



QUELLE PLACE POUR LA MÉDECINE DANS LA SANTÉ INTERNATIONALE DE DEMAIN ?

Marie-Anne Moulin

► To cite this version:

Marie-Anne Moulin. QUELLE PLACE POUR LA MÉDECINE DANS LA SANTÉ INTERNATIONALE DE DEMAIN ?. Mondes et Cultures, 2020, pp.33-40. hal-03511968

HAL Id: hal-03511968

<https://hal.science/hal-03511968>

Submitted on 4 Feb 2022

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.

QUELLE PLACE POUR LA MÉDECINE DANS LA SANTÉ INTERNATIONALE DE DEMAIN ?

par Anne-Marie MOULIN
(ASOM)



Anne-Marie Moulin © Delphine Fagot Rufenacht pour l'ASOM

À l'heure de l'avènement proclamé de la Santé globale, substituée à la Santé internationale, on peut légitimement se poser la question du poids de la médecine dans cette reformulation. Cette question m'amène à revenir rapidement sur l'histoire des changements survenus, de la Renaissance à nos jours, pour mieux comprendre les présupposés d'une santé désormais dénommée « globale » (1). Elle est plus qu'un avatar de la santé internationale qui mettait en jeu les relations entre les pays. Admise officiellement comme une innovation et un progrès, la nouvelle terminologie entend ambitieusement rebattre les enjeux politiques et sociaux et faire bouger les frontières. Mais ce caractère global ne manifeste-t-il pas avant tout la prépondérance du point de vue économique, sur l'aspect médical ? Il importe par conséquent de bien examiner les circonstances dans lesquelles s'est imposée cette terminologie.

(1) Dominique Kerouedan a écrit une excellente synthèse sur le sujet : « La santé globale, nouveau laboratoire de l'aide internationale ? *Revue Tiers-Monde*, 2013, 215, 111-127.

Pourquoi revendiquer la pertinence du point de vue médical à propos de la Santé Globale ? Certes la santé possède de multiples composantes non médicales *stricto sensu*. Mais avec l'adoption du concept de santé globale, le déploiement de la science politique et économique a abouti à la constitution d'un panorama institutionnel, où la recherche et l'obtention de financements sont prioritaires et semblent parfois faire oublier les finalités essentielles à la médecine, améliorer tant l'état de santé des individus (médecine clinique) que celui des collectivités (santé publique). D'où la question : quelle place pour le médical dans la Santé globale, telle qu'elle apparaît à l'horizon du troisième millénaire ?

La panique actuelle autour du coronavirus Covid-19 a redonné de façon inattendue la parole aux médecins, peut-être est-ce un indice, dans le public, d'un besoin de parole « scientifique » ou de parole « vraie », sur laquelle les hommes politiques annoncent régler leurs décisions, tout en avouant leur inquiétude du contrecoup économique des mesures adoptées, qui appelle un diagnostic et un pronostic d'une toute autre nature que ceux des professionnels de santé.

L'épidémie qui est déjà une pandémie (2), même si elle n'est pas encore officiellement appelée telle, mais elle répond déjà à un de ses critères – toucher trois continents – met en jeu et en tension les relations internationales, en instaurant une restriction des voyages, des déplacements et des échanges à grande échelle. Ces décisions sont prises par les gouvernements sur leur territoire en raison de leur souveraineté, mais en se conformant aussi aux règles édictées par l'accord international de 2005, auquel ont adhéré la plupart des pays représentés à l'Assemblée mondiale de la Santé. C'est l'occasion de revenir sur ce que représente le passage de la santé internationale à la Santé globale.

Les épidémies du passé : leur signification et leur gestion internationale

Le fantôme du passé, la peste médiévale, la Peste noire, qui est apparue au ^{xiv}^e siècle, plane aujourd'hui sur l'actualité du Covid-19 et le retour des quarantaines (3). N'oublions pas que la peste a continué de sévir en Europe jusqu'à l'épidémie de Marseille en 1720, et qu'à l'heure actuelle elle fait encore des ravages à Madagascar qui rassemble le plus grand nombre de cas dans le monde.

