

# La pandémie du COVID-19 : enjeux et solutions

## Au-delà de l'épidémiologie et de la santé publique

Le concept de « santé mondiale » naît des années 1980 et des contrecoups de la pandémie du sida. L'échec des systèmes de santé nationaux et internationaux censés coopérer au profit de cette santé mondiale face au COVID-19 témoigne d'une triple dérive : un défaut de priorité politique, des choix basés sur des données internationales biaisées, et la soumission croissante des politiques publiques de santé aux décisions et intérêts privés.

L'expression *Global Health*, ou « santé mondiale », apparaît pour la première fois dans la littérature scientifique dans un numéro spécial de l'*Asia-Pacific Journal of Public Health*, intitulé « Global Health: Emerging Frontier of International Health<sup>1</sup> », daté de 1991. L'éditorialiste y synthétise les conférences de Chapel Hill, données par des personnalités reconnues de la santé publique de l'époque, universitaires ou responsables des agences de coopération internationale (Agence des États-Unis pour le développement international, agences des Nations unies...). Dans cette revue, le professeur Pannenberg, de l'université de Groningue aux Pays-Bas, donne pour titre à son article : « Shifting Paradigms in International Health ».

### Le concept de santé mondiale

De quoi s'agit-il? En fait, il s'agit de passer d'une stratégie de coopération bilatérale Nord-Sud, qui prévaut en Afrique par exemple depuis les indépendances, à une stratégie de coopération sanitaire plus globale. « Qu'est-ce que la santé mondiale? », se demande l'éditorialiste. « La santé mondiale, comme tout autre concept, est tout d'abord un état d'esprit, une manière de considérer le champ de la santé comme un champ où l'interdépendance entre nations est un caractère endémique et central [...]; le concept de santé mondiale s'enracine dans les

1. S. C. Jain, « Global Health: Emerging Frontier of International Health », *Asia-Pacific Journal of Public Health*, vol. 5, n° 2, avril 1991.

besoins mêmes des nations, et non dans l'altruisme, le besoin de faveurs, ou la bonne volonté : c'est essentiellement une question d'intérêt pour soi-même. » Voici donc la notion de « santé mondiale » telle qu'elle émerge à la fin des années 1990, en tant que prise de conscience de l'un des effets de la mondialisation : elle souligne l'interdépendance des nations, y compris dans le domaine de la santé.

Mais le document qui va donner toute sa portée paradigmatique sécuritaire au concept de santé mondiale est celui de l'Institute of Medicine des États-Unis, publié en 1997 sous le titre : « America's Vital Interest in Global Health: Protecting Our People, Enhancing Our Economy, and Advancing Our International Interests ». La santé mondiale y est définie ainsi : « Un concept nouveau de "santé mondiale" est nécessaire pour traiter de problèmes de santé dépassant les frontières nationales, qui peuvent dépendre des circonstances ou des expériences d'autres pays, et qui relèvent d'actions et de solutions coopératives. » Un peu plus loin dans le rapport adressé au président américain, nous pouvons lire : « Les risques se transfèrent aussi, et le VIH est de loin la plus importante des infections, à la fois globalement et pour les États-Unis. »

Ainsi la notion de santé mondiale est-elle étroitement liée à l'explosion, à la fin des années 1990, d'une pandémie : celle du sida en Afrique subsaharienne. De l'ontologie de ces concepts découle la métaphore sécuritaire de l'aide au développement, qui se trouve à l'origine de la saisie en 2000, par le gouvernement américain, du Conseil de sécurité des Nations unies, pour la première fois de son histoire sur une question de santé publique. De la session spéciale de l'Assemblée générale des Nations unies de juin 2001 naîtra la résolution à l'origine de la création du Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme. Mais dès 1998, la fondation Bill-et-Melinda-Gates avait contribué à financer la création de l'Alliance mondiale pour les vaccins et l'immunisation (Alliance GAVI). Tout au long de ces vingt dernières années, c'est la prévention et/ou le traitement de quelques maladies infectieuses – celles dont le potentiel épidémique, ou perçu comme tel, inquiète les autorités occidentales ou leurs conseillers –, qui dominent la scène de la coopération sanitaire mondiale.

## L'échec du paradigme de la santé mondiale

Avec l'émergence de la pandémie du COVID-19, nous assistons à l'échec du paradigme de la santé mondiale et des ressources colossales qui lui ont été allouées. Un échec à maîtriser précisément ce qu'il visait à prévenir ou à contenir : la propagation d'une pandémie, avec tous les risques corollaires d'impacts sociaux, économiques, politiques, et probablement sécuritaires, qui pourraient l'accompagner. Ce n'est pas là le moindre des paradoxes.

