

JUSTICE SOCIALE ET ACCES EQUITABLE AUX INNOVATIONS BIOMEDICALES

Abraham Saint-Omer Koffi KOUAKOU

Université Alassane Ouattara
ORCID ID: 0009-0006-8995-0679
abrahamkouakou52@gmail.com

Nonhoua Thomas SEKONGO

Université Alassane Ouattara
ORCID ID: 0009-0005-9552-920X
sekongophilo@gmail.com

&

Kouakou KOFFI

Université Alassane Ouattara
ORCID ID: 0009-0000-4313-6889
kouakoukoffiphilos@yahoo.fr

Résumé : Les différentes pandémies qu'a connues l'humanité en l'occurrence celle du COVID-19 a mis en évidence, et ce à l'échelle mondiale, les inégalités profondes et généralisées qui existent entre les pays pauvres et les pays plus riches du Nord. Cette crise sanitaire a donc permis de comprendre un véritable pan des inégalités de traitement qui existe en matière d'accès aux innovations biomédicales essentielles. Cet article explore en profondeur les fondements éthiques de ces disparités flagrantes et examine les conditions philosophiques fondamentales nécessaires à un accès véritablement équitable aux ressources sanitaires vitales. S'appuyant sur trois perspectives théoriques que sont l'idée de justice sociale chez John Rawls, telle qu'étendue et appliquée à la santé par Norman Daniel ; l'approche des capacités défendue par Amartya Sen et Martha Nussbaum ; et la théorie nuancée de la justice en deux dimensions de Nancy Fraser, l'analyse démontre de manière convaincante que l'injustice sanitaire mondiale généralisée découle de trois mécanismes structurels interdépendants. Il s'agit : d'un nationalisme sanitaire étroit et égoïste ; de l'insuffisance flagrante d'une diplomatie sanitaire multilatérale solide ; et d'une profonde injustice épistémologique qui marginalise de façon systématique les connaissances, les perspectives et les contributions scientifiques inestimables des chercheurs et experts du Sud. A la lumière de ces conclusions, l'article plaide de toute urgence en faveur d'un modèle novateur et endogène d'équité en matière de santé. Ce modèle s'appuie fermement sur une éthique relationnelle centrée sur une solidarité authentique et une réciprocité mutuelle, une approche qui entremêle intimement la redistribution matérielle et une profonde reconnaissance épistémique. Au fond, cette approche vise une véritable réforme de la gouvernance sanitaire. Tout en se démarquant de ce qui pourrait être conçu comme charité à l'égard des plus démunis, cette analyse milite pour l'équité et la justice en matière d'accès aux soins biomédicaux. Une telle justice est une condition préalable fondamentale pour parvenir à une véritable égalité des chances et favoriser un développement humain véritablement équitable pour tous.

Mots-clés : Biens premiers, Capacité, Diplomatie sanitaire, Innovation biomédicale, Justice épistémologique.

SOCIAL JUSTICE AND EQUITABLE ACCESS TO BIOMEDICAL INNOVATIONS

Abstract: The various pandemics that humanity has experienced, notably the COVID-19 pandemic, have highlighted, on a global scale, the deep-rooted and widespread inequalities that exist between poorer countries and the wealthier countries of the North. This health crisis has thus brought to light a significant proportion of the inequalities in treatment that exist in terms of access to essential biomedical innovations. This article explores in depth the ethical foundations of these glaring disparities and examines the fundamental philosophical conditions necessary for truly equitable access to vital health resources. Drawing on three theoretical perspectives namely John Rawls's conception of social justice, as extended and applied to health by Norman Daniels; the capabilities approach advocated by Amartya Sen and Martha Nussbaum; and Nancy Fraser's nuanced theory of two-dimensional justice, the analysis convincingly demonstrates that widespread global health injustice stems from three interdependent structural mechanisms. These are: narrow and self-serving health nationalism; the glaring lack of robust multilateral health diplomacy; and a profound epistemological injustice that systematically marginalizes the invaluable scientific knowledge, perspectives and contributions of researchers and experts from the Global South. In light of these findings, the article makes an urgent case for an innovative and endogenous model of health equity. Ultimately, this approach aims to bring about genuine reform of healthcare governance. Whilst distancing itself from what might be perceived as charity towards the most disadvantaged, this analysis advocates for equity and justice in access to biomedical care. Such justice is a fundamental prerequisite for achieving genuine equality of opportunity and fostering truly equitable human development for all.

Keywords: Basic goods, Capability, Health diplomacy, Biomedical innovation, Epistemological justice

Introduction

La dure réalité qui s'est imposée à l'humanité vers la fin de l'année 2019, avec l'apparition de la pandémie de COVID-19 et les mesures de confinement qui s'ensuivirent, a permis de mettre en évidence de profondes inégalités dans l'accès aux soins médicaux. Durant cette crise, la prise en charge vaccinale laissait présager le pire pour le continent africain car tandis que l'on notait un taux vaccinal d'environ 70% dans les pays du Nord, l'Afrique quant à elle peinait à franchir le barre de 10% de sa population vaccinée. Cette situation vécue par les pays du Sud en général se justifie d'une part par la question de l'approvisionnement et d'autre part par la marginalisation des populations des pays du tiers monde. Au-delà de cette discrimination en matière d'accès aux vaccins, il faut noter que la pandémie a permis de comprendre le fonctionnement des relations internationales en période de crise sanitaire. C'est dans cette perspective que l'avènement de la pandémie a permis de constater une réaffirmation d'une véritable géopolitique sanitaire, avec son cortège de notions telles que « puissance, pouvoir, souveraineté, sécurité, territoires » (D. Kerouedan, 2013). Dans le même ordre d'idée, A. P. Kablan (2022 :106) affirme que « les États ayant une meilleure performance technoscientifique jouissent d'une position de force qui reconfigure les politiques internationales autour des vaccins », lesquels deviennent de nouveaux facteurs de prestige et d'influence politique et économique. Dès lors, la question de l'accès aux innovations biomédicales ne peut plus être envisagée comme un simple

