



Moving Beyond
Solidarity Rhetoric
in Global Health

SOLIDARITÉ EN MATIÈRE DE SANTÉ MONDIALE : PERSPECTIVES DE L'INDE ET DU NÉPAL

RAPPORT DE L'ATELIER



Atelier régional pour l'Asie du Sud

Hôtel Royal Plaza, New Delhi

22-23 septembre 2025

Organisateur : Ashish Giri
Rapporteuse : Katharine Wright

Déclaration de financement

Ce travail a été soutenu par le Wellcome Trust [#225230/Z/22/Z].

Extrait du rapport :

Groupe de participants au projet « *Global Health Solidarity* » et à l'atelier régional pour l'Asie du Sud. (2025).
Solidarité en matière de santé mondiale : perspectives de l'Inde et du Népal. Rapport de l'atelier. Septembre 2025, New Delhi, Inde



SOMMAIRE

INTRODUCTION ET CONTEXTE.....	4
PARTIE 1 : CONCEPTS GÉNÉRAUX ET EXPÉRIENCES DE SOLIDARITÉ	5
Rencontres et expériences de solidarité	5
Pratiques solidaires au sein de la communauté dans la vie quotidienne	8
PARTIE 2 : LA SOLIDARITÉ DANS LA SANTÉ MONDIALE	13
Les agents de santé communautaires et les enseignements tirés de la construction de communautés queer.....	13
Table ronde : Potentiel et défis de la mise en œuvre de la solidarité – expériences issues des politiques, de la pratique et de la recherche.....	17
Partenariats en santé mondiale	19
ANNEXE 1 : PARTICIPANTS À L'ATELIER	23
ANNEXE 2 : PROGRAMME	24



INTRODUCTION ET CONTEXTE

Le projet « *Moving Beyond the Solidarity Rhetoric in Global Health* » (Solidarité en matière de santé mondiale) vise à approfondir la compréhension actuelle du concept de « solidarité », afin de développer des outils qui contribueront à soutenir une pratique accrue de la solidarité dans le domaine de la santé mondiale à l'avenir.

L'atelier régional d'Asie du Sud est le cinquième d'une série de cinq ateliers régionaux organisés dans différentes langues et dans différentes régions du monde, afin de mettre en lumière les différentes significations de la solidarité et de sa mise en pratique. Nous espérons que cette réflexion permettra d'aboutir à une compréhension renouvelée et plus riche de ce que la solidarité pourrait ou devrait signifier dans le contexte de la santé mondiale.

Le projet s'inspire du concept de « pluriversalité » – la reconnaissance de la coexistence de mondes multiples (« un arc-en-ciel de cosmologies, de savoirs et de mondes vécus »), et donc de multiples compréhensions et significations de la solidarité (« solidarités » au pluriel). La pluriversalité implique de reconnaître non seulement que les participants à l'atelier apporteront des perspectives différentes, mais aussi que les multiples parties prenantes impliquées dans ce projet évoluent dans des réalités différentes – et que si nous voulons mieux vivre ensemble en tant qu'êtres humains, le dialogue et la collaboration sont essentiels. En explorant ensemble comment transformer l'ordre mondial dominant, nous devons donc reconnaître et prendre en compte les différences ainsi que les points de convergence.

Le présent rapport vise à rendre compte de l'ensemble des contributions formulées au cours de cet atelier de deux jours, y compris l'identification des tensions et des contradictions. Les contributions ont été regroupées sous des thèmes généraux et ne suivent pas nécessairement l'ordre chronologique précis du programme.

Il ne faut pas en déduire que toutes les personnes présentes étaient d'accord avec une déclaration particulière. Tous les participants à l'atelier ont eu l'occasion de relire ce rapport et sont répertoriés en annexe.



PARTIE 1 : CONCEPTS GÉNÉRAUX ET EXPÉRIENCES DE SOLIDARITÉ

Rencontres et expériences de solidarité

L'atelier a débuté par un partage entre les participants de ce que chacun comprenait par « solidarité » selon son propre point de vue, y compris le partage d'exemples ou de souvenirs liés à la solidarité.



