

# Afrique de l'Ouest. Enjeux de santé actuels et à venir : nous préparer ensemble à y faire face

mardi 13 août 2019, par [Dominique KEROUEDAN](#)

**La société française et les hommes et femmes politiques sont concentrés principalement sur les problèmes internes à la France. Or de grands bouleversements sont en cours à quelques kilomètres au sud de l'Europe, du côté du Sahel, de l'Afrique de l'Ouest plus globalement, ainsi qu'en Afrique centrale où se propage l'épidémie à virus Ebola. Il nous semble essentiel de lever le regard à l'horizon de l'espace et du temps, afin de tenter d'anticiper un tant soit peu ce qui peut se passer dans les décennies qui viennent sur le continent africain, et, par ricochet, en Europe. L'auteure illustre ses propos à partir de l'analyse des priorités de santé, ainsi qu'elle les a présentées lors de la Conférence des ministres de la santé du G7 en mai 2019. Ces analyses valent pour beaucoup d'autres domaines sans doute, et ce qui se passe sur le continent africain, ou à partir du continent africain, devrait concerner tout autant les États-Unis et le reste du monde que les États de l'Union européenne fussent-ils géographiquement plus proches. Les Chefs d'États et de gouvernements du G7 qui doivent se réunir à Biarritz à la fin du mois d'août 2019, gagneraient à s'emparer très sérieusement de toutes ces problématiques. La prévention de l'émergence d'une nouvelle vague européenne de violence en constitue l'enjeu fondamental. Il est encore temps, mais le temps presse, au risque de voir l'Europe, ses valeurs et ses institutions, sombrer dans la régression, voire l'effacement.**

LES DYNAMIQUES de population, en cours sur le continent africain, sont d'une ampleur et d'un rythme sans précédent dans l'histoire de l'humanité nous disent les démographes : la population d'Afrique subsaharienne pourrait doubler sur une période de trente ans (d'ici à 2050), peut-être moins. Il n'est pas facile de se représenter ce que ces phénomènes impliquent du point de vue des besoins alimentaires, en habitat, en emplois, ou du nécessaire ajustement d'une offre de services de soins et d'éducation, dans les pays d'Afrique de l'Ouest qui figurent parmi ceux qui investissent le moins, en proportion de leur budget national, en faveur des secteurs sociaux, notamment celui de la santé [\[1\]](#).



[La région du Sahel](#) nous interpelle plus spécifiquement. D'une part parce qu'y fleurissent des pays d'adolescents : 50% de la population du Niger a moins de 15 ans, 50% de la population du Burkina Faso a moins de 17 ans. C'est dire le nombre de grossesses et de bébés attendus dans les pays où les taux de fécondité féminine et masculine sont les plus élevés au monde : plus de 7 enfants par femme et 14 enfants par homme au Niger [2]. D'autre part, parce que la région se déstabilise sérieusement. [La France y investit, aux côtés des États du G5 Sahel \(Mauritanie, Mali, Burkina Faso, Niger, Tchad\), des ressources humaines, nos soldats, et de l'argent, pour tenter de limiter l'emprise des groupes islamistes](#). Mais les violences terroristes progressent et l'on a pu voir le Burkina Faso se déstabiliser en trois ans, jusqu'à être touché par des attentats en plein cœur de sa capitale, Ouagadougou. Les conflits communautaires attisés par les groupes "djihadistes", tels qu'ils sont en cours au Mali et dans d'autres États de la région visent à faire basculer ces pays dans la guerre civile au bénéfice de leurs instigateurs.

Il est classique d'évoquer « le double fardeau » que constituent, pour les soignants et pour les systèmes de santé [3], (i) les maladies infectieuses (risque épidémique, hépatites virales, paludisme, tuberculose, sida, maladies tropicales et toutes celles qui pourraient être prévenues par la vaccination), et (ii) les maladies chroniques (le diabète, les pathologies cardiovasculaires et respiratoires, les cancers, notamment). Les capitales et les grandes villes africaines soumises aux effets de la mondialisation pendant plus de quarante années, traversent une transition dite épidémiologique [4] accompagnée de ses corollaires, que sont les nouveaux facteurs de risque pour la santé : le stress, la pollution, la sédentarité, l'obésité, le *fast-food*, les addictions au tabac, à l'alcool, au cannabis, au crack, et...au sucre. « *Sugar is now more dangerous than gunpowder* » écrit l'historien Yuval Noah Harari [5] ; sans oublier les accidents de la voie publique.

Nos institutions de coopération bilatérale, [en France](#) et [dans l'Union européenne au travers du Fonds européen de développement \(FED\)](#), ont largement contribué dans les années 1980 et 1990 à réduire la propagation des maladies transmissibles et à développer les systèmes de santé, à tous les niveaux de la pyramide de soins [6]. Mais le paradigme de la coopération sanitaire internationale, celui dit de la « Santé mondiale », qui émerge au début des années 2000 aux réunions du Conseil de Sécurité des Nations Unies sous influence américaine, puis lors de la Session spéciale de l'Assemblée générale des Nations Unies de juin 2001 (UNGASS), comme je l'ai développé lors de ma leçon inaugurale au Collège de France [7] et dans *Le Monde diplomatique* [8], a montré ses limites, son iniquité et ses paradoxes [9] : à privilégier, dans les faits sur le terrain, pendant plus de vingt ans, les patients atteints de ces 3 maladies, quoi qu'en disent les politiques (au sens de « *policy* ») affichées ou affirmées par le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme, la coopération en « santé mondiale », publique ou privée, a, de fait, finalement peu contribué à réduire la mortalité globale, puisqu'elle s'est focalisée sur quelques maladies infectieuses [10], pendant que l'Organisation mondiale de la santé s'évertue à rappeler que les pathologies chroniques [11] sont responsables de 71% de la mortalité à l'échelle mondiale et sont la principale cause de handicap.

