

Face à face

Regards sur la santé

12 | 2013

La santé globale existe-t-elle ? Santé, science et politique aux Suds

Does Global Health exist? Health, Science and Politics in Global South

Celia ALMEIDA, Fred EBOKO et Jean-Paul MOATTI

Editorial (English version) Global Health: What are we talking about?

[Texte intégral]

Éditorial (version française) La santé globale : notre point de vue [Texte intégral | traduction]

Juan GARAY, Laura HARRIS et Julia WALSH

Global health: evolution of the definition, use and misuse of the term

[Texte intégral]

José Roberto FERREIRA, Claudia HOIRISCH et Paulo Marchiori BUSS

Global Governance for Health [Texte intégral]

Julie CASTRO

Une histoire nationale de la gouvernance globale : la lutte contre le sida au Mali [Texte intégral]

Maud LEMOINE, Pierre-Marie GIRARD, Mark THURSZ et Gilles RAGUIN

Dans l'ombre du VIH/SIDA : les maladies oubliées de l'Afrique sub-saharienne. Quels enjeux sanitaires ? Quelle responsabilité des bailleurs de fonds ? [Texte intégral]

Frédéric LE MARCIS, Sylvain Landry FAYE, Fatoumata Bintou SAMB, Mouhamed BADJI et Cédric LEVEQUE

Les points aveugles de la lutte contre le paludisme en Casamance [Texte intégral]

Clément SORIAT

S'investir ou investir dans la lutte contre le sida au Bénin ? Trajectoires

d'entrepreneurs et reconversions associatives [Texte intégral]

Bouma Fernand BATIONO

Etat, Citoyens et Gouvernance au Burkina Faso : L'expérience de l'implantation d'une assurance maladie universelle [Texte intégral]

Christian DARRAS, Pierre De PAEPE, Jean VAN DER VENNET et Jean-Pierre UNGER

Mise en place et renforcement de systèmes locaux de santé en Belgique. Etats des lieux et perspectives internationales [Texte intégral]

Vincent DUCLOS

Vers une commune humanité ? Perspectives croisées sur l'émergence de la cybersanté mondiale [Texte intégral]

Actualités et annonces

Paul Farmer (Editor), Arthur Kleinman (Editor), Jim Kim (Editor), Matthew Basilio (Editor), *Reimagining Global Health*

Didier Fassin, Samuel Lézé, *La question morale. Une anthologie critique*

Cristina POSSAS et Bernard LAROUZE (Eds)

Accès aux antirétroviraux dans les pays du sud. Propriété intellectuelle et politiques publiques

Fred EBOKO

Soutenance d' Habilitation à Diriger des Recherches (HDR) en science politique.

Remerciements : Dr Bernard Larouzé

Acknowledgements: Dr Bernard Larouzé

Celia ALMEIDA, Fred EBOKO et Jean-Paul MOATTI

Editorial (English version) Global Health: What are we talking about?

Avertissement

Le contenu de ce site relève de la législation française sur la propriété intellectuelle et est la propriété exclusive de l'éditeur.

Les œuvres figurant sur ce site peuvent être consultées et reproduites sur un support papier ou numérique sous réserve qu'elles soient strictement réservées à un usage soit personnel, soit scientifique ou pédagogique excluant toute exploitation commerciale. La reproduction devra obligatoirement mentionner l'éditeur, le nom de la revue, l'auteur et la référence du document.

Toute autre reproduction est interdite sauf accord préalable de l'éditeur, en dehors des cas prévus par la législation en vigueur en France.

revues.org

Revues.org est un portail de revues en sciences humaines et sociales développé par le Cléo, Centre pour l'édition électronique ouverte (CNRS, EHESS, UP, UAPV).

Référence électronique

Celia ALMEIDA, Fred EBOKO et Jean-Paul MOATTI, « Editorial (English version) Global Health: What are we talking about? », *Face à face* [En ligne], 12 | 2013, mis en ligne le 22 octobre 2013, consulté le 20 mai 2015. URL : <http://faceaface.revues.org/936>

Éditeur : IRD - INSERM - Université de la Méditerranée Aix-Marseille

<http://faceaface.revues.org>

<http://www.revues.org>

Document accessible en ligne sur :

<http://faceaface.revues.org/936>

Document généré automatiquement le 20 mai 2015.

Tous droits réservés

Celia ALMEIDA, Fred EBOKO et Jean-Paul MOATTI

Editorial (English version) Global Health: What are we talking about?

- 1 By questioning the content of the term “Global Health” we wanted to echo a changing world that thinks about health issues differently at different times in history and for different purposes. Behind this polysemous expression lie the various logics that have structured global political thinking, institutional responses and health practices, particularly since the fall of the Berlin Wall, when the term began to appear with increasing persistence in the literature and international discourse on health. Differing perspectives frame the various meanings of “Global Health”, but two focuses can be identified in most definitions: health treated as disease, in the strict sense and centred on a certain few epidemic or endemic diseases; and the need to control health problems globally, which not uncommonly is bound up with geopolitical objectives.
- 2 The literature contains differing definitions of Global Health. However, these definitions do not constitute concepts, understood here as words or terms that operate a theory, i.e., that have a theory “behind” them guiding the definition of the concept and in turn making it possible to explain certain realities and guide practice in specific circumstances. So what are we talking about then?
- 3 For our interests in this issue of Face A Face, Global Health can be understood as the outcome of the permanent and reciprocal influence between international relations and health problems. On that basis the national and international determinants of the health of populations can be studied from a perspective involving knowledge from a range of different disciplines, with a view to proposing policies that point to solutions to those problems (Almeida, 2008, 2010). This means the field of knowledge dealing with national and international issues that impact on the health of populations at the global level. It constitutes a scientific and political field disputed by various different actors, disciplines and paradigms (Almeida, 2011, from Nunes, Marcondes & Cabral, 2010). Accordingly, here we are talking about the power relations that guide the world system and interlace with health-related issues, which involve enormous inequalities reflected in conditions of life, service provision, production and access to medications, international trade and so on.
- 4 Currently, international debate over Global Health undervalues the perspective centred on the variables that determine improvement in the health of populations, groups and individuals, taking into account the political, economic, social and cultural dimensions in which societies are embedded. This outlook calls for multidisciplinary thinking and action by the health actors who provide the input for scientific endeavours and determine the quality of the knowledge needed for innovation and technological development in health care worldwide. This is the option chosen by, for example, Paul Farmer, Arthur Kleinman, Jim Yong Kim and Matthew Basilico when examining one dimension of the problem in their recent book *Reimagining Global Health* (2013). They explain:

"Global health delivery begins with the question, “how can a health system efficiently provide health services to all who need them?” More efficient and equitable delivery of existing health interventions could save tens of millions of lives each year. But even the best models of global health delivery cannot alone raise the standard of health care available to people worldwide. The health of individuals and populations is influenced by complex social and structural forces; addressing the roots of ill health – including poverty, inequality, environmental degradation – requires a broad-based agenda of social change." (Farmer et al., 2013: 10)
- 5 Basically, what these authors describe is a way to address health problems that extend worldwide, across borders and bodies, by going beyond the biological and medical focus to address health concerns also as political issues and political options (Fassin, 2010; Lézé & Fassin, 2013). This means considering Global Health with an “attitude”. It also consists in

looking at, questioning and acting with (and sometimes against) some of the unprecedented constellation of international and transnational actors involved in the political field of health. This is so permeated by inequalities and structural violence (Farmer, 2001; Fassin, 1996) that it now demands a collective struggle in both scientific research and political action on health. Accordingly, this struggle is no place for naivety; rather one should be mindful that it is also a locus of power relations and for building political force in order to achieve changes in health priorities. It is in this sense that the late 1990s marked a watershed in the uncritical acceptance of neoliberal dogma and the idiom of profitability (Moatti, 2011, Moatti et al., 2001; Moatti & Eboko, 2010) resting on legal norms incarnate embodied in legal violence (patents on drugs). This is the paradigm shift that should guide Global Health (Coriat, 2008), which derives its wealth from the porosity of its multidisciplinary boundaries.

6 It is in this spirit of openness, vigilance and intellectual ambition that issue 12 of *Face A Face*, Perspectives on health is presented. The diversity of contributions gathered in this volume relinquishes nothing of the outlook that guides our “attitude” of considering health issues in their various different dimensions in socio-political and economic contexts that inform us about the territories of the battles to be fought.

7 From this point of view, Global Health is a “matrix of public policy” (Eboko, 2013) that shows the differential dynamics of the relationships that ally or oppose the actors involved (governmental and international organizations, national and local institutions, NGOs, private companies, associations, researchers, public and private partnerships etc.), all driven by different agendas. The peculiarity of this matrix is that it is informed by the actors’ ability to form (or not to form) “epistemic communities” capable of leading or impelling political alliances to influence changes, as in the famous definition by Peter M. Haas: “An epistemic community is a network of professionals with recognized expertise and competence in a particular domain and an authoritative claim to policy-relevant knowledge within that domain or issue area” (Haas, 1992: 4). These are indeed channels through which new ideas circulate within societies and from one country to another (Bossy and Evrard, 2010). In this sense, to us Global Health rests on the idea that all and any effective action proposes an agenda of social change (Farmer et al., op. cit.).

8 This volume comprises nine contributions. First, Juan Garay, Laura Harris and Julia Walsh offer their take on how the definition of “Global Health” has evolved, how it differs from “international health” and how the term is misused. Reasoning on the premise that Global Health should include “health for all, health by all and health in all policies” and be equity driven, they back their arguments with a data set. José Roberto Ferreira, Claudia Hoirisch and Paulo M. Buss take a critical approach to the issue of “global governance for health” as something yet to be constructed and whose architecture is still a subject for speculation. They highlight the effects of the various (financial, climate, food etc.) crises on its structure and functioning and discuss the WHO’s role in the process. From the national level, Julie Castro shows how the fight against AIDS in Mali has been influenced by international strategies reflected in a national history of global governance of public health. She discusses local mutations of the global “guidelines” against the backdrop of the Global Fund crisis, in order to illustrate national dependence on this foreign aid. Maud Lemoine, Pierre-Marie Girard, Mark and Gilles Thursz Raguin show how the exceptional mobilization and volume of funding against a single disease in Africa (HIV/AIDS) has produced another type of “neglected disease”, such as the non-communicable diseases, and put forward solid arguments based on data. Frédéric Le Marcis, Sylvain L. Faye and colleagues tackle the subject of malaria in the Casamance region of Senegal. In the light of accelerating knowledge production and the therapy renewal represented by ACTs (Artemisinin-based Combination Treatment), the authors show the progress and paradoxes of malaria control management. They highlight the importance of the national and local context, given the diversity of epidemiological features and behaviours in different regions of the country, which cannot be subject to the same timeframes. Clement Soriat shows that the global struggle against AIDS has created a kind of “AIDS governance” that privileges local NGOs and associations. He examines how these specific civil society actors in Benin, moving in transnational configurations that

connect actors who accumulate cultural, political and relational capital that leverages their plans and their social mobility. Bouma Fernand Bationo explores the implementation of a so-called universal health insurance, formulated at the international level to provide access to a basic service package in one of the poorest countries in the world, Burkina Faso. The author analyses the economic and social difficulties facing this strategy, which fails to take account of either the profound national crises or the health needs of the population, the great majority of whom are extremely poor. Jean-Pierre Unger and colleagues at the Institute of Tropical Medicine Antwerp (IMTA) brings to light the importance of strengthening local health systems and their various different levels of care, as well as coordination among them in providing services. Drawing on their experience of organising such local systems in Latin America and Africa, they describe a unique application to the Belgian health system. They show how, within a health system in Europe, it is possible to reorganize coordination among system levels and health actors on the basis of small units of generalists and specialists working together. Finally, Vincent Duclos traces the genealogy of “Global eHealth”, which uses new information technologies for development (ICT4D) and are regarded as promoting digital inclusion, human development and participation in Global Health, making health/disease a form of stimulus to economic growth. That dynamic, it is argued, will close a “virtuous circle” to achieve, among others, the Millennium Development Goals (MDGs). The article discusses critically some of the assumptions underlying this endeavour, which makes the inner subject an object of political intervention.

Bibliographie

ALMEIDA, C. Inserção Internacional do Brasil e Cooperação Sul-Sul em Saúde. Relatório Parcial de Pesquisa, Projeto “Relações Internacionais, Saúde e Cooperação Internacional : um diálogo necessário”, 2011 (Mimeo). 98p.

ALMEIDA, C. The Fiocruz experience in Global Health and Health Diplomacy capacity building: conceptual framework, curricular structure and first results. *Revista Eletrônica de Comunicação, Informação e Inovação em Saúde*, 14(1), 2010. Available at : <<http://www.reciis.cict.fiocruz.br/index.php/reciis/article/view/355>> Accessed in : 09/09/2013.

ALMEIDA, C., HAINES, A. F. & CAMPOS, R. P. C. Salud Global : Un nuevo objeto de estudio en salud colectiva ? *Revista Palimpsestus*, Bogotá, (6) : 49-68, 2007-2008.

BOSSY T. et EVRARD A., « Communauté épistémique », in Boussaguet L. et al, *Dictionnaire des politiques publiques*, Presses de Sciences Po : 140-147.

CORIAT B., *The Political Economy of HIV/AIDS in Developing Countries*. TRIPS, Public Health Systems and Free Access, Edward Elgar Publisher, London, 2008.

EBOOKO F., « Déterminants socio-politiques de l'accès aux antirétroviraux en Afrique : une approche comparée de l'action publique contre le sida » In POSSAS C. et LAROUZE B., Eds, *Propriété intellectuelle et politiques publiques pour l'accès aux antirétroviraux dans les pays du Sud*, ANRS (collection Sciences sociales et sida), Paris, 2013 : 207-224.

FARMER P., KLEINMAN A., KIM J.K., BASILICO M., Eds, *Reimagining Global Health: An Introduction*, Berkeley- Los Angeles – London, University of California Press (California Series in Public Anthropology), 2013.

FARMER P., *Infectious and Inequalities: The Modern Plagues*, Berkeley- Los Angeles – London, University of California Press, 2001.

FASSIN D., *La raison humanitaire : Une histoire morale du temps présent*, Paris, Gallimard/Seuil (Hautes Etudes), 2010.

FASSIN D., *L'espace politique de la santé. Essai de généalogie*, Paris, Presses Universitaires de France (PUF), 1996.

FASSIN D. et LEZE S., Eds, *La question morale. Une anthropologie critique*, Paris, Presses Universitaires de France (PUF) 2013.

HAAS M. P., « Introduction: Epistemic communities and international policy coordination », *International Organization*, vol. 46, N° 1, Knowledge, Power and International Policy Coordination, Winter 1992: 1-35.

MOATTI J.-P., « Lutte contre le sida, mobilisations politiques et changements de paradigme : l'exemple de l'économie de la santé dans les pays en développement », in EBOKO F., BOURDIER F., BROQUA C., Eds, *Les Suds face au sida. Quand la société civile se mobilise*, Marseille, IRD Editions, 2011: 371-394.

MOATTI J.-P et EBOKO F., Economic research on HIV prevention, care and treatment: why it is more than ever needed? *Current Opinion in HIV and AIDS*, 5 (3), 2010: 201-203.

MOATTI J.-P. et al., Eds, *Economics of AIDS and Access Care in Developing Countries. Issues and Challenges*, Paris, ANRS, 2003.

NUNES E., MARCONDES W. & CABRAL C., A Saúde Coletiva como Prática Científica : A Institucionalização do Campo em Publicações, Teses e Dissertações In Hortale VA, Moreira COF, Bodstein RCA, Ramos CL, Eds, *Pesquisa em saúde à saúde coletiva : fronteiras, objetos e métodos*, Rio de Janeiro : Editora Fiocruz, 2010.

POSSAS C. et LAROUZE B., Eds, *Propriété intellectuelle et politiques publiques pour l'accès aux antirétroviraux dans les pays du Sud*, ANRS (collection Sciences sociales et sida), Paris, 2013.

Pour citer cet article

Référence électronique

Celia ALMEIDA, Fred EBOKO et Jean-Paul MOATTI, « Editorial (English version) Global Health: What are we talking about? », *Face à face* [En ligne], 12 | 2013, mis en ligne le 22 octobre 2013, consulté le 20 mai 2015. URL : <http://faceaface.revues.org/936>

À propos des auteurs

Celia ALMEIDA

MD, MPH, PhD. Pesquisadora Titular ENSP/Fiocruz (Professeur de santé publique), Rio

Fred EBOKO

Sociologue et Politiste, chercheur à L'Institut de Recherche pour le Développement (IRD), HDR en science politique. UMR 912 SESSTIM (INSERM - IRD - AMU). Affectation Institut Africain de la Gouvernance (IAG) et IRD Dakar. Directeur de publication de Face A Face. Regards sur la santé.

Jean-Paul MOATTI

Professeur d'Economie, Directeur de l'UMR 912 SESSTIM Aix Marseille Université (AMU).
Directeur de l'institut de Santé Publique de l'INSERM.

Droits d'auteur

Tous droits réservés

Celia ALMEIDA, Fred EBOKO et Jean-Paul MOATTI

Éditorial (version française) La santé globale : notre point de vue

Avertissement

Le contenu de ce site relève de la législation française sur la propriété intellectuelle et est la propriété exclusive de l'éditeur.

Les œuvres figurant sur ce site peuvent être consultées et reproduites sur un support papier ou numérique sous réserve qu'elles soient strictement réservées à un usage soit personnel, soit scientifique ou pédagogique excluant toute exploitation commerciale. La reproduction devra obligatoirement mentionner l'éditeur, le nom de la revue, l'auteur et la référence du document.

Toute autre reproduction est interdite sauf accord préalable de l'éditeur, en dehors des cas prévus par la législation en vigueur en France.

revues.org

Revues.org est un portail de revues en sciences humaines et sociales développé par le Cléo, Centre pour l'édition électronique ouverte (CNRS, EHESS, UP, UAPV).

Référence électronique

Celia ALMEIDA, Fred EBOKO et Jean-Paul MOATTI, « Éditorial (version française) La santé globale : notre point de vue », *Face à face* [En ligne], 12 | 2013, mis en ligne le 22 octobre 2013, consulté le 20 mai 2015. URL : <http://faceaface.revues.org/938>

Éditeur : IRD - INSERM - Université de la Méditerranée Aix-Marseille

<http://faceaface.revues.org>

<http://www.revues.org>

Document accessible en ligne sur :

<http://faceaface.revues.org/938>

Document généré automatiquement le 20 mai 2015.

Tous droits réservés

Celia ALMEIDA, Fred EBOKO et Jean-Paul MOATTI

Éditorial (version française) La santé globale : notre point de vue

- 1 En posant la question du contenu de l'expression « la santé globale » nous avons souhaité nous faire l'écho d'un monde qui change et qui pense différemment les questions de santé, suivant les périodes et les objectifs. Derrière cette expression polysémique et toute la complexité qu'elle recouvre, se dessinent des logiques qui structurent la pensée politique « globale », les réponses institutionnelles et les pratiques de santé. Ce sont donc des perspectives différentes qui induisent les significations diverses de la « Santé Globale » ; mais deux grands schémas peuvent être retenus, parmi les multiples définitions. Il peut être question d'envisager la santé comme le traitement des maladies, dans le sens strict de la réponse centrée sur certaines pandémies et épidémies. La seconde focale envisage le besoin de contrôler des problèmes de santé à l'échelle mondiale, au-delà des objectifs géopolitiques.
- 2 La littérature contient des définitions divergentes de la santé mondiale. Cependant, ces définitions ne constituent pas des concepts, entendus ici comme des mots ou des termes qui opèrent comme une théorie ou qui seraient mus par un arrière-plan théorique. Alors de quoi parlons-nous ?
- 3 Dans l'orientation scientifique de ce numéro de *Face A Face*, la santé globale peut être entendue comme *le résultat de l'influence permanente et réciproque entre les relations internationales et les problèmes de santé*. Sur cette base, les déterminants nationaux et internationaux des questions de santé peuvent être étudiés par différentes disciplines qui nourrissent les démarches scientifiques dans l'optique d'influencer des politiques publiques et de peser sur des solutions à ces problèmes de santé (Almeida 2008 et 2010). Cette perspective ouvre le champ de connaissances et des problèmes qui ont un impact sur la santé des populations à un niveau global. Cela constitue une arène scientifique et politique au sein de laquelle s'affrontent des acteurs, des disciplines et des paradigmes variés (Almeida, 2011; Nunes, Marcondes & Cabral, 2010). En conséquence, ce dont il est question ici concerne les relations de pouvoir qui guident le « système-monde » et interagissent sur les questions de santé. Ce système global charrie des inégalités considérables qui s'observent dans les conditions de vie, les ressources, la production et l'accès aux médicaments ou encore le commerce international. De ce point de vue, ce regard plaide pour des actions transdisciplinaires entre les acteurs de la santé qui nourrissent les démarches scientifiques et conditionnent la qualité des connaissances nécessaires à l'innovation biomédicale et biosociale. Par exemple, c'est l'option retenue par Paul Farmer, Arthur Kleinman, Jim Yong Kim et Matthew Basilio dans leur récent ouvrage *Reimagining Global Health* (2013). Ils expliquent:

« *Global health delivery begins with the question, "how can a health system efficiently provide health services to all who need them?" More efficient and equitable delivery of existing health interventions could save tens of millions of lives each year. But even the best models of global health delivery cannot alone raise the standard of health care available to people worldwide. The health of individuals and populations is influenced by complex social and structural forces; addressing the roots of ill health-including poverty, inequality, environmental degradation-requires a broad-based agenda of social change* » (Farmer et.al, 2013).
- 4 Au fond, ce que décrivent ces auteurs est une manière d'aborder les problèmes de santé publique qui traversent le monde, les frontières et les corps, en changeant de focale, pour aborder la santé au-delà de la biologie et ne pas oublier qu'il s'agit de questions et de réponses politiques (Fassin, 2010 ; Fassin & Lézé, 2013). Il est question d'envisager la santé globale à partir d'une « attitude ». Elle consiste également à regarder, à questionner et à agir avec et parfois contre une partie de la constellation inédite d'acteurs inter et transnationaux qui interviennent dans ce champ politique de la santé. Il est autant traversé par des inégalités et

des violences structurelles (Farmer, 2001 ; Fassin, 1996) qu'il est désormais occupé par l'idée d'un combat collectif, tant du point de la recherche scientifique que de l'action politique pour la santé publique. Pour autant, ce corps à corps avec la biopolitique nécessite de ne pas être naïf et de garder à l'esprit qu'il s'agit aussi de rapports de forces et de pouvoir auxquels il faut imposer, les priorités de santé. C'est dans ce sens que depuis la fin des années 1990 et le passage à l'échelle de l'accès aux antirétroviraux dans les pays du Sud (Possas et Larouzé, 2013), s'est produite une césure dans l'acceptation paresseuse du dogme libéral et de l'idiome de la rentabilité (Moatti, 2011, Moatti et al., 2001 ; Moatti & Eboko, 2010), soutenus par des normes juridiques incarnées par la violence légale (les brevets sur les médicaments par exemple). C'est un changement de paradigme qui guide la santé globale (Coriat, 2008) laquelle tire sa richesse de la porosité de ses frontières interdisciplinaires, de son absence de dogme et même de l'ambivalence de sa définition.

- 5 C'est dans cet état d'esprit d'ouverture et de vigilance, de pragmatisme scientifique et d'ambition intellectuelle que ce numéro 12 de *Face A Face. Regards sur la santé* est présenté. La diversité des contributions réunie dans ce volume ne cède rien à l'unité de la réflexion qui le guide, autour d'une « attitude » : envisager la santé suivant ses diverses composantes, dans des contextes sociopolitiques et économiques donnés qui nous informent sur les chantiers et les combats à affronter.
- 6 La santé globale constitue de ce point de vue une « matrice de l'action publique » (Eboko, 2013) qui montre la dynamique différentielle des relations qui lient, rassemblent ou opposent les acteurs en présence (internationaux, nationaux, locaux, publics, privés, associatifs, chercheurs, etc.) et portés par des agendas différents. La particularité de cette matrice est qu'elle est éclairée par la capacité de ses acteurs à former ou non, suivant les secteurs, les pathologies ou les programmes, des « communautés épistémiques » capables de changer le monde, suivant la célèbre définition de Peter M. Hass : « *An epistemic community is a network of professionals with recognized expertise and competence in a particular domain and an authoritative claim to policy-relevant knowledge within that domain or issue area* » (Haas, 1992 : 4). Il s'agit bien des « canaux par lesquels les nouvelles idées circulent des sociétés vers les gouvernements et d'un pays à l'autre » (Bossy et Evrard, 2010 : 140). En ce sens, la santé globale repose bien sur l'idée que toute action efficace propose un agenda du changement social (Farmer et al., op. cit).
- 7 Ce volume comporte 9 contributions. La première de Juan Garay, Laura Harris et Julia Walsh montre l'évolution de la définition de la « santé globale » et décrit comment celle-ci se distingue de la « santé internationale ». Dans une approche critique de la santé globale José Roberto Ferreira, Claudia Hoirisch et Paulo M. Buss abordent la question de la gouvernance globale de la santé publique, en soulignant le rôle des différentes crises (financière, climatique, alimentaire, etc.) dans la structuration de la gouvernance globale de la santé. A partir du niveau national, Julie Castro montre comment la lutte contre le sida au Mali traduit une histoire nationale de la gouvernance globale de la santé publique. Elle discute des transformations locales du référentiel global avec en arrière-plan la crise du Fonds mondial. Maud Lemoine, Pierre-Marie Girard, Mark Thursz et Gilles Raguin envisage « les maladies oubliées », à l'ombre de la mobilisation exceptionnelle contre le VIH/sida et plaide avec de solides arguments fondés sur les données relatives aux maladies non transmissibles pour une approche « globale » de la santé publique voir pour un Fonds mondial de la santé publique. Frédéric Le Marcis, Sylvain L. Faye et leurs collègues abordent la question du paludisme dans la région de la Casamance au Sénégal. A partir de l'accélération des connaissances et le renouvellement des thérapies que représentent les ACT (*Artemisinin-based Combination Treatment*), les auteurs montrent les avancées et les apories de la prise en charge du paludisme en mettant l'accent sur la diversité des faciès épidémiologiques qui ne peuvent être soumis à des temporalités identiques. Clément Soriat montre comment les acteurs associatifs au Bénin se meuvent dans des configurations transnationales qui les relient aux acteurs et aux projets du Nord, de telle sorte que les leaders associatifs du Bénin deviennent des « courtiers » ayant accumulés des capitaux culturels et relationnels qui rendent possible leurs desseins et leur ascension sociale. Bouma Fernand Bationo explore pour sa part la question, initiée au niveau international,

de l'implantation de l'assurance maladie universelle dans un des pays les plus pauvres du monde, le Burkina Faso. L'auteur analyse les difficultés économiques et sociales sur lesquels se heurtent l'ambition de la mise en œuvre d'une assurance maladie qui sépare le global de l'universel, les intentions des réalités. Jean-Pierre Unger et ses collègues de l'Institut de Médecine Tropicale d'Anvers (IMTA) mette en lumière une expérience originale, du transfert d'une expérience de santé publique menée en Amérique latine et en Afrique vers le système santé belge. Les auteurs montrent comment, à l'intérieur d'un système de santé, il est possible de réorganiser la coordination entre les acteurs de santé, à partir de petites unités de généralistes et de spécialistes travaillant de concert. Pour finir, Vincent Duclos propose de retracer la généalogie de la « cybersanté mondiale » portée par les nouvelles technologies de l'information pour le développement (ICT4D). L'auteur fournit à cette occasion une magistrale illustration de que pourrait être la santé globale en tant que « cercle vertueux pour atteindre, entre autres, les Objectifs du Millénaire pour le Développement – Millenium Development Goals (OMD/MDG).

8 Lorsque l'illustre Jonathan Man a écrit que « *l'atteinte aux droits de quelques-uns est une atteinte à nos droits à tous* », il nous offrait sans doute une belle ambition pour penser ce qu'est « la santé globale ».

Bibliographie

ALMEIDA, C. Inserção Internacional do Brasil e Cooperação Sul-Sul em Saúde. Relatório Parcial de Pesquisa, Projeto “Relações Internacionais, Saúde e Cooperação Internacional : um diálogo necessário”, 2011 (Mimeo). 98p.

ALMEIDA, C. The Fiocruz experience in Global Health and Health Diplomacy capacity building: conceptual framework, curricular structure and first results. *Revista Eletrônica de Comunicação, Informação e Inovação em Saúde*, 14(1), 2010. Available at : <<http://www.reciis.cict.fiocruz.br/index.php/reciis/article/view/355>> Accessed in : 09/09/2013.

ALMEIDA, C., HAINES, A. F. & CAMPOS, R. P. C. Salud Global : Un nuevo objeto de estudio en salud colectiva ? *Revista Palimpsestus*, Bogotá, (6) : 49-68, 2007-2008.

BOSSY T. et EVRARD A., « Communauté épistémique », in Boussaguet L. et al, *Dictionnaire des politiques publiques*, Presses de Sciences Po : 140-147.

CORIAT B., *The Political Economy of HIV/AIDS in Developing Countries*. TRIPS, Public Health Systems and Free Access, Edward Elgar Publisher, London, 2008.

EBOKO F., « Déterminants socio-politiques de l'accès aux antirétroviraux en Afrique : une approche comparée de l'action publique contre le sida » In POSSAS C. et LAROUZE B., Eds, *Propriété intellectuelle et politiques publiques pour l'accès aux antirétroviraux dans les pays du Sud*, ANRS (collection Sciences sociales et sida), Paris, 2013 : 207-224.

FARMER P., KLEINMAN A. ,KIM J.K., BASILICO M., Eds, *Reimagining Global Health: An Introduction*, Berkeley- Los Angeles – London, University of California Press (California Series in Public Anthropology), 2013.

FARMER P., *Infectious and Inequalities: The Modern Plagues*, Berkeley- Los Angeles – London, University of California Press, 2001.

FASSIN D., *La raison humanitaire : Une histoire morale du temps présent*, Paris, Gallimard/Seuil (Hautes Etudes), 2010.

FASSIN D., *L'espace politique de la santé. Essai de généalogie*, Paris, Presses Universitaires de France (PUF), 1996.

FASSIN D. et LEZE S., Eds, *La question morale. Une anthropologie critique*, Paris, Presses Universitaires de France (PUF) 2013.

HAAS M. P., « Introduction: Epistemic communities and international policy coordination », *International Organization*, vol. 46, N° 1, Knowledge, Power and International Policy Coordination, Winter 1992: 1-35.

MOATTI J.-P., « Lutte contre le sida, mobilisations politiques et changements de paradigme : l'exemple de l'économie de la santé dans les pays en développement », in EBOKO F., BOURDIER F., BROQUA C., Eds, *Les Suds face au sida. Quand la société civile se mobilise*, Marseille, IRD Editions, 2011: 371-394.

MOATTI J.-P et EBOKO F., Economic research on HIV prevention, care and treatment: why it is more than ever needed? *Current Opinion in HIV and AIDS*, 5 (3), 2010: 201-203.

MOATTI J.-P. et al., Eds, *Economics of AIDS and Access Care in Developing Countries. Issues and Challenges*, Paris, ANRS, 2003.

NUNES E., MARCONDES W. & CABRAL C., A Saúde Coletiva como Prática Científica : A Institucionalização do Campo em Publicações, Teses e Dissertações In HORTALE VA, MOREIRACOF, BODSTEIN RCA, RAMOS CL, Eds, *Pesquisa em saúde pública : fronteiras, objetos e métodos*, Rio de Janeiro : Editora Fiocruz, 2010.

POSSAS C. et LAROUZE B., Eds, *Propriété intellectuelle et politiques publiques pour l'accès aux antirétroviraux dans les pays du Sud*, ANRS (collection Sciences sociales et sida), Paris, 2013.

Pour citer cet article

Référence électronique

Celia ALMEIDA, Fred EBOKO et Jean-Paul MOATTI, « Éditorial (version française) La santé globale : notre point de vue », *Face à face* [En ligne], 12 | 2013, mis en ligne le 22 octobre 2013, consulté le 20 mai 2015. URL : <http://faceaface.revues.org/938>

À propos des auteurs

Celia ALMEIDA

MD, MPH, PhD. Pesquisadora Titular ENSP/Fiocruz (Professeur de santé publique)

Fred EBOKO

Sociologue et Politiste, chercheur à L'Institut de Recherche pour le Développement (IRD), HDR en science politique. UMR 912 SESSTIM (INSERM - IRD - AMU). Affectation Institut Africain de la Gouvernance (IAG) et IRD Dakar. Directeur de publication de Face A Face. Regards sur la santé.

Jean-Paul MOATTI

Professeur d'Economie, Directeur de l'UMR 912 SESSTIM Aix Marseille Université (AMU).
Directeur de l'institut de Santé Publique de l'INSERM.

Droits d'auteur

Tous droits réservés

Juan GARAY, Laura HARRIS et Julia WALSH

Global health: evolution of the definition, use and misuse of the term

Avertissement

Le contenu de ce site relève de la législation française sur la propriété intellectuelle et est la propriété exclusive de l'éditeur.

Les œuvres figurant sur ce site peuvent être consultées et reproduites sur un support papier ou numérique sous réserve qu'elles soient strictement réservées à un usage soit personnel, soit scientifique ou pédagogique excluant toute exploitation commerciale. La reproduction devra obligatoirement mentionner l'éditeur, le nom de la revue, l'auteur et la référence du document.

Toute autre reproduction est interdite sauf accord préalable de l'éditeur, en dehors des cas prévus par la législation en vigueur en France.

revues.org

Revues.org est un portail de revues en sciences humaines et sociales développé par le Cléo, Centre pour l'édition électronique ouverte (CNRS, EHESS, UP, UAPV).

Référence électronique

Juan GARAY, Laura HARRIS et Julia WALSH, « Global health: evolution of the definition, use and misuse of the term », *Face à face* [En ligne], 12 | 2013, mis en ligne le 16 octobre 2013, consulté le 20 mai 2015. URL : <http://faceaface.revues.org/745>

Éditeur : IRD - INSERM - Université de la Méditerranée Aix-Marseille

<http://faceaface.revues.org>

<http://www.revues.org>

Document accessible en ligne sur :

<http://faceaface.revues.org/745>

Document généré automatiquement le 20 mai 2015.

Tous droits réservés

Juan GARAY, Laura HARRIS et Julia WALSH

Global health: evolution of the definition, use and misuse of the term

Introduction

- 1 In this paper we explore the concept of global health in context of the term's increasing use. We review definitions and usage of the term global health in academia, international organizations and countries and regions, and identify common ground. Based on this common ground and on the etymological origins of the term "global", we articulate principles that should apply to collective action on global health. These three principles are health for all (for all people worldwide) health by all (by a representative range of stakeholders and actors) and health in all (multi-sectorial efforts to increase health, with special attention to social determinants of health). These principles are not consistently included in discussions about global health, let alone fulfilled. While no single actor – private or public – can completely fulfill these three principles, collective action should aim to progress towards their attainment.

Results

Context :Trends in the use of the term global health

- 2 Use of the term global health has increased exponentially over the last decades. Figure 1 compares the frequency of the terms global health and international health in published books, using Google Labs Ngram Viewer tool data^{1,2}.

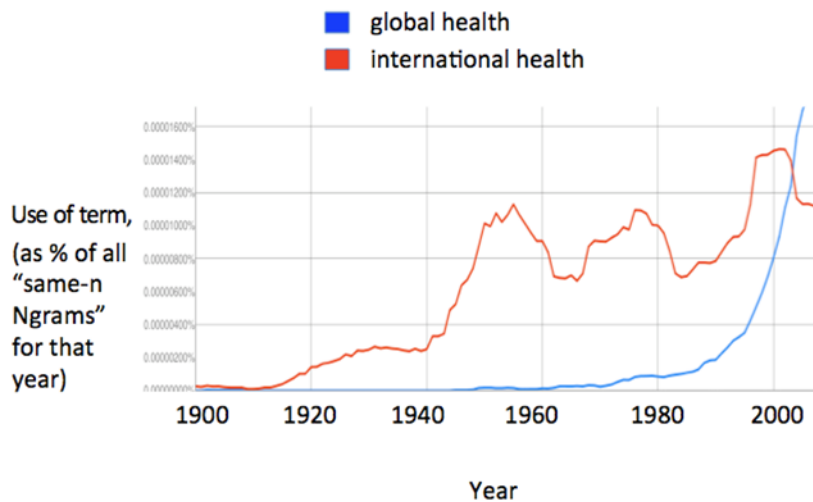
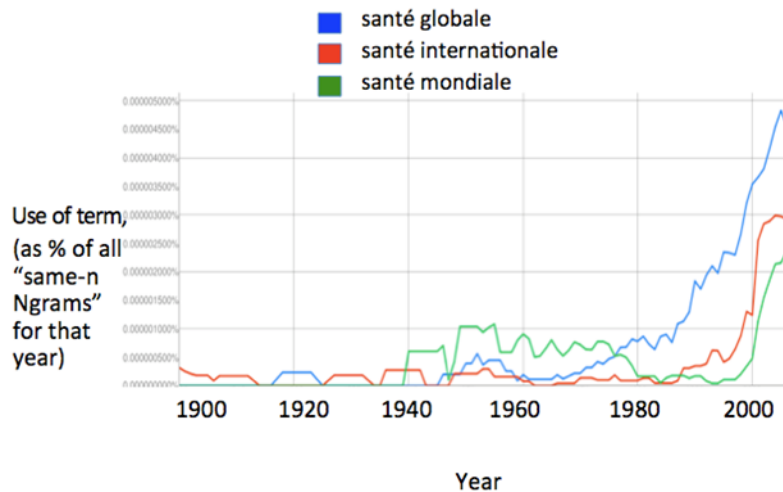


Figure 1: Use of global health vs. international health in a sample of published books**Figure 2: Use of global health vs. international health in French**

- 3 While the Ngram tool's search is limited to published books, the large sample size allows for some assessment of trends in use of words and phrases. The figure shows cycles of frequency in the use of the term international health, with peaks in the 1940s and fifties as the United Nations was formed, and in the seventies and nineties. It also highlights the exponential use of global health, which surpassed the use of international health during the last decade.
- 4 In French and Spanish, more than two translations of global and international health exist. French includes three common terms: *santé internationale*, (international health) *santé globale*, (global health) and *santé mondiale* (world health). The Spanish is analogous : *salud internacional*, *salud global*, *salud mundial*.
- 5 Google Ngram shows similar increasing frequency for *santé internationale* and *santé mondiale*, and far greater, exponential growth for *santé globale*. The Spanish follows the same pattern, with *salud global* far outstripping the more moderately increasing *salud internacional* and *salud mundial*.

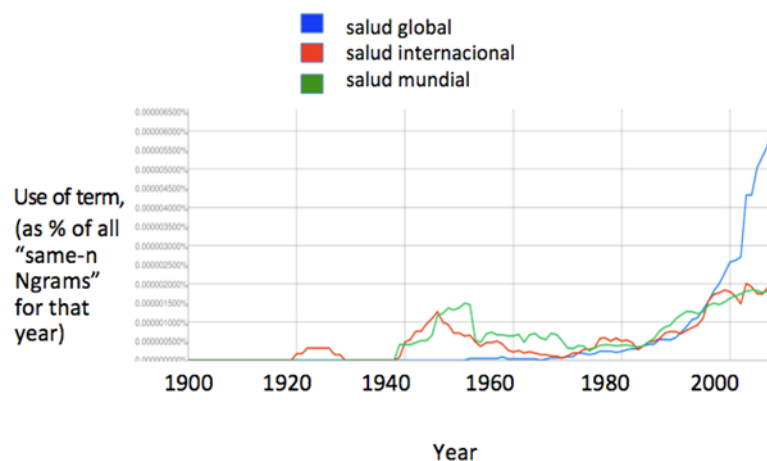
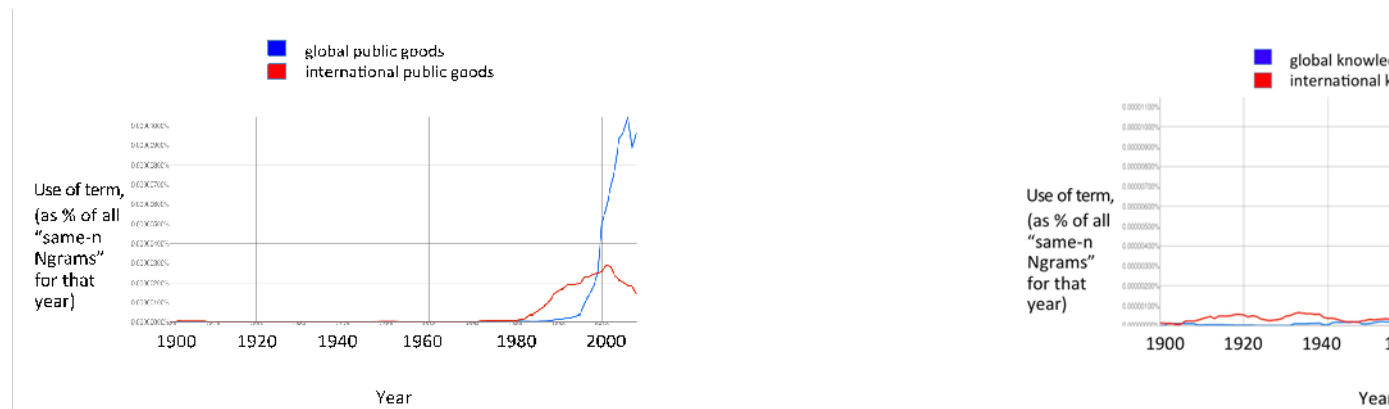


Figure 3: Use of global health vs. international health in Spanish**Figure 4: Use of related terms**

- 6 This paper will not discuss the differences between these terms in French and Spanish, and there are likely different nuances in the distinctions between the terms in each language. However, it is interesting to note that the increase in the term global health is not only an Anglophone phenomenon.
- 7 The term global health is not as common in other United Nations (UN) languages such as Chinese and Russian³. Although there has been a slight increase in its usage over the last decade, it is not replacing the term international health. Arabic, also a UN language, is not cataloged by Google Books Ngram Viewer.

Comparisons with the use of related terms

- 8 Analysis of related terms shows that health is not the only word to 'go global, and reveals a linguistic environment consistent with increased use of the term global health.
- 9 Use of the term global public goods has far surpassed use of international public goods, perhaps indicating an emphasis on the supra-national nature of public goods. A public good is commonly defined as a good that is available to all, and is not significantly diminished by individual consumption. Similarly, the term global knowledge has become more frequently used than international knowledge.
- 10 Use of the term MDGs – the abbreviation of the term Millennium Development Goals – has increased in parallel with that of global health during the last decade, consistent with the creation of the MDG agenda and its rise to prominence during this time period. Several MDGs focus on health and the conditions needed to create healthy populations worldwide, and the 8th MDG is global partnership. During this time period, use of the term development aid decreased slightly.
- 11 Globalization has become more frequently used, while the term international relations has decreased in frequency. This trend seems to reflect a far more interrelated and interdependent world, with a larger scope of actors and factors influencing the lives of people around the globe. The scope of global connection goes beyond the role of nations and the relations ("international") between national governments, which was previously predominant.
- 12 Because Google Ngram catalogs text from published books rather than conversation or news articles, these trends represent an increase in explicit and formal discussion of global health and global interconnectedness. One example of these discussions, the analysis of the challenges of global health by the World Health Organization's (WHO) Commission on Social Determinants of Health concluded with recommendations that require deep changes in the functioning of the global economy (CSDH, 2008).

Landscape of definitions and understandings of global health

- 13 As the term global health has become more frequently used, experts have attempted to differentiate it from international health. This process of definition and differentiation has implications for the prioritization of global health issues and funding, as well as the legitimation of and coordination among global health actors.

14 Before turning to these expert definitions of global health, we examine the layperson's
15 definition of the word global. This everyday understanding provides a context that influences
16 more technical, formal uses of the term global health.

Etymology

15 The term global dates from the 1600s, stemming from the Latin *globus*, "round mass, sphere,
16 ball," and meaning spherical in form (Klein, 1971). Over time, the adjective became associated
17 with the earth, and emphasized connectivity. The term "global village" was first used in the
18 1960s to describe how the world was being metaphorically contracted into a village by electric
19 technology and rapid movement of information (Carpenter & McLuhan, 1960).

16 According to the Oxford English Dictionary, the adjective global has two meanings: having
17 to do with the "whole world," or "relating to or encompassing the whole of anything or
18 any group of things, categories, etc.; comprehensive, universal, total, overall". The adjective
19 international, in contrast, is defined as "existing, constituted, or carried on between different
20 nations".

17 According to WHO, health is "a state of complete physical, mental, and social well-being and
18 not merely the absence of disease or infirmity" (1946). When applied to health, the term global
19 could relate to the health of the world's population as a whole (health for all) to the involvement
20 of the wide scope of actors related to health (health by all) and to a holistic concept of health
21 dimensions and determinants, which requires a multi-sectorial approach (health in all).

18 These three "global" principles - health for all peoples, health by all actors, and health in all
19 policies - relate to milestone global agreements on the goal and the principles or strategies
20 required for health. They have recently been restated by the World Health Report of 2009 in
21 the principles of the renewed Alma-Ata strategy of Primary Health Care, and in this strategy's
22 related resolution at the World Health Assembly.

Expert definitions

19 In April 2005, the North American-based International Health Medical Education Consortium
20 changed its name to Global Health Education Consortium (GHEC). The GHEC defines global
21 health as "health issues and concerns that transcend national borders", and that "require
22 a collective (partnership-based) action". It defines international health as "health practices,
23 policies and systems in countries other than one's own", and states that international health
stresses the differences between countries more than the commonalities, and focuses more on
bilateral foreign aid activities than on collective action.

20 In 2006, Brown et al. (p 72) analyzed the relation of the terms international and global health as
21 reflecting a political and historical process. They use WHO as a case example, arguing that the
22 organization found its dominant role challenged in international health, and began to reposition
23 itself within a shifting set of power alliances, moving from leader to coordinator, facilitator,
technical adviser or even mere observer of powerful global health initiatives between many
partners. The term "global" is more inclusive of partners beyond nations and multi-national
organizations.

21 Stuckler and McKee's definition (2008:95-97) emphasizes the multidimensionality of global
22 health. They argue that the global health can be understood through five metaphors: global
23 health as foreign policy, security, charity, investment, and public health. Each of these
metaphors has profoundly different implications for the field's way forward.

22 Koplan et al (2009:1993-1995), representing the US Consortium of Universities on Global
23 Health, also differentiate concepts attributed to global health: a notion - the current state
of health in the world; an objective - a world of healthy people; and a mix of scholarship,
research, and practice. They note that this mix involves complex and evolving questions,
issues, skills, and competencies, given the complex relations between health and any global
health determinant. Similar understandings are expressed by an increasing number of academic
institutions within Europe (Haines, 2011: 363-365).

23 Some (Bozorgmehr, 2010:19) have argued that attempted definitions of global health lack
enough differentiation from international health. Definitions of global health often differ from
one another, and single definitions may contain multiple meanings of the term.

- 24 However, despite this variation, expert definitions of global health often share common themes. They highlight aspects of health that correspond with the dictionary definition of “global”: a broad range of actors and policies, and a broad view of health and its determinants. Hence, again, the three principles: for all, in all, by all.

Usage of the term global health by actors in health programs, policies and agendas

Private and Public-Private initiatives

- 25 Since the new millennium, the adjective “global” has been used widely by private sector-related health initiatives. However, many of these private “global” initiatives have focused on only some health problems (*Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria* since 2002), some interventions (*Global Alliance on Vaccines and Immunization* since 2000) or some population groups (*Global strategy on Women and Children’s Health* since 2010), therefore restricting the principle, or dimension, of “for all”. While these initiatives have brought forward new approaches to partnerships between public and private and developed and developing countries’ contributions, they often over-represent the interests of the institutions according to their economic and political capacities, and do not always reflect a democratic representation of the people they intend to support. In this way, the “by all” principle is compromised. The term global has also been used by major philanthropists that have a progressive influence in global health aid, architecture and governance, such as the Bill and Melinda Gates Foundation, which has had a Global Health program since 2006.

International organizations

- 26 The Economic and Social Council of the United Nations (ECOSOC) addressed global public health in its 2009 Ministerial Declaration. It outlined the main emerging factors influencing global public health (notably the financial crisis, food security crises and climate change) but did not attempt to define global health. Indeed, in most UN references to global health – including several resolutions of the World Health Assembly in the last years – the term remains undefined, and simply related to some of the factors influencing/improving “it”.
- 27 The term started to be more commonly referenced among UN-related organizations after 2006, when the WHO 11th General Program of Work defined a “global health agenda” and described the “role of WHO in global health”. The ongoing global health agenda focuses on investing in health to reduce poverty; building individual and global health security; promoting universal coverage, gender equality, and health-related human rights; tackling the determinants of health; strengthening health systems and equitable access; harnessing knowledge, science and technology; and strengthening governance, leadership and accountability. After 2006, the terms “global health partners”, “global health community” and “global health partnerships” have been consistently mentioned in the annual resolutions of the World Health Assembly. While the global health agenda aims at a “health-in-all” approach, the democratic governance (“by all”) of this agenda in action is challenged by the current aid architecture and the bias of economic influences. Likewise, the combination of national interest-based foreign policy links to development aid, and the agendas of the progressively more influential philanthropic groups, result in a biased support to some specific diseases or countries, undermining the “for all” principle.
- 28 Specific definitions of global health are often linked to initiatives stemming from its various dimensions, such as global health governance (WHO, 2011a), global health security (Global Health Security Initiative, 2011) or global health diplomacy (WHO, 2011b, Kickbush, 2011: d3154) and the UN resolution on global health and foreign policy (UN General Assembly, 2010).
- 29 This differentiation corresponds to Stuckler and McKee’s (2008:95-97) discussion of metaphors describing global health.

National and regional organizations

- 30 The European Union (EU), Japan, the United Kingdom, US and Switzerland have developed policies on global health. While the policies do not claim to define global health, they discuss

the globalized and multi-sectorial influence on health, and are aimed at improving both the health of their citizens and of those in the wider world. They focus on the specific areas summarized in Table 1 below. The policy elements are organized around three principles of global health referred to previously: equity and health for all, governance and health by all and coherence and health in all policies. The table also highlights in *italics* the strategies' perceived added value or interest in cases where such a value has been specifically recognized, and in **bold** where a specific budget has been programmed. White boxes indicate a lack of explicit discussion about the global health area within the policy.

