



HAL
open science

Aide sanitaire et territoires politiques: Anthropologie historique d'un politique de santé publique en Géorgie

Eugénie d'Alessandro

► **To cite this version:**

Eugénie d'Alessandro. Aide sanitaire et territoires politiques: Anthropologie historique d'un politique de santé publique en Géorgie. *Émulations: Revue des jeunes chercheuses et chercheurs en sciences sociales*, 2007, 1 (1). hal-01419403

HAL Id: hal-01419403

<https://hal.science/hal-01419403v1>

Submitted on 20 Dec 2016

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Aide sanitaire et territoires politiques :
Anthropologie historique d'une politique de santé publique en Géorgie

Eugénie d'Alessandro

Master en recherches comparatives en
anthropologie, histoire et sociologie (EHESS, Paris)
Paris, France
eugeniealessandro@hotmail.com

Sommaire

Introduction

I. Contextes « macro-géographiques » d'une politique publique de santé

I.1. Gestion mondiale de la tuberculose et histoire des politiques
de l'OMS

I.2. Géopolitique de la Géorgie

II. Projet de gestion de l'épidémie tuberculeuse en Géorgie

II.1. Antécédents historiques ou horizons immédiats

II.2. Projet de contrôle de la tuberculose et espaces
politiques du gouvernement géorgien

Conclusion

**Aide sanitaire et territoires politiques.
Anthropologie historique d'une politique de santé publique en Géorgie**

Eugénie d'Alessandro
Master en recherches comparatives en anthropologie, histoire et sociologie
EHESS
Paris, France
eugeniealessandro@hotmail.com

Introduction

Après la chute de l'URSS en 1991, les Républiques post-soviétiques ont connu des bouleversements majeurs conduisant à des restructurations économiques, politiques et sociales. Pour ces pays nouvellement indépendants, l'effondrement du bloc soviétique s'est traduit par leur insertion dans les vastes dynamiques de la globalisation. Comme l'explique Laetitia Atlani-Duault, dans ce contexte de post-Guerre froide, « les idées et les pratiques du développement ont ainsi commencé à être exportées dans le « second monde » que sont les Républiques de l'ex-URSS »¹. L'introduction des entreprises d'aide au développement participe de ces recompositions politiques et identitaires caractérisant la phase de transition de ces pays. Dans le domaine de la santé, quels sont alors les impacts de ces profonds changements sur les processus de formulation et d'application des politiques de santé publique ? Cette problématique est abordée ici à partir de l'étude d'un projet de prise en charge de l'épidémie de tuberculose en Géorgie. Au premier abord, cet objet semble situé à la croisée de deux champs, celui de la santé publique d'une part, et d'autre part, celui du monde ou de la configuration développementiste. Toutefois, pour essayer de comprendre cet épisode singulier en dehors des préventions normatives et idéologiques marquant fortement les discours et les pratiques relatifs à la santé autant qu'au développement, nous proposons d'appréhender cet objet par le biais du « politique » dans le sens d' « entreprise volontaire de gestion et d'organisation du social » : différents acteurs ou groupes d'acteurs, s'inscrivant dans divers horizons, vont être amenés à négocier sur un projet politique. En d'autres termes, on se propose de comprendre les dynamiques et les forces en jeu dans la construction d'une politique, quelle qu'elle soit – sanitaire, « développementiste » ou autre -, en suivant une approche globalisante permettant de replacer ces négociations dans un ensemble de contextes plus ou moins proches et de rendre compte ainsi de toute la complexité de ces phénomènes.

Dans un premier temps, on s'attachera à décrire les contextes lointains dans lesquels les acteurs impliqués s'inscrivent, c'est-à-dire les conditions globales dans lesquelles cette « histoire » prend et fait sens. On reviendra d'abord sur les politiques mondiales de gestion de l'épidémie

tuberculeuse. Emanant de l'Organisation Mondiale de la Santé, ces politiques, formulées sous la forme de recommandations internationales, jouent un rôle certain dans la définition des politiques nationales comme dans celles des organisations sanitaires non gouvernementales. Ensuite, une synthèse des données de géopolitique locale et internationale permettra d'établir les grands axes de l'économie politique de la Géorgie, et donc, dans une certaine mesure du gouvernement et des différentes institutions gouvernementales impliquées dans cette question sanitaire. Ces horizons lointains représentent le cadre d'action général dans lequel ces négociations prennent place, établissant ainsi, en partie du moins, les contraintes et les potentialités de ces processus.

Dans un deuxième temps, l'étude va progressivement nous permettre de cerner de plus en plus près ce projet politique. On s'attachera d'abord à reconstituer l'horizon immédiat du gouvernement géorgien. Il s'agit de suivre l'histoire récente de sa politique de gestion de la tuberculose, c'est-à-dire depuis l'indépendance, et d'en comprendre les enjeux actuels. Puis, on reprendra le déroulement des négociations en essayant de comprendre les choix et les orientations à la lumière de cet écheveau de ligne de forces émergeant des différents horizons. C'est à partir de cette description que sera révélé le sens des différents éléments déterminants. A travers le « récit » du projet, on tentera de répondre aux questions suivantes : quelles stratégies et tactiques les acteurs mettent-ils en place ? Quelles sont les conséquences de l'action ? Et à une échelle plus globale, quelles sont les cohérences, quel est le génie profond de chaque mouvement ?

I. Contextes « macro-géographiques » d'une politique publique de santé

I.1. Gestion mondiale de la tuberculose et histoire des politiques de l'OMS

Dans cette étude sur l'élaboration d'une politique de santé publique, l'histoire des grandes orientations politiques de l'Organisation Mondiale de la Santé en matière de gestion de la tuberculose constitue un premier niveau d'appréhension de la problématique. En Géorgie, la politique nationale suit la stratégie recommandée par l'agence onusienne depuis la chute de l'Union soviétique. En outre, au-delà de ce cadre national, les gouvernements ne sont pas les seules entités contraintes par les recommandations de l'OMS. Les institutions sanitaires non gouvernementales doivent également en tenir compte dans leurs propres choix et stratégies.