problème technique d'approvisionnement, elle doit être interrogée à partir des rapports de pouvoir et des exigences de justice qui structurent leur production, leur distribution et leur accessibilité. Cette profonde disparité d'accès n'est donc ni une aberration arbitraire ni un phénomène temporaire imputable aux seules circonstances exceptionnelles de la pandémie. Elle fait plutôt écho à une hiérarchie plus ancienne et profondément enracinée dans la sphère biomédicale. Elle « interroge en profondeur la visée éthique des politiques internationales, dominées par le leadership des États producteurs de vaccins qui déterminent les règles de leur accès selon leurs intérêts propres » (A. Kablan, 2022, p. 106). Une telle organisation contribue à maintenir une hiérarchie dans laquelle les centres de savoir et d'innovation technologique occupent une position dominante, tandis que les régions périphériques sont souvent reléguées au statut de simples consommatrices, dépendantes des ressources et des technologies produites ailleurs. Le constat empirique des inégalités d'accès conduit ainsi à un problème fondamental de justice : si les innovations biomédicales peuvent contribuer à préserver et à restaurer la vie humaine, dans quelle mesure leur accès peut-il être soumis aux seules logiques de puissance, de marché et de souveraineté nationale ? C'est précisément à partir de cette interrogation que s'inscrit le présent article. Celui-ci repose sur une double réflexion. La première est normative : dans quelles conditions l'accès aux innovations biomédicales vitales peut-il être véritablement considéré comme une question de justice fondamentale, plutôt que comme une simple marchandise régie par le calcul de l'offre et de la demande ?

Cette étape analyse de manière critique les forces systémiques qui perpétuent de nos jours d'énormes disparités en matière de santé. L'hypothèse centrale qui oriente notre analyse est que la justice en matière de santé mondiale ne peut être analysée par le seul recours à la justice distributive. Ensuite, ce texte postule que les modèles traditionnels de justice distributive ne permettent pas de résoudre véritablement la disparité en matière d'accès aux innovations biomédicales, et enfin l'idée que la répartition inégale des innovations biomédicales serait aggravée par une injustice épistémique constituera aussi notre base de réflexion. Cette réflexion est conduite par la thèse selon laquelle les inégalités mondiales en matière de santé ne se résument pas à la question de la pénurie de ressources ou de à un déficit de ressource afin de financer la prise en charge. Ces inégalités sont profondément enracinées dans une justice structurelle qui résulte aussi bien de défaillances systémiques que d'une répartition inadéquate des ressources. Pour surmonter ces disparités, il est nécessaire de réévaluer le modèle actuel de solidarité internationale en matière d'accès aux soins de santé. Aussi, devons-nous dépasser l'aide sanitaire internationale, souvent condescendante et axée sur la charité, pour évoluer vers un modèle solide de justice sanitaire qui soit fondé sur une éthique relationnelle de la solidarité.

Notre analyse se déploie en trois moments. D'abord, nous nous appuyons sur des théories de la justice sociale avec des auteurs comme John Rawls, Amartya Sen, Martha Nussbaum et Nancy Fraser pour conceptualiser la santé comme un bien fondamental. Cette étape de l'analyse permettra d'établir un cadre normatif pour évaluer les disparités en matière de santé. Ensuite pour le deuxième moment d'analyse, il s'agira de mettre en évidence les mécanismes structurels concrets qui génèrent et perpétuent les inégalités d'accès aux innovations biomédicales. Parmi ceux-ci figurent le nationalisme sanitaire, les échecs diplomatiques et les injustices épistémologiques profondément ancrées qui entravent l'échange équitable des connaissances. Cela permet de faire le lien entre la justice théorique et les inégalités de santé dans la société. Pour finir, la dernière étape

définit les principes d'un modèle de justice en matière de santé équitable et endogène. Ce cadre vise à remodeler et à rééquilibrer la gouvernance mondiale actuelle de la santé en vue d'un avenir plus juste qui prendra en compte tous les humains.

1. Cadres théoriques de la justice sociale appliquées à la santé biomédicale

Lorsque nous commençons à nous pencher sur les implications profondes de l'accès aux innovations biomédicales de pointe, en ne le considérant pas simplement comme un défi logistique ou économique, mais bien comme une question fondamentale de justice sociale, cela nécessite immédiatement la mise en place d'un cadre normatif solide. Ce dispositif conceptuel doit être capable de définir sans équivoque la santé et le bien-être comme bien intrinsèque et fondamental, en affirmant en outre que leur répartition cruellement inégale n'est pas seulement regrettable, mais constitue, en soi, une atteinte morale profonde ou une injustice inhérente. Heureusement, cette catégorisation cruciale est solidement étayée par trois perspectives théoriques distinctes. Ces perspectives ne sont pas isolées ; elles s'engagent au contraire dans un dialogue riche et critique, se remettant mutuellement en question et s'enrichissant l'une et l'autre, fournissant ainsi le fondement intellectuel d'une telle qualification.