À l'arrivée de la peste, initié par les villes de Raguse et de Venise, un système de quarantaine s'est mis en place et a été adopté par les cités italiennes, alors à leur apogée, et par la plupart des villes de la Méditerranée. La surveillance sanitaire des épidémies au Levant est exercée par les consuls européens, souvent eux-mêmes médecins, qui délivrent des passeports sanitaires (4) (patentes « brutes » ou « nettes ») aux bateaux qui font le commerce entre les deux rives.

(2) Rappelons que cette communication a eu lieu le 5 mars 2020, donc avant la déclaration officielle de la pandémie.

(3) AM Moulin, Quarantaines, le retour du refoulé, *L'Histoire*, 2020, 470, 2-4.

(4) Expression qui a reparu récemment.

Cette épidémie médiévale, comme celles qui viendront après elle, pose les deux questions de sa signification et de sa gestion. Deux questions qui n'ont pas perdu de leur pertinence aujourd'hui, même si les réponses ont varié considérablement au cours du temps.

1 La signification des épidémies

L'épidémie reflète-t-elle un châtement divin, la colère de Dieu ? Résulte-t-elle des perturbations astrales et météorologiques naturelles auxquelles le monde « sublunaire », comme disent les aristotéliens, est soumis ? Ce cadre conceptuel qui pourrait engendrer le fatalisme dans les esprits n'empêche pas les conseils sanitaires, une administration rodée dès le xv^e siècle, de réagir et de donner leur place aux médecins. Ces derniers, même s'ils participent à la dévotion de leurs contemporains, n'en proposent pas moins des remèdes et prodiguent des soins, s'ils ne se sont pas dérobés à leur devoir en fuyant, ce qui leur est interdit officiellement par ces mêmes conseils qui prévoient des sanctions en cas de désertion.

La santé internationale, à cette époque, est symbolisée et concrétisée par le chapelet de lazarets situés dans des paysages grandioses au bord de la Méditerranée. Sur la rive nord, la peste de Marseille sera la dernière en 1720, mais la rive sud connaîtra des épisodes plus tardifs comme à Tunis en 1911, ou à Oran en 1945, ce dernier inspira le roman d'Albert Camus, *La Peste*, publié en 1947.

À partir de la deuxième moitié du xix^e siècle, la santé internationale s'entend essentiellement comme lutte contre le choléra, dans une Europe touchée par les pandémies successives de 1816, 1826, 1846, 1863, 1883, 1899 (cette dernière dure jusqu'en 1922). Dans le contexte de la colonisation et du déclin de l'empire ottoman, la diplomatie internationale intervient à des frontières situées loin des centres vitaux de l'Europe. Pas moins de dix conférences internationales se sont tenues à partir de 1852, jusqu'à la Première Guerre mondiale, dominées par la préoccupation de contenir le choléra. Dans ces conférences, des médecins siègent avec les diplomates comme représentants des grandes nations européennes – Angleterre, Allemagne, Autriche-Hongrie..., comme le Dr Adrien Proust, le père de l'écrivain (5). Mais d'autres personnages jouent aussi un rôle de premier plan, les *Médecins du Prince* (6), qui se sont mis au service des souverains en Perse, en Égypte et dans l'empire ottoman, et qui siègent dans des institutions comme le Conseil quarantenaire d'Alexandrie : celui-ci, fondé en 1865, a disparu après la Deuxième Guerre mondiale, en 1948 (7).

La signification de l'épidémie, qui préoccupe les médecins, est avant tout celle de sa propagation, pour laquelle deux mécanismes soi-disant

(5) Daniel Panzac, *Le docteur Adrien Proust, père méconnu, précurseur oublié*, Paris, L'Harmattan, 2003.

(6) Anne-Marie Moulin, *Le Médecin du Prince*, Odile Jacob, Paris, 2010.