Discussion

Limitations of analysis

31 There are several limitations of the Ngram tool, which searches among a selection of 4% of all books published. This analysis method has several potential shortcomings (Michel, 2010:176-182). To highlight a few: it is reasonable to assume a time lag between spoken use of a phrase and its publication in a book. The sample is biased based on whether books are acquired by libraries, from which Google scans them. Levels of use of a term in books may differ from levels of use in spoken conversation, unpublished resolutions and policies, journal articles and news media. The creators of Ngram viewer also state that relative frequencies after 2000, when Google Books was started, are influenced by the Google books project themselves. However, the cases examined in this paper exhibit such striking differences that the results are still notable. Finally, a change in relative frequency over time does not show causation by a specific factor.

The shift from international to global health

32 Since the mid-nineties, the term global health has gradually entered debates and statements on health worldwide, together with an increase in use of the globalization and other related terms. Behind shifts in vocabulary, there are corresponding shifts in underlying concepts and connotations. Although the term international health is still sometimes used interchangeably with global health, its usage is increasingly confined to health matters that principally involve the dialogue, agreement and actions of national governments. In most arenas of global health, the field has moved far beyond the paradigm of rich countries helping poor countries, or groups of countries interacting.

33 Thus, according to the above analysis, the term global health reflects notions of:

- The state of health in the world's human population;
- Health's complex and bidirectional relations with global factors, the influence of which extends beyond national boundaries;
- A growing scope of actors beyond the official institutions and governments that have traditionally dominated the dynamics of international health.

Globalization and health

34 The components of the above definition are, in part, a reflection of our current state of increased globalization and interconnectivity. The complex global landscape that influences the health of all is as rich as it is chaotic; it has strengths and weaknesses, opportunities and threats. The increasing flow and speed of the dynamics of the factors that influence health – communication, knowledge, biological and chemical health threats, health-related goods, patients and health workers, social determinants of health – translate into both potential risks to undermine our health and new capacities to enhance it (Communication of EU, 2010).

35 The globalized economy influences socio-economic disparities, which in turn influence the health of all as much or even more than the efforts of health systems. The main actors in the “globalized health economy” have possibly already surpassed, in most contexts, the capacity of institutions and governments to influence the health of their citizens or of those of

other countries through development cooperation policies and aid. Income disparities in the world have grown during the last two decades and correlate with national health inequities. Decreasing these disparities – essential to achieve health “for all” - thus requires a wider-than-health approach that targets social determinants (Commission on Social Determinants of Health, 2008).

36 We live in a much more complex and interrelated world due to the social, economic, and cultural facets of globalization. Emerging economies in BRICS countries (Brazil, Russia, India, China and South Africa) have a powerful role in the global economy, and 67% of the world’s poor are in middle-income countries (The Economist, 2010). The traditional international health paradigm of a rich country helping a poor country does not adequately address the complex determinants of health in the world today.

37 Moreover, the fragile relations between humankind and its natural environment pose additional collective challenges. In only a limited way has the use of the term global health included the inter-connectedness of human health with our planet Earth’s health. Yet the Earth’s health is key to the sustainability of our desired improved health (Agenda 21, 1992).

Unclear boundaries and multiple usages

38 There are a variety of understandings of the term “global” as applied to policies and actions claiming to affect global health. Private actors, often in partnership with public institutions, are often focused on (or biased towards) some diseases or populations (not “for all”), specific health system approaches often only focused on the target disease and its interventions (not “in all”), or based on governance structures that have leveraged a wide set of actors towards global results but where representation is biased by the weight of the economic capacities and contributions (limited “by all”). The growing influence of focused approaches by private and public actors also determines the policy-in-action of international organizations and especially the role of WHO in global governance for health. However, this distortion is recognized by WHO and will hopefully be addressed through the organization’s ongoing reform process.

39 Global health policies in the countries or international entities that have adopted one also offer different views of and strategies for the “global” dimensions of health. The US and Japan equate global health with support to the health needs of those most neglected in developing countries. These countries link global health efforts with their development aid, and provide concrete, attributable budgets and results. The UK, Switzerland and the European Union focus on the wider range of policies and actors influencing the health of all, both their national citizens and the rest of the world, but remain vague on health aid budgets toward that aim.

40 In view of this variety of understandings and actions in the name of “global health“, one could surmise that some of the popularity of the term global health is due to its wide applicability: many feel comfortable with its use and only accountable to their own interpretation. In some contexts global health seems to be more a “brand name” than a robust concept – a politically expedient term to denote any program dealing with health outside of one’s own country, while appealing to an ideal of broad reach and holistic focus. Yet despite this variation in – and perhaps even co-optation of – the term, strong themes emerge in understandings of global health.

Common grounds, yet neglected principles

41 The world’s shared health objective was defined in 1945 in the constitution of WHO, which now has been signed onto by all member states of the United Nations. It aims at the attainment by all peoples of the highest possible level of health.

42 As revealed in the analysis and mentioned earlier in the discussion, while these principles have been incorporated in many national policies and actions, several of the policies and initiatives championing their own concept of global health take different approaches. While each global actor on its own cannot – and should not – aspire to ameliorate all three global dimensions of health, collective action under strong leadership and governance should progress towards them. Individual actors should also strive to help, not hinder these principles on a global scale.

43 At present, as detailed below, collective action is not clearly progressing on the three global health principles. Further, no clear targets or indicators have been agreed regarding mainstream

efforts and progress towards the common goal of attainment by all peoples of the highest possible level of health. The principles can also be seen as dimensions of global health.

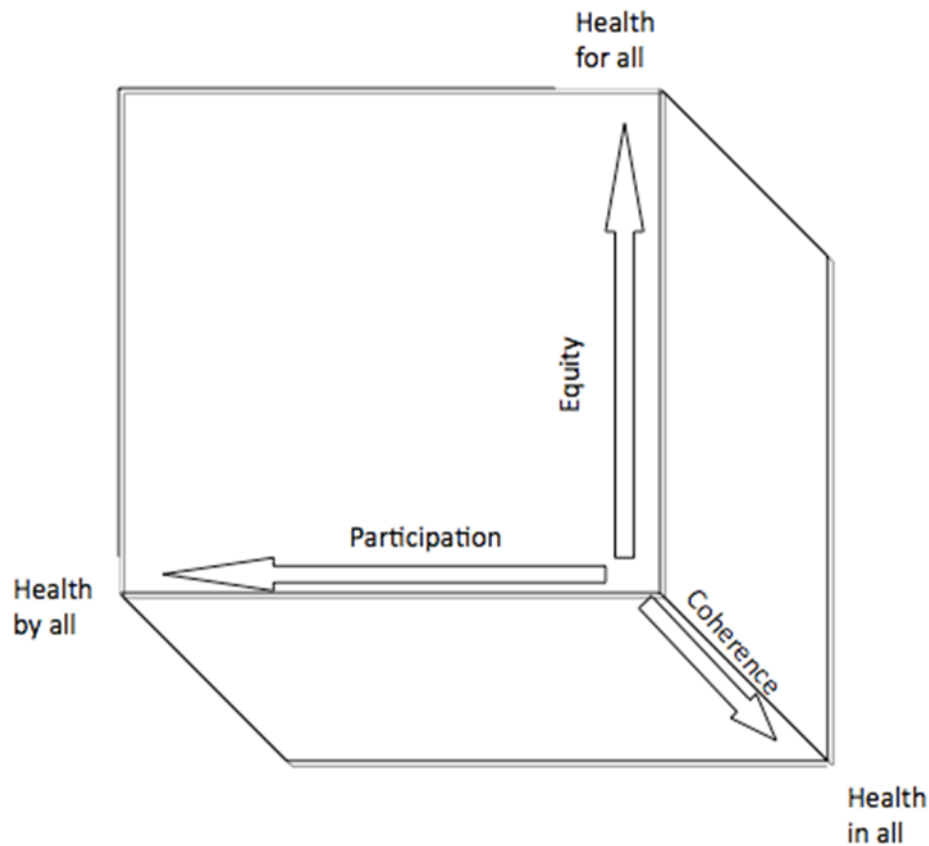


Figure 5: Principles and vectors of global health

Health for all

44 1945 marked the creation of the WHO constitutional objective: the attainment by all peoples of the highest possible level of health. Few would disagree that this objective remains as relevant today as it was 65 years ago, if not more so. While the understandings of health may have cultural connotations and the measurements of the quality of health may be subject to interpretations, life expectancy is a horizon that most persons and communities wish to see extended as long as possible.

45 Less frequently measured is how that best (ideally healthy) life expectancy applies to all: how the gaps in the world are narrowed, or how we progress in improved global health equity. In developed countries, analysis indicates that health gaps within countries have widened in correlation with growing income disparities (Wilkinson and Pickett, 2009). At the global level, between countries and income regions of the world, there has been little, if any, advancement on global health equity in the last 20 years (J. Garay, 2012). The Commission on Social Determinants for Health has recommended further research into ways to measure global inequity so as to enable regular monitoring of progress (2008).

Health by all

46 In 1978, the Declaration of Alma-Ata emphasized the crucial role of community participation in improved health (Article V). The dimension of health by all requires the democratic and empowered - and thus, informed and enabled - participation of the people, including the groups with the highest burden of disease and the main actors involved in health policies and actions. It should include an open, inclusive and transparent process including situation analysis, priority setting, decision-making, budgeting, and implementation and monitoring of policies and actions. Many national policies respect and promote this type of inclusive approach. However, health decisions ever more frequently escape the (perhaps theoretically) democratic national and global governance frameworks. Health is progressively influenced by

the wide scope of the market-related and communication-related factors, and private actors of the “globalized health economy” in their profit and/or philanthropic objectives. This shift has the potential of harnessing greater energies but the risk of inequity on the one hand and arbitrary, restrictive choices on the other.

47 The ongoing reform process of WHO is an example of this challenge. Private and public-private initiatives have influenced WHO’s role in global governance for health; the organization suffers from a very low share of core or flexible funding (as compared with funding earmarked according to priorities by donors) to carry out the democratic mandate (“by all”) of the World Health Assembly (WHO Director General, 2011). WHO, while recognizing the distorting effects of earmarked support, funds its very reform process through donations from the Bill and Melinda Gates Foundation (WHO, 2011c).

48 An index of the degree of inclusiveness (scope of stakeholders), representation (their democratic representation of society) and scope of participation (throughout the health policy/program/project cycle), would enable the measurement of this dimension of global health.

Health in all

49 The health of individuals and populations is dependent on a host of environmental, economic, social, and political factors. The dimension of health in all requires impact assessments for relevant policies as proposed by the Ottawa Charter for health promotion. At the national level, many health strategies have involved other relevant sector policies and introduced health impact assessments of relevant actions potentially influencing health conditions and/or outcomes. At global level, there is recognition by ECOSOC (2009) and by many resolutions of the World Health Assembly of the need to relate health actions and relations with other international and trans-territorial policies, agreements and dynamics. For example, the effects of health aid may in some cases be neutralized by trade or migration agreements that limit the access to essential medicines (Westerhaus, 2006) or the availability of health professionals (Kirigia, 2006:89). As at national level, those potential effects require health impact assessments. Such assessments are seldom done in current global relations. A composite index measuring the coherence across relevant international policies and agreements towards improved health would facilitate the assessment of this dimension.

50 In order to galvanize efforts towards the shared goal of attainment by all peoples of the highest possible level of health, collective action should be better harmonized around the three principles of global health hereby proposed: health for all, health by all and health in all. The Commission on Social Determinants for Health has already recommended the definition of goals and indicators to measure and progress towards global health equity. Such need also applies to the dimensions of participation towards health by all, and to coherence across global policies towards health in all. In the current complex landscape of global health, renewed and strong leadership by WHO is required for this aim.

Conclusion

51 Health dynamics worldwide are complex and, with increased globalization, ever more linked to a variety of factors and actors around the globe. The term “global health” has replaced much of the conceptual space earlier referred to as international health, while adding new focus. While the definitions of global health relate to the widening scope of influences on global health, the usage of the term varies across actors. There is common ground, through international agreements, in the objective of improved health of all peoples and in the principles that should inform policies and actions towards it. These can be summarized as health for all people, through health by all actors, and health in all policies. While some of these principles have inspired national strategies and have proven effective for better health (World Health Organization, 2011d), collective action is not yet progressing towards improved global health by using these principles.

52 These principles are not in themselves fine-grained enough to guide prioritization of funding and interventions. Prioritization is a huge challenge, and an important one given that resources are always finite. However, the principles will hopefully serve as the basis for a more concrete approach to measuring progress towards global health. The vectors driving progress towards

these principles – equity towards health for all, participation towards health by all and coherence in policies towards health in all – require agreed targets and measurable indicators. Renewed and strong governance for global health should serve to galvanize a diverse set of actors towards the common goal of improved global health.

Bibliographie

- BOZORGMEHR, K., 2010. « Rethinking the 'global' in global health: a dialectic approach », *Globalization and health*, 6:19.
- 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*, 96(1): 62-72.
- Communication of the European Commission, 2010. The EU Role in Global Health, COM 128 final [online], http://ec.europa.eu/development/icenter/repository/COMM_PDF_COM_2010_0128_EN.PDF (page consulted on 7/7/2012).
- CARPENTER, E. & MCLUHAN, M. (eds), 1960. Explorations in Communication. Boston, Beacon Press.
- Commission on Social Determinants of Health, 2008. Closing the Gap in a Generation: Health Equity through Action on the Social Determinants of Health. Final Report of the Commission on Social Determinants of Health, World Health Organization.
- Council of the European Union, 2011. Council conclusions on the EU role in Global Health, Brussels.
- Division for Sustainable Development, 1992. Agenda 21 [online], http://www.un.org/esa/dsd/agenda21/res_agenda21_00.shtml (page consulted on 7/7/2012).
- ECOSOC, 2009. Ministerial Declaration 2009 High Level Segment: Implementing the Internationally Agreed Goals and Commitments in Regard to Global Public Health, Geneva. Available at: http://www.un.org/en/ecosoc/julyhls/pdf09/ministerial_declaration-2009.pdf (page consulted on 7/7/2012).
- Executive Board of the World Health Assembly, 2009. Primary health care, including health system strengthening [online], www.who.int/hrh/resources/A62_12_EN.pdf (page consulted on 7/7/2012).
- Federal Department of Home Affairs & Federal Department of Foreign Affairs, 2006. Swiss Health Foreign Policy: Agreement on health foreign policy objectives.
- GARAY J., 2012. Global health (GH)= GH equity= GH Justice= Global Social Justice: The Opportunities of Joining EU and US Forces Together. [online] <http://eucenter.berkeley.edu/newsletter/winter12/garay.html>. (page consulted on 7/7/2012).
- Global Health Education Consortium, 2011. Global Health vs. International Health: What is the Difference? [online], <http://globalhealtheducation.org/Pages/GlobalvsInt.aspx> (page consulted on 7/7/2012).
- Global Health Initiative. US Global Health Initiative [online], <http://www.ghi.gov/> (page consulted on 7/7/2012).
- Global Health Security Initiative. Overview: global health security initiative (GHSI) [online], <http://www.ghsi.ca/english/background.asp> (page consulted on 7/7/2012).
- Google Books Team, Google Books Ngram Viewer [online], <http://books.google.com/ngrams> (page consulted on 7/7/2012).
- HAINES, A., FLAHAULT, A. & HORTON, R., 2011. « European academic institutions for global health », *Lancet*, 377 (9763): 363-365.
- HM Government, 2008. Health is global: a UK Government strategy 2008-13 [online], http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH_088702 (page consulted on 7/7/2012).
- Institute of Medicine, 1988. The future of public health, National Academy Press, Washington, DC.
- KICKBUSCH, I., 2011. « Global health diplomacy: how foreign policy can influence health », *BMJ* (Clinical research ed.), 342: d3154.
- KIRIGIA JM, GBARY AR, MUTHURI LK, NYONI J, SEDDOH A., 2006. « The cost of health professionals' brain drain in Kenya », *BMC Health Services Research*, 6: 89.
- KLEIN, E., 1971. A Comprehensive Etymological Dictionary of the English Language., Amsterdam, Elsevier Scientific Publishing Co.

KOPLAN, J.P., BOND, T.C., MERSON, M.H., REDDY, K.S., RODRIGUEZ, M.H., SEWANKAMBO, N.K., WASSERHEIT, J.N. & Consortium of Universities for Global Health Executive Board, 2009. « Towards a common definition of global health », *Lancet*, 373(9679): 1993-1995.

MICHEL, J.B., SHEN, Y.K., AIDEN, A.P., VERES A., GRAY MK.; Google Books Team, PICKETT JP., HOIBERG D., CLANCY D., NORVIG P., ORWANT J., PINKER S., NOWAK MA., AIDEN EL., 2011. « Quantitative analysis of culture using millions of digitized books », *Science* (New York, N.Y.), 331(6014): 176-182.

Ministry of Foreign Affairs of Japan, 2010. Japan, Global Health Policy 2011-2015.

OED Online, 2011. global, adj. [online], <http://www.oed.com/view/Entry/79019?redirectedFrom=global>. (page consulted on 7/7/2012).

OED Online, 2011. international, adj. and n. [online], <http://www.oed.com/view/Entry/98072?redirectedFrom=international>. (page consulted on 7/7/2012).

STUCKLER, D. & MCKEE, M., 2008. « Five metaphors about global-health policy », *Lancet*, 372(9633): 95-97.

SUMNER, A., 2010. Global Poverty and the New Bottom Billion: What if Three-Quarters of the World's Poor Live in Middle-Income Countries?, Institute for Development Studies.

The Economist, 2010. Crumbs from the BRICs-man's table: Emerging powers have helped poorer nations weather the global recession.

United Nations, 2011. Millennium Development Goals [online], <http://www.un.org/millenniumgoals/> (page consulted on 7/7/2012).

United Nations General Assembly, 2010. Global Health and Foreign Policy.

WILKINSON R, PICKET K., 2009. Why greater equality makes societies stronger: the spirit level. Bloomsbury Press.

WESTERHAUS M, CASTRO A., 2006. « How Do Intellectual Property Law and International Trade Agreements Affect Access to Antiretroviral Therapy? » *PLoS Med* 3(8): e332.

World Health Organization, 2006. Engaging for Health: 11th General Programme of Work, 2006-2015, A Global Health Agenda.

World Health Organization, 1946. Preamble to the Constitution of the World Health Organization.

WHO Director General, 2011. The future of financing for WHO. World Health Organization: reforms for a healthy future. A64/4.

World Health Organization, 1978. Article IV: The people have the right and duty to participate individually and collectively in the planning and implementation of their health care [online], whqlibdoc.who.int/publications/9241800011.pdf (page consulted on 7/7/2012).

World Health Organization, 1986. Ottawa Charter for Health Promotion, First International Conference on Health Promotion, Ottawa, 21 November 1986 - WHO/HPR/HEP/95.1 [online], <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/> (page consulted on 7/7/2012).

World Health Organization, 2010. The world health report: health systems financing: the path to universal coverage, World Health Organization, Geneva.

World Health Organization, 2011a. Global Health Diplomacy: Working Papers [online], <http://www.who.int/trade/diplomacy/en/> (page consulted on 7/7/2012).

World Health Organization, 2011b. Global Health Governance: Working Papers [online], <http://www.who.int/trade/GHG/en/index.html> (page consulted on 7/7/2012).

World Health Organization, 2011c. WHO reform, Annex. WHA64.2.

World Health Organization, 2011d. Case studies on social determinants of health [online], http://www.who.int/sdhconference/resources/case_studies/en/index.html (page consulted on 7/7/2012)

Annexe

Table 1: annex

Notes

1 The Ngram viewer searches for terms in 5.2 million books, that is, 4% of all books ever published. It quantifies the frequency of a term in a specific corpus [e.g. books written in English] per year as a percentage of all terms with the same number of words or punctuation in the corpus in that year (Michel, 2011:176-182). Thus, frequencies of terms can only be meaningfully compared to each other when they contain the same number of words or punctuation; otherwise, they can most usefully be compared to their own frequencies over time. The frequency is the total number of times the term is used, not the total number of books in which it is used. The search is case specific; to standardize, only lower-case terms were used.

2 Karen Grepin's Global Health Blog includes a January 2011 post entitled "The rise of global health: global health vs. international health", with a Google Ngram figure of the same terms. <http://karengrepin.com/2011/01/rise-of-global-health-global-health-vs.html>.

3 Terms used for Russian: global health – глобального здравоохранения, international health – международные медико-санитарные. Terms used for Chinese: global health – #####international health – #####.

Pour citer cet article

Référence électronique

Juan GARAY, Laura HARRIS et Julia WALSH, « Global health: evolution of the definition, use and misuse of the term », *Face à face* [En ligne], 12 | 2013, mis en ligne le 16 octobre 2013, consulté le 20 mai 2015. URL : <http://faceaface.revues.org/745>

À propos des auteurs

Juan GARAY

1049 Bruxelles/Brussel,BELGIQUE/BELGIË,(0032) 229-57173, juan.garay@ec.europa.eu.MD, MPH, MSc is Principal Administrator in Health policies and programmes at the European Commission's Directorate General for Development. While writing this article he was a visiting scholar at UC Berkeley School of Public Health.

Laura HARRIS

BA is a Masters student at UC Berkeley School of Public Health.

Julia WALSH

MD, DTPH is an adjunct professor at UC Berkeley School of Public Health.

Droits d'auteur

Tous droits réservés

Résumés

During the past two decades, use of the term global health has substantially outstripped that of international health. Related words show similar trends. Although organizations, policies, and resolutions have articulated varied definitions of the term, global health is commonly viewed as emphasizing health of all people around the world, as pertaining to health issues that transcend national borders, and as influenced by a large scope of factors and partners. Based on the definition of the term global health and its differences with international health, principles of global health should include the following:

Health for all (driven by equity and aimed at reaching all people in the world);

Health by all (health as influenced and improved by a broad scope of actors), and

Health in all (health in all policies including those influencing social and environmental determinants).

Collective action should aim to bring these guiding principles into balance in service of the shared objective of the attainment by all peoples of the highest attainable state of health.

Au cours des deux dernières décennies, l'utilisation du terme santé globale a largement dépassé celui de la santé internationale. Ce sont des termes proches qui présentent des tendances similaires. Bien que des organisations, des politiques et des résolutions ont élaboré des définitions variées du terme, la santé globale place l'individu au cœur d'un système, mettant l'accent sur la santé pour tous, transcendant les frontières et influencée par un grand nombre de facteurs et de partenaires. Sur la base de la définition du terme santé globale et ses différences avec la santé internationale, les principes fondateurs de la santé globale devraient comprendre :

La santé pour tous régie par le principe d'équité et visant à atteindre tous les individus.

La santé par tous (la santé, promue par l'étendue très large d'acteurs.

La santé dans tout (la santé dans toutes les politiques, y compris celles influençant les déterminants sociaux et environnementaux).

L'action collective devrait chercher à mettre ces principes au service d'un objectif commun : parvenir à un meilleur état de santé possible par tous.

José Roberto FERREIRA, Claudia HOIRISCH et Paulo Marchiori BUSS

Global Governance for Health

Avertissement

Le contenu de ce site relève de la législation française sur la propriété intellectuelle et est la propriété exclusive de l'éditeur.

Les œuvres figurant sur ce site peuvent être consultées et reproduites sur un support papier ou numérique sous réserve qu'elles soient strictement réservées à un usage soit personnel, soit scientifique ou pédagogique excluant toute exploitation commerciale. La reproduction devra obligatoirement mentionner l'éditeur, le nom de la revue, l'auteur et la référence du document.

Toute autre reproduction est interdite sauf accord préalable de l'éditeur, en dehors des cas prévus par la législation en vigueur en France.

revues.org

Revues.org est un portail de revues en sciences humaines et sociales développé par le Cléo, Centre pour l'édition électronique ouverte (CNRS, EHESS, UP, UAPV).

Référence électronique

José Roberto FERREIRA, Claudia HOIRISCH et Paulo Marchiori BUSS, « Global Governance for Health », *Face à face* [En ligne], 12 | 2013, mis en ligne le 21 octobre 2013, consulté le 20 mai 2015. URL : <http://faceaface.revues.org/801>

Éditeur : IRD - INSERM - Université de la Méditerranée Aix-Marseille
<http://faceaface.revues.org>
<http://www.revues.org>

Document accessible en ligne sur :
<http://faceaface.revues.org/801>
Document généré automatiquement le 20 mai 2015.
Tous droits réservés

José Roberto FERREIRA, Claudia HOIRISCH et Paulo Marchiori BUSS

Global Governance for Health

Introduction

- 1 Human health is undoubtedly the result of complex biological and socio-historical process. It is profoundly conditioned by the so-called « social determinants of health ». This area acknowledged set of factors that are distributed according to the social gradient, rendering health inequities as the basis for health problems and for the situation of individual and public health. To act effectively on human health and attain positive results it is necessary to address the social determinants of health which are of a political, economic, social, cultural and also environmental nature (Buss, Pellegrini, Filho, 2007), and are strongly influenced by the processes of production and consumption (Buss et al, 2012).
- 2 These influences are exerted by the complex processes that develop in all the dimensions mentioned above under « socio-geographic territories » where the populations live. For this reason, human health is influenced by political, social and economic processes at local, national and even global levels.
- 3 These processes generate significant evidence, which, among others, include consensus that the mode of development (mode of production and consumption, distribution of power, money and resources) is the basis of social and health outcomes. These are characterized by social and sanitary global inequities between and within countries, becoming « the causes of causes » as stated in the document of the Commission on Social Determinants of Health (CSDH, 2007).
- 4 On the other hand, as the basic document of the Lancet-UiO Commission points out, the way in which the “global governance” of the sectors that have an impact on global governance for health is organized is as important as the internal governance of the sector, namely « global health governance » (LANCET, 2011).
- 5 This paper is a critical thinking that highlights some important aspects to be considered in the current debates on a controversial and political subject, namely “governance in health” and suggests ways to move forward.

The status of « global governance for health »

- 6 The current global changes (and challenges) include, among others, the displacement of populations, goods and services, monetary resources, ideas and information in such a way that they intercept or even transcend the geographical boundaries (known as globalization) as well as global environmental change, such as climate change and desertification. All of these dimensions and others have a strong influence on the living and health conditions of people globally and within any country.
- 7 One should avoid trying to understand this complex process, and initially examine its component parts. The expression of its various parts results in the whole which is explained by the profound structural crisis of the capitalist industrial civilization itself that affects the world today, with its productivism and consumerism, driven by the incessantly growing accumulation of wealth. The goal of business growth at any cost was favored by liberalization, deregulation and flexibilization, all the while dismantling the inherent capacity to promote rights and the regulatory ability of States. The result has been the coexistence of excessive abundance with extreme poverty, with major repercussions for human health and the environment.
- 8 The social justice agenda (which does not go as far as changing the causes of injustice) was relegated to the so-called Millennium Development Goals (MDGs). These consist of eight points, which in addition to not being very ambitious, are restricted to just three in the area of health dealing more specifically with disease, whereas in fact almost all of them are strongly linked to living and health conditions, highlighting in particular the importance of the reduction of poverty. Thus, the post-MDGs phase will not lead to compensatory policies, but to the

political will to change the way societies, their economies and distribution of power, resources and money are organized.

9 At the global level, there are forces at play that are organized according to dominant modes of production and consumption², the complexity of which needs to be carefully analyzed in view of the powerful influence they have on development and human and environmental health in each and every one of the countries.

10 Multilateralism, represented by the United Nations has been increasingly depleted while the G8 has grown in importance, under the leadership of some of the most developed countries. In the midst of the crisis, there emerges the G20, an expansion of the closed club of world power of the G8, which does not change the essence of the asymmetry of power and the domination that it fosters. The most important guidelines on other mega-players on the global scene emanate from the G8 and the G20: World Bank (WB), International Monetary Fund (IMF), World Trade Organization (WTO), World Intellectual Property Organization (WIPO) and some others.

11 The governments of developed countries for their part have been more concerned with solving the crisis of private financial capital, established since 2007 and the eradication of speculative capital that is now occurring on the stock exchanges around the world, than with the multiple sub-crises arising from the aforementioned structural crisis. These are the crises of climate, food, sanitary, unemployment, living conditions, political and ethical values, which are affecting billions of people around the world.

12 The developing world, for its part, is of little or no account as usual. It has been manipulated in accordance with the economic interests of the major powers, limited in general to providing cheap labor, basic consumer goods and markets, commodities necessary for the transformation industry of the developed countries and space for the dirtiest and most pollutant work.

13 Inequities in health possibly constitute the most important challenge facing global health that persists in spite of the increase in funding and foreign aid programs. Despite the governments of sub-Saharan Africa doubling their spending per capita on health in the period from 2000 to 2008, international aid for health increasing from US\$ 6 billion in early 1990 to US\$ 10 billion in 2000 and rising to US\$ 27 billion in 2010; despite various programs being introduced including the Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria and bilateral programs such as the U.S Global Health Initiative and others, these combined efforts failed when dealing with the unfair distribution of the burden of disease (Gostin, 2012: 2087).

14 The rise of some emerging power blocks, such as the BRICS– Brazil, Russia, India, China and South Africa –might eventually bring more negotiating power that could change the situation, especially with the financial crisis that is now spreading into other areas. However, these emerging economies do not alter the dominant paradigm, as they focus their ambitions on rapid growth at any cost, with socio-environmental and health impacts, making them part of the problem instead of the solution. On the other hand, major differences between countries involved in this initiative, and marked inequalities in each of them, can be an additional hardship.

THE GLOBAL ECONOMIC AND SOCIAL CRISIS AND HEALTH: PRELIMINARY CONSIDERATIONS

15 Among the forces present in the prevailing mode of production and consumption one finds the concentration of wealth and power in the central countries of global capitalism and in major transnational corporations, which are no longer confined to the traditional boundaries of nation states. The Euro-American economic crisis of 2008, which has yet to reach its climax, is a perfect example of this issue. It started in the real estate and financial markets in the United States and Europe, turned into a crisis of sovereign States due to the crisis rescue of some powerful financial institutions in the private sector, which in turn led to a crisis in the public sector. In other words, profits are privatized and losses are socialized.

16 One of the worst consequences of the Euro-American crisis, transformed into a global crisis due to the inherent nature of markets, was brutal unemployment, which afflicts a multitude of nations, with the impressive and well-known detrimental effects on human health.

17 Also the food and environmental crises, both with powerful influences on human health, underscore the need to identify effectively where global governance of these two dimensions lies and what their tendencies and orientations are. The tracking of these specific sub-crises may provide clues and generate recommendations on the governance of modes of production and consumption that underpin it.

Some proposals for action

18 The United Nations will review the MDGs in 2015, which will possibly redefine the agenda for health and development in the coming decades. There is a global coalition of civil society and academia in the south and north -The Joint Action and Learning Initiative on National and Global Responsibilities for Health (JALI) - , which advocates a Framework Convention on Global Health (FCGH) (Gostin et al, 2010). It was recently endorsed by the UN Secretary-General and JALI will rethink global governance for health, offering a new post-MDGs vision. Although creating a bold global health treaty, it is an enormous task that may start as a « soft » non-binding legal instrument, namely a Framework for Global Health (Gostin, 2012: 2088).

19 The objectives of a Framework Convention on Global Health are: to define State's responsibilities for the health of their populations; to define the international responsibilities to provide sustainable funding; to stipulate global health priorities to improve health and reduce inequities; to coordinate fragmented global health activities; to redefine Global Governance for Health and ultimately provide strong global health leadership (Gostin, 2012: 2088-2091).

20 To play a positive role in global governance and achieve outcomes in health, it will be necessary to concentrate on the field of « equitable development » between regions and countries, as well as within national societies.

21 In order to achieve this, it is necessary to forge a new political pact around are formed United Nations, with the broadest and most fluid connection between its various agencies, some of which could be closed down, with their functions transferred to other similar agencies. In the specific case of health, it makes no sense for there to be the World Health Organization (WHO), the Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS) and The International Drug Purchase Initiative (UNITAID) – an international facility for the purchase of drugs against HIV/AIDS, Malaria and Tuberculosis – the last two initiatives, for example, to treat a single disease, namely AIDS. The restructuring of the United Nations would reduce its expensive bureaucracy and increase its effectiveness.

22 Nowadays, the WHO – the main actor in global governance for health –is being profoundly queried, with special emphasis on the reform process proposed by the Member States and to be led by them in a participatory and transparent manner.

23 In the draft strategic overview of the Twelfth General Programme of Work of the WHO (2014-2019) « equity and social justice », « global solidarity » and « determinants of health » were presented as general principles and values, which are in our opinion important albeit insufficient guidelines. The programme includes five categories, two of which are based on diseases: communicable diseases; no communicable diseases; health through the life course; health systems; and preparedness, surveillance and response (WHO, 2012a).

24 Efforts in the reform process should be guided by the strategic vision of « health and development » and that the « health and welfare of all people should be the driving force and not primarily disease » (WHO, 2012b).

25 Throughout the discussions of the reform process there was a dilution of the « health and development » equation as a strategic objective of the WHO, which represents an unacceptable step backwards in terms of the fundamental role that the Organization should play in this field (WHO, 2012c). Moreover, « health and development » not featuring in a work program that covers a period in which, in 2015, the Millennium Development Goals (MDGs) will be revised, seems incongruous and even detrimental to the proposals to keep health as the highest priority on the global agenda.

26 The inclusion of a category called « Health, Determinants and Sustainable Development » to address these issues, as well as underpin and guide the work of other sectors of the WHO, UN agencies and Member States is paramount.

- 27 In the operational area, the future should see the update of development planning under the aegis of the State, based on the tripod: ethical and social goals – ecological conditionality – economic viability. There must be a planning capable of articulating a quadripartite cooperation between States – guided by a developmental and non-recessive vision – businessmen, workers and organized civil society. In addition to this, there must be planning linked to the proper functioning of democracy at all levels, from local to national and to the supranational/global.
- 28 It will be very important to articulate programs of international scientific and technical cooperation at the global level, organized under the aegis of the United Nations and according to the « geography of biomes » and not to territorial proximity. It requires the horizontal exchange via the parallels and not via the meridians.
- 29 For this new pattern of political and technical cooperation to expand, the role of the United Nations is essential in the context of a « renewed multilateralism ». This must include a cross-sectoral approach that promotes the development of all the millennium goals, ideally extended to the post-2015 period. Thus, in order to finance a process such as this the United Nations should create an inclusive and sustainable fund for development, which could be financed with the fulfillment of the commitment to allocate 0.7 % of GDP as a contribution to the development of poorer countries (not honored so far by the majority of developed countries). In addition to this there should be the introduction of the Tobin Tax to curb financial speculation and possible tolls on the use of airspace and oceans, charged to airplanes and ships that are using the communal property of humanity (Sachs, I., 2012: 16).
- 30 By way of conclusion in the context of current globalization, we stress the importance of attaining and preserving equity in health, reducing poverty with potential economic restructuring and reorganization of production and the labor market. This should be implemented with innovations in the international community, which include improving and expanding development assistance, debt relief and international trade mechanisms. It also calls for making more resources available for health systems and addressing the social determinants of health.
- 31 This analysis essentially highlights the importance of reviewing the Millennium Development Goals for the post-2015 period in the context of globalization and in light of the current economic crisis and the reforms being discussed at a multilateral level to ensure health governance for an equitable development in the modern world.

Bibliographie

- BUSS, P.M., PELLEGRINI FILHO, A., 2007. A Saúde e seus Determinantes Sociais. *Physis. Rev. Saude Coletiva*. Rio de Janeiro. Volume. 17. Issue1. Pages 77-93. [on line]. Available from : <http://www.scielo.br/pdf/physis/v17n1/v17n1a06.pdf>. Accessed 9 July 2012.
- BUSS, P.M., Machado, J.M.H. , Gallo, E., Magalhães, D. P., Setti, A. F. F., Netto, F. A. F. , Buss, D. F. , 2012. Governança em saúde e ambiente para o desenvolvimento sustentável. *Cienc.SaudeColetiva*. Volume 17.Issue. 6. Pages 1479-1491. Rio de Janeiro. June 2012. [on line]. Available from : http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232012000600012&script=sci_arttext. Accessed 9 July 2012.
- CSDH, 2007. Achieving Health Equity : from root causes to fair outcomes. Interim Statement. 2007.
- Commission on the Social Determinants of Health, 2008.« *Closing the gap in a generation* ». [on line]. Available from : www.cmdss2011.org. Accessed 12 July 2012 Accessed 9 July 2012.
- GOSTIN, L.O., OOMS, G., HEYWOOD, M., HAELD, J., MØGEDAL, S., RØTTINGEN, J.A., FRIEDMAN, E.A., HARALD, S., 2010. The Joint Action and Learning Initiative on National and Global Responsibilities for Health. World Health Report, 2010. Background Paper, 53.[on line]. Available from : http://www.who.int/healthsystems/topics/financing/healthreport/JALI_No53.pdf. Accessed 16 July 2012.
- GOSTIN, L. O., 2012. « A Framework Convention on Global Health : Health for All, Justice for All ». Georgetown Public Law and Legal Theory Research Paper No. 12-066. Georgetown Business, Economics and Regulatory Law Research Paper No. 12-019. *JAMA*, May 16, 2012 – Volume307, Issue. 19. Pages 2087-2092. [on line], Available from : <http://scholarship.law.georgetown.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1972&context=facpub>. Accessed 13 July 2012.

GRZYBOWSKI C., 2011. « Não deixemos passar a hora ! » *Le Monde Diplomatique Brasil*, December 2011, p.

LABONTÉ, R, SCHRECKER, T., 2007 « Globalization and social determinants of health: Promoting health equity in global governance. Part 3 of 3 ». *Globalization and Health* 2007, Volume 3, Issue7, Pages 1-15.

OTTERSEN, O.P. , FRENK, J, & HORTON, R. University of Oslo Commission on Global Governance for Health, in collaboration with the Harvard Global Health Institute. *The Lancet*, 5 November 2011. Volume 378, Issue 9803, Pages 1612-1613.

NG, N. Y. ; RUGER, J. P.,2011. « Global Health Governance at a Crossroads ». [on line], Available from : <http://blogs.shu.edu/ghg/2011/06/21/global-health-governance-at-a-crossroads/> Accessed 15 July 2012 Accessed 9 July 2012.

SACHS, I., 2011. « Os desafios da segunda cúpula da terra ». *Le Monde Diplomatique Brasil*, dezembro de 2011, p.

SACHS, I., 2012. « De volta à mão visível : os desafios da Segunda Cúpula da Terra no Rio de Janeiro ». *Estud.av.*, São Paulo, Volume26, Issue74, 2012. Pages.5-20. Available from : <http://www.scielo.br/pdf/ea/v26n74/a02v26n74.pdf>. Accessed : 23 July 2012.

World Conference on the Social Determinants of Health, 2011. « *Rio Political Declaration on the Social Determinants of Health* ». Rio de Janeiro, Brasil, Outubro 2011. [on line], Available from : www.cmdss2011.org. Accessed 10 July 2012 Accessed : 23 July 2012.

WHO, 2011. « *WHO reforms for a healthy future* ». EBSS/2/2. [on line], Available from : www.who.int/dg/reform/en/index.html. Accessed 17 July 2012 Accessed : 23 July 2012.

WHO, 2012a. 65th WHA. A65/5 Add. 1 26 abril 2012. Provisional Agenda item 12. « WHO reform ». [on line], Available from : http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA65/A65_5Add1-en.pdf. Accessed 30 July 2012 Accessed : 23 July 2012.

WHO, 2012b. The Brazilian perspective on Rio+20 and its link to the World Conference on Social Determinants of Health. BUSS, P.M. PAHO Seminar, 6 June 2012.

WHO, 2012c. 65th WHA. « WHO reform ». Statement by the delegation of Brazil. Geneva, May 2012.

Pour citer cet article

Référence électronique

José Roberto FERREIRA, Claudia HOIRISCH et Paulo Marchiori BUSS, « Global Governance for Health », *Face à face* [En ligne], 12 | 2013, mis en ligne le 21 octobre 2013, consulté le 20 mai 2015. URL : <http://faceaface.revues.org/801>

À propos des auteurs

José Roberto FERREIRA

Oswaldo Cruz Foundation. Av. Brasil 4.365. Manguinhos. Fiocruz Center for Global Health. E-mail : ferreirj@fiocruz.br. Tel. (55 21) 3885-1623. Former Director of the Department of Human Resources of the Pan American Health Organization (PAHO) (Washington, DC. 1974 - 1995). Doctor Honoris Causa of the University of Brasilia and the National School of Public Health/Fiocruz. Coordinator of the Fiocruz Center for Global Health (CRIS/Fiocruz, in its Portuguese acronym).

Claudia HOIRISCH

Oswaldo Cruz Foundation. Av. Brasil 4.365. Manguinhos. Fiocruz Center for Global Health. Email : claudiah@fiocruz.br. Tel. (55 21) 3885-1079. Master's degree in Business Management at the Brazilian School of Public and Business Administration, Getúlio Vargas Foundation (EBAPE/FGV). Researcher at Fiocruz Center for Global Health.

Paulo Marchiori BUSS

Oswaldo Cruz Foundation. Av. Brasil 4.365. Manguinhos. Fiocruz Center for Global Health. Email : buss@fiocruz.br. Tel. (55 21) 3885-1763. Former-President of Oswaldo Cruz Foundation (2001-2008), Director of FIOCRUZ Center for Global Health, Brazil's representative at the Executive Committee of the World Health Organization (WHO) (2008-2011), Full Member of the Brazilian National Academy of Medicine.

Droits d'auteur

Tous droits réservés

Résumés

The authors address the issue of governance in health from a critical standpoint, taking globalization as the core focus. They discuss the issue of governance in health based on the trend of stimulating world production/consumption in accordance with the interests of developed countries. The Euro-American crises and the way multilateralism is implemented contribute to the perpetuation of the « *status quo* » and hamper changes in global governance in favor of social and health equity. They also stress the role of the financial, social, environmental, climatic, food, health and ethical sub-crises and development itself, the monitoring of which can generate recommendations on global governance for health. In the quest for governance geared to « equitable development » at the global level, a broad review of the role of the United Nations from an intersectoral approach is proposed. It specifically questions the WHO reform, which is currently under discussion, and draws attention to the need to promote more effective interaction between the State, the private sector, workers and organized civil society in general. Lastly, reflections are proposed that pinpoint strategies which, in the context of globalization, may produce relevant changes in social determinants to move towards broader equity in global health.

Les auteurs abordent la question de la gouvernance en matière de santé sous une perspective critique, ayant comme axe la mondialisation. Ils discutent la question de la gouvernance en matière de santé ayant pour base la tendance de stimulation à la production/consommation mondiale selon les intérêts des pays développés. La crise euro-américaine et la façon par laquelle le multilatéralisme est mis en œuvre, contribuent pour perpétuer « le statu quo » et rendre difficile des changements de la gouvernance mondiale au profit de l'équité sociale et de la santé. Ils soulignent également le rôle des sous-crises financière, sociale, environnementale, climatique, alimentaire, sanitaire, éthique et du développement lui-même, dont le suivi peut générer des recommandations à propos de la gouvernance mondiale en matière de santé. À la recherche d'une gouvernance adaptée à un « développement équitable » à l'échelle mondiale, ils proposent une révision approfondie du rôle de l'Organisation des Nations Unies, à partir d'une approche plus intersectorielle, mettant en cause, en particulier, la réforme qui est en discussion à l'OMS et attirant l'attention sur le besoin de promouvoir une articulation plus efficace entre l'État, le secteur privé, les travailleurs et la société civile en général. Et pour conclure, des réflexions qui indiquent les stratégies qui, dans le contexte de la mondialisation, peuvent produire des changements dans les déterminants sociaux, dans le but d'avancer en direction d'atteindre mondialement une plus grande équité en matière de santé.

Os autores abordam a questão da governança em saúde numa perspectiva crítica, tomando como eixo a globalização. Discutem a questão da governança em saúde com base na tendência de estímulo à produção/consumo mundial segundo os interesses dos países desenvolvidos. A crise euro-americana, e a forma como o multilateralismo é implementado, contribuem para perpetuar o « *status quo* » e dificultar mudanças da governança global em prol da equidade social e em saúde. Assinalam, ainda, o papel das sub-crises financeira, social, ambiental, climática, alimentar, sanitária, ética e do próprio desenvolvimento, cujo rastreamento pode gerar recomendações sobre a governança global em saúde. Na busca de uma governança ajustada a um « desenvolvimento equitativo » em nível global, propõem uma ampla revisão do papel das Nações Unidas, a partir de uma abordagem mais intersectorial, questionando, em especial, a reforma que vem sendo discutida na OMS e chamando a atenção para a necessidade de promover uma articulação mais efetiva entre o Estado, o setor privado, os trabalhadores e a sociedade civil organizada em geral. Concluem com reflexões que apontam para estratégias

que, no contexto da globalização, podem produzir mudanças nos determinantes sociais relevantes para se caminhar na direção do alcance de maior equidade em saúde globalmente.

Julie CASTRO

Une histoire nationale de la gouvernance globale : la lutte contre le sida au Mali

Avertissement

Le contenu de ce site relève de la législation française sur la propriété intellectuelle et est la propriété exclusive de l'éditeur.

Les œuvres figurant sur ce site peuvent être consultées et reproduites sur un support papier ou numérique sous réserve qu'elles soient strictement réservées à un usage soit personnel, soit scientifique ou pédagogique excluant toute exploitation commerciale. La reproduction devra obligatoirement mentionner l'éditeur, le nom de la revue, l'auteur et la référence du document.

Toute autre reproduction est interdite sauf accord préalable de l'éditeur, en dehors des cas prévus par la législation en vigueur en France.

revues.org

Revues.org est un portail de revues en sciences humaines et sociales développé par le Cléo, Centre pour l'édition électronique ouverte (CNRS, EHESS, UP, UAPV).

Référence électronique

Julie CASTRO, « Une histoire nationale de la gouvernance globale : la lutte contre le sida au Mali », *Face à face* [En ligne], 12 | 2013, mis en ligne le 20 octobre 2013, consulté le 05 juin 2015. URL : <http://faceaface.revues.org/788>

Éditeur : IRD - INSERM - Université de la Méditerranée Aix-Marseille

<http://faceaface.revues.org>

<http://www.revues.org>

Document accessible en ligne sur :

<http://faceaface.revues.org/788>

Document généré automatiquement le 05 juin 2015.

Tous droits réservés

Julie CASTRO

Une histoire nationale de la gouvernance globale : la lutte contre le sida au Mali

- 1 Au Mali, alors considéré comme un bon élève de la lutte contre le sida et plus largement du « développement », éclatait en 2011 un scandale majeur. Il faisait suite aux allégations de corruption avancées par le bureau de l'inspecteur général du Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme. À la même période, trois autres pays africains étaient épinglés par le même Fonds pour des faits similaires (Djibouti, Mauritanie, Zambie), et la somme totale détournée pour les quatre pays était estimée à 34 millions de dollars. Suite à ces scandales, plusieurs pays du Nord décidèrent de suspendre leurs contributions au Fonds et, début 2012, le directeur exécutif du Fonds mondial démissionnait. Le caractère prétendument endémique de la corruption sur le continent, largement véhiculée par les discours médiatiques, fut alors mis en avant pour expliquer ces faits. C'est une toute autre lecture que je souhaite proposer dans cet article. En retraçant l'histoire de la lutte contre le sida au Mali, je montrerai que la crise de 2011 ne peut se comprendre qu'à l'aune des transformations globales de la lutte contre le sida depuis le début des années 2000, et à leurs effets singuliers dans le contexte malien.
- 2 La lutte contre le sida a en effet connu de profondes transformations depuis le début des années 2000, marquées notamment par l'augmentation considérable des fonds, la multiplication et la diversification des acteurs globaux, ou encore la mise en circulation de nouveaux modèles de gouvernance. Problème de santé d'une portée sans précédent, la pandémie du sida est apparue dès la fin des années 1990 comme un enjeu de taille tant pour le développement que pour la sécurité nationale et internationale. Une session du Conseil de sécurité en 2000, puis une assemblée générale spéciale des Nations-Unies en 2001 – tenue sous le mot d'ordre « à crise mondiale, action mondiale » – furent ainsi consacrées à l'épidémie. Aucune question de santé n'avait jusqu'alors fait l'objet d'une telle attention de la part des Nations-Unies (Chabrol, 2002). En 2000, l'épidémie se voyait aussi inscrite au nombre des Objectifs du Millénaire pour le Développement¹, véritable socle commun de la communauté internationale en matière de développement, et en 2005, le G8 s'emparait à son tour de cette question et se prononçait en faveur de l'accès universel aux traitements. Cette mise sur l'agenda politique global au début des années 2000, inédite pour une question de santé, s'accompagna de profonds bouleversements dans les modalités de la riposte. Les ressources financières disponibles augmentèrent considérablement, et notamment celles à destination des pays du Sud. Les dépenses annuelles destinées à la lutte contre le sida dans les pays à faibles et moyens revenus passèrent ainsi de moins de 300 millions de dollars en 1996 à 1,6 milliard en 2001, puis à 10 milliards environ en 2007 (Gordon, 2008).
- 3 L'augmentation exponentielle des financements disponibles suscita de nouvelles questions quant à la manière d'utiliser au mieux les fonds. Plusieurs études émanant d'organismes internationaux soulignèrent en effet qu'une grande partie des sommes allouées à la lutte contre l'épidémie soit ne parvenait jamais à destination, soit était absorbée, une fois sur place, par des procédures bureaucratiques inefficaces ou des programmes et projets peu pertinents (ONUSIDA 2006 ; Fédération Internationale des Sociétés de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge 2008). Parfois encore, les fonds demeuraient en partie inutilisés car les pays récipiendaires ne disposaient pas d'une « capacité d'absorption » adéquate, c'est-à-dire d'un ensemble d'acteurs d'envergure suffisante pour mettre en œuvre les programmes à la hauteur des sommes disponibles (ONUSIDA, 2005). Enfin, d'autres questions émergèrent quant à la division du travail entre acteurs et aux architectures institutionnelles nationales les plus adéquates. Autrement dit, comme se le demandait l'ONUSIDA en 2006 dans son rapport mondial sur l'épidémie : « comment mieux faire travailler l'argent disponible »? La gouvernance de l'épidémie fut ainsi placée sous les projecteurs, et depuis lors elle n'a cessé

d'être considérée comme l'un des enjeux clefs dans la lutte contre le sida (Poku, Whiteside, et Sandkjaer, 2007).

