

RAPPORT EXECUTIF

« SOCIÉTÉS, CRISES ET SANTÉ PUBLIQUE EN EUROPE, EN AMÉRIQUE LATINE ET DANS LES CARAÏBES »

31 mai, 1 et 2 juin 2021

Dans le cadre de la Semaine de l'Amérique latine et des Caraïbes

SOCIÉTÉS, CRISES ET SANTÉ PUBLIQUE

en Europe, en Amérique latine
et dans les Caraïbes

31 MAI
1 · 2 JUIN
2021

ÉVÉNEMENT
EN LIGNE



© Allénoir Ouvrard

RAPPORT EXÉCUTIF

Colloque international Sociétés, crises et santé publique en Europe, en Amérique latine et dans les Caraïbes

Institut des Amériques

Agence française de développement

Fondation EU-LAC

(Union européenne – Amérique latine et Caraïbes)

Coordination scientifique

Anne-Peggy HELLEQUIN

Professeure de géographie, Université Paris Nanterre, Laboratoire Dynamiques Sociales et Recomposition des Espaces (LADYSS)

Rapport rédigé par Sarah Fleury, Doctorante à l'IFG Lab (Université Paris 8 Vincennes - Saint-Denis)

31 mai, 1 et 2 juin

durant la Semaine de l'Amérique latine et des Caraïbes

Institut des Amériques
Campus Condorcet
5, cours des Humanités
93322 Aubervilliers Cedex
international.idameriques@gmail.com

Table ronde 1

Décision publique et systèmes de santé : entre résilience et innovation

31 mai 2021

Les représentants des institutions à l'initiative du colloque saluent l'opportunité de construire des événements scientifiques à distance, le numérique facilitant la participation d'acteurs et de chercheurs internationaux. Le président de l'Institut des Amériques, Yves Saint-Geours, souligne une difficulté liée à la pandémie de COVID-19 : elle contraint bien souvent les acteurs politiques à choisir entre la préservation de la santé, la relance économique et la liberté des citoyens. Le directeur exécutif de la Fondation EU-LAC, Adrián Bonilla, aborde les effets de la crise planétaire en termes d'inégalités et de vulnérabilité de groupes sociaux déjà marginalisés. Le directeur de la Direction de la Culture, de l'Enseignement, de la Recherche et du Réseau au Ministère de l'Europe et des affaires étrangères (MEAE), Matthieu Peyraud, décrit quant à lui le rôle de la France dans le financement de divers projets internationaux de recherche. Le directeur du département Amérique latine à l'Agence Française du Développement (AFD), Bruno Leclerc, présente le drame humain, social et économique que traversent les pays latino-américains et évoque quelques initiatives de l'AFD sur ces territoires. Enfin, Anne-Peggy Hellequin, coordinatrice scientifique de ce cycle de conférences, propose de transformer l'émotion du drame vécu en une réflexion par un apprentissage des leçons de la crise. Le colloque se présente de cette manière : la première session traite de l'organisation de la décision publique, la deuxième des inégalités socio-spatiales dévoilées par la crise et la dernière de la participation de la société civile dans la prise de décision concernant la santé.

Alexis LE QUINIO - Coordinateur de la table ronde

Maître de conférences habilité à diriger des recherches en droit public à l'Institut d'Etudes Politiques de Lyon

Pour introduire la première partie du colloque, Alexis Le Quinio présente le processus de prise de décision, qui dans l'urgence, s'appuie sur trois critères principaux : la verticalité, la rapidité et la réduction des délibérations démocratiques. Ainsi dans les réponses à la crise, il existerait parfois des décalages entre les échelles géographiques nationales et locales, qui peuvent se renforcer dans le cadre d'un découpage en États fédérés (Brésil, Mexique). Il rappelle ensuite que les taux de létalité et de contagion du virus demeurent élevés : 6 des 10 pays dans le monde dénombrant le plus de décès se situent en Amérique latine. Le délaissement structurel de la santé se révèle à travers de maigres investissements dans ce domaine. D'après l'Organisation Panaméricaine de la Santé (OPS), en moyenne, seulement 2,2% du PIB des pays latino-américains serait investi dans la santé (6% serait nécessaire à une couverture universelle efficace). Selon le chercheur Augusto Galán Sarramiento, l'Amérique latine représenterait 19% des contaminés par la COVID-19 dans le monde, 27% des décès tandis qu'elle n'accueille que 7% de la population mondiale. Ces chiffres reflètent des politiques sociales faibles et des conditions économiques défavorables aggravées par la crise. L'absence de politique sociale explique l'impossible respect des mesures barrières pour environ 230 millions d'habitants vulnérables du sous-continent. En termes d'équipements, les pays latino-américains sont

les plus fragiles de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) avec une moyenne de 2,1 lits pour 1000 habitants (Mexique, Colombie, Costa Rica, Chili) contre 4,7 en moyenne pour les autres pays de l'organisation. Ces données préoccupantes sont à nuancer selon Alexis Le Quinio car l'observe un phénomène de résilience des sociétés et des systèmes de santé face à la pandémie (construction d'hôpitaux d'urgence, mise à disposition de lits, mise en œuvre de partenariats publics-privés, hausse de la capacité de dépistage, domiciliation des soins, mobilisation des professionnels de santé). De nombreuses questions persistent : quelles ont été les mobilisations des acteurs locaux ? Quelles rétributions pour le personnel soignant ? Et comment mesurer l'efficacité des décisions et des actions mises en place ?