L'histoire des politiques de contrôle de la tuberculose de l'OMS est scandée par des grandes périodes dont on peut mettre à jour, un peu schématiquement, les principales phases

successives et isoler les dynamiques majeures opérant dans ces changements. On retrouve une double évolution des options choisies par l'agence depuis sa création après la Deuxième Guerre mondiale, en 1946. En dehors de certaines modifications répondant aux avancées apportées par la recherche biomédicale, les éléments techniques de la lutte contre la tuberculose, à savoir les activités préventives (vaccination par le BCG) et curatives (traitement des cas par les chimiothérapies anti-tuberculeuses) définies dès le départ resteront jusqu'à nos jours la pierre angulaire des stratégies de contrôle de la maladie pour l'OMS.

En revanche, les doctrines successives qui ont présidé à l'évolution de l'économie des services de santé durant la deuxième moitié du XX^{ème} siècle ont imposé des changements importants en ce qui concerne les politiques guidant les efforts de contrôle de la tuberculose. Les grandes étapes qui émergent sont marquées d'abord par la notion de « programmes verticaux »² et de lutte contre les maladies transmissibles. Guidant les politiques de contrôle de la tuberculose au cours des années 1950-60, ce concept d'intervention verticale va être abandonné avec l'essor d'un nouveau mouvement. A travers la Conférence internationale d'Alma-Ata en 1978, la promotion des soins primaires de santé va intimer une vague d'intégration des activités relatives à la tuberculose dans les services généraux de soins. C'est l'« approche horizontale intégrée »³. Cette nouvelle politique va se traduire par une dégradation progressive des services de prise en charge de la tuberculose dans les pays pauvres d'une part, et d'autre part, au niveau international, un désengagement assez généralisé des décideurs politiques et de la communauté scientifique pour la lutte anti-tuberculeuse. Toutefois, dès la fin des années 1980, la résurgence dramatique de la maladie a d'abord permis de porter progressivement la tuberculose à l'attention des dirigeants des institutions internationales et des experts scientifiques⁴. Dès lors, l'OMS comprend la nécessité de redonner une place de choix à la tuberculose dans son agenda politique. Les bases d'une nouvelle stratégie sont posées dès le début des années 1990. C'est le « Global Tuberculosis Programme » qui annonce l'avènement du « Directly Observed Treatment, Short-course chemotherapy », le DOTS, une stratégie standardisée et simplifiée qui sur les bases du concept marketing « one size fits all »⁵ doit fournir les éléments nécessaires à une prise en charge de la tuberculose quelles que soient les conditions dans lesquelles prennent place les programmes. Durant cette période, la tuberculose fait un retour en force dans les priorités de santé publique à l'échelle mondiale. L'engagement est manifeste aussi bien auprès des institutions internationales que des gouvernements nationaux, témoignant d'un apparent consensus autour de cette nouvelle politique. Finalement, malgré la large adoption du DOTS par les pays, à l'orée du troisième millénaire, les indicateurs épidémiologiques restent alarmants : l'épidémie tuberculeuse est en constante progression et les objectifs fixés par l'OMS restent définitivement hors de portée. Le

taux d'incidence mondiale est en augmentation, environ deux milliards de personnes sont infectées par le *Mycobacterium tuberculosis*, près de 9 millions de personnes par an développent la maladie et plus deux millions en meurent chaque année. Malgré ce constat, les experts de l'OMS continuent à présenter le DOTS comme la stratégie la plus efficace pour lutter contre la tuberculose. Leur analyse conclut à une insuffisance d'application de cette politique et la réponse proposée fait alors écho aux concepts élaborés par les promoteurs de la « Réforme du Secteur de la Santé »⁶ et du « développement durable »⁷. Dès la fin des années 1990, avec la Déclaration de Londres suivie de la Déclaration d'Amsterdam, l'OMS met en place son nouveau programme, le « Global DOTS Expansion Plan »⁸ qui doit contribuer à la réalisation d'une stratégie DOTS pleinement effective en assistant les gouvernements à établir des plans nationaux d'expansion du DOTS notamment à travers la construction d'un partenariat avec de multiples acteurs (agences, fondations, ONG...) dans le respect de la souveraineté des pays. Par la suite, certains événements ont présidé à une remise en question encore très largement officieuse du DOTS et une révision « prudente » de certaines positions de l'OMS. Nombre de critiques soulevées par certains experts scientifiques dès le lancement de cette stratégie apparaissent dorénavant incontournables comme la prise en compte de la co-infection VIH/Tuberculose et de l'épidémie de tuberculose résistante pour lesquelles l'OMS vient de mettre en place de nouvelles recommandations : la « Pro-test Initiative »⁹ et le programme « DOTS-Plus »¹⁰.

I.2. Géopolitique de la Géorgie

La prise en compte des interactions entre les problématiques locales, la construction nationale du pays et les intérêts internationaux permet de saisir les contraintes et les enjeux pesant sur les politiques nationales géorgiennes et donc plus ou moins directement sur les mesures de santé publique.

Suite à la chute de l'URSS, les pays post-soviétiques sont entrés dans ce que les analystes désignent comme la « phase de transition ». Ces nouveaux Etats doivent construire leur transition sur des éléments internes. Le passé soviétique constitue un héritage historique qui marque l'ensemble des champs sociaux. Dans le domaine de la santé, cela se traduit aussi bien sur le plan « structurel », - avec des systèmes de soins pléthoriques mais désormais privés de moyens financiers -, que « fonctionnel », - avec ce que l'on pourrait rapidement appeler une « perspective médicale soviétique » encore fortement ancrée dans les mentalités aussi bien savantes que populaires et ébranlée dans sa confrontation avec une « perspective médicale occidentale ». Parallèlement, après l'éclatement du bloc soviétique, ces pays connaissent de facto un « mouvement d'insertion banalisée dans la mondialisation »¹¹. De façon générale, la perspective

libérale introduit des changements dans les champs politiques, économiques et sociaux en bouleversant les schémas hérités du régime soviétique. A l'intérieur de ces influences multiples, une composante spécifique mérite d'être mentionnée par ses incidences particulières en matière de gestion politique et sanitaire. Ce sont les phénomènes s'inscrivant dans la configuration développementiste, au sens où l'entend Jean-Pierre Olivier de Sardan¹². La participation des acteurs du développement joue un rôle essentiel dans le remodelage de ces pays comme l'illustrent notamment les révolutions en couleurs¹³.

