

EPISODE 23 : DÉCOLONISATION, LOCALISATION ET OMS

L'HISTOIRE COMPTE ! PARTIE I

Traduction de la version française par Trint. L'OMS ne saurait être tenue pour responsable du contenu ou de l'exactitude de la présente traduction. En cas d'incohérence entre la version anglaise et la version française, la version anglaise est considérée comme la version authentique faisant foi.

Garry Aslanyan [00:00:05] Bonjour et bienvenue sur le podcast Global Health Matters. Je suis votre hôte, Garry Aslanyan. Je suis tellement contente que vous ayez écouté la troisième saison du podcast. Je sais que c'est difficile à croire, mais nous y sommes ! Pour démarrer cette saison, je vais faire un retour dans le passé et discuter de la valeur et des avantages de la compréhension de l'histoire de la santé mondiale. Nous nous concentrerons sur les récits et explorerons les points de vue et les priorités qui ont façonné l'histoire de la santé mondiale, en mettant particulièrement l'accent sur l'Organisation mondiale de la santé. Mes invités pour cet épisode sont deux spécialistes renommés de l'histoire de la santé mondiale. Sanjoy Bhattacharya est directeur de l'École d'histoire et professeur d'histoire de la médecine et de la santé mondiale à l'université de Leeds au Royaume-Uni. Anne-Emanuelle Birn Anne-Emanuelle Birn est professeure d'études sur le développement mondial et de santé mondiale à l'université de Toronto au Canada. Bonjour Sanjoy. Bonjour Anne-Emanuelle.

Sanjoy Bhattacharya [00:01:11] Bonjour Garry.

Anne-Emanuelle Birn [00:01:12] Bonjour Garry.

Garry Aslanyan [00:01:12] Bienvenue dans l'émission. Commençons. Sanjoy et Anne-Emanuelle, pourquoi l'histoire est-elle importante ?

Sanjoy Bhattacharya [00:01:20] Garry, l'histoire est importante parce que, pour moi, elle nous permet de mieux comprendre comment nous en sommes arrivés là aujourd'hui et comment nous pouvons fonctionner de manière plus efficace et plus inclusive. Toutes les institutions ont une longue histoire, et cette longue histoire a déterminé les négociations entre des partenariats complexes, des organisations complexes, et la façon dont nous fonctionnons aujourd'hui est profondément déterminée par ces négociations à long terme, qui sont historiques. L'histoire est donc importante.

Garry Aslanyan [00:01:57] Et Anne-Emanuelle, et vous ?

Anne-Emanuelle Birn [00:01:59] Juste pour continuer sur cette lancée. Nous pouvons envisager le rôle de l'histoire de quatre ou cinq manières. Pour ceux qui s'intéressent à des lieux particuliers, à des institutions, à des professions, etc., l'histoire est très importante pour construire une identité, savoir qui vous êtes et comprendre, comme l'a dit Sanjoy, les trajectoires passées. C'est également très important en période de réforme ou de changement. Ainsi, lorsqu'il y a une nouvelle politique ou un changement plus global tel que la fin de la guerre froide, ces moments deviennent extrêmement importants pour comprendre ce qui s'est passé auparavant et quelle voie pourrait être tracée pour l'avenir. C'est également extrêmement important en période de crise. Ainsi, à certains moments, lorsque quelque chose change soudainement, cela nous aide à faire face aux incertitudes. Enfin, nous pouvons considérer l'histoire comme une sorte de fenêtre sur la société en général.

Garry Aslanyan [00:03:16] Pourriez-vous nous donner un bref aperçu de l'histoire de la santé mondiale et de ses moments clés ?