Egidio Luis MIOTTI

Economiste et maître de conférences au Centre d'Economie de l'Université Sorbonne Paris Nord (CEPN)

Le constat d'une abondance d'informations fournie par les médias, d'une qualité parfois médiocre, ainsi que la volonté d'offrir des outils à la société civile pour analyser la décision publique sont à l'origine des recherches d'Egidio Luis Miotti. Il synthétise le trilemme auquel ont été confrontés les gouvernements dans leurs réponses à la crise. Comment parvenir à concilier les impératifs sanitaires (santé des citoyens), économiques (développement et relance) et démocratiques (libertés publiques et individuelles) dans une période marquée par l'urgence ? Ces choix politiques produisent des conséquences qui ne pouvaient et ne peuvent pas être anticipées. Egidio Luis Miotti démontre que dans la prise de décision, l'adoption d'un axe prioritaire déséquilibre les autres. En effet, la quarantaine s'avère nécessaire et efficace pour protéger la santé mais elle entraîne une réduction des libertés et, au mieux, une baisse de la qualité de vie en Europe, au pire, une aggravation considérable de la pauvreté en Amérique latine. Sur le même modèle, orienter la décision vers l'économie sans porter atteinte aux libertés conduit à l'acceptation de la mort des personnes âgées et vulnérables. À ce jour, 6% seulement de la population mondiale a été vacciné. L'expert mobilise le concept « d'incertitude radicale » et rappelle le manque de recul des décideurs d'un passé proche où l'espoir d'un vaccin restait encore précaire. Il a procédé à une mise en relation de variables sociales, sanitaires et économiques en jugeant insuffisante l'analyse axée sur les seuls hôpitaux. Associer le bon fonctionnement d'un système de santé à une quarantaine souple, représentation utilisée par les politiciens pour justifier des mesures restrictives, serait trop simpliste. En comparant les pays d'Amérique latine avec le reste du monde, il observe que la quarantaine est presque systématiquement rigide dans certains pays (Honduras, Salvador, Chili, Colombie, Argentine, Pérou, etc.). En utilisant les variables évoquées, la quarantaine semble rigoureuse lorsque la cohésion sociale est faible, que le marché du travail demeure précaire et que la méfiance généralisée des populations envers l'État domine.

Luisa Basilia IÑIGUEZ ROJAS,

Professeure émérite de géographie à l'Université de La Havane, Cuba

Luisa Basilia Iñiguez Rojas dresse le paysage sanitaire de Cuba qui se détache des autres pays de la région. Dans ce pays, la santé publique constitue un droit pour tous. Le Système National de Santé se présente comme un organisme unique et unifié pour garantir un accès à une santé publique, gratuite et universelle. En chiffres, Cuba recense le plus de médecins par habitant à l'échelle du sous-continent et le système de santé emploie un grand nombre de travailleurs dont une très large majorité de travailleuses qui composent 71% du personnel soignant. La chercheuse note l'efficacité, la finesse du maillage territorial en équipements de santé et le bon niveau de préparation des autorités pour affronter la crise. Un plan de prévention a été établi en février 2020 pour être appliqué un mois plus tard tandis que les premiers cas d'individus contaminés ont été diagnostiqués à la mi-mars de la même

année. Le Ministère de la Santé Publique a élaboré neuf protocoles nationaux et le Système de Défense Civile a activé des Conseils de Défense aux échelles nationale, provinciale et municipale. La création dans l'urgence de deux groupes de travail temporaire, réunissant respectivement les dirigeants d'institutions nationales et de nombreux scientifiques spécialisés, a joué un rôle fondamental dans l'appréhension et la gestion de la pandémie. La professeure décrit la collaboration entre les acteurs (institutions, disciplines universitaires, centres de recherche, services de soin). Pour compléter les mesures institutionnelles, la société civile cubaine s'est mobilisée tout au long de la crise par des modes d'actions solidaires, astucieux et créatifs (production de masque en tissu ou en plastique, dons alimentaires des agriculteurs, organisation des étudiants en médecine, utilisation des réseaux sociaux pour rompre l'isolement des personnes âgées...). En conséquence, le taux de mortalité cubain se révèle bien plus bas que le reste du continent avec 141 166 cas confirmés et 950 décès dans le pays. Pour conclure, la chercheuse évoque les vaccins développés par les laboratoires cubains (Soberana, Mambisa, Abdala).