Se superposant aux caractéristiques communes aux autres Etats post-soviétiques, on peut isoler des dimensions spécifiques à la Géorgie et jouant un rôle majeur dans l'évolution du pays : ce sont des éléments propres à la société géorgienne d'une part, et d'autre part, des enjeux géopolitiques plus larges dans lesquels le pays est pris¹⁴.

Prenant probablement ses racines dans l'histoire de la construction des peuples caucasiens¹⁵, deux caractéristiques semblent prendre une valence particulière dans l'économie de la société géorgienne. D'abord, on retrouve une organisation sociale en « réseaux de solidarité » qui visent à protéger les intérêts des groupes, allant de la famille à des organisations plus larges au détriment d'autres groupes ou entités. Après l'indépendance, l'arrêt des subventions de Moscou, le déclin brutal des échanges commerciaux avec le reste de l'Union Soviétique et les deux guerres civiles^a entraînent la Géorgie dans une profonde crise économique. On assiste alors à un renforcement des réseaux de solidarité se traduisant par des phénomènes de réappropriation et de réorganisation des ressources du pays par la population. Thomas Balivet parle d'une forme de « décentralisation sauvage des administrations territoriales ». Tous les secteurs de la société sont touchés depuis les établissements de soins détournés par le personnel soignant jusqu'aux autorités régionales reprise en main par les Parlements de régions autonomes. En outre, ces groupes de solidarité se retrouvant jusque dans les hiérarchies politiques et territoriales, certains analystes ont parlé d'une forme de « féodalisme moderne ».

Ensuite, la Géorgie est caractérisée par une très forte hétérogénéité ethno-politique. Une longue histoire de vagues répétées d'invasions violentes a très largement contribué au modelage des populations locales. Puis, pendant l'ère soviétique, la politique de rattachement territorial des nationalités a réalisé un véritable processus d'officialisation et de renforcement de cette organisation en peuples autonomes fortement rattachés à des territoires¹⁶. Cette composition ethno-politique particulière explique que la construction de la Géorgie ne peut se comprendre

^a Entre 1991 et 1993, la Géorgie connaît deux guerres civiles successives avec les régions séparatistes d'Ossétie du Sud et d'Abkhazie. Après la signature des cessez-le-feu, ces territoires ont déclaré leur indépendance mais ne sont reconnus ni par la Géorgie ni par la communauté internationale.

qu'au travers des rapports de forces qui existent entre ces divers groupes et entre ceux-ci et le pouvoir central.

Au-delà de ces composantes internes propres à la société géorgienne, le pays est inclus dans des enjeux internationaux où le spectre de la Guerre froide semble encore participer, du moins partiellement, à la définition des dynamiques locales. Dans la région caucasienne, on retrouve bien des formes de convergence temporaire, - notamment sur les questions de sécurité (Tchéchénie et lutte contre le terrorisme islamiste) et de commerce énergétique (avec une offre russe pour une demande américaine) -, réunissant le Kremlin et la Maison Blanche. Toutefois, malgré ce territoire restreint d'entente russo-américaine, le Caucase et la Géorgie restent une zone d'affrontement entre la Russie et les Etats-Unis. De nombreux enjeux témoignent assez sûrement de la persistance d'une forte rivalité est-ouest^b et l'évolution du pays ne peut se comprendre que par la prise en compte de trois acteurs décisifs : l'élite politique géorgienne, les Etats-Unis et la Russie. En effet, l'organisation du pouvoir central en Géorgie repose d'abord sur la présence d'un pouvoir fort à Tbilissi capable de contrôler le territoire et donc les pouvoirs locaux et ainsi d'assurer l'intégrité territoriale. De fait, ce pouvoir central dépend de ses alliances extérieures et ne peut donc être compris qu'à la lumière des relations internationales.

Chez les dirigeants géorgiens, la volonté politique d'indépendance et de souveraineté reposent sur ses appuis externes. Après l'indépendance, cela s'est traduit par l'accélération de l'inclusion du pays dans le concert des nations. Dans les faits, dès l'ère Chevardnadze, plusieurs événements illustrent ce phénomène. S'agissant du secteur de la santé, ces relations privilégiées avec l'Europe et les Etats-Unis se traduisent assez rapidement par des accords bi- et multilatéraux d'aide au développement. Plus tard, ce mouvement s'accélère avec la Révolution des roses qui réalise alors une forme de tutelle américaine. Pour les Etats-Unis, l'implication en Géorgie s'inscrit dans leur volonté plus générale d'avancée géopolitique du « camp de la démocratie et de l'économie de marché »¹⁷ et procède d'une stratégie de type « train and equip » des élites dirigeantes et de la « société civile ». Quant à la Russie, entre volonté impérialiste et préservation des positions historiques, politiques et culturelles qu'elle considère comme traditionnelles, elle continue à faire front aux Etats-Unis à travers ce territoire. Toutefois, les dirigeants politiques et militaires russes semblent rester sur des schémas stratégiques construits pendant la Guerre froide et ne se donnent pas toujours les leviers politiques adaptés au contexte actuel dans ce jeu de rivalité avec les Etats-Unis et plus globalement avec le monde occidental.

^b Cette rivalité se matérialise à travers trois événements majeurs : la lutte anti-terroriste dans la vallée de la Pankissi (à la frontière avec la Tchétchénie), les bases militaires russes encore présentes sur le sol géorgien versus l'avancée de l'OTAN en Transcaucasie, la Révolution de velours et le changement de pouvoir en 2003.