Anne-Emanuelle Birn [00:03:21] Pour ce qui est de l'histoire de la santé mondiale, je pense qu'il y a un certain nombre de points pertinents ici. Tout d'abord, il s'agit d'un terme relativement nouveau. Au XIXe siècle, l'arène qui a évolué ou a fait irruption et s'est transformée en histoire de la santé mondiale a débuté dans un contexte très particulier, celui de l'impérialisme, notamment européen, mais aussi de l'impérialisme nord-américain et de la croissance de l'entreprise coloniale. La santé et la médecine jouaient un rôle très important. C'est pourquoi l'un des premiers précurseurs, si vous voulez, de l'histoire de la santé mondiale, ou de la santé mondiale, a été la médecine coloniale. Ensuite, il y a eu une sorte de transition vers la médecine tropicale. Ici, l'arène ne portait pas sur la santé tropicale, mais plutôt sur les régions dites tropicales du monde, qui recoupaient en fait à bien des égards les régions du monde qui avaient été colonisées. Au XIXe siècle, cette nouvelle nomenclature de la médecine tropicale était vraiment liée à l'idée de créer quelque chose d'étranger qui constituait également une menace. Et c'était en grande partie une invention. Il a fallu créer la notion des tropiques pour avoir accès à la médecine tropicale, mais aussi l'idée que ces régions du monde menaçaient l'Europe et le pouvoir impérial. Vous avez donc toute cette activité récréative, puis, au début du 20e siècle, vous vous rebaptisez en quelque sorte dans le domaine de la santé internationale. L'idée ici s'inspirait en partie des conférences sanitaires internationales, mais essayait également de réfléchir à la santé dans différentes régions du monde sans nécessairement se laisser influencer par les influences coloniales et impériales. Il y a donc cette transition qui prend vraiment son essor après la fondation de l'Organisation mondiale de la santé, cette idée de santé internationale, de santé entre les pays, par le biais de décisions parfois collectives, mais aussi très influencée par l'ordre mondial, en l'occurrence la guerre froide. Et puis, bien plus récemment, on a assisté à la réapparition de cette idée de santé mondiale après la guerre froide, qui, selon certains, est plus ou moins une continuité de la santé internationale avec des asymétries de pouvoir entre les différentes régions du monde. D'autres y voient l'occasion de mettre l'accent sur l'équité et l'inclusion et de faire participer réellement certaines parties de ce que l'on appelait autrefois le tiers monde, peut-être que beaucoup utilisent le monde majoritairement du Sud, à la prise de décisions concernant des activités de santé qui concernent sans doute le monde entier ou certainement les relations entre les pays et entre les pays.

Garry Aslanyan [00:06:54] Nous abordons souvent les leçons du passé avec une grande confiance et nous voulons les appliquer à nos contextes actuels, aux situations sanitaires et aux interventions. Y a-t-il des dangers à le faire ?

Sanjoy Bhattacharya [00:07:08] Pour moi, il n'y a donc pas de récit historique unique, et Emanuelle vient de nous le raconter de manière très convaincante, mais j'ai toujours eu un point de vue différent en ce sens que lorsque nous essayons de nous battre pour l'équité et d'utiliser l'histoire pour l'équité, nous sommes également complices du fait que nous n'écoutons pas les voix alternatives. La résistance qui a toujours existé, depuis le début du colonialisme, aux discours dominants que les empires ont essayé d'imposer ou que les organisations ont tenté d'imposer. Il n'y a donc pas un seul récit historique. Il y a aussi le récit des colonisés. Il y a aussi le récit de la résistance. C'est là que, pour moi, l'étude de la mise en œuvre de l'histoire est très importante. La question que tu poses à Garry est donc de quelle histoire parlons-nous ? Parlons-nous de l'histoire du colonisateur et des leçons qu'il a apprises ? La mise en œuvre comporte-t-elle des dangers ? Absolument. Mais je dirais qu'il est dangereux de mettre en œuvre des histoires d'élite. Et les histoires radicales qui ne tiennent compte que des voix de quelques-uns sont aussi élitistes que, disons, que l'histoire est créée par des forces colonisatrices de toutes formes ou de toutes tailles. Mais si nous examinons des histoires de mise en œuvre et de complexité qui font appel à de multiples voix pour examiner de multiples expériences, nous pouvons tirer des leçons, à condition de savoir que la politique, l'économie, les déterminants sociaux et culturels de la santé changent d'un contexte à l'autre. Mais les récits dominants écrits dans les villes métropolitaines par nous, historiens d'élite siégeant dans de merveilleuses villes et

universités, nous devons travailler d'arrache-pied pour que cette histoire soit applicable à la mise en œuvre des politiques. Parce que si nous ne le faisons pas, nous faisons partie du même groupe d'élite. Nous parlons simplement dans différentes chambres d'écho. C'est mon point de vue à ce sujet.