1.1 Rawls et les biens premiers : accès aux soins médicaux comme condition de l'égalité des chances

Les travaux de John Rawls ne mentionne pas la santé humaine comme élément constitutif des biens premiers qu'il présente dans son ouvrage *Théorie de la justice* (1987). Sa conception initiale des biens premiers comprend les droits et libertés fondamentaux, les positions de pouvoir et de privilège, les revenus et la richesse, ainsi que les bases sociales indispensables au respect de soi. La santé apparaît ainsi, de manière frappante, comme absente de ce vaste projet de justice sociale. Il faut néanmoins noter que « John Rawls considère la justice dans la perspective de ce que l'État peut fournir et la perçoit comme une force d'équité et non pas comme un élément pouvant résoudre tous les maux et toutes les misères » (UNHCR, 2010 :27). C'est précisément sur cette limite apparente de la théorie rawlsienne que vont s'appuyer les travaux de Norman Daniels qui reconnaît que « la justice comme équité a été délibérément construite de manière à ne rien dire d'explicite sur la santé ou les soins de santé » (N. Daniels, 2009, p. 11). En s'appuyant sur le cadre conceptuel de Rawls tout en l'élargissant, Daniels démontre que la santé constitue une condition préalable fondamentale à l'exercice normal des capacités et facultés humaines. En effet, la maladie, sous ses diverses formes, constitue un obstacle considérable aux projets de vie et aux aspirations qu'un individu peut raisonnablement envisager et poursuivre. Elle porte ainsi atteinte à la véritable égalité des chances.

Dès lors, l'accès à la santé apparaît comme une condition préalable indispensable à l'égalité équitable des chances. Il doit, par conséquent, être appréhendé à la lumière du second principe de justice de Rawls, selon lequel « les inégalités économiques et sociales doivent remplir deux conditions : elles doivent d'abord être attachées à des fonctions et des positions ouvertes à tous dans des conditions d'égalité équitable des chances ; ensuite, elles doivent procurer le plus grand bénéfice aux membres les plus défavorisés de la société » (J. Rawls, 2003 :69-70). Dans cette perspective, l'accès aux soins ne saurait être considéré comme un simple avantage individuel ou comme une faveur accordée aux personnes vulnérables. Il devient une exigence de justice sociale. Cette conception de la justice semble rejoindre ce que L. Poamé (2022 :15) désigne comme « l'impératif du

partage et de la solidarité anthropologique ». Cette pensée signifie que l'être humain, en raison de sa nature relationnelle et de son interdépendance avec les autres, est appelé à partager les ressources, les connaissances et les responsabilités afin de construire une société fondée sur la coopération, la justice et la reconnaissance de la dignité commune. Appliquée au domaine de la santé, cette solidarité implique que les ressources médicales, les connaissances scientifiques et les innovations thérapeutiques ne puissent être distribuées selon les seules capacités économiques des individus ou des États.

Dans cette même perspective, Norman Daniels affirme que les structures et les institutions sociales ont une obligation de justice à l'égard de la santé, et que cette obligation ne doit pas être réduite à un simple acte de bienveillance ou de charité. Elle consiste à garantir un accès juste et équitable aux soins médicaux ainsi qu'aux innovations susceptibles de préserver, de restaurer ou de rétablir les fonctions humaines normales. Cette exigence fait apparaître, en toile de fond, le principe de justice développé par Tom L. Beauchamp et James F. Childress (2019 :267). Pour ces auteurs, le principe de justice renvoie à l'exigence éthique selon laquelle les droits, les ressources, les avantages, les risques et les responsabilités doivent être répartis de manière équitable entre les membres de la société, en accordant une attention particulière aux situations de vulnérabilité et aux inégalités injustifiées. Cette exigence de justice trouve également une formulation institutionnelle dans la réflexion bioéthique de l'UNESCO. La référence fondamentale demeure la *Déclaration universelle sur la bioéthique et les droits de l'homme*, adoptée le 19 octobre 2005. Celle-ci inscrit la justice dans le cadre du respect de la dignité humaine, des droits de l'homme et des libertés fondamentales. Dans cette perspective, il est déclaré que « les progrès de la médecine, des sciences de la vie et des technologies doivent bénéficier aux êtres humains sans discrimination et dans des conditions équitables » (UNESCO, 2005). Transposée à l'échelle mondiale, cette conception de la justice implique que la distribution et l'allocation équitables des vaccins vitaux et des traitements salvateurs ne relèvent pas simplement de la philanthropie interétatique ou de l'aide humanitaire. Elles constituent plutôt un impératif de justice distributive mondiale.

1.2 L'approche par les capacités : la santé comme fonctionnement plutôt que comme bien

L'approche par les capacités, cadre intellectuel profond initialement développé par Amartya Sen et Martha Nussbaum, réoriente fondamentalement notre conception de la justice sociale. Elle déplace audacieusement le centre d'intérêt d'un simple inventaire des ressources possédées ou des biens matériels vers la question bien plus profonde de ce que les individus sont véritablement capables de faire et d'être ; leurs fonctionnements effectivement réalisables. Sen critique avec éloquence les théories traditionnelles de la justice sociale, en particulier celles issues de la tradition rawlsienne qui accordent la primauté aux biens premiers. En s'interrogeant dans son ouvrage *Repenser l'inégalité*, A. Sen (2000, p. 37) oriente le débat autour de la question « égalité de quoi ? ». Pour lui, les êtres humains étant différents entre eux, « pour déterminer ce qu'exige l'égalité, il faut donc tenir compte de cette diversité humaine, omniprésente » (A. Sen, 2000 :19). Son argument central est que ces cadres, bien qu'animés de bonnes intentions, s'arrêtent souvent à la simple fourniture de moyens que sont les biens premiers. Ils ne parviennent pas à interroger de manière adéquate la capacité réelle et vécue des individus à transformer effectivement ces moyens en une vie qu'ils ont véritablement des raisons d'apprécier et de poursuivre. Cet élément de liaison crucial, souvent négligé, est ce que