Ainsi les partenariats public-privés mondiaux et les fondations privées, notamment celle de Bill and Melinda Gates, ont pu, avec les autorités sanitaires locales sous pression des conditions imposées par les bailleurs, contribuer à affaiblir les systèmes de santé déjà dépourvus de ressources humaines, matérielles et financières, et faciliter par-là, c'est ici le paradoxe, sinon l'émergence, en tout cas la propagation rapide de nouvelles épidémies, ainsi que nous avons pu l'observer avec la propagation du virus à Ebola en Afrique de l'Ouest entre 2014 et 2016. Or la prévention des pathologies infectieuses, le « *infectious diseases control* » est précisément la priorité absolue de ces initiatives mondiales, le mandat fondateur de la « santé mondiale » [12]' [13].

L'uniformisation des analyses et des réponses politiques et stratégiques, qui est allée de pair avec la mondialisation, s'est également appliquée au secteur de la recherche. Ainsi, du Japon aux États-Unis, de la France à l'autre bout de l'Europe, les hypothèses de recherche en biologie et en médecine, ou en pharmacologie, sont souvent les mêmes, ce qui ne peut que nuire à l'innovation. Est-il possible de penser que ce phénomène implacable pourrait être l'une des explications au fait que depuis sa découverte en 1983, les chercheurs n'aient pu identifier, donc 36 ans après, le fondement biologique et immunologique à partir duquel pourrait être produit un vaccin efficace protégeant les corps des ravages du virus du sida ?

**Pour des motifs tout à la fois épidémiologiques, éthiques et d'équité, il est urgent de changer le paradigme de la coopération sanitaire internationale**, celui de la « santé mondiale » que la France a fait sien, pays qui avait pourtant une longue et belle tradition de coopération bilatérale de renommée mondiale, tant dans les États qui en ont bénéficié, que du côté des partenaires européens et internationaux. Le Royaume-Uni, l'Allemagne, mais aussi le Canada et les États-Unis, ou le Japon, ont su maintenir un équilibre entre leurs aides bilatérale et multilatérale. En dépit de nombreux rapports parlementaires ou au gouvernement [14] [15], d'expertise [16] [17], ou même de la Cour des Comptes en France [18], attirant par leurs propos unanimes pendant une quinzaine d'années, l'attention de la primature, du ministère des Affaires étrangères, celui des Finances, sur les risques potentiels d'une aide publique au développement trop largement affectée, en matière de santé, à des programmes internationaux [19], la France, au plus haut niveau de l'État, s'est fidèlement obstinée depuis vingt ans, à prioriser le financement des initiatives mondiales en faveur de quelques maladies, et par là, à privilégier, de fait, quelques patients [20]. Le Ministère de l'Europe et des Affaires étrangères indique qu'en 2017 la France a consacré 882 millions d'euros d'Aide publique au développement en faveur de la santé, dont 730 millions d'euros ont été alloués par le canal multilatéral, soit 83% [21].

Or, mis à part quelques cas cités en exemple sur la période 2002-2019, ni le Secrétariat exécutif du Fonds mondial, ni son Conseil d'administration, ni même les contenus des évaluations qui ont pu être conduites pendant 15 ans, n'ont été convaincants à démontrer que les financements administrés par le Fonds mondial ont effectivement permis de renforcer toutes les composantes des systèmes de santé des pays récipiendaires, et par là de servir d'autres patients que ceux atteints de sida, de tuberculose et de paludisme. Ni le mandat de ce Fonds, ni son instrument de financement, ne le permettent, en théorie ou en pratique sur le terrain, ainsi que le regrettent les autorités sanitaires nationales ou la société civile de nombreux pays, notamment [en Afrique de l'Ouest](#) où, même les patients ciblés, ceux atteints de sida, de tuberculose et de paludisme, peinent à accéder aux services de dépistage des 3 maladies, de diagnostic et de prise en charge des infections opportunistes, aux médicaments antirétroviraux, antituberculeux ou antipaludéens, ou aux services de prévention de la transmission du VIH de la mère à son bébé pendant la grossesse. « **Le sida en Afrique a le visage d'une adolescente** » s'est exprimé Peter Sands, le directeur du Fonds mondial présent à la réunion des ministres des Etats du G7 à Paris en mai 2019 [22], et cela n'a pas changé, puisqu'il y a plus de quinze ans, l'Onusida déplorait déjà que les « *trois-quarts des jeunes âgés de 15 à 24 ans infectés par le VIH (étaient) des filles* ». [23] La contamination par le VIH, les virus des hépatites virales, et les agents infectieux des autres infections sexuellement transmises, des fillettes, des adolescentes, jeunes filles ou des femmes, est aussi facilitée par les violences sexuelles qu'elles subissent, que ce soit dans des contextes de conflits armés, de post-conflits, ou même de paix. L'instruction des filles reste un facteur déterminant de la santé des femmes et des enfants, et leur activité professionnelle le moyen le plus sûr d'espacer les grossesses.