(7) Sylvia Chiffolleau, *Entre initiation au jeu sanitaire international, pouvoir colonial et mémoire nationale, Le Conseil quarantenaire d'Alexandrie (1885-1938), Figures de la santé en Égypte, Égypte Monde arabe*, Mathieu Fintz, Anne-Marie Moulin et Saadia Radi eds., 2007, 4, 55-74.

opposés voire contradictoires, sont proposés et polarisent un long débat. D'un côté, il y a l'infection, due aux miasmes ou particules aériennes émanant des eaux stagnantes et des immondices, ou « fomites » (8). D'autre part, il y a la contagion, entendant par là un contact direct entre les corps ou indirect via des objets comme des marchandises.

Cette distinction a perdu sa raison d'être avec la découverte et l'incrimination des microbes (bactéries), présents dans l'air et dans l'eau *comme* dans les humeurs et les déjections des individus. Infection et contagion sont devenues les deux arcs-boutants de la raison épidémiologique qui enterre un débat considéré désormais comme dépassé (par exemple, de nos jours on considère que le covid-19 peut se transmettre par contact direct avec des personnes (poignée de mains) ou des objets infectés ou encore dans l'air (rôle des postillons, les « particules de Pflûgge », à distance).

Mais les débats médicaux sur les mesures à prendre au niveau international sont biaisés par d'autres considérations, celles-là non médicales. L'empire britannique tient avant tout à conserver la libre pratique des échanges, cruciale pour son immense empire, et les débats voient s'affronter des intérêts divergents. Seul le pèlerinage de la Mecque, considéré au cours de la deuxième partie du XIX^e siècle comme la source des grandes épidémies de choléra, fait l'unanimité des Occidentaux pour sa surveillance et l'organisation des quarantaines (9) : le lazaret d'El Tor, construit dans le Sinaï, au bord de la mer Rouge, en 1897, a donné son nom à la souche du vibrion cholérique identifié en 1905. En cas d'épidémie, la Grande-Bretagne s'arroge le droit d'interdire le pèlerinage à ses sujets indiens musulmans. (Cela rappelle l'interdiction du pèlerinage, en 2015, par l'Arabie saoudite, pour les ressortissants de la zone d'Ébola.)

2. La gestion des épidémies

Après la Deuxième Guerre mondiale, la santé internationale dessine un profil différent avec la création de l'OMS en 1947. Au sortir du carnage, l'OMS entend promouvoir à travers les cinq continents le droit universel de l'Homme à la santé dans la définition large qu'elle en a donné en 1948. Avec les indépendances augmente le nombre des États membres à l'Assemblée mondiale de la santé. Nonobstant les inégalités de fait entre ses membres, l'Assemblée ambitionnait de fonctionner comme un véritable parlement sanitaire édictant des règlements inspirés par la science médicale et ayant force de lois. Son échec dans la mise au ban des biberons (10), face à l'opposition des firmes vendant les laits en poudre, a marqué un premier retrait par rapport aux espérances initiales d'une approche mondiale transcendant les intérêts particuliers.

(8) Ce terme savant qui évoque l'étincelle qui peut allumer un brasier a récemment reparu dans les journaux scientifiques (surtout anglophones) au sens d'objet contaminé.

(9) Sylvia Chiffolleau, *Le voyage à la Mecque. Un pèlerinage mondial en terre d'Islam*, Belin, Paris, 2017 ; Luc Chantre, *Se rendre à la Mecque sous la Troisième République, Contrôle et organisation des déplacements des pèlerins du Maghreb et du Levant entre 1880 et 1939*, *Cahiers de la Méditerranée*, 2009, 78, 202-227.

(10) Yves Beigbeder, *L'Organisation Mondiale de la Santé*, Genève, PUF, 1995, réédité en 2015.

Certains considèrent que comme la Croix-Rouge pendant la Deuxième Guerre mondiale (11) mais pour des raisons différentes, la dépendance des membres de l'OMS vis-à-vis de leurs gouvernements entrave le déploiement de l'aide aux populations en danger. À l'ère de la guerre froide entre Américains et Soviétiques, les pays du Tiers-monde (appellation apparue en 1952) montrent un décalage choquant des statistiques de morbidité et de mortalité (maternelle et infantile, par exemple) par rapport aux pays dits développés. Des organisations non gouvernementales, les ONG, apparaissent dans le champ de la santé internationale, parmi lesquelles Médecins sans frontières (12), créé en 1971, qui se verra attribuer le prix Nobel de la paix en 1999.