- 4 Mais que faut-il entendre au juste par gouvernance ? Ce terme a été mobilisé dans des acceptions très différentes en fonction des époques. La généalogie proposée par Hermet, Kazancigil, et Prud'homme (2005) met en lumière des périodes successives d'usage sans rapport les unes avec les autres. Après un premier voyage, dans les années 1930, du monde des affaires à celui des affaires publiques, ce sont les analystes politiques qui se sont emparés de ce terme dans les années 1970 pour désigner, au Nord, l'émergence de nouveaux acteurs qui n'appartenaient pas à la sphère gouvernementale traditionnelle mais jouaient néanmoins un rôle croissant dans la conduite des affaires publiques, et établissaient des relations complexes – tantôt antagonistes, complémentaires ou de juxtaposition – avec l'État (Blundo et Meur, 2008). Dans ses usages récents, la notion apparaît ainsi intimement liée à la « première vague néolibérale » et à la reconfiguration des légitimités au profit du secteur privé, et notamment du secteur privé commercial, qui la caractérise depuis la fin des années 1970. Mobiliser le terme fait donc courir le risque de naturaliser la distribution des rôles qu'elle suppose et d'occulter les enjeux politiques qui y président et en découlent. Pour ces raisons, et à la suite d'Olivier de Sardan, j'en ferai un usage strictement descriptif. La gouvernance, dans la suite du texte, désignera, à propos de l'épidémie de sida, l'ensemble des processus permettant de délivrer biens et services et l'ensemble des acteurs (étatiques et non étatiques) intervenant dans ces processus (Olivier de Sardan, 2009). Dans cette acception, la notion permet d'embrasser à la fois un large éventail d'acteurs – sans présupposer de leur légitimité ou de leur poids – et les agencements de pouvoir qu'ils dessinent.
- 5 En réponse aux préoccupations relatives à l'utilisation des fonds importants désormais disponibles pour la lutte contre le sida, plusieurs recommandations relatives à la gouvernance furent élaborées à partir des années 2000. S'inscrivant dans le cadre plus large de la réforme de l'aide au développement et plus particulièrement du consensus de Monterrey² (Global Task Team, 2005), elles aboutirent en 2004 à l'adoption des « trois principes », lesquels prévoient : l'adoption d'un cadre national commun de lutte contre le sida ; la mise en place d'un organisme national commun de coordination de la riposte au sida à représentation large et multisectorielle (c'est-à-dire incluant des représentants de la société civile et du secteur privé) ; et enfin l'élaboration d'un système commun de suivi et d'évaluation de toutes les actions menées dans la lutte contre le sida à l'échelon du pays. On le voit, c'est de tout un dispositif de gouvernance de la lutte contre le sida – comprenant un schéma institutionnel, mais aussi un ensemble d'outils et d'instruments – que les « trois principes » sont les vecteurs, illustrant la tendance à l'isomorphisme institutionnel et à la circulation d'un ensemble de normes et références globalisées (Fassin 2001 ; Gobatto 2003).
- 6 Comment ces évolutions globales de la lutte contre le sida se sont-elles traduites au Mali ? Pour répondre à cette question, je propose de suivre une trame chronologique. J'examinerai ainsi successivement trois phases : la première, celle de la montée en puissance de la lutte contre le sida au Mali, de 2001 à 2004 ; la seconde, sa période faste, combinant réformes structurelles (dont la mise en place des « trois principes ») et arrivée massive de fonds, de 2004 à 2011 ; la troisième enfin, celle de la crise de 2011. Il s'agira, tout au long de ce parcours, d'examiner la façon dont les transformations globales se traduisent dans un contexte particulier. En réinscrivant ces effets dans le champ des rapports de force et les dynamiques de l'extraversion (Bayart 1999), je mettrai en lumière les reconfigurations de pouvoir qui en ont résulté, tantôt via la redistribution des cartes entre acteurs, tantôt via les effets politiques des instruments de gouvernance eux-mêmes (Lascoumes et Le Galès 2004).
- 7 Les données sur lesquelles je m'appuierai sont issues d'une enquête débutée en 2007, combinant une ethnographie de deux programmes de lutte contre le sida (le premier de prévention auprès de la population générale dans une zone péri-urbaine, et le second de dépistage des travailleuses du sexe en contexte urbain), la réalisation d'entretiens auprès de différents acteurs de la lutte contre le sida au Mali (instances nationales, ONG étrangères et maliennes, consultants), la participation à des événements liés à la lutte contre le sida (journée annuelle de lutte contre le sida, atelier en vue de l'uniformisation des instruments de suivi et

évaluation dans la lutte contre le sida, etc.), et enfin la revue de la presse, littérature grise et scientifique relative à ces questions.

L'essor de la lutte contre le sida au Mali (2001-2004)

- 8 Le premier cas de sida au Mali est recensé en 1985, et dès 1987 la riposte nationale se formalise avec la mise en place d'un Programme National de Lutte contre le SIDA (PNLS), placé sous l'égide du ministère de la santé. Différents plans d'action se succèdent ensuite : un premier Plan à Court Terme (1987-1988), suivi de deux Plans à Moyen Terme (1989-1993 et 1994-1998). Ils permettent d'initier la sécurisation de la transfusion sanguine, d'amorcer le dépistage et de mettre en route quelques programmes d'Information Éducation Communication visant tant la population générale que des groupes considérés à risque. Il y a alors peu de financements disponibles, et l'engagement de l'État est plutôt faible. Derrière l'ébauche d'une institutionnalisation de la lutte contre le sida, il faut souligner que les actions de terrain de ces premières années résultent surtout de la mobilisation de la société civile (en l'occurrence d'ONG) bénéficiant d'appuis à l'international basés sur des relations individuelles.
- 9 Le processus de planification s'affine à partir de 1999, avec l'élaboration d'un Plan National Stratégique de Lutte contre le SIDA, mais c'est l'année 2001 qui marque un véritable tournant. Les structures de gestion du PNLS sont alors révisées : un Haut Conseil National de Lutte contre le VIH/SIDA (HCNLS), présidé directement par le Chef de l'État, est instauré. Il a pour mandat la mobilisation de toutes les composantes de la société malienne. La lutte contre le sida sort donc du ministère de la santé et accède au statut de quasi-ministère de par sa position inédite dans l'architecture politique malienne. Cette même année 2001 est lancée l'IMAARV (Initiative Malienne d'Accès aux ARV). Financée sur la réduction de dette octroyée par la Banque Mondiale dans le cadre de l'initiative PPTE³, elle est d'une portée très limitée (on compte en 2001 seulement 3 sites de services, tous payants, pour un total de 109 personnes sous ARV), et vise surtout à attirer l'attention de la communauté internationale sur le cas du Mali. Les quelques bailleurs alors présents et actifs dans la lutte contre le sida sont surtout bilatéraux ou des ONG internationales, à l'image de Care. Les actions menées au cours de cette période sont financées quasi exclusivement par ces bailleurs extérieurs, et cette tendance s'avérera pérenne.

Les beaux jours de la lutte contre le sida au Mali (2004-2011)

- 10 L'année 2004 est une année charnière à double titre : une réforme institutionnelle inspirée des « trois principes » est initiée, et de nouveaux programmes mobilisant des montants très supérieurs aux sommes jusque-là disponibles sont lancés. Penchons-nous un peu plus en détail sur ces transformations.
- 11 La mise en place des « trois principes », présentée dans les textes officiels comme émanant de la volonté politique propre des dirigeants maliens, est en fait posée en conditionnalité par la Banque Mondiale pour son programme plurinationnel de lutte contre le VIH/sida (MAP). La vision politique qui anime cette restructuration est en phase avec l'agenda de l'institution : elle repose ainsi « sur les capacités d'un organe de coordination multisectoriel fort dont le rôle serait de « faire-faire ou d'inciter à faire » à travers la réalisation d'un partenariat avec tous les acteurs impliqués : le secteur public, le secteur privé et la société civile »⁴. Le programme MAP lui-même comporte un volet se donnant pour objectif « d'influencer la capacité du secteur privé à accélérer et faire avancer l'effectivité de la réponse guidée par le gouvernement dans la lutte contre le VIH/sida. Cette composante aidera à mobiliser et renforcer le secteur privé dans ses actions de lutte contre le VIH/sida. Un soutien sera apporté à la création d'une coalition du secteur privé contre le VIH/sida » (Banque Mondiale 2004). Le secteur privé, qui jouait jusqu'alors un rôle tout à fait marginal, se voit ainsi doublement désigné comme nouvel acteur dans la lutte contre le sida par l'entremise de la Banque Mondiale, de façon directe via le programme propre de l'institution financière, et de façon indirecte via la réforme institutionnelle nationale posée en conditionnalité à ce programme.

- 12 Les « trois principes » donnent également lieu à une réorganisation du Haut Conseil National de Lutte contre le VIH/sida. Sa composition est revue afin d'accorder plus de place non seulement au secteur privé mais aussi à la société civile. La représentation est désormais égalitaire (en termes de sièges attribués) entre le secteur public, le privé, et celui de la société civile. Cette composition tripartite fait d'ailleurs plus largement écho au crédo néolibéral en vigueur dans toutes les politiques de développement et au-delà (pour le Mali, voir par exemple Thiriot (2002)). Les missions du HCNLS, précisées dans le décret n° 106/P-RM du 31 mars de la même année, attestent du rôle de chef d'orchestre qui lui incombe : il doit définir, orienter, et suivre les politiques et programmes de lutte contre le VIH/sida. Un Secrétariat Exécutif est créé⁵. Le HCNLS et son Secrétariat Exécutif demeurent sous la responsabilité directe du chef de l'État. En 2013, ce cadre institutionnel est toujours en place. A l'instar de la création d'une unique instance pour la lutte contre le sida, les deux des « trois principes » restant sont également mis en œuvre à partir de 2004 : un cadre stratégique national pour la période 2006-2010 est élaboré et rendu public un peu plus d'une année après la session inaugurale du HCNLS réformé, et la dynamique du système national de suivi-évaluation est lancée. Elle procède toutefois plus lentement, nécessitant une série d'ateliers et de concertations pour valider à la fois une série d'indicateurs globaux (dits indicateurs UNGASS) mais également, en accord avec les recommandations relatives à l'appropriation de l'aide, pour permettre l'inclusion d'autres indicateurs semblant pertinents aux acteurs engagés localement. En pratique, ce processus occasionne un surplus de travail administratif considérable : en plus d'avoir à compiler les résultats à partir des indicateurs des différents bailleurs chaque année, le Secrétariat Exécutif doit désormais en sus renseigner les indicateurs du futur système unique de suivi-évaluation, dans l'espoir que les différents bailleurs acceptent un jour d'abandonner leurs indicateurs respectifs au profit de ceux ayant fait l'objet d'un consensus au niveau global puis local.
- 13 Cette période voit aussi l'essor du *mainstreaming*, c'est-à-dire de l'intégration formelle de la lutte contre l'épidémie dans les cadres de développement aux niveaux national, sectoriel et local. Annoncée par le président de la République à partir de 2004, le *mainstreaming* prend d'abord forme dans le Cadre Stratégique pour la Croissance et la Réduction de la Pauvreté (CSCR)⁶ de la période 2007-2011 : on y lit que la lutte contre le sida est l'un des « domaines d'intervention prioritaires » de ce « cadre unique de référence à moyen terme de la politique de développement au Mali et le principal référentiel pour l'ensemble des Partenaires Techniques et Financiers dans leurs appuis au pays »⁷. Le sida figure également dans les plans du secteur sanitaire et social et dans celui de l'éducation et de la justice. Enfin, des comités sectoriels ainsi qu'une cellule sectorielle de lutte contre le sida sont créés au sein de chaque ministère et de la primature.
- 14 Qu'en est-il du côté des bailleurs ? Comment interagissent-ils avec les instances maliennes ? L'analyse des programmes des quatre principaux bailleurs de la période 2004-2009 (à savoir, par ordre décroissant de fonds alloués, le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme, la Banque Mondiale, l'USAID⁸ et la Banque Africaine de Développement) révèle la coexistence de plusieurs architectures institutionnelles, chaque bailleur attribuant des rôles différents aux instances nationales et suivant des procédures distinctes. A la fin 2008, on observait ainsi trois mécanismes de gestion des contrats et de gestion financière fonctionnant en parallèle. Le dispositif de l'USAID différait notablement des trois autres programmes. En effet, cette agence bilatérale procède par le biais d'arrangements directs entre sa structure et les Private Voluntary Organizations⁹, lesquelles sont chargées de mettre en œuvre les activités correspondant aux priorités et objectifs de l'USAID. L'agence bilatérale n'avait donc pas de rapport direct avec le HCNLS et fonctionnait à l'écart de la nouvelle architecture, pourtant censée englober et coordonner à terme tous les acteurs. Pour les trois autres bailleurs (Banque Mondiale, Banque Africaine de Développement et Fonds mondial), une architecture commune était prévue : ils devaient ainsi recourir tous trois à la même Agence de Gestion des Contrats (encore appelée Agence de Maîtrise d'Ouvrage Déléguée, elle est chargée de la passation des marchés, de la gestion des contrats avec les bénéficiaires secondaires et du suivi de leurs prestations) et à la même Agence de Gestion Financière (chargée des flux financiers et des

opérations comptables relatives aux programmes). Ces deux types d'agences sont des entités privées – cabinets d'étude, voire ONG – passant contrat avec chaque bailleur. Ce projet ne s'est pourtant pas concrétisé. Le programme de la Banque Africaine de Développement a pour ainsi dire infiltré le HCNLS, créant en son sein une unité dédiée à gestion de ses contrats et à la gestion financière du programme. Pour ce programme, le HCNLS représentait ainsi tout à la fois l'agence d'exécution, l'AGC et l'AGF : il avait en charge la planification, la coordination, la gestion financière et celle des contrats, et le suivi des activités. Des rôles spécifiques étaient attribués au personnel du HCNLS, superposant de la sorte un organigramme de programme à l'organigramme de l'institution (par exemple, le Secrétaire Exécutif lui-même jouait dans le programme le rôle de coordonnateur). Du côté du Fonds mondial et de la Banque Mondiale, la tentative d'architecture commune n'a pas fait long feu. L'ONG internationale Plan, choisie comme AGC à la fois pour la mise en œuvre du MAP (le programme de la Banque Mondiale) et pour les activités financées par le Fonds mondial, a été récusée par ce dernier après quelques mois. Le Secrétariat Exécutif du HCNLS a alors pris le relai et s'est chargé de la gestion des contrats en rapport avec les programmes financés par le Fonds mondial dans le cadre du round 4. Le HCNLS étant par ailleurs le seul bénéficiaire principal du round 4, il se retrouvait donc dans une position ambivalente : à la fois récipiendaire direct des fonds en qualité de bénéficiaire principal mais aussi gestionnaire de contrats pour les bénéficiaires secondaires (chargés de mettre en œuvre sur le terrain les différentes activités de prévention, prise en charge et soutien). L'AGF en revanche (un cabinet comptable), est demeurée commune aux deux programmes.

15 Si les quatre principaux bailleurs de la période 2004-2009 n'ont pas réussi à harmoniser leurs architectures institutionnelles, ils se sont tout de même accordés sur une certaine division du travail dans la lutte contre le sida. Non planifiée en amont, elle s'est mise en place au fur et à mesure, en fonction des besoins non satisfaits par les programmes déjà en place, et a été à la fois géographique et thématique. Ses principales caractéristiques sont résumées dans la figure qui suit.

Bailleurs	USAID	Banque Africaine de Développement	Fonds mondial	MAP (Banque Mondiale)
Principales caractéristiques des activités	Groupes à haut risque, zones et axes géographiques à haut risque.	Nord du pays. Fort accent sur le genre.	Niveau des 8 capitales régionales.	Niveau des cercles et niveau communautaire, secteurs éducatif, industriel et commercial.

Figure 1. Division du travail des acteurs de la lutte contre le sida au Mali (2004-2009).

16 En revanche, ces quatre bailleurs ont continué à fonctionner avec leur propres indicateurs de suivi-évaluation, dont les résultats étaient régulièrement transmis et compilés au niveau du Secrétariat Exécutif du HCNLS. Aucune mission d'évaluation commune aux quatre bailleurs n'a non plus eu lieu pendant la durée des quatre programmes.

17 Tandis que le Mali s'astreignait à la refonte de l'architecture institutionnelle nationale de la lutte contre le sida et à la mise en place de nouveaux instruments de sa gouvernance, les fonds alloués augmentaient très considérablement. Alors que jusqu'alors les enveloppes budgétaires globales des différents programmes ne dépassaient qu'exceptionnellement la dizaine de millions de dollars (USAID, 2003), l'arrivée du MAP et ses 25 millions de dollars en 2004, suivie de peu du programme de la Banque Africaine de Développement de 7.7 millions de dollars, puis d'un nouveau programme de l'USAID en 2006 à hauteur de 20 millions de dollars, mais surtout d'un financement du Fonds mondial dans le cadre du round 4 d'un montant de 56 millions de dollars, marquèrent un changement d'échelle dans le niveau des financements. Tous bailleurs confondus, l'évolution de la part de l'Aide Publique au Développement consacrée à la lutte contre les IST (Infections Sexuellement Transmissibles, qui incluent le sida) au Mali reflète cette croissance très rapide des ressources disponibles au

niveau national pour la lutte contre le sida : de 0,63 millions de dollars en 2002, elle passait à 12,37 millions de dollars en 2006¹⁰.

18 La lutte contre le sida a été et demeure financée, au Mali, quasi exclusivement par des bailleurs extérieurs. Si le rapport UNGASS remis par le Mali en 2008 estime que leurs contributions s'élèvent à 74 % des fonds totaux (26 % relevant de financements intérieurs), un examen attentif des financements intérieurs révèle que cette proportion doit être revue à la hausse. En effet, le prêt concédé par la Banque Mondiale au titre du programme MAP ainsi que les fonds alloués par la Banque Africaine de Développement sont comptabilisés dans les contributions du secteur public¹¹. En reclassant ces deux sources comme financements extérieurs, on parvient, pour l'année 2006, à 88 % de financements extérieurs¹². Le Mali suit en cela les tendances globales : la lutte contre le sida est en effet principalement financée par les bailleurs extérieurs dans les pays à faible revenus. Ainsi, sur 33 pays d'Afrique sub-saharienne, 26 recevaient en 2011 plus de la moitié de leurs financements de sources extérieures, et pour 19 d'entre eux cette proportion montait à 75 % ou plus (ONUSIDA, 2012). A cet égard, le Mali paraît avoir été, et ce dès le début, davantage dépendant des financements extérieurs que la moyenne des pays à revenus faibles.

19 A la fin de l'année 2008, la lutte contre le sida au Mali connaît un double mouvement de concentration et de saut exponentiel des fonds. Le financement prévu dans le cadre du round 8 du Fonds mondial s'élève en effet à 126 millions de dollars, soit plus que la somme cumulée des quatre principaux programmes de la période 2004-2009 évoqués précédemment, qui atteignait 109 millions de dollars. Le sida mobilise alors plus de fonds à l'échelle nationale que tout autre programme de développement, toutes thématiques confondues¹³. Cette augmentation spectaculaire des sommes allouées en l'espace de cinq ans s'accompagne d'une réduction du nombre de bailleurs et d'une concentration au niveau d'un seul d'entre eux : à la fin de l'année 2008, le Fonds mondial est ainsi le seul bailleur d'envergure ayant renouvelé un engagement chiffré via le round 8 et les 126 millions de dollars qu'il prévoit. Et au cours des années qui suivront, il demeurera le principal – sinon le seul – pourvoyeur de fonds de la lutte contre le sida au Mali.

20 Débutant en 2009, le round 8 comporte, contrairement au round 4, deux bénéficiaires principaux : le HCNLS d'une part, et le groupe pivot santé/population (une large coalition d'ONG maliennes actives dans le domaine de la santé) d'autre part. Cette coalition devient ainsi le récipiendaire direct de plus d'une cinquantaine de millions de dollars, somme qui correspondait seulement quelques années plus tôt à la totalité des fonds disponibles à l'échelle nationale. L'enjeu est de taille pour l'institution : quelques semaines avant le lancement des activités, l'ambiance y est fébrile, et dans le petit monde de la lutte contre le sida les paris vont bon train sur la capacité – ou non – de l'organisation à pouvoir mobiliser suffisamment de bénéficiaires secondaires pour utiliser tous les fonds. Un acteur engagé depuis plusieurs années dans la lutte contre le sida m'explique alors avoir reçu l'appel d'une connaissance qui venait de créer en toute hâte une ONG prétendant conduire des activités en rapport avec la prévention du sida parmi les Hommes ayant des rapports Sexuels avec des Hommes (HSH), car il était au fait de la disponibilité de fonds pour ce type d'action d'une part, et du très faible nombre d'ONG pertinentes existant d'autre part. Ayant reçu des fonds, il souhaitait recueillir des conseils quant à la manière de prendre contact avec sa « population cible ». Si, comme cet épisode l'illustre, les doutes concernaient la capacité d'absorption du groupe pivot santé/population et de son réseau de sous-bénéficiaires, ils avaient également trait à la capacité de cette institution à se plier adéquatement aux règles administratives et comptables particulièrement exigeantes requises par le Fonds mondial.

La crise de 2011, une affaire d'État

21 A compter de 2009, la lutte contre le sida et sa gouvernance à l'échelle nationale semblent bien plus visibles et lisibles qu'au cours des cinq années précédentes : les montants sont les plus élevés jamais atteints, faisant de la lutte contre le sida la tête de pont des programmes de développement, et les problèmes de coordination et d'harmonisation des bailleurs ont été

résolu de fait par la concentration des financements au niveau d'un principal bailleur, le Fonds mondial.

22 Lorsque des allégations de détournement de fonds se font jour fin 2010, elles concernent d'abord les volets tuberculose et paludisme des programmes financés par le Fonds mondial. Mais en mars 2011, c'est au tour du volet sida d'être incriminé. A l'exception du financement des antirétroviraux, toutes les autres activités sont alors suspendues. Plusieurs responsables, dont le ministre de la santé d'alors, sont inculpés et placés en détention. Le scandale est de taille, et défraie la chronique pendant des mois. De bon élève de la lutte contre le sida, le Mali se voit soudainement relégué au rang de voleur. Et la lutte contre le sida ayant été fortement présidentialisée depuis le début des années 2000, c'est le président de la République en personne, Amadou Toumani Touré, qui monte au créneau. Il tente alors d'atténuer l'humiliation ressentie par ses concitoyens tout en ménageant les bailleurs, et singulièrement les enquêteurs chargés de mener les enquêtes sur ces allégations de détournements de fonds. Son allocution du premier décembre 2010 reflète ce délicat exercice d'équilibrisme : il la commence en bambara, sur un ton paternaliste, enjoignant ses compatriotes à ne pas « manger » l'argent, et développe ensuite, en français, un long discours au cours duquel il reconnaît la légitimité des enquêtes en cours mais invite néanmoins les enquêteurs à « ne pas exagérer », et à respecter les formes. A mots couverts, il critique les façons de faire des enquêteurs, jugées particulièrement brusques et impolies : ils font en effet irruption dans les organisations sans prévenir, en font sortir les travailleurs sur le champ, et saisissent alors tous les documents et disques durs. La tension occasionnée par cette enquête est telle que lors d'un de ces séjours, l'équipe des enquêteurs doit quitter en toute hâte Bamako, le ministère de l'intérieur ayant contacté le responsable de l'équipe pour lui signaler que l'État malien n'était plus en mesure d'assurer leur sécurité dans le pays.

23 Dans les cercles maliens de la lutte contre le sida, on déplore surtout le fait « de tout mettre dans le même sac », c'est-à-dire d'englober sous la même appellation de détournement de fonds le non-respect strict des procédures et les détournements à visée d'enrichissement personnel, qui sont perçus comme la « vraie » corruption. La distinction s'énonce dans un double registre moral et pragmatique : moral car pour de nombreux acteurs il existe une différence de nature entre non-respect des règles d'une part et vol d'autre part, pragmatique car on souligne à l'envi que « le Fonds connaissait très bien les réalités locales », à savoir notamment le faible niveau des compétences administratives et comptables en présence (des commerces, entreprises, ONG locales, mais aussi de l'État), qui faisait donc tenir le strict respect des règles du Fonds mondial d'une véritable gageure.

Le Mali et la gouvernance globale du sida : une histoire néolibérale

24 Vue au prisme des transformations globales de la lutte contre le sida et brossée à grands traits, cette histoire nationale met en lumière trois ensembles d'éléments.

25 Premièrement, elle illustre les paradoxes des réformes prescrites, déjà abondamment documentés dans les travaux d'anthropologie du développement. La réforme institutionnelle inspirée des « trois principes », censée traduire et permettre l'appropriation par le Mali de sa propre politique de lutte contre le sida, s'avère dans les faits posée en conditionnalité à un important financement. De plus, si l'on compare la lutte contre le sida à d'autres secteurs du développement au Mali, on constate que la faible harmonisation des programmes résulte largement du statut d'exception accordée à la lutte contre le sida : l'harmonisation est en effet bien meilleure dans le secteur de l'aide au développement en général, et dans celui de la santé en particulier (Ministère de l'économie et des finances 2007 ; Champagne 2003). La mise en place du HCNLS, en entérinant la sortie de la lutte contre le sida du secteur de la santé, a ainsi conduit à la répétition des efforts de coordination. L'ironie veut que les dernières recommandations globales accordent une importance renouvelée aux systèmes de santé, et que la réintégration de la lutte contre le sida dans les systèmes de santé nationaux soit désormais à l'ordre du jour. L'ONUSIDA, s'inspirant de la déclaration politique de 2011 sur le VIH/sida, appelle ainsi à « éliminer les systèmes parallèles pour les services liés au VIH/sida ». Enfin,

on peut souligner la contradiction dans laquelle se trouvent les pays récipiendaires, intimés de mettre en place des cadres stratégiques à moyen et long terme et pourtant confrontés à la double contrainte d'une dépendance quasi-totale vis-à-vis des bailleurs extérieurs, et, plus encore, d'une visibilité réduite (la plupart des programmes n'excédant pas plus de quatre ou cinq ans). Ces injonctions contradictoires auxquelles sont soumis les pays du Sud reflètent d'ailleurs plus largement l'imprévisibilité et la volatilité des fonds à l'échelle globale (Lewis 2005a ; Lewis 2005b).

- 26 Deuxièmement, cette histoire nationale met en lumière les effets politiques pluriels d'un assemblage global, c'est-à-dire de l'articulation spécifique d'une forme globale – les politiques de lutte contre le sida – dans un contexte spécifique (Ong et Collier, 2004). Pour replacer cette forme globale dans son contexte, on peut souligner que c'est à partir de la deuxième moitié des années 1980 que les acteurs non étatiques sont devenus de plus en plus nombreux et influents dans le domaine de la santé (Lee, Buse, et Fustukian, 2002). Une décennie plus tard, la classique opposition entre source privée ou publique de financement laissait place à un certain consensus sur les financements mixtes, ouvrant la voie à la multiplication des partenariats publics-privés (Lee, Buse, et Fustukian 2002 ; Kay et Williams 2009). La gouvernance globale du sida s'inscrit parfaitement dans ce mouvement : on constate le recul progressif des autorités étatiques et internationales au profit du secteur privé, soit par l'immixtion de celui-ci dans de nouvelles formes institutionnelles (à l'image des partenariats publics-privés), soit par un plus grand rôle joué directement par celui-ci (rôle de premier plan joué par des fondations privées, comme la fondation Bill et Melinda Gates par exemple) (Hein, Bartsch, et Kohlmorgen, 2007). Les trois agences principales pourvoyeuses de fonds pour la lutte contre le sida au début des années 2000 reflètent ces évolutions : création du Fonds Mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme en 2001 (un partenariat public-privé), expansion du programme plurinational de lutte contre le VIH/sida (MAP) de la Banque Mondiale (une institution financière certes internationale mais néanmoins non démocratique, les droits de vote des pays y étant indexés sur leur poids dans l'économie mondiale), ou encore lancement du PEPFAR en 2003 (également un partenariat public-privé). Les transformations de la gouvernance globale du sida apparaissent ainsi indissociables d'une histoire politique plus large, marquée par la remise en cause du rôle de l'État nation et de ses formes d'intervention à l'échelle nationale ou internationale et, corrélativement, par le rôle croissant joué par des acteurs privés – et parmi eux les entreprises multinationales – dans les affaires publiques (Hein, Bartsch, et Kohlmorgen 2007 ; Lee, Buse, et Fustukian, 2002). A ce titre, elle s'inscrit pleinement dans le tournant néo-libéral global pris au début des années 1980. Comme le souligne Hilgers (2012), l'État néolibéral est néanmoins marqué par une série de paradoxes. Dans le cas de la lutte contre le sida, s'il semble avoir perdu en poids dans les jeux de pouvoir de la gouvernance globale (au profit d'autres acteurs privés ou publics-privés), il n'en reste pas moins un acteur crucial dans les configurations de pouvoir au niveau national (les « trois principes » le prennent ainsi à la fois comme cadre et objet de réforme). D'ailleurs, malgré la rhétorique de la responsabilité mutuelle promue par les bailleurs, c'est bien aujourd'hui l'État malien qui se voit intimé de rembourser les sommes détournées. L'histoire de la gouvernance de la lutte contre le sida au Mali illustre ainsi, en filigrane, le rôle d'avant-garde joué par l'Afrique dans les réformes néolibérales (Comaroff et Comaroff 2011 ; Hilgers, 2012). Mais les effets politiques de cet assemblage global ne se limitent pas à la nouvelle division du travail tripartite qu'il organise (distinguant secteur privé, société civile, et État). Les dispositifs, instruments, et technologies de gouvernance, bien que se prétendant neutres idéologiquement et purement rationnels, ont eux aussi des effets politiques (Lascoumes et Le Galès, 2004 ; Ferguson, 2006). C'est par exemple le cas de la contractualisation généralisée (Supiot 2001), ou encore de la pratique systématique des appels d'offres qui permet de mettre en scène la fiction de la libre compétition. Les instruments de la gouvernance concourent ainsi à créer les conditions qui permettent ensuite à la théorie néolibérale de se réaliser et de fonctionner (Bourdieu 1998).
- 27 Enfin, la perspective adoptée dans ce travail – analyser les transformations de la gouvernance de la lutte contre le sida au Mali à partir d'une perspective globale attentive aux acteurs, aux dynamiques de l'extraversion, aux dispositifs et à leurs ancrages et effets nationaux – permet

de déconstruire la fausse évidence de la corruption mise en avant pour faire sens de la crise de 2011. Elle montre au contraire que les conditions de possibilité de cette crise relèvent avant tout des changements profonds et très rapides de la lutte contre le sida à l'échelle globale et de leurs traductions et effets au Mali depuis le milieu des années 2000. Elle révèle enfin que le sens politique de ce scandale au Mali – une affaire d'État, porteuse d'une humiliation nationale – ne peut être saisi qu'à la lumière des représentations émiqes quant à la distinction entre « vraie » et « fausse » corruption d'une part, et des tensions liées à l'extraversion d'autre part.

Bibliographie

Banque Mondiale. 2004. « Project appraisal document on a proposed grant in the amount of SDR 17,6 Million to the Republic of Mali for a Multi-Sectoral HIV/AIDS Project ». Washington D.C. : Banque Mondiale.

Bayart, Jean-François. 1999. « L'Afrique dans le monde : une histoire d'extraversion ». *Critique internationale* 5 (1) : 97–120.

Blundo, Giorgio, et Pierre-yves Le Meur, éd. 2008. *The Governance of Daily Life in Africa: Ethnographic Explorations of Public and Collective Services*. Brill Academic Pub.

Bourdieu, Pierre. 1998. *Contre-feux*. Paris : Liber-Raisons d'agir.

Chabrol, Fanny. 2002. « Le sida en Afrique subsaharienne : perceptions d'un enjeu de sécurité internationale ». *Revue internationale et stratégique* 2 (46) : 129-136.

Champagne, Éric. 2003. « Étude de cas sur la coordination, l'harmonisation et l'alignement de l'aide internationale au Mali depuis l'adoption du cadre stratégique de lutte contre la pauvreté ». Ouagadougou : Institut de la Banque Mondiale.

Comaroff, Jean, et John L. Comaroff. 2011. *Theory from the South: Or, How Euro-America is Evolving Toward Africa*. Paradigm Publishers.

Fassin, Didier. 2001. « La globalisation et la santé. Éléments pour une analyse anthropologique ». In *Systèmes et politiques de santé. de la santé publique à l'anthropologie*, édité par Bernard Hours, 25-40. Paris : Karthala.

Fédération Internationale des Sociétés de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge. 2008. « Financement de la lutte contre le VIH/sida : où va l'argent ? » Rapport sur les catastrophes dans le monde. Genève.

Ferguson, James. 2006. *Global Shadows: Africa in the Neoliberal World Order*. Durham: Duke University Press.

Global Task Team. 2005. « Final Report ». Global Task Team on improving aids coordination among multilateral institutions and international donors.

Gobatto, Isabelle. 2003. *Les pratiques de santé dans un monde globalisé*. Paris: Karthala.

Gordon, John Guertin. 2008. « A critique of the financial requirements to fight HIV/AIDS ». *The Lancet* 372 (9635): 333-336.

Hein, Wolfgang, Sonja Bartsch, et Lars Kohlmorgen, éd. 2007. *Global Health Governance and the Fight Against HIV/AIDS*. Basingstoke : Palgrave Macmillan.

Hermet, Guy, Ali Kazancigil, et Jean-François Prud'homme. 2005. *La gouvernance : un concept et ses applications*. Paris: Karthala.

Hilgers, Mathieu. 2012. « The Historicity of the Neoliberal State ». *Social Anthropology* 20 (1): 80–94.

Kay, Adrian, et Owain Williams, éd. 2009. *Global Health Governance: Crisis, Institutions and Political Economy*. Basingstoke : Palgrave Macmillan.

Lascombes, Pierre, et Patrick Le Galès. 2004. *Gouverner par les instruments*. Paris : Presses de Sciences Po.

Lee, Kelley, Kent Buse, et Suzanne Fustukian. 2002. *Health policy in a globalising world*. Cambridge: Cambridge University Press.

Lewis, Maureen. 2005a. « A War Chest for Fighting HIV/AIDS ». *Finance & Development*. 42 (4): 38-45.

———. 2005b. « Addressing the Challenge of HIV/AIDS: Macroeconomic, Fiscal and Institutional Issues ». Working Paper 58. Washington D.C. : CDG.

- Ministère de l'économie et des finances. 2007. « Fiche technique sur la mise en oeuvre de la déclaration de Paris au Mali ». Bamako : République du Mali.
- Olivier de Sardan. 2009. « State bureaucracy and governance in francophone West Africa : an empirical diagnosis and historical perspective ». In *The governance of daily life in Africa: ethnographic explorations of public and collective services*, édité par G. Blundo et P. Y. Le Meur, 39-71. Brill Academic Pub.
- Ong, Aihwa, et Stephen J. Collier. 2004. *Global Assemblages: Technology, Politics, and Ethics As Anthropological Problems*. Malden, Oxford, Victoria : Blackwell Publishers.
- ONUSIDA. 2005. « Les “trois principes” en action : bilan et avenir ». Genève.
- . 2006. « Rapport sur l'épidémie dans le monde ». ONUSIDA.
- . 2012. « Rapport sur l'épidémie dans le monde ». ONUSIDA.
- Poku, Nana K., Alan Whiteside, et Bjorg Sandkjaer. 2007. *AIDS and Governance*. Ashgate Publishing Limited.
- Supiot, Alain. 2001. « La contractualisation de la société ». *Courrier de l'environnement de l'INRA* (43) : 51-58.
- Thiriot, Céline. 2002. « Rôle de la société civile dans la transition et la consolidation démocratique en Afrique : éléments de réflexion à partir du cas du Mali ». *Revue internationale de politique comparée* 9 (2) : 277-295.
- USAID. 2003. « HIV/AIDS Strategy USAID/Mali 2003-2012 ». USAID.

Notes

- 1 Déclaration du Millénaire, adoptée à l'issue du Sommet du Millénaire organisé du 6 au 8 septembre 2000 à New York, et qui avait réuni 147 chefs d'État et de gouvernement (sur un total de 189 États membres).
- 2 Il prévoit d'une part un alignement de l'aide au développement sur des stratégies élaborées par les pays récipiendaires, et d'autre part une amélioration de l'harmonisation (c'est-à-dire de la concertation et coordination entre bailleurs). Dans l'esprit de Monterrey, le développement est ainsi piloté par les pays récipiendaires de l'aide.
- 3 Initiative dite des Pays Pauvres Très Endettés. Menée sous l'égide de la Banque Mondiale, elle a conduit à l'annulation d'une partie des dettes publiques des pays en question. Dans les faits, cette réduction a pris la forme de simples opérations comptables et s'est surtout traduite par un resserrement des exigences en matière d'ouverture des marchés, de coupes budgétaires, c'est-à-dire, en substance, des mêmes types de politiques macroéconomiques d'inspiration néolibérale que celles attachées aux programmes d'ajustement structurels.
- 4 Extraits de la déclaration de Politique de Lutte contre le VIH/SIDA au Mali (Bamako, 7 avril 2004).
- 5 Cette instance du HCNLS est composé d'un secrétaire exécutif, un conseiller technique chargé de l'accès aux médicaments, aux soins et au soutien psychosocial, un conseiller technique chargé de la prévention/sensibilisation, un conseiller technique chargé du dépistage et conseil, un conseiller technique chargé de la mobilisation des acteurs, un conseiller technique chargé du suivi et l'évaluation, un conseiller technique chargé de la gestion financière, un conseiller technique chargé de la passation des marchés, et de personnel de soutien.
- 6 Anciennement dénommé Cadre Stratégique de Lutte contre la Pauvreté (CSLP).
- 7 Extrait du CSCRP du Mali pour la période 2007-2011.
- 8 Agence des États-Unis pour le développement international (United States Agency for International Development), une agence bilatérale, donc.
- 9 Il s'agit d'ONG qui remplissent un certain nombre de critères et sont enregistrées auprès de l'USAID.
- 10 Données de l'OCDE consultables en ligne sur le site : <http://www.oecd.org/home>
- 11 Il faut en effet préciser que les programmes de lutte contre le sida de ces deux institutions, qui appartiennent d'ailleurs toutes deux au groupe de la Banque Mondiale, sont financés sur des prêts et viennent donc s'ajouter à la dette publique du Mali.
- 12 Calculs effectués à partir des données disponibles dans le rapport UNGASS 2008.
- 13 Cette donnée nous a été communiquée notamment par un membre du Secrétariat Exécutif du HCNLS, par un personnel du ministère de la santé, ainsi que par le directeur du Groupe pivot santé/population.

Pour citer cet article

Référence électronique

Julie CASTRO, « Une histoire nationale de la gouvernance globale : la lutte contre le sida au Mali », *Face à face* [En ligne], 12 | 2013, mis en ligne le 20 octobre 2013, consulté le 05 juin 2015. URL : <http://faceaface.revues.org/788>

À propos de l'auteur

Julie CASTRO

Médecin, Doctorante en sciences sociales EHESS-IRIS/IRD-URMIS. Projet IRD « Les dynamiques de mobilisations collectives au temps des ARV en milieu urbain d'Afrique francophone ». julie.castro@ehess.fr

Droits d'auteur

Tous droits réservés

Résumé

Au cours de la dernière décennie, la lutte contre le sida a connu des transformations profondes, quantitatives et qualitatives : augmentation des fonds alloués, multiplication des acteurs, apparition de nouvelles formes organisationnelles. Des recommandations globales visant à améliorer l'utilisation des fonds ont vu le jour, basées sur les préconisations de la communauté internationale en matière d'efficacité de l'aide au développement. Elles concernent notamment la coordination des actions menées au niveau national. Certains auteurs évoquent ainsi l'émergence d'une gouvernance globale du sida. Quels en sont les effets localement ? Au Mali, la lutte contre le sida s'est considérablement transformée depuis 2004, en écho à ces évolutions globales : les fonds disponibles ont augmenté de façon exponentielle et se sont concentrés. Une réforme institutionnelle basée sur les « trois principes » a été engagée. Il s'agira donc de discuter des transformations locales au prisme du global. Seront ainsi abordées les réformes institutionnelles et leurs effets de verticalisation, la situation d'extraversion quasi complète de la lutte en terme de financement, et les conséquences de la « double » crise actuelle du Fonds Mondial (suspension nationale des décaissements du fait d'allégations de détournements de fonds et annonce de l'annulation globale du round 11).

Entrées d'index

Mots-clés : Coordination Fonds Mondial Gouvernance Harmonisation Mali Mondialisation Politiques de santé Santé Publique Trois principes VIH/SIDA

Maud LEMOINE, Pierre-Marie GIRARD, Mark THURSZ et Gilles RAGUIN

Dans l'ombre du VIH/SIDA : les maladies oubliées de l'Afrique subsaharienne. Quels enjeux sanitaires ? Quelle responsabilité des bailleurs de fonds ?

Avertissement

Le contenu de ce site relève de la législation française sur la propriété intellectuelle et est la propriété exclusive de l'éditeur.

Les œuvres figurant sur ce site peuvent être consultées et reproduites sur un support papier ou numérique sous réserve qu'elles soient strictement réservées à un usage soit personnel, soit scientifique ou pédagogique excluant toute exploitation commerciale. La reproduction devra obligatoirement mentionner l'éditeur, le nom de la revue, l'auteur et la référence du document.

Toute autre reproduction est interdite sauf accord préalable de l'éditeur, en dehors des cas prévus par la législation en vigueur en France.

revues.org

Revues.org est un portail de revues en sciences humaines et sociales développé par le Cléo, Centre pour l'édition électronique ouverte (CNRS, EHESS, UP, UAPV).

Référence électronique

Maud LEMOINE, Pierre-Marie GIRARD, Mark THURSZ et Gilles RAGUIN, « Dans l'ombre du VIH/SIDA : les maladies oubliées de l'Afrique subsaharienne. Quels enjeux sanitaires ? Quelle responsabilité des bailleurs de fonds ? », *Face à face* [En ligne], 12 | 2013, mis en ligne le 21 octobre 2013, consulté le 20 mai 2015. URL : <http://faceaface.revues.org/792>

Éditeur : IRD - INSERM - Université de la Méditerranée Aix-Marseille

<http://faceaface.revues.org>

<http://www.revues.org>

Document accessible en ligne sur :

<http://faceaface.revues.org/792>

Document généré automatiquement le 20 mai 2015.

Tous droits réservés

Maud LEMOINE, Pierre-Marie GIRARD, Mark THURSZ et Gilles RAGUIN

Dans l'ombre du VIH/SIDA : les maladies oubliées de l'Afrique sub-saharienne. Quels enjeux sanitaires ? Quelle responsabilité des bailleurs de fonds ?

- 1 La pandémie de VIH/Sida a conduit ces dernières années au déploiement d'une aide internationale colossale en matière de santé. Outre ses effets directs sur la mortalité, la pandémie s'est accompagnée de lourdes conséquences sociales, politiques et économiques. Cette solidarité mondiale sans précédent a permis d'améliorer la survie et la qualité de vie des patients infectés. Toutefois, les financements spécifiquement déployés pour les pays les plus touchés par la pandémie, ne sont pas sans effets, non seulement sur les autres enjeux sanitaires déjà fortement négligés par l'agenda international, mais aussi sur l'équilibre des systèmes de santé.
- 2 Le débat auquel ne peuvent échapper les acteurs de l'aide publique au développement porte sur la pertinence d'une aide spécifiquement centrée sur un enjeu sanitaire comme celui du VIH/Sida dans les pays à ressources limitées. Il ne s'agit pas à travers cet article de remettre en question la nécessité d'une réponse internationale à la pandémie de VIH/Sida ni celle d'une aide indispensable aux pays les plus pauvres, majoritairement les plus touchés par la maladie. Cet article cherche à donner plus de visibilité aux populations exclues d'Afrique sub-saharienne parce que paradoxalement non infectées par le VIH. Il tente également d'engager une réflexion sur le mode et l'organisation des réponses que les Etats et les agences internationales de financement doivent apporter aujourd'hui pour plus de cohérence en matière de santé globale.

Etats des lieux et conséquences de la pandémie de VIH/Sida en Afrique sub-saharienne

- 3 L'Afrique subsaharienne compte aujourd'hui une population de 781 millions de personnes réparties sur 48 Etats. Avec une croissance démographique annuelle estimée à 2,5 %, ce chiffre devrait atteindre un milliard d'ici 2020 malgré une espérance de vie moyenne encore très basse, estimée à 51 ans (World Bank, 2012). L'Afrique subsaharienne est la région la plus pauvre au monde et doit faire face à de lourdes contraintes environnementales et sanitaires aggravées par une instabilité des régimes politiques et de nombreux conflits armés. Ces éléments dont la pandémie de VIH/Sida, sont un frein incontestable au développement économique et social de l'Afrique.
- 4 Outre le contrôle de cette pandémie, l'amélioration des systèmes de santé, encore très précaires aujourd'hui en Afrique est aussi un élément indispensable de la croissance économique, du développement et de la réduction de la pauvreté. A cet égard, les Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD) ont identifié trois objectifs sanitaires dont la lutte contre le VIH/Sida. La communauté internationale s'est engagée à atteindre ces objectifs d'ici 2015. Néanmoins, le continent africain est loin de les atteindre dans le contexte de la crise financière mondiale actuelle (OMD, 2008).
- 5 Selon les dernières données de l'ONUSIDA, 34 millions de sujets seraient infectés par le VIH dans le monde dont deux tiers vivent en Afrique subsaharienne (ONUSIDA, 2012). En 2011, 1,8 millions d'adultes et d'enfants auraient été infectés par le VIH en Afrique subsaharienne ce qui porte à 23,5 millions le nombre de personnes infectées dans cette région. Les chiffres de prévalence varient beaucoup d'un pays africain à l'autre. Inférieure à 2 % dans certains pays d'Afrique de l'Ouest, la prévalence peut atteindre plus de 15 % dans certains pays comme le Botswana (24,3 %) ou le Swaziland qui doit faire face à la prévalence la plus élevée au monde (26,5%).

- 6 En 2011, le Sida aurait causé la mort de 1,7 millions de personnes dont 1,2 millions en Afrique subsaharienne (ONUSIDA, 2012). Aussi, la pandémie a provoqué une baisse de l'espérance de vie, encore inférieure à 50 ans dans certains pays comme la Zambie ou le Swaziland. Plusieurs études ont montré les effets délétères de l'épidémie sur la croissance économique des pays pauvres marquée par une baisse significative du produit intérieur brut et une aggravation de la pauvreté (Jefferis, 2008). Ainsi, face à la pandémie de VIH/Sida, les services de santé africains ont dû répondre à une urgence sanitaire de grande ampleur. Pendant longtemps plus de la moitié des lits hospitaliers ont été occupés en Afrique par des malades du Sida. Les personnels de santé ont été également touchés par l'épidémie qui aurait considérablement augmenté la mortalité des soignants dans de nombreux pays (Kober, 2004). Grâce à une mobilisation internationale sans précédent, on observe pour la première fois, depuis 2007, une stabilisation de la pandémie avec même une diminution de la prévalence dans 39 pays et une baisse de 25% des nouvelles infections en Afrique Subsaharienne depuis 2001 (ONUSIDA, 2012).

L'aide au VIH/Sida en Afrique subsaharienne : une priorité des bailleurs de fonds ?

- 7 Depuis ces dernières années, l'aide internationale pour la santé a consacré une part très importante de ses ressources à la lutte contre le VIH/Sida. Dans les pays à faibles revenus ou à revenus intermédiaires, le financement du VIH/Sida a été multiplié par 28 entre 1996 et 2005 et il représente aujourd'hui 8.3 milliards de dollars par an (ONUSIDA, 2009).
- 8 L'Afrique subsaharienne est le continent le plus pauvre du monde. Les dépenses sanitaires annuelles par habitant y sont estimées à moins de 10 dollars alors qu'elles peuvent atteindre plus de 5 000 dollars dans les pays riches. La nécessité de financements extérieurs pour lutter contre la pandémie de VIH/Sida en Afrique subsaharienne est donc incontestable. Pour l'année fiscale 2008, le budget du plan d'aide d'urgence à l'épidémie de VIH/Sida (PEPFAR : President Emergency Plan for AIDS Relief) mis en place par le gouvernement américain s'élevait à 5,8 milliards de dollars et engageait dès 2003 un budget de 18,8 milliards sur 5 ans pour financer la lutte contre le VIH/sida et l'accès aux antirétroviraux. Un budget de 48 milliards de dollars a été voté pour la période 2009-2013. Aussi, depuis sa création, l'ONUSIDA a appelé à une augmentation de ses fonds de 9 milliards de dollars à 42 milliards d'ici 2010 et 54 milliards en 2015.
- 9 Si l'on prend l'exemple de l'Éthiopie, où la prévalence du VIH est estimée à 1,4 %, l'aide allouée exclusivement au VIH/SIDA était de 130 millions de dollars en 2005 alors que le budget national de la santé était de 113 millions de dollars (Schiffman, 2008). Les fonds accordés au VIH/Sida pour les pays d'Afrique subsaharienne sont constamment supérieurs au budget national de la santé. Dans beaucoup de ces pays, la santé est financée à plus de 50 % par les bailleurs internationaux. L'État assure le plus souvent moins d'un tiers des dépenses. Au Rwanda, les dépenses de santé sont couvertes à plus de 60 % par les donateurs. Dans ce pays comme dans beaucoup d'autres, l'aide est essentiellement accordée au VIH/Sida à hauteur de 43% en 2006 avec un financement de 13% pour la lutte contre la malaria et seulement 8 % pour la santé infantile (Schiffman, 2008).
- 10 Pourtant, en tenant compte du nombre d'année de vie pondérée par l'incapacité, l'épidémie de VIH ne représente que 5% des maladies graves des pays en développement, moins que les infections respiratoires, périnatales et les maladies cardio-vasculaires (Lopez, 2006). Par ailleurs, alors que les maladies chroniques non infectieuses représentent 60% des décès annuels dans le monde, les agences internationales consacrent moins de 1% de leurs budgets sanitaires pour la lutte contre ces maladies qui par ailleurs n'apparaissent nullement dans l'agenda des OMD. Ce paradoxe a été récemment discuté lors d'une session spéciale des Nations-Unies sans qu'aucune réponse concrète ne soit malheureusement apportée puisque ces pathologies restent largement négligées. (Cerqueira, 2011 ; Beaglehole, 2011)
- 11 Il ne fait aucun doute que la lutte contre le VIH/Sida doit rester un objectif prioritaire à l'échelle nationale et internationale. Et beaucoup d'efforts sont encore nécessaires, notamment pour l'amélioration de l'accès aux nouveaux traitements antirétroviraux. Toutefois, les bailleurs internationaux ne peuvent ignorer les autres enjeux sanitaires qui fragilisent autant voire

plus l'Afrique subsaharienne, menacée par bien d'autres pathologies aujourd'hui largement négligées, voire oubliées. La lutte contre ces maladies devrait se faire avec la même ampleur que celle déployée contre le VIH/sida.