En somme, avec la chute de l'Union Soviétique, l'évolution politique et économique de la Géorgie a été fortement tributaire de deux caractéristiques locales spécifiques. Bien entendu, il ne s'agit pas de voir là une causalité directe et suffisante. Néanmoins, ces facteurs internes méritent d'être pris en compte puisqu'ils ont joué et jouent un rôle majeur dans l'évolution actuelle du pays. D'une part, l'organisation sociale en réseaux, comme réponse et catalyseur de la crise économique, a abouti à plonger le pays dans un état de démodernisation (s'agissant des réseaux de transport, des infrastructures d'approvisionnement énergétique, de certains services publics et des moyens de communication). D'autre part, l'hétérogénéité ethnique, non exempte de pressions externes résultant d'enjeux internationaux, a participé à l'éclatement territorial avec un renforcement, voire une opposition et une autonomisation, de pouvoirs locaux face au pouvoir central (comme dans les cas extrêmes de l'Abkhazie et de l'Ossétie du sud). Il apparaît donc clair, dans cette configuration d'« allure féodale »^c, que la construction du pays ne peut se comprendre qu'au travers des rapports de forces qui existent entre ces divers groupes régionaux et le pouvoir central de Tbilissi. Pour assurer une cohésion sociale et territoriale, le gouvernement doit donc affirmer son autorité face aux régions notamment en s'appuyant sur des alliances extérieures. Par conséquent, les questions de souveraineté et de contrôle des territoires apparaissent comme fondamentales pour l'étude de l'évolution de cet Etat.

II. Projet de gestion de l'épidémie tuberculeuse en Géorgie

II.1. Antécédents historiques ou horizons immédiats

Au cours du XIX^{ème} siècle, une région montagneuse de la Géorgie acquiert une renommée particulière et devient le principal « sanatorium » de l'Empire russe. Construit sous le règne des Romanov, le centre d'Abastumani restera une place unique pour la prise en charge de la tuberculose pendant toute l'ère soviétique. Malgré cette position singulière, les politiques de santé publique géorgiennes dépendaient du Ministère de la santé soviétique, comme dans toutes les autres Républiques socialistes, et la gestion de l'épidémie tuberculeuse ne faisait pas exception. En 1991, avec le démantèlement de l'Union soviétique, les ressources allouées par Moscou aux services de santé sont brutalement interrompues et la situation se dégrade rapidement. Les deux guerres civiles, qui frappent le pays juste après l'indépendance dans les années 1991-93, signent la

^c En qualifiant l'organisation politique du pays de « féodale », on ne cherche pas à émettre un jugement de valeur mais simplement à désigner un mode de rapport de pouvoir, un type de régime politique. Au demeurant, voir dans cette notion une caractéristique archaïsante relativement à une modernité démocratique reviendrait à considérer l'histoire à travers le prisme culturaliste que constitue la notion de progrès.

ruine d'un système de santé déjà à genoux. Parallèlement, la situation épidémiologique s'aggrave. L'incidence de la tuberculose passe de 30 / 100 000 en 1989 à 165 / 100 000 en 1996. Néanmoins, malgré la grave crise économique et sociale dans laquelle le pays est plongé, les autorités géorgiennes vont rapidement trouver les moyens pour relancer une politique de contrôle de cette épidémie. Dès 1995, la Géorgie bénéficie d'un soutien de l'OMS : c'est un des premiers pays dans le monde à recevoir une aide internationale pour la subvention des activités de lutte contre la tuberculose selon la nouvelle stratégie recommandée par l'OMS, le DOTS. Ce premier appui extérieur donne alors les moyens aux autorités de désigner la tuberculose comme priorité de santé publique et de mettre en place son programme national, le « National Tuberculosis Programme (NTP) ». A partir de là, les collaborations entre le gouvernement géorgien et des partenaires étrangers pour la gestion de l'épidémie tuberculeuse vont progressivement se multiplier. L'agence pour la coopération technique allemande, la GTZ (Deutsch Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit), s'engage auprès du gouvernement dès l'année suivante. C'est le début d'une coopération bilatérale entre la Géorgie et l'Allemagne, encore active aujourd'hui. Puis cette tendance va s'accélérer au tournant du siècle avec l'entrée du CICR en 1998 rapidement suivie d'ONG britanniques et américaines et d'agences supra-nationales dont notamment le GFATM^d et la Banque mondiale.

Cette histoire des politiques de contrôle de la tuberculose en Géorgie, dans leurs natures et leurs moyens, depuis l'époque soviétique, apporte des éléments éclairants sur l'économie politique du pouvoir central. L'engagement du gouvernement géorgien dans le contrôle de la tuberculose procède d'alliances plutôt que d'indépendance. Pour les dirigeants nationaux, le choix des options de gestion politique se fait en fonction des volontés des acteurs extérieurs, d'abord dans un axe bipolaire avec Moscou puis dans une influence multilatérale à dominante occidentale. Et cette « subordination » permet aux dirigeants d'avoir les moyens d'appliquer ces politiques sur l'ensemble du territoire. Finalement, l'investissement du gouvernement géorgien dans la lutte contre la tuberculose, le « commitment » qui représente un des points cardinaux de la stratégie DOTS, correspond plus à un engagement durable et réel dans la collaboration, la négociation et l'entente avec des acteurs extérieurs. Les efforts sont focalisés sur la recherche d'alliances autant que sur la préservation de celles-ci, et se désinvestissent d'un engagement autonome. En fait, les dirigeants acceptent certaines dépendances externes seules à même de leur procurer les moyens d'une autorité centrale comme ceux de la réalisation d'un véritable projet politique pour le pays. Depuis l'adoption de la stratégie DOTS en 1995, les activités de contrôle de la maladie dans le pays sont très majoritairement le fait d'options et de moyens extérieurs. S'agissant des options, si

^d GFATM, Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria.

au niveau local ces modes de gestions rencontrent encore certaines réticences, signe d'une persistance de la confrontation entre « modèle soviétique » et « modèle occidental », la conversion des dirigeants nationaux aux perspectives occidentales est radicale. Quant aux moyens, l'aide extérieure permet d'alléger largement la charge économique de ces services, charge que le gouvernement ne pourrait du reste pas assumer seul^e. De fait, la situation actuelle, avec une stratégie DOTS couvrant tout le territoire, une régression lente mais régulière des taux d'incidence et de prévalence et une « modernisation » croissante du NTP, résulte bien d'une politique de coopération avec l'extérieur.

