

INTELLIGENCE ARTIFICIELLE ET INEGALITES DE SANTE ENTRE NORD ET SUD GLOBAL : PENSER ET PANSER LES DISCRIMINATIONS

Moctarou BALDÉ,

Université Cheikh Anta de Dakar,

Mohamed Salim Gassama

Université de Montréal

&

Ibrahima Ndiaye,

Université Cheikh Anta de Dakar,

moctarou.balde@gmail.com

Résumé :

Dans ce travail il est question d'explorer la discrimination au prisme de l'égalitarisme relationnel à travers les implications des inégalités de santé entre le Nord et le Sud global, dans un contexte de développement de systèmes d'intelligence artificielle (IA). En croisant les théories de la discrimination de Deborah Hellman et Patrick S. Shin ainsi que la conception rawlsienne de la justice, l'analyse démontre que le défaut d'accès aux soins de santé implique une forme de discrimination qui nie l'égalité morale des populations du Sud global. Mais aussi que cette discrimination peut être exacerbée par le contexte d'émergence de systèmes d'IA en santé et nécessite une approche interdisciplinaire pour être prise en charge.

Mots-clés : IA, Nord global, Sud global, inégalité, égalitarisme, discrimination, santé

Abstract:

This work explores discrimination through the prism of relational egalitarianism through the implications of health inequalities between the Global North and the Global South, in the context of the development of artificial intelligence (AI) systems. By combining Hellman and Shin's theories of discrimination and the Rawlsian conception of justice, the

analysis demonstrates that the lack of access to health care implies a form of discrimination that denies the moral equality of populations in the Global South. But also that this discrimination can be exacerbated by the context of the emergence of AI systems in health and requires an interdisciplinary approach to be addressed.

Keywords: *AI, Global North, Global South, inequality, egalitarianism, discrimination, health*

Introduction

Dans « *Global strategy on digital health 2020-2025* », l'Organisation mondiale de la Santé souligne que « les technologies de santé numériques restent inégalement réparties, avec moins de 5% des innovations majeures testées dans les pays à faible revenu ». Parallèlement, l'Organisation mondiale de la propriété intellectuelle (2019) atteste que 78% des brevets en IA sont détenus par les États-Unis et la Chine, contre moins de 2% pour l'Afrique. Or, dans son rapport *Recommendation on the Ethics of Artificial Intelligence*, l'UNESCO (2023) souligne que « les déséquilibres géopolitiques dans le développement de l'IA risquent d'exacerber les inégalités sanitaires ». Par conséquent, cette tendance à la monopolisation, qui aggrave les inégalités sanitaires historiques, est un appel à repenser la problématique de la discrimination dans un contexte de développement de systèmes d'IA. Car, une telle situation, loin d'être un hasard, traduit les implications d'un système économique mondialisé, bâti sur un héritage colonial et structurel qui engendre une asymétrie des pouvoirs, dont l'une des facettes est l'injustice et l'inégalité sanitaire mondiale.

En effet, on assiste à une concentration des décisions médicales, dont le dépassement nécessite une démocratisation de la gouvernance sanitaire. Pour cela, il faudrait une analyse des piliers de cette asymétrie de pouvoir, ainsi que les formes de discrimination qu'elle implique dans un contexte d'émergence de système d'IA dans le domaine de la santé.

À ce titre, il y a deux méthodes pour aborder la problématique de la discrimination dans le domaine de l'IA en santé : soit par le biais de l'éthique de l'intelligence artificielle, soit sous l'angle de l'éthique des algorithmes. La première renvoie à un ensemble de politique à visée méthodique dans le développement et le déploiement de l'intelligence artificielle. Ainsi, elle cherche à investir la problématique de l'IA, sous divers angles, afin de proposer des orientations qui détermineront les bases de l'orientation, du rythme, de l'élaboration et du déploiement des systèmes d'IA. Cette activité peut aussi bien s'inscrire dans une perspective locale qu'internationale. Il s'agit, en somme, de la gouvernance de l'IA. En s'adonnant à une tâche pareille, nous pourrions, par exemple, nous demander : comment garantir que les technologies d'IA en santé soient accessibles à tous, en particulier dans les pays à faible revenu ; ou encore, dans quelles mesures les algorithmes de l'IA doivent-ils être transparents pour les professionnelles de Santé et les patients ?