La Conférence de reconstitution des financements du Fonds mondial se tiendra le 10 octobre 2019 en France, à Lyon, avec l'objectif de mobiliser 14 milliards de dollars des grands bailleurs de fonds et de pouvoir financer les programmes du Fonds mondial sur les 3 années qui viennent. Cet argent, aussi indispensable soit-il, s'il est mobilisé, ne fera que perpétuer l'injustice flagrante de la "santé mondiale", sauf si la communauté internationale, notamment [la France](#), [l'Union européenne](#), et [les Américains](#), se mobilisaient enfin, de manière complémentaire et équitable, en faveur de patients souffrant d'un autre problème de santé tout aussi important : nous pensons notamment aux jeunes, femmes et hommes, qui incarnent l'avenir partout sur la planète. Pourrait-on imaginer que les choix politiques de la "communauté internationale" au cours des prochaines années s'avèrent plus respectueux de leurs droits, et plus attentifs à leur état de santé, ici et au Sud ? Réduire la mortalité contribue à hauteur de 11% de la croissance économique dans les pays à revenu bas et intermédiaire, indique le chercheur Dean Jamison et ses équipes [24].

Les filles, parfois encore des enfants, les adolescentes et les femmes, subissent [des violences de toutes natures, dont les mutilations sexuelles et les viols](#), mais pas seulement. Les femmes enceintes, comme au temps colonial, continuent de mourir devant les maternités et les hôpitaux lorsqu'elles ou leurs familles ne parviennent pas à réunir l'argent nécessaire à leur transport en urgence, à l'accouchement, à la césarienne, à une transfusion sanguine, ou à l'achat de médicaments dont la dispensation pourrait les

sauver. Comment pouvons-nous accepter que celle qui donne la vie soit ainsi traitée ? [La communauté internationale](#) doit se réveiller sur ces sujets, de même que sur le risque d'émergence ou de réémergence d'un agent infectieux, car tous les ingrédients favorables sont réunis sur ces terrains où coexistent densité de population, promiscuité, précarité, problèmes environnementaux, d'hygiène et d'assainissement, et une faune animale elle aussi menacée. La détection et la notification précoces des cas d'une émergence passent avant tout par le renforcement des systèmes de santé en personnels, en moyens matériels, informatiques et financiers, partout dans le pays, et par l'application à la lettre du Règlement sanitaire international, censé avoir force obligatoire pour 196 pays [25].

Il est moins courant d'évoquer les pathologies psychologiques, psychiatriques et les toxicomanies. Pourtant, c'est une préoccupation actuelle et le grand sujet sanitaire des années à venir, partout dans le monde. La Banque mondiale estime que 1,2 milliard de personnes vivent dans des pays en situation de conflits ou de post conflits [26] : c'est dire le nombre de personnes exposées à ces insécurités dramatiques, qui, nous l'avons observé dans nos pays, impriment leur impact sur plusieurs générations. Les Académies nationales de Médecine et des Sciences aux États-Unis ajoutent que la santé mentale compte pour plus de 13% des Années de Vie Corrigée de l'Invalidité (AVCI) à l'échelle planétaire [27]. D'après l'OMS, 1 personne sur 4 souffre de problèmes de santé mentale. Le suicide est la deuxième cause de mortalité des jeunes âgés de 15 à 29 ans. Plus de 800 000 personnes se suicident chaque année dans le monde, et 79% des suicides se produisent dans les pays à revenus bas et intermédiaires [28].

L'Afrique de l'Ouest est devenue la plaque tournante des trafics de cocaïne (entre autres drogues) entre l'Amérique du Sud et l'Europe, qui vont de pair avec une augmentation rapide des consommateurs de crack, ici et là-bas, entraînant une désocialisation fulgurante de jeunes désœuvrés en très grand nombre. Ainsi que je l'ai proposé lors de la réunion des ministres de la santé du G7 à Paris [29], la santé mentale doit donc sortir du cadre psychiatrique spécialisé ou hospitalier, et être incorporée dans l'offre de soins de santé primaires (publique et privée), y compris en médecine générale. La tâche consommatrice de temps de soignants peu nombreux pourrait ainsi être répartie. La formation initiale et continue des médecins, des infirmiers en France, ainsi que des psychologues, est indispensable pour faire face à ce fléau moderne. Former n'est pas suffisant, il faudra rendre attractif un métier d'abord social, et soutenir les aidants et les familles. Le retentissement sur l'entourage d'une personne souffrant d'une pathologie mentale, est considérable du point de vue affectif, psychologique professionnel.

Face à ces défis, les chercheurs nous disent savoir ce qu'il faut faire. L'économiste Dean Jamison et ses équipes ont œuvré pendant plus d'une trentaine d'années à identifier les interventions médicales et sanitaires les plus efficaces-pour-leur-coût, pour orienter la prise de décision et les choix politiques dans les pays pauvres et à revenus intermédiaires [30]. Il promet qu'il est possible de réduire les inégalités de santé à l'échelle mondiale d'ici à 2035 [31].

