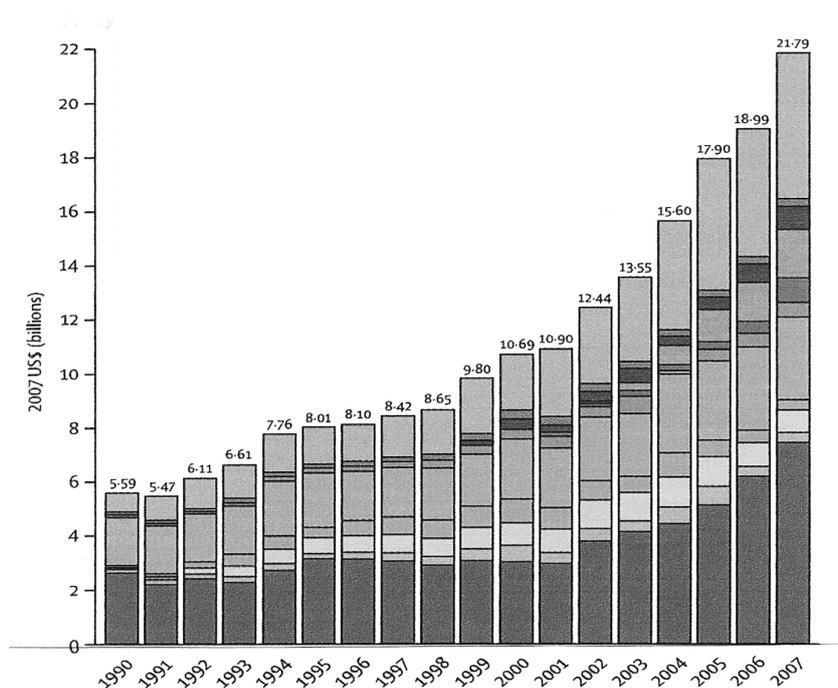


Joseph Brunet-Jailly

Une période exceptionnelle en matière d'aide au développement s'est achevée. Après la fin de la guerre froide, il avait été possible aux pays développés de s'entendre pour un temps sur des objectifs, des moyens de financement et des modalités de l'aide. C'est dans cette perspective – la mondialisation à portée de main – qu'on peut comprendre l'intérêt inhabituel des milieux diplomatiques pour le développement, au cours des années 1990, pour aboutir en 2000 à la déclaration du Millénaire. Trois des objectifs qu'énonce cette déclaration concernent directement la santé : réduire la mortalité infantile (objectif n° 4), améliorer la santé maternelle (n° 5) et combattre le VIH/SIDA, le paludisme et les autres maladies (n° 6). Cette première étape a été rapidement suivie par le sommet de Monterrey, en 2002, qui fixe à nouveau pour l'aide publique au développement un objectif de 0,7 % du revenu national brut, à atteindre d'ici 2015 – une décision déjà prise par les Nations unies en 1970 ! Quant aux modalités, elles ont été précisées par les déclarations de Rome (2003), Paris (2005) et Accra (2008). Où en sommes-nous donc exactement en matière de politiques internationales de santé publique ?

Le volume de l'aide internationale à la santé publique et ses donateurs

Le graphique ci-dessous donne l'état des financements internationaux de la santé et son évolution depuis près de vingt ans :



Source : [Ravishankara *et alii*, 2009]

Immédiatement apparaît sur ce graphique la grande diversité des intervenants ; mais leurs priorités, elles aussi, sont hétéroclites. Deux faits s'imposent : 1) l'aide pour la santé en dollars constants a quadruplé depuis 1990, passant de 5,6 milliards de dollars 2007 cette année-là à 21,8 milliards en 2007 ; et 2) la structure de ce financement a considérablement évolué.

La diversité croissante des acteurs

Bien que les organisations non gouvernementales et les fondations dont l'activité est prise en compte ici soient exclusivement américaines (par défaut d'information sur les autres, nous dit-on), elles représentent une part croissante (aujourd'hui plus du quart) du financement total.

À elle seule la fondation Bill et Melinda Gates (BMGF) gère plus de 4 % de l'aide internationale à la santé en 2007.

Deux institutions *ad hoc* relativement récentes, le Fonds mondial contre le sida, la tuberculose et le paludisme (GFATM) créé en 2002, et l'Alliance mondiale pour les vaccins et la vaccination (GAVI) créée en 2000, sont en seconde position, devant les bailleurs traditionnels. La part relative des financements bilatéraux a diminué : de la moitié au tiers du total. De même, la part relative des institutions anciennes du système des Nations unies (OMS, FNUAP, Unicef et Onusida) a diminué de moitié, passant d'environ un tiers du total à moins d'un sixième.