Session sur les rencontres et les expériences de solidarité

Parmi les exemples et les définitions proposés, on peut citer :

- **Une éthique communautaire fondée sur le soutien aux autres**, incarnée par des concepts tels que « *eux avant nous* » et « *si nous ne partageons pas, nous ne survivrons pas en tant que communauté* ». Cela s'exprime à la fois par l'apport d'une aide concrète en cas de besoin, comme lors de la naissance d'un premier enfant, et par le fait d'« être présent » – d'être physiquement là pour apporter son soutien.
- **L'entraide et le partage face à la crise** – par exemple, à travers l'action collective des personnes directement touchées par une coulée de boue ou l'accueil communautaire de ceux qui ont été contraints de quitter les villes en raison des confinements liés au COVID (« *en temps de crise et de fête, nous avons besoin de murs bas et de frontières* »).



- Une action en réponse à un besoin, que ce soit dans les moments de joie ou de chagrin, qui **transcende les clivages habituels** (« *Ce n'est pas qu'il n'y ait pas de différences socio-économiques ou liées aux castes dans mon village, mais il y a quelque chose qui nous unit* »).
- Trouver une **communauté bienveillante** – trouver naturellement une communauté qui prend soin de vous et vous offre un espace sûr.
- **Tendre vers une « solidarité élargie »** lorsque les rapports de force font que le soutien mutuel au niveau communautaire ne suffit pas à résoudre un problème – par exemple, en utilisant les réseaux sociaux pour partager des témoignages et ainsi obtenir du soutien.
- Donner du pouvoir aux personnes et **contribuer à créer un espace d'autonomisation** – par exemple, en aidant les agents de santé communautaires à faire preuve de flexibilité et d'innovation pour répondre aux besoins sanitaires.
- Rechercher et **recevoir le soutien d'autrui lorsqu'on lutte pour la justice** – par exemple, recevoir le soutien d'activistes internationaux pour une campagne visant à empêcher l'implantation d'une mine d'uranium au Népal.
- Aider les personnes dans le besoin **sans condition** – ne pas leur imposer ses propres idées, mais simplement faire ce qui est demandé.
- **Acte de défi** consistant à offrir son soutien à une personne dans le besoin – s'identifier à cette personne et agir en conséquence, y compris en prenant des risques ou en enfreignant les règles.
- Être la **voix de sa communauté** – par exemple, prendre la parole au nom de la communauté des chiffonniers en réponse à des pratiques constantes de déshumanisation.

Tant lors du partage de témoignages personnels que lors de la discussion de groupe qui a suivi, les participants ont mis en évidence un certain nombre de **caractéristiques, de défis, d'incertitudes et de difficultés** liés à la solidarité. Parmi les questions soulevées figuraient :

- L'importance de **ne pas simplement assimiler la solidarité à des actes individuels de gentillesse** : elle requiert également un **sentiment d'appartenance** – tel qu'un objectif, un besoin ou un défi commun, associé à la **recherche de justice** (« *Je suis avec toi dans cette épreuve* ») ou à un désir de **déplacer le centre du pouvoir**.
- La **durée de la solidarité** : si les manifestations de solidarité ont tendance à avoir une « durée de vie », comme l'ont suggéré plusieurs participants (c'est-à-dire qu'elles s'estompent avec le temps), comment la solidarité peut-elle être maintenue dans la vie quotidienne, en dehors des périodes de crise évidente ?
- Les **limites de la solidarité** – comment choisir avec qui agir en solidarité alors que tant de personnes ont des besoins pressants ?
- L'**absence de mot pour désigner la solidarité dans de nombreuses langues**, car le concept est profondément ancré dans une culture et un mode de vie particuliers.
- Le lien incertain entre le soutien mutuel exprimé au sein d'une communauté et ce que les organisations externes disent et font pour agir en solidarité avec ces communautés. Quand ce dernier aspect est-il purement **symbolique** ?

En quoi les dispositifs d'entraide, tels que les caisses d'assurance maladie, constituent-ils **un mécanisme d'adaptation** fondé sur la mutualisation des risques, et comment ces dispositifs peuvent-ils être perçus comme une menace par les gouvernements ou par le marché, qui pourraient alors chercher à les « institutionnaliser » afin **de limiter leur potentiel perturbateur** ? Quelles formes de conception institutionnelle favorisent la solidarité, par opposition à celles qui favorisent la concurrence et la contestation ? Des dispositifs « institutionnalisés » peuvent-ils jamais être pleinement solidaires ?