Les ONG sont venues sur le terrain de la santé compenser les insuffisances tant des grandes puissances que des gouvernements locaux du Tiers-monde. L'aventure des *French Doctors* est emblématique d'un nouveau type de structure initialement marquée par la prépondérance de l'élément médical, l'improvisation et l'adaptation au terrain de ses militants, le bénévolat des médecins et le financement grâce à la « charité publique » et au développement de réseaux de donateurs.

À la conférence organisée par l'OMS à Alma-Ata (Almaty) au Kazakhstan en 1978, un nouveau modèle de système de soins est proposé spécifiquement pour le Tiers-monde : il est fondé sur les soins de santé primaire au dispensaire, structure légère et peu onéreuse, bénéficiant d'innovations médicales ou présentées comme telles, comme le package des sels de réhydratation destiné aux enfants atteints de diarrhées, et les vaccins. Les hôpitaux sont jugés trop dispendieux, et le primat est à la prévention.

Mais cette médecine pour les pauvres n'a pas tenu la route longtemps. Les dispensaires, insuffisamment fournis en médicaments et en personnel, ne donnent pas satisfaction à leur public. À noter au passage que le congrès d'Alma Ata a été présenté comme un « chant du cygne » du système de santé soviétique, mais il a aussi emprunté au discours chinois sur « les médecins aux pieds nus », partie intégrante du programme maoïste pour la santé du peuple. Mais, selon certains historiens chinois contemporains, la promotion des guérisseurs locaux dans les « communes autonomes » ne revient pas à une valorisation de la tradition de la médecine chinoise. Les lettrés connaissant les textes classiques n'auraient jamais soigné le peuple. Ce n'est que parmi les élites urbaines qu'ils ont infusé un certain style de vie et de pensée (13). Le médecin aux pieds nus serait en fait un autodidacte qui, appuyé par le parti, aurait plutôt reçu de l'État quelques médicaments occidentaux comme les antibiotiques. Il aurait finalement, contrairement

(11) Jean-Claude Favez, *Une mission impossible, Le CICR, les déportations et les camps de concentration nazis*, Payot, Lausanne, 1988.

(12) Olivier Weber, *French Doctors, L'épopée des hommes et des femmes qui ont inventé la médecine humanitaire*, Robert Laffont, Paris 1999.

(13) Fang Xiaoping, From union clinics to barefoot doctors : healers, medical pluralism, and state medicine in Chinese villages, 1950–1970, *Journal of Modern Chinese History*, 2, 2, 2008, 221-237 ; Fang Xiaoping, Introduction, *Barefoot Doctors and Western Medicine in China*, University of Rochester Press, 2012. p. 1-19.

aux idées reçues, contribué au déclin voire à la disparition des pratiques médicales ancestrales.

Dans les années qui suivent, le modèle russo-chinois se voit déplacé par une réflexion économique internationale sur le coût de la santé et la viabilité financière des structures sanitaires. En 1987, la conférence de Bamako (14) prévoit une contribution minimale des usagers au système de soins, afin d'alimenter un fonds de roulement permettant d'acheter du matériel. La gratuité des soins est accordée après délibération de la « communauté », une référence politique au local, qui ne cessera désormais de faire partie du vocabulaire des financeurs et des décideurs de la santé internationale que l'on tend désormais à appeler « globale ».