II.2. Projet de contrôle de la tuberculose et espaces politiques du gouvernement géorgien

Au début des années 2000, la politique de gestion de la tuberculose en Géorgie montre des résultats contrastés. Malgré l'application de la stratégie DOTS sur l'ensemble du territoire, l'épidémie progresse. Les responsables géorgiens et les acteurs des agences extérieures désignent assez unanimement trois limites majeures auxquelles doit faire face le NTP : (1) une absence d'intégration des services médicaux de prise en charge de la tuberculose dans le système général de soins, (2) la persistance d'anciens schémas soviétiques dans la population comme chez les dirigeants régionaux et une réticence à abandonner l'isolement des patients dans des structures spécialisées, et (3) le poids de l'épidémie de tuberculose résistante qui mine en partie les efforts investis dans les programmes de première ligne.

Toutefois, les années 2003 et 2004 semblent marquer un tournant. On retrouve dans le gouvernement une volonté affichée de relance des activités de contrôle de la tuberculose. Les objectifs officiels principaux sont l'intégration des services du NTP dans le système de soins primaires d'une part, et l'extension du NTP par la mise en place d'un programme de prise en charge des formes résistantes de la tuberculose d'autre part. De nombreux événements témoignent de cette nouvelle orientation politique dont le développement du « New National Tuberculosis Control Plan, le NTCP » par le Ministère de la Santé en collaboration avec les partenaires étrangers (comme le proposent les dernières recommandations de l'OMS).

Ce regain d'investissement dans la gestion de l'épidémie s'inscrit dans un mouvement politique plus large. Le changement de pouvoir suite au renversement de Chevardnadze en novembre 2003 a transformé les relations entre la Géorgie et la communauté internationale. Cet événement a permis la reprise en main du pouvoir par une jeune génération de dirigeants géorgiens de formation majoritairement occidentale – et donc déjà insérés dans des « réseaux de

^e Les dépenses de santé en Géorgie étaient de 10 USD per capita en 2001 (l'OMS recommande 60 USD). Pour la tuberculose, ces dépenses chutent à 0,21 USD per capita, ce qui est très faible.

solidarité » tissés en Europe et aux Etats-Unis - d'une part, et d'autre part, un renforcement important du soutien accordé par l'administration Bush au nouveau président Saakachvili. Dans ce contexte, on assiste alors à l'émergence d'un intérêt des agences internationales d'aide au développement pour le pays. En pratique, cela se traduit par une relance de la coopération et de l'assistance internationale. S'agissant des activités de contrôle de la tuberculose, on constate ces mêmes forces convergentes à l'œuvre avec d'un côté un nouveau gouvernement manifestant des signes tangibles de relance des activités et de l'autre, rejoignant ce « main stream » irrésistible, des agences internationales réinvestissant le terrain avec entre autres, l'OMS, la Banque mondiale, le Global Fund et diverses ONG.

Face à cette nouvelle option politique de relance des efforts de lutte contre la tuberculose, on peut se demander quels sont les mécanismes en jeu et quels sont les espaces dans lesquels ces événements se déroulent. De façon immédiate, la Géorgie semble être dans un rapport de dépendance multilatérale avec l'étranger, situation que l'on peut rapprocher de la notion de « protectorat globalisé », introduite par Boris Pétric à propos du Kirghizstan¹⁸. Le poids des acteurs extérieurs réalisent des formes de pressions influençant les choix et les décisions des dirigeants politiques géorgiens dans la construction de cette politique nationale.

Toutefois, ces pressions relatives à la conditionnalité de l'aide sanitaire et du développement ne sont pas les seules forces contraignant le gouvernement. Elles participent d'un ensemble plus complexe à l'intérieur duquel les dirigeants géorgiens doivent composer pour construire leur politique. En déplaçant notre regard vers des phénomènes plus « internes » ou « propres » au pays, on voit émerger deux autres champs de force ou de pressions significatives pour le gouvernement : les enjeux sociaux et les enjeux relatifs à l'affirmation du pouvoir central et à l'intégrité territoriale.

Les réalités quotidiennes de cette épidémie dans la population sont à l'origine d'un mouvement social de revendication et de contestation auquel doit faire face le gouvernement. De nombreux événements au cours de l'année 2005 ont contribué à forger un climat social tendu fragilisant le pouvoir en place. De fait, on note l'impact de cette situation dans les discours et les pratiques élaborés par les dirigeants géorgiens. Pour l'ensemble des membres du gouvernement, ces événements les confirment dans une détermination politique comme en témoignent la multiplication de leurs sollicitations auprès de leurs collaborateurs étrangers tout autant que les efforts, les concessions qu'ils accordaient en retour.

A côté de cette question sociale, les dynamiques de géopolitique interne jouent également un rôle dans le domaine des politiques de santé publique. Après l'indépendance, le système de

soins géorgien, autrefois totalement intégré dans le système fortement centralisé soviétique, rentre dans un processus de décentralisation procédant d'une perte de contrôle par le pouvoir central associée à une réappropriation des ressources par les responsables régionaux. De fait, si la politique centrale de gestion de l'épidémie tuberculeuse, à savoir le DOTS, n'a pas encore véritablement été mis en œuvre au niveau régional c'est certes par manque de moyens mais aussi par des formes d'opposition des autorités régionales quant aux options de Tbilissi. En revanche, dans la plupart des cas, ces oppositions ne sont pas définitives. Les rapports de pouvoir sont en quelque sorte négociables. On pourrait évoquer ici la notion d'« économie morale » d'Edouard Thompson¹⁹ comme dimension participant des codes de relation de pouvoir ; dimension que l'on peut au demeurant également évoquer dans le cadre de la relation entre la population et l'autorité. Un des leviers mobilisables par le pouvoir central afin d'asseoir sa souveraineté sur les régions consiste en sa capacité à apporter un soutien aux autorités locales. Et finalement, le plus souvent, le pouvoir central trouve les moyens d'assurer un tel soutien par ses appuis sur des alliances extérieures.