Anne-Emanuelle Birn [00:09:12] En raison de la pandémie de COVID-19, certains s'attendaient à ce que l'histoire aide à aborder la pandémie, à la résoudre, à faire la lumière sur son évolution, etc. Pour faire une première remarque générale, je suis tout à fait d'accord avec Sanjoy selon lequel l'histoire est incapable de faire des prévisions précises et sans doute même d'apporter du réconfort face aux vicissitudes, aux solitudes et aux expériences divergentes de la pandémie. Et les perspectives historiques ne peuvent en aucun cas résoudre les tensions sociales, politiques et autres que la réponse à la COVID-19 continue de susciter, sans doute. L'histoire ne peut ni prédire ni libérer, et chaque pandémie s'est produite dans des configurations sociales, politiques et culturelles particulières. Il n'y a donc pas de recette, non ? On s'attendait à ce que l'histoire fournisse une recette. Cela dit, les voix historiques qui ont attiré énormément d'attention étaient celles basées sur les expériences européennes et nord-américaines en matière de peste, de grippe, etc. Il est devenu assez difficile pour les historiens travaillant sous d'autres angles, dans d'autres régions du monde, d'obtenir au moins une sorte de niveau mondial pour essayer d'intervenir dans ces discussions. Vous avez donc toutes ces sortes de fausses histoires sur ce qui allait se passer sur la base des expériences particulières vécues, par exemple, en Grande-Bretagne, en Allemagne ou aux États-Unis, etc. Et l'un des problèmes liés à ces tentatives visant à universaliser la façon dont les pandémies commencent et se terminent et quel est l'arc ou le drame de leur évolution est que cela alimente la persistance d'approches et de croyances erronées concernant les pandémies d'aujourd'hui. Il y a donc une déclaration très troublante, devrais-je dire, de Melinda Gates au tout début de la pandémie, alors que Guayaquil faisait face à une terrible crise. Des cercueils insuffisants, par exemple, et des corps étaient littéralement alignés dans la rue. Cependant, Melinda Gates a ensuite déclaré : « Vous voyez ce qui s'est passé à Guayaquil avec des corps alignés dans les rues, exactement la même chose va se produire en Afrique ». Et elle a poursuivi en disant : « C'est ce à quoi nous sommes confrontés dans le reste du monde ». Et il s'agissait d'une approche très classique, d'une approche impériale visant à comprendre la pandémie sans aucune idée de ce qui se passait. En fait, à bien des égards, l'Afrique subsaharienne a joué le rôle de protagoniste le plus important. Africa CDC, par exemple, en créant une plateforme partagée pour l'achat d'équipements de protection individuelle, pour l'achat de kits de dépistage, etc. Tout cela pour dire que nous devons comprendre les pandémies, tout d'abord dans leur spécificité, mais aussi en termes d'histoires très différentes selon les lieux et le type de recettes auxquelles certains de ces grands récits historiques se sont prêtés est très problématique.

Sanjoy Bhattacharya [00:13:26] Il existe de nombreux récits historiques sur tous les aspects des pandémies mondiales. Donc, si vous dites que la COVID a été influencée par des récits historiques, je dirais qu'un groupe d'intérêt s'est immédiatement présenté et a déclaré : « Oh, nous avons des leçons à offrir, étaient les acteurs de l'éradication de la poliomyélite », parce qu'ils disaient, oh écoutez, nous avons créé toutes ces structures pour l'éradication de la poliomyélite, nous pouvons donner des leçons et faire en sorte que ces structures contribuent à l'administration du vaccin contre la COVID et d'autres choses de ce genre. Mais le problème est alors devenu qu'il n'y avait pas un seul récit historique. Un récit historique se trouvait à Genève. Il y avait un récit historique à Seattle. Et puis, si je prends l'exemple de l'Inde, il y a eu de nombreux récits historiques en Inde. Mais lorsque ce récit a été utilisé pour justifier l'utilité de l'initiative d'éradication de la poliomyélite face à la pandémie de COVID, on a jeté un coup d'œil sur l'historique de la mise en œuvre, car c'est en fin de compte ce qui s'est réellement avéré utile sur le terrain. Ce ne sont pas les grands mots qui ont été prononcés à Seattle et à Genève, mais l'histoire de la mise en œuvre en Inde a ensuite été mise en œuvre. Ces leçons et ces expériences ont été mises à profit en relation avec la COVID et sa vaccination contre cette maladie.