Que signifie exactement cette diversification des acteurs ? Il faut la relier à la défaillance générale des acteurs historiques, les États (et donc le système des Nations unies), qui, incapables de mobiliser les fonds nécessaires à la mise en œuvre des politiques qu'ils annoncent, se contentent désormais d'inciter d'autres partenaires à entrer dans le jeu avec des idées – et éventuellement des intérêts – différents. De fait, entre 1960 à 2000, l'aide publique au développement par habitant des pays donateurs est restée constante alors que le revenu net par habitant a été multiplié par 2,6 [Randel, German, Ewig, 2004].

Cette défaillance a en réalité deux aspects : l'incapacité à dégager les ressources nécessaires, et le doute sur les actions à entreprendre dans ce domaine. Le recours à la compassion ou à la moralisation remplace alors le choix de la raison, la charité prétend faire mieux que la justice, comme on le voit à l'examen des priorités.

La diversité croissante des priorités

Vers les années 1975, les principaux acteurs de la scène internationale, l'Organisation mondiale de la santé et la Banque mondiale, prêchaient d'une même voix en faveur d'un système fondé sur des soins de santé primaires distribués par des agents villageois, et abandonnaient à certaines coopérations bilatérales, notamment française, les investissements de prestige dans des hôpitaux destinés à une rapide déchéance. Mais bientôt la Banque mondiale a adopté une vision plus « réaliste » du système de santé et multiplié ses interventions, pour devenir, à la fin des années 1990, le prêteur le plus important dans le domaine considéré. Son expertise a rapidement supplanté dans ce domaine celle de l'Organisation mondiale de la santé, incapable de définir une ligne claire en matière de développement des services de santé : elle plaidait pour les soins de santé primaires et accordait des bourses pour la formation de spécialistes hospitaliers, il eût fallu hiérarchiser clairement les priorités. Et du côté des emprunteurs, l'essentiel étant d'acquiescer de l'aide, les priorités du bailleur sont toujours bonnes à prendre. Aussi, en pratique,

la priorité effective de cette période a été, non pas de choisir les stratégies susceptibles de donner les meilleurs résultats en termes de santé de la population, mais de dépenser l'aide en développant les systèmes de santé sans les aménager pour les rendre plus efficaces et moins injustes [Brunet-Jailly, 1999].

Au cours de la dernière décennie du xx^e siècle, deux événements ont favorisé un intérêt nouveau pour les résultats : la publication d'une synthèse monumentale des connaissances sur le coût et l'efficacité des interventions de santé [Jamison, 1993], d'une part, la propagation du sida d'autre part. La première fournissait, pour la première fois, un instrument capable d'indiquer où étaient les priorités de santé publique, à partir du moment où l'on admettrait que toute vie en vaut une autre, ce que chacun prétend respecter. La seconde a montré que le choix des priorités restait une question essentiellement politique : des activistes bien organisés ont fait prévaloir auprès de l'opinion et des dirigeants politiques qui la suivent une approche essentiellement compassionnelle de la santé publique, même s'ils ont aussi bataillé et gagné sur des questions essentielles (les prix des médicaments par exemple). Nous reviendrons sur ces deux faits essentiels.

Qu'en est-il aujourd'hui des priorités de santé publique que retiennent ces acteurs ? Nous ne considérerons ici que trois cas, bien différents : les États-Unis, l'Union européenne, la Fondation Gates.

Globalement, sur les 22 milliards d'aide internationale à la santé, 5 sont consacrés au sida, dont la moitié au moins financés par les États-Unis, pour qui cette nouvelle priorité a remplacé celle que constituaient jusqu'alors les politiques de contrôle des naissances. Les programmes préventifs financés par ce pays ont privilégié l'abstinence, interdisant par là de concentrer l'effort sur les populations à risque et d'obtenir une diminution de la transmission. Les engagements pris en matière de traitement ne pourront pas être tenus à moins que ce pays ne consacre demain, à l'aide internationale, des sommes beaucoup plus importantes que celles qu'ils y ont affectées dans le passé [Over, 2009].

L'Union européenne (UE), quant à elle, s'est montrée disponible, pendant toutes les années 1980 et au début des années 1990, pour financer, dans la limite de ses crédits, tout projet convenable qu'on lui présenterait. Par la suite, bien qu'elle ait à plusieurs reprises prétendu se fixer des objectifs [UE, 1994 ; UE, 1993], elle est intervenue en pratique dans les domaines les plus divers, en particulier sous la pression du Parlement européen [EP, 2002]. Comme la France, l'Union privilégie de plus en plus l'appui budgétaire, et les contributions aux programmes internationaux (et d'abord au GFATM), et se décharge ainsi de toute assistance technique, et de tout effort de formation en cours d'emploi des cadres de la santé dans les pays aidés.