Le gouvernement doit donc faire la preuve de sa capacité à gouverner. Dans le champ de la santé, cela se traduit par sa capacité à assurer un service public. Le budget national restant fragile, cette capacité reposant sur des moyens financiers est par conséquent tributaire des aides extérieures. On comprend ainsi la stratégie du gouvernement consistant en une recherche d'alliances extérieures et une mise à profit des mannes financières puisqu'en redistribuant ces aides sur les régions, il affirme sa souveraineté. Les dirigeants géorgiens sont dans la négociation : il s'agit pour eux d'obtenir des aides extérieures leur donnant les moyens de leur politique. Et ces moyens se définissent pour ces dirigeants aussi bien en termes purement matériels qu'en termes de pouvoir face aux différentes factions locales, autrement dit en termes de pouvoir central à établir sur le reste du pays.

En somme, diverses logiques contextuelles président à la configuration d'un agencement particulier à l'intérieur duquel le gouvernement construit sa politique actuelle de santé publique sur la question de la tuberculose. De façon analytique, on peut distinguer trois grands ensembles de logiques que le gouvernement doit prendre en compte dans cette entreprise. D'abord, les logiques propres aux réalités sociales de la tuberculose : l'impact de l'épidémie dans la population génère une demande sociale dont les manifestations les plus récentes ne peuvent être impunément ignorées par le gouvernement. Ensuite, les logiques procédant de l'économie géopolitique du pays : la configuration de « féodalisme moderne » impose au gouvernement des stratégies spécifiques pour l'affirmation de sa souveraineté. Enfin, des logiques internationales

rentrant dans le cadre de la « globalisation » : la tuberculose n'est alors qu'un élément à l'intérieur d'un complexe plus vaste d'enjeux géopolitiques internationaux. A travers la question de l'épidémie tuberculeuse se jouent des questions d'affrontements idéologiques comme la rivalité est-ouest, les entreprises d'expansion de l'économie de marché ou encore les idéologies sanitaires occidentales. Toutefois, même si ces logiques internationales font de la Géorgie un « laboratoire », voire un « cheval de Troie », dans les perspectives occidentales qui prennent concrètement forme à travers l'investissement du terrain par les gouvernements, notamment celui des Etats-Unis, et par les agences d'aide au développement, le pays et sa construction politique ne peuvent être réduits à ces phénomènes. D'autres logiques contraignent le gouvernement et finalement, à l'intérieur de ces dépendances multiples réalisant de véritables pôles de forces attractives, la construction politique procède d'une certaine autonomie. Ces champs de forces sont des réalités chacune différente et la politique se construit à l'intersection de ces différentes réalités et donc dans un agencement composant une réalité propre qui est celle du gouvernement et non plus celle des acteurs étrangers ou celle d'une population ou encore celle de pouvoirs locaux. C'est à l'intérieur de cette réalité que le gouvernement établit un projet politique pour le pays dans une forme d'autonomie partielle mais réelle, autrement dit, selon une certaine marge de manœuvre, ou plus exactement dans un certain espace de potentialité. Et sa stratégie, c'est le consensus négocié. En Géorgie, la construction politique du pays et une certaine forme d'autonomie nationale s'envisagent dans le cadre d'une certaine dépendance extérieure. L'articulation entre ces deux tendances opposées passe par cette stratégie du « consensus négocié ».

CONCLUSION

Revenons sur notre problématique de départ : la formulation, l'adoption et la mise en place d'une politique de santé publique pour la gestion de l'épidémie de tuberculose en Géorgie par la collaboration entre des partenaires nationaux et étrangers. Comme on l'avait évoqué dans l'introduction, cette question de construction du politique se trouve au carrefour de deux domaines, le sanitaire et le développement. Puisque cette étude nous a permis, par un jeu d'échelle, de suivre, en parallèle, des courants d'idées et des pratiques effectives, il semble intéressant de reformuler notre problématique et ainsi se demander quels types de cohérences s'établissent entre et autour de ces processus d'élaboration de politiques de santé et de développement.

S'agissant du sanitaire, l'étude met à jour la complexité des déterminants en jeu dans la construction de cette politique de gestion de l'épidémie tuberculeuse. Ces logiques ne se réduisent pas à des dimensions de rationalité biomédicale et d'éthique. Les choix politiques du gouvernement géorgien sur cette question de tuberculose ne s'élaborent pas seulement dans un espace de « rationalité scientifique » et en dehors d'une application pratique mais par l'interaction entre différents « espaces politiques ». Des logiques financières, de pouvoir et de souveraineté, et idéologiques opèrent des influences déterminantes dans l'établissement de cette politique. Il semble finalement que les mécanismes à l'œuvre soient avant tout d'« ordre politique ». Autrement dit, les objectifs sont politiques, il s'agit d'abord de gestion d'une société, de mise en forme d'un certain ordre social ; et les moyens le sont également, puisqu'ils procèdent d'une balance ou d'une mise en équation de divers déterminants couvrant l'ensemble de l'organisation sociale et intervenant selon des influences variées. Dans ce cas, une spécificité des politiques de santé publique ne semble pas se trouver dans ses modes de production ; cette spécificité serait peut-être plutôt à chercher du côté de ses formes de déterminations concrètes. Dans les différents espaces où opèrent les acteurs, les logiques et les idées circulent sur des formes matérielles locales et ne sont donc appréhendées par ces acteurs qu'au travers de perceptions concrètes et singulières ou de mises en forme pratiques. C'est donc peut-être là que se joue la spécificité du sanitaire, dans ce que l'on pourrait désigner, en reprenant la notion de « dispositif des maladies » introduit par Yannick Jaffré²⁰, comme les « dispositifs des épidémies ». Autrement dit, parmi l'ensemble des logiques politiques à l'œuvre, les processus de construction permanente d'un ordre social sanitaire procéderaient spécifiquement de l'interaction entre une matérialité spécifique, celle d'un « corps social épidémique », et des représentations et des savoirs sanitaires. Ces croisements d'idées sur des territoires matériels permettraient de définir des espaces de potentialités expliquant alors la « diversité des conduites d'acteurs partageant pourtant les mêmes conceptions ».