Sen appelle la capacité de conversion ; les facteurs qui favorisent ou entravent les capacités d'une personne à utiliser effectivement les ressources. Dans la logique de cette analyse, imaginons l'existence d'un vaccin vital et facilement disponible en pharmacie, mais totalement hors de portée pour de vastes populations. Son indisponibilité peut résulter de plusieurs facteurs et obstacles systémiques. De ces obstacles, l'on peut citer une chaîne de froid défaillante qui empêche un stockage adéquat, un manque criant de professionnels de santé formés pour l'administrer, ou simplement l'absence écrasante de pouvoir d'achat nécessaire pour se le procurer. C'est l'exemple de la distribution des vaccins pendant la Covid-19. Dans de tels scénarios, ce vaccin disponible ne se traduit pas par une capacité réelle et tangible pour les communautés concernées. Son existence est sans importance si ces bienfaits ne peuvent être concrétisés.

Martha Nussbaum, s'appuyant sur les travaux fondateurs de Sen, pousse ce cadre de réflexion plus loin en énonçant une liste spécifique de capacités humaines essentielles. Parmi celle-ci, elle place en avant la santé physique comme une condition préalable fondamentale à l'épanouissement humain. Elle soutient qu'aucune société véritablement descendante ou juste ne peut, d'un point de vue éthique, permettre à ses citoyens de se situer en dessous d'un seuil minimal pour l'une quelconque de ces capacités, sous peine de compromettre profondément la dignité humaine elle-même. Dans sa liste des dix (10) capacités centrales, M. Nussbaum met la question de la santé au deuxième rang. Pour cette dernière, le citoyen doit « être capable d'être en bonne santé (santé reproductive y compris) ; être convenablement bien nourri ; avoir un abri décent » (M. Nussbaum, 2012 :55). Cette approche globale offre un avantage méthodologique considérable, en particulier dans le domaine de la justice en matière de santé. Elle dépasse le simple décompte statistique des innovations biomédicales. Au lieu de se contenter d'évaluer la disponibilité des technologies médicales révolutionnaires, elle nous oblige à examiner leur accessibilité réelle, leur adaptabilité culturelle et pratique et, surtout, leur appropriation et utilisation effectives par les personnes auxquelles elles sont destinées. Et ce, dans la mesure où le mécanisme par lequel ces derniers leur accèdent à ces révolutions biomédicales est fait, en réalité, pour empêcher qu'ils parviennent à leur pleine possession synonyme de leur utilisation efficace. Ce mécanisme, on le sait, est le transfert de technologie. Or ce concept qui évoque l'idée de Transfert de technologie, c'est-à-dire qui somme qu'on « ne transmet pas seulement un engin technique ou un objet technique, mais un discours sur la technique c'est-à-dire tout appareillage intellectuelle, culturelle, psychologique qui perd l'utilisation des techniques et y adapte l'homme » (S. Diakité, 1994, pp. 193-194) est mutilé, amputé de sa partie essentielle : « la logie ». Conséquence, les destinataires ne reçoivent que les innovations biomédicales privées de leur notice. Ils procèdent dès lors les découvertes et les espoirs sans en tirer pleinement profit contrairement aux destinataires. Ce faisant, Martha Nussbaum met en lumière et fait ressortir avec force des inégalités profondément enracinées qui, sans cela, seraient entièrement masquées ou rendues invisibles par une vision étroite axée uniquement sur la quantité de biens produits ou distribués.

1.3. La justice bidimensionnelle : au-delà de la redistribution, la reconnaissance

Nancy Fraser remet vigoureusement en cause les cadres théoriques antérieurs qui, en se concentrant exclusivement sur la dimension distributive, se révèlent cruellement insuffisants pour saisir pleinement la myriade d'injustices subies par les populations marginalisées et privées de droits. En effet, sa théorie de la justice à deux dimensions articule l'impératif de redistribution, visant à rectifier les profondes disparités socio-économiques, avec une dimension tout aussi cruciale : celle de la reconnaissance. Cette dernière vise à démanteler les hiérarchies culturelles et statutaires profondément enracinées qui privent certains groupes de la place qui leur revient en tant que partenaires égaux et légitimes au sein des interactions sociales et politiques. Dans cette lutte de reconnaissance, il s'agit de comprendre à sa suite que « les luttes pour la reconnaissance prennent place dans un monde où les inégalités matérielles s'accroissent tant sur le plan des revenus et de la propriété que sur le plan de l'accès à l'emploi, à l'éducation, aux soins de santé ou aux loisirs, ou encore, plus dramatiquement, dans l'apport calorique ou l'exposition à la pollution environnementale, avec des conséquences sur l'espérance de vie et sur les taux de morbidité et de mortalité » (N. Fraser, 2011, p. 13-14).

Lorsque ce cadre analytique est appliqué au paysage biomédical mondial, il révèle de manière frappante que les inégalités omniprésentes dans l'accès aux innovations qui sauvent des vies vont bien au-delà d'une simple question de répartition inégale des ressources. Fondamentalement, elles découlent également d'un déficit de reconnaissance profondément ancré, qui relègue systématiquement les communautés et les chercheurs du Sud au statut de simples bénéficiaires passifs de l'aide internationale. Ceux-ci sont rarement, voire jamais, reconnus comme des producteurs légitimes de connaissances ou comme des partenaires à part entière dans les collaborations et les recherches scientifiques. Cette situation s'explique notamment par l'exclusion de l'Afrique de la « géopolitique de la santé mondiale » (D. Kerouedan, 2013). Cette exclusion met en évidence l'asymétrie historique et persistante des rapports de pouvoir, de ressources, de connaissances et de capacités décisionnelles, qui limite la participation effective des États et des institutions africains à la définition des normes, des priorités et des politiques sanitaires internationales.