- **Comment l'action individuelle s'articule-t-elle avec la dynamique de groupe** inhérente à la solidarité : qui a le droit de parler au nom d'une communauté, et que se passe-t-il lorsqu'un individu au sein d'une communauté est en désaccord avec les attitudes et les valeurs dominantes ?
- Le risque que des croyances fortement intériorisées selon lesquelles les autres sont plus importants que l'individu (comme on le trouve, par exemple, dans le bouddhisme) puissent avoir **des répercussions sur la santé mentale**, en particulier chez les jeunes.
- Les implications de **l'urbanisation** : comment la solidarité que l'on trouve dans les contextes villageois peut-elle fonctionner au sein de structures sociales et systèmes organisationnels ?
- Le rôle du **financement, des structures et des hiérarchies** dans la détermination des niveaux de solidarité sur le terrain, en notant par exemple, le recul des droits liés au genre et à la santé sexuelle et reproductive, causé par la rhétorique et l'action politiques actuelles.
- La nécessité de rester vigilant quant à la manière dont **certaines formes de solidarité peuvent conduire à la stigmatisation et à l'exclusion de certains groupes de personnes** : par exemple, les actions de solidarité visant à lutter contre les méfaits de l'infection par le VIH ou de la toxicomanie peuvent être perçues comme très stigmatisantes par ceux qui vivent déjà avec le VIH ou qui consomment des drogues.
- La manière dont la solidarité peut également servir à **préserver le statu quo** – par exemple, parmi les professionnels qui « protègent les leurs » contre les critiques extérieures, même lorsque celles-ci sont justifiées, ou dans les accords syndicaux qui excluent tous ceux qui ne rentrent pas dans des catégories définies. En tant que telle, elle peut même constituer un obstacle à la lutte contre l'injustice.
- Comment ces **tendances à l'exclusion peuvent-elles également être remises en cause** ? Par exemple, lors de la création d'un espace permettant aux jeunes Dalits de se réunir (« notre espace »), il a été fermement soutenu que les autres ne devaient pas être exclus (« *nous ne sommes pas ici pour créer davantage de divisions dans la société* ») : l'accueil des personnes issues d'autres castes a été considéré comme une étape cruciale pour résoudre les problèmes ensemble.

Bon nombre des thèmes abordés lors de cette séance d'ouverture de l'atelier ont été repris et approfondis au cours des séances suivantes.



Séance « Rencontres et expériences ».



Pratiques solidaires communautaires dans la vie quotidienne

La deuxième session de l'atelier a porté sur des témoignages relatant des pratiques solidaires au sein de communautés spécifiques en Inde et au Népal, suivis de réflexions sur la solidarité face à la souffrance et à la maladie, sur l'expression de la solidarité à travers la culture et la langue, ainsi que sur le manque de solidarité illustré par le traitement réservé à la communauté des ramasseurs manuels d'excréments et par ses expériences. Un résumé de ces présentations figure dans l'encadré 1 ci-dessous, suivi d'un aperçu des thèmes communs qui se sont dégagés des présentations et de la discussion.

Encadré 1 : Pratiques solidaires quotidiennes en Inde et au Népal

Tlawmngaihna de la société Zo

Le Tlawmngaihna est une éthique sociale – source d'identité et mode de vie – dans l'État du Mizoram, qui s'est développée tout au long de l'histoire tumultueuse du peuple Zo et de sa migration de la Chine vers le nord-est de l'Inde et le Myanmar. Il comprend des éléments d'altruisme, de philanthropie et de service aux autres, résumés dans le concept de « se tenir les uns aux côtés des autres ». Ce concept est ancré dans la société grâce à un réseau décentralisé d'associations de la société civile (la *Young Mizo Association*) qui assurent une protection sociale et dont tout le monde est membre par défaut. L'adhésion offre de nombreux avantages concrets : par exemple, si votre maison est détruite par un incendie ou endommagée par un glissement de terrain, les autres se mobiliseront immédiatement, collecteront des dons et reconstruiront la maison. Il existe toutefois des sanctions en cas de non-respect des attentes et des normes sociales : les personnes peuvent être tenues de payer une amende, voire être bannies de leur village. Le *tlawmngaihna* a des limites à la fois ethnocentriques et territoriales, l'inclusion étant généralement définie par la langue, la tribu et le village. Les limites peuvent toutefois être négociées – par exemple, les réfugiés du Myanmar peuvent potentiellement être inclus bien qu'ils ne soient pas techniquement des « proches ».