Les maladies oubliées d'Afrique sub-saharienne

Les hépatites chroniques virales : maladies orphelines ?

- 12 Les infections chroniques par les virus des hépatites B et C sont un problème majeur de santé publique dans le monde compte tenu de leurs prévalences élevées et de leur risque d'évolution vers la cirrhose et le cancer du foie. L'OMS estime en effet que 2 milliards de personnes auraient été en contact avec le virus de l'hépatite B (VHB), qu'environ 350 à 380 millions de personnes sont porteuses chroniques de ce virus soit 10 fois plus que le VIH et que 170 millions sont infectés par le virus de l'hépatite C (VHC). La majorité des patients infectés par ces virus vivent en Afrique ou en Asie du Sud-Est où l'accès au dépistage et au traitement est le plus souvent inexistant. En Afrique subsaharienne, la prévalence de l'hépatite B peut atteindre 20% dans certaines régions et celle de l'hépatite C 10%. Ces chiffres sont la conséquence d'un défaut de couverture vaccinale pour l'hépatite B, de moyens de dépistage et de prévention insuffisants, d'un accès au traitement quasi-inexistant mais aussi d'une sécurité sanitaire et transfusionnelle encore précaire.
- 13 Ces virus partagent avec le VIH des modes de transmission communs. Ainsi, leur co-infection est fréquente et représente un élément clef dans la prise en charge des patients VIH/Sida. Chez ces patients, plusieurs études ont montré une majoration du risque de cirrhose et d'hépatocarcinome avec une augmentation de la mortalité d'origine hépatique (Joshi, 2011). Aussi, l'exposition à l'aflatoxine, produite par des champignons contaminant les céréales des régions tropicales, renforce considérablement le risque de cancer du foie en Afrique subsaharienne. Ce cancer est le cinquième cancer au monde essentiellement dus aux virus des hépatites B et C. La majorité de ces cancers affecte l'Afrique subsaharienne (200 000 morts par an) où il représente la première cause de décès par cancer chez l'homme et la troisième chez la femme (Hainaut, 2008 ; Jemal 2012 ; GLOBOCAN 2008). L'amélioration du dépistage et de la prise en charge des hépatites représente donc un enjeu sanitaire important dans ces régions. Dans les pays occidentalisés où la majorité des patients a accès à un traitement antirétroviral, la mortalité liée au VIH diminue alors que celle d'origine hépatique augmente (Weber, 2006 ; Salmon-Ceron, 2009). Dans les pays du Sud, les programmes VIH/Sida se multiplient, la prise en charge de ces patients et leur accès aux ARV s'améliorent laissant supposer que ces pays seront confrontés dans les années à venir aux mêmes difficultés que celles actuellement observées dans les pays du Nord. Pourtant peu d'attention est portée aux hépatites en Afrique probablement parce qu'elles sont des maladies silencieuses et peu visibles. Bien que la majorité des pays aient adopté des mesures de vaccination universelle des enfants contre l'hépatite B grâce au programme mis en place par l'OMS au début des années 90, la couverture vaccinale reste basse, en particulier dans les pays les plus endémiques. Un article récemment publié soulignait un nombre important de pays africains ayant une couverture vaccinale inférieure à 80% (Jemal, 2012). Et les données combinées de l'OMS et de l'UNICEF rapportaient en 2009 une couverture de seulement 70% en Afrique. Un modèle mathématique a estimé à 620 000 par an le nombre de décès dus au virus de l'hépatite B dans le monde. Les auteurs de ce modèle ont également montré qu'une immunisation de plus de 90% des enfants permettrait d'éviter 84% des décès liés à ce virus (Goldstein, 2005). L'OMS a lancé sa première journée officielle mondiale de lutte contre les hépatites en Juillet 2011, et en occident (Thursz, 2010) comme en Afrique (Appel de Dakar, 2011), les experts de la santé ont récemment exprimé leur inquiétude concernant l'épidémie d'hépatite B dans les pays à faibles ressources. Pourtant, jusqu'à présent aucun programme de prise en charge thérapeutique des hépatites virales n'a été mis en place en Afrique subsaharienne. Seul un programme financé en 2011 par l'union européenne (PROLIFICA, www.prolifica.eu) est conduit actuellement en Afrique de l'Ouest et ce programme ne concerne que l'hépatite B. Alors que des traitements efficaces de deuxième génération (tenofovir, entecavir) pour l'hépatite B sont largement

disponibles dans les pays riches, leur accès reste extrêmement limité dans les pays pauvres. Certaines molécules prescrites pour les patients infectés par le VIH sont également efficaces pour le traitement de l'hépatite B, mais ne sont malheureusement pas disponibles pour les patients non VIH souffrant d'hépatite B. Paradoxalement, la priorité accordée à l'épidémie de VIH/SIDA stigmatise donc les malades non infectés par ce virus et pousse le paradoxe jusqu'à conduire certains patients à espérer une contamination par le VIH qui leur offrirait la possibilité d'accéder gratuitement au traitement de leur hépatite B. Ainsi, au Cameroun ou en Gambie, les donateurs refusent que le tenofovir subventionné pour le traitement du VIH soit utilisé pour le traitement des patients infectés par le VHB (communication personnelle). De plus, alors que les pays occidentaux sont en passe d'éradiquer l'hépatite C grâce à la commercialisation de nouvelles molécules extrêmement efficaces (antiprotéases, antipolymérase), sera-t-il longtemps acceptable que les pays en développement ne puissent avoir accès à ces traitements ?

Les maladies chroniques non infectieuses : une nouvelle menace pour l'Afrique ?

- 14 Les maladies chroniques non infectieuses regroupent les maladies cardio-vasculaires et pulmonaires, le diabète, les cancers et les maladies mentales. Longtemps associées aux pays économiquement riches, ces pathologies touchent de plus en plus les pays les moins avancés où elles sont désormais responsables de la moitié des décès. En 2005, ces maladies ont fait beaucoup plus de victimes dans le monde que le VIH/Sida tuant plus de 35 millions de personnes (Strong, 2005). Les prévisions de l'OMS sont alarmantes car elles estiment qu'en 2020, plus de deux tiers des décès des pays en développement seront attribués à ces pathologies.
- 15 L'Afrique subsaharienne n'échappe pas à l'urbanisation, au tabagisme, à l'obésité et aux changements alimentaires et environnementaux qui sont autant de facteurs de risque dans l'émergence de ces maladies.

Les maladies cardio-vasculaires et respiratoires: maladies émergentes en Afrique subsaharienne

- 16 Responsables de 17,1 millions de décès en 2004, elles devraient en causer 23,4 millions en 2030. Les infarctus du myocarde et les accidents vasculaires cérébraux sont les pathologies dominantes. Selon les dernières estimations de l'OMS, les maladies cardio-vasculaires et respiratoires non infectieuses seraient responsables de 1,5 millions de décès en Afrique en 2004. En 2002, les maladies cardio-vasculaires représentaient en Afrique un taux de mortalité ajusté sur l'âge de 4/1000, bien plus que la mortalité liée au VIH/sida estimée à 2,03/1000.
- 17 L'hypertension artérielle (HTA) est responsable de 7,1 millions de décès par an dans le monde et représente 13% de la mortalité globale. Beaucoup de données épidémiologiques manquent en Afrique subsaharienne. Cependant, des études récentes menées par exemple en Tanzanie, au Ghana, au Nigéria ou en Afrique du Sud rapportent une prévalence alarmante de l'HTA entre 20 et 25% dans les zones rurales dépassant 35% en milieu urbain. Au sein de deux villages ghanéens, dans une étude menée à partir d'une cohorte de volontaires sains, Burket *et al.* ont observé 32,8 % d'adultes hypertendus (Burket, 2006).
- 18 L'HTA est une cause majeure d'accident vasculaire cérébral (AVC), responsable de 5,7 millions de décès en 2005. Les études prévisionnelles estiment à 7,8 millions le nombre de décès liés aux AVC d'ici 2030. En 2005, 87% des décès d'origine cardio-vasculaire sont survenus dans des pays à faibles revenus ou à revenus intermédiaires (Strong, 2005). Beaucoup d'antihypertenseurs sont pourtant disponibles sous leur forme générique à des prix très bas permettant un contrôle efficace de l'HTA et une prévention de ses complications. Le coût annuel d'un antihypertenseur varie entre 1 et 8 dollars selon les classes pharmaceutiques, celui de l'aspirine est de 1,6 dollars. L'accès élargi aux traitements combinés pour le traitement de l'HTA et la prévention de ses complications a été montré comme coût-efficace dans les pays les moins avancés. Avec un coût annuel moyen de 1,10-7 dollars par personne, le traitement

combiné des facteurs de risque cardiovasculaires éviterait près de 18 millions de décès sur les dix prochaines années dans 23 pays en développement (Gaziano, 2006).

19 D'ici 2030, les décès par accidents cardio-vasculaires, par cancers et accidents de la circulation devraient représenter 56% de la mortalité globale, soit 67 millions de décès en 2030 alors que les décès du VIH/SIDA sont supposés diminuer à partir de 2012 et seront divisés par deux d'ici 2030 comme l'illustre la figure 1.

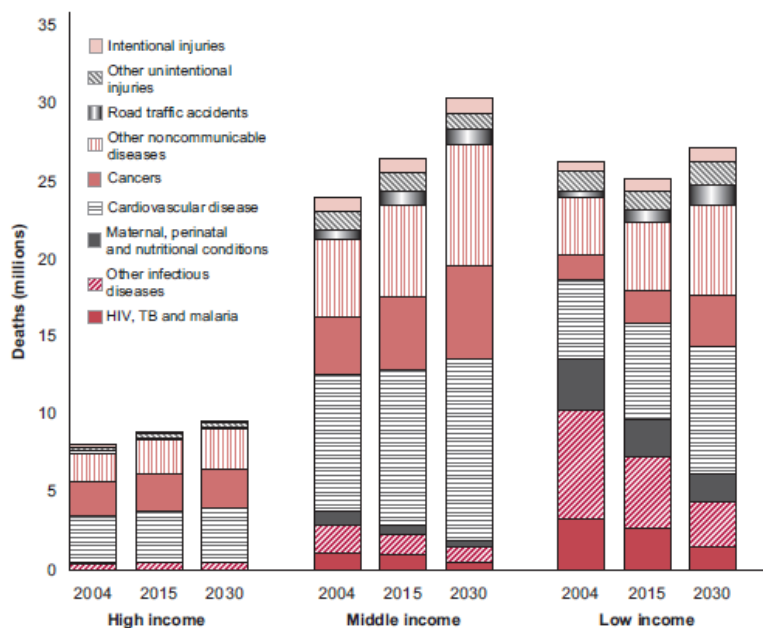


Figure 1 : Répartition des causes de décès en 2004 et prévisions pour 2015 et 2030.
Source: WHO. World Health Statistics 2008

Le diabète et ses complications : des millions de morts

20 Le diabète fait partie des maladies ayant le plus lourd retentissement en termes de dépenses mondiales, de morbidité et de mortalité mais aussi d'impact économique. En 2007, 327 milliards de dollars ont été dépensés à l'échelle mondiale pour la prévention et le traitement du diabète. Cependant plus de 80 % des dépenses ont concerné les pays riches ce qui laisse encore de côté les pays les moins avancés pourtant fortement concernés par cette maladie. Les dernières analyses statistiques de l'OMS et de la fédération internationale du diabète (IDF) sont alarmantes. Le nombre de sujets diabétiques devrait passer de 246 millions en 2006 à 385 millions en 2025 dont trois quart toucheraient les pays en développement. En Afrique subsaharienne, entre 7 et 10 millions de sujets seraient diabétiques avec des prévisions également inquiétantes qui porteraient ce chiffre à 18,6 millions en 2030 (Wild, 2004). Dans le monde, le nombre de morts dus au diabète est bien supérieur à celui causé par le VIH : 4,6 millions (IDF 2012) contre 1,7 millions (ONUSIDA 2012).

21 Différentes études rapportent une prévalence du diabète non insulino-dépendant en Afrique subsaharienne entre 2 et 5 % de la population générale (Mbanya, 2006 ; IDF, 2012). En Somalie et en Ethiopie 2 % de la population serait diabétique. Au Niger et au Mali, la prévalence est estimée à 3 % alors qu'elle atteint 4,5 % au Cameroun et en Afrique du Sud (IDF, 2012). Le surpoids et l'obésité augmentant de façon explosive dans le monde et plus particulièrement dans les pays industrialisés. Toutefois, ces dernières années, l'Afrique subsaharienne compte un nombre croissant de sujets obèses suite à une occidentalisation des habitudes alimentaires et une urbanisation grandissante. Par ailleurs, la malnutrition de la petite enfance ainsi que le retard de croissance intra-utérin prédisposeraient au surpoids, au diabète et aux maladies cardio-vasculaires.

Cancers

22 L'OMS estime à 680 000 par an le nombre de nouveaux cas de cancers en Afrique et à 510 000 le nombre de décès par cancer. D'ici 2030, ces chiffres devraient atteindre 1,6 millions et 1,2

millions respectivement (WHO, Globen Burden Disase report, 2011) Les cancers d'origine virale tels que le cancer du col de l'utérus et l'hépatocarcinome sont fréquents en Afrique et désormais, beaucoup des cancers que l'on observait surtout dans les pays riches (cancers du poumon, du sein, de la prostate...) sont désormais en nette augmentation du fait des changements sociaux et environnementaux (vieillesse, urbanisation, obésité, tabac...). En 2011, lors de la journée mondiale du cancer, le représentant de l'OMS en Afrique a exprimé son inquiétude quant à l'explosion des cas de cancers en Afrique et a appelé à des actions urgentes.

Quels effets systémiques d'une aide verticalisée ciblée sur un seul enjeu sanitaire ?

- 23 La mise en place de mesures et de politiques globales plus efficaces pour le contrôle de ces maladies oubliées en Afrique subsaharienne apparaît donc urgente. Les programmes verticaux devraient être systématiquement associés à des programmes transversaux visant à améliorer de façon non spécifique les systèmes de santé. Il est temps de tirer les leçons, de 10 ans de lutte contre l'épidémie de VIH/Sida dans les pays à faibles ressources (Narayan, 2011). Depuis 2000, les programmes verticaux (GAVI, VIH, paludisme, tuberculose) ont prouvé leur efficacité dans le contrôle de certaines épidémies, mais ils ont marginalisé d'autres maladies, déjà fortement négligées avant l'épidémie de VIH/Sida, et ces programmes n'ont pas toujours permis un renforcement des systèmes de santé locaux (Travis, 2004). Les acteurs mondiaux de la santé ont eux-mêmes pris conscience que l'un des plus grands obstacles au succès de leurs programmes est la faiblesse des systèmes de santé sur lesquels doivent se greffer les programmes. En leur offrant des salaires et des conditions de travail beaucoup plus avantageux, ces programmes attirent les personnels de santé nationaux, déjà largement insuffisants, et les détournent des autres secteurs et domaines de la santé publique (Drager, 2006). Bien sûr, l'épidémie de VIH et l'aide déployée ne sont pas responsables du manque d'attention et des moyens mis en place pour les autres maladies. Malheureusement, les choix financiers et politiques actuels avant tout basés sur une logique marchande libérale sont souvent en profonde contradiction avec un accès à la santé pour tous, juste et équitable.

Une justice sanitaire confrontée à une logique marchande

- 24 De nombreux facteurs font obstacle au renforcement des systèmes de santé et l'accès aux traitements de nombreuses pathologies reste encore très précaire en Afrique comme dans de nombreux pays à faibles ressources. Depuis 1995, la production pharmaceutique est régulée par les accords sur les droits de propriété intellectuelle (ADPIC) administrés par l'organisation mondiale du commerce (OMC). Ces accords prévoient que tous les pays, quel que soit leur niveau de richesse, doivent se plier à la lourdeur des brevets pharmaceutiques n'autorisant aucune production de molécules génériques pendant 20 ans et générant des prix excessifs souvent inaccessibles pour les pays les moins riches. C'est ainsi que de nombreux patients infectés par les virus de l'hépatite B ou C meurent faute d'accès à un traitement antiviral. Alors que beaucoup de compagnies pharmaceutiques considèrent ces brevets comme une nécessité pour la recherche et le développement, l'OMS soulignait dans un rapport en 2006 que ces brevets imposés aux pays en développement n'avaient aucun bénéfice en matière de recherche dans ces pays rappelant que 90% des investissements dans la recherche et le développement concernent 10% de la population mondiale la plus riche (Kaplan, 2004). La réponse à l'épidémie de VIH/Sida est inédite et a démontré qu'il était possible d'améliorer l'accès au traitement pour des populations les plus pauvres. Alors qu'en 2000, le coût d'un traitement antirétroviral s'élevait à 10,000\$/an/patient, il est aujourd'hui de moins de 100\$/an/patient ; de plus jusqu'en 2002, l'OMS a refusé d'inscrire les ARV comme médicament essentiel (Piot, 2012). Seuls 200 000 sujets infectés par le VIH étaient traités en 2000 contre 8 millions aujourd'hui.
- 25 Il convient aussi d'interroger les choix politiques et économiques des gouvernements et institutions supra-étatiques. Le secteur de la santé n'échappe pas à la logique financière et concurrentielle qui régit le monde aujourd'hui. A cet égard, la démission en 2012 du

directeur exécutif du Fonds Mondial suivi de la nomination d'un banquier en tant que directeur général illustre le risque d'une approche exclusivement comptable des problèmes de santé dans les pays à faibles ressources. D'autre part, la crise économique actuelle et les Programmes d'Ajustement Structurel (PAS) édictés par le fonds monétaire international (FMI) ont induit une baisse des effectifs, des salaires, et des financements alloués à la santé et ses infrastructures ont participé à l'affaiblissement des services de santé. La lutte contre le VIH/Sida s'est accompagnée d'injonctions internationales contradictoires entre la « désétatisation » néo-keynésienne imposée dans les années 80 par le FMI et la banque mondiale et un « étatisme nécessaire » généré par la riposte internationale contre le VIH. Enfin alors que les dépenses militaires ont augmenté de 49% entre 2000 et 2009 atteignant 1531 milliards de dollars selon le Stockholm International Peace and Research Institute, il semble difficile d'accepter qu'aucun effort financier ne puisse être réalisé en matière de santé globale.

Quelles solutions ?

- 26 Ce constat suscite plusieurs réflexions concernant les programmes verticaux de santé globale. Il apparaît urgent de les articuler d'avantage avec des programmes transversaux destinés au renforcement des systèmes de santé. Ce débat n'est pas récent. Il y a plus de 30 ans, déjà la déclaration d'Alma-Ata appelait à une santé pour tous basée sur une approche multisectorielle. Néanmoins, les années suivantes ont vu émerger un accès aux soins plus sélectif délivrant des programmes verticaux ciblés tels que les programmes de vaccination. De plus, l'épidémie de VIH/Sida a poussé les agences internationales à multiplier le nombre d'interventions verticales. Bien que ces interventions aient prouvé leur efficacité, elles ont marginalisé les autres problèmes sanitaires et affaiblit les systèmes de santé locaux. Depuis le milieu des années 90, les agences internationales dont l'OMS et la banque mondiale portent une attention particulière sur une approche plus multisectorielle des programmes de santé publique. Le Fonds Mondial a lui-même appelé à des initiatives diagonalisées. Le débat entre ces deux types d'approches vertical et transversal a été également récemment relancé à l'occasion du sommet des Nations-Unies sur les maladies chroniques non infectieuses et enfin de nombreux donateurs (USAID, DFID, FM) ont exprimé leur intérêt sur un renforcement des systèmes de santé à travers des collaborations ou des financements spécifiques (Lemoine, 2012). De nouvelles approches, telle que les « *medicines patent pool* » ont également été proposées afin d'améliorer l'accès aux médicaments dans les pays à faibles ressources.

Pour un fonds mondial de la santé publique ?

- 27 Dans cette perspective, pourquoi ne pas créer un ou des fonds mondiaux pour la santé, basés sur des financements innovants, comme le proposent déjà certains, impliquant les Etats et les acteurs privés. Le secteur privé contribuerait ainsi au financement de la santé mondiale à travers la taxation de certains produits comme l'alcool, le tabac ou les transactions financières. Ainsi, tout nouveau programme vertical devrait systématiquement inclure une composante horizontale destinée au renforcement des systèmes de soins locaux. Le fonds mondial et d'autres acteurs de santé publique ont eux même appelé au développement de nouvelles stratégies allant dans ce sens. Enfin, comme l'a montré la déclaration d'Abuja (2001), la responsabilité des Etats Africains pour le financement de la santé est essentielle. Les budgets nationaux pour la santé doivent augmenter. Des initiatives et des programmes pilotes de mise en place de systèmes d'assurance maladie, au Rwanda et dans d'autres pays, constituent également une avancée importante vers une approche globale et équilibrée du financement de la santé dans les pays les plus pauvres (Logie, 2008).

Conclusion

- 28 Par ses conséquences sanitaires, mais aussi politiques et socio-économiques, la pandémie de VIH/Sida a considérablement affaibli l'Afrique subsaharienne et la nécessité d'une aide internationale reste indispensable. Cependant, cette région du monde cumule bien d'autres handicaps sanitaires. Les programmes verticaux, tels que ceux mis en place pour la lutte contre le VIH/Sida ont démontré leur efficacité. Pour autant, pour tenter d'endiguer les autres maladies qui ne cessent d'affaiblir le continent sous-Africain, il est désormais temps que la

communauté internationale et ses partenaires étatiques déploient les mêmes efforts que ceux mis en place dans la lutte contre le VIH/Sida en tenant compte des effets d'une aide verticalisée. Le rétablissement d'un équilibre entre les initiatives verticales et horizontales des programmes de santé publique, ainsi que la création d'un fonds mondial pour la santé qui ne soit pas dicté par les logiques économiques libérales actuelles sont une urgence pour une santé globale pérenne et équitable.

Bibliographie

BEAGLEHOLE R, BONITA R, ALLEYNE G, HORTON R, Li L, LINCOLN P, et al. UN High-Level Meeting on Non-Communicable Diseases: addressing four questions. *Lancet*. 2011 Jul 30;378(9789):449-55.

BURKET BA. Blood pressure survey in two communities in the Volta region, Ghana, West Africa. *Ethn Dis*. 2006 Winter;16(1):292-4.

CERQUEIRA MT, CRAVIOTO A, DIANIS N, GHANNEM H, LEVITT N, YAN LL, et al. Global response to non-communicable disease. *BMJ*; 2011;342:d3823.

DRAGER S, GEDIK G, DAL POZ MR. Health workforce issues and the Global Fund to fight AIDS, Tuberculosis and Malaria: an analytical review. *Hum Resour Health*. 2006;4:23.

GAZIAN TA, OPIE LH, Weinstein MC. Cardiovascular disease prevention with a multidrug regimen in the developing world: a cost-effectiveness analysis. *Lancet*. 2006 Aug 19;368(9536):679-86.

GLOBOCAN <http://globocan.iarc.fr>

GOLDSTEIN ST, ZHOU F, HADLER SC, BELL BP, MAST EE, MARGOLIS HS. A mathematical model to estimate global hepatitis B disease burden and vaccination impact. *Int J Epidemiol*. 2005 Dec;34(6):1329-39.

HAINAUT P, BOYLE P. CURBING the liver cancer epidemic in Africa. *Lancet*. 2008 Feb 2;371(9610):367-8.

JEFFERIS K, KINGHORN A, SIPHAMBE H, THURLOW J. Macroeconomic and household-level impacts of HIV/AIDS in Botswana. *Aids*. 2008 Jul;22 Suppl 1:S113-9.

JEMAL A, BRAY F, FORMAN D, O'BRIEN M, FERLAY J, Center M, et al. Cancer burden in Africa and opportunities for prevention. *Cancer*. 2012 Jan 17.

JOSHI D, O'GRADY J, DIETERICH D, GAZZARD B, AGARWAL K. Increasing burden of liver disease in patients with HIV infection. *Lancet*. 2011 Apr 2; 377(9772):1198-209.

KAPLAN, W, LAING R. Essential Medicines for Europe and the World. Essential drugs and Medicines Policy. WHO. 2004.

KOBER K, VAN DAMME W. Scaling up access to antiretroviral treatment in southern Africa: who will do the job? *Lancet*. 2004 Jul 3-9;364(9428):103-7.

LEMOINE M, GIRARD PM, THURSZ M, RAGUIN G. In the shadow of HIV/AIDS: Forgotten diseases in sub-Saharan Africa. Global health issues and funding agency responsibilities. *J Public Health Policy*. 2012 Aug 16.

LOGIE DE, ROWSON M, NDAGIJE F. Innovations in Rwanda's health system: looking to the future. *Lancet*. 2008 Jul 19;372(9634):256-61.

LOPEZ AD, MATHERS CD, EZZATI M, JAMISON DT, MURRAY CJ. Global and regional burden of disease and risk factors, 2001: systematic analysis of population health data. *Lancet*. 2006 May 27;367(9524):1747-57.

MBANYA JC, KENGNE AP, ASSAH F. Diabetes care in Africa. *Lancet*. 2006 Nov 11;368(9548):1628-9.

NARAYAN KM, ALI MK, DEL RIO C, KOPLAN JP, CURRAN J. Global noncommunicable diseases--lessons from the HIV-AIDS experience. *The New England journal of medicine*. 2011 Sep 8;365(10):876-8.

Objectifs du Millénaire pour le Développement en Afrique. <http://www.mdgafrica.org>. Last accessed 21 January 2013; 2008.

ONUSIDA,rapportsurlepidemiemondiale.http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/unaidspublication/2012/JC2434_WorldAIDSday_results_fr.pdf

PIOT, P. No time to lose. A life in pursuit of deadly viruses. Norton & Company, London UK.2012.

- PRATT B, LOFF B. Health research systems: promoting health equity or economic competitiveness? *Bull World Health Organ.* 2012 Jan 1;90(1):55-6.
- SALMON-CERON D, ROSENTHAL E, LEWDEN C, BOUTELOUP V, MAY T, BURTY C, et al. Emerging role of hepatocellular carcinoma among liver-related causes of deaths in HIV-infected patients: The French national Mortalite 2005 study. *J Hepatol.* 2009 Apr;50(4):736-45.
- SHIFFMAN J. Has donor prioritization of HIV/AIDS displaced aid for other health issues? *Health Policy Plan.* 2008 Mar; 23(2):95-100.
- STRONG K, MATHERS C, LEEDER S, BEAGLEHOLE R. Preventing chronic diseases: how many lives can we save? *Lancet.* 2005 Oct 29-Nov 4;366(9496):1578-82.
- THURSZ M, COOKE GS, HALL AJ. Hepatitis B treatment in resource poor settings: time for action. *Trop Med Int Health.* 2010 Jan;15(1):2-4.
- TRAVIS P, BENNETT S, HAINES A, PANG T, BHUTTA Z, HYDER AA, et al. Overcoming health-systems constraints to achieve the Millennium Development Goals. *Lancet.* 2004 Sep 4-10;364(9437):900-6.
- WALSH JA, WARREN KS. Selective primary health care: an interim strategy for disease control in developing countries. *N Engl J Med.* 1979 Nov 1;301(18):967-74.
- WEBER R, SABIN CA, FRIIS-MOLLER N, REIS P, EL-SADR WM, KIRK O, et al. Liver-related deaths in persons infected with the human immunodeficiency virus: the D:A:D study. *Arch Intern Med.* 2006 Aug 14-28; 166(15):1632-41.
- WHO, The Global burden of disease report.2004 update (2008) http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/2004_report_update/en/index.html
- WILD S, ROGLIC G, GREEN A, SICREE R, KING H. Global prevalence of diabetes: estimates for the year 2000 and projections for 2030. *Diabetes Care.* 2004 May; 27(5):1047-53.
- World Bank, world development indicators, <http://www.worldbank.org/>

Pour citer cet article

Référence électronique

Maud LEMOINE, Pierre-Marie GIRARD, Mark THURSZ et Gilles RAGUIN, « Dans l'ombre du VIH/SIDA : les maladies oubliées de l'Afrique sub-saharienne. Quels enjeux sanitaires ? Quelle responsabilité des bailleurs de fonds ? », *Face à face* [En ligne], 12 | 2013, mis en ligne le 21 octobre 2013, consulté le 20 mai 2015. URL : <http://faceaface.revues.org/792>

À propos des auteurs

Maud LEMOINE

Medical Research Council, the Gambia Unit, Disease Control and Elimination theme, Fajara, The Gambia West Africa,
Department of Medicine, Division of Hepatology, Imperial College London, UK.

Pierre-Marie GIRARD

Service de maladies infectieuses et tropicales, Hôpital Saint-Antoine, Paris, France,
Université Pierre et Marie-Curie, France.

Mark THURSZ

Department of Medicine, Division of Hepatology, Imperial College London, UK.

Gilles RAGUIN

Service de maladies infectieuses et tropicales, Hôpital Saint-Antoine, Paris, France,
ESTHER, France.

Droits d'auteur

Tous droits réservés

Résumé

Sous l'effet de l'épidémie de VIH/Sida, l'aide internationale pour la santé a connu un accroissement exceptionnel ces dernières années. La pandémie reste lourde de conséquences sanitaires, socio-économiques et politiques fragilisant les pays les plus pauvres et en particulier ceux d'Afrique subsaharienne. La solidarité déployée est incontestable mais la lutte contre le VIH/Sida s'est affichée peu à peu comme la priorité de l'agenda sanitaire international. Face à l'ampleur de cette aide, que deviennent les autres enjeux de santé qui menacent cette région du monde et quelles sont les conséquences d'une telle polarisation ? Cet article porte un regard sur les pathologies oubliées du continent sous-Africain, analyse les contradictions des financements actuels en matière de santé et propose de nouvelles stratégies dans une perspective de santé globale durable et équitable.

Frédéric LE MARCIS, Sylvain Landry FAYE, Fatoumata Bintou SAMB,
Mouhamed BADJI et Cédric LEVEQUE

Les points aveugles de la lutte contre le paludisme en Casamance

Avertissement

Le contenu de ce site relève de la législation française sur la propriété intellectuelle et est la propriété exclusive de l'éditeur.

Les œuvres figurant sur ce site peuvent être consultées et reproduites sur un support papier ou numérique sous réserve qu'elles soient strictement réservées à un usage soit personnel, soit scientifique ou pédagogique excluant toute exploitation commerciale. La reproduction devra obligatoirement mentionner l'éditeur, le nom de la revue, l'auteur et la référence du document.

Toute autre reproduction est interdite sauf accord préalable de l'éditeur, en dehors des cas prévus par la législation en vigueur en France.

revues.org

Revues.org est un portail de revues en sciences humaines et sociales développé par le Cléo, Centre pour l'édition électronique ouverte (CNRS, EHESS, UP, UAPV).

Référence électronique

Frédéric LE MARCIS, Sylvain Landry FAYE, Fatoumata Bintou SAMB, Mouhamed BADJI et Cédric LEVEQUE, « Les points aveugles de la lutte contre le paludisme en Casamance », *Face à face* [En ligne], 12 | 2013, mis en ligne le 21 octobre 2013, consulté le 05 juin 2015. URL : <http://faceaface.revues.org/805>

Éditeur : IRD - INSERM - Université de la Méditerranée Aix-Marseille

<http://faceaface.revues.org>

<http://www.revues.org>

Document accessible en ligne sur :

<http://faceaface.revues.org/805>

Document généré automatiquement le 05 juin 2015.

Tous droits réservés

Frédéric LE MARCIS, Sylvain Landry FAYE, Fatoumata Bintou SAMB,
Mouhamed BADJI et Cédric LEVEQUE

Les points aveugles de la lutte contre le paludisme en Casamance

- 1 C'est à partir du début des années 90 que la notion d'*evidence-based medicine* (EBM) est développée d'abord en Grande Bretagne dans le champ médical. La notion renvoie au développement d'outils facilitant la synthèse et la diffusion de résultats capables de favoriser chez les praticiens des prises de décisions conformes aux développements les plus récents de la recherche médicale. « Peu à peu, les approches EBM se sont répandues dans tous les pays et, parallèlement, leurs principes ont été transposés à d'autres niveaux d'organisation et étendus à la gestion des systèmes de santé nationaux et internationaux. C'est ainsi que l'OMS se revendique aujourd'hui d'une approche en termes d'*evidence based policy*. » (Laurent, et al., 2009, p. 858). Le credo à présent maintes fois proclamé envers l'*evidence based policy* sous-estime cependant certains des points aveugles de son usage comme ses limites. Le circuit qui mène d'une découverte scientifique à la mise en place d'une politique de santé publique ne constitue nul chemin linéaire (Black, 2001). Ce qui semble s'imposer sous le sceau de la preuve scientifique ne l'est pas forcément : « la tendance à l'universel a pour corollaire paradoxal l'hyper-localisation dans le temps et dans l'espace, le confinement extrême, des conditions de production des connaissances » (Callon, Lascoumes et Barthe 2001, p. 177). En effet, la production du savoir est soumise à nombre de contingences. La pratique des essais eux-mêmes relève d'une lutte permanente avec l'indésirable, l'incontrôlable et donc relève pour une part de la reconnaissance du contingent. Par ailleurs, les vérités scientifiques ne sous-tendent les « politiques » qu'à la suite d'un travail qui aboutit en fonction de la capacité du chercheur à transférer son résultat du monde de la recherche à l'espace public (Callon, 1986). La capacité de persuasion du chercheur joue donc un rôle primordial dans la mobilisation d'une découverte dans un projet politique, comme en témoigne l'analyse de l'invention de la circoncision comme moyen de prévention de la transmission du VIH (Perrey, Giami, Rochel de Camargo, & de Oliveira Mendonça, 2012).
- 2 Ensuite les chercheurs sont porteurs de valeurs qui sous-tendent leurs questions de recherche ou leurs actions, comme les acteurs politiques. Ces dernières peuvent prendre le pas sur une logique d'action uniquement fondée sur un savoir scientifique.
- 3 Enfin si au niveau central, des décisions politiques peuvent invoquer une avancée scientifique pour justifier une modification de politique, l'écho de la rationalité de ces modifications s'avère limité sur le terrain. « Research evidence is more influential in central policy than local policy, where policymaking is marked by negotiation and uncertainty. » (Black, 2001, p. 277) Ainsi dans le domaine de la santé, ceux qui rendent opérationnelles les politiques sont peu informés des logiques présidant aux modifications des protocoles de prise en charge, ils n'ont qu'une connaissance vague des plans de lutte quadriennaux et de leurs objectifs affichés. Quand ils le sont, leur expérience reste néanmoins une source de connaissance privilégiée. Ainsi, « un important travail méthodologique est à réaliser pour se réapproprier les instruments de la boîte à outil *evidence-based*, les tester dans le champ des politiques de développement, en mesurer les avantages et les limites, formaliser les choix conceptuels qui sous-tendent la construction de différents types d'outils et de métaconnaissances et partager cette réflexion entre chercheurs, étudiants et acteurs concernés » (Laurent, et al., 2009, p. 869). C'est à cette réflexion que nous souhaitons contribuer.
- 4 Dans un premier temps, nous proposons une synthèse analytique du développement des connaissances et des programmes de lutte contre le paludisme sur le continent africain en général avec un accent mis sur le contexte sénégalais. Ensuite, à partir de l'exemple de la promotion des moustiquaires, on décrira la façon dont les « acteurs des politiques » au niveau local (de la région sanitaire aux agents de santé) s'inscrivent dans cette histoire, comment ils se l'approprient. Ce faisant on verra en quoi dimensions politiques et scientifiques entrent parfois

en compétition au moment de donner aux résultats scientifiques une dimension opérationnelle. On verra également comment des arguments et pratiques qui relèvent de temporalités distinctes de la lutte contre le paludisme (inscrits dans des logiques spécifiques allant du contrôle et du soin à l'éradication) se retrouvent mêlées dans la façon dont les acteurs font sens de la lutte contre la maladie et la mettent en œuvre au présent. Les limites d'une *evidence-based policy* insensible à l'histoire et au politique seront discutées.

Terrain et méthodes

- 5 Les résultats présentés reposent sur une enquête¹ menée dans l'arrondissement sanitaire d'Oussouye (Région de Ziguinchor) entre 2009 et 2012. Différents centres de santé de cet arrondissement ont été visités (à Mlomp, Elinkine, Djembereng, etc.). Il s'agissait d'étudier sur le terrain les logiques et les pratiques des professionnels de santé engagés dans la lutte contre le paludisme et de les resituer dans le cadre des enjeux spécifiques de la mise en place des nouveaux protocoles liés à l'introduction des Tests de Diagnostic Rapide (TDR) et des ACT (Artemisinin combined Therapy) dans le contexte du conflit latent qui caractérise la Basse-Casamance (Marut, 2010). Les enquêtes ont consisté en des observations et des entretiens menés sur la question de l'introduction des ACT et des TDR auprès de divers acteurs : Président de communes rurales, sous-préfet, Organisation Communautaire de Base (OCB) comme l'AJAEDO (Association des Jeunes Agriculteurs et Eleveurs du Département d'Oussouye), Organisations Non Gouvernementales (ONG) telle Africare. Nous avons également réalisé des entretiens auprès des acteurs régionaux de la santé et du développement à Ziguinchor (siège des ONG, Région sanitaire). Rendre compte du développement d'une politique de santé sur un territoire aussi circonscrit soit-il, suppose d'articuler l'action de ces différents acteurs mais également de situer les politiques étudiées dans la longue durée (Packard, 1989). Il convient au fond de proposer un jeu avec les échelles (Revel, 1989) et le temps en gageant qu'une telle entreprise permettra de déceler dans les pratiques du présent, ruptures et continuités dans les politiques de santé publique. Ces dernières se succèdent mais ont la particularité de reposer sur une forme d'amnésie et s'inscrivent dans un éternel présent. Pourtant, comme on le verra, au travers de leurs pratiques et de leurs rationalisations, les populations (agents de santé y compris), elles, se souviennent (Fassin, 2006).
- 6 Après avoir rappelé les dimensions idéologiques ayant sous-tendu le développement des politiques de lutte contre le paludisme sur le continent africain en prêtant particulièrement attention aux spécificités relatives au Sénégal, on discutera de la façon dont la mémoire des acteurs procède par assimilation, retenant des pratiques ou des slogans, mais tenant peu compte de leur inscription dans le temps et dans des paradigmes de lutte distincts.

Les paradigmes de la lutte contre le paludisme

- 7 Les objectifs du millénaire 4, 5 et 6 font de la mère et de l'enfant des cibles prioritaires des politiques sanitaires. L'identification de ces cibles s'appuie largement sur la confiance du politique dans le développement d'outils et de technologies en mesure de répondre aux problèmes qu'ils ont à résoudre. Ainsi, à chaque époque correspondrait un éventail d'outils disponibles pour les politiques afin de lutter contre le paludisme et reflétant l'état du savoir à un moment donné. L'histoire de la lutte contre les grandes endémies ne serait alors qu'une succession de découvertes scientifiques permettant la transformation des politiques. Si certaines lectures de la lutte contre le paludisme abondent dans ce sens et ne proposent qu'une vision chronologique articulant transformations épidémiologiques et avancées scientifiques (Bradley, 1992), d'autres auteurs soulignent les dimensions politico-historiques du développement des politiques de lutte (Fintz, 2006) ou les multiples contraintes auxquelles la lutte contre le paludisme fait face tant du point de vue de la capacité des systèmes de santé que de ses contraintes cognitives et culturelles (Gruénais, Ndoye, & Bado, 2006).
- 8 Ainsi rendre compte du développement d'une politique de santé sur un territoire circonscrit, impose de penser ensemble développement des savoirs scientifiques et projets politiques du local au global. Dans le cas du paludisme, deux formes d'utopies se rencontrent à des degrés divers dans le temps : l'utopie coloniale et celle d'une éradication totale de la maladie.

Une même articulation a également été analysée dans le contexte de la lutte contre la trypanosomiase (Dozon, 1985).

L'émergence de la lutte contre la paludisme

- 9 Dès 1890, l'école de Santé Navale est ouverte à Bordeaux afin de former les médecins et les pharmaciens destinés à travailler dans les colonies (Poutrain, Adjagbe, Hane, Konan, & Ndoye, 2005, p. 45). Un service de santé des troupes coloniales est ensuite créé en 1905 dans le parc du Pharo à Marseille. Comme le rappelle Poutrain et al., depuis lors Bordeaux et Marseille sont restés deux villes au cœur de la médecine tropicale. Parallèlement, est également développé le corps de santé des troupes coloniales (1903) puis de l'Assistance Médicale Indigène (AMI) en 1905. C'est également à la fin du 19^{ème} siècle que les progrès de la science laissent entrevoir une possibilité de lutter contre les fièvres, puisqu'en 1820, les bienfaits de la quinine sont identifiés et en 1880 c'est le tour du *plasmodium* puis de son vecteur en 1898 (Gruénais, Ndoye, & Bado, 2006, p. 140).
- 10 Pourtant, ce n'est qu'après la première guerre mondiale (et l'épidémie de grippe espagnole de 1918) qu'une prise de conscience de l'important déclin démographique dans les colonies se fait jour et que la nécessité du développement d'une véritable politique sanitaire populationnelle est reconnue (doctrine Albert Sarrault). C'est dans cette dynamique que s'inscrit la prise en charge du paludisme, d'abord confiée au Service Général Autonome d'Hygiène Mobile et de Prophylaxie (SGHMP) créée en 1945. La compétence de ce service s'étend sur l'ensemble du territoire de l'AOF et de l'AEF et couvre plusieurs pathologies (trypanosomiase, syphilis, lèpre, tuberculose et paludisme). En 1957, dans le contexte de la loi cadre de 1956, il est rebaptisé Service commun de lutte contre les grandes endémies et devient autonome pour chaque colonie. La coordination régionale de la lutte contre les grandes endémies perdure cependant même après les indépendances par le biais de l'Organisation de Coordination et de Coopération pour la lutte contre les Grandes Endémies (OCCGE) en 1960 (Poutrain, Adjagbe, Hane, Konan, & Ndoye, 2005, p. 50).

Colonisés impaludés et colons sains

- 11 Matthieu Fintz décrit précisément comment les politiques de lutte contre le paludisme de cette époque relèvent de la construction d'une « incommensurabilité entre les immunités africaines et européennes » (Fintz, 2006, p. 154) inspirée par les connaissances concernant la trypanosomiase animale. Les politiques de ségrégation dans les villes africaines visent ainsi à séparer les corps africains résistants mais infectés des corps occidentaux sains mais sensibles au paludisme. Elles s'inspirent à l'époque des pratiques visant à éviter la rencontre dans les pâturages d'animaux sauvages porteurs sains de la trypanosomiase et du bétail domestique indemne de la maladie. L'après seconde guerre mondiale voit l'introduction du DDT et le développement de pulvérisations massives en ville (le coût est cependant très élevé et dès la fin des années 50 des anophèles résistantes au DDT font leur apparition).
- 12 Comme le montre Matthieu Fintz, le paradigme raciologique dans l'analyse de l'épidémiologie palustre est remis en question dans l'entre-deux guerres, laissant place à une réponse plus politique et au développement de nouveaux dispositifs sanitaires. La politique du « laisser-faire » fondée sur la conception de l'incommensurabilité des races et le dogme de « l'autosuffisance des colonies » fait place à la reconnaissance des effets de la politique coloniale (arrêt du travail forcé en 1946) et au développement d'écoles de médecine (création de l'école de médecine à Dakar en 1950) (Fintz, 2006, p. 157). La primauté de la race laisse ainsi la place à l'analyse sociale et historique, à la dimension politique du paludisme dès lors pensé aussi en relation avec les conséquences du processus colonial. Ce qui auparavant était vu comme un commensalisme non pathologique (la relation non problématique entre un hôte, l'homme africain, et son parasite, le plasmodium) devient problématique en raison de la diversité des infections associée aux déplacements importants des populations (Fintz, 2006, p. 160).
- 13 Ainsi comme le rapporte Matthieu Fintz, l'idée de la nécessité de lutter contre le paludisme de civilisation naît entre les années 30 et 50. Elle donne lieu à l'identification de territoires dans lesquels un projet d'éradication du paludisme est possible. C'est dans ces zones qu'une action

prophylactique est pensée non seulement comme légitime mais comme réalisable. Reprenant à Georg Simmel l'usage de la notion de « minimum social »,² Matthieu Fintz estime ainsi que « les zones pilotes d'éradication donnent une représentation matérielle du nouveau 'minimum social' que l' 'unité sociale' dominante est prête à concéder dans le secours qu'elle apporte aux africains ruraux » (Fintz, 2006, p. 165). « Entre le paludisme holoendémique qui se manifeste par la résistance des populations africaines au parasite et le paludisme épidémique, catégorie d'intervention traditionnelle pour sauvegarder le peuplement européen en Afrique, le paludisme de civilisation présente d'étranges 'faciès' » (Fintz, 2006, p. 165).

Ségrégation, éradication, contrôle : les trois temps de la lutte

- 14 La conférence de Kampala organisée en 1950 sous les auspices de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) témoigne de l'évolution de la lutte contre le paludisme. Les zones soumises aux activités anthropiques récentes (nouvelles zones de peuplement, de migrations, de front agricole) sont identifiées comme zones pilotes. En Afrique de l'Est ou au Nord Cameroun, il s'agit de zones montagneuses. Au Sénégal, la Casamance est identifiée, au Burkina, la région des cascades. Par l'aspersion domiciliaire pratiquée alors dans ces zones frontalières, les populations, elles-mêmes frontalières entre le « sauvage » et le « civilisé », perdent de leur sauvagerie (dont témoignait leur immunité naturelle) et se civilisent. Si les termes de la distinction ont changé (on ne parle plus d'africains et d'européens, mais de sauvages et de civilisés), la ségrégation sanitaire est maintenue puisqu'en dehors de ces zones pilotes dans les années 50-60, l'idée de l'éradication du paludisme n'est pas avancée.
- 15 Avant la seconde guerre mondiale, le paludisme ne fait donc pas l'objet d'efforts intenses et généralisés. Les politiques de santé visent d'abord à protéger les colons de la maladie dans une conception raciale de l'exposition au risque. Les politiques de santé se limitent à des mesures protectrices pour les populations coloniales³ et à la recommandation de l'usage de la moustiquaire (Poutrain, Adjagbe, Hane, Konan, & Ndoye, 2005, p. 64). A partir des années 1950, « l'objectif central était non seulement l'interruption de la transmission, mais (...) le traitement chimique des patients était également vu comme une attaque sur la transmission plus que comme une thérapie pour le bénéfice des individus. Il y avait alors un désintérêt extrême pour le patient impaludé en tant que tel, comme dans la recherche. L'éradication du paludisme était traitée plutôt comme une campagne militaire, la plupart des travailleurs impliqués ne relevaient pas des systèmes de santé et le programme était généralement coûte que coûte tenu séparé du reste des services de santé, jusqu'à la phase de consolidation où le paludisme devint au sens propre une maladie de l'Organisation Mondiale de la Santé. Elle mettait en jeu sa réputation et la moitié de ses employés sur l'éradication du paludisme » (Bradley, 1992, p. 147)⁴. Jean-Paul Bado précise qu'au début des années 1960, le montant alloué à la lutte contre le paludisme par l'OMS s'élevait à 8.5 millions de dollars sur un total de 16 millions (Bado, 2007, p. 40). « Des 'zones pilotes' sont désignées pour mieux tester les méthodes et évaluer les résultats » (Poutrain, Adjagbe, Hane, Konan, & Ndoye, 2005, p. 64). Un site se trouve à Bobo Dioulasso, le second à Thiès au Sénégal, il est confié à R. Michel. Ces zones sont soumises à divers protocoles (DTT et/ou chimioprophylaxie). L'endémie régresse, mais les résistances tant des anophèles que des hématozoaires ternissent le tableau. Au Sénégal, à l'indépendance, la zone pilote est conservée et sa direction reste confiée à R. Michel dans le cadre d'un nouveau service intitulé « Service de Lutte Antipalustre, SLAP. » Ce service intègre l'OCCGE. Face au coût des aspersions, les pulvérisations sont abandonnées au profit de l'éducation sanitaire et de la chimioprophylaxie. Entre 1962 et 1970, le SLAP met en place une politique de chloroquinisation massive. Tous les enfants sont concernés de 0 à 14 ans, de juillet à décembre (donc au-delà de l'hivernage). L'objectif d'une éradication totale du paludisme est sérieusement envisagé. La nivaquine est fournie en quantité en zone rurale et les populations font l'objet de campagnes de sensibilisation. Cependant, comme le rapporte Jean-Paul Bado, « en Afrique intertropicale, on a constaté que même dans les zones pilotes, aussi bien de Haute Volta, du Dahomey, Sénégal, Nigéria, Cameroun, de la République démocratique du Congo, du Kenya, de Tanzanie et du Nigeria, il fut impossible d'interrompre la transmission sur une longue période non seulement à cause des résistances des anophèles au DDT et autres

insecticides, de l'effet excito-répulsif du DDT, de l'exophilie de certaines espèces, mais surtout de l'apparition des souches de *plasmodium falciparum* résistantes à la chloroquine et aux autres produits antimalariques. A ces facteurs s'ajoutent les instabilités politiques, le manque de personnels souvent formés sommairement, ainsi que les migrations de populations et la modification de l'environnement qui favorisent l'épanouissement des moustiques » (Bado, 2007, p. 41).

- 16 En 1963, lorsque la campagne de nivaquinisation est mise en place au Sénégal, et que la zone de Fatick devient zone pilote de la prophylaxie de masse⁵, le ministère de l'économie rurale est chargé de la mise en place de cette campagne. Tidiane Ndoye et Véronique Poutrain soulignent que cela témoigne du fait que le paludisme était alors perçu comme un obstacle au développement (Ndoye & Poutrain, 2004, p. 87). Si à l'époque le discours du pouvoir s'inscrivait dans le registre du développement, force est de constater la continuité (dans des registres certes changeant) des dichotomies Nous/Eux dans la lutte contre le paludisme. D'une distinction essentialisée des populations au regard de la sensibilité au paludisme, on est en effet passé à une distinction en terme de niveau de développement, le paludisme s'apparentant dans ce contexte à une forme de « maladie de civilisation ».

