrer que l'aide de Medicuba repose sur des formes de réappropriations des normes et valeurs des régimes de la santé globale à la faveur du modèle sanitaire cubain. Ainsi, les activités d'aide au développement – centrées sur la recherche d'efficacité économique, l'innovation technologique et le renforcement de la santé publique – visent à préserver les caractéristiques socialistes du système de santé publique et de l'industrie pharmaceutique cubaine. De la même manière, les valeurs humanitaires sont arrimées à la lutte politique contre l'embargo et la critique des brevets pharmaceutiques, car ces dispositifs mettent en péril des vies, en particulier dans les pays du Sud. Sous cet angle, Medicuba semble rejoindre des ONG humanitaires telles que Médecins sans frontières (MSF) qui ont également milité activement contre les ADPIC (Redfield, 2013). Assurément, Medicuba se rattache aux mouvements globaux de contestation des structures de la globalisation capitaliste qui renforcent les inégalités globales de santé. Toutefois, en pratique, l'aide de Medicuba se distingue nettement du régime de l'« humanitaire biomédical » (Lakoff, 2010)

6. E-Changer, 2012, « Une coopération solidaire basée sur l'échange », 29 septembre, http://www.humanitaire.ws/plus_info.php?idnews=1513

car ses initiatives sont mises en œuvre en collaboration étroite avec les acteurs de la santé locaux de manière à appuyer le modèle de développement sanitaire socialiste.

Le modèle d'aide de Medicuba, indissociable d'une solidarité internationaliste avec le gouvernement révolutionnaire, tend cependant à dissimuler les effets du pragmatisme des politiques post-soviétiques cubaines. Une tendance à la « marchandisation des acquis de la Révolution » semble à l'œuvre (Brotherton, 2012 ; Feinsilver, 2013) : les échanges de médecins contre du pétrole, le commerce des médicaments sur le marché global, le développement du tourisme médical sont autant de dynamiques qui intensifient l'économie du marché et, partant, creusent les inégalités sociales et sanitaires. Aussi, la multiplication des « programmes internationalistes » a été accompagnée d'une diminution du nombre de médecins à Cuba et d'une centralisation des services de santé nationaux, engendrant une grande frustration au sein de la population habituée à une médecine de proximité (*Idem.*). La quête d'indépendance économique, au centre du projet nationaliste de la Révolution cubaine, semble avoir pris le pas sur la ferveur socialiste (Leogrande, Thomas, 2002). Depuis les années 2000, Medicuba mobilise de plus en plus de ressources dans le domaine de la recherche biomédicale en vue d'aider Cuba à commercialiser des médicaments brevetés sur le marché global. Les activités de l'ONG semblent s'être ainsi recentrées sur le développement de la « stratégie marginale » de Cuba qui permet au pays de s'insérer dans la globalisation capitaliste tout en créant des espaces de résistance, comme cela est le cas du consortium des pays remettant en question les ADPIC. L'internationalisme médical de l'ONG est traversé par la tension au cœur du projet modernisateur cubain, entre l'idéologie indépendantiste centrée sur le renforcement de la nation et le socialisme porté vers la lutte contre l'exploitation au niveau mondial. Cette incertitude idéologique dans les activités de l'ONG tient sans doute au fait que celle-ci épouse les options définies par le gouvernement cubain en promouvant une attitude consistant à « se mettre à disposition des médecins cubains ». Cela pose le problème plus général du positionnement des ONG par rapport aux pouvoirs publics et aux idéologies politiques, en particulier dans le cas de Cuba. MSF a cessé toute activités à Cuba en 2001, car ses projets ne pouvaient se déployer de façon autonome, indépendamment des institutions locales et nationales⁷. La défiance par rapport aux pouvoirs publics, se traduisant par la réalisation de projets « verticaux » s'opposant au développement sanitaire communautaire, tend à affaiblir les systèmes de santé publique (Janes, Corbett, 2009). À l'inverse, une collaboration trop étroite avec les gouvernements peut conduire à occulter certaines défaillances du système sanitaire et la réalité plus générale des pratiques médicales, en particulier les expériences vécues par les subjectivités.