De son côté, la Fondation Gates dispose à elle seule d'un budget (de l'ordre de 1,2 milliard de dollars en 2007) à peine moins important que celui de l'OMS : elle est donc désormais en mesure de financer cette dernière, du moins dans les domaines et selon les orientations qui lui plaisent. Les bénéficiaires sont autant que possible des organisations de la société civile ou des entreprises, ou bien des universités et institutions de recherche. Les domaines visés sont très divers et le rapport d'activité annuel ne donne que des exemples : ici la rougeole, ailleurs le paludisme, partout le sida et la tuberculose (développement d'un nouveau test de diagnostic), ou encore les vaccins (notamment appui à GAVI). Il n'y a aucun moyen d'obtenir une vue d'ensemble des priorités effectives et par exemple aucune donnée n'est publiée sur la part de chaque domaine dans les financements distribués.

Ainsi, alors que la dernière décennie du siècle passé semblait orienter la stratégie de santé publique internationale vers plus de concertation entre acteurs, les tendances récentes sont à la multiplication des centres de décision.

La mondialisation des problèmes

Tel est le phénomène massif qui pourrait appeler une action internationale cohérente et déterminée. Mais le processus de décision qui traite de l'action internationale en mine la cohérence nécessaire.

Un seul monde pour les menaces à la santé

Le monde a considérablement changé depuis les premières réglementations légalement contraignantes destinées à prévenir la propagation internationale des maladies. Il s'agissait à l'époque de maladies qui pouvaient être contenues par la quarantaine : choléra (encore responsable de graves épidémies dans les années 1990 en Amérique du Sud), peste (encore présente en Inde en 1994 et dans quatre pays africains plus récemment), borréliose, typhus, fièvre jaune, variole (éradiquée entre 1967 et 1979) [WHO, 2007, p. VI].

Aujourd'hui, non seulement de nouvelles affections apparaissent à un rythme inconnu jusqu'alors (sida en 1981, syndrome respiratoire aigu sévère en 2003, grippe aviaire en 2004, grippe porcine en 2008 – plus de peur que de mal à vrai dire dans les trois derniers cas), mais encore le développement des transports aériens leur donne une immense et fulgurante capacité de diffusion, et donc un impact immédiat sur l'opinion. À cela s'ajoutent les phénomènes de résistance des pathogènes : la tuberculose ultra-résistante – fréquemment associée au sida – est présente

en mai 2007 dans trente-sept pays, dont tous ceux du G8 ; le paludisme résistant à la chloroquine, fortement prévalent en Asie du Sud-Est dans les années 1970-1980, a gagné la planète entière dix ans plus tard, de même qu'une fréquente résistance à la sulfadoxine pyriméthamine et à la méfloquine. L'épidémie de grippe aviaire, avec son taux de létalité de l'ordre de 60 %, a montré comment un virus initialement confiné dans une espèce animale peut passer à l'homme, dans une région du monde, puis se transmettre à une autre espèce animale (en l'occurrence les oiseaux sauvages) pour atteindre des régions très éloignées de son site d'origine (en l'occurrence de l'Asie du Sud-Est vers l'Afrique, l'Asie centrale, l'Europe et le Proche-Orient).

Dans le même temps, le caractère désormais instantané de l'information autorise un sensationnalisme dont les activistes de tous bords et les politiciens tirent immédiatement parti. Bien que totalement infondées, des rumeurs selon lesquelles le vaccin oral contre la poliomyélite rendait stérile et propageait le sida ont commencé à circuler au Nord du Nigéria en août 2003 et ont entraîné la cessation du programme dans deux États du Nord et la baisse des taux de couverture de cette vaccination dans plusieurs autres. La conséquence s'est manifestée peu après sous la forme d'une recrudescence ou réapparition de la maladie dans des États voisins ou éloignés : fin 2006, les flambées épidémiques apparues dans dix-neuf pays d'Afrique, d'Asie et du Proche-Orient ont été imputées, par l'analyse génétique, au virus du Nigéria.

Demain, le changement climatique se traduira par des conséquences sanitaires dans de vastes zones de la planète. Déjà, la flambée de fièvre de la Vallée du Rift entre décembre 1997 et mars 1998 au Kenya, en Somalie et en Tanzanie a été rattachée aux oscillations d'El Nino ; de même, les incendies de forêt gigantesques qui se sont produits en Indonésie en 1997 et à nouveau en 1998 ont affecté la santé de populations des Philippines, de Singapour et de Malaisie, ainsi que de certaines zones du Viêt-Nam et de Thaïlande. Enfin, l'épidémie de SRAS a été jugulée en quatre mois dans les centres urbains sophistiqués où elle était apparue ; mais si elle avait réussi à prendre pied dans un pays pauvre, où les mesures, les équipements et les technologies qui ont été nécessaires pour interrompre sa transmission n'auraient pas été disponibles, elle aurait risqué de s'établir durablement avec sa létalité de 10 %.