Cette exclusion ne signifie toutefois pas une absence totale de l'Afrique dans la gouvernance sanitaire mondiale. Elle traduit plutôt une participation longtemps marquée par la dépendance, avant l'affirmation progressive d'une volonté africaine d'autonomie et de souveraineté sanitaires.

2. Les mécanismes structurels du manque d'équité d'accès aux innovations biomédicales

Après avoir posé les fondements théoriques, nous sommes désormais prêts à analyser les mécanismes concrets et les processus tangibles qui, dans la pratique, perpétuent systématiquement la profonde inégalité, voire l'injustice, en matière d'accès aux innovations et avancées biomédicales susceptibles de changer des vies. Notre attention se porte plus particulièrement sur trois mécanismes structurels essentiels qui contribuent systématiquement à ce problème : un nationalisme sanitaire prononcé, où les intérêts nationaux prennent souvent le pas sur les impératifs sanitaires mondiaux ; une lucarne importante de la diplomatie sanitaire solide ; et enfin, la question profondément problématique de l'injustice épistémologique.

2.1. De l'idée du nationalisme sanitaire

Le nationalisme sanitaire désigne la tendance des nations, en particulier les plus riches, à donner la priorité à l'approvisionnement de leur propre population en produits de santé essentiels. Cette pratique se fait souvent au détriment direct d'une répartition juste et équitable à l'échelle mondiale, même lorsque cette priorité dépasse largement leurs besoins épidémiologiques nationaux. Ce nationalisme sanitaire met également à mal la solidarité sanitaire prônée par l'UNESCO et l'OMS. La ruée effrénée pour s'assurer l'accès aux vaccins contre la COVID-19 illustre de manière frappante et récente ce phénomène. En effet, dès 2020, nous avons vu un nombre restreint de pays accumuler un nombre de doses de vaccins nettement supérieur à ce qui était réellement nécessaire pour vacciner l'ensemble de leur population.

Si une telle approche peut sembler compréhensible à première vue d'un point de vue purement nationaliste, ses implications plus larges pour le monde sont profondément néfastes. Surtout, elle entrave considérablement l'atteinte d'une immunité collective à l'échelle mondiale, favorise la prolifération de nouvelles mutations virales et, ce qui est peut-être le plus inquiétant, consacre un système d'accès dicté par le poids économique plutôt que par une véritable nécessité médicale. Cette approche nationaliste de la santé constitue une mauvaise politique sanitaire, économique et, plus largement, politique. Elle « est en grande partie responsable du fait qu'une majorité de peuples dans le monde ne bénéficient pas d'une bonne santé (...). L'injustice sociale tue en grande échelle » (D. Kerouedan, 2013). Cette position politique va à l'encontre du concept rawlsien d'égalité des chances et des principes éthiques fondamentaux, notamment les principes d'universalisation et d'humanité hérités de la philosophie allemande et, particulièrement, de la pensée kantienne.

En réalité, le nationalisme vaccinal sape l'exigence fondamentale d'un niveau minimal de bien-être et de capacité fonctionnelle pour chaque être humain. Il va également à l'encontre de ce que Karl-Otto Apel (1987) nomme la « macroéthique ». La macroéthique est, selon lui, « une éthique universelle, valable pour l'humanité tout entière. C'est l'éthique fondée sur des valeurs situées à l'échelle du destin de l'humanité ». Elle consiste à développer une coopération et une solidarité internationales afin de surmonter les égoïsmes nationaux. Car, en termes de santé mondiale, la promotion d'une équité sociale et économique doit être la chose du monde la mieux partagée. La santé mondiale ne peut donc être véritablement pensée en dehors d'une exigence de coopération, de solidarité et de partage équitable des ressources sanitaires. Car la « quête de l'équité est une valeur philosophique fondamentale de la santé » (D. Kerouedan, 2013).

2.2. L'absence d'une diplomatie sanitaire

Le deuxième défi majeur découle directement des vulnérabilités intrinsèques inhérentes aux plateformes de diplomatie sanitaire, c'est-à-dire des entités spécifiques créées, en principe, pour contrer les forces de division du nationalisme sanitaire. Pour présenter les faits autrement, prenons l'exemple de l'initiative COVAX. Cette initiative est présentée par l'UNICEF (2021) comme « l'axe de travail du dispositif pour accélérer l'accès aux outils de lutte contre la Covid-19 ». En d'autres termes, COVAX constitue le pilier vaccins de l'Accélérateur d'accès aux outils de lutte contre la Covid-19 (Accélérateur ACT). Selon Gavi (2026), l'« Accélérateur ACT est une collaboration mondiale innovante visant à accélérer le développement et la production de vaccins, de diagnostics et de

traitements et d'en assurer un accès rapide, juste et équitable aux populations de tous les pays ». En effet, l'espoir d'une vaccination à l'échelle mondiale suscité par le projet COVAX fut de courte durée du fait des difficultés liées aux exigences des pays producteurs de vaccins. Ce projet ambitieux, n'a connu de succès que dans les pays du Nord. Cette situation s'explique par le fait que les accords entre ces Etats riches avec les laboratoires pharmaceutiques privilégiaient les plus offrants.