Encore une fois, ce que je veux dire, c'est qu'il n'y a pas un seul récit historique. Chaque histoire comporte de multiples récits historiques. En tant qu'historiens, nous pouvons faire entendre la voix de l'élite. Mais lorsqu'il s'agit de la mise en œuvre, ce sont les histoires de mise en œuvre sur le terrain qui sont souvent plus convaincantes que les grands mots prononcés par des élites qui, souvent, ne connaissent pas le contexte. L'histoire est donc importante, mais nous devons toujours nous demander quelle histoire est importante, car il existe plusieurs histoires.

Garry Aslanyan [00:15:24] Alors, Sanjoy, qu'en est-il de l'histoire de l'OMS en tant qu'organisation ? Et je pense que vous y avez déjà fait allusion dans votre réponse précédente. En quoi l'histoire de l'OMS telle que nous la connaissons et la comprenons aujourd'hui est-elle importante ?

Sanjoy Bhattacharya [00:15:39] Pour moi, l'OMS n'est donc pas seulement Genève, l'OMS comprend également tous les bureaux régionaux. Ainsi, lorsque je regarde l'OMS, je ne me concentre pas uniquement sur les débats, les discussions et les personnes qui disent des choses ou font des choses à Genève. C'est une partie très importante de l'histoire, mais pour moi, l'histoire de l'OMS est une mosaïque (?) et s'il s'agit d'un puzzle de 100 pièces, les 20 pièces de ce puzzle sont Genève, les autres pièces sont les bureaux régionaux. J'étudie donc ce qui se passe au niveau régional, je vois comment les politiques normatives suggérées depuis Genève sont comprises, négociées puis mises en œuvre au niveau régional. Je ne dis pas que les régions sont exemptes d'élitisme, mais si vous avez une région, une histoire de l'OMS qui part du bas vers le haut, elle devient très différente de celle que publient souvent les principales presses occidentales, qui entrent ensuite dans notre système éducatif et sont ensuite enseignées de manière tout à fait incontestable. Donc, si vous regardez l'histoire de l'OMS de bas en haut, où vous centrez les bureaux régionaux, je dirais que vous avez en fait une histoire beaucoup plus décolonisée et démocratique de la santé internationale et mondiale que si vous regardiez Genève et disiez que tout ce qui se passe dans le domaine de la santé mondiale ou internationale est dû à ce qui se passe à Genève. Je pense qu'ils ne le sont pas. Je pense que ce qui se passe répond bien davantage à ce qui est discuté et négocié au niveau régional.

Garry Aslanyan [00:17:21] OK. Oui. Anne-Emanuelle ?

Anne-Emanuelle Birn [00:17:23] J'irais même plus loin que cela. Je pense que, d'une certaine manière, le seul fait de ne regarder que les bureaux régionaux permet vraiment de mieux comprendre ce qui se passe dans chaque pays et d'envisager des alternatives à ces bureaux régionaux. Ainsi, si vous regardez des pays comme le Brésil au début des années 2000, l'Organisation des États d'Amérique du Sud a tenté de créer un circuit différent qui n'aurait pas à passer par l'OMS mais qui pourrait engager une coopération sanitaire au-delà de l'OMS, mais qui a finalement influencé l'OMS, qui est devenue un bloc de vote très important, par exemple. Et je pense que certains des efforts de Cuba, ou de nombreux efforts de Cuba, dans le domaine de la coopération Sud-Sud sont également extrêmement importants à examiner. Comprendre l'OMS, c'est donc aussi comprendre où l'OMS est absente. Et ces silences ou ces absences nous permettent en fait de mieux comprendre pourquoi l'Organisation, ses bureaux régionaux et ses bureaux nationaux ne sont pas là où toutes les actions se déroulent.

Garry Aslanyan [00:18:46] Donc, si nous devons explorer l'histoire à travers certaines réalisations, Sanjoy, vous avez publié un article dans lequel vous avez réfléchi à l'éradication de la variole et vous avez souligné le rôle méconnu joué, par exemple, par les agents de santé de première ligne au sein des communautés. Quels types de leçons cet historique de mise en œuvre peut-il apporter aux débats actuels sur la manière dont nous améliorons la santé mondiale et notamment sur l'amélioration du travail des organisations impliquées ?