Un magistère sanitaire défaillant

Pour faire face aux menaces épidémiques planétaires, diverses activités peuvent être confiées à un organisme international. C'est ce qui a été compris lors de la création du premier Office international d'hygiène publique (1903-1945), et mieux encore à partir de 1945, justifiant

la création de l'Organisation mondiale de la santé qui a commencé à fonctionner en 1948.

L'OMS se présente encore comme « l'autorité directrice et coordonnatrice, dans le domaine de la santé, des travaux ayant un caractère international au sein du système des Nations unies » [OMS, 2010]. Cependant, en pratique, même dans son rôle d'information et d'alerte, elle n'est pas encore parvenue à unifier ses réseaux de surveillance, et pour lutter contre la tendance des pays à masquer certaines situations épidémiques, elle a dû se résoudre à autoriser les systèmes d'alerte à tenir compte des informations non officielles qu'ils peuvent recueillir. Car les États se montrent plus soucieux de soigner leur réputation que de protéger leur population.

En outre, ces États qui ont le pouvoir de décision dans les assemblées générales de l'organisation s'engagent souvent bien au-delà de ce qu'ils seront capables d'appliquer. Ils laissent ainsi le champ libre à des institutions très diverses (par exemple, dans le cas de la grippe aviaire, des stocks d'antiviral ont été constitués non seulement par l'OMS, mais aussi notamment par les États-Unis et l'ASEAN, Association of Southeast Asian Nations). Aujourd'hui, d'ailleurs, au-delà des ONG qui s'occupent des activités sanitaires communautaires, les partenariats public-privé sont à l'honneur.

Bref, les instruments nécessaires à la coordination internationale de la lutte contre la maladie sont détraqués.

La santé, terrain de jeu des groupes de pression

L'OMS a perdu son leadership dans le même temps que le Comité d'aide au développement (CAD, l'organe chargé de la coopération avec les pays en développement au sein de l'OCDE) ne représentait plus l'ensemble des bailleurs. Beaucoup de donateurs ou de partenaires dans la coopération sud-sud, par exemple les pays arabes et leurs institutions, ne sont pas membres du CAD. Aujourd'hui, la coopération internationale en matière de santé est plutôt déterminée par la déclaration du Millénaire en 2000 et les accords internationaux subséquents. Mais la déclaration de Paris – accord international qui engage les États depuis 2005 à respecter divers principes, et notamment l'harmonisation de leurs interventions, pour assurer l'efficacité de l'aide –, a été signée par beaucoup des nouveaux acteurs de l'aide internationale, notamment la Chine, l'Inde, la Russie, l'Afrique du Sud, l'Arabie saoudite, la Pologne, la Thaïlande ; toutefois les donateurs privés n'en sont pas partie prenante. Même si les apports hors-CAD ne représentent pas plus de 10 % de l'aide publique au développement, la Chine et l'Inde, sans être membres du CAD, sont déjà associées à la Banque africaine de développement (BAD) et à d'autres institutions

africaines de développement, font partie du G20, et ont obtenu lors du sommet de Pittsburg (2009) un accroissement de leur poids dans les institutions de Bretton Woods. Chacun pousse ses pions, et l'approximative unité d'inspiration de la stratégie sanitaire internationale, à laquelle on était parvenu au cours des années 1990-2000, a volé en éclats.

En outre, derrière le rideau international, ce sont les groupes de pression médicaux et pharmaceutiques qui obtiennent la création de fonds verticaux globaux (pour le sida, pour les vaccins, pour les médicaments contre telle ou telle affection, etc.) à la place de services de santé intégrés.

Les actions internationales de santé sont désormais dominées par la conjonction d'une « politique de l'émotion » du côté des dirigeants, et d'un activisme virulent de la part tant des associations de malades que des milieux médicaux spécialisés. L'épidémie de sida a joué dans cette évolution un rôle considérable, car les malades se sont montrés très efficaces dans leur pression sur les pouvoirs publics [Dodier, 2003]. Les institutions spécialisées ont rapidement pris le relais, et ont embauché des spécialistes chargés de faire campagne pour cette seule maladie. Le corps médical lui aussi organise des campagnes incessantes revendiquant une priorité pour telle ou telle maladie. Désormais, des groupes de pression sont constitués, puissants, expérimentés, et interviennent essentiellement auprès des médias et des responsables politiques, de sorte que tout débat technique comme tout débat démocratique se trouvent court-circuités.