Yeli VÍQUEZ RODRÍGUEZ,

Directrice de la Zone de Santé de Poas, Ministère de la Santé, Costa Rica

Au Costa Rica, le Ministère de la Santé constitue l'autorité sanitaire la plus puissante et travaille conjointement avec la Commission Nationale d'Urgence pour coordonner la réponse nationale face à la COVID-19. La mission du Ministère de la Santé, selon cette même source, vise à : « orienter et diriger les acteurs sociaux pour le développement d'actions qui protègent et améliorent la santé physique, mentale et sociale des habitants [...] selon des principes d'équité, d'éthique, d'efficacité, de qualité, de transparence et de respect de la diversité ». La Commission Nationale d'Urgence, quant à elle, a été créée en 2006 d'après la Loi Nationale d'Urgences (Loi 8488) et se déploie à tous les niveaux de gouvernance pour répondre, comme son nom l'indique, à une urgence critique. La santé conçue comme un « produit social » exige une mobilisation générale car les difficultés survenues pendant la crise s'inscrivent surtout dans le domaine socio-économique. Ainsi, le Système National de Santé est le fruit de la coopération entre plusieurs entités publiques et privées, à but lucratif ou non et à toutes les échelles d'analyse. La Sécurité Sociale a été créée en 1941 (Loi 17, articles 73 et 177 de la Constitution) pour : « produire des services intégraux de santé à l'individu, à la famille, à la communauté, à offrir une protection socio-économique et les retraites à la population costaricienne ». À la fin mai 2021, le Costa Rica dénombre un peu plus de 314 000 cas de contamination et 3 961 décès. L'intervenante décrit une situation d'effondrement de l'hôpital public, une dégradation économique, sociale, des mobilités et une population insubordonnée qui ne veut plus respecter les restrictions imposées. La présentation porte ensuite sur le canton Poas (province d'Alajuela) qui possède un modèle de gestion partagé avec une forte coopération des acteurs grâce à une présence locale de l'État central à travers la Caisse de Sécurité Sociale du Costa Rica et le Ministère de la Santé. La réponse sanitaire s'organise de manière multiscalaire et adaptée aux besoins de chaque canton.

Miguel Ángel GONZÁLEZ BLOCK,

Directeur général de Evisys, chercheur associé à l'Université Anáhuac, Chercheur honoraire à l'Instituto Nacional de Salud Pública, Mexique

Ce chercheur décrit le système de santé mexicain : une conception verticale, une faiblesse institutionnelle, un manque de coordination entre les acteurs de la santé et une insuffisance des investissements en sont les principales caractéristiques. Il considère la pandémie de COVID-19 comme une opportunité pour proposer une réflexion sur la couverture universelle et unifier un système fragmenté « corporatiste autoritaire », où l'accès à la santé est inégal et où chaque organisme de sécurité sociale possède une grande autonomie depuis la Loi de Santé promulguée en 1983. Selon

Miguel Ángel González Block, « ce mode de gouvernance ne se focalise pas sur le droit à la santé ». D'un point de vue historique, ce système établi en 1924 puis consolidé en 1943, s'inspira de l'idée d'ordre présente dans le fascisme italien. Ainsi, le droit à la santé a été écarté au profit du pouvoir et de la relation hiérarchique régissant les patrons et les ouvriers. Seulement 3% des ouvriers sont affiliés à la sécurité sociale de l'Institut Mexicain de Sécurité Sociale (IMSS) donc 97% d'entre eux demeurent exclus du système. Sur le plan économique, l'emploi précaire détient toujours une place centrale, la COVID-19 a engendré la perte d'au moins un million d'emplois et 45% des affiliés auraient perdu leurs droits depuis le début de la pandémie. De plus, au Mexique, les dépenses dans la santé sont plus limitées que dans le reste du continent avec un investissement de 1 009 US dollars par habitant contre 1 081 à l'échelle de l'Amérique latine. En conséquence le secteur de la santé se retrouve particulièrement privatisé. Le chercheur considère que l'importante limitation de la couverture universelle provient de la fragmentation d'un système de santé qui a entraîné la mort de 350 000 personnes faisant du Mexique l'un des pays du monde avec le plus fort taux de mortalité lié à la COVID-19. Pourtant, il liste plusieurs pays en Europe (Italie, Espagne) et en Amérique latine (Brésil, Colombie, Costa Rica), où s'est opérée une transition entre un modèle autoritaire et fragmenté vers un modèle plus unifié et intégrateur, phénomène porteur d'espoir pour le futur du système de santé mexicain.

Stéphanie SEYDOUX,

Ambassadrice pour la Santé mondiale, France

Le système de santé français possède un caractère « hospitalo-centré » où l'hôpital incarne une centralité dans plusieurs domaines (formation des professionnels de santé, recherche médicale, pharmacologique, etc.). Cette conception s'appuie sur la volonté d'une prise en charge globale des patients et s'oriente peu à peu vers une « médecine de parcours ». Dans le contexte européen, les collectivités territoriales, plus particulièrement les régions, détiennent de grandes compétences. En témoigne le rôle clef accordé aux Agences Régionales de Santé (ARS) pour appliquer les décisions nationales (prévention, identification, traçage des cas contacts, etc.). Le système français, considéré comme un modèle rayonnant à l'échelle internationale, a été consolidé au 20e siècle par un élargissement d'une couverture santé « publique, obligatoire et fondée sur la solidarité » selon l'ambassadrice. Elle rappelle cependant l'impréparation des autorités face à une crise qui a conduit à la saturation des hôpitaux mais insiste en même temps sur la résilience du système français. En effet, il a facilité l'émergence de plusieurs « outils de diagnostic, des produits, des vaccins, des soins à l'hôpital » et autorisé le financement par l'assurance maladie de soins très lourds pour les malades atteints de la COVID-19. Le pays entre dans une phase de réduction des contaminations grâce à la vaccination mais la pandémie a entraîné une dégradation de la santé à cause de la déprogrammation de soins au nom d'une priorité accordée aux malades de la COVID-19. À cette négligence s'ajoutent la détérioration de la santé mentale et la croissance des violences domestiques. Stéphanie Seydoux questionne la place des femmes qui continuent de subir des discriminations de genre bien qu'elles aient joué un rôle clef dans cette crise. Pour conclure, elle présente deux projets revalorisant leur place dans la santé : le projet d'Académie de la Santé de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) et le Forum Génération Égalité à Paris organisé en juillet 2021 avec le gouvernement mexicain et ONU Femmes pour aborder cette même thématique.