Sanjoy Bhattacharya [00:19:21] Donc pour moi, Garry, la technologie est importante, mais les mains qui la tiennent le sont encore plus. Pour moi, la technologie n'est donc pas la solution à tous les problèmes de santé mondiaux auxquels nous sommes confrontés aujourd'hui. Il s'agit de développer les bonnes ressources humaines, de mobiliser les bonnes équipes, de s'assurer que ces équipes habilitées entretiennent des liens respectueux et équitables avec les communautés. Si vous mettez tout cela en place, je pense que l'histoire de l'éradication de la variole, la façon dont je la vois, mon récit historique, contiennent des leçons à transmettre. Et cette leçon est simplement la suivante : le millier de responsables du CDC américain qui prétendent avoir éradiqué la variole est un faux récit. Parce que oui, ils sont entrés et sortis des pays et ont fait des choses, mais ils n'ont pas mis en œuvre les mesures nécessaires au quotidien pendant les nombreuses décennies nécessaires à l'éradication de la variole. Ce travail a été réalisé par des centaines de milliers de travailleurs nationaux et locaux, dont beaucoup étaient des femmes, dont beaucoup ne parlaient pas anglais, qui ont rédigé les rapports et les analyses sur les moyens d'améliorer les choses dans des langues autres que l'anglais et qui ont souvent été oubliés par les chroniqueurs que le CDC et le gouvernement américains ont employés après l'éradication de la variole pour écrire l'histoire prétendument définitive de l'éradication de la variole. Ces travailleurs de première ligne, disons 100 000 travailleurs contre 1 000 travailleurs internationaux, ont donc été les véritables héros et héroïnes de l'éradication de la variole, car ils ont enseigné aux fraternités internationales et mondiales comment adapter certaines idées développées au niveau central sur la manière d'utiliser la vaccination, à qui s'adresser, sur les déterminants sociaux et culturels à prendre en compte, et bon nombre de ces fonctionnaires, il ne faut pas oublier, étaient payés par le Trésor national les. Leurs salaires n'étaient en fait pas payés par des organismes internationaux, ils étaient payés par les autorités publiques nationales. Mais lorsque des calculs sont effectués sur les contributions à l'éradication de la variole, ces investissements nationaux, d'énormes investissements nationaux dans l'éradication de la variole, ne sont souvent même pas pris en compte dans les chiffres lorsque des affirmations importantes sont faites sur les personnes qui ont contribué à l'éradication de la variole. Ce que je peux donc vous dire avec certitude, c'est qu'après avoir examiné les dossiers personnels de plusieurs milliers de travailleurs, aucun d'entre eux n'a jamais vu son salaire payé par le CDC américain en Inde. À un moment donné, nous devons donc également attribuer au gouvernement indien le mérite de l'éradication de la variole. C'est ce que j'entendais par les acteurs non reconnus, pas seulement les travailleurs sur le terrain, mais aussi les personnes qui versent des salaires. Les pays du Sud, je n'aime pas ce terme, mais si nous parlons de pays à revenu faible ou intermédiaire et d'éradication de la variole, il ne s'agit pas simplement d'un trou noir dans lequel l'argent des pays à revenu élevé était investi pour éradiquer la variole, ces pays investissaient en fait dans les cadres de vaccination qui ont permis d'éradiquer la variole. Ils étaient des partenaires égaux dans l'éradication de la variole. Ils n'étaient pas des mendiants. Ils contribuaient à parts égales. C'est ce que je voulais dire dans cet article du Lancet.

Garry Aslanyan [00:22:53] Merci pour cela. Anne-Emmanuelle, examinons un autre événement historique, à savoir la célèbre conférence d'Alma-Ata de 1978, qui reste vraiment un tournant majeur. En fait, j'ai eu la chance d'assister à la célébration des 40 ans de cette conférence, qui s'appelle désormais Almaty. Alors, de votre point de vue, que nous révèle l'histoire de cette conférence et comment influence-t-elle les efforts actuels en matière de couverture sanitaire universelle ?