Lak Pler et Kui dans l'Arunachal Pradesh

Dans les villages de la tribu Monpa, dans l'Arunachal Pradesh, on observe deux formes distinctes de rassemblement : le *Lak Pler* (« échange de mains ») et le *Kui* (« se tenir les uns aux côtés des autres »). Le *Lak Pler* intervient dans des contextes courants, souvent liés à l'agriculture, et est généralement directement réciproque : les gens travaillent dans les champs ou dans la forêt les uns des autres en cas de besoin, en échange d'un nombre équivalent de jours de travail. Le *Kui*, en revanche, intervient à des moments précis de besoin, tels que les naissances et les décès, ainsi que lors de la construction d'une maison, où chaque foyer du village fournit au moins trois jours de travail (la nature de leur contribution dépendant de leurs compétences) et est présent au moment où le toit est posé. Bien qu'il existe une attente sociale de contrepartie pour un tel soutien, celle-ci ne doit pas nécessairement être immédiate ou directe. La construction collective d'une maison comporte également une dimension spirituelle, avec des prières communautaires récitées lors de la pose du toit et de l'achèvement de la maison, ainsi que des prières quotidiennes pour demander pardon aux esprits de la terre et de l'air d'avoir pu leur faire du tort et pour solliciter leur protection. Les motivations du *Kui* comprennent la réponse humaine à la reconnaissance des besoins d'autrui ; les liens sociaux et spirituels ; le karma (l'accumulation de mérites pour les vies futures) et la pression sociale (l'angoisse de ce que les autres penseront si l'on ne contribue pas). Alors que le *Lak Pler* est régi par la nécessité économique, le *Kui* est donc ancré dans l'émotion. Tous deux sont relationnels et délimités par la géographie, excluant ceux qui se trouvent en dehors de ces limites.





Un participant présente les deux formes de rassemblement (*Lak Pler* et *Kui*) lors de l'atelier.

Encadré 1 (suite)

« Pas de monastère, pas de village » : la solidarité dans la vallée de Limi au Népal

Les trois villages de Halsi, Dzang et Til, situés dans la vallée isolée de Limi, au nord-ouest du Népal, subissent depuis 1996 les conséquences du changement climatique sous la forme d'inondations et de glissements de terrain liés aux glaciers ; le village de Dzang a d'ailleurs récemment dû être entièrement déplacé. La réponse du gouvernement a tendance à être insuffisante et tardive, de sorte que les villageois comptent les uns sur les autres pour reconstruire eux-mêmes leurs maisons et des ponts provisoires. Lorsque l'aide gouvernementale est disponible, elle est axée sur les priorités de l'État, telles qu'une autoroute transnationale, alors que les villageois donneraient la priorité à la réparation de la route menant au monastère, qui est au cœur de la communauté (« *De la naissance à la mort – et tout ce qui se passe entre les deux – nous dépendons du monastère* »). En effet, c'est au monastère que les nouveau-nés sont bénis, que les couples se marient et que l'on pleure les aînés ; et en cas de crise, il devient une salle communale où l'on partage des informations, où l'on prend des décisions et où l'on apaise les craintes. La narration vidéo par des jeunes militants est un moyen important de rechercher la solidarité au-delà des villages, et la diaspora aux États-Unis a été une source importante de soutien financier. À mesure que les jeunes du village ont pu accéder à l'éducation, ils sont mieux placés pour exiger le soutien du gouvernement. Si la résilience issue de la solidarité locale est précieuse, elle ne doit pas être idéalisée : les villageois devraient également avoir le droit de réclamer le soutien de l'État.



Encadré 1 (suite)

Solidarité dans la souffrance : surmonter les inégalités grâce aux traditions religieuses de l'Himachal

La solidarité face au deuil et à la perte s'exprime par un engagement actif à porter ensemble le fardeau des autres à travers une participation collective au deuil. Le traumatisme est à la fois isolant et communautaire : le deuil peut devenir un catalyseur de lien, la solidarité servant de ciment communautaire. Pourtant, les hiérarchies et les divisions de caste, de classe et de tradition font que, si tous peuvent faire leur deuil, tous ne bénéficient pas d'un soutien égal. Dans l'Himachal Pradesh, le système des *devta*, ces dieux et déesses dotés de rôles rituels et de pouvoirs, offre une forme d'« inclusion marginale » à ceux qui seraient autrement exclus : la présence de la divinité offre une expérience incarnée de la solidarité lors des processions de deuil communautaires et assure une reconnaissance publique de la perte (alors que certains sont exclus des espaces sacrés, la divinité y pénètre en leur nom). Une telle solidarité face au deuil et à la perte est également un pilier de la résilience communautaire face aux catastrophes.