Table ronde 2

Des inégalités révélées par la crise ?

1 juin 2021

Vera Chiodi - Coordinatrice de la table ronde
Professeure d'économie à l'Université Sorbonne Nouvelle IHEAL-CREDA

La deuxième session du colloque aborde la thématique des inégalités évoquée au cours de la première partie. Elles peuvent être économiques, liées au genre et au handicap, à la protection sociale, à la vulnérabilité des populations voire scientifiques avec de grandes disparités dans le financement international de la recherche. Vera Chiodi décrit une situation préoccupante : sur les 15 pays les plus inégalitaires au monde, 10 se situent en Amérique latine. La pandémie a accéléré la chute déjà en cours des PIB et a entraîné une croissance de la pauvreté. La chercheuse insiste sur l'idée d'un impact différencié de la crise selon les populations avec une vulnérabilité croissante des travailleurs informels, des femmes, des pauvres urbains, des migrants, des enfants, des petites et moyennes entreprises, etc. À la fin de l'année 2020, l'Amérique latine a perdu 8,5 millions d'emplois et 2,7 millions d'entreprises ont été contraintes à la fermeture. Les inégalités se lisent également dans les pratiques vaccinales (implantation, quantité par habitant, transfert technologique et logistique), domaine dans lequel les pays latino-américains manifestent une forte dépendance au reste du monde. La chercheuse explique comment, malgré la « vague rose » historique qui a amené de nombreux gouvernements à remettre en cause les politiques néo-libérales pour consolider le domaine public, ces investissements ont été insuffisants pour absorber les effets négatifs de la crise pandémique, entraînant ainsi des taux de mortalité élevés. En même temps, la fragmentation sociale conduit la classe moyenne à privilégier le secteur privé ce qui fragilise le service public, les acquis sociaux et le contrat social. À un délitement du tissu social pendant la pandémie s'ajoutent de lourdes conséquences sur l'éducation et l'emploi. La fermeture des écoles et des entreprises a eu des effets en termes de précarité chez les jeunes et les femmes notamment. En résumé, « la pandémie va ralentir et inverse la tendance de réduction de la pauvreté multidimensionnelle » malgré des politiques sociales et des programmes qui ciblent les plus vulnérables.

Alberto ARENAS DE MESA
Directeur du département de Développement Social de la CEPAL

Cette présentation s'appuie sur des données statistiques pour analyser les inégalités rendues visibles à travers la pandémie. Alberto Arenas de Mesa évoque à nouveau l'exploitation des femmes dans le secteur du soin et insiste sur l'insuffisance des mesures étatiques pour freiner la pauvreté. Le morcellement des systèmes de santé, le sous-financement structurel, le profond manque d'infrastructures et de ressources humaines constituent les causes principales de ce sombre tableau. L'immunité collective n'est pas encore atteinte car seulement 16% de la population latino-américaine avait reçu les deux doses d'un vaccin en avril 2021. De plus, 167 millions d'étudiants seraient affectés par la fermeture des universités ce qui aggrave l'avenir des strates socio-économiques les plus paupérisées. Dans le domaine de l'emploi, seulement 21,3% des employés pouvaient exercer à distance et le taux de chômage a fortement augmenté passant de 8,1% en 2019 à 10,7% en 2020.

L'intervenante précise que 8 latino-américains sur 10 sont aujourd'hui considérés comme vulnérables et qu'un « retour en arrière de 20 ans » s'est opéré dans l'évolution de la pauvreté extrême. Sur le plan des ressources de santé, la situation semble disparate à l'échelle régionale. Certains pays cumulent un manque de lits et de personnel soignant (Colombie, Pérou, Bolivie, Venezuela, Équateur, Mexique) tandis que d'autres sont mieux équipés (Cuba, Chili, Brésil). Les recommandations d'Alberto Arenas de Mesa s'orientent vers le développement de politiques intersectorielles. Il dénonce « un faux dilemme entre l'économie et la santé » car le secteur économique dépend d'abord de la santé des populations. Ainsi, la construction d'un État Providence, d'une couverture santé universelle délivrant des soins primaires, la création d'un nouveau contrat social et de réformes fiscales seraient les pré-requis indispensables pour réduire les inégalités.