7. Site internet de Médecins sans frontières, « Cuba: MSF Closes its Missions on the Island », <http://www.msf.org/article/cuba-msf-closes-its-missions-island>

- AAWH, 1997, « The Impact of the U.S. Embargo on Health & Nutrition in Cuba », *Report from the American Association for World Health (AAWH)*, mars.
- ANP, 2011, « Matières premières pharmaceutiques, mondialisation et santé publique », *Recommandations de l'Académie nationale de pharmacie*, Conseil du 22 juin 2011.
- Atlani-Duault L., 2009, *Au bonheur des autres, Anthropologie de l'aide humanitaire*, Paris, Armand Colin.
- Brotherton P. S., 2012, *Revolutionary Medicine. Health and The Body in Post-Soviet Cuba*, Durham, Duke University Press.
- Cárdenas A., 2009, « The Cuban Biotechnology Industry: Innovation and Universal Health Care », *Working Paper*, University of Bremen.
- Cassier M., Correa M., 2010, « Brevets de médicament, lutte pour l'accès et intérêt public au Brésil et en Inde », *Innovations*, n° 32, pp. 109-127.
- Castro A., Westerhaus M., 2007, « Access to Generic Antiretrovirals: Inequality, Intellectual Property Law, and International Trade Agreements », *Cad. Saúde Pública*, vol. 23, n° 1, pp. 585-596.
- Castro F., 2009, « La doble traición de la Philips », *Granma*, 6 septembre.
- Colonomos A., 2000, « La modernité d'un archaïsme : l'embargo cubain au défi des critiques adressées à la loi Helms-Burton », *Les études du CERI*, n° 63, pp. 2-47.
- Doyon S., Brotherton P. S., 2008, « Les redéfinitions d'une révolution : pratiques et politiques dans les secteurs de la santé et de l'environnement à Cuba », *Anthropologie et sociétés*, n° 1-2, pp. 193-216.
- Fassin D., 2010, *La raison humanitaire : une histoire morale du temps présent*, Paris, Gallimard/Seuil (coll. « Hautes études »).
- Feinsilver J., 1993, *Healing the Masses: Cuban Health Politics at Home and Abroad*, Berkeley, University of California Press.
- Feinsilver J., 2013, « Fifty Years of Medical Diplomacy: From Idealism to Pragmatism » in Burke N. J. (dir.), *Health Travels: Cuban Health(care) On and Off the Island*, University of San Francisco, pp. 105-128.
- Huish R., 2013, *Where No Doctor Has Gone Before. Cuba's Place in the Global Health Landscape*, Waterloo, Wilfrid Laurier University Press.
- Huish R., Kirk J. M., 2007, « Cuban Internationalism and the Development of the Latin School of Medicine », *Latin American Perspectives*, vol. 34, n° 6, pp. 77-92.
- Janes C. R., Corbett K. K., 2009, « Anthropology and Global Health », *Annual Review of Anthropology*, vol. 38, pp. 167-183.
- Lage A., 2008, « Connecting Immunology Research to Public Health: Cuban Biotechnology », *Global Forum Update on Research for Health*, vol. 6, pp. 24-28.
- Markham J. M., 1986, « Young Germans Hear the Sandinistas' Drummer », *The New York Times*, 17 septembre.
- Lakoff A., 2010, « Two Regimes of Global Health », *Humanity*, vol. 1, n° 1, pp. 59-79
- Leogrande W. M., Thomas J. M., 2002, « Cuba's Quest for Economic Independence », *Journal of Latin American Study*, vol. 34, n° 2, pp. 325-363.
- Morabia A., 1983, *Médecine et socialisme : politiques sanitaires en Suisse et dans les sociétés capitalistes avancées*, Lausanne, Éditions d'en bas.
- Nguyen V.-K., 2012, « Anthropology and Global Health » in Schrecker T. (dir.), *The Ashgate Research Companion to the Globalization of Health*, Farnham, Ashgate, pp. 79-96.
- OMS, 2007, *World Health Survey Results*, Genève, OMS.
- Pérez L. A. Jr., 2002, « Fear and Loathing of Fidel Castro: Sources of US Policy toward Cuba », *Journal of Latin American Studies*, vol. 34, n° 2, pp. 227-254.
- Prevost G., 1990, « Cuba and Nicaragua: A Special Relationship? », *Latin American Perspectives*, vol. 17, n° 3, pp. 120-137.
- Redfield P., 2013, *Life in Crisis: The Ethical Journey of Doctors Without Borders*, Berkeley, University of California Press.
- Reid-Henry S. M., 2010, *The Cuban Cure: Reason and Resistance in Global Science*, Chicago/Londres, University of Chicago Press.
- Romero T., 2009, « Changing the Paradigm of Cancer Control in Cuba », *MEDICC*, vol. 11, n° 3, pp. 5-7.
- Ryfman P., 2004, *Les ONG*, Paris, La Découverte.