De même, les négociations internationales au sein de l'Organisation mondiale du commerce concernant une dérogation temporaire aux droits de propriété intellectuelle, notamment la dérogation aux ADPIC pour les vaccins contre la COVID-19, se sont heurtées pendant des années à une opposition farouche. Cette résistance inébranlable émanait principalement des puissantes nations industrialisées et des laboratoires pharmaceutiques qui défendaient leurs brevets. Cette situation persistante met en évidence une disparité profondément enracinée dans les rapports de force entre le Nord et le Sud, qui imprègne les fondements mêmes et la structure de nos cadres de gouvernance sanitaire mondiale. Elle met en évidence la manière dont les pays du Sud, qui représentent une grande majorité de la population de la planète et supportent de manière disproportionnée le plus grand poids des urgences sanitaires mondiales et des pandémies, sont systématiquement laissés pour compte. Ces populations marginalisées, malgré sa force démographique sont considérées, dans les instances internationales comme de simples spectateurs. Aussi, l'absence persistante d'une diplomatie sanitaire solide et véritablement multilatérale, c'est-à-dire d'un système capable d'imposer des obligations contraignantes en matière de partage ouvert des technologies et de transfert rapide des capacités de production, perpétue ainsi une dépendance structurelle généralisée. Les pays du Sud se retrouvent ainsi durablement dépendants des industries pharmaceutiques du Nord et fondamentalement incapables de tracer leur propre voie vers la sécurité sanitaire et la résilience.

2.3 Absence d'une justice épistémologique

Au-delà des défis les plus manifestes, une troisième dynamique, peut-être moins évidente à première vue mais profondément cruciale, est à l'œuvre : une dynamique ancrée dans l'essence même de la nature c'est-à-dire son épistémologie. En nous inspirant de certains cadres conceptuels élaborés par Miranda Fricker, nous pouvons clairement discerner, au sein du paysage complexe de la gouvernance mondiale de la santé, non pas une, mais deux formes distinctes et omniprésentes de délit épistémologique.

Premièrement, il y a le problème omniprésent de l'injustice testimoniale, où la crédibilité inhérente, l'autorité épistémologique même, accordée aux chercheurs, aux universitaires et aux institutions issus des pays du Sud est systématiquement, presque inconsciemment, minimisée comme intrinsèquement inférieure lorsqu'elle est comparée à celle qui est automatiquement accordée à leurs homologues et pairs des pays du Nord. A ce niveau, M. Fricker présente cette injustice comme « étant un tort causé envers une personne vis-à-vis de sa capacité d'agent-e conscient-e (...) en raison d'un préjugé, le plus souvent identitaire » (A. A. Lanthier, 2023, p. 33).

Et deuxièmement, il existe une forme tout aussi insidieuse d'injustice herméneutique. Cette injustice en effet, se manifeste par la difficulté des paradigmes conceptuels et des prismes d'interprétation dominants de la recherche biomédicale (paradigmes principalement conçus et affinés au sein d'institutions établies du Nord) à appréhender, intégrer et légitimer de manière adéquate la riche mosaïque de connaissance et d'expériences épistémologiques, cliniques et communautaires qui a été minutieusement

accumulée et affinée dans les contextes du Sud. Cette inégalité épistémologique profonde et multiforme exacerbe à son tour gravement le problème déjà criant de l'injustice distributive. Les conséquences sont graves : non seulement les populations du Sud sont confrontées à un retard prolongé, souvent mortel, dans l'accès aux innovations médicales cruciales développées ailleurs, mais leurs propres capacités locales en matière de recherche et de développement biomédicaux de pointe sont constamment et systématiquement privées de ressources, souffrent d'un sous-financement chronique et sont lamentablement sous-évaluées. Ce cycle tragique perpétue et renforce sans relâche leur dépendance structurelle prolongée.

3. Vers un modèle de justice sanitaire endogène et équitable

A la lumière de ce qui précède, il nous faut commencer à définir les éléments essentiels d'une nouvelle approche en matière d'équité en santé. Il ne s'agit pas simplement de remédier de manière superficielle aux défaillances du système actuel, mais bien de redéfinir ses principes éthiques et organisationnels fondamentaux.

3.1 La santé comme condition d'une équité sociale

La première étape cruciale pour mettre en place ce cadre proposé consiste à reconnaître sans équivoque, tant au niveau de nos principes directeurs que de nos systèmes établis, que la santé est bien plus qu'un simple bien ou service parmi d'autres. Le droit à la santé inclut donc plusieurs déterminants et est « également intimement lié à l'absence de discrimination » (I. Kickbusch et al, 2022 :90) Il s'agit au contraire d'une capacité humaine fondamentale, une condition préalable indispensable permettant aux individus de s'engager dans presque tous les autres aspects de leur existence et de les réaliser pleinement ; qu'il s'agisse de poursuivre des études, d'apporter sa contribution par le biais d'un emploi, de participer à la vie civique et au débat politique, ou de nouer des liens personnels significatifs. Compte tenu de cette conception fondamentale, il s'ensuit logiquement que l'accès équitable et juste aux avancées médicales révolutionnaires doit être traité, au sein des accords internationaux et des structures de gouvernance mondiale, avec le plus grand respect et la plus grande importance, en le plaçant au même rang que les droits de l'homme universellement reconnus. Il ne saurait en aucun cas être relégué au rang de simple facteur économique fluctuant, soumis aux caprices et aux impératifs du marché. Pour concrétiser cela, il est nécessaire de procéder à une réévaluation en profondeur et à une restructuration des règles et réglementations en vigueur en matière de propriété intellectuelle qui régissent actuellement les avancées biomédicales essentielles. Ces innovations vitales devraient être repensées comme des biens communs mondiaux, appartenant à l'humanité dans son ensemble. Un tel changement de paradigme impliquerait naturellement la mise en place de mécanismes solides tels que les licences obligatoires permettant la production de médicaments brevetés sans l'autorisation du titulaire du brevet dans des circonstances spécifiques et des transferts de technologie fermes et obligatoires, en particulier pendant les périodes officiellement désignées comme des urgences ou des crises de santé publique.