En termes épidémiologiques, tout ou presque a été dit sur les spécificités de la pandémie du COVID-19<sup>2</sup>. Si l'on entend un tant soit peu préparer l'avenir, il semble impératif de réfléchir plus avant sur trois aspects de la toile de fond de cette pandémie : le fait que la santé n'est pas une priorité politique ; l'irréalisme qui guide

2. P. Sansonetti, « COVID-19 ou la chronique d'une émergence annoncée », Paris, Collège de France, 16 mars 2020.

les choix des responsables politiques; la privatisation des politiques publiques nationales et internationales.

### ***La santé n'est pas une priorité politique***

Il n'y a pas de volonté politique claire en faveur du secteur de la santé. En termes financiers, les gouvernements africains allouent à la santé entre 5 et 10 % des budgets nationaux, et souvent moins de 5 %. La protection des populations est un moindre souci des dirigeants africains que celui de leur maintien au pouvoir. Alors que la pandémie s'étend sur le continent, le prix Nobel de littérature Wole Soyinka les rappelle à l'ordre, déplorant « les logiques de profit et de monopolisation du pouvoir » et appelant à repenser la santé comme « un bien public essentiel<sup>3</sup> ». Du côté de l'Aide publique au développement, le constat est le même : le Fonds européen de développement (FED) qui, en volume, est le plus important des instruments de coopération au développement de l'Union européenne en faveur des États d'Afrique, des Caraïbes et du Pacifique (ACP), octroie autour de 3 % de ses crédits – parfois moins – aux secteurs sociaux de la santé et de l'éducation.

En France, si le budget de la Sécurité sociale est équivalent, voire supérieur, à celui de l'État, c'est aussi en raison du peu d'intérêt politique, et peut-être même citoyen, pour la prévention des maladies chroniques. La santé publique est la spécialité médicale la moins valorisée lors du choix des lauréats qui suivent le concours de l'internat de médecine. Les lobbies du tabac, de l'alcool, du médicament et de l'agroalimentaire sont familiers des cabinets ministériels. Les responsables des enseignements de la spécialité de santé publique en France ont en réalité peu intégré les problématiques internationales de la santé, préparant mal les futurs professionnels à ces enjeux. Élever le niveau d'intérêt et de connaissance des responsables politiques sur la santé représente un combat permanent.

Le désintérêt politique pour ce secteur pourrait expliquer en partie pourquoi les chefs d'État et de gouvernement n'ont réagi que tardivement aux alertes que leur ont effectivement signifiées leurs épidémiologistes. Le plus troublant est évidemment la surdité du président américain à toutes les tentatives de ses agences de renseignement de le convaincre, tout au long de ces derniers mois, de la menace que pouvait constituer, pour les États-Unis et pour le monde, l'épidémie de COVID-19 telle qu'elle se développait en Chine, puis en Europe. En effet, outre les instances du célèbre Center for Disease Control and Prevention (CDC), et des National Academies, le National Intelligence Council (NIC) qui regroupe plusieurs agences de renseignement a publié, depuis plus de vingt ans, de nombreux rapports analysant diverses thématiques de santé mondiale, soulignant à chaque fois en quoi ces sujets pourraient constituer une menace pour le bien-être du peuple américain, mais aussi pour la sécurité nationale. Les présidents Bush, Clinton, Obama ont été très attentifs à ces analyses, tout autant qu'aux rapports que le NIC leur a présentés en amont de chacun de leur mandat. Le NIC présente

3. « Aux dirigeants du continent africain : face au COVID-19, il est temps d'agir! », *Mediapart*, 13 avril 2020; C. Lachowsky, « COVID-19 : le prix Nobel Wole Soyinka cosigne une lettre ouverte aux gouvernants africains », RFI, 29 avril 2020; C. Lachowsky, « Pourquoi écouter Wole Soyinka et les penseurs du continent? », RFI, 29 avril 2020.

en effet au président américain, entre son élection et son investiture, un rapport prospectif très détaillé sur les enjeux susceptibles de se présenter en cours de mandat. Le risque pandémique y est constamment traité. Donald Trump est le premier président dans l'histoire sanitaire des États-Unis à être resté sourd aux travaux et alertes du NIC.