Merike BLOFIELD

Directrice de l'Institute for Latin American Studies du German Institute for Global and Regional Studies (GIGA) et professeure de sciences politiques à l'Université de Hambourg

Cette présentation analyse le lien entre les inégalités et le déploiement de programmes de protection sociale sous forme de transferts de fonds. La réponse des États pour réduire l'impact de la crise sur les ménages les plus fragiles a été très disparate selon les pays. Merike Blofield rappelle que les inégalités, l'informalité et l'urbanisation favorisent la diffusion du virus ce qui entraîne un bilan pandémique particulièrement lourd en Amérique latine. Les enfants sont les personnes les plus vulnérables d'après les données de la CEPALC et, avant même le début de la pandémie, la moitié d'entre eux vivaient déjà dans une situation de pauvreté. Les recherches de l'intervenante portent sur trois groupes : les personnes affiliées au système traditionnel de la sécurité sociale contributive, celles dans le système mais qui n'y contribuent pas (enfants, personnes âgées) et les ménages informels. La chercheuse présente d'abord les programmes d'aides aux ménages avec des enfants avant l'arrivée de la COVID-19 puis les pays ayant augmenté les transferts de fonds au cours de la pandémie (Brésil, Chili, Argentine) et ceux qui ne les ont pas consolidés (Costa Rica, Équateur, Mexique). Elle analyse ensuite les programmes de transfert de fonds ciblant les travailleurs informels. Certains pays sont extrêmement touchés par l'informalité et affichent un taux de 80% (Pérou, Bolivie), tandis que d'autres sont moins affectés avec un taux inférieur à 30% (Uruguay, Chili, Costa Rica). Ainsi, les besoins en aides publiques s'avèrent très nuancés selon les pays et les réponses étatiques semblent tout aussi hétérogènes. Le Mexique n'a produit aucun programme de transferts de fonds aux ménages paupérisés dans un contexte où, d'après l'UNICEF, 80% des ménages mexicains avec des enfants se trouvent dans l'incapacité de leur offrir une nutrition basique. À l'inverse, le cas du Brésil démontre que les transferts de fonds ont une conséquence significative dans la réduction de la pauvreté des ménages.

Anna BARRERA VIVERO

Directrice de programmes à la Fondation EU-LAC

Cette intervention humanise les statistiques des inégalités. Anna Barrera Vivero accentue l'idée d'un impact plus grave de la pandémie sur les groupes sociaux selon leurs caractéristiques (genre, âge, validité, ethnie, lieu de vie, situation socio-économique). Les femmes, les enfants, les personnes âgées, les invalides, les indigènes, les afro-descendants, les migrants, les habitants ruraux ou aux marges des villes, les plus pauvres, en demeurent les victimes les plus affectées. Le premier volet de la présentation s'intéresse au genre, le second au handicap. D'après ONU Femmes, sur 96 millions de personnes dans la pauvreté extrême en 2021, la moitié serait des femmes. En travaillant majoritairement dans le domaine de la santé, elles prennent en charge des services élémentaires et s'exposent au virus. À cela s'ajoutent les conséquences des confinements (croissance des travaux et des violences domestiques). L'experte dépeint trois portraits de femme : une Nicaraguayenne, une Afro-colombienne et une Brésilienne qui décrivent toutes la pénibilité de la vie, les difficultés à accéder

à l'emploi, à l'alimentation, aux soins. Anna Barrera Vivero relie le handicap à la précarité, à l'exclusion, à la dépendance à autrui. En 2018, d'après l'UNICEF, 7 enfants handicapés sur 10 seraient exclus du système scolaire et ce phénomène se prolonge à l'âge adulte où ils se retrouvent victimes de discriminations et éloignés de l'emploi. Le respect de la distanciation sociale ou des mesures d'hygiène (le masque pour les sourds-muets), le difficile accès à la santé, aux services d'accompagnement ou au télétravail s'érigent en obstacles quotidiens pour les personnes en situation de handicap. Elle présente le portrait d'une Péruvienne, mère d'un fils autiste, et celui d'un enfant de 13 ans, sourd avec une déficience intellectuelle qui n'a plus accès à l'école depuis la pandémie car il habite un territoire rural sans électricité. L'intervenante recommande la création d'espace de parole, le déploiement d'aides dédiées aux personnes vulnérables et aux associations qui les protègent, l'accès prioritaire des plus fragiles à la vaccination, la réduction de la fracture numérique... Elle fait référence à l'Agenda 2030 et à la volonté de « ne laisser personne derrière ».

Quiterie PINCENT

Directrice de l'Agence Française de Développement de Cuba

Cette présentation traite du rôle de l'AFD dans la santé à Cuba en présentant d'abord le modèle cubain, les défis auxquels le pays est confronté ainsi que les réponses apportées par l'organisme français. L'intervenante rappelle que le gouvernement cubain prônant la « Santé pour tous » est à l'origine d'une politique volontariste depuis la révolution en 1959. En témoignent l'investissement de 11% du PIB dans ce secteur en 2020, l'accès facile aux soins primaires et le rayonnement international de l'industrie pharmaceutique. Cependant, le système de santé cubain rencontre des obstacles historiques liés à la chute de l'URSS et actuels : l'embargo des États-Unis empêche l'approvisionnement du pays en équipements médicaux. Les décès liés à la COVID-19 ne s'élevaient « qu'à » 943 à la fin mai 2021 pour 140 000 contaminations au total, ce qui atteste de la compétence des autorités cubaines dans la gestion de crise (confinement, fermeture nationale, dépistages, isolement, prévention). Les laboratoires ont conçu 5 vaccins en prévision d'une vaccination de toute la population cubaine puis d'une exportation régionale et mondiale. Quiterie Pincent détaille ensuite trois programmes de l'AFD concernant la santé. Depuis son implantation en 2016, le montant des activités de l'Agence s'élève à 235 millions d'euros tous secteurs compris. En 2018, suite à une demande des autorités pour obtenir des équipements de pointe, l'AFD a accordé à trois instituts un prêt de 24 millions d'euros. En 2020, le projet FINLAY s'appuyait sur un prêt de 25 millions d'euros pour soutenir la modernisation d'un vaccin contre la méningite, avec une participation de l'OMS et de l'UNICEF. En 2020 et 2021, l'AFD et l'État cubain ont appliqué les deux parties des initiatives « Santé en commun » contre la COVID-19 permettant l'acquisition de 180 000 kits de protection, 76 respirateurs, 1 million de tests COVID et le développement des vaccins. L'experte souligne en conclusion le caractère atypique du système de santé cubain dans un contexte de double crise, nationale et internationale.