Néanmoins, il nous semble que ce que la science et l'expertise préconisent en référence ne suffit pas. Les contextes sont premiers. Il ne s'agit pas de confondre l'universel et l'uniformisation du monde. Les inégalités expriment précisément des singularités de situation qui exigent des réponses spécifiques : là-bas les femmes enceintes meurent, les médecins et les soignants sont assassinés en violation du droit humanitaire international et des Conventions de Genève, l'insécurité vide les régions des ressources en faveur de la santé. Trop souvent les détenus vivent dans des conditions que l'homme n'oserait pas infliger à des animaux et il y a plus de 10 millions de détenus dans le monde. La tuberculose et la résistance aux antibiotiques font des ravages. Les maladies tropicales, dont le paludisme, continuent d'affecter et de tuer des centaines de millions de personnes chaque année, là-bas toujours.

En dépit de ces spécificités régionales, ou plutôt, justement parce qu'il persiste des spécificités et des inégalités sur une planète mondialisée, l'avancée qu'il nous reste à faire en effet, c'est d'inciter les acteurs sur le terrain, où qu'ils soient, à capitaliser et à valoriser ce qui fonctionne bien sur la santé préventive et la précocité de la prise en charge des patients.

Enfin, et ce n'est pas le moindre des sujets, les migrations intra-africaines et inter-continentales vont *a priori* aller croissant. Il est difficile de prendre position sur des politiques publiques dans un avenir à



propos duquel les spécialistes sont divisés. A l'issue de ce que les politiques et les journalistes en Europe ont nommé en 2015 « la crise des migrants », le démographe François Héran et le journaliste Stephen Smith débattent sur la question de savoir s'il y aura ou non une « ruée vers l'Europe » [32] [33], le premier répondant par le calcul, plutôt non.

Selon l'Office français pour les réfugiés et les apatrides (OFPRA), nous observons en France une accélération de la demande d'asile entre 2015 et 2018 [34]. Les demandes ont augmenté de 22,7% entre 2017 et 2018 (comparées à + 17,5% entre 2016 et 2017, et à + 7,1 % entre 2015 et 2016). En proportion de la demande d'asile observée dans l'Union européenne sur la période de janvier 2014 à mars 2019, la sollicitation de la protection de la France représente 10% des demandes faites dans l'Union, pour un pays qui réunit 13% de la population de l'UE ; comparé à l'Allemagne qui enregistre 40% de la demande d'asile dans l'Union européenne tout en représentant 16% de la population de celle-ci [35]. Le niveau de protection internationale accordé par la France en proportion de sa population et rapporté au PIB figure parmi les plus bas de l'Union européenne : 508 cartes de réfugiés octroyées par million d'habitants, soit derrière la Suède, l'Allemagne, l'Autriche, la Belgique, les Pays-Bas ou l'Italie [36].

Les évolutions font apparaître des transformations aussi du point de vue qualitatif : un nombre croissant de personnes moins éligibles au statut de réfugié selon les critères de la Convention de Genève (1951) déposent une demande d'asile, alors que leurs situations relèveraient davantage de réponses ajustées à des situations sociales de dénuement dans le pays d'origine ou sur le territoire européen où ils arrivent. A titre d'exemple, l'augmentation observée depuis septembre 2017, du nombre d'hommes, de femmes, de nouveau-nés (les femmes accouchent parfois pendant leur parcours migratoire) et d'enfants en provenance de la Côte d'Ivoire se présentant dans l'une des permanences de *La Cimade* en Ile de France, est d'autant plus préoccupante qu'un tout petit nombre d'entre elles et eux obtiendront le statut de réfugié. La majorité de ces personnes, qui ne souhaitent ni retourner au pays, ni vivre dans un État européen voisin, parce qu'ils sont francophones et retrouvent en France des proches, y resteront de nombreuses années dans une grande précarité, souvent privés de leurs droits constitutionnels à l'hébergement, à la santé, à l'éducation, à la protection sociale, même si une partie d'entre eux ont pu en bénéficier de manière transitoire au début de leurs démarches administratives.

Ainsi que l'a montré l'étude ANRS Parcours [37], coordonnée par la directrice adjointe de l'Institut Convergences et Migration, Annabel Desgrées du Loû, et par France Lert, directrice de recherche INSERM, l'illégalité administrative produit ses effets sur la santé de ces personnes, notamment les femmes, exposées à toutes sortes de violences et de risques associés à la vie dans la rue, au sexe transactionnel [38]. Dans ma pratique de médecine sociale je reçois des femmes piégées dans des réseaux de prostitution. Elles sont nombreuses à provenir du Nigéria, mais nous voyons maintenant des femmes en provenance de pays francophones d'Afrique, dans les mêmes situations [39]. Même si le Samu social ou quelques associations telles *Le Comède* ou Médecins du Monde, publient des synthèses sur les motifs de consultation, il n'y a pas en France d'étude épidémiologique générale sur l'état de santé de la population étrangère, au motif que les grandes enquêtes sanitaires nationales, en accord avec les dispositions de la Commission nationale de l'informatique et des libertés (CNIL), ne précisent pas les variables « ethnie » ou « pays d'origine ». Cette lacune dans la connaissance interdit l'élaboration de politiques publiques sanitaires adaptées. La situation actuelle n'impose-t-elle pas des évolutions à cet égard ?