La Santé Globale, le nouveau nom de la santé internationale

Le terme « global » est apparu en 1979 quand l'OMS a adopté la « Global Strategy for Health for All » (15). Il figure en 1997 dans un rapport de l'Institute of Medicine aux États-Unis, intitulé de façon significative « America's Vital Interest in Global Health » : le monde vu d'en haut par la première puissance. Dans l'intervalle, ce terme a correspondu à la fin de la guerre froide en 1989. Il prend acte de l'uniformisation de la planète, de la diffusion de modes et d'objets de consommation identiques. La transversalité du global rappelle aussi les migrations de travailleurs et de réfugiés favorisées par la révolution des transports. Le terme global, anglicisme pour mondial, suggère l'urgence de faire converger les programmes de santé de tous les pays, dans le but de lisser au passage les inégalités persistantes. La coordination de la lutte contre les pandémies dues à des microbes émergents dont la menace se dessine après le sida, dans les années 1990, est un argument supplémentaire pour penser global.

Mais si le terme global tend officiellement à rappeler l'universalité des besoins de santé et le primat d'une humanité commune, un nouveau courant de pensée s'impose, illustré par l'initiative de Bamako, d'inspiration avant tout économique. Il soupèse les dépenses de santé, insiste sur l'évaluation du rapport coûts/bénéfices dans le domaine, et sur la recherche incessante d'innovations techniques, sur le modèle des autres marchés de biens de consommation. À partir de 1990, la Banque mondiale dont le budget est supérieur à celui de l'OMS, est devenue un acteur important de la Santé Globale.

Pour appuyer le choix d'une politique, les économistes recourent aux chiffres dont ils sont friands. « Trust in Numbers », « La confiance dans les chiffres », titre l'historien de la statistique Theodore Porter (16). C'est

(14) Valéry Ridde, *L'accès aux soins de santé en Afrique de l'Ouest. Au-delà des idéologies et des idées reçues*. Montréal, Presses de l'Université de Montréal, 2013.

(15) George Weisz and Noémi Tousignant, International Health Research and the Emergence of Global Health in the late 20th century, *Bulletin of the History of Medicine*, 2019, 93, 3, 365-400.

(16) Theodore Porter, *Trust in Numbers*, University of Princeton Press, 1995.

l'époque du début de l'*Evidence-Based Medicine* (17) (la médecine fondée sur les preuves), impulsée au Canada par Gordon Guyatt à la faculté de McMaster, Hamilton (Ontario), qui forge le terme en 1991. Le terme d'EBM renvoie à une démarche dont le modèle gagne progressivement dans le raisonnement médical. Les données scientifiques sont par exemple utilisées pour les calculs de l'indicateur DALY, l'acronyme pour « disability-adjusted life years », qui met l'accent moins sur la mortalité (perte d'années de vie) que sur le handicap infligé par les pathologies qui soustraient les travailleurs à la scène active. À la fin du xx^e siècle, sont donc apparus de nouveaux outils d'information, engendrant d'énormes masses de données agglomérées – les *mass data* dont on attend un bond en avant des connaissances et dont s'emparent les nouveaux économistes de la santé, au cours du Global Forum for Health Research, fondation internationale qui tient ses assises pour la première fois en 1997.

Pour mettre en œuvre les programmes de santé globale, les nouveaux décideurs se consacrent à un montage de partenariats financiers, oubliant les États essouffés et déficitaires des « Suds », favorisant l'aide multilatérale par rapport au bilatéral, lançant des alliances privé-public en tous genres, recourant à des mécanismes financiers innovants de subventions sélectives et aussi de prêts fonction de l'évaluation des résultats. Une culture de projets de recherches et d'interventions se développe, qui dit appels d'offre, sélection et évaluation de projets par une bureaucratie internationale appuyée sur des experts qui rédigent des recommandations.

La Santé globale s'illustre par la création de GAVI et du Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme. GAVI (Global Alliance for Vaccines and Immunization) est un partenariat public-privé visant spécifiquement à améliorer l'accès aux vaccins des enfants des pays les plus pauvres. Le Fonds mondial est une fondation créée par une résolution du Conseil de sécurité de l'ONU à Genève en 2002. Les deux fondations s'imposent sur le champ de l'OMS. L'armature théorique de ces institutions de la santé globale est constituée par des principes issus du libéralisme économique incarné par les États-Unis. Parmi les objectifs, la prévention des risques liés à des pandémies.