Quant à la seconde approche, appelée éthique des algorithmes, elle vise à construire les piliers éthiques qui doivent présider à l'élaboration des algorithmes pour qu'ils soient, par exemple, inclusifs et équitables. En ce sens, elle réfléchit sur la question de savoir : comment bien programmer un algorithme ? Ou encore comment, par l'algorithme, assurer l'équité dans le traitement des individus indépendamment de leur citoyenneté, de leur race ou de leur sexe ? L'éthique des algorithmes a donc pour vocation de traiter des questions morales qui se présentent lors de la programmation d'un algorithme.

Ce que ces deux approches ont en commun, c'est leur sensibilité aux questions de justice, d'équité et d'inclusion. Dans ce travail, nous optons pour la première approche, en raison de sa dimension plus globale. Elle permet mieux d'analyser la question de la discrimination dans le contexte du développement et du déploiement des systèmes d'IA en santé. En effet, avec elle, on pourra faire une application plus large de la théorie de la

discrimination chez Hellman et chez Shin, à la gouvernance de l'IA en santé et de montrer à quel point les inégalités de développement, en entraînant une limitation de l'accès aux soins de santé, impliquent aussi des conséquences discriminatoires qui se manifestent par un irrespect de l'égale valeur des populations du Sud global.

C'est qui nous motive d'ailleurs à faire cette contribution qui s'articule autour de la problématique la suivante : comment les inégalités de développement entre le Nord et le Sud global, exacerbées par les systèmes d'intelligence artificielle, contribuent-elles à la discrimination en matière de santé ? En quoi une approche fondée sur l'égalitarisme relationnel peut-elle aider à repenser les injustices structurelles qui entravent l'accès aux soins de santé pour les populations des pays en développement ? L'objectif est de montrer donc que les inégalités de santé, exacerbées par le développement de systèmes d'IA, entraînent des discriminations particulièrement prononcées entre le Nord global et le Sud global. C'est ainsi un plaidoyer pour une approche égalitariste dans la gouvernance de l'IA en santé, afin d'assurer l'accès équitable aux soins et de respecter l'égale valeur morale de toutes les populations. Pour ce faire, nous analyserons, d'une part, la dimension égalitariste des théories de la discrimination chez Hellman et Shin, puis nous en ferons une interprétation Rawlsienne. D'autre part, nous montrerons comment le défaut d'accès aux soins de santé compromet l'observation du principe d'égalitarisme inhérent à ces théories, dans les relations en matière de santé avant, enfin, de terminer par montrer les fondements socio-économiques de l'égalitarisme relationnel, ainsi que les contributions des pays du Nord global et de ceux du Sud global dans les relations internationales pour dépasser cette problématique.

1. Esquisse des théories de la discrimination chez Hellman et Shin

D'après Deborah Hellman, la discrimination injustifiée réside dans les distinctions dégradantes entre les personnes. Ces distinctions expriment une inégalité morale et rabaissent les individus concernés. Elle considère que le fait de dégrader implique une action expressive, qui manifeste un manque de respect pour l'égale humanité d'autrui, combinée à un pouvoir ou un statut permettant de subordonner l'autre. Ainsi, les actions dégradantes sont plus probables dans des contextes où le pouvoir ou le statut est élevé, comme dans les actions gouvernementales ou institutionnelles, par opposition aux actions individuelles. De plus, les discriminations basées sur les caractéristiques associées à des groupes historiquement maltraités ou socialement inférieurs sont plus susceptibles d'être dégradantes. Sur ce, elle met en avant l'importance des conventions sociales et du contexte dans la détermination du caractère dégradant d'une classification. De ce point de vue, les classifications dégradantes sont inadmissibles car, elles nient l'égale valeur morale des personnes. En ce sens, Hellman (2011) déclare :

Tout acte respectueux n'est pas dégradant. Tout d'abord, le fait de dégrader requiert une expression particulièrement forte d'irrespect : un manque de respect pour l'égal valeur morale d'autrui. Ensuite, dans la plupart des cas, dénigrer exige généralement que l'orateur ait un statut social supérieur à celui de la personne dénigrée.