Anne-Emanuelle Birn [00:23:31] Il s'agit donc également d'une question complexe. De nombreux mythes entourent la conférence d'Alma-Ata et certaines des tensions suscitées par Sanjoy quant à savoir qui raconte l'histoire, quels types de sources, etc. constituent un énorme problème. Ce n'était en fait que très récemment, et j'ai essayé en quelque sorte de comprendre l'histoire du pays hôte, qui n'avait jamais été examinée. Et c'est toujours une histoire en quelque sorte du haut vers le bas. Mais quels étaient les intérêts des autorités soviétiques à accueillir la conférence ? Quelles ont été certaines

des tensions qui ont surgi ? Quel a été le rôle du célèbre Halfdan Mahler à la fois dans son soutien et dans son inquiétude face à la Déclaration elle-même, mais aussi à la citation de l'événement en Union soviétique ? Qu'est-ce que cela signifierait dans le contexte de la guerre froide, etc. Aujourd'hui, Alma-Ata est une pierre angulaire très importante pour de nombreux militants de la santé. L'une d'entre elles en particulier, et je me considère comme une militante universitaire, est devenue un moyen très important de raviver certaines des aspirations exprimées dans la Déclaration concernant l'équité et la responsabilité des gouvernements nationaux et les énormes inégalités au sein des pays, mais surtout entre eux, etc. Et ce sont toutes des questions de justice sociale très importantes. Mais je pense qu'il est également crucial de ne pas surjouer Alma-Ata de multiples manières. Tout d'abord, on peut se demander dans quelle mesure cela a réellement marqué un tournant, en partie à cause de ce que nous venons d'entendre, à savoir l'éradication de la variole. Au cours des six ou sept dernières années, ces efforts se sont déroulés exactement en même temps que la planification d'Alma-Ata, etc. C'est donc un problème. Une autre raison est que cela s'est déroulé très différemment selon les régions. Et la plupart des pays ont levé la main, il n'y a pas eu de vote officiel, mais de nombreuses acclamations en faveur de la Déclaration à ce moment-là. Mais ce que cela signifiait, par exemple, en particulier pour les pays d'Amérique latine, le Brésil, l'Uruguay, la Colombie, tous ces pays soumis à des dictatures ou à des gouvernements très répressifs. Et ces gouvernements ont dit : oui, rejoignons le train en marche et soutenons Alma-Ata, mais pour les personnes sur le terrain, pour les agents de santé qui luttaient pour la libération, cela signifiait en fait des soins de santé rudimentaires, ou des soins de santé bon marché, sans tenir compte des besoins locaux et des inégalités au sein des pays, etc. D'autre part, dans certains endroits, les exemples qui se sont déroulés, le Sri Lanka est l'un de ces contextes. Alma-Ata a également joué un rôle extrêmement important en Thaïlande. Cela s'est donc déroulé de manière très différente selon les lieux et vous avez rencontré de nombreuses difficultés, à la fois au siège de l'OMS et dans les bureaux régionaux, ce que cela signifierait. Le débat sur la couverture sanitaire universelle est donc également très tendu et se déroule très différemment selon les pays et entre Genève et, je dirais, Washington, parce que la Banque mondiale a été très impliquée. Et l'un des grands problèmes est de savoir s'il s'agit d'un système de santé universel ou d'une couverture maladie universelle qui ouvre la porte à l'assurance privée, aux acteurs privés, etc. Donc, qu'il s'agisse vraiment d'envisager un seul niveau de soins relevant d'un fournisseur public ou d'un financement public, ou qu'il s'agisse d'une marmite très différente qui semble se jouer. Mais encore une fois, nous pouvons voir des choses qui semblent très différentes à différents endroits. Pour répondre brièvement à cette question, je suppose qu'il existe de réelles différences entre les aspirations et la façon dont les choses se déroulent sur le terrain et quels sont les différents acteurs, à la fois au niveau local, mondial, au sein et au-delà de ce que nous appellerions le secteur de la santé mondial qui influencent la manière dont cela est mis en œuvre et adopté.

Garry Aslanyan [00:28:34] Cette année 2023 est une année historique pour l'Organisation mondiale de la santé. L'OMS célèbre son 75e anniversaire. Anne-Emmanuelle, vous avez écrit plusieurs articles sur les facteurs qui ont façonné et façonnent encore l'OMS. De votre point de vue, quelles sont les forces dominantes qui influencent le programme actuel et futur de l'Organisation ?