[Sur la planète](#), environ [250 millions de personnes vivent en dehors de leurs pays d'origine, soit 3% de la population mondiale](#). C'est déjà un immense « autre pays », commente le Professeur Marc Gentilini, président honoraire de l'Académie de Médecine, ancien président de La Croix Rouge française et président du Groupe de travail sur « Les Migrants » à l'Académie de Médecine. [Les mouvements de populations](#) n'ont jamais connu une telle ampleur : depuis la Seconde Guerre mondiale, ce sont 65 millions de personnes qui ont été forcées de quitter leurs foyers en raison de la famine, des effets du changement climatique, de la guerre ou de la persécution [40]. D'après la Banque mondiale, 86 millions de personnes devraient en outre quitter leur lieu de vie en Afrique d'ici à 2050 du fait du réchauffement climatique [41].

Il n'est pas déraisonnable d'anticiper que [la croissance démographique](#), la persistance ou la multiplication des conflits armés, l'expansion du terrorisme ou des conflits religieux et communautaires, ainsi que [le](#)

[réchauffement climatique](#) combinés, vont être à [l'origine de mouvements accrus de populations dans les décennies qui viennent, que ces déplacements s'effectuent à l'intérieur du continent africain, ou vers l'Europe et d'autres régions du monde.](#)

Les personnes arrivent en France après des parcours migratoires extrêmement violents à bien des égards. De notre pratique médicale et sociale, et des quelques études ciblées présentées par des chercheurs lors de deux colloques récents sur la santé des migrants organisés à Paris par : (i) l'Institut convergences et migrations [42], et (ii) le Collectif national des Permanences d'accès aux soins de santé (Collectif national des PASS) [43], il ressort que les pathologies psychologiques et mentales sont prédominantes et préoccupantes. Le syndrome post-traumatique est au premier plan avec son lot de cauchemars, de troubles du sommeil, de symptômes de dépression, etc. qui incitent parfois ces personnes à recourir aux drogues, à l'alcool notamment, « pour oublier » (disent les patients) la situation dans laquelle ils ont basculé en se retrouvant à la rue, privées de tout, et de tout lien.

Pourtant, les personnels sociaux et de santé des pays d'accueil sont peu préparés à prendre en charge ces personnes en grande souffrance. Ainsi que le disait déjà Françoise Héritier, « *les chemins de la connaissance sont multiples (...) Ils passent aussi par l'intimité partagée avec l'autre* » [44], cette intimité qu'aucun média ne permet. La langue parlée est certes une difficulté, mais c'est peut-être davantage « une disposition » qui manque à nos équipes. Cette disposition que procurent le côtoiement de ces populations dans leurs pays d'origine, la familiarité avec les contextes sociaux, les pratiques culturelles qui tissent les relations conjugales, familiales et intergénérationnelles, les fondements des relations professionnelles, les valeurs et les représentations de la santé, de la maladie et de la mort. Autant de savoirs qui inspirent une confiance mutuelle entre l'accueilli et le soignant, et que quelques équipes en France commencent à acquérir à force d'accueillir ces personnes étrangères venant d'[Afrique](#), du [Moyen-Orient](#), d'Europe centrale ou de l'est, etc.

En retirant dès la fin des années 1990 son assistance technique des pays où elle coopérait activement, sans faciliter dans le même temps la production locale de savoirs et de recherche, leur diffusion Sud-Nord, et Est-Ouest, ou la promotion des analyses des intellectuels ou des universitaires africains, la France a privé ses politiques, ses chercheurs et ses praticiens de connaissances essentielles pour contribuer valablement à la formulation de politiques sanitaires ajustées, tant ici que là-bas. Elle a rejoint les grands pays donateurs dans le déphasage entre les réalités des terrains où agit l'aide au développement et les priorités définies par l'expertise superficielle des organismes internationaux et soutenues par des opinions publiques pour lesquelles un peu de charité suffit [45].

Le Laboratoire d'études et de recherche sur les dynamiques sociales et le développement local (le LASDEL) à Niamey au Niger, fait sans doute exception. La chercheuse Aïssa Diarra partage les résultats de ses travaux sur les déterminants culturels et sociaux de taux de fécondité qui restent, au Niger, les plus élevés au monde [46]. Il est capital de comprendre les phénomènes à l'origine de ces taux et les causes des résistances des sociétés à espacer les naissances. Il n'empêche que l'urgence actuelle n'est pas seulement la question de savoir comment on va faciliter l'acceptation de l'usage des contraceptifs par les adolescentes là-bas, mais bien de savoir comment les sociétés africaines, européennes, ou celles du Moyen-Orient vont pouvoir, dans les mois et les années qui viennent, assimiler, dans la paix, et selon bien des dimensions, en tant que pays d'accueil, les mouvements démographiques qui se produisent déjà ou ceux qui sont en préparation.

Avons-nous le temps d'absorber, un tant soit peu, les effets des grands enjeux du monde contemporain qui affectent tant les personnels et les systèmes de santé des pays pauvres que les nôtres déjà sous tension ?