Du contrôle à la transition épidémiologique

- 17 Durant les années 1970, ces ambitions sont révisées à la baisse au regard du développement des résistances mais également en raison de la capacité de l'Etat affaibli par la crise économique et depuis 1979, différentes formes de lutte se combinent. En 1984, la chimioprophylaxie collective n'est plus recommandée par l'OMS qui lui préfère une politique ciblée : femmes enceintes, voyageurs habitant en zone non impaludée et se rendant en zone de prévalence palustre et enfants de moins de 5 ans (Poutrain, Adjagbe, Hane, Konan, & Ndoye, 2005, p. 65). Dans les années 1980, une série de conférences témoigne d'un processus de remobilisation internationale autour de la lutte contre le paludisme. Une conférence a d'abord lieu à Brazzaville en 1987, révisé en 1991 puis suivi par une conférence tenue à Amsterdam en 1992 qui promeut une stratégie globale de contrôle de la parasitose. Cette stratégie, approuvée en 1994 par le conseil économique et social de l'ONU fait l'objet du vote en 1996 d'une résolution sur le contrôle de la maladie. L'Organisation de l'Union Africaine (actuelle Union Africaine) en fait également une de ses priorités (dès 1996 à Hararé puis à Ouagadougou en 1998).

Des avancées scientifiques aux plans stratégiques nationaux de lutte

- 18 Dans ce contexte, en 1995 le Sénégal adopte un Programme National de Lutte contre le Paludisme (PNLP) inscrit au sein du Service National des Grandes Endémies (SNGE) qui s'articule autour de 8 stratégies : « prise en charge des cas, prévention et surveillance du paludisme, chloroquine molécule privilégiée, réservée aux migrants non immuns et aux femmes enceintes » (Poutrain, Adjagbe, Hane, Konan, & Ndoye, 2005, p. 65). L'usage de « la chloroquine en première intention, la sulfadoxine associée à la pyriméthamine en seconde et les sels de quinine en troisième » est alors préconisé (Poutrain, Adjagbe, Hane, Konan, & Ndoye, 2005, p. 67). En 1998, l'initiative « faire reculer le paludisme » (Roll Back Malaria) est mise en place en partenariat avec l'OMS, le PNUD, l'UNICEF et la Banque Mondiale et repose sur l'accès rapide aux traitements, la mise à disposition de moustiquaires imprégnés, la lutte anti-vectorielle, le traitement du paludisme chez la femme enceinte ainsi que des interventions d'urgence en cas d'épidémies. Les objectifs du RBM sont réitérés lors de la conférence d'Abuja en avril 2000 qui réunit 44 dirigeants africains qui s'engagent à diffuser des moustiquaires imprégnées, à soutenir les aspersions intradomiciliaires et les mesures d'assainissement visant à détruire les gîtes larvaires ainsi que le TPI : traitement préventif intermittent : sulfadoxine pyriméthamine pour femmes enceintes et nouveau-nés (Bado, 2007, p. 43). Dans le cadre de cette dynamique, une série de plans quadriennaux de lutte sont rédigés par le Sénégal et financés par le fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme⁶. Ainsi après la période d'activités 1996-2000, un « plan stratégique pour faire reculer le paludisme au Sénégal 2001-2005 » est rédigé avec comme slogan mobilisateur : « la croisade contre le paludisme. » Ce plan préconisait comme réponse thérapeutique, le traitement

présomptif des cas de fièvre avec la chloroquine en monothérapie et prévoyait l'établissement d'un volet d'Information, Education, Communication (IEC) en direction des femmes afin de les familiariser avec ce protocole thérapeutique. Les rédacteurs du plan justifiaient ainsi leur démarche : « L'accès aux structures sanitaires n'est pas toujours aisé surtout dans les communautés rurales. Il est aussi recommandé de procéder au traitement précoce des cas présomptifs. La présomption sera basée uniquement sur la présence ou sur les antécédents récents de fièvre ou 'corps chaud' associée ou non à des céphalées, vomissements, frissons, sueurs ou algies. Le traitement présomptif consiste à prendre la chloroquine per os au niveau communautaire. » (Programme National de Lutte contre le Paludisme, 2001, p. 31) Cette recommandation s'inscrivait en fait dans la continuité des pratiques de soins dont on a vu qu'elles avaient été mises en place dès la seconde moitié du 20^e siècle. Le programme visait simplement à la renforcer.

Second plan stratégique

- 19 Le 15 novembre 2006, l'OMS recommande à nouveau (après 35 ans d'interruption) la pulvérisation intra – domiciliaire du DTT dans les zones impaludées. L'espoir d'une éradication du paludisme est à nouveau caressé. Au Sénégal, l'important niveau de résistance à la chloroquine, documenté à Dakar et à Pikine en 1988 par des études cliniques a conduit à un abandon de la monothérapie (Trape, et al., 1998) et à une focalisation sur les combinaisons médicamenteuses à base d'artémisinine (ACT). Un essai clinique réalisé en 2004-2005 a démontré que le Co-artem s'est révélé être la combinaison de substitution la plus efficace (Gaye, Dieng, Faye, Ndiaye, Seck, & Sokhna, 2007). Pourtant, pour des raisons de coût, les autorités sanitaires choisissent en 2006 l'association Artésunate/ Amodiaquine ASAQ pour traiter le paludisme simple. Mais en 2009, les effets secondaires de l'amodiaquine démontrés par des études cliniques conduisent à la recommandation du Co-artem (Artémether Luméfantine) et du duo-cotexin (dihydroArtémisinine Pipéraquline) en 2010. Afin de diminuer le risque réel de surestimation de l'incidence de la maladie et de prescription et utilisation exagérée des ACT, les tests de diagnostic rapide (TDR) ont aussi été introduits depuis 2007 (Munier, Diallo, Sokhna, & Chippaux, 2009). Ces derniers permettent à la fois de confirmer biologiquement les cas de paludisme et de protéger les nouvelles combinaisons médicamenteuses (ACT) (Faye, 2012).
- 20 Les mesures préventives officielles actuelles récuse l'utilisation de médicaments (sauf chez la femme enceinte pour qui le traitement préventif intermittent⁷ est recommandé) et sont basées sur des mesures intégrées d'hygiène collective et individuelle, dans un contexte de pré-élimination : aspersion intra-domiciliaire, assainissement de l'environnement, couverture universelle en moustiquaires imprégnées. Afin de mieux rapprocher les TDR et les ACT des communautés, la stratégie Prise en Charge à Domicile (PECADOM) est officiellement mise en œuvre (Faye, 2012). Elle consiste en la distribution de soins (diagnostic et prescription) par des Distributeurs de Soins à Domicile (DSDOM) surtout dans les zones où il se pose encore un problème d'accessibilité physique et géographique aux services de santé. Cette stratégie s'inscrit dans une approche communautaire, qui date de l'Initiative de Bamako (1987), mais qui a connu une évolution fulgurante ces dernières années. Au Sénégal, la plupart des stratégies de lutte contre le paludisme ont mis en avant la contractualisation avec le niveau communautaire (OCB, relais communautaires, tradipraticiens), dans un contexte où la charge de travail de l'infirmier s'est démultipliée, rendant nécessaire la responsabilisation d'autres catégories à ses côtés pour la promotion des mesures de lutte (Faye, 2012).
- 21 A l'issue du premier plan de lutte et en accord avec les résultats de recherches mentionnées supra, le Sénégal introduit une modification du protocole de prise en charge thérapeutique en remplaçant la chloroquine en monothérapie par des combinaisons de molécules (sulfadoxine-pyriméthamine) et en adoptant le traitement préventif intermittent chez la femme enceinte. Lors du plan suivant (2006-2010) dont le mot d'ordre est « Vivre avec le paludisme sans en mourir » (PNLP, 2006), l'introduction progressive de la bithérapie à base d'artémisinine en remplacement de la chloroquine est poursuivie et une volonté d'introduire les TDR en commençant par une recherche opérationnelle sur les conditions de leur utilisation est

exprimée. Ce plan consacre la volonté d'éradication de l'usage de la chloroquine à domicile et prévoit la formation des agents de santé. Le plan 2006-2010 consacre également le retour de l'aspersion domiciliaire systématique, en conformité avec les recommandations de l'OMS et souligne la nécessité d'informer la décision par la recherche. Sur le terrain, alors que l'introduction de l'amodiaquine avait fait l'objet d'une importante campagne de communication (spots télévisées, campagne d'IEC locales), le passage de l'Artesunate Amodiaquine au Coartem ne fait pas l'objet d'informations auprès des populations. Celles-ci se contentent comme nombre de responsables politiques d'ailleurs de l'expression générique ACT.

Troisième plan stratégique

22 Le plan stratégique 2011-2015 de lutte contre le paludisme au Sénégal est quant à lui résolument engagé vers l'accélération du contrôle du paludisme en vue de sa pré-élimination, d'où sa vision d'un « *Sénégal émergent sans paludisme*. » (PNLP, 2010) Reconnaisant la complexité des faciès de l'épidémie au Sénégal (une typologie en quatre strates est proposée reflétant une situation d'endémicité faible (strate I), moyenne (strate II), de transmission plus élevée (strate III) et un faciès urbain plus hétérogène (région de Dakar, strate IV), des mesures relatives à ces quatre situations sont proposées : « Cette stratification permet la sélection de mesures plus adaptées à chaque strate. Ainsi les districts de la strate I bénéficieront en plus de l'accès universel, d'activités spécifiques à la stratégie de pré – élimination c'est à dire la recherche active des cas et la détection précoce des recrudescences des cas et des épidémies. Les districts des strates II et III feront l'objet d'activités de renforcement du contrôle avec notamment la réalisation et le maintien de l'accès universel aux interventions efficaces. Dans la strate IV, des activités de lutte anti larvaire viendront s'ajouter à celles mises en œuvre dans les autres strates. » (PNLP, 2010, p. 33) Il s'agit globalement dans ce programme de s'inscrire en synergie avec les OMD et notamment les objectifs concernant la santé de la mère et de l'enfant en s'appuyant sur la décentralisation et en favorisant une meilleure gouvernance des systèmes de santé. Le contrôle des vecteurs de l'épidémie est dès lors central dans ce plan : cela passe notamment par la généralisation de l'usage des Moustiquaires imprégnées, la réduction des gîtes larvaires et l'aspersion domiciliaire. Ainsi malgré un changement de paradigme annoncé, les manifestations concrètes du nouveau programme font écho aux premiers plans de lutte (distribution de moustiquaires, traitement des gîtes larvaires et aspersion domiciliaire).

23 Le regard rétrospectif porté sur la lutte contre le paludisme au Sénégal et la consultation des documents directeurs des récents plans quadriennaux permet d'identifier les différents temps de son histoire. Durant la période précoloniale, la lutte contre le paludisme reflète initialement une politique de distinction et de ségrégation. A l'incomparabilité des corps africains et européens se substitue ensuite l'idée d'une transformation possible du premier. La sensibilité des individus africains au paludisme nouvellement reconnue apparaît dès lors comme le marqueur d'un processus de civilisation en cours, mais également comme un frein au développement et suscite le développement de nouvelles politiques sanitaires. Depuis lors, on est passé d'un projet d'éradication totale du paludisme basée sur action quasi militaire et sur la confiance envers des produits (Chloroquine, DTT) à une reconnaissance des limites de ce projet et à une approche pragmatique consistant à « vivre avec ». L'introduction de nouvelles molécules apportant une réponse au développement de résistances thérapeutiques, de nouvelles pratiques de diagnostics et le constat d'une transition épidémiologique en cours donnent un nouvel élan à l'espoir d'une éradication totale. La disparition du paludisme reste encore un marqueur du développement du pays, comme en témoigne le slogan du dernier plan quadriennal : « un Sénégal émergent sans paludisme. » L'absence de paludisme apparaît là encore comme résultat et condition d'un état de développement. Aussi, l'analyse des politiques de santé publique ne peut faire l'économie d'une analyse de ses enjeux symboliques. Au cœur des outils comme des symboles de la lutte contre le paludisme, figure la moustiquaire. Après avoir analysé la dimension symbolique de la moustiquaire dans la lutte contre le paludisme au Sénégal, on verra comment les acteurs de la santé (responsables régionaux de programme ou

acteurs de la santé sur le terrain) engagés quotidiennement dans la réalisation des programmes de lutte (parce qu'ils organisent des séances d'information et d'éducation communautaire – IEC – traitent des accès palustres ou distribuent des moustiquaires...) perçoivent l'évolution de ces politiques et comment ils pensent l'articulation de leur activité professionnelle avec l'évolution des programmes.

La dimension symbolique de la lutte

- 24 S'il est un objet qui incarne la lutte contre le paludisme dans la région d'Oussouye, c'est bien la moustiquaire. Et cela se vérifie dans l'ensemble de la sous-région. Elle est présente dans les centres de santé sur les affiches incitant les femmes enceintes à s'y abriter avec leur nouveau-né, elle fait l'objet de séances d'Information Education et Communication (IEC) menées par les matrones auprès des femmes, par les agents d'Organisation Communautaires de Base mettant en œuvre les programmes des Organisations Non Gouvernementales, et suscite l'organisation de distributions massives dans les familles généralement à l'approche de la saison des pluies. A cette occasion, au-delà des représentants de l'Etat, chefferies traditionnelles, autorités religieuses sont mobilisés dans la distribution. La moustiquaire est un objet du pouvoir. En Casamance, l'ONG américaine Africare est massivement impliquée dans la lutte contre le paludisme. Son action dans ce domaine se déploie dans plusieurs pays d'Afrique francophone, anglophone et lusophone⁸. Africare a développé une expertise importante concernant les différentes mesures qui relèvent de la politique officielle de lutte définie à l'échelle nationale : le traitement préventif intermittent, les ACT, les TDR et les moustiquaires. Les interventions de cette ONG dans la lutte contre le paludisme s'inscrivent dans le programme STAMP (2003-2006) et le PMI (President's Malaria Initiative), programme initié par le président George W. Bush en 2005. Elles se singularisent par leur focalisation sur les moustiquaires imprégnées, à travers des activités comme celles réalisées par AJAEDO. L'ONG travaille avec les OCB pour promouvoir et renforcer la disponibilité et l'accès à ces outils préventifs, en dehors des structures de santé. En dehors de la contractualisation avec des OCB, elle a formé des relais dans les villages environnants, qui sont chargés de développer des causeries sur la façon d'utiliser et de bien prendre soin des moustiquaires, sur l'importance des moustiquaires pour la prévention du paludisme. Les distributeurs communautaires et les points de prestation de services (maternités, accoucheuses traditionnelles, tradipraticiens etc.) sont également ciblés par la sensibilisation.
- 25 Cette focalisation d'Africare sur les moustiquaires imprégnées correspond à une des orientations de l'USAID dans le cadre du PMI, qui valorise la promotion et la distribution de plus d'un million de moustiquaires imprégnées longue durée, surtout en faveur des femmes enceintes et enfants de moins cinq ans. Cette préoccupation est également visible dans les interventions de l'Etat, elles aussi orientées par les visions des bailleurs qui financent la lutte contre le paludisme. Par exemple, dans le cadre du nouveau plan stratégique 2010-2015, le Sénégal insiste (comme beaucoup de pays africains) sur la couverture universelle en moustiquaires imprégnées, grâce à un important financement obtenu dans le cadre du Fonds Mondial (Round 10). Si l'Etat et les collectivités locales semblent absents dans le travail « technique » et promotionnel de la lutte contre le paludisme, leur présence s'incarne cependant à travers les moustiquaires. Dès lors celles-ci au-delà de leur fonction d'outils de la lutte sont investies d'une forte dimension politique. Les maires et présidents de communautés rurales procèdent en effet à des distributions de MILDA, qui leur permettent d'aller à la conquête et d'entretenir leur électorat. Le don de moustiquaire témoigne de l'investissement des acteurs dans la santé des populations, il permet d'entretenir des rapports clientélistes, et parfois de compléter un revenu. Lors de notre présence sur le terrain en avril 2012, une distribution de moustiquaire était en cours de préparation dans le cadre du projet de « couverture universelle » en moustiquaires imprégnées. Cette distribution supposait le recensement exhaustif des lieux de couchage, un recensement confié aux autorités locales. Leur implication dans le recensement valant dès lors crédit du don de la moustiquaire. Dans d'autres cas, l'accès aux moustiquaires à bas-prix est confié à des individus recrutées localement (AIS, volontaires de la croix rouge sénégalaise) à qui l'on permet de s'assurer

une rémunération (de l'ordre de 500 francs cfa par moustiquaire vendu 2000 francs cfa). Le revenu assuré garantissant ainsi l'engagement de l'individu dans la vente. La distribution des moustiquaires, comme une ressource politique ou comme une ressource financière convoitée (par exemple par un service d'hygiène regrettant que leur distribution ne leur soit pas confiée) s'inscrit à la fois dans le cadre de pratiques d'établissement de pratiques clientélistes et comme un outil classique de la lutte contre le paludisme. Chez les acteurs, cette distribution ne fait pas l'objet d'une rationalisation articulée à un programme global de prévention et de prise en charge du paludisme. Les acteurs qui se mobilisent dans ce secteur négligent ainsi le pendant thérapeutique qui l'accompagne dans l'esprit des concepteurs des plans de lutte. De fait, lorsque les politiques à l'échelon local sont interrogés (Président de Commune Rurale, agents de la préfecture, Médecin Chef), tous mentionnent la distribution de moustiquaire comme témoignage de leur engagement. Les ONG ne sont pas en reste qui soit approvisionnent soit communiquent sur le sujet. Mais leur articulation à l'offre d'ACT est peu mentionnée, voir totalement ignorée⁹.

26 Dans la même logique, les pratiques de saupoudrage de produits chimiques détruisant les gîtes de moustique font l'objet également d'un fort investissement du politique. Ainsi le secrétaire de la préfecture d'Oussouye, s'il ne connaissait pas le nom des ACT aujourd'hui utilisés, ni les développements récents de prophylaxie (passage au Co-artem), était cependant en mesure de décrire les campagnes de saupoudrage et appelait de ses vœux leur renouvellement. L'insistance sur les campagnes de saupoudrage était également le fait du service d'hygiène du district médical d'Oussouye. La distribution de moustiquaires ou le saupoudrage sont doublement efficaces. Tout d'abord ils représentent pour tous les acteurs une réponse pragmatique à la présence des moustiques qui caractérise la Casamance humide et verte. Ensuite ils permettent également une mise en scène de l'action des autorités pour le bien-être des populations et sont donc politiquement pertinents.

27 Alors que les ACT et les TDR participent également de l'arsenal des outils mobilisés pour la lutte, ceux-ci ne font donc pas l'objet d'un fort investissement politique. La moustiquaire apparaît comme un support de communication plus efficace que les molécules ce qui conduit en termes de communication à une désarticulation des programmes de lutte.

Rechercher dans les pratiques actuelles les différentes strates de la lutte contre le paludisme

28 Les mesures et stratégies de lutte contre le paludisme que nous venons d'évoquer concernent de manière équivalente toutes les régions. La reconnaissance de quatre strates différentes dans le faciès épidémiologique sénégalais n'a pas d'incidence sur la mise en place de ces mesures. La reconnaissance de multiples profils épidémiologiques ne va pas de pair avec celle de contextes politiques, économiques et cognitifs. Pourtant, les différentes analyses de l'histoire de la lutte contre le paludisme soulignent avec raison la dépendance des politiques de lutte vis-à-vis des facteurs socio-économiques, de ceux liés à l'organisation des structures de santé, aux formations des personnels, aux profils épidémiques contrastés entre zones d'un même pays (Gruénais, 2003 ; Ndoye & Poutrain, 2004 ; Gruénais, Ndoye, & Bado, 2006). En outre, la longue durée de la lutte contre le paludisme et la multiplicité des messages diffusés, comme des politiques mises en place et de leurs traductions sur le terrain invite à se poser la question de la lecture faite de ces politiques par les soignants et les populations. Plutôt que d'évaluer leur capacité à « comprendre les messages » en raison de « freins culturels » il convient de se poser la question de la possibilité d'une compréhension de ces dernières tant elles se sont succédées rapidement et sans cohérence apparente du point de vue des personnes concernées (patients comme acteurs de santé au premier échelon des soins). Comme l'écrit Marc-Eric Gruénais : « Découvertes scientifiques, recommandations internationales, pragmatisme imposé par le niveau de développement et de performance des systèmes de santé nationaux et locaux, soit trois registres qui ressortissent à des dynamiques distinctes et qui viennent informer les décisions, s'adressent, au bout de la chaîne à des personnels de santé qui prescrivent et qui en actes, doivent faire la synthèse de toutes ces informations qu'ils ont à confronter à leurs expériences professionnelles. » (Gruénais, 2003, p. 274) La longue

durée des politiques de santé, la succession des plans quadriennaux fondés sur l'avancée des connaissances scientifiques (autant en termes de traitement que d'une meilleure appréciation épidémiologique) se confondent dans l'esprit des agents de santé comme des populations. Pas de coupures radicales entre pratiques d'aujourd'hui et pratiques du passé mais sédimentation que l'on peut observer dans le discours et certaines pratiques. En outre, face à la succession des modifications de protocole et de politiques et au peu de visibilité des logiques qui les sous-tendent, l'expérience des acteurs paraît une valeur sûre à laquelle s'accrocher, ce qui favorise le développement de résistances au changement. On retrouve ici le phénomène décrit aux États-Unis au 20^{ème} siècle, lorsque des médecins mettaient en avant leur expérience et la connaissance de leurs patients pour résister à la mise en place de ce qui allait devenir les essais cliniques randomisés comme gold standard de l'administration de la preuve d'une thérapie (Marks, 1999).

La lutte comme continuité

- 29 Alors que le programme actuel de lutte contre le paludisme vise aujourd'hui l'éradication de la maladie, confortée en cela par l'observation d'une transition épidémiologique en cours, l'action des acteurs engagés au quotidien dans la lutte contre le paludisme s'inscrit dans la longue durée. La permanence de la lutte est confortée par « l'air de famille » des moyens mis en avant dans les programmes successifs (médicament, moustiquaire, aspersion) quand bien même ces programmes reposent sur une appréciation scientifique différente de l'épidémie et visent des objectifs distincts. En témoigne la façon dont les acteurs expriment la nature de leur mission. Lors d'un entretien avec la directrice de l'IEC de la région médicale de Ziguinchor, celle-ci présentait la nature des messages dont elle est chargée d'organiser la diffusion. Elle rappelait l'importance de la moustiquaire en mentionnant le slogan qui caractérisait le programme de 2005 « Vivre avec le palu, sans en mourir », alors même que le programme actuel vise l'éradication et professe : « Un Sénégal émergent sans paludisme. » La persistance dans le discours de la directrice de l'IEC d'un slogan associé à un programme précédent se comprend au regard de la durée de son engagement dans le domaine. Sa présence souligne le fait que les directives des nouveaux programmes ne rencontrent pas un terrain vierge mais viennent recouvrir un ensemble de savoirs et de pratiques issues de programmes et d'expériences précédents. Ces connaissances et ces usages constituent un assemblage à partir duquel les acteurs pensent et construisent leur action.
- 30 Ce chevauchement des mémoires est ainsi perceptible dans les pratiques de certains agents qui conservent dans la pharmacie de leurs cases de santé des produits ne faisant pourtant plus partie de l'offre médicamenteuse officielle (nous avons ainsi observé dans une case de santé aux confins du district sanitaire d'Oussouye la présence d'Artesunate-amodiaquine alors que le Co-artem était officiellement retenue depuis quatre mois). La coprésence de divers protocoles thérapeutiques est en outre accentuée par le manque de supervision effective ou bien par l'organisation au sein de certains centres de santé du district sanitaire d'Oussouye (cas de Mlomp et de Djembereng) d'un essai clinique concernant Artesunate-amodiaquine et modifiant de facto, et sans consentement préalable des populations concernées, le protocole national de prise en charge au profit d'un intérêt privé. Les affiches présentes dans les centres de santé, ou dans les locaux de la région médicale rappellent la succession des programmes, leur slogan et protocoles de prise en charge associés. Parfois une affiche récente en masque une plus ancienne qui n'apparaît qu'à la faveur d'un courant d'air venant soulever un angle non punaisé, parfois elles sont simplement juxtaposées. Nous avons également constaté dans un centre de santé périphérique d'Oussouye l'affichage d'un protocole de prise en charge périmé et l'absence du protocole actualisé. Ces affiches signalent plus qu'elles informent réellement. Leur affichage réglementaire est respecté mais elles restent peu mobilisées. Elles sont aussi la trace de l'enchaînement rapide de différents protocoles thérapeutiques, comme de leur coprésence. Cette succession de recommandations rend difficile leur appropriation précise par les politiques, les populations mais également par les agents de santé situés à la base de la pyramide des soins. Il est ainsi difficile de recueillir auprès de ces derniers un historique précis de l'évolution de l'offre des produits antipaludéens. Les noms des médicaments ne

sont pas véritablement connus : si les agents connaissent les ACT, leur évolution et la logique du changement de produit (passage de l'artésunate-amodiaquine au co-artem) n'est pas totalement maîtrisée. Cette évolution ne fit pas l'objet, comme lors de l'introduction des ACT et de l'artésunate-amodiaquine, d'un séminaire régional et de messages radiophoniques. Un agent de santé se rappelle seulement avoir été informé lors d'une réunion avec son médecin chef de district.

- 31 A l'assemblage des slogans et des pratiques de la part des agents de santé répondent les savoirs idiosyncratiques des populations. Ainsi cette femme interrogée à Mlomp produit un discours dans lequel elle propose une lecture de l'évolution des protocoles de prise en charge à partir de son expérience personnelle, et témoigne du maintien, quoique transformé, de pratiques autrefois recommandées dans la lutte contre le paludisme. Cette femme, enquêtrice temporaire à Mlomp dans le cadre d'un observatoire populationnel habitait auparavant à Ziguinchor où elle était salariée. Elle revint vivre à Mlomp pour s'occuper de son père mourant. Elle rapporte que lorsqu'elle habitait encore à Ziguinchor, elle donnait systématiquement de la chloroquine à ses enfants en début de saison des pluies. Il est important de noter que la chloroquinisation a reposé sur des campagnes coercitives comme l'illustrent les pratiques décrites pour le dispensaire confessionnel de Mlomp dans les années 75 par les démographes français de l'INED (Institut National d'Etudes Démographiques) dans un document retraçant le développement de l'observatoire de population qu'ils gèrent dans ce village : « Face à la fréquence des consultations de nuit pour paludisme, et afin d'obliger les familles à détenir de la chloroquine à domicile, toute consultation pour un syndrome fébrile était refusée si l'enfant n'avait pas reçu auparavant à domicile un traitement présomptif par chloroquine, ou si ses parents refusaient l'achat immédiat d'une provision conséquente de ce produit. D'après le récit des infirmières, la "guerre de la chloroquine" fut particulièrement difficile et éprouvante : parents systématiquement refoulés s'ils se présentaient au dispensaire sans l'argent nécessaire à l'achat de chloroquine, enfants traités clandestinement, tension avec une partie des villageois. Au bout d'une année environ la possession de chloroquine à domicile était généralisée, et les consultations de nuit beaucoup moins fréquentes » (Pison, Gabadinho, & Enel, 2001, p. 75). Aujourd'hui sans revenus, elle explique avoir cessé la chloroquinisation, faute de moyens. Elle donne cependant à ses enfants du paracétamol et de l'effergal pour soigner ce qui lui semble un cas de paludisme, car explique-t-elle le paludisme est souvent pris pour de la fatigue.
- 32 Le traitement présomptif des cas de fièvre (officiellement abandonné depuis 2006) sous-tend la pratique abandonnée « faute de moyens », pour autant les nouveaux protocoles ne sont pas complètement ignorés et l'introduction des TDRs permettant d'éviter le sur-diagnostic du paludisme conforte ce qu'elle savait déjà : ce qu'on appelle paludisme n'est bien souvent qu'une simple fièvre et cela justifie finalement son utilisation d'antipyrétiques.
- 33 Si l'on observe les pratiques des professionnels de santé et que l'on prête attention à la façon dont ils les pensent ou si l'on s'intéresse à la façon dont les individus se soignent ou pensent leurs soins, discours et pratiques rendent compte de l'enchevêtrement de différentes strates de politiques. C'est ce dont témoignent slogans, rationalités, pratiques désarticulés de leurs paradigmes scientifiques initiaux. Sortis de leur environnement primaire de cohérence, ils trouvent une cohérence renouvelée en s'assemblant aux idiosyncrasies locales comme aux réalités économiques et politiques.
- 34 Dès le plan stratégique de 2001-2005, la diversité des profils épidémiologiques au Sénégal est reconnu (et donc l'intérêt d'une coopération avec les scientifiques) mais ce n'est que dans le plan 2006-2010 que la nécessité de proposer des politiques fondées sur des recherches opérationnelles est véritablement soulignée. Comme on l'a vu cette posture se traduit dans le plan actuel de lutte par des actions ciblées en fonction des profils identifiés. Pour autant, le contexte politique particulier de chaque région ne fait cependant pas l'objet d'une réflexion ou d'une action spécifique (Programme National de Lutte contre le Paludisme, 2001). La longue durée des politiques de lutte, et la sédimentation des pratiques et des messages ne sont pas non plus prise en compte.

Donner du sens aux politiques de santé

35 La longue durée de la lutte contre le paludisme se caractérise par l'introduction à un rythme soutenu de nouveaux programmes de lutte contre le paludisme, par les modifications fréquentes de protocole et par une absence de communication sur l'évolution des connaissances entomologiques, épidémiologiques et thérapeutiques qui les justifient. Dans ce contexte, il n'est pas étonnant que les recommandations basées sur l'évidence médicale (*evidence based medicine* et *evidence based policy*) rencontrent des réticences du côté des professionnels de santé. Ces derniers opposent à une évidence médicale jamais définitive, leur propre expérience fondée sur un savoir acquis après des années d'exercice. Ces politiques ne s'appliquent pas sur un terrain vierge : les recommandations d'aujourd'hui font échos en effet à des politiques précédentes (comme c'est le cas pour l'aspersion intra-domiciliaire ou la mobilisation des communautés dans la lutte), recommandations pourtant inscrites dans des paradigmes de lutte différents. Mémoires des professionnels, savoirs idiosyncratiques des populations, succession des programmes se rencontrent et forment la réalité cognitive dans laquelle s'inscrit la lutte. Oublier cela c'est ne tenir compte ni de l'histoire des politiques de santé, ni des contextes politiques dans lesquelles elles sont déployées. « En fait, tout fonctionne comme si le fait d'avoir conçu des mesures d'intervention à partir de relations théoriques de causalité était considéré comme suffisant pour garantir l'effet de ces mesures. Ces constats et les débats qui les accompagnent invitent au renouvellement des approches de l'évaluation pour évaluer l'impact effectif de l'intervention publique indépendamment des schémas de causalité qui la sous-tendent. » (Laurent, et al., 2009, p. 867) Le PNLP en identifiant quatre strates dans le profil épidémiologique du paludisme au Sénégal reconnaît le problème que pose l'application d'une politique de lutte uniforme à des régions qui ont de l'épidémie une expérience singulière. L'application d'une politique basée sur le contexte nécessite également d'aller plus loin dans la reconnaissance de la spécificité des territoires et d'en saisir l'expérience non plus seulement comme situation épidémiologique mais comme réalité historique et politique. Ce faisant, on évite le raccourcissement de l'histoire propre à l'écriture d'une histoire des politiques de santé « par le haut », on reconnaît la dimension symbolique de la lutte et ses enjeux politiques. Il ne s'agit pas là d'annuler ces dimensions, mais en les reconnaissant de penser également la nécessaire « domestication » des politiques par les populations, l'intérêt de l'explication continue des actions et l'importance de l'accompagnement des personnels de santé sur le terrain plutôt que la réalisation de supervision formelle.

Bibliographie

- BADO, J.-P., 2007, La traque du paludisme en Afrique. Leçons d'hier perspectives d'aujourd'hui. *Enjeux*. Bulletin d'analyse géopolitique de l'Afrique centrale, 1er trimestre 2007, 40-45.
- BLACK, N., 2001, Evidence based policy: proceed with care. *British Medical Journal*, 323, 275-278.
- BRADLEY, D. J., 1992, Malaria: old infections, changing epidemiology. *Health Transition Review*, 2, supplementary issue, 137-152.
- CALLON, M., 1986, Éléments pour une sociologie de la traduction. La domestication des coquilles Saint-Jacques et des marins pêcheurs dans la baie de Saint Brieuc. *L'année sociologique*, 36, 169-208.
- CALLON, M, LASCOUMES, P., BARTHE, Y., 2001, *Agir dans un monde incertain. Essai sur la démocratie technique*. Paris, Seuil, 2001.
- DOZON, J.-P., 1985, Quand les Pastorien traquaient la maladie du sommeil. *Sciences sociales et santé*, 3, 27-56.
- FASSIN, D., 2006, Quand les corps se souviennent. Expérience et politiques du sida en Afrique du sud. Paris, La Découverte.
- FAYE, S., 2012, Responsabiliser les relais communautaires pour le traitement préventif intermittent saisonnier du paludisme (TPI) : enjeux, modalités, défis. *Autrepart*, I, 60, 129-146.
- FINTZ, M., 2006, Les métamorphoses du gouvernement du parasitisme en Afrique. Insecticides, frontières et civilisation dans la lutte antipaludique (1930-1962). *Politix*, 19, 74, 149-171.

- GAYE, O., DIENG, Y., FAYE, B., NDIAYE, D., SECK, I., SOKHNA, C., 2007, *Rapport de l'étude de faisabilité des tests de diagnostic rapide (TDR) du paludisme au Sénégal*. Dakar, Département de parasitologie, UCAD/SLAP, PNL, Fonds Mondial.
- GRUENAI, M.-E., 2003, Personnels de santé et populations face à l'expérience ordinaire des fièvres en Afrique subsaharienne. *Médecine Tropicale*, 63, 3, 271-275.
- GRUENAI, M.-E., NDOYE, T., BADO, J.-P., 2006, Le paludisme, maladie mal soignée. *Géopolitique africaine*, 21, 139-149.
- LAURENT, C., BAUDRY, J., BERRIET-SOLLIEC, M., KIRSCH, M., PERRAUD, D., BONNAFOUS, P., et al., 2009, Pourquoi s'intéresser à la notion d' « evidence-based policy » ? *Revue Tiers Monde*, 4, 200, 853-873.
- MARKS, H., 1999, *La médecine des preuves. Histoire et anthropologie des essais cliniques (1900-1990)*. Paris, Synthélabo-Les empêcheurs de penser en rond.
- MUNIER, A., DIALLO, A., SOKHNA, C., & CHIPPAUX, J., 2009, Evaluation d'un test de diagnostic rapide du paludisme dans les postes de santé ruraux au Sénégal. *Médecine tropicale*, 69, 496-500.
- NDOYE, T., POUTRAIN, V., 2004, L'évolution des savoirs et des pratiques médicales : l'exemple de la lutte contre le paludisme au Sénégal. *Autrepart*, 29, 81-98.
- PACKARD, R. M., 1989, *White Plague, Black Labor. Tuberculosis and the Political Economy of Health and Disease in South Africa*. Berkeley – Los Angeles, University of California Press.
- PERREY, C., GIAMI, A., ROCHEI de CAMARGO, K., de OLIVEIRA MENDONÇA, A., 2012, De la recherche scientifique à la recommandation de santé publique : la circoncision masculine dans le champ de la prévention du VIH. *Sciences Sociales et santé*, 30, 1, 5-38.
- PISON, G., GABADINHO, A., ENEL, C., 2001, MLOMP (Sénégal). Niveaux et tendances démographiques 1985-2000. *Dossiers et Recherches*, Paris, INED, 103.
- POUTRAIN, V., ADJAGBE, A., HANE, F., KONAN, B. C., NDOYE, T., 2005, Systèmes de santé et programmes de lutte contre la tuberculose et le paludisme en Côte d'Ivoire et au Sénégal, In VIDAL, L., ed., *Les professionnels de santé en Afrique de l'Ouest. Entre savoirs et pratiques*, Paris, L'Harmattan, 45-81.
- Programme National de Lutte contre le Paludisme, 2001, *Plan stratégique pour faire reculer le paludisme au Sénégal 2001 – 2005*, Dakar, Sénégal : Ministère de la santé, direction de la santé, service national des grandes endémies.
- Programme National de Lutte contre le Paludisme, 2006, *Plan stratégique de lutte contre le paludisme 2006-2010*, Dakar, Sénégal : Ministère de la santé et de la prévention, Direction de la santé, Division de la lutte contre la maladie.
- Programme national de lutte contre le paludisme, 2010, *Plan stratégique national 2011– 2015*, Dakar, Sénégal : Ministère de la santé et de la prévention, Direction de la santé, Division de la lutte contre la maladie.
- REVEL, J., 1989, L'histoire au ras du sol. (préface), In LEVI G., *Le pouvoir au village, histoire d'un exorciste dans le piémont du XVIIème siècle*, Paris, Gallimard, I-XXXIII.
- TRAPE, J.-F., PISON, G., PREZIOSI, M.-P., ENEL, C., DESGREGES du LOU, A., DELAUNAY, V., et al., 1998., Impact of chloroquine resistance on malaria mortality. *Comptes Rendus de l'Académie des Sciences - Series III - Sciences de la Vie*, 321, 8, 689-697.

Notes

- 1 Ces travaux s'inscrivent dans le programme « Lutter contre le paludisme. Analyse pluridisciplinaire des enjeux (contraintes et opportunités) relatifs à l'introduction des ACT (Artemisinin-based combination therapy, combinaisons à base d'artémisinine) au Sénégal » codirigé par Frédéric Le Marcis (IRD – ENS-Lyon), Pascal Millet (U. Bordeaux Segalen) & Sylvain Faye (U Cheikh Anta Diop). Il est financé par la Région aquitaine.
- 2 « Le pauvre », in Simmel G. *Sociologie. Etudes sur les formes de la socialisation*, Paris, PUF, 1999, [1^{ère} ed. 1908]
- 3 Celles-ci consiste en l'assèchement des gîtes larvaires et en l'épandage de mazout pour étouffer les larves sur les zones humides non asséchables en zone urbaine.
- 4 Traduction des auteurs.
- 5 Ziguinchor et la Basse Casamance ne deviennent sites sentinelles de l'UNICEF et du Plan National de Lutte contre le Paludisme que récemment.

6 Le financement sera cependant interrompu en 2004 à la suite d'une évaluation négative concernant l'usage des fonds octroyés par le fond mondial au PNLP sénégalais. A la suite de cette déconvenue, le PNLP sénégalais est renforcé et le financement du fond reprend pour le plan 2006-2010.

7 Des essais cliniques sont initiés au Sénégal depuis 2000 pour tester cette stratégie chez l'enfant, sous des formes différentes : le TPI chez le nourrisson (TPI couplé au Programme Elargi de vaccination), chez l'enfant de moins de cinq ans (TPI saisonnier).

8 Cf. <http://www.africare.org/our-work/what-we-do/health/Malaria.php#Malaria>, consulté le 14/08/2012

9 Cela traduit les canaux de distribution différents des ACT et des moustiquaires imprégnées. Les premiers sont distribués directement par le Programme National de Lutte contre le Paludisme à la Pharmacie Nationale d'Approvisionnement. De ce fait ces produits sont plus contrôlés que les moustiquaires qui elles peuvent faire plus facilement l'objet d'un investissement de la part des autorités locales.

Pour citer cet article

Référence électronique

Frédéric LE MARCIS, Sylvain Landry FAYE, Fatoumata Bintou SAMB, Mouhamed BADJI et Cédric LEVEQUE, « Les points aveugles de la lutte contre le paludisme en Casamance », *Face à face* [En ligne], 12 | 2013, mis en ligne le 21 octobre 2013, consulté le 05 juin 2015. URL : <http://faceface.revues.org/805>

À propos des auteurs

Frédéric LE MARCIS

IRD – UMR 912 SEESTIM & Ecole Normale Supérieure de Lyon, frederic.lemarcis@ird.fr

Sylvain Landry FAYE

Département de Sociologie, FLSH Université Cheikh Anta Diop, DAKAR

Fatoumata Bintou SAMB

Doctorant, Département de Sociologie, FLSH Université Cheikh Anta Diop, DAKAR

Mouhamed BADJI

Doctorant, Département de Sociologie, FLSH Université Cheikh Anta Diop, DAKAR

Cédric LEVEQUE

Doctorant, Département d'anthropologie, Université Bordeaux Segalen

Droits d'auteur

Tous droits réservés

Résumés

In Senegal, malaria control policies have known tremendous change. Both introductions of Rapid Test and Artemisinin combined Therapy have transformed the way programs have been thought and implemented. More and more, these programs refer to Evidence Based Medicine to justify their modification. In this context, this paper highlights the blind spots of malaria control policies in Casamance. Building on the history of Malaria control policies in Senegal and on fieldwork carried out in Casamance, it aims to show the little visibility of policy paradigm evolution on the ground and to analyse the assemblage of knowledge and practices referring to different set of policies. Evidence based policies appear blind to the historical and political contexts. Population's idiosyncrasies and practices, health professional's experiences and political dimensions of malaria control practices call for a better recognition of the historical and political dimension of health policies.

Au Sénégal, les politiques de lutte contre le paludisme ont connu de nombreux changements. L'introduction des tests de diagnostic rapide, comme celle des thérapies à base de combinaison

d'artémisinine ont transformé la façon dont les programmes ont été pensés et mis en place. De plus en plus, ces programmes font référence à l'Evidence Based Medicine pour justifier leur modification. Dans ce contexte, cet article souligne les points aveugles des politiques de lutte contre la malaria en Casamance. A partir de l'histoire des politiques de lutte contre la malaria en Casamance, et sur une ethnographie menée en Casamance, il s'agit de montrer le peu de visibilité de l'évolution des paradigmes sous-tendant les politiques sur le terrain et d'analyser l'assemblage de savoir et de pratiques renvoyant à des politiques différentes. Les politiques basées sur l'évidence apparaissent insensibles aux contextes politiques et historiques. Les idiosyncrasies et les pratiques des populations, l'expérience des professionnels de santé et les dimensions politiciennes des activités de lutte contre le paludisme appellent à une reconnaissance des dimensions historiques et politiques des politiques de santé.

Entrées d'index

Keywords : paludisme Casamance politiques de santé malaria Casamance health policies

Clément SORIAT

S'investir ou investir dans la lutte contre le sida au Bénin ? Trajectoires d'entrepreneurs et reconversions associatives

Avertissement

Le contenu de ce site relève de la législation française sur la propriété intellectuelle et est la propriété exclusive de l'éditeur.

Les œuvres figurant sur ce site peuvent être consultées et reproduites sur un support papier ou numérique sous réserve qu'elles soient strictement réservées à un usage soit personnel, soit scientifique ou pédagogique excluant toute exploitation commerciale. La reproduction devra obligatoirement mentionner l'éditeur, le nom de la revue, l'auteur et la référence du document.

Toute autre reproduction est interdite sauf accord préalable de l'éditeur, en dehors des cas prévus par la législation en vigueur en France.

revues.org

Revues.org est un portail de revues en sciences humaines et sociales développé par le Cléo, Centre pour l'édition électronique ouverte (CNRS, EHESS, UP, UAPV).

Référence électronique

Clément SORIAT, « S'investir ou investir dans la lutte contre le sida au Bénin ? Trajectoires d'entrepreneurs et reconversions associatives », *Face à face* [En ligne], 12 | 2013, mis en ligne le 21 octobre 2013, consulté le 05 juin 2015. URL : <http://faceaface.revues.org/800>

Éditeur : IRD - INSERM - Université de la Méditerranée Aix-Marseille

<http://faceaface.revues.org>

<http://www.revues.org>

Document accessible en ligne sur :

<http://faceaface.revues.org/800>

Document généré automatiquement le 05 juin 2015.

Tous droits réservés

Clément SORIAT

S'investir ou investir dans la lutte contre le sida au Bénin ? Trajectoires d'entrepreneurs et reconversions associatives

- 1 Depuis la découverte du premier cas de Vih/sida il y a trente ans déjà, la lutte contre le sida a donné lieu un peu partout dans le monde à de fortes mobilisations qui ont mis au premier plan les groupes sociaux directement concernés par cette épreuve sanitaire et sociale. Le sida a ainsi été constitué en problème politique et inscrit sur les agendas des décideurs. Des politiques publiques en la matière se sont structurées. Elles font aujourd'hui intervenir des acteurs diversifiés, à des échelles variées et donnent lieu à des architectures institutionnelles parfois complexes, dans lesquelles les groupes porteurs de revendications se sont intégrés, jouant aujourd'hui un rôle relativement stable dans ce que l'on pourrait qualifier de "gouvernance du sida". Ceci s'inscrit dans une dynamique plus large de "globalisation de la santé", processus résultant de l'« interdépendance mondiale des déterminants de la santé » et de la « circulation mondiale des modèles de santé » (Fassin, 2000 : 95-116). La globalisation de la santé se traduit notamment par la multiplication, ces dernières années, des initiatives mondiales de santé ou *Global Health Initiatives* : *World Bank Multi-Country Aids Program*, *Global Alliance for Vaccines and Immunization*, ou encore *Global Fund to Fight Aids, Tuberculosis and Malaria*. Certains affirment que de telles initiatives tendent à concurrencer voire affaiblir les systèmes de santé nationaux¹. Leurs promoteurs les justifient par l'idée que la santé, même dans ses manifestations les plus locales et contextualisées, est à mettre en relation avec des problématiques mondiales, appelant des réponses internationalisées et "globales", parmi lesquelles la lutte contre le sida nous paraît emblématique. L'Afrique subsaharienne, s'il est encore utile de le rappeler, reste la région la plus menacée par le Vih/sida, comptabilisant en 2010 près de 68 % des personnes vivant avec le Vih/sida (Onusida, 2011 : 1-50). Historiquement, les luttes africaines contre le sida émergent et se déploient à l'interface du global et du local et entraînent une reconfiguration de l'action publique dans ce domaine, l'Etat n'en étant qu'un « acteur parmi d'autres » (Eboko, 2005 : 351-387). Des fenêtres d'opportunité se sont ouvertes et de nouveaux acteurs sont entrés en scène, comme les organisations non gouvernementales (ONG²) et autres associations locales de lutte contre le sida.
- 2 Cet article est issu d'un travail de thèse interrogeant leur contribution à la lutte contre le sida en Afrique, en s'appuyant sur le cas béninois. Il repose sur une enquête de terrain de type ethnographique³.
- 3 Le Bénin est un pays à « épidémie généralisée de faible prévalence », avec un taux de prévalence estimé à 1,7% (Pnls, 2011 : 1-45). Son engagement dans la lutte contre le Vih/sida s'est traduit par la mise en place en 1987, conformément aux directives de l'Oms, d'un Programme national de lutte contre le sida au sein du ministère de la santé. Le Bénin a fait le choix de la gratuité dans sa politique d'accès aux traitements antirétroviraux (Arv). Parallèlement, trois cadres stratégiques nationaux de lutte contre le Vih/sida et les infections sexuellement transmissibles ont été adoptés pour les périodes 2002-2006, 2007-2011 et 2012-2016. À travers ces documents, le gouvernement béninois entend montrer son adhésion à un certain nombre de prescriptions internationales. On retiendra la promotion du principe de « multisectorialité », la création d'un Comité national de lutte contre le Vih/sida (Cnls⁴) et, pour en revenir aux ONG et associations locales, l'inclusion de la "société civile" dans les programmes de lutte contre le sida. On assiste ainsi à une véritable floraison de ces structures⁵, qui ont pu prendre part à « des mobilisations collectives localisées suivant des répertoires spécifiques de l'action collective » (Eboko *et al.*, 2005 : 5-9). Historiquement, la

question de l'accès aux antirétroviraux est sans doute celle qui a donné lieu aux formes de mobilisations collectives les plus remarquables, les associations de personnes vivant avec le Vih/sida ayant alors joué un rôle central. Depuis la gratuité des traitements, d'autres formes de mobilisations sont à l'œuvre, autour de la question de la rupture des stocks d'Arv par exemple. Ces mobilisations reposent sur un nombre restreint d'acteurs "forts", basés à Cotonou et insérés dans des réseaux transnationaux valorisant et encourageant ce type d'actions. Elles véhiculent des discours à teneur politique, s'articulant avec des dynamiques et des enjeux qui dépassent la situation particulière du Bénin, au nombre desquels figure l'idée que la santé doit être appréhendée en termes de droits universels dont une pluralité d'acteurs, publics et privés, seraient garants (ce qui rejoint la thématique de la santé globale). Mais la plupart des acteurs associatifs sont déconnectés de ce genre d'initiatives. Ils sont isolés les uns des autres, pris dans des logiques qui leur sont propres, sans remplir certaines préconditions de l'action collective, liées à la « densité des réseaux de relations » et des « liens de solidarité » (Lagroye et Sawicki, 2006 : 315-330) unissant les acteurs mobilisés. Les mobilisations collectives demeurent donc rares, malgré la multiplication des associations de lutte contre le sida. Ce bref constat ne vise pas à mettre en avant une pathologie associative béninoise, dans le sens où une telle conclusion reposerait sur un présupposé normatif, à savoir qu'un acteur associatif devrait nécessairement prendre part à des mobilisations collectives. Notre propos est plutôt de montrer les limites heuristiques d'une approche en termes de mobilisations collectives pour l'objet qui est le nôtre.

4 Plus que de constituer une sorte de "contre-pouvoir" face à un Etat ou des financeurs auprès desquels elles porteraient des revendications, l'hypothèse développée dans cet article est que les associations relevant de la lutte contre le sida apparaissent davantage comme un nouvel enjeu de pouvoir, participant à une reconfiguration de jeux d'acteurs et de relations de pouvoirs⁶, au-delà même de l'espace de la lutte contre le sida. Ces mécanismes favorisent la consolidation de nouvelles « figures de la réussite » (Banégas et Warnier, 2001 : 5-21) et la redéfinition de la « structure élitaire » béninoise (Banégas, 2003 : 38), dont nous retracerons la genèse. Nous verrons que les acteurs associatifs sont avant tout des entrepreneurs (au sens non seulement économique mais également social et politique), qui s'impliquent dans la lutte contre le sida par le biais de processus de courtage. Après avoir précisé ce que nous entendons par là, nous montrerons que la prise en compte des profils et des trajectoires de ces acteurs relativise la dimension stratégique des processus en question et l'importance des marges de liberté qu'ils pourraient laisser supposer.