Tout comme la solidarité peut s'exprimer dans le deuil collectif, elle se manifeste également dans l'expérience collective du « fait d'être un patient » : en Inde, contrairement aux formes de soins de santé plus transactionnelles courantes en Occident, on considère que les expériences de la maladie constituent un événement partagé, et non un combat solitaire. Les patients se sentent accueillis, et non traités comme des dossiers ; soutenus, et non livrés à eux-mêmes face à leur souffrance.

Préservation de la culture et de la langue

Il existe plus de 600 tribus « répertoriées » en Inde, avec des langues et des cultures diverses qui revêtent une grande importance émotionnelle. L'appartenance à une tribu et le sentiment d'identification et d'appartenance qu'elle confère sont intrinsèquement solidaires, impliquant des pratiques auxquelles les membres sont censés adhérer. Malgré les différences entre les tribus, il existe également des réseaux bien établis entre elles, nés de la nécessité de protéger des intérêts communs et de lutter contre la discrimination et les désavantages. Une question clé est celle des droits fonciers : les chefs tribaux, malgré leur grande connaissance du terrain, sont inévitablement désavantagés face aux connaissances et au pouvoir mondiaux déployés par les multinationales ; et la solidarité internationale avec les intérêts tribaux est essentielle pour pouvoir négocier sur un pied d'égalité. Compte tenu des pressions qui pèsent sur les traditions tribales, avec la perte de terres, de patrimoine et de langue, les tribus doivent désormais se poser la question *suivante* : « *Sommes-nous toujours le même peuple que celui que nous prétendons être ?* » – en trouvant de nouvelles façons de s'appuyer sur les cultures et la langue ancestrales pour définir la solidarité au sein des tribus et entre elles.





Le dirigeant du Mouvement pour la communauté des éboueurs partage son expérience en matière de solidarité au sein de la communauté dalit.

Encadré 1 (suite)

Le Mouvement pour la communauté des éboueurs

Le système des castes en Inde est profondément ancré dans la société indienne : si l'on peut changer de religion, on ne peut pas changer de caste, et c'est la caste qui détermine le rôle et le statut de chacun – un concept qui va à l'encontre de la solidarité. La caste des « hors-castes » ou Dalits est considérée comme la plus basse ; les personnes nées dans cette communauté sont encore souvent exclues de l'éducation et censées effectuer des tâches subalternes, sales et dangereuses (ramassage manuel des déchets, travaux d'assainissement, nettoyage des égouts et des rues), malgré les protections prévues par la Constitution indienne. L'expérience de la COVID-19 a renforcé le traitement déshumanisant des agents d'assainissement, tant dans les tâches qu'on leur demandait d'accomplir, comme la collecte de cadavres sans protection adéquate, que dans la manière dont la « distanciation sociale » a ravivé de vieux préjugés entre les groupes sociaux. La réalité vécue lorsqu'on est classé comme Dalit, c'est que l'on rencontre des gens et que l'on tisse des liens – puis que l'on est rejeté en raison de son nom, qu'on se voit refuser la location d'une maison, qu'on est incapable de travailler malgré ses qualifications. Le symbole du [Mouvement pour la communauté des éboueurs](#) est le manche de balai brisé – cela ne devrait pas être notre identité !