Sur cette scène globale où les États sont en retrait, se déploie la compétition à tous les niveaux : compétitions des laboratoires de recherche (classement des universités, priorité des indicateurs de production scientifique dans les journaux anglophones) ; compétition entre les hôpitaux invités à rivaliser entre eux, à se livrer à des essais cliniques avec de nouvelles molécules, financés par l'industrie pharmaceutique, adopter les innovations technologiques comme les robots, les nouveaux algorithmes médicamenteux etc.

Global est un terme à multiples détentes et qui dispose d'atouts sémantiques quand il se substitue à international. Il peut par exemple rappeler la nécessité d'associer la médecine humaine et la médecine vétérinaire, dans la mesure où la plupart des maladies émergentes sont des anthroozoonoses. (On revient à des propositions de fusion des « deux

(17) Harry Marx, *La médecine des preuves. Histoire et anthropologie des essais cliniques (1900-1990)*, Empêcheurs de tourner en rond, Paris, 1999.

médecines », chère au docteur Charles Mérieux). Il rappelle aussi la multiplicité des facteurs, y compris sociaux et culturels, qui entrent dans le déclenchement et la perpétuation des maladies chroniques (18). Il englobe enfin les liens entre épidémiologie et écologie, les préoccupations au sujet de l'impact croissant des changements climatiques sur les maladies vectorielles et de la pollution sur les maladies chroniques et les cancers.

Quelle part pour le médical sur la scène de la Santé Globale ?

La scène de la santé globale est une scène qui a tendance à être envisagée de très haut, surplombant les besoins des usagers. Dans le but de retrouver des « racines » à la recherche scientifique et de faire le lien avec les besoins locaux des pays, en 1993 est créé le COHRED, le Council on Health Research for Development, situé à Genève, qui cherche à s'assurer d'une articulation réelle entre les besoins et les vœux des populations, et les choix des stratégies de la Santé globale. Il lance la « Fairness Research Initiative » (19) qui vise à vérifier le consensus à la base sur les projets de recherche et développement approuvés d'en haut.

L'avènement de la scène de la Santé globale est marqué par l'adoption d'un nouveau vocabulaire technocratique. Des maîtres-mots comme « validation », « évaluation », « recommandations », « partenariats » font désormais partie du vocabulaire officiel obligé, y compris dans les « Suds » où de nouveaux managers arrivent aux manettes des programmes et où les étudiants s'efforcent de s'initier à la « novlangue ». La vulnérabilité (priorité donnée aux « plus vulnérables ») est aussi un de ces mots-clés qui, formant des catégories indéfiniment flexibles, finissent par ne plus avoir de sens concret (20).

Le but des principaux acteurs de la Santé globale est de faire décroître la morbidité et la mortalité maternelle et infantile, agir sur les fléaux de retour comme la malaria (résistante) ou comme la maladie du sommeil, et les nouvelles pathologies de la transition épidémiologique, mais le cloisonnement des projets laisse des béances, des « gaps » comme les maladies ou les remèdes « orphelins ». Dans ce nouveau paysage, la recherche de financements et la réaction aux appels de projets absorbent les énergies.

Pour équilibrer le pilotage d'en haut, la référence à la communauté au Sud : « santé communautaire », « agents de santé communautaire » etc. devient rituelle. La « communauté » représente une référence rassurante aux valeurs et cultures locales, en rupture avec les modèles d'antan imposés de l'extérieur. Cette référence est supposée garantir la démocratisation de l'accès aux soins, l'acquiescement populaire aux mesures sanitaires, grâce

(18) Michael Marmot and Richard Wilkinson, *Social determinants of Health. The solid facts*, WHO, Genève, 1998.

(19) www.internationalhealthpolicies.org

(20) Anne-Marie Moulin, Genèse et usages de la notion de vulnérabilité, Mohamed Ababou et Saadia Radi-Ferrié eds., *Santé, politiques sociales et formes contemporaines de vulnérabilité*, Université Sidi Mohamed Ben Abdallah de Fès et Centre Jacques Berque, 2015, pp. 19-40. Hélène Thomas, *Les vulnérables. La démocratie contre les pauvres*, Éditions du Croquant, 2010.