Yazdan YAZDANPANA

Directeur de l'ARNS et de l'institut I3M et chef de service des maladies infectieuses et tropicales, hôpital Bichat Claude Bernard

Le dernier intervenant aborde les inégalités de financement de la recherche dans le monde. En considérant la pandémie comme un microscope qui permettrait l'observation fine des dysfonctionnements de nos sociétés, il insiste sur la fracture entre les pays dits du Nord et ceux du Sud. L'ANRS a tenté de construire un outil d'analyse pour déchiffrer le financement de la recherche autour de la COVID-19. Début mai 2021 ces recherches pluridisciplinaires (histoire naturelle, éthique, vaccins en R&D) ont mobilisé 5 milliards de dollars US. À l'aide d'une série de cartographie à l'échelle mondiale, Yazdan Yazdanpanah révèle les résultats suivants : 10,610 projets ont été conçus dans le

monde, la grande majorité aux États-Unis et en Europe, suivi de l'Amérique Latine puis de l'Afrique. Selon lui « la recherche fait partie de la riposte et de la réponse » à la pandémie. L'ANRS, rattachée à l'Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale (INSERM) et créée en 2021 à la suite d'une fusion de deux organismes, a comme mission la coordination, l'animation et le financement de la recherche en prenant pour thèmes les maladies sexuellement transmissibles et les maladies infectieuses émergentes. Avec une vision globale One Health, elle est présente dans plusieurs domaines (la recherche fondamentale, humaine et sociale, clinique), s'intéresse à de nombreux champs jusqu'à la recherche reliée au non-humain comme les animaux ou l'environnement, et apporte des soutiens à de nombreux pays du Sud (Burkina Faso, Cambodge, Brésil, Égypte). L'organisme possède un département nommé « Stratégie et partenariats » dont l'objectif consiste en la promotion du positionnement de l'agence, la prospection et la collaboration avec des pays révélant un besoin. Enfin, l'ANRS désire renforcer un réseau à l'échelle mondiale (axes à consolider, organisation de journées scientifiques, publication et valorisation de la recherche) pour plus d'équité et pour pallier le manque structurel de financement de la recherche dans certains territoires.

Table ronde 3

Quelle participation de la société civile dans les politiques publiques de santé ?

2 juin 2021

Alicia Márquez Murrieta - Coordinatrice de la table ronde

Professeure et chercheuse au Département de Politique et d'Économie à l'Institut de Investigaciones Dr. José María Luis Mora

La troisième partie du colloque s'intéresse à la participation de la société civile aux politiques liées à la santé pour identifier les différentes réponses sociales à la pandémie. Cette dernière a été un moteur d'engagement pour de nombreux acteurs non-étatiques (associations citoyenne, ONG) soucieux de réduire les inégalités décrites dans la deuxième session du colloque. Certains organismes se sont mobilisés, par exemple, en achetant et en distribuant des biens de première nécessité aux personnes vulnérables. Ce webinaire questionne ainsi les nouvelles formes de participation de la société civile, les relations entre acteurs (société civile, État, milieu scientifique, acteurs publics et privés) et propose une réflexion multiscale du local au global. Alicia Márquez Murrieta introduit ce panel en présentant les caractéristiques des organisations citoyennes. En s'appuyant sur les représentations de l'intérêt général, de la défense du bien public, en privilégiant les stratégies fondées sur la solidarité et la coopération, les acteurs issus de la société civile tentent d'influer sur les décisions et les politiques publiques. De manière générale, les organisations citoyennes affichent une autonomie face au pouvoir de l'État ou du secteur économique. Souvent, elles proposent des solutions alternatives et se mobilisent différemment des acteurs étatiques. Ainsi, elles s'organisent en réseaux pour consolider à la fois leur autonomie et leur légitimité. Leur objectif est d'influencer les politiques publiques et, pour cela, elles déploient des stratégies d'interpellations aux acteurs puissants. Leur mode de fonctionnement étant moins hiérarchique et vertical que celui des institutions, ces organisations peuvent faire plus aisément face à divers problèmes à partir de leur expérience de terrain.