Il est temps de nous y préparer :

(i) En facilitant ce « vivre ensemble » paisible, à l'instar de ce qu'ont fait de manière exemplaire de nombreuses communes en France en accueillant des étrangers en provenance de pays en situation de conflits, de post-conflits ou de grande pauvreté. « Parfois une simple écoute suffit » dit le professeur de Santé publique Antoine Lazarus [47] : voilà qui est à la portée de tout un chacun. C'est du temps qu'il nous faut, le temps de faire connaissance, le temps d'accueillir, d'écouter et de soigner.

(ii) En formant nos jeunes professionnels médicaux et sociaux en les envoyant faire des stages sur le terrain, et en intégrant à leur formation continue des contenus variés, sanitaires, culturels et sociaux, sur les populations migrantes et les pays de provenance.

(iii) En renouvelant la volonté politique d'inscrire la question des inégalités de santé en haut de l'agenda politique, ainsi que le G7 santé vient de le faire : c'est la condition même de possibilité de réduction de celles-ci. Si l'attitude personnelle face à la maladie et à la mort est une question existentielle ou philosophique, la préservation de la santé, de tout un chacun ou de la collectivité, est aussi une question politique qui se prête à un débat démocratique. Protéger « *nos existences et nos libertés* », expression que j'emprunte au Prix Nobel d'Economie Amartya Sen, ne relèverait pas uniquement de l'État mais des citoyens, définis comme « participant à la chose publique » [48]. Le double intérêt des citoyens et des pouvoirs publics est essentiel. Il s'agit de le mobiliser.

(iv) "Last but not least", en faisant évoluer le paradigme actuel de la « santé mondiale » vers une coopération sanitaire internationale pertinente, équilibrée et équitable, en concertation avec la Commission européenne, la Banque mondiale, et les autres grands bailleurs de fonds internationaux, publics et privés. Les acteurs privés sont les bienvenus s'ils restent à leur place et ne se substituent pas à la politique publique, la seule qui puisse être démocratique, ainsi que nous l'expliquons avec Bertrand Livinec dans un article sur le philanthro-capitalisme [49].

Est-il nécessaire, plus de 10 ans après sa publication, de rappeler le commentaire du président de la Commission de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) sur les déterminants sociaux de la santé, Sir Michael Marmot : « *the toxic combination of bad policies, economics, and politics is, in large measure, responsible for the fact that a majority of people in the world do not enjoy the good health that is biologically possible. **Social injustice is killing people on a grand scale*** » ; et sa recommandation principale : « *Lutter contre les inégalités dans la répartition du pouvoir, de l'argent et des ressources : **toutes les politiques gouvernementales doivent contribuer à réduire les inégalités sociales et à œuvrer en faveur de la santé et de l'équité*** » [50].

Rappelons que la communauté internationale s'est engagée en 2015 à réaliser, entre autres, l'objectif de développement durable (ODD) suivant, le numéro 3 : « *Permettre à tous de vivre en bonne santé et promouvoir le bien-être de tous à tout âge* » [51].

Les inégalités d'allocation des financements de l'aide internationale ajoutent aux inégalités des situations locales, alors qu'ensemble nous devrions veiller à ce que soient respectés les principes déontologiques d'équité entre les patients. Agir au niveau des soins de santé primaires, c'est la condition même d'efficacité des financements alloués aux fonds mondiaux, c'est la condition de la Couverture sanitaire universelle, c'est la condition de la réduction des inégalités de santé, celles qui contribuent à réduire les inégalités elles-mêmes.

C'est bien l'objectif de ce G7 sous présidence de la France, de mettre en cohérence les soins de santé primaires et les initiatives mondiales. Mais n'inversons pas les préalables : le renforcement des systèmes de soins de santé primaires, y compris au niveau de l'hôpital, est le préalable à l'efficacité et à l'efficacité de toute autre intervention. Le financement accru de l'aide bilatérale française au travers de l'Agence française de développement est un pas majeur cette année.

La situation sécuritaire et sociale dans le Sahel et en Afrique centrale imposent que les décideurs politiques soient très attentifs et agissent. Celle qui prévaut au [Proche-Orient](#) nous interpelle encore et toujours sur le fait que les inégalités sociales, et toute situation qui prive le peuple de pain, est de nature explosive. Nous le savons en France de longue date.

Les situations ci-dessus décrites méritent toute notre attention, et de toute urgence, au risque de voir la résolution des enjeux mondiaux en passer par la violence. Nous en percevons, au sein des États de [l'Union européenne](#), des [signes annonciateurs très inquiétants](#), avec le risque de voir perdurer et s'ancre dans la durée [une régression](#), voire un effacement, de l'idée même de fraternité, tant en France que dans l'Union européenne et le reste du monde, ce qui nous ramènerait des siècles en arrière...avant même la

## P.-S.

Médecin de Santé publique et de Médecine sociale à Paris. Fondatrice et Conseillère scientifique de la spécialisation *Global Health* à la *Paris School of International Affairs*, Sciences Po (2005-2020). Éluée Membre correspondant de l'Académie Nationale de Médecine en France en 2017. Éluée Membre correspondant de l'Académie des Sciences d'Outre-Mer en 2016. Éluée Titulaire de la Chaire *Savoirs contre pauvreté*, Géopolitique de la santé mondiale, Collège de France (2012-2013).

---

## Notes

[1] Africa Score Card on Domestic Financing for Health 2018.

<http://aidswatchafrica.net/index.php/africa-scorecard-on-domestic-financing-for-health/document/75/12>

[2] F. Héran. Chaire Migrations et sociétés. Collège de France.