Patrick Shin, pour sa part, estime que l'exigence d'égalité de traitement repose sur une contrainte morale, qui interdit des actions exprimant un respect inégal pour le statut moral des individus en fonction des caractéristiques différentes. Pour lui, cette exigence est fondamentale et distingue des simples

exigences de justification suffisantes des actes, tout en répondant aux objections sceptiques qui remettent en question la spécificité morale de ce principe. À ce titre, un acte discriminatoire exprime un respect inégal du statut moral par une différenciation. Shin (2009) rappelle que

L'idée centrale qui anime l'interprétation substantielle de l'égalité de traitement est que les individus doivent être traités d'une manière cohérente avec la notion fondamentale selon laquelle toutes les personnes ont un statut moral égal et ont droit à un respect et une préoccupation moraux égaux.

Rawls discute de cette idée dans sa description dans sa *Théorie de la justice*. Il y parle d'une idée « fondamentale » d'égalité, qui est due aux êtres humains en tant que personnes morales, et qui est définie en partie par un devoir moral de « respect mutuel ».

Dans la théorie de la Justice distributive de Rawls, une société juste est une société dans laquelle le principe de l'égalité de chance équitable et le principe de différence sont respectés. Cela veut dire que la distribution des biens doit être indépendante des facteurs non moraux et permettre la réalisation de chacun, de sorte que les moins bien lotis puissent bénéficier, autant que les autres, de la distribution des services sociaux de base.

En ce sens, une société juste est une société dans laquelle les membres se reconnaissent mutuellement comme égaux. Cette théorie fonde l'égalité sur la base d'une justice relationnelle. C'est-à-dire que la configuration des relations intersubjectives doit assurer une reconnaissance de l'égalité morale des uns par rapport aux autres. Il s'agit donc d'une égalité qui se vit et se manifeste dans l'intersubjectivité. Ce qui nécessite ainsi une distribution équitable des biens, en vertu de l'égalité morale à promouvoir. L'égalité nécessite l'application de normes globales et égales pour

tous, afin d'assurer l'égalité des chances et la préservation de la dignité de tous, quelle que soit la résidence, les origines ou la condition matérielle.

Dans la perspective de l'égalitarisme, nous pouvons donc dire, qu'en ce qui concerne les soins de santé, le plateau médical est essentiel pour pallier la vulnérabilité et préserver la dignité des personnes défavorisées. Le défaut de soutien médical, ou le défaut d'accès au soin de santé d'une manière adéquate, entrave le sentiment d'accomplissement et d'estime de soi de la personne, mais aussi sa relation aux autres.

2. Comment le défaut d'accès aux soins occasionne la discrimination par la violation de l'égalitarisme ?

Le défaut d'accès aux soins de santé, comme nous venons de le voir, occasionne des hiérarchies sociales problématiques. Celles-ci peuvent être retrouvées détaillées chez des penseurs comme de Xuanpu Zhuang dans *Justice in Global health*. En effet, avec Xuanpu, et à lumière des théories de Hellman, Shin et Rawls, nous pouvons remarquer jusqu'à cinq problématiques qui se déclinent comme discriminatoires.

Premièrement, dans un contexte de défaut d'accès aux soins, la question de l'estime devient problématique dans la mesure où elle semble osciller en fonction de la disponibilité et de la qualité des soins médicaux. Lorsque le soutien médical est défectueux, les personnes qui en sont victimes sont exposées à la stigmatisation, du fait d'une vision stéréotypée qui émerge de leur condition et en font donc objet de discrimination. Elles sont ainsi enfermées dans une catégorie non fréquentable, et font même office de bouc émissaire dans certaines situations car, étant considérées, à priori, comme porteuses de maladies.

Cette catégorisation persiste avec l'idée que ces personnes seraient plus exposées à certaines maladies infectieuses que d'autres. Par exemple, pendant la pandémie de COVID-19, les

pauvres qui ne pouvaient pas se faire vacciner ont été facilement considérés comme dangereux et ostracisés. De nombreux pays en développement ne pouvant pas fournir suffisamment de vaccins et de ressources médicales adaptées à leur population, les habitants de ces pays n'ont pas été vaccinés. Dans ce contexte, « les habitants du monde sont divisés en deux groupes : les vaccinés et les non-vaccinés. Et il est facile pour les habitants des pays en développement d'être étiquetés comme étant en mauvaise santé et contagieux » (Zhuang, 2008). Ils sont donc discriminés et isolés du reste du monde, nous dit Hellman.