La santé, terrain de jeu des institutions financières

La création du Fonds mondial, première institution financière dans le domaine de la santé, illustre parfaitement comment est utilisé le capital de sympathie créé par l'appel à l'émotion. La diplomatie occidentale a su organiser en un temps record une déclaration du G8 réuni à Okinawa en juillet 2000 sur le besoin de ressources pour lutter contre le sida, suivie immédiatement par une réunion des chefs d'État africains à Abuja en avril 2001 (les Africains utilisés une fois de plus comme fantassins [Grelet, Mangeot, 2002]) ; puis une session spéciale de l'assemblée des Nations unies sur le sida, en juin 2001, pour décider la création d'un fonds, auquel la réunion du G8 en juillet 2001 à Gênes apportera aussitôt ses premiers engagements financiers. Ce fonds est une institution financière, typique de son époque, avec la culture qui convient. De la même façon, l'Alliance mondiale pour les vaccins a développé une institution qui lève des fonds sur les marchés financiers en s'appuyant sur la garantie des États membres, qui s'engagent à lui verser annuellement à long terme des montants déterminés d'avance. Six pays européens – le Royaume-

Uni, l'Espagne, la France, l'Italie, la Norvège et la Suède – ont contracté des engagements juridiquement contraignants en faveur de cette Facilité internationale de financement pour la vaccination. À l'évidence, cette innovation revient à financer l'aide par l'emprunt : c'est là aussi une innovation typiquement marquée par l'esprit de la période qui a précédé la bulle financière. Une autre innovation financière, la taxe sur les billets d'avion, en vigueur dans onze pays, a dégagé 300 millions de dollars au profit d'UNITAID, organisme international d'achat de médicaments destinés à la lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme. D'autres dispositifs financiers ont été proposés : taxe Tobin, "de-tax" (réduction de la TVA pour les entreprises qui consacrent une fraction de leur profit à la santé), ou "buy-down" (prêts à taux réduit accompagné d'un remboursement de l'emprunt par des fonds privés), etc. Ce dernier exemple est particulièrement intéressant : il faut prévoir 50 millions de dons privés pour payer les intérêts de prêts d'un montant total de 120 à 140 millions [World Bank, 2003]. Belle opération pour les prêteurs, assurément !

Ces innovations ne sont qu'une façon pour les États de consentir indirectement – et au prix fort – ce qu'ils pourraient allouer directement par leur budget : une dotation conforme à leurs engagements en matière d'aide au développement. Plus grave, le recours à l'emprunt pour financer l'aide signe la capitulation des générations présentes. En réalité, il s'agit pour les États d'ouvrir de nouveaux marchés à la finance. Tel est le cas pour le Fonds mondial, pour la Facilité, pour "buy-down", mais aussi pour l'accord passé en juin 2009 entre la Banque mondiale, la Fondation Gates, la Banque africaine de développement et la coopération allemande pour investir dans des entreprises sanitaires privées lucratives de taille petite ou moyenne [Oxfam, 2009]. Toute forme de recours à l'emprunt pour financer l'aide est éminemment contestable.

L'idée que les questions de santé internationale devraient relever d'une forme de magistère international était peut-être une illusion depuis l'origine. Mais aujourd'hui la santé est exploitée par les institutions financières comme un marché sur lequel le plus grand cynisme se développe à l'abri du discours compassionnel.

Les stratégies sanitaires et la conjoncture sur le long terme

Mis en avant, le droit à la santé ; dans les faits, l'avarice des nations. C'est la défaillance des États, tant au Nord qu'au Sud, qui a appauvri les systèmes de santé publics et nécessité le recours au recouvrement des coûts, et c'est le laxisme financier des dernières décennies qui a remis à l'ordre du jour la gratuité des services de santé.

Le recouvrement des coûts

Dans les colonies et dans les États nouvellement indépendants, la santé était gratuite pour ceux qui avaient accès aux services de santé publics, peu développés, mais néanmoins coûteux pour les finances publiques. Après les indépendances, les nouvelles élites nationales ambitionnaient de reproduire le modèle des pays du Nord, où la santé est un marché qui nourrit bien les professionnels. Aussi les budgets publics de la santé ont immédiatement diminué, alors que se développait un secteur privé prospère. Lorsque le constat a été fait, dans les années 1980, d'une situation critique dans les services de santé publics, on s'est opportunément souvenu de la notion de services de santé de base : la Banque mondiale avait vanté en 1975 les expériences de médecins aux pieds nus, et en 1978 la conférence d'Alma Ata avait fait la promotion de diverses formules [Brunet-Jailly, 1999]. On l'oublie volontiers, mais c'est dans ce contexte qu'a été adoptée, en 1987, dans une direction inverse, l'Initiative de Bamako, qui proposait le recouvrement partiel des coûts parmi huit mesures susceptibles de relancer l'activité sanitaire en associant la population à sa gestion [Ridde, 2004]. Il est faux d'imputer à l'ajustement structurel la pénurie de ressources dans les services de santé [Gallagher, 1994].