Dans le champ du développement, se profile également cette dimension de multiplicité des logiques en jeu. Le gouvernement géorgien s'inscrit assez globalement dans la perspective occidentale en matière de contrôle de la tuberculose, du moins par sa position officielle immédiate. Il s'appuie donc sur un discours normatif qui prétend apporter une explication, un commentaire rationnels à la prise en charge de cette question sanitaire. Autrement dit, la gestion politique de l'épidémie tuberculeuse s'énonce selon une mise en équation à partir du champ de connaissances scientifiques de la santé publique. Pourtant, au-delà de ce discours formel, qui représente au demeurant un premier niveau d'appréhension de cette question par les acteurs, c'est

dans des réalités plus complexes que cette politique se construit. L'éclairage de l'épaisseur du réel permet de sortir d'un schéma de causalité immédiate pour révéler les différentes forces à l'œuvre dans cette élaboration sous la forme d'un ensemble de mouvements concomitants. Depuis l'indépendance, la Géorgie n'est plus dans un rapport de type « unilatéral » que pouvait réaliser le régime soviétique. Le pays est désormais inclus dans le vaste champ de force que représente la « globalisation », avec tous les enjeux géopolitiques que cette configuration détermine dans la région. Et la question de gestion de la tuberculose, si elle a ses propres logiques, n'en est pas moins incluse dans un ensemble plus vaste de dynamiques internationales. C'est alors dans un processus de politique négociée et de recherche de consensus que le gouvernement tente de s'appuyer sur ces forces externes pour négocier ses impératifs internes. Le projet politique du gouvernement se construit donc dans une forme de conciliation entre les nécessités extérieures et intérieures.

De fait, là encore, la diversité des dynamiques à l'œuvre ne permet pas de réduire les choix politiques du pays à un « guidage occidental structuré ». La construction politique étudiée s'organise de façon spécifique parce qu'elle est élaborée dans un contexte particulier. La multiplicité des influences tout autant que les contingences locales président alors conjointement à l'aménagement d'une forme d'autonomie dans un espace de dépendances multiples. Aussi, les acteurs et les groupes d'acteurs locaux et étrangers ne peuvent plus être considérés comme les champions d'idéaux ou de politiques propres s'affrontant dans des arènes à l'occasion de joutes logomachiques. Les acteurs s'inscrivent dans des formes de localités, dans des ensembles de réalités combinant matérialités et idées et les négociations correspondent alors plus vraisemblablement à une recherche de formes de compréhension mutuelle malgré des appartenances différentes. Autrement dit, il s'agit d'établir des consensus négociés, formes de liens entre des espaces contigus.

S'agissant des questions de développement et, plus largement de globalisation, cette politique sanitaire de gestion de l'épidémie tuberculeuse en Géorgie met en lumière ces phénomènes de rencontres entre différentes réalités produisant du changement. A travers l'histoire de la politique de contrôle de la tuberculose de la Géorgie se dessine la phase de transition du pays ou son entrée dans une ère post-soviétique. En effet, deux notions caractéristiques de l'organisation de la société géorgienne, les réseaux de solidarité et des rapports de pouvoirs organisés sur un modèle de type féodal, jouent un rôle majeur dans l'évolution du pays depuis la chute du régime soviétique en 1991. Il faut préciser que cette configuration sociale s'inscrit dans une histoire longue du pays. Autrement dit, ces composantes sont des formes de permanences même si la parenthèse soviétique leur avait donné des couleurs différentes.

C'est à partir de la prise en compte de cette organisation sociale singulière que l'on peut comprendre les processus à l'œuvre dans la phase de transition du pays. En d'autres termes, c'est dans cet agencement social caractéristique que viennent se superposer des éléments de conjoncture nouveaux. Inclus dans l'Empire soviétique, le pays était pris dans une relation de type unilatéral. Toutefois, depuis l'indépendance, la Géorgie a été insérée, de facto, dans la mondialisation et se trouve désormais dans le jeu d'influences externes multiples, notamment occidentales. Ces influences réalisent en quelque sorte l'intrusion d'une « modernité politique », ou plus exactement de nouvelles options politiques, comme la possibilité de nouveaux modes d'alliances avec la Russie et les autres pays caucasiens ou encore, et selon une valence bien plus importante, la possibilité de conversion aux idéaux politiques occidentaux.