Plusieurs thèmes communs sont ressortis de ces exposés et ont été approfondis lors des discussions de groupe qui ont suivi. Parmi ceux-ci figuraient :

- **l'interaction complexe entre les exigences juridiques formelles et le pouvoir exercé dans la pratique par les structures communautaires ou les traditions sociales profondément ancrées** – qui se manifeste tant au niveau local (par exemple dans l'influence exercée par les autorités tlawmngaihna pour autoriser ou refuser la vaccination contre la COVID dans leurs villages, indépendamment du mandat gouvernemental) qu'au niveau national, dans la discrimination persistante et omniprésente fondée sur la caste, malgré son illégalité ;
- la mesure dans laquelle les structures de solidarité peuvent **agir de manière répressive** lorsque des membres de la communauté font des choix ou prennent des décisions différentes, remettant en question la notion de volontariat et soulignant l'importance des droits civils ;
- **la nature patriarcale** de nombreuses structures et pratiques communautaires – notamment lorsque des structures distinctes pour les femmes ont pour effet de les infantiliser, conduisent à l'exclusion sociale ou ne favorisent pas leur indépendance ;
- l'importance, dans de nombreuses pratiques solidaires, de **la présence physique** – par exemple, en cas de maladie ou de décès – et la manière dont celle-ci est remise en question à mesure que les membres de la communauté quittent les villages pour s'installer en ville (les messages de condoléances ou l'argent destiné à payer les services funéraires peuvent-ils jamais constituer des substituts acceptables au fait de « se présenter » ?) ;
- l'importance de **partager la prise de conscience, d'ouvrir la porte au dialogue et à la communication, de marcher aux côtés** de personnes issues de groupes sociaux, de religions ou d'ethnies différentes, dans le but de travailler ensemble à partir de perspectives différentes pour résoudre des problèmes sociétaux tels que la discrimination fondée sur les castes (« *Que pouvons-nous faire ensemble ?* ») ;
- à la lumière des injustices historiques et actuelles, les tensions liées à **la nécessité de veiller à ce que le soutien apporté par les plus puissants ne fasse pas taire les voix de ceux qui subissent la discrimination et le désavantage.**



Un participant fait un exposé sur la solidarité dans le cadre du rôle des agents de santé communautaires.



PARTIE 2 : LA SOLIDARITÉ DANS LE DOMAINE DE LA SANTÉ MONDIALE

Les agents de santé communautaires et les enseignements tirés de la construction de communautés queer

La troisième session a abordé deux thèmes liés : les solidarités quotidiennes dans le rôle des agents de santé communautaires (ASC) et les défis associés, à savoir la charge excessive et l'exploitation ; ainsi que des aperçus sur le rôle des « infrastructures discrètes » tirés des expériences de construction de communautés queer. L'encadré 2 ci-dessous présente un résumé des présentations des participants, suivi d'un compte rendu des thèmes communs qui sont ressortis à la fois des présentations et des discussions de groupe.

Encadré 2 : Les agents de santé communautaires et les enseignements tirés de la construction de communautés queer

Exploitation et solidarité parmi les ACS

Les ASC, qui représentent environ la moitié du personnel de santé en Inde et dans la région au sens large, sont des agents de santé issus de la communauté qu'ils servent et y résident, avec des niveaux d'éducation et de formation formelles inférieurs à ceux des professionnels de santé tels que les infirmiers.

Ils jouent un rôle important dans l'éducation à la santé et dans la facilitation de l'accès aux services de santé publique essentiels, qui vont souvent au-delà des services de santé primaires limités disponibles au niveau local. À mesure que leur acceptation par la société s'accroît, ils ont été contraints d'assumer des tâches qui auraient autrement été confiées à un personnel plus qualifié (« partage des tâches » ou « transfert des tâches »), notamment dans la prestation de services de santé mentale auxquels 70 à 90 % de la population indienne n'a actuellement pas accès. L'organisation [Sangath](#) travaille avec les ASHAs (nom donné aux agentes de santé communautaires dans de nombreuses régions de l'Inde) afin de déterminer la meilleure façon de leur fournir une formation et un soutien pour étendre leur rôle (principalement auprès des femmes enceintes et allaitantes) au soutien en santé mentale.

Une préoccupation majeure est de savoir dans quelle mesure le transfert de tâches n'est qu'une forme de transfert de charge, sans reconnaissance correspondante en termes de formation, de rémunération ou d'évolution de carrière. Les ASHAs sont très mal rémunérées – souvent selon un système précaire basé sur des primes – et même celles qui travaillent dans des États dotés de systèmes de rémunération plus généreux gagnent moins que le salaire minimum des travailleurs agricoles qualifiés. Elles travaillent de longues heures, en fonction des besoins des femmes enceintes, par exemple, dans de mauvaises conditions de travail et avec peu de soutien ou de reconnaissance ; et combinent souvent leur rôle avec leurs devoirs de belle-fille. Si le travail des ASHA peut être considéré comme une expression de leur solidarité avec leur communauté, il relève également de l'exploitation : « *Nous sommes les ASHAs de tout le monde, mais qui est là pour nous ?* »