La gratuité des soins

Aujourd'hui, il n'est à nouveau plus question que de promouvoir la gratuité des soins, comme si les ressources disponibles pour la santé étaient désormais devenues abondantes. Tel n'est pas vraiment le cas : les pays pauvres sont restés très pauvres et les riches en sont à emprunter pour financer leur aide. Pourtant, la gratuité est redevenue à la mode : pour le traitement du sida, mais aussi pour les soins aux mères et aux jeunes enfants, parfois sans limitation, et elle a été instaurée dans certains pays. La gratuité est évidemment le meilleur des systèmes, à condition qu'elle n'accroisse pas l'iniquité dans la distribution des soins, ce à quoi elle conduit inévitablement tant qu'elle n'est pas générale. Que s'est-il passé ? Du côté des pays du Nord, ce nouvel engouement en faveur de la gratuité s'est produit pendant les années d'abondance relative de l'aide, abondance elle-même liée au laxisme financier qui a provoqué la crise actuelle. Ainsi les activistes de la gratuité ont été manipulés par les sorciers de la finance, et les pays du Nord sont engagés dans une fuite en avant, qui aboutira à faire payer le maintien de leur niveau de vie et le coût de leur actuelle générosité par les générations futures : or comme leur aide n'est qu'une goutte d'eau par rapport aux sommes qu'ils ont empruntées pour éviter la chute de leur niveau de vie, il n'est pas justifié

de la financer par l'emprunt. Du côté des pays du Sud, les financements extérieurs restent absolument nécessaires, et si la gratuité des soins est désormais un argument susceptible d'amener les bailleurs à ouvrir leur gousset, il n'y a aucune raison de ne pas l'utiliser.

Dans ce contexte, chacun se préoccupe de demander plus de moyens. En 2001, la Commission macroéconomie et santé estimait à 27 milliards de dollars par an pour 2007 le montant d'aide internationale requis pour financer des niveaux de santé adéquats dans les pays pauvres ; à l'époque, cette aide ne dépassait pas 6 milliards [OMS, 2002]. Aujourd'hui, on avance que le coût de la réalisation des objectifs du Millénaire atteindrait 67 à 73 milliards. Mais seules les annonces comptent : à Gleneagles, en 2005, le G8 décide de doubler l'aide à l'Afrique, et dès 2007 à Heiligendamm il est convenu de n'en plus parler !

*L'avenir ? Les riches, anciens ou émergents,
refuseront de payer*

La crise est là, on ne parle que de pays fragiles, de grands emprunts, d'inflation inévitable, de rigueur ; les engagements financiers sont oubliés, les États les plus riches se sont endettés comme jamais, tout en interdisant aux plus pauvres d'en faire autant. Plus grave : les nouveaux acteurs sur la scène internationale ont désormais eux aussi d'autres priorités. Ainsi la Chine, l'Inde ou le Brésil ne peuvent poursuivre dans leur voie qu'en exerçant une pression très forte sur les ressources dont ils ont besoin : matières premières et énergie. Le lien entre aide et acquisition de matières premières et d'énergie remplace ouvertement l'inspiration caritative ou discrètement intéressée qui était celle du relatif consensus qui s'était établi au temps de la mondialisation triomphante [Rowlands, 2008].

Revenir à la santé publique ?

Le consensus passé était fondé sur des modalités d'aide, pas sur une stratégie sanitaire. Les errements de ces politiques ballottées par la conjoncture pourraient ramener les hommes de santé publique vers le cœur de leur métier. Depuis deux décennies, on sait de mieux en mieux mesurer d'une part le poids de chaque affection en années de vie corrigées de l'invalidité, et d'autre part l'efficacité à coût donné des actions préventives ou curatives proposées par la connaissance médicale. Les travaux publiés par le groupe CHOICE de l'OMS sont susceptibles d'éclairer le choix des priorités [<http://www.who.int/choice/en>]. C'est cette ligne qu'il convient de suivre, même si elle conteste à ce point les

choix conformes aux vœux des professionnels de santé qu'elle se heurte à une opposition acharnée.

Les déséquilibres Nord-Sud : ce dont il ne faut parler ni au Nord ni au Sud

Dans cinquante-sept pays, « le manque de ressources est si épouvantable qu'ils resteront incapables dans le proche futur de fournir une couverture satisfaisante pour les interventions essentielles. [...] À l'évidence le renforcement des systèmes de santé nationaux les plus faibles est une nécessité, non seulement pour apporter la santé publique la meilleure possible à leurs populations, mais aussi pour assurer la sécurité sanitaire publique globale. » [WHO, 2007, p. 57]

Pourtant, beaucoup de pays n'atteindront pas les objectifs du Millénaire [Nations unies, 2008], notamment parce que : i) les stratégies de lutte contre la pauvreté n'ont été qu'un nouveau nom des anciens programmes, sans souci de viser spécifiquement les pauvres, contrairement à ce qu'elles annoncent ; ii) les financements ne sont pas fondés du point de vue de l'épidémiologie et de la santé publique ; ainsi le sida reçoit des sommes colossales même dans des pays où il n'est pas une priorité de santé publique, et cette aide affectée imposée par le Nord déséquilibre complètement les politiques de santé du Sud ; iii) les nouveaux instruments de financement n'ont pas démontré qu'ils ont un impact sur la réduction de la propagation des maladies qu'ils visent [ECA, 2009].