Retour socio-historique sur la genèse des élites béninoises et émergence des courtiers locaux du développement

5 L'émergence d'associations locales impliquées dans la lutte contre le sida se fait dans le sillon des associations locales de développement, dont la création participe d'un mouvement plus vaste de "démocratisation" (Banégas, 1999 : 185-189) et de légitimation de nouveaux *leaders* qui vont coexister et parfois entrer en tension avec d'autres acteurs en position de *leadership*. Le Bénin permet en effet d'observer un "empilement" de positions de pouvoir (Biershenk et Olivier de Sardan, 1998), chaque période de son histoire ayant en quelque sorte "produit" de nouvelles élites qui se repositionnent régulièrement et assurent ainsi leur continuité sur le temps IONG. Une brève synthèse de cette socio-histoire de l'élite béninoise sera ici esquissée, en nous appuyant sur les analyses de R. Banégas (Banégas, 2003 : 36-64). Avant la colonisation, ceux que l'on appelle les "Brésiliens", d'anciens esclaves de retour du Brésil, acquièrent une position centrale dans le circuit de la traite des esclaves et s'imposent comme une nouvelle frange de l'élite béninoise, à côté des élites "autochtones". La colonisation marque la fin de cet équilibre, « en provoquant la désintégration de la monarchie et en favorisant l'émergence d'un nouveau groupe dominant, celui des *akowé* (les « évolués ») » (Banégas, 2003 : 38). Ces derniers adoptent un « style de vie mettant en valeur l'ascension et la mobilité sociale, l'aisance matérielle et les privilèges (belle maison à étage, plusieurs moyens de transport...), et surtout le capital culturel acquis en Europe » (Banégas, 2003 : 40). Ils s'accaparent, au lendemain de la décolonisation, les principales positions politiques de pouvoir. Par la suite, le régime de Mathieu Kérékou entraîne une délégitimation

partielle de cette figure telle qu'elle s'était présentée jusqu'alors. Un espace est laissé aux « cadets sociaux » et la ressource prestigieuse du diplôme est dévaluée au profit d'une valorisation du pragmatisme, de ceux qui ont fait "l'école de la vie", notamment dans le domaine du commerce ou dans l'armée. Ceux que l'on appelle les « *akowé* » sont priés de retourner au village, comme en témoigne cette injonction du régime kérékiste : « Intellectuels de tous les villages, rentrez chez vous ! » (Banégas, 2003 : 265) Désormais, l'accès aux ressources externes est conditionné par un certain ancrage local. La conférence nationale de 1990 et la transition démocratique (le « Renouveau ») modifient à nouveau la donne. Les « *akowé* » sont à nouveau perçus comme une figure légitime du pouvoir, en partie du fait de leur capacité à capter les ressources externes en question. Les associations locales de développement (dont la création est autorisée en 1985), partenaires privilégiés des financeurs internationaux, se multiplient. Ces structures vont « consolider la fonction de médiation des élites lettrées urbaines et transformer l' « évolué » de Cotonou en un *akowé* de terroir, dépendant de ses performances de courtier local de développement » (Banégas, 2003 : 266).

6 C'est à cette période qu'émerge la question du Vih/sida. Considérée comme un problème de santé publique, elle est dans un premier temps "confisquée" par le pouvoir biomédical. Puis, à la fin des années 1990, avec la consécration du principe de « multisectorialité » correspondant à une tentative de décloisonnement de cette question (entendue aujourd'hui aussi comme un enjeu de développement), les associations locales de développement entrent dans le jeu. La lutte contre le sida va alors représenter, dans un contexte de « fluidité des positions de pouvoir au plan local » (Banégas, 2003 : 267⁷), de nouvelles opportunités en termes de courtage en développement. Le courtage renvoie plus globalement à la question de la médiation entre des univers institutionnels ou des arènes dont « les règles, les procédures, les savoirs et les représentations peuvent être sensiblement éloignés » (Nay et Smith, 2002 : 1-21). Dans le contexte du développement local en Afrique de l'Ouest, cette activité est mise en œuvre par des courtiers locaux du développement, que l'on peut définir comme « des acteurs sociaux implantés dans une arène locale qui servent d'intermédiaires pour drainer (vers l'espace social correspondant à cette arène) des ressources extérieures relevant de ce que l'on appelle communément « l'aide au développement » » (Bierschenk et Olivier de Sardan, 1993 : 1-7). Les formes de courtage auxquelles la lutte contre le sida donne lieu au Bénin mettent au premier plan des entrepreneurs d'un genre particulier, à la fois politiques, économiques et sociaux.

La figure de l'entrepreneur dans la lutte contre le sida

7 Sans remettre en cause les motivations d'ordre social et l'engagement mis en avant par les acteurs dans les entretiens, notre constat est que ces derniers se présentent plus comme des entrepreneurs que comme des militants. Nos enquêtés appréhendent en général la lutte contre le sida par le prisme de la loi du marché et mettent en avant un discours marchand, ceci pouvant en partie être rattaché à la pénétration du *new public management*⁸ dans le domaine du développement en général et de la lutte contre le sida en particulier. Les expressions suivantes reviennent systématiquement : « gagner » ou « vendre un projet », « offre/demande » (de service ou de projet), « marketing »,... Ils font part de leur sentiment d'être en concurrence sur un marché spécifique et sont amenés à démontrer sans cesse qu'ils font mieux que les autres et qu'ils sont les plus légitimes à recevoir tel ou tel financement. Ainsi en est-il de Stéphane, dont le parcours associatif révèle bien ces logiques entrepreneuriales.

8 Après l'obtention au Bénin d'une licence en communication, Stéphane s'expatrie et rejoint son père dans un autre pays d'Afrique de l'Ouest. Celui-ci, fonctionnaire à la retraite, est également un entrepreneur économique de poids dans le secteur de l'immobilier. A son arrivée, Stéphane est embauché par une ONG américaine et prend part à un projet de lutte contre le sida en tant que spécialiste en communication. Après plusieurs années, il décide de revenir au Bénin, où il devient conseiller Vih/sida dans une ONG locale renommée. Il intègre par ailleurs le Comité d'arrondissement de lutte contre le sida (l'échelon le plus décentralisé du Comité national de lutte contre le sida) de son lieu de résidence lorsque ces structures sont créées au début des années 2000. Incontournable dans le paysage associatif local, des notables de son quartier le sollicitent afin qu'il mette en place sa propre ONG, dont ils deviennent les

administrateurs. Cette dernière voit le jour au milieu des années 2000. Pour reprendre une expression fréquemment employée par les acteurs, Stéphane, dans un premier temps, décide d' « investir » dans l'optique d'éveiller l'attention des « partenaires ». Il finance ainsi avec ses propres fonds des activités de sensibilisation au Vih/sida. Peu à peu, il se spécialise dans le dépistage, la prévention et surtout la mobilisation communautaire. Après avoir, selon ses termes, « couru pour trouver des partenaires », il « négocie » progressivement des financements internationaux. Ceci permet à l'ONG, dont il est le directeur, d'embaucher une dizaine de salariés. Simultanément, il investit dans l'immobilier et dans l'hôtellerie (s'inscrivant ici dans une tradition familiale).

9 Les formes de courtage observées côtoient des logiques entrepreneuriales au sens économique du terme, avec lesquelles elles présentent des similitudes évidentes.

10 Néanmoins, nous estimons que les mécanismes qui amènent un entrepreneur à investir un secteur non commercial est moins le résultat d'un bilan coût/avantage purement rationnel que le fruit de son positionnement et de son parcours particulier définissant en quelque sorte le champ des possibles. En d'autres termes, le choix est ici vu non pas « comme le résultat d'un calcul d'optimisation, mais comme la conséquence d'une posture » (Facchini, 2006 : 263-280). Dès lors, il convient de ne pas réifier les logiques entrepreneuriales, qui ne sauraient être analysées indépendamment des profils et des trajectoires sociales singulières des acteurs qui les mettent en œuvre.

11 Nos enquêtes ont de la sorte montré l'hétérogénéité des formes de courtage dont se saisissent maints entrepreneurs, pour des motifs et selon des configurations multiples. Toutefois, nous avons dégagé quelques traits communs. Ils peuvent tout d'abord être vus comme des « *akowés* de terroir », évoqués plus haut. Aussi, d'extraction sociale plutôt aisée, les entrepreneurs entrevus ont en majorité effectué un parcours scolaire poussé. Ils ont généralement fréquenté l'enseignement supérieur ou suivi des formations professionnelles reconnues. Ils accaparent par ailleurs différentes fonctions à responsabilité dans des champs différenciés au sein desquels ils évoluent conjointement. Ils s'inscrivent par conséquent dans un schéma de *straddling* associatif⁹, cumulant leur fonction associative avec des activités à caractère privé ou public. De tels schémas ne sont pas spécifiques au domaine du Vih/sida. Les associations locales de développement offrent depuis leur création « de nouvelles possibilités de chevauchement (« *straddling* ») aux confins de l'économique et du politique, du rural et de l'urbain, du local et de l'international » (Banégas, 2003 : 267). C'est ici faire référence à la multipositionnalité des acteurs associatifs, élément clé dans la compréhension de l'enchevêtrement d'enjeux et de dynamiques auxquels ils sont associés. Les réflexions sur la multipositionnalité invitent le chercheur à ne pas considérer son objet ou domaine d'étude comme un « espace clos » (Nay, 1997 : 39-85). Une analogie peut être établie avec la figure du *Big man* (Médard, 1992 : 167-192), que dépeint J.-P. Daloz : « le *Big Man* [...] se doit de jouer sur tous les registres. Il est parfois bien difficile de déterminer si l'on a avant tout affaire à un *businessman*, à un entrepreneur politique ou à un *leader* à la tête d'une communauté, d'une faction – à plus forte raison si l'on tient compte des ramifications de son entourage » (Daloz, 2006 : 617-623). Les associations locales de développement ont ainsi contribué au repositionnement de certains acteurs (les « *akwoés* ») mis hors-jeu sous Kérékou et à leur investissement ou réinvestissement dans certaines positions de pouvoir. La lutte contre le sida, tout en s'inscrivant dans une continuité par rapport à ce qui vient d'être décrit, présente des spécificités et tend à produire des itinéraires et trajectoires qui lui sont propres.

12 Les acteurs associatifs enquêtés sont également fonctionnaires d'Etat, salariés d'organisations ou d'ONG internationales, commerçants, artisans, éleveurs, entrepreneurs dans le bâtiment ou dans l'immobilier, ou encore dignitaires religieux, avec parfois des combinaisons inattendues de telle ou telle activité. Ils ne sont que très rarement élus à une fonction politique. De façon générale, il ressort de nos entretiens une certaine défiance des acteurs associatifs vis-à-vis des partis politiques et de la compétition électorale. Précisons qu'au plus haut niveau de l'Etat, l'actuel Président de la République, Yayi Boni, a été élu pour son premier mandat en mettant en avant la thématique du « changement » et « son expertise gestionnaire, sa probité et son éloignement de la classe politique » (Mayrargue, 2010 : 84-85). De même,

dans le milieu associatif, la tendance est plutôt à la professionnalisation et la neutralisation des enjeux politiques. La lutte contre le sida, appréhendée sous un angle essentiellement technique, semble ainsi se focaliser sur l'édiction de normes de prise en charge et de plans d'action, sur la construction d'indicateurs, sur la réalisation d'analyse de situations (enquêtes épidémiologiques,...). Le sida, au Bénin, est présenté comme une affaire de médecins, d'experts et de techniciens de l'action sociale, de planificateurs de projets,... Certes, les organisations internationales insistent sur la nécessité d'une appropriation et d'un *leadership* politique au plus haut niveau de l'Etat. Le chef de l'Etat a d'ailleurs, à plusieurs reprises, témoigné de son engagement en faveur de cette cause (en présidant par exemple la dernière session du Cnls). Mais son engagement reste avant tout symbolique et, de façon générale, les élus ont un rôle limité dans la lutte contre le sida. Les itinéraires des acteurs associatifs de la lutte contre le sida se situent plutôt à la croisée d'espaces sanitaires et sociaux (centres de santé, services sociaux étatiques, services techniques de l'Etat...), associatifs et économiques.

Socialisation et trajectoires d'acteurs associatifs de la lutte contre le sida

- 13 De telles trajectoires sont rendues possibles par des socialisations bien spécifiques, et la constitution d'un capital social particulier, au sens de P. Bourdieu (Bourdieu, 1980 : 2-3). Cette question du capital social est à relier à celle des dispositions (Lahire, 1998 : 53-79). Acquérir les « bonnes dispositions », qui font que les acteurs sont en capacité de s'ajuster, plus ou moins spontanément, aux normes de conduite et de pensée attendues dans l'espace de la lutte contre le sida ne va pas sans se constituer un capital social approprié. Appartenir aux « bons » réseaux permet en effet d'évoluer dans des espaces de socialisation à même de garantir l'incorporation des dispositions spécifiques en question, ayant pour effet de rendre vraisemblable l'investissement dans des activités de courtage. Les acteurs associatifs enquêtés ont ainsi fait état de parents ou d'amis proches inscrits durablement dans l'espace de la coopération internationale ou de la lutte contre le sida. Des contacts répétés avec des acteurs déjà dans le jeu représentent une première approche : les principaux enjeux, stratégies et mots-clés sont assimilés et les acteurs incontournables sont identifiés. Un début d'apprentissage des règles du jeu est en marche et, par le biais des recommandations et des carnets d'adresse, il devient possible d'entrer en contact avec les responsables des entités dans lesquelles les « apprentis courtiers » font leurs premières armes, en tant que bénévoles ou stagiaires dans un premier temps puis parfois en tant que salariés. Cette première socialisation au courtage est l'occasion d'aller plus loin dans l'apprentissage du fonctionnement de la lutte contre le sida, de multiplier et de capitaliser des rencontres et d'assimiler des savoir-faire (rédiger un projet dont les objectifs et les principes sont en adéquation avec le mandat du financeur potentiel, renseigner des indicateurs,...) et savoir-être (ajuster son langage aux attentes et éveiller l'attention et l'intérêt des financeurs, prendre la parole en public,...) plus spécifiques.
- 14 Le cas d'Aimé va nous permettre de mieux saisir ces mécanismes. Aimé a trente ans et est assistant social de formation. Ses trois années d'études le conduisent à une première approche (théorique) de la gestion de projet et à nouer des liens avec des infirmiers, techniciens de laboratoire ou assistants sociaux. Il effectue des stages dans des centres de promotion sociale (le ministère de la famille et de la solidarité nationale au niveau communal) ou encore en milieu hospitalier. Suite à la validation de son diplôme, un confrère l'oriente vers le directeur d'une ONG locale d'envergure nationale. Il parvient à se faire recruter en tant qu'assistant social dans le cadre d'un projet de lutte contre le sida. Cet emploi l'amène à devenir un interlocuteur privilégié du centre d'écoute et de prise en charge (le Pnls au niveau local) et du centre de promotion sociale de sa ville. Il poursuit l'apprentissage pratique de la gestion de projet, en participant à la rédaction des demandes de financement, en élaborant des rapports de suivi, en étant associé aux missions de suivi et d'évaluation des financeurs, en participant à des réunions internes ou des ateliers publics... Il crée dans le même temps son association, et décroche un financement pour des actions de sensibilisation. Aimé est aujourd'hui employé en contrat à durée déterminée par un centre de promotion sociale, et vient de passer avec succès le concours d'accès à la fonction publique. Son ONG peine à prendre de l'ampleur. Il est contraint

d'injecter des ressources personnelles pour garantir le fonctionnement de l'association (achat d'une moto, d'ordinateurs,...). Mais il ne se décourage pas et se montre réactif quand des opportunités de courtage se présentent.

15 Aimé, de par son éducation et sa trajectoire sociale, a donc acquis des dispositions et a accumulé un volume de capital social qui a rendu possible ses premiers pas dans le courtage. C'est par la reconversion de ressources extérieures à l'espace de la lutte contre le sida qu'il s'y fait une place.

16 Recenser les positions occupées par les acteurs associatifs en dehors de leur appartenance à l'espace de la lutte contre le sida induit des interrogations sur les non-dits politiques de leur implication associative. En quoi la multipositionnalité de ces acteurs leur donne-t-elle accès à des ressources extérieures à la lutte contre le sida reconvertibles dans ce jeu spécifique et, en retour, que retirent-ils du jeu ? Comment les ressources accumulées dans le cadre de la lutte contre le sida sont-elles utilisées dans d'autres espaces sociaux ou politiques et concourent-elles à l'acquisition, la réaffirmation ou le renforcement de positions de pouvoir, et donc à la reconfiguration de jeux d'acteurs et de relations de pouvoir au-delà même de la lutte contre le sida ? Ces préoccupations invitent à replacer les trajectoires des entrepreneurs dans les espaces sociaux et politiques au sein desquels elles prennent forme.

Mettre en perspective les trajectoires des entrepreneurs : la lutte contre le sida, des espaces sociaux et politiques à décroiser

17 L'étude des reconversions de ressources d'un espace social ou politique à un autre implique de prendre en compte la « surface sociale » des acteurs étudiés. La surface sociale d'un acteur est définie comme « la portion de l'espace social qu'il est en mesure de parcourir et de maîtriser en occupant successivement (bien qu'à un rythme souvent très rapide) les différentes positions sociales qu'il serait en droit d'occuper simultanément » (Boltanski, 1973 : 3-26). Plus cette surface est étendue, et intègre des espaces diversifiés et fluides, plus l'acteur est en mesure de jouer de sa position d'interface et d'intermédiaire, facilitant, pour ce qui nous intéresse, les processus de médiation indispensables à la réussite des activités de courtage précédemment évoquées. Or, dans le contexte du Vih/sida, et ce en raison d'une architecture institutionnelle complexe et d'un paysage sanitaire, social et politique relativement morcelé, la capacité de médiation est primordiale. La fonction de mise en relation traditionnellement remplie par les courtiers du développement est en l'espèce essentielle. Les acteurs disposant de ressources particulières liées à leur multipositionnalité sont alors d'autant plus favorisés, voire renforcés.

18 Pour illustrer cette dernière affirmation, la situation et le parcours social emblématiques d'Emile seront retracés. Fils d'un tradipraticien (fonction valorisée socialement au Bénin), il a obtenu son baccalauréat. Il bénéficie ensuite de quatre années de formation en agriculture et se tourne vers l'exploitation agricole. Il dirige aujourd'hui une exploitation de plusieurs dizaines d'hectares. De confession chrétienne, il rejoint le mouvement scout dès le plus jeune âge. Actuellement responsable au niveau régional, il organise dans les années 1990 un chantier scout auquel prennent part de jeunes français. Il lie à cette occasion des liens personnels avec l'un d'eux. Celui-ci décide par la suite de créer une association française afin d'agir en direction de la jeunesse béninoise, en partenariat avec une antenne locale dont Emile prend la responsabilité. Ce partenariat donne lieu à la construction d'une école, d'une bibliothèque, d'une salle informatique et plus récemment d'un centre d'accueil d'urgence pour « orphelins et enfants vulnérables » (financé par une fondation d'entreprise française, suite à une entrevue d'Emile avec un responsable de l'institution alors en mission de suivi au Bénin). L'investissement dans la lutte contre le sida d'Emile est progressif et est, selon lui, le fruit d'une rencontre hasardeuse avec une volontaire américaine dans un cyber-café. Cette dernière, enthousiasmée par les projets de l'association naissante, décide de s'investir bénévolement auprès de lui et l'appuie techniquement afin qu'il puisse accueillir « ses propres volontaires ». Il reçoit ainsi au sein de son association de nombreux volontaires, qui montent des projets de sensibilisation et de prévention du Vih/sida et du paludisme et qui organisent des campagnes de dépistage (certains d'entre eux, de retour aux Etats-Unis, fonderont une

association et continueront à soutenir ses activités associatives). C'est par ailleurs par leur intermédiaire qu'il développe une nouvelle activité économique : la culture du moringa¹⁰. Fort de son expérience en matière de culture de cet arbre, il est orienté vers une ONG internationale, qui le retient pour la formation d'une vingtaine d'associations de personnes vivant avec le Vih/sida. Emile est convaincu que la culture de moringa est un créneau économiquement porteur. Il confie au cours d'un entretien :

« Avec le moringa, on est sûr d'avoir une ressource financière. Nous avons eu la chance de gagner un projet l'année dernière [...] qui nous a permis d'acheter cinq hectares. La demande dépasse l'offre. Avec les sensibilisations, on est sûr que les gens ont le désir d'avoir la feuille. On n'a pas encore commencé le marketing, sinon on sera saturé. On se lance donc dans la production de l'arbre à grande échelle puis dans la transformation ensuite à grande échelle. »

19 Parallèlement, il est mis en contact avec une seconde ONG internationale qui finance aujourd'hui son organisation dans le cadre d'un projet de prévention du Vih/sida et du paludisme. Les revenus dégagés par ses projets économiques et sociaux lui permettent de renforcer sa position familiale et sociale. Il acquiert une notoriété publique telle qu'il remporte les élections à la fonction politique de chef d'arrondissement¹¹. Enfin, il prend part au comité économique de sa paroisse.

20 Ainsi, Emile joue sur plusieurs "fronts", ce grâce à quoi il acquiert des ressources sans cesse réinvesties dans des univers sociaux et politiques qui semblent cloisonnés et qui apparaissent, à bien des égards, interdépendants. La recherche de légitimité est à ce stade essentielle (à côté des bénéfices financiers directs ou des formes de rémunération escomptées). L'acquisition d'une expertise, la "connexion" au réseau de la lutte contre le sida et la capitalisation de partenaires notamment internationaux font que ces acteurs sont perçus localement comme des êtres "exceptionnels", ayant accès à des sphères inconnues, ce qui force le respect et renforce l'autorité dont ils jouissent à la base. D'autre part, s'engager dans la lutte contre le sida, c'est montrer que l'on se soucie du bien-être des populations les plus « vulnérables » et « stigmatisées ». Ceci a pour effet de contribuer à une image positive alimentant popularité et notoriété publique. Enfin, si l'on se place avec F.G. Bailey dans une « vision transactionnelle de la politique »¹², la redistribution d'une partie des bénéfices financiers occasionnés par la captation de financements liés à la lutte contre le sida apparaît comme un élément central. Des groupes (au sein desquels un *leadership* s'exerce) sont qualifiés de transactionnels quand les *followers* (ceux qui soutiennent le *leader*) « *do not feel themselves beholden to the leader or to any cause as a matter of conscience, but evaluate the relationship with the leader on the basis of profit or potential profit* » (Bailey, 2001: 75-80).

21 Un renversement de perspective peut alors être opéré car ici, ce qui apparaît comme des ressources, à savoir l'occupation de positions de *leadership* extérieures à la lutte contre le sida, se révèle être aussi une contrainte, puisque le groupe ne permet pas au *leader* d'accumuler des ressources de façon indéfinie. Le *leader* doit rechercher un compromis entre l'équilibre du groupe et la conservation de sa position¹³. Dès lors, il faut être prudent quand on cherche à savoir ce que les *leaders* retirent du jeu (ou plutôt des jeux) auxquels ils prennent part. Reprenant Gellner, T. Dahou estime que « les hommes ne maximisent rien du tout, ni ne cherchent à atteindre un but concrètement identifiable, mais tiennent tout simplement à être intégrés ou à demeurer dans une pièce qui se déroule. Le rôle est sa propre récompense, mais non un moyen pour parvenir à une situation donnée comme fin » (Dahou, 2002 : 499-520). Les acteurs sont insérés dans des « nœuds de relations complexes de solidarité et de dépendance » (Dahou, 2002 : 499-520), de nature non seulement matérielle, mais aussi symbolique ou encore émotionnelle. De même, en vertu de sa fonction de « figuration », « fonction symbolique par laquelle il incarne le groupe », le *leader* « est conduit à articuler et concilier sans cesse les attentes et les exigences diverses et contradictoires de différents groupes d'acteurs situés à l'intérieur et à l'extérieur du groupe qu'il représente » (Nay, 1997 : 11-37). Ceci est parfois générateur de tensions chez les acteurs observés.

22 Telle est la situation de Marc, qui a constitué une association par le biais de laquelle il a été en mesure de mobiliser des financements internationaux conséquents (dont certains se sont élevés à plusieurs centaines de milliers d'euros). La mise en place de cette organisation a nécessité

des investissements financiers non négligeables qui l'ont contraint à jouer de son rang élevé au sein d'une famille de renom. La famille en question est, précisons-le, impliquée dans des instances politiques et religieuses "traditionnelles". Les financeurs ont enjoint Marc à instituer un système de gestion des ressources humaines et financières rigoureux et rationnel, proche des organisations occidentales. Ses positions dans des instances familiales et traditionnelles, si elles sont renforcées par ses réussites en tant que courtier, apparaissent également comme une limite à l'accroissement indéfini de son pouvoir. Sa multipositionnalité est en effet source d'injonctions contradictoires. Il reste redevable à l'égard de ces instances, ce qui suppose une redistribution vers ces-dernières d'une partie de ses ressources ou encore le recrutement de certains de leurs membres (parfois incompetents en matière de lutte contre le Vih/sida) dans le cadre de projets spécifiques. De telles pratiques, s'apparentant à du népotisme, sont régulièrement décriées par les financeurs, qui exercent sur Marc des pressions afin qu'il y mette un terme. Pour autant, il ne parvient pas à s'affranchir de ce qui représente pour lui une obligation sociale et, au final, son enrichissement personnel s'avère très relatif (quand bien même ses partenaires occidentaux y verraient une forme de corruption ou de détournement de fonds). Ceci suscite le mécontentement de sa famille nucléaire, qui l'accuse même de s'appauvrir et d'utiliser son capital familial dans des activités dont les bénéficiaires leur reviennent peu.

23 Il est donc difficile de comprendre les processus conduisant à l'occupation de telle ou telle position de pouvoir en circonscrivant son étude aux stratégies des acteurs, dans le sens où celles-ci sous-entendraient une liberté totale et un affranchissement des obligations sociales. Les phénomènes de reconversion, importation et exportation de ressources visant à la stabilisation des positions de pouvoir successives s'apparentent davantage à des tactiques¹⁴, fortement encadrées par les espaces sociaux et politiques dans lesquels elles s'expriment. Ainsi, les acteurs associatifs s'impliquent dans la lutte contre le sida selon des logiques entrepreneuriales et les activités de courtage présentent certes une dimension stratégique indéniable, mais cette dimension s'exprime dans des marges de libertés à géométrie variable, et se réduit parfois à une "peau de chagrin", en fonction du degré de contrainte associé aux trajectoires des uns et des autres. Si la lutte contre le sida favorise l'émergence et la stabilisation d'une frange particulière de l'élite béninoise qui tend à redéfinir certaines relations de pouvoir, l'élite en question n'est pas uniforme, et les acteurs associatifs en position de force dans l'espace de la lutte contre le sida disposent généralement déjà à la base de capitaux considérables. Dès lors, ne peut-on pas considérer que ce qui se joue, dans l'arène particulière que représente la lutte contre le sida, c'est aussi la reproduction et/ou la remise en cause d'inégalités sociales et structurelles plus globales ? Au-delà de ses objectifs sanitaires et sociaux légitimement partagés par tous, et de sa neutralité apparente, c'est tout son usage politique qui apparaîtrait alors.

Bibliographie

BAILEY F.G., 2001. *Stratagems and spoils. A social anthropology of politics*, Westview press, Classic reissue.

BANEGAS R., 2003. *La démocratie à pas de caméléon. Transition et imaginaires politiques au Bénin*, Paris, Karthala, Coll. Recherches internationales.

BANEGAS R. et WARNIER J.-P., 2001. « Nouvelles figures de la réussite et du pouvoir », *Politique africaine*, n°82 : 5-21.

BANEGAS R., MAYRARGUE C., LECLERC-OLIVE M., BIRSCHENK T. et OLIVIER de SARDAN J.-P., 1999. « Autour d'un livre. *Les pouvoirs au village. Le Bénin rural entre démocratisation et décentralisation*, de Thomas Bierschenk et Jean-Pierre Olivier de Sardan », *Politique africaine*, n°74 : 185-201.

BAYART J.-F., 1981. « Le politique par le bas en Afrique noire : questions de méthode », *Politique africaine*, n°1 : 53-82.

BIRSCHENK T. et OLIVIER de SARDAN J.-P. (dir.), 1998. *Les pouvoirs au village. Le Bénin rural entre démocratisation et décentralisation*, Paris, Karthala.

- BIERSCHENK T. et OLIVIER de SARDAN J.-P., 1993. «Les courtiers locaux du développement», *Le bulletin de l'APAD*, n° 5 : 1-7.
- BOLTANSKY L., 1973. « L'espace positionnel : multiplicité des positions institutionnelles et habitus de classe », *Revue française de sociologie*, 14-1 : 3-26.
- BOURDIEU P., 1980. « Le capital social », *Actes de la Recherche en sciences sociales*, vol. 31, n°31 : 2-3.
- DAHOU T., 2002. « Entre engagement et allégeance », *Cahiers d'études africaines*, n° 167 : 499-520.
- DALOZ J.-P., 2006. « Au-delà de l'État néo-patrimonial. Jean-François Médard et l'approche élitaire », *Revue internationale de politique comparée*, vol. 13, n°4 : 617-623.
- EBOKO F., 2005. « Politique publique et sida en Afrique. De l'anthropologie à la science politique », *Cahiers d'études africaines*, XLV (2), n° 178 : 351-387.
- EBOKO F., BOURDIER F., BROQUA C. et FILLIEULE O., 2005. « Cap aux Suds. Une orientation globale de la mobilisation contre le sida ? », *Face à Face*, n° 7 : 5-9.
- FACCHINI F., 2006. « L'entrepreneur politique et son territoire », *Revue d'Economie régionale et urbaine*, n°2 : 263-280.
- FASSIN D., « La globalisation et la santé. Eléments pour une analyse anthropologique », in HOURS B., 2001. *Systèmes et politiques de santé. De la santé publique à l'anthropologie*, Paris, Karthala, Coll. Médecines du monde : 24-40.
- FASSIN D., 2000. « Entre politiques du vivant et politique de la vie : pour une anthropologie de la santé », *Anthropologie et Société*, vol. 24, n°1 : 95-116.
- FOUCAULT M., 2001. *Dits et écrits*, T II, Gallimard.
- LAGROYE J., FRANÇOIS B. et SAWICKI F., 2006. *Sociologie politique*, Presses de sciences po et Dalloz, Coll. Amphi.
- LAHIRE B., 1998. *L'homme pluriel. Les ressorts de l'action*, Nathan, Coll. Essais et Recherches.
- MAYRARGUE C., 2010. « Bénin : la démocratie des notables », *Alternatives internationales*, Hors-série n°8 : 84-85.
- MEDARD J.-F., 1992. « Le « Big Man » en Afrique - esquisse d'analyse du politicien entrepreneur », *L'Année sociologique*, n°42 : 167-192.
- NAY O. et SMITH A., « Les intermédiaires en politique. Médiation et jeux d'institutions », in NAY O. et SMITH A., 2002. *Le Gouvernement du Compromis. Courtiers et généralistes dans l'action politique*, Economica.
- NAY O., 1997. *La Région, une institution : la représentation, le pouvoir et la règle dans l'espace régional*, Paris, L'Harmattan, Coll. Logiques politiques.
- ONUSIDA, 2011. Journée mondiale sida. Rapport ONUSIDA.
- PNLS, 2011. Rapport de surveillance de l'infection à VIH et de la syphilis au Bénin.
- ROBERT C., 2007. « Les transformations managériales des activités politiques », *Politix*, n° 79 : 7-23.
- SAWICKI F., « Leadership politique : un concept à remettre sur le métier ? », in SMITH A. et SORBETS C. (dir.), 2003. *Le Leadership politique et les territoires. Les cadres d'analyse en débat*, Rennes, Presses universitaires de Rennes, « Res publica » : 71-88.
- SIMEANT J. et DAUVIN P. (dir.), 2004. *ONG et Humanitaire*, Paris, L'Harmattan, Coll. Logiques politiques.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION MAXIMIZING POSITIVE SYNERGIES COLLABORATIVE GROUP, 2009. "An assesement of interactions between global health initiatives and country health systems", *The Lancet*, Volume 373, Issue 9681 : 2137-2169.

Notes

- 1 Pour une analyse documentée des interactions entre systèmes de santé et *Global Health Initiatives*, voir World Health Organization Maximizing Positive Synergies Collaborative Group, 2009 : 2137-2169.
- 2 La notion d'ONG « s'exprime d'abord en négatif (ce qui n'est pas l'Etat, ni le marché, ni la famille) » (Siméant et Dauvin, 2004 : 9-10).
- 3 J'ai effectué une soixantaine d'entretiens avec des responsables ou animateurs d'ONG locales et d'associations de personnes vivant avec le Vih/sida, ainsi qu'avec les principaux acteurs politiques et

sociaux de la lutte contre le sida au Bénin. J'ai de plus recouru à l'immersion anthropologique et à des observations participantes dans le cadre notamment du suivi et de l'évaluation d'un « projet d'amélioration des conditions de vie d'orphelins et enfants vulnérables » auquel l'association Groupe d'appui et de solidarité (mon employeur via une convention Cifre) a été associée entre 2008 et 2011.

4 Le Cnls est censé assurer un rôle de coordination et de supervision des interventions relevant de la lutte contre le sida.

5 Les associations jouant un rôle dans la lutte contre le sida au Bénin sont pour la plupart impliquées dans des actions de prévention ou de prise en charge « psychosociale ». Le rôle des ONG dans la prise en charge médicale est limité au Bénin, à quelques exceptions près (on pensera à Racines et Arc-en-ciel, qui gèrent des sites de prise en charge médicale).

6 Nous envisageons, avec M. Foucault, le pouvoir comme un phénomène dynamique et diffus, la structuration des relations de pouvoir n'étant pas donnée une fois pour toute et faisant régulièrement l'objet de remise en cause de la part de ceux qui se sentent lésés ou moins privilégiés (résistances au pouvoir). Voir Foucault, 2001.

7 De façon générale, la fluidité du jeu politique semble être la règle au Bénin. Ainsi, à cette fluidité du jeu politique au niveau local répond, au niveau national, « la fluidité des allégeances partisans- le « nomadisme politique » selon une expression locale – et la plasticité des alliances » qui « favorisent cette circulation des élites au sommet » (Mayrargue, 2010 : 84-85).

8 Pour une définition du *new public management*, voir Robert, 2007 : 7-23. Le *new public management*, ou nouvelle gestion publique, est depuis les années 1980 un instrument de réforme, entraînant le transfert de normes issues du monde de l'entreprise à but lucratif et de l'économie de marché (recherche de l'efficacité, promotion de l'autonomie et de la responsabilité individuelle, importance accordée aux formes organisationnelles et aux procédures et à leur adaptation continuelle) aux administrations étatiques et aux structures privées à but non lucratif.

9 Cette expression est empruntée à R. Banégas (Banégas, 2003 : 265-274). Le *straddling*, particulièrement étudié par J.-F. Médard et par F.Eboko dans le contexte du Vih/sida, consiste en un « chevauchement d'une sphère à une autre, dans le cadre de contextes où les secteurs politiques et économiques sont peu différenciés » (Daloz, 2006 : 617-623).

10 Réputées pour leurs vertus nutritives, les feuilles de moringa sont fréquemment utilisées dans les programmes de lutte contre la malnutrition et, de plus en plus, de lutte contre le sida.

11 L'arrondissement est une circonscription administrative des communes, un des principaux niveaux de décentralisation au Bénin.

12 Voir Dahou, 2002 : 499-520. Selon cette conception, « dans le courant des échanges de ressources contre des votes sont à l'œuvre des processus de négociation des règles politiques ».

13 Voir Sawicki, 2003 : 71-88 : « [...] Ce qu'il importe de retenir de l'analyse de F. G. Bailey est sa mise en évidence des différentes contraintes (qui sont en même tant des ressources) que l'existence de son équipe crée pour le leader. En substance, « le but du leader est de conserver à la fois la force de son groupe et la stabilité de sa propre position et avec le moins de frais possibles » (1971, p. 82) ».

14 Pour plus de détails sur la différence entre stratégie et tactique, voir Bayart, 1981 : 53-82 : « En proposant comme « repère théorique » en vue de la compréhension des « arts de faire » populaires « la construction de phrases propres avec un vocabulaire et une syntaxe reçus », M.de Certeau réduit, après d'autres, l'action des groupes subordonnés à une espèce de contrepoint de l'action des groupes dominants: elle consisterait essentiellement à se réapproprier et à détourner les dispositifs du pouvoir, ne serait rien d'autre qu'un « art de faire avec », une « manière d'utiliser » ».

Pour citer cet article

Référence électronique

Clément SORIAT, « S'investir ou investir dans la lutte contre le sida au Bénin ? Trajectoires d'entrepreneurs et reconversions associatives », *Face à face* [En ligne], 12 | 2013, mis en ligne le 21 octobre 2013, consulté le 05 juin 2015. URL : <http://faceaface.revues.org/800>

À propos de l'auteur

Clément SORIAT

Doctorant, CERAPS (Centre d'études et de recherches administratives, politiques et sociales), GAS (Groupe d'appui et de solidarité) csoriat@yahoo.fr; clement.soriat@etu.univ-lille2.fr

Droits d'auteur

Tous droits réservés

Résumés

La lutte contre le Vih/sida a donné lieu à une forme de “gouvernance du sida”, qui s’inscrit dans un contexte plus large de “globalisation de la santé”. Par ce processus, qui implique des acteurs diversifiés à des échelles variées, des fenêtres d’opportunité se sont ouvertes pour les ONG et autres associations locales. Cet article s’appuie sur une étude de terrain de type ethnographique. L’hypothèse développée est que les associations relevant de la lutte contre le sida apparaissent comme un nouvel enjeu de pouvoir, participant à une reconfiguration de jeux d’acteurs et de relations de pouvoirs au-delà même de l’espace de la lutte contre le sida. Les acteurs associatifs sont plus des entrepreneurs (au sens non seulement économique mais également social et politique) que des militants. Ils s’impliquent dans la lutte contre le sida par le biais de processus de courtage. Après avoir précisé ce que nous entendons par là, nous montrerons que la prise en compte des profils et des trajectoires de ces acteurs relativise la dimension stratégique des processus en question et l’importance des marges de liberté qu’ils pourraient laisser supposer.

The fight against HIV/AIDS has given way to a form of “AIDS governance”, which is part of a broader context of "globalization of health". Through this process, involving various actors at various scales, windows of opportunity have been opened for some NGOs and other local associations. This paper is based upon a field study. We assume that associations fighting against AIDS can be considered as a power stake, taking part in a reconfiguration of actors plays and power relations, even sometimes beyond the fight against AIDS. Associative actors are more entrepreneurs (in an economic, political and social meaning) than activists. They involve themselves in the fight against AIDS through brokerage processes. We will define this concept. Then, by studying the actor’s profiles and trajectories, we will show the limits of a purely strategic vision and the margins of freedom that this kind of approaches usually supposes.

Entrées d'index

Mots-clés : Vih/sida mobilisations collectives courtier ONG locales action publique HIV/AIDS collective mobilizations broker local NGO's public action

Bouma Fernand BATIONO

Etat, Citoyens et Gouvernance au Burkina Faso : L'expérience de l'implantation d'une assurance maladie universelle

Avertissement

Le contenu de ce site relève de la législation française sur la propriété intellectuelle et est la propriété exclusive de l'éditeur.

Les œuvres figurant sur ce site peuvent être consultées et reproduites sur un support papier ou numérique sous réserve qu'elles soient strictement réservées à un usage soit personnel, soit scientifique ou pédagogique excluant toute exploitation commerciale. La reproduction devra obligatoirement mentionner l'éditeur, le nom de la revue, l'auteur et la référence du document.

Toute autre reproduction est interdite sauf accord préalable de l'éditeur, en dehors des cas prévus par la législation en vigueur en France.

revues.org

Revues.org est un portail de revues en sciences humaines et sociales développé par le Cléo, Centre pour l'édition électronique ouverte (CNRS, EHESS, UP, UAPV).

Référence électronique

Bouma Fernand BATIONO, « Etat, Citoyens et Gouvernance au Burkina Faso : L'expérience de l'implantation d'une assurance maladie universelle », *Face à face* [En ligne], 12 | 2013, mis en ligne le 21 octobre 2013, consulté le 20 mai 2015. URL : <http://faceaface.revues.org/810>

Éditeur : IRD - INSERM - Université de la Méditerranée Aix-Marseille

<http://faceaface.revues.org>

<http://www.revues.org>

Document accessible en ligne sur :

<http://faceaface.revues.org/810>

Document généré automatiquement le 20 mai 2015.

Tous droits réservés

Bouma Fernand BATIONO

Etat, Citoyens et Gouvernance au Burkina Faso : L'expérience de l'implantation d'une assurance maladie universelle

Contexte socio-économique et sanitaire

- 1 Les conditions de vie montrent que 43.9 % des ménages burkinabè vivent en dessous du seuil de pauvreté estimé à 108 454 francs CFA par an, soit 9037 francs CFA par mois (Enquête Intégrale sur les Conditions de Vie des Ménages, EICVM 2009). L'analyse résidentielle indique que la pauvreté sévit plus en milieu rural (50,7 %), qu'en milieu urbain (19,9 %). Les conditions économiques précaires ne favorisent pas le recours aux structures sanitaires, « *l'une des raisons pour lesquelles le paiement direct ne convient pas à la fourniture/l'utilisation de soins médicaux, est qu'il en inhibe l'accès. Cela est notamment vrai pour les plus démunis qui doivent souvent choisir entre payer pour se soigner et pourvoir à d'autres nécessités, telles que se nourrir ou se loger* » (Organisation Mondiale de la Santé, 2010 :45).
- 2 Ce contexte économique ne favorise pas une augmentation des taux d'utilisation (0,64 nouveaux contacts par personne et par an, Ministère de la santé, 2010) des structures de santé, avec des inégalités non seulement au sein des différentes catégories sociales mais aussi entre les zones urbaines et rurales au regard des indicateurs sanitaires. Les taux de mortalité des femmes en âge de procréer (15-49 ans) indiquent qu'elles ne sont pas épargnées par les effets des inégalités d'accès aux services de santé (307,3 décès pour 100.000 naissances vivantes, RGPH, 2006). Quant à la mortalité infanto-juvénile, c'est-à-dire le risque de décès avant l'âge de 5 ans est de 129 ‰. En d'autres termes, au Burkina Faso, environ un enfant sur huit meurt avant d'atteindre l'âge de 5 ans (EDSBF-MICS IV, 2010). La dégradation des conditions socioéconomiques et sanitaires va entraîner une élaboration de politiques publiques qui visent à améliorer l'accessibilité financière des ménages dans le recours aux structures de santé.

Politiques publiques et accessibilité aux structures de santé

- 3 La déclaration d'Alma Ata en 1978 et l'adhésion du Burkina Faso à l'initiative de Bamako en 1987¹ constituent des politiques publiques de santé qui sont entre autres, la participation communautaire à l'organisation et au fonctionnement des structures de santé périphériques, la politique pharmaceutique de médicaments essentiels et génériques avec la création d'une centrale d'achat de médicaments (CAMEG).
- 4 L'initiative de Bamako devait permettre aux populations d'accéder à des soins de santé de qualité tant aux plans financier, géographique, culturel que politique. Les conclusions de l'initiative de Bamako étaient, entre autres, « *d'assurer à l'ensemble de la population l'accès aux services de soins de santé primaires et de restaurer la confiance des usagers dans les services de santé publics* ».
- 5 La mise en œuvre devait permettre de recycler une part importante des ressources collectées pour renforcer la qualité des services ; malheureusement, cette politique de santé a montré des limites objectives parce que les ménages continuent de supporter de lourdes charges financières des soins médicaux. Cela conduit à des formes d'exclusion temporaire ou permanente des services de santé² surtout des individus ou des ménages démunis, comme l'a décrit Ridde (2004 :187), « *l'aspect équitable de l'IB a été négligé et les pensées premières des acteurs ont été concentrées sur l'efficacité de l'organisation à mettre en place* ». Cette initiative a certes permis à des individus d'accéder aux structures de soins, mais reste insuffisant, car bien des ménages sont parfois obligés de contracter des prêts ou de vendre des biens pour financer des soins médicaux, « *...Les gens sont forcés d'emprunter ou de vendre des biens pour financer des soins médicaux* » (OMS, 2010 :45)

- 6 Les actions publiques de santé dans la lutte contre les formes de vulnérabilité socioéconomiques d'accès aux structures de santé vont se poursuivre par le traitement gratuit³ du paludisme chez les enfants de 0 à 5 ans, du suivi de la grossesse, de la subvention des accouchements simples et des soins obstétricaux et néonataux d'urgence⁴. En dépit de quelques problèmes d'organisation et de fonctionnement (ruptures incessantes de produits, kits de soins incomplets, personnels de santé et usagers non suffisamment informés de l'application de la subvention, etc.), cette politique de santé contribue sans doute à alléger le fardeau financier dans le recours aux formations sanitaires. Certes de progrès ont été réalisés, « *Mais les inégalités d'accès aux soins demeurent frappantes et l'accessibilité financière des services publics reste limitée, notamment pour des groupes tels que les femmes, les plus pauvres et les personnes vivant en zone rurale.* » (Haddad, Nougara et al., 2004 :199)
- 7 L'accessibilité financière aux structures de santé demeure une préoccupation pour de nombreuses organisations internationales (alliance des mutualités chrétiennes de Belgique, mutualités socialistes de Belgique, Bureau international du travail, etc.) qui en partenariat avec des associations nationales vont développer des programmes de mise en place de mutuelles de santé afin de renforcer la couverture sociale en santé des acteurs des secteurs agricole et informel. Malheureusement, les mutuelles de santé, confrontées à d'énormes difficultés d'organisation et de fonctionnement (Bationo et Oudraogo 2012 ; ASMADE, 2011) sont loin de traduire une réelle accessibilité financière aux structures de santé. Ni les politiques publiques d'assurance des travailleurs du secteur formel⁵, ni les actions communautaires voire les compagnies privées d'assurance (primes inaccessibles à des millions de burkinabè) ne suffisent à relever le défi d'accès aux soins de santé pour tous en termes d'égalité et d'équité. Ces limites vont conduire les autorités politiques à l'implantation en 2008 d'un projet d'assurance maladie universelle pour garantir un minimum de protection sociale en santé aux millions de burkinabè en proie à des frais médicaux élevés, « *L'ambition annoncée est que l'assurance nationale de santé puisse couvrir en 2015, 100 % du secteur formel et 30 % du secteur informel.* » (Ridde, Kadio et al., 2011 :1) Dès lors, la couverture sociale en santé devient une préoccupation politique. Ce sont les conditions d'émergence et d'implantation de l'assurance maladie universelle dans un contexte de crises sociopolitiques que nous souhaitons interroger dans ce travail. Les crises sociales constituent-elles de véritables écueils dans la mise en place de l'assurance maladie universelle au Burkina Faso ?

Aspects Méthodologiques

- 8 Pour apporter des éléments de réponse à notre interrogation, nous avons adopté une approche qualitative axée sur une analyse documentaire, des entrevues individuelles approfondies (passages répétés) avec une diversité de catégories d'acteurs : représentants de structures d'appui aux mutuelles sociales (3), membres mutualistes (15), représentants des ministères de la santé et du travail (4), personnels de santé (20), représentants du projet d'assurance maladie (2), membres d'organisations syndicales (5), responsables de la Fédération des mutuelles professionnelles (3), représentants de collectivités locales (mairies, préfectures, etc.) (5) et des responsables (2) de la mutuelle des étudiants. Tous ces acteurs ont une connaissance de la mutualité sociale et du projet d'assurance maladie. Les discours recueillis auprès des acteurs ayant des statuts ou positions sociales différentes (acteurs politiques, syndicats, acteurs communautaires) permettront de vérifier l'hypothèse selon laquelle les crises sociales accompagnées de la méfiance grandissante des citoyens vis-vis de la gestion des affaires publiques constituent des contraintes à l'implantation de l'assurance maladie universelle. Ce travail est aussi le fruit d'expériences professionnelles, des écoutes de discours et d'observations ; il ne s'agit donc pas de « *prendre parti mais d'écouter les différentes voix qui s'y expriment, et d'étudier les enjeux et les rationalités qui les animent...* » (Fainzang, 2009 : 120).

Un aperçu sur l'état des mutuelles de santé

- 9 Les conditions d'émergence des mutuelles de santé peuvent-elles contribuer à comprendre les enjeux de la création d'une assurance maladie au Burkina Faso ? La solidarité, l'entraide et

la confiance sont entre autres des facteurs déterminants dans le processus d'émergence et de développement de l'assurance maladie. Ces liens sociaux ou de cohésion sociale vont aider à construire l'assurance maladie, c'est-à-dire des filets de sécurité sociale, « *Toutes les idées et les actions des organisations et des acteurs sociaux, collectifs ou individuels, et toutes les relations sociales sur lesquelles se fonde la sécurité sociale.* » (Roth, 2010 :96)

- 10 Les conditions d'émergence du projet d'assurance maladie au Burkina Faso sont liées aux inégalités croissantes dans le recours aux soins en dépit du développement des mutuelles de santé, des systèmes de partage des coûts dans les districts sanitaires (Richard et al.) qui restent fragiles aussi bien dans leur organisation que dans leur fonctionnement, parce que très peu de ménages y ont souscrit (Bationo et Ouédraogo, 2012 ; ASMADE, 2011 ; Kagambéga, 2010 ; Ministère de la santé, 2005). « *Au bout de trois ans de fonctionnement la mutuelle compte seulement 800 membres sur une population potentielle de plus de 1.200.000 habitants, soit environ 0,07 % de la population estimée.* » (Responsable mutualiste) Sur l'ensemble des mutuelles de santé mises en place de 1999 à 2004, aucune mutuelle n'a enregistré plus de cent adhérents/souscripteurs⁶. Le rapport d'activités de 2007 de la mutuelle urbaine, « *Laafi Baoré* » à Ouagadougou dénombre 562 assurés sur une population totale estimée à 1.496.000 d'habitants (0,03 %). La mutuelle des étudiants (MUNASEB) créée en 2000 par l'Etat ne couvre que moins de 3 % des 50.000 étudiants inscrits en 2010 dans les trois universités publiques du Burkina Faso (Ouagadougou, Koudougou et Bobo-Dioulasso). En dépit des avantages qu'elles offrent aux acteurs dans l'accessibilité financière aux structures de santé, les mutuelles de santé souffrent d'une insuffisance ou d'une absence de politique gouvernementale pour accompagner leur développement. Une interrogation mérite d'être posée. Les mutuelles de santé constituent-elles une préoccupation politique ?