Deuxièmement, le défaut d'accès aux soins de santé, entraîne aussi une variation dans la prise en charge dans le traitement, reflétant ainsi l'idée que le traitement réservé à la personne dépend de son statut social. Ainsi, le respect et la reconnaissance qu'on lui doit, au nom de l'égalitarisme, sont piétinés sous l'effet d'injustices structurelles. Or, l'égalitarisme relationnel voudrait que la personne soit respectée, et qu'elle jouisse, en toute occasion, d'une reconnaissance au même titre que tous. Les minorités, à l'instar des défavorisées, doivent autant que tous, jouir de cette reconnaissance. Ce qui, selon Shin, n'est pas le cas car, le plus souvent, les personnes dont l'accès aux soins de santé est quasi inexistant sont minorisées.

La troisième problématique concerne l'attitude qui fait que l'individu, victime d'un défaut d'accès aux soins de santé, soit aussi victime d'une discrimination dans beaucoup de situations, telle que l'immigration. Dans les pays sous-développés, par exemple, pour aller au Canada, il faut être soumis à une série d'analyses médicales qui coûtent financièrement et physiquement, alors que cette mesure n'est pas appliquée aux ressortissants de certains pays dits riches. Ainsi, nous pouvons lire dans le site du gouvernement canadien, à propos des conditions pour voyager au Canada ce qui suit :

Vous devez passer un examen médical si les deux conditions suivantes sont réunies : 1- vous souhaitez venir au Canada

pour plus de 6 mois. 2- Vous avez vécu ou séjourné pendant 6 mois dans certains pays ou territoires au cours de l'année précédent votre venue au Canada.

À tout point de vue, cette mesure s'inscrit en faux avec l'idéal d'une justice relationnelle. En effet, elle est discriminatoire et expose les plus faibles aux regards négatifs.

La quatrième problématique aux allures encore discriminatoires, montre que ces inégalités engendrent aussi des rapports de force déséquilibrés entre les pays. Certains pays, de même que leurs citoyens, sont dominés jusqu'à dans les projets de coopération. Pourtant la domination est une hiérarchie sociale de pouvoir qui est problématique car, le pouvoir, en tant que capacité à influencer des positions, offre aussi la possibilité de faire ingérence arbitrairement dans les affaires de l'autre et d'orienter ses positions. Ainsi, les inégalités de pouvoir orientent en grande partie le cours des discussions au niveau international et font persister la domination, en conservant un cadre favorable à la monopolisation des infrastructures médicales, et donc à pérenniser l'absence d'option pour les pays sous-développés.

En dernier lieu, ces inégalités touchent aux délibérations et évaluations, qui constituent aussi une hiérarchie sociale problématique. En effet, en matière de soutien médical apporté par les organisations internationales, les citoyens des pays en développement ne sont pas toujours traités dans une perspective inclusive et égalitariste. Ces organisations ont tendance à se concentrer sur la réalité des pays développés lorsqu'elles élaborent des plans de gestion ou d'évaluation des crises sanitaires.

Par ailleurs, cette problématique du défaut d'accès aux soins de santé est exacerbée par le développement et le déploiement des technologies dans le domaine de la santé. Nils Freyer et Hendrik Kempt¹ ont abordé cette question avec un grand

¹ C'est dans leur article «Justice and the Normative standards of explainability in healthcare», in Revue *Philosophy and technology*, volume 35, Novembre 2022.

souci d'égalitarisme. Ces penseurs ont essayé de construire un cadre d'élaboration de normes mondiales de gouvernance du développement et de la distribution de l'intelligence artificielle dans le domaine de la santé. En ce sens, ils sensibilisent à la nécessité de questionner, dans cette gouvernance mondiale, le problème de la justice et, à l'occasion, de l'éthique pour préserver l'égalité dans nos interactions. Il s'est agi, pour eux, de construire les fondements d'une éthique qui évalue et encadre le déploiement de l'IA dans le domaine de la santé.

Ainsi, l'égalitarisme relationnel, en ce qu'il promeut l'égalité morale entre les individus d'une société et donc des normes égales pour tous, se positionne, pour ces auteurs, comme un potentiel vecteur de normes mondiales de gouvernance de l'IA. Sur cette base, il y a une obligation d'assurer l'égalité dans l'accès à ces technologies, mais aussi le respect et la reconnaissance des personnes vivant dans les pays sous-développés, en les associant dans l'élaboration de celles-ci. C'est sans quoi, les principes de la justice relationnelle seraient violés.