L'échec patent des politiques internationales de santé, qu'il s'agisse de lutter contre le sida ou plus largement d'atteindre les objectifs du Millénaire, provient de ce que les bailleurs n'ont qu'un intérêt feint pour les résultats en termes d'amélioration quantifiable de l'état de santé, et de ce que les bénéficiaires sont dépendants de l'aide. Il suffit de quelques « *success stories* » pour flatter leurs opinions publiques, on ne recherche pas l'efficacité maximale dans le contexte : par exemple, au Sud comme au Nord, la déclaration obligatoire, voire le dépistage obligatoire pour le sida sont refusés au nom d'arguments éthiques qui méritent à tout le moins discussion.

En réalité, il s'agit de se débarrasser des pauvres par des gestes caritatifs, volontiers chargés de morale mais peu coûteux : à cette charité publique, depuis trente ans, on se promet de consacrer 0,7 % du produit national brut, mais l'on s'obstine à n'y pas parvenir ! Pourtant, tout récemment, devant la crise, les États-Unis et l'Angleterre ont mobilisé au moins 3,3 milliards de dollars, une somme qui aurait permis de financer le système national de santé anglais pendant plus de 20 ans !

Et les systèmes de santé des quinze pays les plus pauvres de la planète pendant combien d'années ? Personne n'aura l'impolitesse de poser la question. Les pays du Nord en auront pour une décennie au moins à rembourser les emprunts gigantesques que leurs États ont contractés, et donc l'aide sera réduite au minimum incompressible, celui qui assure au Sud la stabilité politique dans la misère.

Du côté des bénéficiaires de l'aide, également, l'amélioration de l'état de santé est d'abord un thème de discours. Pressés par la nécessité, les gouvernants ont pour objectif prioritaire d'acquiescer le montant maximal d'aide, quels que soient les motifs, quelles que soient les conditionnalités, quels que soient les bailleurs. Et comme ce ne sont pas les pauvres qui détiennent le pouvoir, il est inutile de lutter contre la pauvreté.

Au contraire, la décision purement politique crée des injustices inqualifiables. Par exemple, dès 1997, l'aide internationale était disposée à financer en Côte d'Ivoire un programme de lutte contre le sida qui coûtait environ 4 000 € par an par personne prise en charge – à qui on pouvait alors espérer procurer par ce moyen une survie d'une année – alors qu'on ne pouvait pas trouver dans ce même pays les 60 € qui auraient permis d'assurer une césarienne à toute parturiente pour qui cette intervention serait nécessaire et aurait sauvé la mère et l'enfant [Brunet-Jailly, 1997] ; aujourd'hui, cette charité publique internationale finance sans broncher des programmes dont le coût par personne vivant avec le VIH varie dans le rapport de 1 à 72 [UNAIDS, 2009]. Quelle justice se met en place grâce à ces décisions ? Quelle éthique peuvent-elles invoquer ?

Il ne s'agit pourtant pas de contester l'aide et de militer pour un monde encore plus injuste. Mais c'est aussi et d'abord à l'intérieur de chaque pays qu'il faudrait lutter effectivement contre les inégalités, en particulier en matière d'accès aux soins et de qualité des soins, au lieu de se contenter de proclamer qu'on le fait et d'appliquer des procédures et des consignes définies sur le plan international.

Conclusion

Si les politiques internationales de santé publique ne sont pas faites seulement pour satisfaire les politiciens et les activistes du Nord, elles devraient prendre en considération un fait essentiel, que permet de comprendre le débat qui a opposé, ces dernières décennies, John Rawls à Amartya Sen : les critères de décision universels et immuables sont une utopie. Alors que Rawls tentait de définir les conditions théoriques dans lesquelles on pourrait prendre des décisions équitables [Rawls, 1987], Sen a développé toute sa réflexion à partir du constat qu'il existe toujours une pluralité de systèmes de valeurs et de critères pour penser

la justice [Sen, 2007]. Le contexte de la décision juste est donc toujours conflictuel, et la décision juste ne peut résulter que d'une négociation entre les intéressés. C'est de proche en proche, à partir de la base, qu'on peut obtenir une diminution des inégalités et un progrès de la justice, sans attendre un hypothétique ordre mondial juste.