Mutuelles de santé et politiques publiques d'accès aux soins

- 11 L'avènement des mutuelles de santé⁷ au Burkina Faso n'a pas connu une véritable politique d'accompagnement de la part des autorités, au point où on se demande si les mutuelles constituent une préoccupation des politiques publiques en termes d'accès aux soins de santé.
- 12 Le développement de la mutualité santé s'est fait entre les acteurs communautaires des zones rurales et des partenaires financiers qui estiment que les mutuelles de santé relèvent plus des initiatives communautaires de solidarité que d'une action politique de l'Etat, « *méfiez-vous des récupérations politiques du mouvement mutualiste à des fins électoralistes ou par l'Etat* », « *La mutualité ne se décrète pas. Elle est l'émanation des individus.* »⁸ Ces propos montrent bien les difficultés à créer des environnements favorables entre l'Etat, les partenaires financiers et les acteurs de développement des mutuelles de santé, puisque les institutions étatiques ne brillent que par leurs carences en matière de politiques publiques d'accès aux soins, bien que le ministère de la santé reconnaisse dans le rapport d'évaluation à « *mi-parcours* » du Plan National de Développement Sanitaire (2001-2010) que « *le coût des soins semble continuer à être des plus grandes raisons empêchant les malades de recourir aux services de santé* » (2005 : 67).
- 13 Les partenaires financiers vont s'approprier les organisations communautaires au sein d'une localité ou d'un village sans une définition claire des acteurs⁹ et des rôles attendus de chacun dans le processus de la construction de cette stratégie innovante, alors que les populations ont besoin d'un appui des autorités gouvernementales pour une meilleure compréhension et une confiance au développement des mutuelles de santé, « *Si vous dites que c'est bien, on est avec vous.* » (Focus group, mutualistes) C'est ce que rappellent Deler, Fauré et al (1998 :43), « *Ils pensent les hommes mais ignorent les sociétés qui donnent sens à la vie de ces hommes.* »
- 14 La décision de ne pas s'impliquer dans des projets de mutuelles de santé communautaires a été visiblement affichée par l'Etat, alors qu'il aurait été intéressant d'associer les acteurs comme le souligne Ridde (2004 :191), « *Il semble déterminant de prendre en compte quatre éléments fondamentaux : le contenu des politiques, les stratégies d'implantation, le contexte dans lequel elles se déroulent et les acteurs affectés ou influents par rapport à cette nouvelle politique* » de mutualisation des risques. Si cette politique publique n'a pas été mise en œuvre

en faveur du développement des mutuelles de santé, c'est parce qu'il n'y a pas eu de crises sociales entre l'Etat et les acteurs des secteurs agricole et informel ou alors que les enjeux sont situés ailleurs, notamment les besoins alimentaires, « *Notre problème, c'est la pluie ; s'il pleut et qu'on a à manger, le reste c'est Dieu.* » (Participant à une réunion) Les solutions sont les enjeux électoraux par la remise de tonnes de vivres dans des localités rurales par certains hommes politiques pour des besoins alimentaires.

15 La création de la Mutuelle Nationale de Santé des Etudiants du Burkina (MUNASEB) par décret n° 99-494/PRES/PM/MESSRS du 30 décembre 1999, était bien au cœur d'une crise entre les associations estudiantines (par exemple, l'Association Nationale des Etudiants du Burkina Faso : ANEB) et le gouvernement. Peut-on parler de problème politique ? En effet, la mutuelle a été créée suite à une crise sociale qui opposait les étudiants à la classe politique quant à l'absence d'une couverture sociale en santé, ce qui entraîne une vulnérabilité sociale d'accès aux soins médicaux par la majorité des étudiants non boursiers. Autres acteurs, autres préoccupations ! Le gouvernement s'est alors engagé à proposer la mise en place d'une mutuelle de santé pour mettre fin aux tensions sociales. L'inscription annuelle à la mutuelle par étudiant décidée par l'Etat s'élève à 5000 FCFA (7,62 €). Mais la crise de confiance en l'Etat dans la gouvernance des affaires publiques dénoncées par les étudiants vont se traduire par des refus d'adhérer à la mutuelle, parce que selon les responsables des associations estudiantines l'Etat dispose suffisamment de moyens financiers pour assurer leur santé, « *la mutuelle est un moyen pour l'Etat pour détourner davantage de l'argent* ». Les données recueillies en 2010 auprès des services techniques de la mutuelle indiquent que moins de 3 % des étudiants (sur un total de 55 000 étudiants) y ont souscrit. Selon des responsables associatifs estudiantins, « *La mutuelle appartient aux étudiants et c'est à eux de la gérer et non à l'Etat.* » Depuis plus d'une décennie, la mutuelle des étudiants est tributaire des crises sociales et a donc du mal à atteindre ses objectifs d'une assurance santé des étudiants en dépit des subventions accordées par l'Etat pour le fonctionnement (salaires, bâtiments, autres charges). « *Les problèmes restent irrésolus, des solutions existent ou sont promues par certains acteurs, mais elles ne sont pas recevables.* » (Ridde, 2004 :192)

16 L'intervention de l'Etat dans la mutuelle des étudiants s'est faite parce qu'il y avait des enjeux politiques et sociaux alors que d'autres organisations mutualistes communautaires rurales n'ont pas bénéficié de cet appui de l'Etat au regard du contexte et aussi parce que les solutions de financement appartiennent à d'autres acteurs, notamment des institutions internationales qui constituent un instrument de promotion pour lutter contre la pauvreté en termes d'injustice et d'inégalités sociales face à l'accès à des services de santé (Hours, 1998).

17 Face aux défis à relever pour réduire les barrières financières d'accès aux soins et pour faire face à des organisations sociales de plus en plus individualisante, la mutualisation des risques en santé va interpellier les politiques publiques, « *Si nous soutenons l'idée d'une assurance maladie obligatoire pour les travailleurs du secteur formel, nous pensons que la priorité doit être accordée aux travailleurs de l'informel, aux populations rurales et indigentes... .* » (Kagambèga, 2010) Le discours politique est bien dit, malheureusement les projets de mutualisation au Burkina Faso sont désormais portés par des partenaires financiers internationaux et les pouvoirs publics sont restés dans l'ombre, comme disent Deler, Fauré et al, (1998 : 40), « *là où l'Etat ne peut pas ou ne veut pas installer ou réhabiliter un hôpital, une ONG étrangère le fait à sa place* ». Les programmes de développement de la mutualité n'ont pas impliqué l'Etat au processus de définition d'un système de couverture sociale en santé par les mutuelles de santé. L'exemple de la mutuelle de santé de Bobo-Dioulasso financée par une Coopération bilatérale à des coûts de millions a souffert de ces incompréhensions pour disparaître après plusieurs tentatives de reconstruction.

18 L'absence de moyens financiers déclarée par L'Etat pour accompagner le développement des mutuelles de santé devient un argument pour transférer la gestion des exclus des systèmes de couverture sociale à des partenaires financiers, qui le font au nom d'un humanisme, parce que « *Toute personne, en tant que membre de la société, a droit à la sécurité sociale... grâce à l'effort national et à la coopération internationale, compte tenu de l'organisation et des ressources de chaque pays.* » (Déclaration des droits de l'Homme, 10 décembre 1948, article

22) Dans de telles conditions, « *Le partenariat s'observe ainsi comme une assistance où les acteurs et leurs conditions de vie et histoires sont connus à l'avance ; minorités issues des sociétés civiles du Nord avec celles issues du Sud pour faire des majorités de progrès social.* » (Hours, 1998 :36)

- 19 Nos expériences de terrain dans la coordination d'un programme de mutuelles de santé financé par un partenaire financier extérieur depuis 1999 nous ont permis de nous interroger sur le rôle de l'Etat dans la politique d'implantation des mutuelles de santé. Hormis les rapports d'activités annuels mis à la disposition des départements ministériels (Travail et sécurité sociale et de la santé), il n'y avait pas de concertations entre les deux structures ministérielles et les responsables du programme d'appui aux mutuelles de santé entièrement financé par l'extérieur. Les rencontres entre les représentants des partenaires financiers en mission de supervision au Burkina Faso et les responsables des départements ministériels se limitent aux salutations d'usage et de courtoisies avec bien souvent des difficultés pour obtenir des rendez-vous, « *Il est difficile d'obtenir des rendez-vous avec les responsables des ministères. Ils fixent les rendez-vous qui ne sont pas toujours honorés ; on nous dit oui et le jour ça ne marche pas ; ils préfèrent se rendre là où, il y a de l'argent...* » (Responsable, structure d'appui mutualiste)
- 20 Ni les personnels de santé des districts ni les collectivités locales se sont sentis concernés par la politique de promotion des mutuelles, en dépit des séances de travail organisées avec certains services déconcentrés de l'Etat, « *les mutuelles appartiennent aux communautés* », (personnels de santé), ou alors, « *les partenaires ont leur argent et font ce qu'ils veulent dans nos régions. Je pense qu'il y a de la négligence, tout ça à cause de la pauvreté. J'ai entendu parler de mutuelles pour les populations* » (Responsable district sanitaire). Or, comme le rappelle Alain Supiot (Le Monde diplomatique, mars 2011), « *les mutuelles, qui reposent sur des solidarités de proximité, sont les seules institutions susceptibles de tisser de vrais liens conventionnels avec les professionnels de santé. Et l'établissement de tels liens est indispensable si l'on veut développer la prévention, garantir l'égal accès de chaque personne aux soins nécessités par son état de santé et assurer la continuité des soins et la meilleure sécurité sanitaire* ».
- 21 Les nombreux ateliers organisés dans les différentes localités pour informer et impliquer davantage les acteurs à cette nouvelle donne, n'ont pas suffi à créer un contexte politique favorable d'une adhésion à l'action communautaire, sauf pour faire une « fierté » (Kagambéga, 2010 : 257) dans un but électoraliste afin de multiplier le nombre de mandats municipaux. Au regard des insuffisances relevées dans l'appui aux mutuelles de santé, l'Etat dans son rôle régalien va tenter d'organiser le mouvement mutualiste dans ses aspects juridiques afin de marquer son attachement à la promotion des mutuelles de santé.

Aspects juridique et institutionnelle des mutuelles de santé : Que fait l'Etat ?

- 22 Autant les organisations mutualistes ont besoin de moyens financiers pour fonctionner, autant elles ont besoin d'un cadre juridique pour maintenir non seulement la confiance avec les membres mais aussi vis-à-vis de l'Etat, des partenaires au développement et des établissements de soins de santé. « *C'est à l'Etat de prendre des mesures pour éviter la confusion entre mutuelles de santé et les associations classiques ou traditionnelles.* » (Responsable programme d'appui) Un débat juridico-institutionnel va naître entre les ministères de la santé et du travail et de la sécurité sociale chargé des mutualités¹⁰. Lequel des deux ministères est habilité à assumer la tutelle juridique ?
- 23 « *Les mutuelles de santé doivent relever du ministère de la santé ; il s'agit d'une question de santé.* » (Responsable, Ministère de la santé)
- 24 « *Les mutuelles de santé sont du ressort de la protection sociale des travailleurs et par conséquent elles doivent être sous la tutelle juridique du ministère du travail et de la sécurité sociale. Le ministère de la santé ne peut pas être juge et partie à la fois.* » (Responsable, Ministère du Travail)
- 25 Le ministère de la santé dans son plan décennal de développement sanitaire (2001-2010)¹¹, va inscrire un objectif concernant les systèmes de partage de risques maladie (mutuelles de santé, micro assurance santé, caisses de solidarité, etc.) dans le but d'améliorer l'accessibilité

financière des populations aux services de santé. Cela va conduire le ministère à réaliser en 2005 une étude sur les schémas de financement communautaire de la santé. Les conclusions de l'étude ont abouti à la mise en place d'une équipe au sein de la direction des études et de la planification (ministère de la santé). Des ateliers furent organisés pour discuter des aspects juridiques de la mutualité, mais selon un mutualiste, « *Tout cela est lié au leadership et à des enjeux financiers.* »

- 26 Que penser de ce conflit institutionnel ? Disposer de la légitimité d'assurer la tutelle pourrait se traduire à l'avenir par d'énormes moyens financiers de la part des partenaires pour développer des mutuelles de santé, « *la direction de la mutualité ne dispose pas de fonds pour réaliser des activités de promotion des mutuelles de santé....* » (Représentant de la direction des mutualités) Le débat de la tutelle juridique s'est posée à un moment où les mutuelles dépendaient juridiquement du ministère de l'administration territoriale et de la décentralisation (tutelle des associations loi 92 ADP du 10 décembre 1992).
- 27 Les aspects juridiques sont importants pour la visibilité et la confiance du mouvement mutualiste, mais les querelles institutionnelles n'ont d'autres objectifs que de recevoir des fonds et d'asseoir une bureaucratie de gestion, « *ce n'est pas la tutelle qui les intéresse, c'est l'argent...* », (Mutualiste). Cette situation permet de conclure sur les propos de Thomas Dye des politiques publiques, cité par Ridde (2004) « *Tout ce que le gouvernement décide de faire ou de ne pas faire.* » Le gouvernement a enfin décidé de confier la tutelle administrative et juridique des mutuelles sociales au ministère de la fonction publique du travail et de la sécurité sociale. Le cadre légal de la mutualité est régi par le Décret N° 2011- 465/PRES/PM/MFPTSS portant organisation du MFPTSS.
- 28 En 2008, l'Etat décide de faire, de décréter l'implantation d'un projet national d'assurance maladie universelle (AMU)¹² pour l'ensemble des citoyens avec deux composantes dont une assurance maladie obligatoire pour les salariés des administrations publiques et privées et une volontaire pour les secteurs agricole et informel *via* les mutuelles de santé, tout en déclarant que les mutuelles de santé occupent une place importante dans le dispositif de l'assurance maladie pour que chaque citoyen quels que soient son lieu de résidence et son statut ou catégorie sociale puisse bénéficier d'une couverture sociale en santé.

Implantation de l'assurance maladie et enjeux sociaux

- 29 Les expériences de développement de la mutualité vont-elles servir aux politiques publiques pour organiser l'assurance maladie universelle ? De ce qui précède, on peut dire que le processus de création des mutuelles de santé a échappé à l'Etat, même si par moments, des réunions de concertation sont organisées entre les structures d'appui aux mutuelles et les départements ministériel du travail et de la santé. En 2011, un colloque intitulé « *mutuelles de santé et assurance maladie universelle* » fut organisé par une ONG nationale appuyée par des partenaires financiers dont l'objectif est d'amener l'Etat à reconsidérer la place des mutuelles de santé dans le schéma de l'assurance maladie. Plusieurs ministères se sont lancés dans la mise en place des mutuelles sociales, car « *L'assurance santé de l'Etat avance et recule...* » (Responsable d'un département ministériel) L'analyse des expériences des mutuelles de santé conduites au Burkina Faso montre qu'un certain nombre de conditions préalables (techniques et organisationnelles) et des questions importantes de société doivent être élucidées avant de mettre en place une couverture maladie universelle.
- 30 En effet, l'assurance maladie universelle constitue une innovation technique et institutionnelle qui va se réaliser dans des contextes socioculturels, socioéconomiques, et politiques qu'il importe de prendre en compte. Mais, les crises sociales que traverse le Burkina Faso sont-elles favorables à l'implantation de l'assurance maladie ? Il s'agit pour nous d'examiner à présent les enjeux ou les facteurs d'influence de la mise en œuvre de l'assurance maladie dans un élan de solidarité nationale entre les catégories sociales.
- 31 D'une culture de la confiance, les populations sont en train d'ériger celle de la méfiance dans la façon dont le gouvernement organise la gestion des affaires publiques ; or on sait que la confiance est un facteur déterminant dans l'adhésion aux systèmes de couverture sociale basée sur la solidarité. « *Où va l'argent ?* », « *Qui va s'occuper de cet argent ?* », « *Comment*

cet argent sera-t-il utilisé ? » (Bationo et Ouédraogo, 2012) Telles sont les perpétuelles interrogations relevées par des acteurs communautaires au cours des séances de discussions dans la mise en place des mutuelles de santé. L'Etat est-t-il épargné de ces questionnements dans la politique de l'assurance maladie universelle ?

Etat, solidarité nationale versus assurance maladie

- 32 La solidarité est devenue le *leitmotiv* du gouvernement pour rassembler les citoyens autour de projets solidaires. Un ministère de l'action sociale et de la solidarité nationale est en effet une preuve que l'Etat veuille rechercher une cohésion sociale à travers un emblème nationaliste, même si certains agents dudit ministère trouvent qu'il y a plus de discours politiques, d'intentions que d'actions concrètes, *« c'est un ministère du social, mais il n'y a pas de moyens pour la réalisation d'actions concrètes. Les gens viennent nous voir et s'attendent à une résolution de leurs problèmes »*. A la lecture des actions concrètes, l'Etat a décrété une période de solidarité (novembre et décembre de chaque année) au cours de laquelle des contributions de toute nature sont attendues des citoyens. Les inondations du 1^{er} septembre 2009 et le retour des ressortissants Burkinabè ayant fui la guerre en Côte d'Ivoire, *« opération bayiri »* (retour à la patrie), etc., ont permis de saluer au plan politique le dynamisme de l'Etat à mobiliser les populations autour de questions sensibles de solidarité nationale. Certes ces actions ont été appréciées dans l'ensemble, mais cela n'a pas suffi à maintenir la confiance entre l'Etat et les citoyens dans la gestion des affaires publiques, *« qui sait où vont les dons, surtout les sommes d'argent collectées au cours des mois de solidarité »*.

Une culture de la méfiance : Question d'une gouvernance ?

- 33 Il ressort au plan national, une image négative des autorités gouvernementales qui sont souvent soupçonnés de favoriser leurs intérêts personnels au détriment des intérêts généraux et de favoriser une culture de l'impunité. Les événements sociaux survenus au Burkina Faso en 2011 par des militaires (Ouagadougou et Bobo-Dioulasso) et les divers détournements observés par les citoyens dans la gestion des affaires publiques ne favorisent pas une culture de la confiance. L'Autorité supérieure de contrôle d'Etat (ASCE) dans son rapport général annuel d'activités 2011 a constaté des insuffisances et des irrégularités dans la gestion des finances de certaines directions et administrations ministérielles, mais comme l'a bien observé un membre de syndicat *« A quoi sert de faire des constats si des poursuites judiciaires ne sont pas engagées ? Chaque année, il y a des rapports...Et après ? Ces gens ne sont pas inquiétés, puisque c'est le système. » « Les enquêtes parlementaires qui ont fait couler beaucoup d'encre et de salive viennent de connaître le même sort que tous les rapports qui les ont précédés. Dans ce pays où l'on a l'art de tourner en rond, la transmission d'un dossier à la justice est synonyme d'enterrement de première classe. Et cela n'est pas seulement valable pour les dossiers de crimes économiques. C'est toujours comme ça. Et il n'y a rien jusque-là. »*¹³ Cela s'accommode difficilement avec l'implantation d'une assurance maladie nationale où les citoyens ont besoin d'assurance pour s'engager au regard des avantages qu'elle offre, *« l'assurance maladie est une bonne chose pour l'accès aux soins »*. A ces perceptions sociales s'ajoute un phénomène que l'on peut qualifier de *« désamour pour la chose publique »* (Cremer et Pestieau, 2004 :584-585). Il s'agit là d'une perte de confiance généralisée dans le rôle économique de l'Etat. Selon les auteurs, *« Même s'il apparaît que la solution publique est souhaitable tant du point de vue de l'efficacité que de l'équité, la perception qu'en a le citoyen est ce qui importe. L'opinion publique a souvent l'impression que le « public » est inefficace tant dans la collecte des fonds que dans leur utilisation.»* (Op cit 2004 :584) Cette affirmation peut être fondée au regard des opinions de certains citoyens, reprises par le journal *« L'événement »*, *« pensez-vous que la corruption existe plus qu'auparavant ? »*. Les réponses (discutables au plan scientifique) montrent que près de 91 % des personnes interrogées appartenant à différentes catégories sociales (résidence, niveau d'instruction, professions) ont répondu par l'affirmative sur l'ampleur de la corruption au Burkina Faso et 70 % des enquêtés déclarent qu'elle semble devenir une règle de conduite

sociale. « *La lutte contre la corruption et les détournements des maigres ressources de l'Etat est devenue un gros "piège" dans lequel le gouvernement a fini par tomber. A forcer de tourner autour du pot, sans chasser la moindre mouche, il a fini par dévoiler son jeu, celui de tourner en rond au point de donner l'impression de tourner l'opinion publique en bourrique* »¹⁴. Alors quel est le sens du pays dit des « hommes intègres » ? Certains titres du Journal « L'Événement » (2001), en disent long, « *Où sont passés les milliards de la CNSS ?* » ; « *Sinistrés : l'heure des choix difficiles et des illusions perdues, que va faire le gouvernement?* » (septembre 2009) ; « *les salaires au Burkina, le politique se sucre et le fonctionnaire trinque* » (juin 2008). Comment gouverner des citoyens intègres dans un processus de mal gouvernance ?

34 Dans ce contexte, « *les journalistes et les hommes politiques ont la matière une grande responsabilité.* » (Op. cit. 2004 :585) Les journalistes s'impliquent, mais le politique résiste en faisant croire aux citoyens que la justice fait son travail et que les acteurs concernés seront sanctionnés. Des procès contre des délinquants (voleurs de vélos, de motos, de voitures, etc.) sont fréquents (photos dans les journaux ou à la télévision) et inondent les différents médias pour montrer que l'Etat veille à la sécurité des citoyens et de leurs biens, alors que les acteurs qui détournent les biens publics jouissent d'un pouvoir (Lemieux, 2002) et échappent à la justice des hommes intègres.

35 L'Etat burkinabè continue de ternir son image à travers des « crimes économiques ». Le dernier en date de janvier 2012 où le Directeur général des douanes est impliqué dans une affaire financière « *communément appelée affaire Guiro* », ou « la *guirose* » estimée à près de trois milliards de francs CFA déposés dans des cantines à domicile. « Leur justice », celle de l'Etat s'est saisi du dossier et le citoyen attend le verdict, « *surtout une sanction, pas des moindres* ». « *Comment peut-on garder autant d'argent dans un pays en proie à la famine ?* », s'interrogent des citoyens. Pour certaines personnes vivant à Ouagadougou, le quartier « Ouaga 2000 » avec ses grandes maisons luxueuses est supposé être le symbole de détournements de « deniers publics » et de nouveaux riches. C'est un conglomérat de voleurs « assermentés » par l'Etat, selon des expressions couramment utilisées. Pendant ce temps, le projet d'assurance maladie souffre d'une insuffisance de moyens financiers pour réaliser des études de faisabilité pour son implantation. Le prélèvement obligatoire des cotisations des travailleurs pour alimenter les caisses de l'assurance maladie peut aboutir à des tensions sociales. La confiance est remise en cause et la méfiance « gagne du terrain », en témoigne le titre d'un quotidien « *Remise en cause de l'autorité de l'Etat : Le Burkina sur la pente raide* », « *Qu'il est triste de voir les populations en arriver jusqu'à s'en prendre à l'autorité de l'Etat afin de chercher à se rendre justice ! C'est non seulement le signe d'un malaise persistant, mais aussi la preuve qu'entre le citoyen et les institutions publiques, le fossé va grandissant.* »¹⁵ Renouer la confiance avec les citoyens dans la mise en place de l'assurance santé est une nécessité pour l'Etat et la réussite d'un tel projet s'inscrit dans un processus de construction d'une unité nationale. Il ne suffit pas à l'Etat de prôner un dialogue avec les différents acteurs. Il s'agit d'instaurer et de maintenir une culture de la vérité dans la gestion des affaires publiques, car, « *les rapports de manipulation réciproque sont fréquents dans ce contexte* », (Hours, 1998 : 37).

Conclusion

36 Au Burkina Faso, les indicateurs de la santé ne sont pas des plus enviables et les conditions sociales et économiques défavorables des individus ou des ménages se traduisent par un faible taux d'accès aux structures de soins. Ce contexte va entraîner la mise en place de politiques publiques de santé par les autorités gouvernementales pour améliorer l'accès aux soins des citoyens et surtout des catégories sociales défavorisées en proie à des facteurs de morbidité et de mortalité sans cesse accrus.

37 Une des politiques de santé adoptée par l'Etat en 2008 est l'implantation d'une assurance maladie afin d'accroître les taux de fréquentation des services de santé par tous les Burkinabè et de remédier aux exclusions temporaires ou définitives des structures de santé. Dans cette situation, l'enjeu demeure collectif dans la mise en œuvre de l'assurance santé dont les enjeux sont à la fois économiques, sociaux et politique.

- 38 Les crises sociales qui sont souvent corollaires de la mauvaise gouvernance dans la gestion des fonds publics de l'Etat s'accroissent de plus en plus, interpellent les citoyens et posent le problème de la confiance dans tous les projets de développement initiés et gérés par les responsables burkinabè, contribuant ainsi à augmenter de façon inégale leur train de vie au détriment de la majorité de la population qui s'alimente et se soigne difficilement. Ces comportements « non démocratiques » des gouvernants qui sont sensés réduire les inégalités sociales aboutissent à des crises sociopolitiques que l'on connaît depuis un certain temps au Burkina Faso.
- 39 Comment participer à l'implantation de l'assurance maladie si la méfiance est de plus en plus croissante dans la gestion des affaires publiques ? Ce n'est pas la solidarité que l'Etat doit apprendre aux citoyens, mais de montrer qu'il a la capacité de gérer de façon transparente les biens provenant de cette valeur sociale. C'est à ce prix que le projet d'assurance maladie pourra atteindre ses nobles objectifs non seulement dans l'accès aux soins de santé mais aussi dans la réduction du seuil de pauvreté.

Bibliographie

- ASMADE. (2011), Inventaire des mutuelles sociales dans la perspective de l'assurance maladie universelle au Burkina Faso. Rapport final. ASMADE, Ouagadougou.
- BARRY N., 2001, « Où sont passés les milliards de la CNSS », In L'ÉVÉNEMENT, décembre 2001.
- BATIONO B.F, et OUEDRAOGO, L.M. (2012). « Solidarity in the extension of micro health insurance – the problem of enrollment in mutual health organizations in Burkina Faso ». In Hans-Jürgen RÖSNER; Gerald LEPPERT; Philipp DEGENS; Lisa-Marie OUEDRAOGO (Eds.) Handbook of Micro Health Insurance in Africa vol. 1, pp 416-426.
- BURGI N., 2011, Enjeux d'une sécurité sociale universelle. Le Monde diplomatique (supplément Mutualité), Mars 2011.
- CANIARD E., 2011, « La dimension sociale de la santé durable », dans « Agir pour une santé durable », *Les Cahiers de la solidarité*, no 25, Paris.
- CREMER H et PESTIEAU P., 2004, « Assurance privée et protection sociale », In Dalloz | *Revue d'économie politique*, 2004/5 - vol. 114pp 577-586.
- DELER J-P., FAURE Y-A., PIVETEAU A. et ROCA P-J., 1998, ONG et développement, Société, économie, politique Paris, Karthala.
- Enquête Démographique et de Santé-III-BF, 2003, Ouagadougou.
- FAINZANG S, 2009, « De l'autre côté du comptoir. Le libre accès aux médicaments et la question de l'autonomie ». In *Revue Sociologie Santé*, Numéro spécial n° 30 – juin 2009, pp 119-138.
- HADDAD S., NOUGTARA A., RIDDE V., 2004, « Les inégalités d'accès aux services de santé et leurs déterminants au Burkina Faso » *Santé, Société Et Solidarité* N° 2, pp. 199-210.
- HOURS B., 1998, « ONG et idéologies de la solidarité : du développement à l'humanitaire », in, *ONG et développement, Société, économie, politique*, Paris, Karthala, pp 33-46.
- Institut National de la Statistique et de la Démographie (INSD), 2009, *Enquête Intégrale sur les Conditions de Vie des Ménages, EICVM 2009*, Ouagadougou.
- KAGAMBEGA M (2010) : l'assurance maladie au Burkina Faso : De la logique thérapeutique des acteurs sociaux, à l'appropriation des systèmes de mutualisation des risques sanitaires ; Thèse de Doctorat ; Université Bordeaux Segalen.
- L'ÉVÉNEMENT (bimensuel burkinabè), 2012, « Lutte contre la corruption L'Événement récompensé », Publié le samedi 2 juin 2012, evenement-bf.net/spip.php?article167.
- L'ÉVÉNEMENT (bimensuel burkinabè), 2008, « Les salaires au Burkina, le politique se sucre et le fonctionnaire trinque », Newton Ahmed Barry, juin 2008.
- L'ÉVÉNEMENT (bimensuel burkinabè), 2009, « Sinistrés : l'heure des choix difficiles et des illusions perdues que va faire le gouvernement ? », septembre 2009.
- LEMIEUX, V., 2002, « L'étude des politiques publiques, les acteurs et leur pouvoir », Québec, Les Presses de l'Université Laval, p. 22.
- Ministère de la santé, 2010, *Annuaire statistique de santé*, Ouagadougou.

Ministère de la santé, 2005, Evaluation à « mi-parcours » du PNDS (Plan National de Développement Sanitaire) 2001-2010, Ouagadougou.

OMS, 2010, Rapport sur la santé dans le monde. Financement d'une couverture universelle, Genève.

RICHARD F, OUÉDRAOGO C, COMPAORÉ, P et al., 2007, "Reducing financial barriers to emergency obstetric care: experience of cost-sharing mechanism in a district hospital in Burkina Faso", *In Tropical Medicine and International Health*, Volume 12 no 8 pp 972-981.

RIDDE, V., 2011, « Politiques publiques de santé, logiques d'acteurs et ordre négocié au Burkina Faso », *Cahiers d'Etudes africaines*, L1 (1), 201, pp. 114-143.

RIDDE V., 2006, « L'accès des indigents aux services de santé au Burkina Faso† : un problème public ? », *Lien social et Politiques-RIAC*, 55, La santé au risque du social. Printemps 2006, pp 149-163.

RIDDE V., 2004, « Kingdon à Bamako : conceptualiser l'implantation d'une politique publique de santé en Afrique », *Politique et Sociétés*, vol. 23, n° 2-3, 2004, p. 183-202.

ROSANVALLON P., 1995, *La Nouvelle Question sociale. Repenser l'Etat-providence*,

Seuil, coll. « Points-Essais », Paris.

WINTER, G ; *Inégalités et politiques publiques en Afrique : pluralité des normes et jeu d'acteurs*, Paris, Karthala, 2001.

Notes

1 L'initiative de Bamako mise en place en 1987 devrait permettre aux structures de soins et à la communauté de mettre en place des comités.

2 Ce sont des formes d'exclusion temporaire, partielle ou totale de certains individus des services de santé.

3 La gratuité concerne aussi la vaccination et la prise en charge médicale gratuite de certaines maladies telles que la lèpre, la tuberculose, la filariose et le VIH/sida ...).

4 Avec la subvention de l'Etat en 2006, le coût d'un accouchement simple est fixé à 900 FCFA (1,37€) et une césarienne à 11.000 FCFA (16,77€) au lieu de 75.000 FCFA (114,33€). Les coûts restent variables suivant les structures de soins.

5 De façon formelle, on peut citer la caisse nationale de sécurité sociale et la caisse de retraites des fonctionnaires.

6 De 1999 à 2004 nous avons contribué à mettre en place plus de 30 mutuelles de santé en milieu rural grâce au programme d'appui aux mutuelles de santé en Afrique et au réseau d'appui aux mutuelles de santé.

7 Nous utilisons le terme « mutuelle de santé » connu des acteurs communautaires et institutionnels en lieu et place du terme « mutuelle sociale » adopté par le règlement juridique de l'UEMOA en juin 2009.

8 Slogans plusieurs fois prononcés pendant des séances de sensibilisation ou de formation en mutualité.

9 Contandriopoulos A.-P. *et al.*, (1999 : 136) : Un acteur est compris comme un agent « se caractérisant simultanément et de façon indissociable par ses convictions, ses intentions, ses capacités ou ses dispositions à agir et par les ressources qu'il a ou qu'il maîtrise ».

10 Le ministère du travail abrite la direction de la sécurité sociale et des mutualités.

11 Plan de Développement Sanitaire (PNDS) du Burkina Faso.

12 Le Projet d'assurance maladie fut adopté en conseil de ministre avec la nomination d'un Secrétaire Permanent.

13 "leFaso.net, l'actualité au Burkina Faso" (www.lefaso.net) du 8 août 2012.

14 "leFaso.net, l'actualité au Burkina Faso" (www.lefaso.net) du 10 août 2012. Pour plus d'information lire : evenement-bf.net/spip.php?article167.

15 "LeFaso.net, l'actualité au Burkina Faso" (www.lefaso.net) du mercredi 27 juin 2012.

Pour citer cet article

Référence électronique

Bouma Fernand BATIONO, « Etat, Citoyens et Gouvernance au Burkina Faso : L'expérience de l'implantation d'une assurance maladie universelle », *Face à face* [En ligne], 12 | 2013, mis en ligne le 21 octobre 2013, consulté le 20 mai 2015. URL : <http://faceaface.revues.org/810>

À propos de l'auteur

Bouma Fernand BATIONO

Laboratoire de recherche interdisciplinaire en sciences sociales et santé (LARISS), Université de Ouagadougou, fbationo@hotmail.com

Droits d'auteur

Tous droits réservés

Résumé

Contexte : Plus de 43.9 % des ménages burkinabè vivent en dessous du seuil de pauvreté et plus de 80 % ne disposent pas d'une couverture sociale en santé. Cela contribue à limiter l'accessibilité financière aux structures de santé (0,64 contact par personne et par an) par les usagers. Le projet d'implantation d'une assurance maladie universelle initié par les autorités burkinabè depuis 2008 et pour un démarrage à l'horizon 2015 fait partie des politiques publiques pour améliorer l'accès aux services de santé. Le présent article est une analyse des conditions d'implantation de l'assurance maladie universelle au regard de l'émergence des crises sociales et politiques que connaît le Burkina Faso depuis ces dernières années.

Méthodes et matériel : Le travail a été réalisé sur la base d'une analyse documentaire et d'une enquête de terrain. Pour la collecte de données sur le terrain, des entretiens individuels approfondis ont été effectués (des entretiens à passages répétés avec certains acteurs) avec une diversité de catégories d'acteurs : personnels de santé (20), membres de mutuelles (15), collectivités locales (mairies, préfectures, etc.) (5), membres de syndicats (5), Responsables de la Fédération des mutuelles professionnelles et caisses de solidarité au Burkina Faso (3) et des mutualistes de mutuelles sociales professionnelles (15).

Résultats : Les résultats montrent que la mise en place de l'assurance maladie va contribuer à améliorer l'accessibilité financière des ménages aux structures de soins de santé, mais les crises sociopolitiques et économiques nationales (méfiance vis-à-vis des pouvoirs publics, impunité, corruption, dépenses publiques non contrôlées, mal gouvernance, etc.) ne sont pas des conditions favorables à l'implantation d'un système d'assurance maladie géré par l'Etat au Burkina Faso.

Conclusion : La mise en place de l'assurance maladie est une voie d'accès aux structures de soins de santé afin de réduire les formes de vulnérabilités et d'inégalités sociales. Renouer la confiance avec les citoyens dans la gestion des affaires publiques est une nécessité pour l'Etat ; cela s'inscrit dans un processus de construction d'une unité nationale.

Entrées d'index

Mots-clés : Assurance maladie universelle-crisis sociopolitiques-Burkina Faso-access aux soins-politiques publiques et communautaires

Christian DARRAS, Pierre De PAEPE, Jean VAN DER VENNET et
Jean-Pierre UNGER

Mise en place et renforcement de systèmes locaux de santé en Belgique. Etats des lieux et perspectives internationales

Avertissement

Le contenu de ce site relève de la législation française sur la propriété intellectuelle et est la propriété exclusive de l'éditeur.

Les œuvres figurant sur ce site peuvent être consultées et reproduites sur un support papier ou numérique sous réserve qu'elles soient strictement réservées à un usage soit personnel, soit scientifique ou pédagogique excluant toute exploitation commerciale. La reproduction devra obligatoirement mentionner l'éditeur, le nom de la revue, l'auteur et la référence du document.

Toute autre reproduction est interdite sauf accord préalable de l'éditeur, en dehors des cas prévus par la législation en vigueur en France.

revues.org

Revues.org est un portail de revues en sciences humaines et sociales développé par le Cléo, Centre pour l'édition électronique ouverte (CNRS, EHESS, UP, UAPV).

Référence électronique

Christian DARRAS, Pierre De PAEPE, Jean VAN DER VENNET et Jean-Pierre UNGER, « Mise en place et renforcement de systèmes locaux de santé en Belgique. Etats des lieux et perspectives internationales », *Face à face* [En ligne], 12 | 2013, mis en ligne le 20 octobre 2013, consulté le 05 juin 2015. URL : <http://faceaface.revues.org/777>

Éditeur : IRD - INSERM - Université de la Méditerranée Aix-Marseille

<http://faceaface.revues.org>

<http://www.revues.org>

Document accessible en ligne sur :

<http://faceaface.revues.org/777>

Document généré automatiquement le 05 juin 2015.

Tous droits réservés

**Christian DARRAS, Pierre De PAEPE, Jean VAN DER VENNET et
Jean-Pierre UNGER**

Mise en place et renforcement de systèmes locaux de santé en Belgique. Etats des lieux et perspectives internationales

1. Cadre général

- 1 La complexité de la réponse aux besoins de soins des populations et, de façon plus générale, à la promotion de leur santé suppose la mise en place de services à la fois généraux et spécifiques, capables d'une prise en charge continue dans le temps. Cela suppose d'allier l'excellence technique avec un coût abordable, dans le respect de l'autonomie des personnes. C'est-à-dire rien de moins qu'une approche de soins de santé primaires, tels qu'ils ressortent de la déclaration d'Alma Ata (OMS, 2008 : 6-14).
- 2 Cette réponse suppose à son tour la construction d'un système dont les éléments constitutifs sont clairement séparables mais complémentaires dans leur responsabilité et leur action. La base de ce système est formée par deux lignes de soins. Elles ne se distinguent pas par la gradation des ressources mises en jeu mais par leurs perspectives respectives intrinsèquement différentes d'aborder les problèmes de santé. En ce sens, le terme « niveau de soin » habituellement utilisé peut prêter à confusion car il induit une notion de hiérarchie. Cette distinction fondamentale, si elle n'est pas organisée, tend à se traduire par la dominance d'une perspective sur l'autre, en fonction de forces internes et externes au système. Il en résulte une perte de qualité du système dans son ensemble (Unger, 2010 : 184-194).
- 3 Comme toute tentative d'organisation, elle doit faire face à plusieurs défis. Le premier est une tendance naturelle du système à maintenir le *statu quo* ; ce dernier représente de fait l'équilibre actuel du système, prenant en compte toutes les forces en présence ; la tendance mentionnée est parfois rationalisée sous l'argument du manque de ressources ou des contraintes du contexte institutionnel. Cependant aussi bien les ressources que le cadre institutionnel peuvent être modifiés, si telle en existe la volonté. Il ne s'agit pas d'une limite absolue mais bien relative et donc l'expression de priorités de fait. En effet, ne rien changer représente aussi un coût, économique comme politique.
- 4 Un autre défi est représenté par les intérêts des différentes parties concernées. Ces intérêts peuvent s'éloigner de la construction d'un système coordonné et ce, pour des raisons de profit, de pouvoir ou de prestige. Parmi ces intérêts, plus ou moins patents, on peut mentionner les tenants de la médecine libérale, les firmes pharmaceutiques et les fournisseurs d'équipement médical, les compagnies d'assurance privées, certains représentants des bureaucraties nationales et internationales ou des hommes et des femmes politiques liés à ces intérêts (Unger, 2010 : 83-96). On observe aussi souvent la formation d'alliances, naturelles ou paradoxales ; dans ce dernier cas, elles semblent reposer sur des intérêts divergents. En réalité, chacune des parties espère tirer un gain du fait du manque d'organisation commune.
- 5 Enfin, il faut signaler le problème posé par le manque de modèle de référence. Dans certains cas, ce n'est ni la volonté ni les ressources qui manquent, mais ce sont les acteurs qui n'ont pas de vision claire des changements à introduire et encore moins la connaissance des outils nécessaires pour cela. S'il est certain qu'il existe une littérature abondante sur des aspects particuliers des systèmes de santé, ce n'est que récemment qu'on a mis en évidence que leur mode d'organisation constitue en soi un déterminant important de la santé des populations (OMS, 2009 : 94-108).
- 6 C'est pour faire face à cette situation que l'Institut de médecine tropical d'Anvers (IMTA) a mené, depuis plusieurs décennies, des projets de recherche-action dans différents pays africains et latino-américains, comme la République démocratique du Congo, le Sénégal, la Bolivie et l'Équateur (Unger, 2010 : 210-224). Cette expérience a permis la construction

d'un corps de connaissances qui permet la compréhension des facteurs importants pour l'organisation de services de santé globaux, intégrés et continus. Le postulat de base étant que ces facteurs sont inhérents au modèle même d'organisation et pour autant indépendants du contexte. L'IMTA a cherché à vérifier comment ledit modèle pouvait s'exprimer dans des situations variées. C'est dans ce contexte qu'ont été développées en Belgique, au cours des 18 dernières années, sept expériences d'organisation de systèmes locaux de santé (Sylos). Trois groupes ont cessé leurs activités, un groupe, centré sur un hôpital universitaire, n'a pu vraiment décoller et enfin trois groupes fonctionnent encore actuellement.

2. L'expérience belge des systèmes locaux de santé

- 7 Les pouvoirs publics belges ont introduit progressivement, au cours des deux dernières décennies, plusieurs initiatives destinées à améliorer la coordination des soins de santé. Cependant, ces initiatives se caractérisent chacune par leur délimitation : soit à un seul niveau de soins - par exemple la mise en place d'un rôle de garde commun entre les médecins généralistes d'une zone géographique donnée ; soit à un seul problème de santé - par exemple les « filières de soins » pour patients diabétiques ou insuffisants rénaux.
- 8 Sans remettre en cause le contexte institutionnel, les expériences de l'IMTA ont adopté comme hypothèse de travail que le processus de dynamisation et de coordination des services de santé dans la mise en place d'un Sylos peut être l'œuvre de petites équipes de professionnels expérimentés généralistes et spécialistes travaillant dans le Sylos en question. Les expériences se sont dès lors centrées sur la création et l'amélioration continue d'une plateforme de dialogue entre les acteurs impliqués, essentiellement les médecins des deux lignes de soins, lieu de regards croisés et de confiance réciproque.
- 9 Ce qui aurait pu être considéré au départ comme un pis-aller, une solution au rabais, a néanmoins permis la continuité des échanges et des activités dans le temps, grâce précisément à son caractère consensuel. Il en a résulté une maturation des Sylos, avec des réussites et des échecs, d'heureuses innovations comme des initiatives tronquées. De plus, la volonté ou la nécessité de s'adapter aux conditions locales a introduit des variations entre les différentes expériences, quant à la participation d'autres professionnels de la santé, l'existence d'une équipe de coordination ou la présence d'un modérateur externe, ou encore l'interaction avec les autres médecins et institutions de soins travaillant dans la même zone géographique. D'où l'émergence d'une série de concepts et d'outils de travail au fur et à mesure du déroulement des différentes expériences. Leur point commun réside dans le fait que ces Sylos se sont transformés en une plateforme de concertation globale entre médecins généralistes et spécialistes. Dans cette configuration, les problèmes de relation peuvent être abordés et analysés en prenant en compte les différents points de vue et en évitant de cette manière la génération de malentendus et d'incompréhension mutuelle. Cela n'est pas un mince acquis. En d'autres mots, les Sylos remplissent un vide dans le paysage institutionnel belge et, en cela, ont accumulé une somme de pratiques et de connaissances sur les mécanismes informels à l'œuvre en leur sein.
- 10 L'articulation entre les acteurs de santé, en particulier ceux de la première ligne et les services sociaux en général, représente un aspect complémentaire et crucial, au regard du vieillissement de la population belge. A ce propos, il est utile de souligner, en Belgique, l'existence tant de mécanismes institutionnels formels comme d'initiatives locales spontanées, pour le renforcement de la collaboration entre les acteurs de la première ligne (médecins de famille, infirmières à domicile, kinésithérapeutes, travailleurs sociaux). Les Sylos se sont naturellement insérés dans cette dynamique, même si l'on observe à certaines occasions un « choc culturel », les médecins généralistes considérant que cette articulation ne faisait pas partie de leur « job » naturel et que, de toute façon, elle représentait une charge de travail supplémentaire, non accompagnée d'une reconnaissance financière.

3. Perspectives pour le travail en Belgique

- 11 On pourrait incorporer dans le travail d'analyse des Sylos une révision systématique de l'influence des structures mises en place par les pouvoirs publics avec l'objectif de donner

un cadre formel aux relations entre lignes de soins ou à l'intérieur de celles-ci. Ces structures se sont multipliées ces dernières années, montrant une prise de conscience croissante de l'importance d'une vision systémique. Néanmoins, comme expliqué antérieurement, toutes ces initiatives répondent à des problèmes de santé spécifiques (approche verticale) ou alors se limitent à un seul des lignes de soins (approche purement horizontale). Aucune n'aborde la problématique des relations entre lignes, comme un élément qui se justifie par lui-même de manière globale. Ce travail permettrait aussi d'anticiper plutôt que de subir d'autres changements inéluctables, suite à l'évolution du panorama médical en Belgique, par exemple la place croissante des soins hospitaliers ambulatoires ou les projections sur la disponibilité de médecins généralistes, qui dévoilent une menace de pénurie. Cela serait de plus une voie pour échapper à l'impression ressentie à certains moments de tourner en rond, ainsi que d'éviter de devoir réinventer la roue, par oubli ou méconnaissance des accords acquis.

12 On pourrait aussi proposer une série de mesures qui facilite le fonctionnement des Sylos, entre autres la mise en place de mécanismes de compensation pour le temps que suppose la participation aux activités des Sylos. L'un d'eux serait la reconnaissance de crédits d'heures de formation, ce qui ne serait de fait que l'expression d'une évidence, si l'on accepte que la formation professionnelle débute par une réflexion sur sa propre pratique.

13 Une systématisation de l'expérience des Sylos serait une première étape pour un plaidoyer auprès des instances ministérielles. Cette systématisation peut s'appuyer sur les nombreux documents existants. Elle pourrait aussi déboucher sur une ou plusieurs publications. Il faudrait aussi réfléchir sur les efforts antérieurs de systématisation (réunion inter-Sylos) comme de prise de contacts avec les autorités sanitaires, efforts qui ne sont pas traduits jusqu'à présent en des avancées nouvelles. Dans la perspective de la réforme de l'État belge et du transfert aux gouvernements régionaux (flamand et wallon) de nouvelles compétences en santé, on note néanmoins un intérêt renouvelé du monde politique en la matière.

14 Les Sylos existants pourraient vouloir relever le défi d'aborder les facteurs externes à leur cadre strict de travail, mais qui déterminent de façon évidente l'impact à en attendre. À ce sujet, un espace qui semble avoir été peu exploré est l'espace communal. Cela tient au cadre institutionnel belge, mais aussi aux mentalités qui tendent à ne pas identifier des responsabilités locales dans les réponses à apporter à l'organisation des soins et à la promotion de la santé. C'est pourtant à ce niveau que les gens comprennent mieux les enjeux et connaissent plus concrètement les parties prenantes, grâce à des espaces de débats publics, où les Sylos pourraient s'exprimer en cette qualité et mettre à profit la place privilégiée qu'occupent les services de santé pour détecter l'existence de problèmes sociaux et environnementaux (WHO, 2013).

4. Perspectives pour le travail en dehors de la Belgique

15 Dans de nombreux pays en dehors de la Belgique, des systèmes locaux de santé se trouvent déjà en place, sous l'une ou l'autre dénomination. Ils font partie intégrante des politiques de santé et sont présents, aussi bien dans les organigrammes que dans les budgets. De la même façon, les relations avec les autorités politiques locales sont formellement reconnues et une place est réservée pour la participation de la population.

16 Ce n'est pas pour autant que les problèmes d'articulation entre les lignes de soins ont disparu et nombreuses sont les situations où l'hôpital vit de manière indépendante de celle des centres de santé qui l'entourent, avec les dysfonctionnements qui s'en suivent : faible fréquentation des centres de santé pour les soins généraux, en particulier des adultes, encombrement des services hospitaliers d'urgence par des patients qui les utilisent comme porte d'entrée au système, absence d'information de retour après les épisodes d'hospitalisation, manque de prise en charge intégrale des patients chroniques, aux pathologies multiples, etc. Cela montre que le fonctionnement adéquat des Sylos suppose la prise en compte d'autres facteurs que ceux qui sont structurels.

17 C'est ici que les expériences belges peuvent se révéler intéressantes car elles ont particulièrement approfondi ces autres facteurs non formels, en prenant comme préalable la mise en place de petites équipes de professionnels expérimentés généralistes et spécialistes

travaillant ensemble. Cette hypothèse repose sur l’observation qu’il faut respecter le rôle clinique des médecins, base de leur valorisation professionnelle et qu’ils ne seront attirés vers des aspects de gestion que de manière ponctuelle et limitée. Par ailleurs, les expériences belges ont montré qu’il existe un équilibre permanent entre les nécessités d’initiative personnelle et de représentativité : le fait que les individus parlent en leur nom propre facilite le lancement des actions mais en limite la diffusion ; les individus mandatés par leurs pairs seront plus prudents face aux innovations mais se chargeront de les faire connaître amplement. Étudier ces différents aspects dans des cadres plus structurés apporterait une dimension supplémentaire à la compréhension de la dynamique des Sylos. En échange, pour les acteurs belges, il y aurait à apprendre d’expériences étrangères, où l’intégration d’autres professionnels de la santé est chose courante dans les équipes de coordination et où la prise en compte d’une vision de santé publique est plus naturelle.

18 De la même manière, la mise en œuvre de la participation de la population gagnerait à s’appuyer sur un travail coordonné entre les divers services sociaux. En l’absence de celui-ci, il ne reste aux patients et à leurs familles qu’à entreprendre un chaotique voyage d’un service à l’autre. Dans cette aventure, les personnes avec le plus de relations et d’influences sont celles qui ont le plus de chance de s’en sortir. Pour les autres, la participation se transforme en une réalité illusoire, si pas perverse.

19 Dans le cas concret de l’Amérique latine, l’Organisation panaméricaine de la santé (OPS) a promu le concept des réseaux intégrés de services de santé, comme une réponse à la fragmentation et à la segmentation des systèmes. Pour cela, elle a identifié une série d’attributs qui devraient caractériser ces réseaux. Ces attributs sont au nombre de treize et sont détaillés dans une résolution approuvée par les pays de la Région des Amériques (OPS, 2009). L’expérience des Sylos en Belgique peut apporter certains instruments pour rendre effectifs ces attributs (voir tableau ci-dessous).