<https://www.college-de-france.fr/site/francois-heran/index.htm>

[3] Selon l'OMS la définition des systèmes de santé inclut les 5 composantes suivants : (i) les personnels de santé, (ii) les médicaments et produits de santé, les infrastructures et la fourniture de services, (iii) le système d'information sanitaire et l'alerte épidémiologique, (iv) la gouvernance de la santé (la politique de santé, les différents acteurs impliqués, la stratégie nationale, etc. et (v) le financement de la santé (national et international).

[4] La transition épidémiologique est celle qui permet d'observer le passage d'une situation sanitaire où les pathologies infectieuses prédominent, à celle où les pathologies chroniques prévalent.

[5] Y N. Harari. Homo Deus. "A Brief history of tomorrow", Vintage, 2018, p. 496.

[6] Au niveau du centre de santé, de l'hôpital de district (départemental), de l'hôpital régional et du CHU national.

[7] D. Kerouedan. Chaire Savoirs contre pauvreté. "Géopolitique de la santé mondiale". Fayard, Paris, juin 2013. <https://books.openedition.org/cdf/2291>

[8] D. Kerouedan. Comment la santé est devenue un enjeu géopolitique. *Le Monde diplomatique*, juillet 2013, pp. 16-17.

[10] Outre les trois maladies citées, quelques efforts –comparativement mineurs– ont été consacrés aux vaccins et à certaines complications chirurgicales de l'accouchement.

[11] Ainsi sont regroupés le diabète, l'hypertension artérielle, les coronaropathies et les pathologies cardiovasculaires, les maladies respiratoires ou les cancers, et désormais les maladies mentales.

[12] D. Kerouedan. Paradigme et paradoxe de la coopération en « santé mondiale » : de la pandémie de sida à l'épidémie Ebola en Afrique subsaharienne. *Bulletin de l'Académie nationale de médecine* (à paraître en 2019).

[13] D. Kerouedan. African and Global Health Care Prospects : the Importance and the Use of Knowledge. In : *Ecology and Evolution of Infectious Diseases. Pathogen Control and Public Health Management in Low-Income Countries*. B. Roche, H. Boutin, F. Simard (Eds.) Chapter 19. Oxford



University Press, 2018. 322p.

<https://global.oup.com/academic/product/ecology-and-evolution-of-infectious-diseases-9780198789833?cc=fr&lang=en&#>

[14] P. Morange (avec la participation de D. Kerouedan). Evaluation de l'action de la France en faveur de la réalisation des Objectifs du Millénaire pour le Développement dans le secteur de la Santé ; articulation des aides bilatérales et coordination avec la participation de la France aux programmes multilatéraux du secteur de la santé. Rapport au Premier Ministre. 7 juin 2005. La Documentation française, Paris, 7 juin 2005, 278 p.

<http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/054000421.pdf>

[15] KOURILSKY (Philippe), (avec la participation de PERREY (Christophe), BROSSARD (Marion) et KEROUEDAN (Dominique)). Optimiser l'action de la France pour la santé mondiale. Le cas de la surveillance et de la recherche sur les maladies infectieuses. La Documentation française, Paris, 2007, 313 p.

[http://www.college-de-france.fr/site/philippe-kourilsky/rapport\\_au\\_gouvernement\\_2006.htm](http://www.college-de-france.fr/site/philippe-kourilsky/rapport_au_gouvernement_2006.htm)

[16] D. Kerouedan. Enjeux politiques de l'évaluation à cinq ans du Fonds Mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme. Médecine Tropicale 2010 : 70 ; 19-27.

[17] D. Kerouedan. Evaluation des contributions françaises au Fonds Mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme. Dix ans après. Médecine et Santé Tropicales, mars 2014, vol 24, N°2. pp.135-139.

[18] P. Hayez, P. Roussel, D. Kerouedan et C. Laporte. Cohérence, impact et modalités de notre coopération au développement en santé. Evaluation Mission d'Action Publique. Cour des Comptes en France, juillet 2014, 60 p.

<http://modernisation.gouv.fr/laction-publique-se-transforme/en-évaluant-ses-politiques-publiques/espace-dedie/evaluation-de-la-politique-de-cooperation-au-developpement-en-sante>

[19] D. Kerouedan (dir) et J. Brunet-Jailly (dir.). Santé mondiale, enjeu stratégique, jeux diplomatiques. Les Presses de Sciences Po, 16 juin 2016, 483 p.

[http://www.pressesdesciencespo.fr/fr/livre/?GCOI=27246100325270&fa=author&person\\_id=1222](http://www.pressesdesciencespo.fr/fr/livre/?GCOI=27246100325270&fa=author&person_id=1222)

[20] Sont ainsi désignées : (i) le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme, (ii) l'organisation Unitaid, et (iii) l'Alliance mondiale pour la vaccination et l'immunisation (GAVI), dont les mandats respectifs ont trait à une poignée de maladies d'origine infectieuse exclusivement.

[21] Calculs internes à la Direction du développement durable de la Direction générale de la mondialisation.

[22] <https://www.elysee.fr/g7/2019/05/17/les-ministres-du-g7-sengagent-pour-faire-progresser-laces-a-la-sante-pour-tous>

[23] Onusida, Rapport annuel 2004.