En abordant le thème de la gouvernance mondiale de l'intelligence artificielle dans le domaine de la santé, Nils Freyr et Hendrik Kempt évoquent donc les enjeux et proposent une démarche inclusive pour la prise en charge des couches vulnérables, dans le contexte du développement de ces technologies. Mais voyons d'abord en quoi consiste véritablement la vulnérabilité en matière de santé. Selon l'OMS (2003), « les personnes vulnérables sont celles qui sont relativement (ou totalement) incapables de protéger leurs propres intérêts. Plus précisément, leur pouvoir, leur intelligence, leur degré d'instruction, leurs ressources, leur force ou autres attributs nécessaires pour protéger leurs intérêts propres, peuvent être insuffisants ».

En partant de cette définition, nous pouvons considérer comme vulnérable, dans le contexte des injustices structurelles, les personnes ou groupes à risque de ces injustices, à l'opposé des

groupes qui en bénéficient, et dans les essais cliniques aux groupes qui peuvent être affaiblis pour consentir à participer à un essai. Ainsi, par exemple, la déficience des capacités mentales qui affectent la conscience des tenants et aboutissants de son consentement (enfants, personnes atteintes de démence ou inconscientes), constitue un critère de vulnérabilité. De même, ceux qui se trouvent dans des situations de pression économique, sociale ou autres qui sapent leurs capacités de consentement. Par exemple, les personnes qui ont un besoin urgent.

À ce niveau, un cas nous semble particulièrement expressif : celui rapporté par l'Organisation des Nations Unies pour l'Éducation, la Science et la culture - UNESCO (2015) :

Une femme de 45ans, d'origine Africaine et vivant dans un quartier pauvre d'une grande ville d'un pays en développement, a récemment été abandonnée par son mari. Elle est mère de six enfants et vit dans la pauvreté. Son fils de 4ans, malade, pourrait souffrir, selon un premier diagnostic, d'une glomérulonéphrite aiguë². Du fait de la surpopulation hospitalière, après une journée d'attente, son fils n'a pas encore été vu par un médecin ; elle est finalement informée qu'il recevra les soins nécessaires si elle accepte de participer à des tests cliniques à l'hôpital. On lui demande de prendre quotidiennement deux comprimés d'un nouvel anti-inflammatoire pendant 15 jours. Elle accepte en échange du traitement de son fils.

² La glomérulonéphrite aiguë est une maladie rénale qui affecte les glomérules, les unités de filtration du rein. Ces glomérules sont responsables de la filtration du sang et de l'élimination des déchets. Lorsqu'ils sont enflammés, ils ne fonctionnent plus correctement, ce qui peut entraîner divers problèmes. Cette inflammation peut être causée par une infection, une maladie auto-immune, ou d'autres troubles.

Dans le cadre précis de l'élaboration de l'IA en santé, la vulnérabilité de certaines couches se manifeste de différente manière. En effet, l'élaboration des normes de l'IA est faite de manière unilatérale, en ce sens qu'elle n'intègre pas tous les agents concernés, mais reste l'apanage d'une élite au lieu d'être le résultat d'une démarche ouverte et participative. Ceci implique donc que certaines propositions reflètent les points de vue de cette élite.

Cette analyse justifie pleinement qu'il doit y avoir l'exigence d'une gouvernance mondiale de l'IA qui soit intersectorielle et équitable car, les normes d'explicabilité, de fiabilité et de transparence développées par le Nord portent atteinte à la distribution d'une IA médicale respectueuse de la dignité des populations du Sud, où l'on assiste à un manque d'expertise endogène pour éviter certaines pratiques.

Ainsi, il est évident que les pays sous-développés sont donc constamment exposés au risque de voir les entreprises multinationales utiliser leurs populations pour améliorer leur technologie, afin d'externaliser les risques et de rapatrier les connaissances dans les pays riches, améliorant ainsi la qualité de leurs soins de santé.