Attribut	Expérience des Sylos belges
Réseau étendu d’établissements de santé	Expérience avec des réseaux qui intègrent des homes pour personnes âgées et des services sociaux en général
Mécanismes de coordination des soins	Instruments développés par les équipes locales, pour donner continuité dans les soins aux patients
Système de gouvernance unique	Modèle de gouvernance informel et pragmatique entre médecins des deux niveaux de soins
Ressources humaines	Rôle de la modération externe en vue d’un fonctionnement fluide des équipes locales
Mécanismes incitatifs financiers	Mise en pratique des mécanismes incitatifs prévus dans le système belge

20 Il y a donc un vaste champ ouvert à la coopération entre expériences développées dans des contextes différents mais qui relèvent d’un objectif commun. Cette coopération serait renforcée par l’accompagnement d’institutions académiques, ici et là-bas, au sein de réseaux. Cet accompagnement devrait avoir trois objectifs : améliorer la qualité des recherches-actions entreprises, alimenter la formation, initiale et complémentaire, des médecins et d’autres professionnels de la santé, puis renforcer le plaidoyer auprès des autorités publiques, à l’échelle des pays et dans les forums internationaux, en faveur du renforcement des systèmes locaux de santé (Unger, 2010 : 240-246).

Bibliographie

Organisation mondiale de la santé, Rapport sur la santé dans le monde 2008 (Les soins de santé primaires : maintenant plus que jamais), Genève, 2008.

Organisation mondiale de la santé - Commission des déterminants sociaux de la santé, Rapport final (Comblé le fossé en une génération : Instaurer l’équité en santé en agissant sur les déterminants sociaux), Genève, 2009.

Organización Panamericana de la Salud – 49.n° Consejo Directivo, Redes integradas de servicios de salud basadas en la atención primaria de salud (CD49/16), <<http://new.paho.org/hq/dmdocuments/2009/CD49-16-s.pdf>>.

Unger JP, *International Health and Aid Policies*, Cambridge, Cambridge University Press, December 2010.

World Health Organization, *Closing the Health Equity Gap: Policy Options and Opportunities for Action*, Geneva, 2013.

Pour citer cet article

Référence électronique

Christian DARRAS, Pierre De PAEPE, Jean VAN DER VENNET et Jean-Pierre UNGER, « Mise en place et renforcement de systèmes locaux de santé en Belgique. Etats des lieux et perspectives internationales », *Face à face* [En ligne], 12 | 2013, mis en ligne le 20 octobre 2013, consulté le 05 juin 2015. URL : <http://faceaface.revues.org/777>

À propos des auteurs

Christian DARRAS

Collaborateur volontaire at IMT - Memisa, Représentant OPS/OMS, Chef de secteur santé (Bolivie et Équateur), Coopération belge Education, Institut de médecine tropicale d'Anvers, Université de Liège, Belgique

Pierre De PAEPE

Département de Santé publique de l'Institut de médecine tropicale, Anvers, Belgique

Jean VAN DER VENNET

Département de Santé publique de l'Institut de médecine tropicale, Anvers, Belgique

Jean-Pierre UNGER

Département de santé publique, Institut de Médecine Tropicale, 155 Nationalestraat, 2000 Anvers, Belgique

Droits d'auteur

Tous droits réservés

Résumés

La complexité de la réponse aux besoins de soins des populations suppose la construction d'un système, dont les éléments constitutifs sont clairement séparables mais complémentaires dans leur responsabilité et leur action. En Belgique, l'Institut de médecine tropicale d'Anvers, qui avait déjà acquis une connaissance à ce sujet en Afrique et en Amérique latine, a développé, au cours des 18 dernières années, sept expériences d'organisation de systèmes locaux de santé, en partant de la mise en place de petites équipes de professionnels expérimentés, généralistes et spécialistes, travaillant ensemble. La systématisation de ces expériences constitue un apport à la définition de politiques nationales belges, destinées à améliorer la coordination des soins de santé. Dans le champ international, elles devraient permettre de prendre en compte les facteurs non formels, essentiels pour rendre opérantes les structures déjà bien établies d'organisation formelle des services de santé dans de nombreux pays, par exemple en Amérique latine.

The complexity of the response to the people needs for care induces that the corresponding health system is based on clearly distinct but complementary components, each one with its responsibility and scope of action. In Belgium, the Institute for Tropical Medicine in Antwerp, which got a relevant knowledge in Africa and Latin America, has developed over the last 18 years, seven field researches on local health systems, considering the assumption of establishing small teams of experienced professionals, GPs and specialists working together.

The systematization of this work can be seen as an input to the Belgian definition of national policies, in order to improve the coordination of health care. In the international field, it could allow taking in account the non-formal factors, essential for making operative already established structures for the formal organization of health services, as they exist in many countries, for example in Latin America.

Vincent DUCLOS

Vers une commune humanité ? Perspectives croisées sur l'émergence de la cybersanté mondiale

Avertissement

Le contenu de ce site relève de la législation française sur la propriété intellectuelle et est la propriété exclusive de l'éditeur.

Les œuvres figurant sur ce site peuvent être consultées et reproduites sur un support papier ou numérique sous réserve qu'elles soient strictement réservées à un usage soit personnel, soit scientifique ou pédagogique excluant toute exploitation commerciale. La reproduction devra obligatoirement mentionner l'éditeur, le nom de la revue, l'auteur et la référence du document.

Toute autre reproduction est interdite sauf accord préalable de l'éditeur, en dehors des cas prévus par la législation en vigueur en France.

revues.org

Revues.org est un portail de revues en sciences humaines et sociales développé par le Cléo, Centre pour l'édition électronique ouverte (CNRS, EHESS, UP, UAPV).

Référence électronique

Vincent DUCLOS, « Vers une commune humanité ? Perspectives croisées sur l'émergence de la cybersanté mondiale », *Face à face* [En ligne], 12 | 2013, mis en ligne le 21 octobre 2013, consulté le 05 juin 2015. URL : <http://faceaface.revues.org/813>

Éditeur : IRD - INSERM - Université de la Méditerranée Aix-Marseille

<http://faceaface.revues.org>

<http://www.revues.org>

Document accessible en ligne sur :

<http://faceaface.revues.org/813>

Document généré automatiquement le 05 juin 2015.

Tous droits réservés

Vincent DUCLOS

Vers une commune humanité ? Perspectives croisées sur l'émergence de la cybersanté mondiale

« *Knowledge is like light. Weightless and intangible, it can easily travel the world, enlightening the lives of people everywhere. Yet billions of people still live in the darkness of poverty - unnecessarily.* » World Bank (1999 : 1)

- 1 Messages texte rappelant à des patients de prendre leurs médicaments tout en promulguant des conseils médicaux. Service de communication entre soignants, intégré à des soins de première ligne au cœur de la jungle amazonienne ou de l'Himalaya indien. Transmission satellite de données médicales à partir d'une zone touchée par une catastrophe naturelle vers un hôpital situé à des kilomètres. Qu'elle soit classée dans des dossiers électroniques, transférée sous la forme d'expertise ou mobilisée dans la prise en charge de patients, l'information médicale circule plus que jamais. Les dernières années ont en effet vu émerger une série de pratiques offrant des services médicaux à distance et prenant en charge la santé d'individus à une échelle mondiale. Comme le suggère Vallancien (2009) : « Nous sommes entrés de plain-pied dans la globalisation médicale. On régule, on décide, on intervient à distance. » Que ce soit par la gestion des données médicales (informatique de la santé) ou encore via l'offre directe de soins (télémédecine), la cybersanté¹ bouleverse les systèmes de santé, réorganise l'offre de services médicaux et re-spatialise par le fait même la question de l'accès au soin et à l'expertise médicale. Ce qui émerge avec force sous la dénomination générale de « cybersanté mondiale », c'est donc un agencement précaire mais effervescent d'interventions médicales - sous la forme de projets, de politiques, de recommandations - et de pratiques discursives, à la croisée des TIC² pour le développement et de la santé mondiale.
- 2 Les documents examinés dans le cadre de cet article le montrent bien : la croissance impressionnante du nombre d'initiatives de cybersanté mondiale prend vie dans l'expectative de devenir vaguement esquissés, expérimentaux sinon prophétiques. Qu'il soit académique, institutionnel ou commercial, le discours sur la cybersanté mondiale affiche des airs optimistes, voire anticipateurs. Les versions euphoriques de la postérité cybermédicale imaginent un monde dans lequel les capacités numériques invalident les obstacles géographiques, où la connectivité permet d'atteindre des régions jusqu'alors inaccessibles, d'informer des populations en manque d'expertise médicale et d'offrir des soins médicaux à moindre coût. Plus largement, la cybersanté est à l'épicentre d'une rhétorique technologique inébranlable, dans laquelle la médecine et l'information s'assemblent en un destin sans heurts et sans fissures, tout en circulation, en transmission et en mobilité (Mort, Finch et al., 2009). Le champ discursif de la cybersanté, c'est celui de l'horizontalité, de l'accès indifférencié et de la performance. C'est en tant qu'elle doit augmenter l'efficacité des opérations et favoriser la fluidité des relations que la cybersanté est vouée à agir comme un important niveleur entre les plus fortunés et les démunis, les individus malades et ceux en santé (Rockefeller Foundation, 2010 : 51). À la lumière de telles promesses et de leur importance dans la mise en place de politiques et interventions, cet article essaie donc, d'une part, de réfléchir à la possibilité même et les modalités d'un discours sur la santé à l'ère de la connectivité totale. D'autre part, les formations discursives propres à la cybersanté sont intimement liées à l'émergence de formes de vie connectées, in-formées. Loin de se résumer à un quelconque artifice rhétorique, la connectivité affecte les pratiques médicales dans toute leur concrétude et leur positivité. Cet article essaie donc de tracer quelques pistes pour comprendre l'émergence de telles pratiques mais également les prémisses ontologiques et politiques sur lesquelles elles reposent.
- 3 Il n'est pas rare que la cybersanté soit associée à une propension à l'expansion, à une prédisposition qu'elle aurait à tendre vers un avenir mondialisé (Eysenbach, 2001). Selon de telle prétentions téléologiques, l'expansion mondiale constituerait une forme d'achèvement

naturel, de finitude de la cybersanté : « while health may be a domestic matter, the networked nature of eHealth creates a new paradigm for it, as a global matter. » (Rockefeller Foundation, 2010 : 42 ; je souligne). En dépit de cette récurrente apologie d'une disposition qui lui serait inhérente à se mondialiser (Scott et Lee, 2005), j'aimerais suggérer que l'activité principale de la cybersanté ne réside pas dans le contournement de la souveraineté nationale – en tant qu'opportunité *géopolitique*. Ce qui est le propre des interventions cybermédicales, c'est plutôt la prise en charge indifférenciée et à distance d'individus – en tant que défi technomédical. Si, comme le propose Andrew Lakoff (2010), l'impératif éthique des efforts de santé publique est passé d'un impératif de solidarité sociale à l'affirmation d'une « commune humanité » qui sous-tend la biomédecine humanitaire, alors la cybersanté fait de cette affirmation un processus continu de production de vie : la connexion d'une vie atteignable et l'optimisation d'une vie connectée. Elle est la coïncidence d'une volonté de connecter et d'« un engagement séculier envers la valeur de la vie humaine » (Redfield, 2008 : 132 ; traduction de l'auteur). C'est autour de ces deux dimensions complémentaires de l'activité cybermédicale que cet article propose de se développer. Y sont d'abord survolés les événements marquants de l'émergence d'un secteur en pleine expansion. Puis, un examen de certains discours et pratiques autant des TIC pour le développement que de la santé mondiale permettra d'entrer dans le vif de la question de la protection/production de l'« humanité dans l'homme », à l'ère de la mondialisation numérique.

Émergence de la cybersanté mondiale : un secteur en ébullition

- 4 Bien qu'il convienne de souligner le travail précurseur d'initiatives telles que HINARI, SATELLIFE, le Swinfen Charitable Trust, ou encore le Réseau Afrique Francophone de Télémédecine (RAFT), c'est principalement au cours des cinq dernières années que la cybersanté est apparue comme un enjeu important à l'ordre du jour de la santé mondiale. L'intérêt croissant de l'OMS envers la cybersanté est révélateur à cet égard.
- 5 Au mois de mai 2005, l'Assemblée mondiale de la Santé (AMS) adoptait la Résolution WHA 58.28, recommandant aux États membres de mettre en place une stratégie à long terme en matière de cybersanté. Le rapport publié à cette occasion par le Secrétariat de l'OMS insistait : le recours à la cybersanté doit contribuer à renforcer « les droits fondamentaux de la personne humaine en améliorant l'équité, la solidarité, la qualité de vie et la qualité des soins » (Organisation mondiale de la Santé, 2004) La même année, l'OMS mettait sur pied l'Observatoire mondial de la cybersanté, une initiative ayant pour mission de fournir aux États membres des orientations stratégiques sur les pratiques efficaces, les politiques et les normes en matière de cybersanté (Organisation mondiale de la Santé, 2005). L'Observatoire a depuis publié plusieurs rapports sur l'état de la cybersanté dans le monde, proposant des étapes à suivre pour en favoriser l'expansion. Un autre acteur important dans le champ de la santé mondiale, soit la Banque mondiale, montre également un intérêt grandissant envers les solutions télé-technologiques. Au cours des dernières années, celle-ci a subventionné plusieurs projet-pilotes avec un moins une composante cybermédicale. Une publication récente de la Banque consacrée au « Développement du capital humain en Afrique » fait en ce sens abondamment référence à la « vague des TIC » et à comment ceux-ci peuvent transformer l'offre de soins médicaux de manière à sortir du « cercle vicieux de la pauvreté, de la faim et de la maladie » (Banque mondiale, 2011 : 4).
- 6 De nombreuses instances intergouvernementales, organisations non gouvernementales (ONG) et multisectorielles sont également de plus en plus promptes à investir dans la cybersanté, que ce soit sous la forme d'implantation de projets, de contribution à la recherche ou encore de promotion de politiques. Ainsi, lorsqu'en 2008 la Fondation Rockefeller a tenu une série de conférences sous le thème « Making the eHealth Connection : Global Partnerships, Local Solutions », ce sont plus de 200 organisations qui se sont rassemblées pour établir un plan d'action visant à accroître le recours aux télé-technologies dans les systèmes de santé. Des organisations telles que le Regenstrief Institute, le Global Healthcare Information Network et le World eHealth Collaborative Action Network (WE-CAN) font à ce titre figure de leaders. Dans un contexte où la santé est de plus en plus perçue non seulement comme un

bénéficiaire mais aussi comme un vecteur pour l'expansion des TIC (WHO, 2005 : 2), la cybersanté attise également l'intérêt de nombreuses entreprises privées, principalement du secteur des télécommunications. Le marché mondial de la cybersanté est évalué à 96 milliards de dollars (Gerber, Olazabal et al., 2010). Un numéro de *Health Affairs* récemment consacré à la cybersanté témoigne d'ailleurs de la promesse portée par ce marché sur le plan commercial.

7 Loin de se développer en vase clos, la cybersanté mondiale constitue un plate-forme ouverte, traversée de forces multiples, hétéroclites et potentiellement contradictoires. Les forces en présence sont économiques, politiques, commerciales ; s'il y a bien une originalité qui caractérise ce secteur en ébullition, c'est l'hétérogénéité de secteurs et d'intérêts qui s'y agencent tout et le débordant largement. Qu'elles prennent la forme du dictat de la bonne gestion sanitaire, d'une volonté insatiable de « connecter le monde » ou d'un désir de performance et de compétitivité, l'espace de la cybersanté mondiale en est un à forte valeur affective, passionnelle, anticipatrice. Y est validée une image du monde, promise sa reconduction, son amélioration, sa retouche. Loin d'être le résultat d'un développement interne à la rationalité médicale, la cybersanté est avant tout affaire de connectivité, de technologies de l'information. En effet, lorsqu'on s'attarde à ses conditions d'émergence de même qu'à ses principales inclinations conceptuelles, force est de constater que la cybersanté mondiale se présente d'abord comme l'héritière légitime d'un autre secteur, par lequel un bref détour s'impose : les TIC pour le développement.

Les TIC pour le développement : connecter le monde

8 Depuis une dizaine d'années, une multitude d'ONG, organisations internationales et acteurs du secteur privé se sont rassemblés autour d'une mission à la fois large et précise : combler la « fracture numérique mondiale »³. D'une manière générale, il est possible d'associer la montée en force de cette mission à deux événements clés qui se sont tenus à l'aube du XXI^e siècle. Le premier moment de grande importance est certainement l'adoption de la Charte d'Okinawa sur la société mondiale de l'information dans le cadre du sommet du G8 tenu au mois de juillet 2000, à Kyushu-Okinawa, au Japon. Dès le premier article de la Charte, on ne saurait être plus clair quant à l'« impact révolutionnaire » que les TIC sont appelées à avoir sur un ensemble de facteurs d'épanouissement individuel, de développement social et de croissance économique :

« Le XXI^{ème} siècle sera largement modelé par les technologies de l'information et de la communication. Leur impact révolutionnaire affecte notre manière de vivre, d'apprendre et de travailler et les rapports entre pouvoirs publics et société civile. Les technologies de l'information et de la communication sont en train de devenir un des principaux facteurs de la croissance de l'économie mondiale. Elles permettent à un grand nombre de personnes, de sociétés et de groupes sociaux dynamiques, partout dans le monde, de relever les défis économiques et sociaux avec plus d'efficacité et plus d'imagination. Des opportunités sans précédent s'offrent à tous, aussi bien individuellement que collectivement » (G8 Research Group, 2012).

9 Ayant pour but d'étudier des mesures spécifiques pour combler la fracture numérique, la Charte d'Okinawa a mené à la création du Groupe de travail du G8 sur les opportunités numériques (Digital Opportunity Task Force). Puis, deux mois plus tard, les Objectifs du millénaire pour le développement (OMD) étaient adoptés à la suite du Sommet du Millénaire des Nations Unies. En conformité avec les recommandations de la Déclaration Ministérielle adoptée par l'ECOSOC quelques mois auparavant, les OMD accordaient une attention particulière au rôle des TIC pour combattre la pauvreté et améliorer « les moyens d'une vie productive » (United Nations Development Programme, 2012). Bien que les Nations Unies aient toujours été à l'avant-plan des efforts pour combler la fracture numérique – entre autres depuis la fin des années 1990 avec les travaux de l'Union internationale des télécommunications (UIT) – les OMD faisaient de la réduction de la fracture numérique un élément central des plus larges efforts dédiés à l'éradication de la pauvreté et au renforcement des capacités (*capacity-building*). À titre indicatif, le huitième des OMD traite spécifiquement de la nécessité de « mettre en place un partenariat mondial pour le développement », visant à « faire en sorte que les avantages des nouvelles technologies, en particulier celles de l'information et de la communication, soient accordés à tous » (Nations Unies 2012). En

somme, la double adoption des OMD et de la Charte d'Okinawa représente un moment charnière dans la formation d'un discours consensuel sur la valeur des TIC, sur leur capacité à transformer « notre monde » (World Bank 2003). De ce moment découlera la création du Groupede travail des Nations Unies sur les TIC en 2001 – lequel deviendra l'Alliance mondiale pour les TIC et le développement -, puis la tenue du Sommet mondial sur la société de l'information(SMSI) en 2003. La table était mise pour une mobilisation sans précédent, donnant lieu à plusieurs initiatives de même qu'à une littérature abondante.

Connectivité, inclusion économique et « commune humanité »

- 10 Le discours de la fracture numérique mondiale présente les TIC comme des catalyseurs de performance et d'intégration socioéconomique. Elles auraient le potentiel de « sauter par-dessus » (*leapfrog*) les obstacles habituels - qu'ils soient institutionnel, politiques, ou géographiques - à l'ascension sociale et économique. Ce qui caractérise avant tout le discours des TIC pour le développement c'est donc cette notion voulant que les TIC soient front d'une guerre éthique contre l'exclusion économique. Augmentant la productivité, les TIC incarnent un « droit commun » à la compétitivité ; offrant de nouvelles possibilités, elles représentent une source intarissable d'innovations ; facilitant le commerce et la coopération, elles prennent la forme d'une métatechnologie permettant de contourner les obstacles traditionnels à la croissance économique (Wade 2002 : 462). Comme le formule un récent rapport du Forum économique mondial, les TIC constituent « notre système nerveux collectif – une plate-forme pour aider à résoudre certains des plus grands défis économiques, sociaux et environnementaux » (World Economic Forum, 2009 ; traduction de l'auteur). La connectivité devient alors une condition à la participation aux flux mondiaux d'informations et de capitaux, à l'accès à la productivité, la croissance et la prospérité (Friedman, 2011). Plus particulièrement, le discours des TIC pour le développement relie l'apprentissage individuel et le développement cognitif à la formation de capital humain, lequel promet de renforcer la contribution de la force de travail à l'atteinte de gains en efficacité et en productivité (Mansell, 2002). Se connecter, c'est capitaliser sur des forces sous-développées.
- 11 Sous-tendant de telles attentes, on retrouve une conception bien particulière de l'*empowerment* individuel et de la mobilité socioéconomique, qui relève d'une approche du développement humain omniprésente dans la littérature des TIC pour le développement, et dont la pensée des capacités d'Amartya Sen constitue sans contredit le fondement philosophique (Avgerou, 2010 ; Oosterlaken et van den Hoven, 2011). Pour Sen, l'objet premier du développement se doit d'être la liberté individuelle. Celle-ci est intimement liée aux capacités du sujet, c'est-à-dire à « un ensemble de vecteurs de fonctionnements, qui indique qu'un individu est libre de mener tel ou tel type de vie » (Sen 2000). La capacité, ce n'est ni plus ni moins qu'un pouvoir d'être ou de faire, de choisir entre des modes de vie possibles. Suivant une conception libérale de la subjectivité individuelle, Sen pose l'individu comme étant à la fois la fin et le moyen de son propre développement. La capacité, c'est avant tout une affaire de renforcement de la vie intérieure contre les menaces et pressions extérieures (Chandler 2011). La « liberté » du sujet repose ainsi sur un processus interne et continu d'*empowerment*, dont dépend ultimement le développement de l'« humanité en l'homme ». C'est ce processus que les TIC seraient particulièrement disposées à favoriser (Sen 2010), en faisant de la vie humaine l'objet d'une prise en charge à *distance*. Presque nulle part ailleurs, ce projet n'aura trouvé autant d'écho que dans le secteur de la santé.
- 12 Une telle entreprise est clairement exprimée dans un document publié il y a quelques années par l'Alliance mondiale pour les TIC et le développement (Celik, 2007). Dès la préface de ce document pertinemment intitulé « Our Common Humanity of the Information Age », l'ancien président finlandais H.E. Martti Ahtisaari est clair : si les TIC peuvent contribuer à l'atteinte d'objectifs de développement, c'est en raison du rôle particulier qu'elles sont appelées à jouer dans « la protection de notre commune humanité ». Conformément avec le précepte de l'Alliance voulant qu'une « société de l'information axée sur la connaissance est essentielle pour atteindre une meilleure vie pour tous » (2007 : 3), la publication est truffée

d'affirmations relatives au pouvoir exceptionnel des TIC pour combattre des menaces pour l'humanité aussi diversifiées que la pauvreté, les désastres naturels et d'origine humaine, le terrorisme, les conflits armés et, évidemment, la maladie. La transmission numérique de l'information et la rupture de l'isolement sont présentés comme deux facettes d'une même mission, visant à créer « des réseaux humains mondiaux pour le développement » (Khalifa, 2007 : 7) et a ainsi « libérer la race humaine du besoin » (Hachani, 2007 : 8). En somme, en tant que catalyseurs d'un accès amélioré aux circuits mondiaux d'information, les TIC forment la pierre angulaire d'un renforcement des aptitudes humaines, observées sous l'angle de la productivité économique, d'une capacité renouvelée à se connecter et "faire partie du monde". C'est en se revendiquant d'une telle éthique de la libération que la publication de l'Alliance voit dans les TIC « la fondation de notre commune humanité » (Blouin Mac Bain, 2007 : 11 ; traduction de l'auteur). Or, cette fondation ne doit pas ici être comprise sous l'angle de la simple préservation, de la sauvegarde. Au contraire, la mission se voit donner une tournure positive, génératrice. L'humanité se donne à penser à la fois comme objet d'intervention et comme projet anthropotechnique : « [B]uilding a common humanity. » (Hachani 2007 : 10)

13 Cette propension à observer l'humanité sous la forme d'un objet stable et unifié est indissociable du postulat d'un espace de cohabitation bien particulier, sorte d'espace-conteneur prédisposant à une indifférence relative face à la matérialité du site et à ses aléas : un monde-réseau. En effet, l'entreprise d'une humanité à développer trouve dans la relation pure et immaculée de la connexion numérique un allié aussi inattendu qu'apparemment intuitif, naturel. De sa puissance rhétorique à l'originalité de ses interventions, la cybersanté mondiale est intimement liée à la figure du réseau numérique. La connectivité y est, en soi, observée sous le signe du thérapeutique, de ce qui enveloppe pour mieux protéger⁴. Se connecter, c'est assurer une capacité à être « atteint par le lointain », c'est se donner la chance d'une intégration minimale à la globalité d'un monde à portée de main. Or, si elle se voit dotée d'une consistance particulière en raison d'une telle revendication de la figure de la connectivité, l'émergence de la cybersanté ne saurait être considérée comme le seul résultat de l'adoption, dans le domaine médical, d'un projet qui serait en quelque sorte « importé » des TIC pour le développement. Au contraire, la connectivité vient en quelque sorte renforcer un processus déjà à l'œuvre d'une manière similaire dans un autre secteur, soit la santé mondiale.

Santé mondiale et performance économique : le "cercle vertueux" de la cybersanté

14 Au cours deux dernières décennies, l'idée voulant qu'un investissement en santé représente en soi un bon investissement économique n'a cessé de gagner du terrain au sein du secteur pour le moins hétérogène et généralement rassemblé sous la catégorie de santé mondiale. Déjà, en 1987, la Banque mondiale publiait un rapport dans lequel la santé était abordée comme un enjeu essentiellement économique (World Bank, 1987). Quelques années plus tard, un autre document de la Banque résumait comme suit la philosophie qui allait servir de trame de fond à l'établissement de politiques mondiales en santé : « spending on health can be justified purely on economic grounds » (World Bank, 1993). L'introduction à une publication clé de l'OMS résume l'enjeu : « extending the coverage of crucial health services, including a relatively small number of specific interventions, to the world's poor could save millions of lives each year, reduce poverty, spur economic development, and promote global security. » (Sachs, 2001) Comme cette publication le souligne à grands traits, il est possible de sauver des millions de vies à chaque années, et ce, tout en favorisant le développement économique.

15 Alors qu'il a déjà été courant de penser la santé/maladie comme le résultat de conditions socioéconomiques qui se doivent d'être améliorées, ces difficultés semblent maintenant être la conséquence de la prise bonne/mauvaise prise en charge des problèmes de santé. Le développement social cède le pas à la lutte mondiale à la maladie en tant que cadre général de l'inclusion économique, faisant des interventions sur la vie biologique des individus d'importants indices d'une croissance économique à venir. Les interventions en santé mondiale doivent donc être considérées comme un important locus de développement socioéconomique équitable et inclusif (Brown, Cuetos et al., 2006). Les interventions en

santé mondiale sont ainsi évaluées à l'aide d'indices tels les « Années de vie ajustées sur l'incapacité » (AVAI), qui permet de quantifier le fardeau économique de la maladie et de prioriser l'allocation de ressources en fonction de la possibilité qu'a un projet à le réduire (Anand et Hanson, 1997 : 686 ; Mooney et Wiseman, 2000 ; Edejer, Baltussen et al., 2003).

16 C'est donc en tant qu'elle réduit la fracture numérique *et* combat le fardeau économique de la maladie que la cybersanté est considérée comme une composante importante dans l'atteinte des Objectifs du Millénaire pour le développement (OMD) (Bordé, Fromm et al., 2010)⁵. Connectivité, empowerment et aplanissement des iniquités médicales mondiales participeraient ainsi d'un "cercle vertueux" dans lequel santé biologique et santé économique se renforcent mutuellement :

« Better physical and mental health increases labor productivity ; reduces days lost to illness ; decreases medical spending ; and fosters investment in education and capital as a result of longer expected life spans. Thus, a 'virtuous cycle' exists, with mutual reinforcement of economic and health progress. Mobile health – the use of wireless communication devices to support public health and clinical practice – has great potential to enhance this virtuous cycle. » (Kahn, Yang et al., 2010 : 254)

17 C'est d'ailleurs pour de telles raisons que l'OMS juge que les individus les plus pauvres et marginalisés sont ceux ayant le plus à gagner de l'expansion cybermédicale (WHO, 2006 : 71). Parmi les bénéfices qu'elle attribue à la cybersanté, notons l'amélioration de la performance des systèmes de santé, une contribution à l'accroissement du capital humain en santé, un meilleur accès à la connaissance, un support dans la prise de décision médicale et des conséquences positives pour la santé des patients (Ibid.). Au cœur de l'expansion cybermédicale, il y a une volonté de réorganiser et gérer la disponibilité du savoir-expert en santé de manière novatrice (Bloom et Standing, 2008). Informer, *c'est soigner* : « Information, we now see, *is* care. (...) The transfer of knowledge is caring, itself. » (Berwick, 2002: 44). Ce qui est en jeu, c'est la réduction de la dépense économique et énergétique nécessaire pour qu'un corps accède aux circuits mondiaux de l'expertise médicale. C'est une invalidation à tout le moins partielle des difficultés liées à la distance, au déplacement, à la dépense.

18 Dans le dernier *Rapport sur la santé dans le monde* portant spécifiquement sur le financement des services de santé, la directrice générale de l'OMS Dr Margaret Chan regrette qu'entre 20 % et 40 % de l'ensemble des dépenses de santé a été gaspillé en raison de l'inefficience dans la gestion des ressources (WHO, 2011 : 5). Cette situation est perçue comme un obstacle majeur à l'instauration d'une couverture universelle de santé. Il faut, nous dit Dr. Chan, apprendre à mieux rationaliser les dépenses, de sorte à ce que même les plus démunis aient accès à des soins de qualité, et ce, sans augmentation de l'investissement en santé. Ce n'est rien de bien nouveau. En fait, cela fait une dizaine d'années que l'OMS souligne la nécessité de mesurer les systèmes de santé et de les rationaliser dans le cadre d'une approche axée sur la rentabilité des services (OMS 2000).

19 Encore ici, la cybersanté semble appelée à jouer un rôle de premier plan. En effet, le développement de cette dernière est en large partie porté par la conviction que la connectivité améliore l'efficacité de l'offre de soins, que ce soit en maximisant l'impact de ressources déjà allouées, en améliorant la collecte de données, en renforçant l'efficience des dépenses en santé et en facilitant la rentabilité de l'accès aux soins de santé. Tel que le résumait récemment un document traitant de l'impact potentiel des TIC sur les systèmes de santé en Afrique : « the objective of eHealth is to improve the economics (i.e., reduce speed and costs while increasing scale, availability and reliability) associated with delivering health services to underserved populations in developing countries » (Vital Wave Consulting, 2011 : 17).

20 La cybersanté serait ainsi un outil permettant autant de sauver des vies (*life-saving tool*) que d'économiser dans les dépenses médicales (*cost-cutting tool*) (Ibid.). Or, bien que l'enthousiasme envers les solutions cybermédicales s'inscrive clairement dans un tel contexte de rationalisation des dépenses, l'efficacité de ces solutions demeure toutefois à démontrer (WHO, 2005 ; Dentzer, 2010). Il y a peu de preuves (*evidence*) que la cybersanté représente une solution technologique rentable (Roine, Ohinmaa et al., 2001 ; Whitten, Mair et al., 2002). À la lumière des résultats obtenus dans une large proportion de projets cybermédicaux, force

est de constater que l'équation entre connectivité, efficacité et contrôle des dépenses ne va pas de soi et mérite d'être problématisée. Toutefois, il n'en demeure pas moins que l'idée voulant que l'informatisation des opérations médicales représente un gage ou une promesse d'efficacité économique joue un rôle central dans l'attrait de ce type de solutions et dans son expansion actuelle. Telle identification entre connectivité et efficience vient renforcer cette notion reconduite avec particulièrement de conviction dans le domaine cybermédical voulant que l'amélioration de la situation sanitaire mondiale passe par un investissement en capital humain dans le corps biologique – un corps connecté, davantage compétitif et efficace.

Conclusion

- 21 La cybersanté pose la question du gouvernement du vivant à l'ère de la mondialisation numérique. Comme ce fut présenté dans cet article, l'une des prémisses sur lesquelles repose l'émergence de la cybersanté veut que les TIC constituent des techniques particulièrement efficaces de développement humain. Un tel développement prend pour objet la valorisation de l'intériorité propre à l'« humanité dans l'homme » à travers le renforcement des capacités (ou agentivité) individuelles. Cette approche « centrée sur l'humain » (*human-centered*) partage une parenté philosophique avec un discours très répandu dans le milieu de la santé mondiale, voulant que le développement socioéconomique passe par un investissement dans le corps individuel, dans un capital humain duquel découleront croissance et mieux-être économique. Dans les deux cas, l'individu est conceptualisé comme objet préexistant des pratiques qui feraient office de moyens vers une fin prescrite à même son humanité qu'il ne lui suffirait que d'accomplir.
- 22 Ce qui se présente comme un plaidoyer pour un accès indifférencié aux circuits mondiaux d'expertise médicale constitue surtout un engagement dans le vif de la production technique de formes de vie connectées, in-formées, agissant et sur lesquelles l'on agit à distance. Loin de se résumer à de vagues images de communion numérique, la connectivité affecte les pratiques de prise en charge de la santé dans toute leur concrétude et leur positivité. Elle reconfigure l'espace de la clinique et en modifie profondément l'expérience. Elle façonne des concepts, trace des modèles, informe des manières de voir le monde, de le penser, d'y intervenir, de l'habiter. Elle est à la fois discours et pratique. Ce qui est en jeu dans une telle re-spatialisation de la prise en charge médicale à l'échelle mondiale, c'est autant la transformation de l'économie sensorielle (télé-présence, numérisation, etc) du soin, que l'émergence de conceptions nouvelles de l'individu, la santé, la maladie. Les enjeux sont à la fois topologiques et sanitaires, épistémologiques et politiques.
- 23 En ce sens, l'expérience médicale de la cybersanté – celle du patient ou du médecin qui se connectent – ne saurait se résumer à un seul moyen (technologique) mis *au service* d'une fin (une humanité) à protéger, à soigner. Contre un tel préjugé téléologique (et anthropocentrique), les travaux des philosophes et anthropologues de la technique⁶ ont clairement établi qu'il n'y a pas d'*un côté* l'humanité et *de l'autre*, le monde des choses (Braun et Whatmore, 2010 : xviii). De l'outil de pierre à la technologie spatiale, les humains viennent au monde *avec* ce monde, et ce, selon des procédés à haut niveau d'accidents qui n'obéissent à aucune règle de production, ne suivent aucune finalité essentielle. Il n'y a pas d'humanité vierge, berceau de vitalités pures et autonomes des rapports de force qui la génère et la font émerger en tant qu'objet de savoir : l'« humanité dans l'homme » ne *préexiste* pas l'intervention (médicale ou autre) en tant que telle. La « commune humanité » revendiquée par les promoteurs de la « connectivité pour tous » ne saurait donc être réduite, à la manière d'Amartya Sen et autres défenseurs de la subjectivité individuelle comme lieu de l'action politique, à la protection ou la production d'un « monde intérieur ». Au contraire, il est primordial de garder à l'esprit que la mise en forme d'une telle intériorité s'accomplit à même son rapport à des forces *extérieures* - qu'il s'agisse de capacités médicales, de calculs statistiques, de matériaux médiatiques (bande passante, etc.) ou de passions politiques – qui l'engendrent d'une manière dont nous ne pouvons encore dire ce qu'elle sera.
- 24 Le travail d'une anthropologie équipée d'une telle sensibilité pour les liaisons entre technicité et humanité n'est alors pas tant de *protéger* quelque chose comme une pure présence au

monde mais bien de problématiser les modes particuliers de présence, de mobilisation, de fascination stimulés par les pratiques cybermédicales. Loin de se résumer à la constatation d'un aplanissement des différences par la réalisation de l'« humanité dans l'homme », l'étude des devenir cybermédicaux se présente plutôt sous le signe d'une plongée dans la production d'espaces hétérogènes, à la topologie encore incertaine et à forte portée (bio) politique.

Bibliographie

AL KHALIFA, S. H. R., 2007. « Millenium Development Goals and Partnerships », In A. P. Celik (dir.), *Our Common Humanity in the Information Age : Principles and Values for Development*. New York, The Global Alliance for ICT and Development : 7-8.

ANAND, S. et K. HANSON, 1997. « Disability-adjusted life-years : a critical review », *Journal of Health Economics*, 16 : 685-702.

AVGEROU, C., 2010. « Discourses on ICT and development », *Information technologies and international development*, 6(3) : 1-18.

BANQUE MONDIALE, 2011. *Développement du capital humain en Afrique* Washington, La Banque mondiale, <http://www.worldbank.org/afri/hd> (page consultée le 1/07/2012).

BERWICK, D. M., 2002. *Escape Fire. Lessons for the Future of Health Care*. New York, The Commonwealth Fund.

BLOOM, G. et H. STANDING, 2008. « Future health systems : Why future ? Why now ? », *Social Science & Medicine*, 66 : 2067-2075.

BLOUIN MAC BAIN, L. T., 2007. « Technology and Humanity », In A. P. Celik (dir.), *Our Common Humanity in the Information Age : Principles and Values for Development*. New York, The Global Alliance for ICT and Development : 10-11.

BORDÉ, A., C. FROMM, F., KAPADIA, D. S. MOLLA, E. SHERWOOD ET J. B. SORESENSEN, 2010. *Information & Communication Technologies for Development : Health*. New York Global Alliance for ICT & Development (GAID), (page consultée le 1/07/2012).

BRAUN, B. ET S. J. WHATMORE, 2010. « The Stuff of Politics : An Introduction », In B. Braun and S. J. Whatmore (dir.), *Political Matter : Technoscience, Democracy, and Public Life*. Minneapolis, Minnesota University Press.

BROWN, T. M., M. CUETOS ET E. FEE, 2006. « The World Health Organization and the transition from 'international' to 'global' public health », *American Journal of Public Health*, 96(1) : 62-72.

CELIK, A. P. (dir.), 2007. *Our Common Humanity in the Information Age : Principles and Values for Development*. New York, The Global Alliance for ICT and Development.

CHANDLER, D. (2011). 'Where is the Human in Human-Centred approaches to Development ? : A Foucauldian Critique of Amartya Sen's 'Development as Freedom' Reading Michel Foucault in the Postcolonial Present : A Symposium. University of Bologna, Italy.

DENTZER, S., 2010. « E-Health's promise for the Developing World », *Health Affairs*, 29(2) : 229.

EDEJER, T. T.-T., R. BALTUSSEN, T. ADAM, R. HUTUBESSY, A. ACHARYA, D. B. EVANS ET C. J. L. MURRAY, 2003. *Making Choices in Health : WHO Guide to Cost-Effectiveness Analysis*. Geneva, World Health Organization, <http://www.who.int/entity/choice/book/en/index.html> (page consultée le 1/07/2012).

EYSENBACH, G., 2001. « What is e-health ? », *Journal of Medical Internet Research*, 3(2) : e20.

FRIEDMAN, T., 2011. « Something's Happening Here », *The New York Times* : A23.

G8 RESEARCH GROUP, 2012. Charte d'Okinawa sur la société mondiale de l'information [en ligne], <http://www.g7.utoronto.ca/francais/2000okinawa/charte.html> (page consultée le 1/07/2012).

GERBER, T., V. OLAZABAL, K. BROWN ET A. PABLOS-MENDEZ, 2010. « An Agenda For Action On Global E-Health », *Health Affairs*, 29(2) : 235-238.

HACHANI, A., 2007. « Economic and Social Council's Role in our Common Humanity in the Information Age », In A. P. Celik (dir.), *Our Common Humanity in the Information Age : Principles and Values for Development*. New York, The Global Alliance for ICT and Development : 8-10.

INTERNATIONAL TELECOMMUNICATION UNION, 2008. *Implementing e-Health in Developing Countries : Guidance and Principles (DRAFT)*. Geneva, International Telecommunication Union, http://www.itu.int/ITU-D/cyb/app/docs/e-Health_prefinal_15092008.PDF (page consultée le 1/07/2012).

- KAHN, J. G., J. S. YANG ET J. S. KAHN, 2010. « 'Mobile' Health Needs And Opportunities In Developing Countries », *Health Affairs*, 29(2) : 252-258.
- LAKOFF, A., 2010. « Two Regimes of Global Health », *Humanity*, 1(1) : 59-79.
- MANSELL, R., 2002. « From digital divides to digital entitlements in knowledge societies », *Current sociology*, 50(3) : 407-426.
- MOONEY, G. ET V. WISEMAN, 2000. « Burden of Disease and Priority Setting », *Health Economics*, 9 : 369-372.
- MORT, M., T. FINCH ET C. MAY, 2009. « Making and Unmaking Telepatients : Identity and Governance in New Health Technologies », *Science Technology Human Values*, 34 : 9-33.
- NATIONS UNIES, 2012. Portail du système de l'ONU sur les objectifs du Millénaire pour le développement [en ligne], (page consultée le 1/07/2012).
- OH, H., C. RIZO, M. ENKIN ET A. JADAD, 2005. « What Is eHealth (3) : A Systematic Review of Published Definitions », *Journal of Medical Internet Research*, 7(1) : e1.
- OHASHI, I., 2009. *Building the Global Information Society*, Nomura Research Institute, <http://www.nri.co.jp/english/opinion/papers/2009/pdf/np2009142.pdf> (page consultée le 1/07/2012).
- OOSTERLAKEN, I. ET J. VAN DEN HOVEN, 2011. « Editorial : ICT and the capability approach », *Ethics and Information Technology*, 13 : 65-67.
- ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ, 2004. *Cybersanté. Rapport du Secrétariat*. Genève, Conseil Exécutif de l'OMS, <http://www.who.int/healthacademy/news/fr/index.html> (page consultée le 1/07/2012).
- ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ, 2005. *Enquête mondiale sur la cybersanté 2005*. Genève, Observatoire mondial de la cybersanté, <http://www.who.int/entity/goe/data/GlobaleHealthSurveyFrench.pdf> (page consultée le 1/07/2012).
- REDFIELD, P., 2008. « Doctors Without Borders and the Moral Economy of Pharmaceuticals », In A. Bullard (dir.), *Human Rights in Crisis*. Aldershot, UK, Ashgate Press : 122-144.
- ROCKEFELLER FOUNDATION, 2010. *From Silos to Systems : An Overview of eHealth's Transformative Power*. New York, The Rockefeller Foundation, <http://www.rockefellerfoundation.org/news/publications/from-silos-systems-overview-ehealth> (page consultée le 1/07/2012).
- ROINE, R., A. OHINMAA ET D. HAILE, 2001. « Assessing telemedicine : a systematic review of the literature », *Canadian Medical Association Journal*, 165(6) : 765-771.
- SACHS, J., 2001. *Macroeconomics and Health : Investing in Health for Economic Development*. Geneva, World Health Organization, <http://whqlibdoc.who.int/publications/2001/924154550x.pdf> (page consultée le 1/07/2012).
- SCOTT, R. E. ET A. LEE, 2005. « E-health and Universitas 21 organization : 3. Global policy », *Journal of Telemedicine and Telecare*, 11(5) : 225-229.
- SEN, A., 2000. *Repenser l'inégalité*. Paris, Éditions du Seuil.
- SEN, A., 2010. « The Mobile and the World », *Information Technologies & International Development*, 6(SE) : 1-3.
- UNITED NATIONS DEVELOPMENT PROGRAMME, 2012. What are the Millennium Development Goals (MDGs), and why are they important ? [en ligne], (page consultée le 1/07/2012).
- VALLANCIEN, G., 2009. « La média-médecine », In D. Couturier, G. David, D. Lecourt, J.-D. Sraer and C. Sureau (dir.), *La mort de la clinique ?* Paris, Quadrige/PUF : 63-81.
- VITAL WAVE CONSULTING, 2011. *eTransform Africa : Health Sector Study. Sector Assessment and Opportunities for ICT*, Vital Wave Consulting, <http://etransformafrica.org/study/opportunities-and-challenges-health> (page consultée le 17/02/2012).
- WADE, R. H., 2002. « Bridging the Digital Divide : New Route to Development or New Form of Dependency ? », *Global Governance*, 8 : 443-466.
- WHITTEN, P. S., F. S. MAIR, A. HAYCOX, C. R. MAY, T. L. WILLIAMS ET S. HELLMICH, 2002. « Systematic review of cost effectiveness studies of telemedicine interventions », *British Medical Journal*, 324 : 1434-1437.
- WHO, 2005. *Connecting for Health : Global Vision. Local Insight*. Geneva, World Health Organization, http://www.who.int/entity/ehealth/resources/wsis_report/en/index.html (page consultée le 1/07/2012).
- WHO, 2006. *Building Foundations for eHealth. Progress of Member States*. Geneva, World Health Organization, www.who.int/ehealth/resources/bf_full.pdf (page consultée le 1/07/2012).

WHO, 2011. *The World Health Report : Health Systems Financing : the Path to Universal Coverage*. Geneva, World Health Organization, <http://www.who.int/whr/2010/en/index.html> (page consultée le 17 February).

WORLD BANK, 1993. *World Development Report 1993 : Investing in Health*. New York, The World Bank, <http://files.dcp2.org/pdf/WorldDevelopmentReport1993.pdf> (page consultée le 1/07/2012).

WORLD BANK, 1999. *World Development Report 1998/99 : Knowledge for Development*. Oxford, England, <http://web.worldbank.org> (page consultée le 1/07/2012).

WORLD BANK, 2003. *ICT and MDGs. A World Bank Group Perspective*. Washington, World Bank, http://akgul.bilkent.edu.tr/infodev/mdg_Complete.pdf (page consultée le 1/07/2012).

WORLD BANK, 2009. *About the ICT Sector Unit* [en ligne], <http://go.worldbank.org/VKHGDY6PY0> (page consultée le 11/02/2012).

WORLD ECONOMIC FORUM, 2009. *ICT for Economic Growth : A Dynamic Ecosystem Driving The Global Recovery*. Geneva, World Economic Forum, <http://www.weforum.org/issues/ict-growth/> (page consultée le 1/07/2012).

Notes

1 La cybersanté est un concept générique – une revue de la littérature a identifiée 51 définitions de son équivalent anglais, « eHealth » (Oh, Rizo et al., 2005) – rassemblant l'informatique de la santé (collecte, analyse et circulation de données liées aux soins médicaux) et la télémédecine/télésanté (dispensation de soins médicaux).

2 Technologies de l'information et de la communication. L'anglais « Information and Communication Technology for Development » ou ICT4D est le plus souvent utilisé.

3 L'expression « fracture numérique » est une traduction de « digital divide », une expression qui fut utilisée pour la première fois en 1995 dans un rapport du Département du commerce des États-Unis, intitulé « Falling through the Net » (Ohashi, 2009). Elle désigne ni plus ni moins que la disparité d'accès aux technologies informatiques.

4 « Information, we now see, is care. People want knowledge, and the transfer of knowledge is caring, itself » écrit Donald Berwick (2002: 44) dans un ouvrage faisant l'apologie de la montée des solutions télétechnologiques en santé. En apparence banale, la suggestion de cet éminent spécialiste de la gestion des systèmes de santé me semble illustrer de manière particulièrement intéressante comment, selon une perspective cybermédicale, la connectivité est d'emblée à observer à l'horizon du thérapeutique.

5 Les TIC sont perçus comme de précieux outils pour atteindre trois des OMD en lien avec la santé mondiale : réduire la mortalité infantile (#4), améliorer la santé maternelle (#5) et combattre le VIH/SIDA, le paludisme et d'autres maladies (#6) (World Bank, 2003 : 23). Certains ont même proposé d'annexer le concept de la « cybersanté pour tous avant 2015 » aux OMD déjà établis (WHO, 2006; International Telecommunication Union, 2008).

6 Notons par exemple les pensées d'inspiration deleuzienne et foucauldienne, l'important travail de Peter Sloterdijk sur l'anthropotechnique ou encore Bruno Latour et certains collègues des études sociales des sciences (Isabelle Stengers, Donna Haraway, John Law, Annemarie Mol, etc.).

Pour citer cet article

Référence électronique

Vincent DUCLOS, « Vers une commune humanité ? Perspectives croisées sur l'émergence de la cybersanté mondiale », *Face à face* [En ligne], 12 | 2013, mis en ligne le 21 octobre 2013, consulté le 05 juin 2015. URL : <http://faceaface.revues.org/813>

À propos de l'auteur

Vincent DUCLOS

Chercheur postdoctoral Laboratoire d'anthropologie sociale CNRS, Paris 1395 Bélanger # 1, Montréal, Québec, Canada, H2G 1A3 vincent.duclos@umontreal.ca, 001-514-795-3663

Droits d'auteur

Tous droits réservés

Résumés

Les dernières années ont vu émerger de nombreuses initiatives ayant recours aux télé-technologies pour prendre en charge la santé à une échelle mondiale. Cet article retrace la généalogie d'un ensemble de discours et pratiques rassemblées sous le concept de cybersanté mondiale. D'une part, celle-ci émerge dans le contexte de la montée des technologies de l'information et de la communication pour le développement, qui visent à réduire la fracture numérique et favoriser le développement humain par l'accès aux circuits mondiaux d'info-capital. D'autre part, elle participe du plus large secteur de la santé mondiale, faisant de la santé/maladie un important enjeu de croissance et de performance économique. Connectivité, empowerment et aplanissement des iniquités médicales mondiales participeraient ainsi d'un cercle vertueux, vers l'atteinte des Objectifs du Millénaire pour le Développement et la protection/production d'une « commune humanité ». Finalement, l'article discute de manière critique certaines prémisses ontologiques d'une telle entreprise d'humanisation, se déclinant autant en l'émergence de formations discursives originales qu'au niveau concret de la pratique clinique, des interventions médicales possibles.

Recent years have seen the emergence of many initiatives using remote technology to support healthcare on a global scale. This article traces the genealogy of global e-health, while discussing some of its main features. On the one hand, global e-health emerges in the context of the rise of Information and Communication Technology for Development (ICT4D), aimed at reducing the digital divide by promoting human development through access to global circuits of capital-info. On the other hand, it participates in the wider area of global health, turning health / disease into an issue of economic performance and growth. Connectivity, economic empowerment and flattening of global healthcare inequities would thus be involved in a virtuous circle towards achieving the Millennium Development Goals, and the protection of a "common humanity" - connected, productive and healthy. Finally, the paper critically discusses certain ontological premises of such an undertaking of humanization, both producing novel discursive formations, and concretely acting upon clinical practice and medical interventions per se.

Entrées d'index

Mots-clés : Cybersanté mondiale santé mondiale TIC pour le développement humanisation télé-technologies

Keywords : Global e-health global health ICT4D humanisation tele-technologies