### ***L'irréalisme, base des décisions des responsables politiques***

Le paradigme de la santé mondiale s'est accompagné d'une emprise de la communication sur la science, et puis la communication a définitivement pris le dessus. Ce glissement s'est opéré à l'insu des scientifiques eux-mêmes – parfois sans objection de leur part. Ainsi, par exemple, les taux d'accès aux médicaments anti-rétroviraux en Afrique ne sont plus rapportés à la population censée être la cible de la politique de santé publique (l'ensemble des personnes séropositives éligibles à recevoir le traitement), mais aux seules personnes séropositives éligibles dépistées, ou diagnostiquées, c'est-à-dire celles qui fréquentent les formations sanitaires. Or le taux d'utilisation des services publics de santé en Afrique est très bas : moins d'une consultation par an et par habitant.

Si l'on peut comprendre (sans l'admettre) que les agences des Nations unies (dites, pourtant, de référence) communiquent des taux « maquillés » pour faire valoir ce qu'elles font de bien (ce qui relève de la communication), on ne peut accepter que des revues scientifiques de renom reprennent ces taux fabriqués ou que les épidémiologistes ne les corrigent pas. Ainsi les autorités de santé élaborent-elles des stratégies nationales, ou internationales, incluant des objectifs quantitatifs et une budgétisation, qui ne sont pas fondés sur la réalité épidémiologique de la situation sanitaire, mais sur des taux « améliorés ». Ces stratégies ne peuvent donc en aucun cas être pertinentes et répondre aux réalités de santé publiques – sans parler des questions éthiques et épistémologiques que soulèvent ces observations.

En outre, la mondialisation s'est accompagnée d'une uniformisation de la pensée, y compris dans les hypothèses de recherche. La biologie, la virologie et la pharmacologie sont explorées de la même façon de Paris à Tokyo ou de Los Angeles à Londres : ne pourrait-on avoir là une des explications de l'échec à trouver un vaccin protégeant contre l'infection au VIH, près de 37 ans après l'identification du virus à l'Institut Pasteur ?

Relever l'irréalisme à partir duquel les politiques gouvernement suggère également de s'intéresser à la manière dont les universités et autres instances de formation, initiale et continue, préparent (ou non) les futures élites, administratives ou politiques, à réfléchir et à identifier les enjeux mondiaux actuels et à venir, pour s'y confronter. Ceci en particulier dans le domaine des questions internationales. Il ne suffit pas d'inculquer des méthodes ou des savoirs. Il s'agit d'inviter les nouvelles générations à penser de manière prospective, voire à devenir des visionnaires. La tâche est loin d'être aisée : il est difficile de trouver du matériel de recherche, des études prospectives, notamment pour ce qui concerne l'Afrique francophone, ou le Sahel plus spécifiquement, aux enjeux immenses pourtant à quelques pas de l'Europe.

Une des conditions pour développer une qualité visionnaire (si tant est que ce soit possible) est une excellente connaissance du terrain. Or celle-ci est limitée. Premièrement, l'assistance technique à long terme de la coopération gouvernementale n'existe plus, les capacités de recherche locale sont peu financées, et les organisations non gouvernementales sont peu nombreuses à partager des savoirs pratiques. Ensuite, les personnes en charge dans les organisations de coopération au développement ne connaissent souvent plus ni le secteur, ni la géographie, en faveur desquels ils administrent les financements. Enfin, l'insécurité grandissante, en Afrique francophone par exemple, dissuade désormais les futurs diplômés de penser y acquérir une expérience de terrain, celle-là qui précisément leur permettrait de réunir les facultés d'envisager, de réfléchir et de se préparer aux enjeux à venir.

Concrètement, que cherchons-nous à connaître, ou que choisissons-nous d'ignorer des réalités ? Sous quelles influences nous privons-nous de connaître, et quoi ? Quelles sont les questions qui ne sont pas posées ? Le philosophe Jean Vioulac insiste : « La pensée est exigence de lucidité : elle est la tentative pour y voir clair en ce qui est. [...] La difficulté est précisément ceci : penser le sans-précédent, l'inouï, ce à quoi rien ne nous a préparés, c'est-à-dire fondamentalement l'impensable [...] C'est la tâche de la pensée que d'élaborer les concepts susceptibles de rendre compte de ce qui est, et de donner ainsi à voir ce face à quoi la science reste aveugle.<sup>4</sup> »

### ***La privatisation des politiques publiques nationales et internationales***

Le paradigme de la santé mondiale s'est accompagné de la création de nouveaux instruments de coopération : les partenariats public-privés mondiaux (PPP), tels l'Alliance GAVI, le Fonds mondial, Unitaid... Initialement invité à collaborer et à cofinancer les stratégies de prévention et de prise en charge de quelques maladies infectieuses, le secteur privé partenaire, qu'il soit industriel et commercial, philanthropique ou pharmaceutique notamment, s'est progressivement emparé du pouvoir d'influence sur les politiques publiques internationales.