L'autre enjeu est que la dimension mondiale des entreprises qui développent les systèmes d'IA médicale fait qu'elles n'ont pas de raisons économiques de travailler dans l'élaboration de systèmes explicables et performants. En réalité, tant que les collectifs vulnérables resteront dépendants, ces entreprises se limiteront aux normes actuelles. À partir de ce moment, se manifeste une forme de structure néocoloniale dans la gouvernance de l'IA en santé. Le pouvoir injuste que les entreprises technologiques ont sur les collectifs leur permet d'imposer des normes et des stratégies pour maintenir leur domination par le biais des monopoles, de codes et de données de propriétés réelles.

On assiste donc à une monopolisation de l'élaboration de ces technologies, à la fois au niveau normatif et industriel. « Ce qui

sans doute accroît la vulnérabilité de ces collectifs, qui ne peuvent ni changer de fournisseur car il y a un monopole, ni améliorer le système par eux-mêmes en raison de disposition juridique (code de la propriété des données), ni développer leurs propres systèmes (remplacement des améliorations subsidiaires), ni même cesser d'utiliser le système (par besoin médical) » (Freyer et Kempt, 2022). Ceci traduit nettement une fracture relationnelle et porteuse d'inégalités discriminatoires à trois niveaux : d'abord inégalité entre populations du Nord et du Sud global, ensuite inégalité entre multinationales du Nord global et population du Sud global et enfin inégalité entre États des deux blocs dans les négociations.

3. Des fondements socio-économiques de l'égalitarisme relationnel

Les disparités économiques entre les pays du Nord et du Sud se reflètent dans les inégalités d'accès aux soins, révélant un ensemble de relations complexes influencées par des facteurs socio-économiques. Ces inégalités se manifestent à travers les différences d'accès aux services de santé entre diverses populations, dans des contextes souvent différents. Un déterminant clé de ces disparités réside dans le statut socio-économique des populations. Costa et al (2023) soulignent ainsi le rôle des inégalités de revenus, comme facteur significatif de la santé. Leurs travaux démontrent que ces écarts exacerbent les problèmes sanitaires, notamment à travers « le stress psychosocial et le manque de ressources matérielles, qu'il s'agisse de l'accès aux soins ou de l'accès à la qualité nutritionnelle » (Costa et al., 2003).

Par ailleurs, l'analyse socio-économique dans une perspective historique éclaire les écarts sanitaires entre pays développés et en développement. Dans ce sillage, Jacob Albin Alhassan et Michel Castelli (2019) comparent le Ghana et

l'Angleterre, montrant comment l'héritage colonial et les politiques de désindustrialisation des pays africains ont alimenté des inégalités persistantes³. Leurs recherches mettent en lumière l'importance de ce contexte dans la répartition des ressources sanitaires entre les régions du monde. Les orientations économiques, notamment commerciales et concurrentielles, apparaissent ainsi comme une base structurelle des inégalités de santé à l'échelle mondiale.

Les inégalités ne sont donc pas seulement d'ordre moral, mais s'ancrent également dans des rapports économiques historiques. Dès lors, l'égalitarisme ne se construit pas seulement en termes de principes moraux dans le traitement d'autrui, mais doit être repensé depuis les mobiles qui obstruent sa réalisation et organisent la domination des uns sur les autres. En effet, il est certes louable de militer pour le respect et la reconnaissance des citoyens des pays sous-développés, surtout au sujet des injustices qu'ils subissent, mais il est encore mieux de concentrer la réflexion sur les causes profondes de cette situation. Or, la distribution des soins de santé, à l'instar des autres services sociaux de base, dépend du contexte économique qui, lui, dépend de certains facteurs endogènes et/ou exogènes. Pour cette raison, le cadre de la réalisation de cet égalitarisme, au niveau international, doit être érigé dans une perspective souverainiste par une éthique dans les relations économiques (la santé économique est un levier incontournable dans le développement des services sociaux de base), mais aussi, par la construction au niveau endogène d'un leadership local fort.