Une participante présente les expériences vécues par les sahiyas (ASHAs/agentes de santé communautaires)

Encadré 2 (suite)

Témoignages de sahiyas (agentes ASHA) issus des communautés tribales du Jharkhand

Le Jharkhand est un État riche en ressources minérales : riche également en pratiques culturelles parmi ses 32 tribus répertoriées, mais pauvre en matière de santé et d'accès aux soins et à l'éducation. La principale source d'emploi (l'exploitation minière) menace les droits fonciers des tribus et est à l'origine de l'érosion. Il existe une méfiance, fondée sur une longue expérience, envers le gouvernement et ses programmes, ce qui se traduit, par exemple, par un manque de confiance dans les vaccins. Les ASHAs ont contribué à surmonter ces obstacles et, ce faisant, à améliorer l'accès à l'offre limitée de services de santé que les gouvernements fournissent au niveau des soins primaires. Le concept culturel tribal de *sahiya judana* – être une amie pour la vie – sous-tend le sens du devoir des sahiyas au Jharkhand : « *Si je ne le fais pas, qui le fera ?* » ; « *Quand on est une sahiya, on doit voir tout le monde dans le village* ». Mais le rôle de sahiya peut aussi incarner la résistance : par exemple, en aidant une jeune fille enceinte de 15 ans et non mariée à accéder aux soins de santé, contre la volonté de son petit ami et de sa puissante famille – et en étant soutenue dans ses actions par d'autres femmes qui ont bénéficié de son aide (en tant que sahiya). Le flou des rôles crée un terrain propice aux tensions et à l'exploitation et peut nuire à l'authenticité et à la pérennité de l'action solidaire : par exemple lorsque les sahiyas sont censées assumer des rôles non liés à la santé pour le compte des autorités locales, comme la vérification des électeurs, ou lorsque les communautés locales attendent d'elles un soutien sanitaire qui dépasse leur rôle officiel (font-elles « partie du gouvernement » ou « partie de la communauté » ?). La confiance entre les sahiyas et leurs communautés est fragile et relationnelle : une sahiya peut être considérée comme « *une bénédiction* » ou rejetée comme « *une simple femme du village* » qui accomplit des tâches « *parce qu'elle est payée pour cela* ».





Un participant présente les différentes activités menées par la communauté queer.

Encadré 2 (suite)

Leçons tirées de la construction de la communauté queer

Les références à la « communauté » sous-entendent une solidarité – mais, dans de nombreux cas, plusieurs communautés sont regroupées de manière inappropriée, ce qui suggère une solidarité qui n'existe pas. Les hommes trans, par exemple, sont souvent invisibles, l'attention des médias se concentrant sur les femmes trans, tandis que les groupes de soutien aux hommes gays ne sont pas bien placés pour travailler avec les femmes lesbiennes ou bisexuelles. La stigmatisation et les préjugés peuvent isoler les enfants et les jeunes qui ne correspondent pas aux normes de genre, les obligeant à cacher leur identité à leur famille et à l'école pour éviter des représailles. Le soutien solidaire d'autres personnes qui « se mobilisent » pour être là pour vous – émotionnellement et financièrement – est crucial, soulignant le rôle clé de groupes de soutien émergents tels que [UMANG](#) (pour les personnes lesbiennes, bisexuelles et transmasculines) et [Yaariyan](#), une initiative bénévole de jeunes LGBTQ+. Mais les attentes standard des ONG bailleuses de fonds quant au fonctionnement des groupes de soutien ne conviennent pas à tout le monde : les réunions sont ennuyeuses ! Le passage à des activités telles que des matchs de cricket, des pique-niques et des flashmobs a transformé ces groupes, dont le nombre de membres est passé de dix personnes dans une salle à 10 000 en trois ans – mais ce modèle ne répond pas aux critères de financement public. Un autre défi de la « ONG-isation » de la société civile réside dans la fragmentation des priorités : chaque groupe est créé et financé avec un mandat très spécifique, ce qui sape les possibilités de solidarité et d'action intersectionnelles.