Anne-Emmanuelle Birn [00:29:03] Bien entendu, l'OMS a été influencée par l'ordre mondial dans son ensemble, qu'il s'agisse de la guerre froide et des combats qui ont eu lieu, des tensions autour d'Alma-Ata, de la décolonisation, etc. Mais cela s'est également produit à l'époque que je viens de mentionner, à savoir la montée de la phase néolibérale du capitalisme, au cours de laquelle certaines aspirations de l'OMS et de ses États membres, parfois en collaboration avec l'UNICEF, visaient à disposer d'une liste de médicaments essentiels, par exemple, ou d'un code de conduite éthique pour les substituts du lait maternel afin d'éviter tout profit en termes de technologies, de produits pharmaceutiques, etc. Ce passé a donc largement façonné la manière dont l'OMS a été en mesure de

répondre à certains de ses points de manœuvre. Dans le contexte des années 1990, alors que le budget de l'OMS était réellement restreint, cela impliquait de faire appel à des acteurs privés, à des acteurs philanthropiques, etc. Mais nous sommes également à une époque de montée en puissance des alternatives à l'OMS. J'ai déjà fait allusion aux efforts de coopération Sud-Sud qui contournent réellement l'OMS, en grande partie parce que l'OMS est soumise au joug ou à l'étouffement de ce que l'on appelle des financements réservés, selon lesquels la grande majorité de son budget, soit environ 80 %, est en fait décidée par les donateurs, qu'il s'agisse des grands pays ou de partenariats public-privé. Donc des acteurs privés, des entreprises, des fondations, etc. Je pense donc que lorsque nous examinons l'avenir de l'OMS, nous devons examiner tous ces acteurs et non seulement voir comment ils façonnent le programme de l'OMS, mais aussi pourquoi, ces dernières années, ces différentes alternatives à l'OMS sont apparues précisément en raison des contraintes qui ont été imposées au moins au siège de l'OMS, mais qui, à bien des égards, influent également sur la manière dont les bureaux régionaux sont capables de s'engager.

Garry Aslanyan [00:31:53] Et Sanjoy, en tant que personne ayant étudié l'histoire de l'OMS, quels sont les deux ou trois aspects de l'histoire de l'organisation qui devraient être utilisés pour continuer à évoluer et à envisager son avenir ?

Sanjoy Bhattacharya [00:32:07] Ainsi, lorsque l'OMS a été officiellement créée en 1948, l'organisme qui l'a aidée à voir le jour n'était pas uniquement composé de personnes issues de pays à revenu élevé, mais également de mouvements nationalistes qui menaient la décolonisation. Ainsi, en 1948, l'OMS était pour moi une force démocratique énorme. Cela représentait un défi actif à l'impérialisme. Il s'agissait d'un organe anti-impérialiste d'un type jamais vu auparavant, où tous les pays issus de l'Empire britannique en Asie du Sud disposaient chacun d'une voix, ce qui équivalait à la voix unique dont disposait la Grande-Bretagne, l'ancienne dirigeante coloniale. Il s'agissait d'un changement radical dans la manière dont la santé internationale allait être gérée. Dans ce nouveau modèle, les pays récemment décolonisés jouaient un rôle important, un nouveau type de bureau régional, le premier étant le bureau régional pour l'Asie du Sud-Est, était important et c'est ce qui m'a enthousiasmé lorsque le DG Tedros a été élu, car le DG Tedros a immédiatement déclaré : « Nous devons impliquer davantage les pays. Nous devons examiner davantage les exigences régionales ». Je pense donc qu'il existe un lien entre cette histoire initiale très marquante de l'OMS lors de sa naissance, pour moi en tant que force anti-impériale, et le potentiel de démocratisation de certains messages du DG Tedros aujourd'hui, dans lesquels il fait constamment référence à l'importance d'une action au niveau des pays. Alors j'attends toujours. Au moment de son arrivée au pouvoir, il a déclaré : « Nous devons avoir de nouveaux termes de référence dans lesquels nous devons accorder une grande importance à l'engagement au niveau des pays ». J'espère que cela portera ses fruits, car cette politique contemporaine visant à créer une planification partant de la base et à financer les grandes campagnes par le bas peut tellement tirer parti de ce rêve initial d'autonomisation par le biais de la santé que de cette nouvelle infrastructure représentée par l'OMS en 1948. Il existe tout simplement des possibilités fantastiques dont le monde a besoin pour faire preuve de courage et relier ces histoires à des visions de la démocratie au 21^e siècle, puis les relier. Je pense qu'il y a de grandes possibilités.