L'influence stratégique de la fondation Bill-et-Melinda-Gates sur les choix politiques de l'Organisation mondiale de la santé (OMS), ces dernières années, en est emblématique. La santé mondiale serait-elle désormais dominée, voire dirigée, par des instances privées ? Cela poserait naturellement de graves questions de démocratie. Car ce sont les États membres de l'OMS qui sont censés fixer les orientations de l'agence des Nations unies. Mais cela entraînerait aussi des questions de pertinence : plutôt que de concentrer la plupart des ressources (humaines, matérielles et financières) pendant deux décennies sur la prévention de quelques maladies infectieuses (voir les pathologies cibles de ces partenariats public-privé mondiaux), ne fallait-il pas en même temps, et en concertation avec l'ensemble des bailleurs de fonds internationaux – dont la Banque mondiale et la Commission européenne – poursuivre le travail réalisé dans les années 1990, et continuer à contribuer au financement, dans leur globalité, des systèmes de santé des pays pauvres, pour les préparer à une alerte et une riposte en cas d'urgence

4. J. Vioulac, *La Logique totalitaire. Essai sur la crise en Occident*, Paris, Presses universitaires de France, 2013.



d'un nouveau risque, mais aussi pour pouvoir dépister et prendre en charge l'ensemble des patients, et pas seulement ceux qui étaient priorités par ces partenariats public-privés mondiaux – ce qui, au demeurant, soulève nombre de questions éthiques et déontologiques, rarement abordées ?

Cette privatisation des politiques publiques s'est étendue au sein même des organisations internationales, mais on a pu l'observer également du côté des États, qui se sont laissés déposséder – à leur insu ou avec leur bénédiction c'est selon –, de leur souveraineté et de leurs missions mêmes de garants de la sécurité, de l'égalité et de la justice sociale. L'État rentre ainsi dans un cycle de discrédit et de délégitimation : est-il vraiment encore au service de la société (service public) ? La finalité de la société, le bien commun, le bonheur, sont-ils perdus de vue ? L'État agit dès lors sous contrôle du secteur privé, instrumentalisé au profit des logiques des multinationales, elles-mêmes au bénéfice de logiques financières.

Les politiques publiques existent-elles toujours si le secteur privé est devenu la nouvelle figure du pouvoir, infiltrant toujours davantage l'immanence de la société, ou si les politiques sanitaires elles-mêmes, qui déterminent des questions de vie et de mort, s'exercent sous l'emprise de lobbies divers et variés ? L'État et les organisations internationales se retrouvent de plus en plus assujettis à l'emprise des logiques libérales, pris dans les rets de conflits d'intérêts à peine dénoncés, et cela à l'échelle de la planète. Il faut oser poser la question : en amont de la pandémie du COVID-19, allions-nous déjà vers la dissolution du politique ? Ces problématiques peuvent pour partie expliquer la surdité aux alertes sanitaires du président américain : Donald Trump est avant tout un homme d'affaires, pas un homme d'État.

La riposte à la pandémie, comme toute réponse à un phénomène de santé publique, appelle une réaction combinée des citoyens et des instances politiques. Nous ignorons encore à quoi ressemblera le monde qui émergera de la pandémie du COVID-19. Mais, en tout état de cause, ces trois dimensions dessinent la toile de fond sur laquelle devront se dessiner les réponses.

D. K.

#### Pour en savoir plus

- D. Kerouedan, *Géopolitique de la santé mondiale*, Paris, Collège de France/Fayard, coll. « Leçons inaugurales du Collège de France », 2013.
- D. Kerouedan et J. Brunet-Jailly (dir.), *Santé mondiale. Enjeu stratégique, jeux diplomatiques*, Paris, Presses de Sciences Po, 2016.
- B. Roche, H. Broutin et F. Simard (dir.), *Ecology and Evolution of Infectious Diseases: Pathogen Control and Public Health Management in Low-Income Countries*, Oxford, Oxford University Press, 2018.

Voir également la carte « Le coronavirus dans le monde en 2020 », p. 328-329 de cet ouvrage.