Finalement, un peu comme dans l'étude de Maurice Agulhon sur la conversion de la population varoise à la modernité politique pendant la première moitié du XIX^e siècle²¹, dans le cas de la Géorgie, l'évolution de la situation géopolitique internationale, en ses étapes successives, - chute du communisme puis « invasion occidentale » sous couvert d'entreprise de développement -, fournit à l'histoire de la phase de transition du pays les éléments de conjoncture, tandis que les phénomènes sociaux, - l'organisation en réseaux de solidarité et le système de type féodal -, propres à la société géorgienne, en sont la base structurelle. L'étude de cette politique sanitaire montre que la construction et l'évolution de la politique du pays ne peuvent pas s'envisager dans un schéma vertical selon lequel les influences directes d'une élite dirigeante, à savoir en simplifiant, les organes de la gouvernance mondiale, s'exerceraient directement sur un gouvernement géorgien dominé et sans marge de manœuvre mais plutôt comme la rencontre entre des options politiques et idéologiques définies dans l'espace politique de la santé internationale et du développement et donc à forte composante occidentale d'une part, et d'autre part, une configuration locale particulière faite de ses propres contraintes et logiques. Le gouvernement n'est pas subordonné à une élite dirigeante occidentale, il compose avec ce qui ne sont rien de plus que des forces ou des contraintes externes et dans l'intelligence de ses contraintes internes. Ainsi, l'adoption assez rapide et assez unanime par le gouvernement géorgien des modèles occidentaux en matière de gestion sanitaire de l'épidémie tuberculeuse au détriment du modèle soviétique ne se joue pas seulement sur une rationalité biomédicale et idéologique, mais sur un ensemble de nécessités auquel contraint l'exercice d'une souveraineté. Le pouvoir central de Tbilissi doit sans cesse réaffirmer son autorité sur les pouvoirs régionaux. Un des principaux leviers des dirigeants du pays est la recherche d'appuis extérieurs : et dans le cas du sanitaire, ces alliances lui assurent une légitimité en lui donnant les moyens d'asseoir une politique de santé publique en redistribuant l'aide sanitaire internationale ; légitimité qui semble largement

reposer sur la notion d'économie morale²² de la population géorgienne comme des élites dirigeantes locales.

Bref, l'étude de l'élaboration de cette politique de santé met en évidence la coexistence de mouvements appartenant à des significations différentes et d'évolution ou de temporalité différentes, ne se modifiant pas mutuellement de façon immédiate mais, présents ensemble, créant l'espace du changement.

¹ Atlani-Duault L. « Les ONG locales, vecteurs de "bonne gouvernance" dans le second monde? », in Les ONG, médiations politiques et globalisation. *Journal des anthropologues*. 2003 ; 94-95 : 183-190.

² WHO. Official Records of the World Health Organization, No. 5. annex 24: 137-138. Geneva: WHO, 1947. WHO. Recueil des Résolutions et Décisions de l'Assemblée mondiale de la Santé et du Conseil exécutif. Volume I, 1948-1972. Résolution WHA1.19, juillet 1948 et Résolution WHA1.20, mars 1949. Geneva : WHO, 1973, 85. WHO. Recueil des Résolutions et Décisions de l'Assemblée mondiale de la Santé et du Conseil exécutif. Volume I 1948-1972. Résolution EB1.R2, juillet 1948. Geneva : WHO, 1973, 86.

³ WHO. Primary Health Care: report of the International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata, USSR, September 1978. WHO: Geneva, 1978. WHO. Thirtieth World Health Assembly. Resolutions and Decisions. Resolution WHA 30.43. Geneva: WHO, 1977.

⁴ World Bank. World development report 1993: Investing in health. New York: Oxford University Press, 1993, 1-225. WHO. Investing in health research and development. Report of the Ad-hoc Committee on health research relating to future intervention options. Geneva: WHO, 1996. Kochi. The global tuberculosis situation and the new control strategy of the WHO. *Tubercle* 1991; 72: 1-6.

⁵ Ogden, Walt, Lush. The politics of „branding“ in policy transfer: the case of DOTS for tuberculosis control. *Soc Sci Med*. 2003; 57: 179-188.

⁶ WHO. Global Tuberculosis Programme. Report of the Ad-hoc Committee on the tuberculosis epidemic. London, March 17-19, 1998. Geneva: WHO, 1998.

⁷ WHO. Stop TB Initiative : Tuberculosis and Sustainable Development. Report of a Conference. Amsterdam, March 2000. Geneva: WHO, 2000.

⁸ WHO. Fifty-Third World Health Assembly. Resolutions and Decisions. Resolution WHA 53.1. Geneva: WHO, 2000.

⁹ WHO Global Tuberculosis Programme and UNAIDS. Policy statement on preventive therapy against tuberculosis in people living with HIV. Geneva: WHO, 1998.

¹⁰ Espinal, Raviglione, Kochi. Rational DOTS plus for the control of MDR-TB. *Int J Tuberc Lung Dis*. 1999; 3: 561-563.

¹¹ Radvanyi J. Les Etats postsoviétiques. Identités en construction, transformations politiques, trajectoires économiques. Editions Armand Colin : Paris, 2004.

¹² Olivier de Sardan J.P. Le « développement participatif » : ni solution miracle ni complot néolibéral, dans L'Etat en Afrique : entre le global et le local. *Afrique contemporaine*. 2001 ; 199 : 148-156.

¹³ Atlani-Duault L. Au bonheur des autres. Anthropologie de l'aide humanitaire. Société d'ethnologie : Nanterre, 2005.

¹⁴ Balivet T. Géopolitique de la Géorgie. Souveraineté et contrôle des territoires. L'Harmattan : Paris, 2005.

¹⁵ Charachidzé G. « Le Caucase, un monde à part », in Russie, peuples et civilisations. Sous la direction de Ferro et Mandrillon. Editions La Découverte : Paris, 2005.

¹⁶ Ferro M. « La politique des nationalités », in Russie, peuples et civilisations. Sous la direction de Ferro et Mandrillon. Editions La découverte : Paris, 2005.

¹⁷ Guilhot N. Les professionnels de la démocratie. Logiques militantes et logiques savantes dans le nouvel internationalisme américain. *Actes de la recherche en sciences sociales*. 2001 ; 139 : 53-65.

¹⁸ Pétric B. Post-soviet Kyrgyzstan or the birth of a globalized protectorate. *Central Asia Survey*. Civil society in Central Asia and the Caucasus. 2005; 24 (3).

¹⁹ Thompson E. The moral economy of the english crowd in the eighteenth century. *Past and Present*. 1971; 50: 76-136.

²⁰ Jaffré Y, Olivier de Sardan JP. La construction sociale des maladies. Les entités nosologiques populaires en Afrique de l'Ouest. Presses Universitaires de France : Paris, 1999.

²¹ Agulhon M. La République au village. Editions du Seuil : Paris, 1979.

²² Thompson E. op. cit.