[24] D. Jamison et al. Global health 2035 : a world converging within a generation. Lancet 2013 ; 382 :1898-955.

[25] [https://www.who.int/topics/international\\_health\\_regulations/fr/](https://www.who.int/topics/international_health_regulations/fr/)

[26] Banque Mondiale. Psychosocial support in fragile and conflict affected settings. Fragility, Conflict and violence. 2016.

[27] US National Academies. Global Health and the future role of the United States. 2017. <https://www.nap.edu/catalog/24737/global-health-and-the-future-role-of-the-united-states>

[28] OMS. Suicide. Facts sheets. 2018. <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/suicide>

[29] D. Kerouedan. Pour une prise en charge précoce et globale du patient. Communication à la réunion des ministres de la santé des pays du G7. Ministère des Solidarités et de la santé, Paris, le 16 mai 2017.

[30] [www.dcp-3.org](http://www.dcp-3.org)

[31] D. Jamison et al. Global health 2035 : a world converging within a generation. Lancet 2013 ; 382 : 1898-955.

[32] S. Smith. La ruée vers l'Europe : la jeune Afrique en route pour le Vieux Continent, Paris, Grasset, 7 février 2018.

[33] F. Héran. Comment se fabrique un oracle. La prophétie de la ruée africaine sur l'Europe. La Vie des Idées, 18 septembre 2018. Chaire Migrations et Sociétés, Collège de France. <https://www.college-de-france.fr/site/francois-heran/index.htm>

[34] Ministère de l'Intérieur. Direction générale des étrangers en France. L'essentiel de l'Immigration. Chiffres clés. Les demandes d'asile. Publication du 12 juin 2019. <https://www.immigration.interieur.gouv.fr/Info-ressources/Etudes-et-statistiques/Statistiques/Essentiel-de-l-immigration/Chiffres-cles>

[35] F. Héran. Asile et titres de séjour en France : quelques données de base. Présentation power point, Collège de France, juin 2019.

[36] F. Héran. Asile et titres de séjour en France : quelques données de base. Présentation power point, Collège de France, juin 2019.

[37] <https://www.ceped.org/parcours/>

[38] <http://icmigrations.fr/>

[39] D. Kerouedan. Eléments relatifs à la santé et au recours aux soins des personnes migrantes en France. Bulletin de l'Académie Nationale de Médecine (2019), 203, pp. 13-22. Numéros 1 et 2, Mars-Avril 2019. D. Kerouedan. Communication à l'Académie Nationale de Médecine, séance sur « La Santé des Migrants », le 15 janvier 2019. <http://www.academie-medecine.fr/elements-relatifs-a-la-sante-et-au-recours-aux-soins-des-personnes-migrantes-en-france/>

[40] Ai Weiwei, Human Flow, 2017, <https://www.humanflow.com/synopsis/>

[41] Banque mondiale : Groundswell : Preparing for internal migration. Washington, 19 March 2018. <https://openknowledge.worldbank.org/handle/10986/29461>

[42] [http://icmigrations.fr/2019/06/11/1e\\_journee\\_scientifique/](http://icmigrations.fr/2019/06/11/1e_journee_scientifique/)

[43] [http://www.collectifpass.org/compte\\_rendu/phenomenes-migratoires-quels-enjeux-pour-le-systeme-de-sante-mardi-26-juin-2018/](http://www.collectifpass.org/compte_rendu/phenomenes-migratoires-quels-enjeux-pour-le-systeme-de-sante-mardi-26-juin-2018/)

[44] F. Héritier. Chaire d'Etude comparée des sociétés africaines (1982-1998). Leçon inaugurale au Collège de France, 25 février 1983.

[45] D. Kerouedan (dir) et J. Brunet-Jailly (dir.). Santé mondiale, enjeu stratégique, jeux diplomatiques. Les Presses de Sciences Po, 16 juin 2016, 483 p.  
<http://www.pressesdesciencespo.fr/fr/livre/?GCOI=27246100325270>

[46] A. Diarra. Comment réussir la transition démographique au Sahel. Le Monde Diplomatique, juillet 2019, pp. 12-13.

[47] A. Lazarus. Exil et violences. Communication à l'Académie de Médecine. Séance dédiée à « La santé des migrants », 15 janvier 2019.

[48] A. Madec et N. Murard. Citoyenneté et politiques sociales. Paris, Flammarion, collection Dominos, 1995.

[49] B. Livinec et D. Kerouedan. Philanthrocapitalisme et santé, une générosité au service de la géopolitique néolibérale ? Les convivialistes, 26 décembre 2015,  
<http://www.lesconvivialistes.org/textes-et-debats/debats/175-philanthrocapitalisme-en-sante-une-genero-site-au-service-de-la-geopolitique-neoliberal-par-bertrand-livinec-et-dominique-kerouedan>,  
published as well in Revue du MAUSS permanente, 28 décembre 2015.  
<http://www.journaldumauss.net/./?Philanthrocapitalisme-en-sante-une>

[50] Marmot and the WHO Commission on the Social Determinants of Health. OMS Genève, 2008.  
[https://www.who.int/social\\_determinants/thecommission/marmot/en/](https://www.who.int/social_determinants/thecommission/marmot/en/)

[51] [www.un.org](http://www.un.org)