En réalité, dans ce projet de faire de l'égalitarisme une réalité dans les relations internationales en santé, l'économie doit être au centre de la réflexion. Car, par exemple, la dette injuste et construite des pays du Sud envers des pays développés hypothèque les ambitions de ceux-là et compromet leur

³ C'est dans « Politics as an Explanation to the Health Divide in different Settings: A comparative study of England and Ghana » in Revue *Journal of Health Service*, 2019.

souveraineté. La plupart de ses pays sous-développés consacre un important pourcentage de leur budget au remboursement de ces dettes qui, très souvent, ont été injectées dans des domaines d'activités désignées par leurs créanciers et non prioritaires pour ces pays. Une situation qui empire depuis 2022 avec la hausse des taux d'intérêts sur les marchés obligataires. « En 2023 les dépenses des pays africains pour les services de la dette extérieure (intérêt et capital) aurait atteint 17% des recettes publiques, soit le niveau le plus élevé depuis 1999 », rapporte Kiechel & Marcilly (2023) dans le journal *Le point*.

Cette dette publique élevée empêche donc ces États d'allouer un budget suffisant à la santé pour développer des infrastructures sanitaires ou subventionner les médicaments pour les rendre accessibles. Elle entrave aussi financement de leurs propres industries technologiques pour amoindrir la dépendance. Ce, sans oublier la motivation des spécialistes de la santé pour réduire ce qui est coutumièrement appelée la fuite des cerveaux.

4. Penser la discrimination entre le Nord et le Sud global

Les pays développés, dans la logique d'observer les principes de l'égalitarisme, n'ont pas à assurer une fourniture de matériel ou d'aide pour soi-disant participer à la préservation de la dignité des peuples du Sud. Ils doivent, avec ces pays sous-développés, créer les conditions de souveraineté de ces pays, notamment en se détournant de l'égoïsme étatique qui leur fait exercer leur domination, justifiant ainsi la fameuse phrase de Charles De Gaulle « les États n'ont pas d'amis, ils n'ont que des intérêts » et en facilitant le transfert de compétence. À ce niveau, une coopération émancipée des mobiles structurellement discriminatoires voudrait que l'inclusion soit de mise dans l'élaboration des nouvelles technologies en matière de santé. Mais aussi, il leur faudrait moins de paternalisme dans l'élaboration et la priorisation des projets des États du Sud global. Ceci

permettrait une autodétermination de ces peuples tout en leur permettant de bénéficier d'une réparation des torts qu'ils ont subis dans le passé.

Et sur le plan endogène, les peuples sous-développés, notamment leurs dirigeants, ont beaucoup d'efforts à fournir. D'abord, ils doivent avoir le courage de rompre avec la soumission au paternalisme occidental. Au cas contraire, ils risquent de donner raison au philosophe et historien sénégalais Cheikh Anta Diop (1984) qui déclarait lors de sa conférence à Niamey ce qui suit :

L'ex-colonisé ressemble un peu à cet esclave du 19ème siècle qui, libéré, va jusqu'au pas de la porte et revient à la maison parce qu'il ne sait plus où aller, depuis le temps qu'il a acquis des réflexes de subordination, depuis le temps qu'il a pensé, comme appris à penser à travers son maître. C'est un peu ce qui est arrivé à l'intelligentsia africaine dans son ensemble.

En dépit de ce problème qui est dû à des réflexes de subordination, les pays sous-développés et/ou leurs dirigeants doivent avoir comme premier recours pour le développement leurs ressources humaines et naturelles. L'aide des ex-colonisateurs est importante et moralement revendicable, mais pas nécessaire pour la réussite d'un tel projet. Ce projet pour la souveraineté se fait par la construction d'un leadership local assez fort pour protéger et faire valoir les recherches de leurs peuples au concert des nations. Le Sud global doit bien outiller ses représentants du « Rendez-vous du donner et du recevoir » dont parlait le poète et président sénégalais, Senghor.

Ainsi, si l'on part de l'idée que l'égalitarisme doit être une réalité au sein de chaque peuple pour être prolongé à l'international, il le Sud global doit tendre vers une la seconde décolonisation, qui vise à décoloniser la pensée et à amener les populations et leurs dirigeants à apprendre à penser par eux-

mêmes et à partir de leur réalité. Ensuite vers une démocratisation, en respectant et protégeant les libertés de base car, celles-ci sont inviolables, puis vers la démarchandisation des services sociaux de base, l'école au même titre que la santé ne sont pas des marchandises. Et enfin vers l'écologisation, qui les épargnera de cette entreprise suicidaire consistant à détruire leur écosystème en bradant les ressources naturelles sous la pression du Nord global.