Natalia PASTERNAK

Présidente de l'Institut Questão de Ciência, Brésil

Cette présentation analyse la relation entre l'expertise et la décision, la recherche scientifique et les politiques publiques. L'intervenante envisage la science comme un guide à la prise de décision, malheureusement peu suivi et peu exploité en raison de l'existence d'intérêts économiques ou politiques prioritaires. L'Institut Questão de Ciência, organisme brésilien promouvant des politiques publiques fondées sur l'expertise scientifique, possède deux axes pour atteindre cet objectif. La vulgarisation scientifique constitue la première mission via les revues, réseaux sociaux, émissions de radios, etc. Ce travail de communication par une simplification des résultats de recherche est peu reconnu ou valorisé par la communauté scientifique. Natalia Pasternak résume son travail en ces termes : « j'ai essayé d'amener la science directement au public et de lui montrer qu'elle est déjà présente dans sa vie quotidienne ». Elle souligne que le manque d'accès à la connaissance est susceptible d'entraîner des choix dangereux pour la santé des populations et des individus. La seconde mission de l'Institut se reflète dans le dialogue entre le monde scientifique et les politiques (législateurs

et gouverneurs). Dans le cas brésilien, « ce pont reste encore à construire » car les décideurs et les scientifiques ne s'inscrivent pas dans une tradition d'échange. Natalia Pasternak critique vivement la désinformation, le système de santé brésilien offrant une place importante aux médecines alternatives. Au Brésil, la promotion d'une substance dangereuse, la chloroquine, par le Président et le ministère de la santé pour lutter contre le virus marque l'entrée du pays dans une dynamique de désinformation inquiétante. En considérant que « la fausse information tue », l'experte tente d'agir pour prévenir les conséquences dramatiques de politiques publiques qui s'éloigneraient des vérités scientifiques.

Patricia LACZYNSKI

Professeure à l'Université Fédérale de Sao Paulo, Instituto das Cidades, Brésil

À São Paulo, la société civile est à l'origine d'initiatives populaires, locales et innovantes pour compenser la grande fragilité de la réponse municipale. Cette ville de 2 millions d'habitants subit des inégalités raciales et socio-économiques extrêmes avec un centre urbain peuplé par une population blanche très favorisée qui contraste avec des périphéries habitées par une population noire très paupérisée. La ville recense plus d'un million de personnes contaminées et plus de 29 000 décès mais ceux-ci sont 5 fois plus élevés dans les quartiers périphériques que dans le centre. En effet, la promiscuité associée au manque d'accès aux services de santé ou encore la nécessité d'utiliser les transports en commun pour les travailleurs des marges (femmes de ménage, gardes de sécurité, chauffeur Uber...) sont autant d'éléments qui ont contribué à la diffusion du virus dans une population structurellement exclue. Face au manque d'implication des autorités et à la négation de la crise pandémique par le gouvernement fédéral, la société civile de São Paulo a démontré sa capacité à s'auto-organiser, à se protéger et à se soigner. Les recherches de fonds et de produits alimentaires et sanitaires, les mobilisations pour la construction d'hôpitaux à l'est de la ville ou encore l'investissement de l'Église catholique et des prêtres auprès des sans-abris sont des stratégies qui ont permis de compléter une aide précaire de la municipalité (distribution de repas ou paniers alimentaires). Le Mouvement des Travailleurs Sans Toit (MTST) a par exemple organisé des « cuisines solidaires » dans le nord de la ville en promouvant l'alimentation locale et biologique par des partenariats avec les agriculteurs. L'organisme nommé G10 Favelas a mis en place des « stratégies de guerre » contre la COVID-19 par une systématisation de ses actions, un déploiement de travailleurs sociaux chargés de récupérer des informations sur les individus contaminés ou encore l'organisation d'un groupe de soignants locaux dans des territoires marqués par l'absence de ce service public.

Francisco A. ROSSI BUENAVENTURA

Médecin spécialiste en épidémiologie, conseiller principal de la fondation IFARMA, Colombie

La crise sociale en Colombie, à l'image d'autres mouvements de protestations internationaux (gilets jaunes, printemps arabe), reflète l'inquiétude de la jeunesse face à un avenir incertain d'autant plus que la crise de la COVID-19 a accentué la pauvreté et les inégalités. La Fondation IFARMA qui accompagnait déjà les populations touchées par des maladies sexuellement transmissibles (sans-abris, travailleurs et travailleuses du sexe) a découvert qu'elles étaient également plus vulnérables à la COVID-19. Les différentes ONG que coordonne IFARMA se mobilisent pour leur offrir un accès à l'information médicale, aux produits alimentaires, d'hygiène et aux médicaments tandis que l'accès à la santé demeure encore le privilège des plus aisés en Amérique latine. L'un des objectifs d'IFARMA est que les droits de propriété intellectuelle ne deviennent pas une contrainte dans l'accès au traitement contre les MST et dans l'accès au vaccin contre la COVID-19. La proposition de l'OMS d'une couverture sanitaire universelle pour les pays en voie de développement se limite à une aide financière sans répondre aux besoins des plus vulnérables. La pandémie est perçue comme un accident avant l'espéré « retour à la normale ». Cependant pour l'expert, il s'agirait plutôt de transformer nos

systèmes politiques et économiques normalisés et producteurs d'inégalités. Francisco A. Rossi Buenaventura aborde ensuite l'inégalité d'accès au vaccin en déplorant qu'un « bien public mondial » se retrouve accaparé par les populations riches des pays riches entraînant une situation de dépendance des pays avec une faible capacité de production de vaccin. En Colombie, les plus aisés peuvent voyager aux États-Unis pour accéder au vaccin, contrairement aux plus vulnérables. Enfin, il critique un « ordre international colonialiste » qui propose « un modèle d'innovation construit sur la propriété intellectuelle » et non pas sur la recherche de « réponses solidaires ». Il clôt sa présentation en ces termes : « Un jour, nous nous souviendrons des brevets avec la même condamnation morale que nous nous souvenons aujourd'hui de l'esclavage ».