Garry Aslanyan [00:34:43] Merci beaucoup à vous deux, Sanjoy et Anne-Emmanuelle, pour cette discussion d'aujourd'hui.

Anne-Emmanuelle Birn [00:34:49] Merci beaucoup.

Sanjoy Bhattacharya [00:34:50] Merci

Garry Aslanyan [00:34:51] L'histoire comporte de multiples facettes et, comme nous l'avons entendu dans cet épisode, elle peut être légèrement différente selon les récits considérés, la façon dont les événements historiques sont interprétés et les contributions créditées. Il en va de même pour l'histoire de la santé mondiale. Personnellement, j'ai été frappé par le prisme colonisé que Sanjoy a utilisé pour étudier l'Organisation mondiale de la santé et par la richesse qui s'est dégagée de la compréhension des événements survenus aux niveaux national et régional. J'ai trouvé qu'il y avait beaucoup de sagesse dans les paroles d'Anne-Emanuelle. Pour tous ceux d'entre nous qui souhaitent tirer des leçons du passé, il est important de ne pas considérer l'histoire comme une recette qui peut être directement appliquée dans le présent ou dans le futur sans tenir dûment compte du contexte et de la culture dans lesquels ces événements se sont déroulés. À l'occasion de ce 75e anniversaire, je tiens à exprimer mes félicitations à tous les collègues qui travaillent à l'OMS, à différents titres et dans différents pays. Pour moi, l'OMS et son histoire prouvent ce qu'il est possible de faire lorsque les nations s'unissent dans un but commun. Notre avenir dépend de la manière dont nous œuvrons pour l'équité en réunissant la science, la recherche, l'innovation et les partenariats. Si l'OMS n'existait pas, il faudrait l'inventer.

Ebere Okereke [00:36:34] Bonjour. Je m'appelle Ebere Okereke. Je suis un spécialiste de la santé mondiale qui travaille pour le Tony Blair Institute for Global Change and Africa, les CDC. J'aime écouter Global Health Matters parce que j'aime le point de vue que Garry adopte lorsqu'il interroge ses invités. Mon épisode préféré a été la discussion sur la décolonisation de la santé mondiale avec Catherine Kyobutungi et Agnes Binagwaho. Mais chaque sujet est intéressant et je mets un point d'honneur à écouter chaque nouvel épisode dès sa sortie. Garry, merci pour cet excellent podcast.

Garry Aslanyan [00:37:12] Merci Ebere d'avoir envoyé un message si positif et d'avoir été un auditeur si fidèle. Pour en savoir plus sur le sujet abordé dans cet épisode, visitez la page Web de l'épisode où vous trouverez des lectures supplémentaires, des notes d'émission et des traductions. N'oubliez pas de nous contacter via les réseaux sociaux ou par e-mail pour nous faire part de vos réflexions et des raisons pour lesquelles vous pensez que la santé mondiale est importante.

Elisabetta Dessi [00:37:37] Global Health Matters est produit par le TDR, un programme de recherche basé à l'Organisation mondiale de la santé. Garry Aslanyan est l'animateur et le producteur exécutif. Lyndi Van Niekerk, Maki Kitamura et Obadiah George sont des producteurs techniques et de contenu. L'édition et la diffusion de podcasts, ainsi que la conception de sites Web et de réseaux sociaux, sont rendues possibles grâce au travail de Chris Coze, Elisabetta Dessi, Izabela, Suder-Dayao et Chembe Collaborative. L'objectif de Global Health Matters est de créer un forum permettant de partager des points de vue sur des questions clés affectant la santé mondiale. Envoyez-nous vos commentaires et suggestions par e-mail ou message vocal à TDRpod@who.int, et assurez-vous de les télécharger et de vous y abonner où que vous puissiez accéder à vos podcasts. Merci de m'avoir écouté.