Conclusion

En somme, l'on retiendra que les disparités en santé nuisent à l'égalité morale des populations du Sud global. Au crible des théories de la discrimination chez Hellman et chez Shin, cette analyse montre que le défaut d'accès aux soins de santé génère une forme de discrimination dont la prise en charge nécessite une démarche interdisciplinaire. En effet, face à la reproduction de structures néocoloniales qui engendrent une monopolisation des pouvoirs et des ressources, il est nécessaire de démocratiser la gouvernance des décisions médicales, en s'assurant de son inclusivité et de son équité, mais aussi dans le respect des droits de tous. À cet égard, la perspective de l'égalitarisme apparaît comme un cadre prometteur, qui permet de repenser les relations internationales en matière de santé dans un contexte marqué par le développement de systèmes de l'Intelligence Artificielle.

Cette perspective nous permet de repenser les structures socio-économiques qui perpétuent les disparités, tout en étant sensible à l'équité et à la justice. Enfin, les inégalités sanitaires entre le Nord et le Sud constituent un problème multidimensionnel, intégrant à la fois des déterminants socio-économiques et des enjeux de d'équilibre mondial. Une approche globale, articulant analyse historique, réformes politiques et coopération renouvelée, s'avère donc indispensable pour concevoir des interventions efficaces et réduire ces disparités. Dès lors, la question qui nous

vient à l'esprit est : comment l'égalitarisme doit-il inspirer un nouveau droit international ? Au nom de cet égalitarisme, les pays du Sud doivent-ils avoir un droit de regard sur l'élaboration des algorithmes de santé qui utilisent leurs données ?

Références bibliographiques

- BAMBRA Clare, BARR Ben et MILNE Eugène**, 2014. « North and south: addressing the English health divide ». *Journal of Public Health*, 36(2), 183-186. <https://doi.org/10.1093/pubmed/fdu029>
- COSTA Giuseppe, MARINACCI Chiara, CAIAZZO Antonio & SPADEA Thérèse**, 2003. « Individual and contextual determinants of inequalities in health ». *The Italian case. International Journal of Health Services*, 33(4), 635-667. <https://doi.org/10.2190/am8r-k0dy-f7pm-3rnp>
- AKUUEZE Christian et EGEGBARA Chekwuemeka Joseph**, 2024. « Global inequality challenge: an analysis of the disparities in wealth and power ». *African Journal of Social Sciences and Humanities Research*, 7(2), 382-393. <https://doi.org/10.52589/ajsshr-xcwus32j>
- CURRENT Ian et ZEVOUNOU Léon** 2021. « La souveraineté économique impossible : un point de vue juridique », *Regards critiques sur le néocolonialisme français*. Collectif pour le Renouveau Africain - CORA Éditions, Dakar, 2021, pp.114-127.
- HOUETO David**, 2008. *La promotion de la santé en Afrique subsaharienne : état actuel des connaissances et besoins d'actions*, Promot Educ
- DORAN Tim, DREVER Frances et WHITEHEAD Margaret**, 2004. « Whitehead Michel, is there a north-south divide in social class inequalities in health in Great Britain? » in cross sectional study using data from the 2001 census. *BMJ*, 328(7447), 1043-1045. <https://doi.org/10.1136/bmj.328.7447.1043>
- HELLMAN Deborah**, 2011. *When discrimination wrong?* Havard University Press

KIECHEL Anne-Laure et MARCILLY Julien, 2023. « Comment la dette obère la souveraineté économique de l'Afrique », in *Journal Le Point* du 01/12/2023

Organisation Mondiale de la propriété intellectuelle, 2019, « Technology Trends 2019 : Artificial intelligence », <https://doi.org/10.1590/1413-81232017227.02822017>

Organisation mondiale de la santé (OMS), 2023, Lignes directrices internationales d'éthique pour la recherche biomédicale impliquant des sujets humains. Commentaire sur la Ligne directrice (13), à Genève

Organisation Mondiale de la Santé, 2021, « Global strategy on digital health 2020 - 2025 », <https://doi.org/10.1590/1413-81232017227.02822017>

SHIN Patrick, 2009. The substantive principle of equal treatment, in *Revue Legal Theory*, volume 15, Suffolk University, 2009

UNESCO, 2023, « Recommendation on the Ethics of Artificial Intelligence »,<https://doi.org/10.1590/1413-81232017227.02822017>