Références

- BRUNET-JAILLY J. (1997), *Le Sida et les choix de stratégie sanitaire, l'exemple de la Côte d'Ivoire*, Communication à la x^e conférence sur les MST/Sida en Afrique, Abidjan 7-11 décembre 1997,
http://mpr.ub.uni-muenchen.de/22813/1/CISMA_1997.pdf
- BRUNET-JAILLY J. (1999), « La Banque mondiale a-t-elle une stratégie en matière de santé ? », *Revue internationale des sciences sociales*, n° 161, p. 355-370.
- DODIER N. (2003), *Leçons politiques de l'épidémie de sida*, Éditions de l'EHESS, Paris, 359 p.
- ECA (2009), « European Court of Auditors », *European Commission development assistance to health services in sub-Saharan Africa*,
<http://eca.europa.eu/portal/pls/portal/docs/1/2482316.PDF>.
 (consulté le 14 janvier 2010)
- EP (2002), « European Parliament Resolution on the Commission Communication on Health and Poverty Reduction in the Developing Countries COM (2002) 129 » <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:C:2004:076E:0441:0446:EN:PDF>,
- GALLAGHER M. (1994), « Government Spending in Africa, a Retrospective of the 1980s », *Journal of African Economies*, vol. 3, n° 1, p. 63-91.
- GRELET S., MANGEOT P. (2002), « Sida, plein sud ! », *Vacarme*, n° 19 printemps,
- JAMISON, D.T., W.H. MOSLEY, A.R. MEASHAM, J.-L. BOBADILLA (1993), *Disease Control Priorities in Developing Countries*, Oxford Medical Publications for the World Bank, 746 p.
- OMS (2002), *Rapport de la commission Macroéconomie et santé, Rapport du Directeur général à la 55^e assemblée générale de l'OMS*,
http://apps.who.int/gb/archive/pdf_files/WHA55/fa555.pdf
- OMS (2010) : « À propos de l'OMS », page d'accueil du site Internet <http://www.who.int/about/fr/>
- OVER M. (2009), *Prevention Failure, the Ballooning Entitlement Burden of U.S. Global AIDS Treatment Spending and What to Do About It*, Working Paper 144, Center for Global Development, Washington DC.
<http://www.cgdev.org/content/publications/detail/15973/>
- OXFAM (2009), *Blind Optimism : Challenging the Myths about Private Health Care in Poor Countries*, <http://www.oxfam.org/sites/>

www.oxfam.org/files/bp125-blind-optimism-0902.pdf

RANDEL J., GERMAN A., EWIG D. (dir.) (2004), *The Reality of Aid 2004 : an Independent Review of Poverty Reduction And Development Assistance, the Reality of Aid Project*, London/IBON Books-Manilla/Zed Books.

RAVISHANKARA N., GUBBINS P., COOLEY R. J., LEACH-KEMON K., MICHAUD C.M., JAMISON Dean T., Christopher J. L. MURRAY (2009), « Financing of global health : tracking development assistance for health from 1990 to 2007 », *Lancet*, volume 373, Issue 9681, p. 2113- 2124.

RAWLS J. (1987), *Théorie de la justice*, traduction de Catherine Audard, Le Seuil, Paris.

RIDDE V. (2004), *L'initiative de Bamako, quinze ans après, un agenda inachevé*, NHP discussion paper, Banque mondiale, oct.

ROWLANDS D. (2008), *Emerging Donors in International Development Assistance : a Synthesis Report*, Norman Paterson School of International Affairs, Carleton University, January, http://www.idrc.ca/uploads/user-S/12278143331/Synthesis_Final.pdf

SEN A. (2001), « *Global Justice, Beyond International Equity* », <http://them.polylog.org/3/fsa-en.htm>.

UE (1994), « *Communication de la Commission au Conseil et au Parlement relative à la politique de la Communauté et des États membres en matière de coopération avec les pays en développement dans le domaine de la santé* », COM (94) 77, <http://europa.eu/bulletin/fr/9403/p103106.htm>.

UE (1993), « *Communication from the Commission to the Council and the European Parliament — Health and Poverty Reduction in Developing Countries* », COM/2002/0129 final, accessible sur le site http://eur-lex.europa.eu/smartapi/cgi/sga_doc?smartapi!celexplus!prod!DocNumber&lg=en&type_doc=COMfinal&an_doc=2002&nu_doc=129

UNAIDS (2009) : *Global Five-Year Evaluation Study Area 3 : The Impact of the Collective Effort on the Reduction of the Disease Burden of AIDS, Tuberculosis and Malaria*, may 2009, Macro International Inc, p. 4-17.

UNITED NATIONS (2008), *The Millennium Development Goals Report 2008*, New York. Disponible sur : http://www.undp.org/publications/MDG_Report_2008_En.pdf

WHO (2007), *World Health Report 2007, a Safer Future*, http://www.who.int/whr/2007/whr07_en.pdf

WHO (2009), « *World Health Organization Maximizing Positive Synergies Collaborative Group, an Assessment Of Interactions between Global Health Initiatives and Country Health Systems* », *Lancet*, 373, p. 2137-2169.

World Bank (2003), « *Financial Innovation Will Buy Polio Vaccine to Help Eradicate Polio Worldwide* » ;

<http://web.worldbank.org/WBSITE/EXTERNAL/NEWS/0,,contentMDK:20107918~menuPK:34463~pagePK:34370~piPK:34424~theSitePK:4607,00.html>