3.2 La justice sanitaire comme un contrepoint à l'individualisme

La deuxième étape cruciale implique un changement fondamental : dépasser la vision du monde individualiste, implicite et profondément ancrée, qui sous-tend une part importante du droit international de la propriété intellectuelle. Il s'agira de prôner plutôt ici l'adoption d'une conception plus interconnectée et relationnelle de la personne humaine, telle qu'elle transparait dans les valeurs traditionnelles africaines que sont la solidarité, la fraternité. Il s'agit de ce point de vue d' « améliorer les attentes à long terme des plus défavorisés » (J. Rawls, 1987 :132). Cette philosophie relationnelle ne s'oppose pas radicalement aux théories rawlsiennes et fondées sur les capacités évoquées précédemment ; elle les complète et les approfondit au contraire. Cette perspective renforce profondément nos obligations réciproques, en mettant en relief le fait que la santé mondiale est intrinsèquement liée à notre capacité à lutter ensemble, à notre humanité commune. Pour la politique de la santé mondiale, cette vision éthique implique que les avancées médicales ne peuvent être considérées simplement comme des biens privés soumis aux aléas du marché. Il faut au contraire la considérer comme le résultat collectif d'une profonde interdépendance épistémologique et morale, une vérité cruellement mise en lumière et indéniablement soulignée par la récente pandémie mondiale. Cette crise démontre sans équivoque qu'aucune population ne peut véritablement prétendre à une protection durable ou à une sécurité pérenne tant qu'une autre communauté reste vulnérable et exposée. La justice en matière de santé, lorsqu'elle est appréhendée sous cet angle d'interdépendance, constitue donc un contrepois normatif essentiel et une remise en cause fondée sur des principes éthiques face à l'individualisme possessif bien ancré qui, malheureusement, continue de façonner et de dicter la gouvernance mondiale actuelle des ressources sanitaires et des biens premiers.

3.3 La justice sociale comme modèle d'une gouvernance de la santé

L'idée de justice sociale comme un modèle de gouvernance de la santé permettra de traduire activement ces principes fondamentaux en une architecture institutionnelle solide et efficace. Dans cette perspective, trois orientations principales ou voies stratégiques peuvent être clairement définies.

D'abord, cela nécessite une refonte complète de nos plateformes multilatérales existantes en matière de diplomatie sanitaire. Une telle réforme conférerait à l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), ou à une entité mondiale comparable, un mandat incontestable et exécutoire pour orchestrer et rationaliser l'allocation des ressources médicales essentielles en période de crise aiguë. Cette coordination faisant autorité est, en effet, le mécanisme le plus efficace qui soit pour contrer et, à terme, démanteler les effets néfastes du nationalisme sanitaire, qui pousse les nations à donner la priorité à leur propre population au détriment de l'équité mondiale. C'est en tout cas le vœu qu'émet le Conseil exécutif de l'OMS (OMS, 2013, p. 2) pour qui « la gouvernance de l'action sanitaire mondiale repose sur l'idée fondamentale que les ressources à la disposition du monde pour améliorer la santé des populations pourraient être déployées de manière plus efficace et plus équitable ».

Ensuite, un engagement substantiel et systématique est nécessaire pour renforcer les capacités locales de recherche et de production biomédicale au sein des pays du Sud. Cela suppose la mise en place de structures régionales décentralisées pour la production de vaccins et la garantie d'une politique de financement à long terme pour la recherche médicale locale. L'objectif d'une telle initiative est de passer de la dépendance actuelle à

une solide autonomie en matière d'innovation scientifique et industrielle qui favoriserait une véritable révolution sanitaire.

Par ailleurs, les cadres internationaux de gouvernance scientifique exigent une refonte en profondeur. Celle-ci doit garantir non seulement la représentation, mais aussi une véritable équité et une inclusion équitable des chercheurs et des institutions des pays du Sud au sein de tous les comités clés. Un tel changement profond est indispensable pour parvenir à une justice épistémique authentique et efficace, garantissant que des perspectives variées façonnent véritablement les progrès en matière de santé mondiale.

Cette démarche multiforme, articulée en trois volets, dessine à merveille les contours fondamentaux d'un paradigme véritablement transformateur pour la gouvernance de la santé mondiale. Ce modèle proposé se caractérise de manière unique par le fait qu'il est à la fois endogène et universellement ambitieux, par son engagement inébranlable à garantir sans équivoque à chaque vie humaine un accès équitable, juste et sans entrave aux moyens essentiels à sa préservation et à son épanouissement.