Andrea COSTAFREDA

Directrice pour l'Amérique latine et les Caraïbes à Oxfam Intermón

Au début de la pandémie l'obstacle principal pour en sortir semblait scientifique mais aujourd'hui, les inégalités s'érigent en barrière car un écart se creuse entre deux mondes : les pays riches s'immunisent mais les pays du Sud devraient atteindre l'immunité en 2024 dans le meilleur des cas. À l'échelle du monde, 80% des vaccins se trouvent accaparés par les pays de l'OCDE (seulement 30% de la population planétaire). Oxfam évoque un « apartheid du vaccin » en insistant sur la difficulté des pays d'Afrique, par exemple, à se le procurer. L'impact de la pandémie est très inégalitaire selon le pays mais également selon les caractéristiques de chacun (genre, ethnie) : « la tempête est la même mais elle nous a surpris dans des bateaux différents ». Oxfam annonce qu'entre mars et juillet 2020, il y a eu 8 nouveaux milliardaires en Amérique latine alors que, d'après la CEPALC, 50 millions de personnes pourraient plonger dans la pauvreté. Andrea Costafreda signale la vulnérabilité des femmes qui produiraient, selon la même source, environ 20% du PIB par leur travail dans le care. Elle évoque aussi la vulnérabilité des indigènes et afro-descendants comme l'illustre le cas brésilien où les personnes noires et pauvres représentent 6 décès sur 10 liés au virus. La santé n'est pas un droit pour tous mais le privilège des plus riches, elle s'achète et se conserve en fonction des revenus, de la race et du groupe social. L'injonction au confinement demeure irréaliste alors que « la subsistance passe par la rue » pour la majorité des habitants et que 60% de la population latino-américaine (sur)vit dans l'informalité. Comment financer la réponse publique, réactiver économiquement la région, négocier ou annuler les dettes des pays les plus fragiles ? Oxfam, comme l'OCDE ou le FMI, exige une fiscalité plus juste qui s'appuie sur la richesse et les bénéfices corporatifs (Argentine) plutôt que sur le travail ou la consommation (Colombie). Enfin, Oxfam défend l'accès universel à la vaccination et demande la levée des brevets, le transfert technologique entre les pays du Sud et l'augmentation des investissements dans les systèmes de santé.

Áine MARKHAM

Vice-présidente du conseil d'administration international de Médecins Sans Frontières

Au cours de la pandémie Médecins Sans Frontières (MSF) se mobilisait pour préserver le bon fonctionnement des systèmes de santé dans le monde en protégeant le personnel soignant, y compris en Europe et aux États-Unis, territoires où l'ONG intervenait peu par le passé. Les activités de MSF se situaient dans 70 pays dans le monde avec 302 projets favorisant l'accès à la santé physique, mentale et aux équipements médicaux. Les missions de l'organisme étaient les suivantes : prévenir et contrôler les infections, soutenir les systèmes de santé, travailler avec les communautés, favoriser l'information qualitative, protéger la santé mentale du personnel soignant et des patients, les populations vulnérables (pauvres urbains, sans-abris, migrants) et lutter pour l'accès aux soins fondés sur la science (oxygène, diagnostics, vaccins). En effet, bien que le vaccin ne soit pas un remède magique, sa diffusion permet de contenir les vagues pandémiques. Áine Markham décrit ensuite les multiples crises humanitaires auxquelles s'ajoute celle de la crise de COVID-19. Les catastrophes liées à des aléas

naturels (ouragans, inondations) ou humains (conflits, migrations) aggravent la situation des populations les plus fragiles. La pandémie a des répercussions importantes. Les patients qui n'accédaient traditionnellement pas aux soins ont été encore plus marginalisés au bénéfice des contaminés. Ainsi les défis fondamentaux de l'organisme consistent à compenser la rareté des soins, à promouvoir la solidarité en construisant la confiance des populations envers la science, en fournissant des tests et vaccins et en veillant à la rémunération équitable du personnel soignant. Les membres de MSF développent des activités associatives avec la société civile par le biais d'une centaine de partenariats dans le monde. Enfin, l'intervenante aborde la problématique de l'inclusion sociale par une référence à la cosmovision latino-américaine et à la Pachamama qui mettent en avant la santé comme un bien commun et pas uniquement comme un privilège aux mains de certains.

LE COLLOQUE EN VIDÉOS

[Playlist intégrale](#)

[Inauguration](#)



Session 1
Décision publique et
systèmes de santé :
entre résilience et
innovation



Session 2
Des inégalités révélées
par la crise ?



Session 3
Quelle participation
de la société civile
aux politiques
publiques de santé ?

[Conclusion](#)