Conclusion

L'inégalité flagrante qui règne à l'échelle mondiale en matière d'accès aux innovations biomédicales vitales, une réalité mise cruellement en évidence par la récente pandémie de COVID-19, est loin d'être un simple incident circonstanciel ou une simple question de ressources insuffisantes. Au contraire, ce profond déséquilibre trouve son origine dans un cadre normatif et institutionnel de longue date qui a systématiquement considéré la santé comme une marchandise, plutôt que de la reconnaître comme un objet fondamental de justice. Cette situation a d'ailleurs attiré l'attention de T. A. Ghebreyesus (2021, 148^e session Conseil Exécutif de l'OMS) lorsqu'il affirmait que le monde était « au bord d'un échec moral catastrophique dans le partage des vaccins anti-COVID-19 ». En s'appuyant sur le cadre élargi des biens premiers rawlsien développé par Daniels, sur l'approche des capacités défendue par Sen et Nussbaum, ainsi que sur la théorie bidimensionnelle de la justice de Fraser, riche en perspective, cet article a mis en lumière la manière dont cette inégalité omniprésente découle d'un double échec. Il met en évidence à la fois un délicat significatif en matière de redistribution et un profond échec de reconnaissance, particulièrement évident dans l'injustice épistémologique dont sont victimes les connaissances inestimables et les chercheurs dévoués issus des pays du Sud.

A la lumière de cette défaillance multiforme, un modèle endogène de justice en matière de santé, solidement ancré dans une éthique relationnelle de solidarité partagée et de réciprocité mutuelle, présente une alternative normative convaincante et crédible au paradigme dominant, souvent paternaliste et caritatif, de l'aide sanitaire internationale. Néanmoins, la véritable concrétisation institutionnelle et la mise en œuvre pratique d'un tel modèle nécessitent intrinsèquement un rééquilibrage fondamental des dynamiques de pouvoir existantes au sein du paysage complexe de la gouvernance mondiale de la santé. En fin de compte, ce sera le déroulement des futures crises sanitaires qui révélera définitivement si les leçons profondes tirées de la pandémie de COVID-19 ont été véritablement assimilées et mises en pratique, ou si, malheureusement, elles sont restées lettre morte.

Références bibliographiques

- APEL Karl-Otto, (1987, *L'éthique à l'âge de la science*, trad. Lellouche (R.) et Mittmann(I.), Lille, Presses universitaire de Lille
- BEAUCHAMP, Tom L. & CHILDRESS, James F. 2019, *Principles of Biomedical Ethics*, 8e éd., New York, Oxford University Press
- DANIELS Norman, 2009, "L'extention de la justice comme équité à la santé et aux soins de santé", *Raisons pratiques*, n°34, pp. 09 à 29
- DIAKITE Sidiki, 1994, *Technocratie et question africaine de développement. Rationalité technique et stratégies collectives*, Abidjan, Strateca Diffusion
- FRASER Nancy, 2011, *Qu'est-ce que la justice sociale ? Reconnaissance et redistribution*, Paris, La Découverte
- FRICKER Miranda, 2007, *Epistemic injustice : power and ethics of knowing*, Oxford, Oxford University Press
- Gavi, 2026, Facilité COVAX, <https://www.gavi.org/fr/facilite-covax> , consulté le 23/08/2026
- GHEBREYESUS Tredos Adhanom, 18 janvier 2021, discours d'ouverture, 148e session du Conseil Exécutif de l'OMS, Genève
- KABLAN Andrédou Pierre, 2022, « Covid-19 et politique d'accès aux soins vaccins : vers une nouvelle architecture éthique internationale », in *Bioéthique et pandémie de Covid-19 : principe bioéthique et construction d'une diplomatie vaccinale globale*, Chaire UNESCO de bioéthique, RIFEB
- KEROUEDAN Dominique, 2013, *géopolitique de la santé mondiale*, Paris, Collège de France
- KICKBUSCH Ilona et al, 2022, *Introduction à la diplomatie en santé mondiale : pour une meilleure santé, plus de solidarité et d'équité*, Confédération Suisse, Global Health centre
- LANTHIER Alec Aubrey, 2023, *Une injustice épistémique aux conséquences institutionnelles : le cas des relations de sollicitude marginalisées*, Mémoire, Université du Québec à Montréal
- NUSSBAUM Martha, 2012, *Capabilités, comment créer les conditions d'un monde plus juste ?* trad. Solange Chavel, Paris, Flammarion
- Organisation Mondiale de la Santé, Conseil exécutif, 2013, *Rôle de l'OMS dans la gouvernance de l'action sanitaire mondiale*, Genève
- POAME Lazare, 2022, « les principes axiologique de l'UNESCO et la quête d'une diplomatie vaccinale éthiquement galbée », in *Bioéthique et pandémie de Covid-19 : principe bioéthique et construction d'une diplomatie vaccinale globale*, Chaire UNESCO de bioéthique, RIFEB
- RAWLS John, 2003, *La justice comme équité : une reformulation de Théorie de la justice*, trad. Bertrand Guillaume, Paris, La Découverte.
- RAWLS John, 1987, *Théorie de la justice*, trad. Catherine Audard, Paris, Editions du Seuil.
- SEN Amartya, 2000, *Repenser l'inégalité*, trad. Paul Chemla, Paris, Seuil.
- UNESCO, 2005, *Déclaration universelle sur la bioéthique et les droits de l'homme*, https://www.unesco.org/fr/ethics-science-technology/bioethics-and-human-rights?utm_source=chatgpt.com
- UNESCO, 2009, *Projet de rapport du CIB sur la responsabilité sociale et la santé* https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000185712_fre , consulté le 23/08/2026

UNICEF, 2021, La Côte d'Ivoire parmi les premiers pays à recevoir la première vague de vaccins COVAX, <https://www.unicef.org/fr/communiqués-de-presse/la-cote-divoire-premiers-pays-a-recevoir-la-premiere-vague-de-vaccins-covax> , consulté le 23/08/2026