Parmi les thèmes approfondis lors de la discussion figuraient :

- la résonance de l'expérience des agents de santé communautaires en tant que question plus large de solidarité : sommes-nous censés être là pour tout le monde ? **Comment ceux qui font preuve de solidarité sont-ils soutenus à leur tour ?** Quel est le niveau d'attente, et à partir de quand cela cesse-t-il d'être juste ?
- l'intersection entre **l'autonomie et la vulnérabilité**, comme l'illustre l'expérience vécue par les sahiyas (par exemple dans les réactions négatives subies lorsqu'elles font preuve d'autonomie en protégeant des filles ou en cherchant à désamorcer un conflit), réaffirmant que des solidarités concurrentes peuvent être à la fois une source d'autonomisation et une menace.
- le rôle des **préjugés inconscients** dans la remise en cause de la possibilité d'une solidarité entre différents groupes en quête de justice : les gens ne pensent tout simplement pas à examiner et à décortiquer les identités spécifiques sur lesquelles repose l'appartenance à un groupe, et les différences de statut « au sein du groupe » peuvent compromettre la portée de l'action collective ou solidaire.
- **le rôle clé des réseaux, des structures et des systèmes** dans la promotion ou l'entrave de la solidarité, qu'il s'agisse des « infrastructures discrètes » et des réseaux communautaires qui en constituent le fondement, ou des lacunes et des dysfonctionnements dans le fonctionnement des institutions (comme le manque de soutien aux sahiyas) qui font obstacle à la solidarité. Cela met en évidence l'importance de renforcer ces systèmes plutôt que d'attendre des individus qu'ils se débrouillent seuls et s'en sortent par leurs propres moyens. (« *Il faut se concentrer sur les infrastructures pour permettre à la solidarité de s'épanouir.* »)
- la **tension entre le rôle de l'État** (et aussi d'autres acteurs de pouvoir tels que les organismes de financement ou les organisations philanthropiques) et **le rôle de la solidarité locale**. Lorsque la solidarité initiée par la communauté fournit un soutien et des services que le gouvernement ne parvient pas à fournir, les acteurs étatiques peuvent s'appuyer sur ces actions solidaires et les instrumentaliser pour échapper à la responsabilité de leurs propres échecs. À l'inverse, les gouvernements et autres bailleurs de fonds peuvent être le moyen par lequel les initiatives locales peuvent être développées et rendues durables. Beaucoup dépend de **l'endroit où les décisions sont prises** : qui décide qu'il s'agit d'une priorité et de ce qui doit être fait ?
- Le fait que **les États aient des obligations** envers leurs citoyens, tandis que la société civile s'organise autour d'un intérêt commun : les institutions peuvent naître de la solidarité, mais ne sont pas nécessairement solidaires en elles-mêmes. Lorsque cela se produit, **comment les institutions peuvent-elles conserver leur esprit solidaire d'origine ?**



Table ronde : Potentiel et défis de la mise en œuvre de la solidarité – expériences issues des politiques, de la pratique et de la recherche



Une table ronde sur le potentiel et les défis de la mise en œuvre de la solidarité.

Une table ronde très variée, incluant les questions du public, a examiné le rôle que la solidarité pourrait jouer spécifiquement dans le domaine de la santé mondiale, ainsi que ce que cela pourrait signifier pour ceux qui travaillent (en tant que chercheurs, bailleurs de fonds, militants) dans ce secteur. Parmi les questions soulevées figuraient :

- l'importance de considérer la santé et les soins de santé comme **des biens publics mondiaux**, et la nécessité de **contester les conceptions transactionnelles, marchandisées et axées sur le marché des soins de santé**. La santé n'est pas « produite » par le système de santé, mais au sein de la famille, à travers notre mode de vie – et notre relation avec les prestataires de soins (qui sont, au mieux, des « coproducteurs » de notre santé) devrait être une relation de partenariat et de solidarité, et non d'échange de marchandises.
- comment la solidarité peut se manifester dans le domaine de la santé mondiale sous la forme de **la création de coalitions, du rassemblement des personnes et de la suppression des barrières** : comme par exemple, lors de la pandémie de COVID-19, lorsque plusieurs ministères ont collaboré efficacement, aux côtés de la société civile, de donateurs individuels et de facilitateurs, pour garantir la fiabilité de l'approvisionnement en oxygène ; lorsque l'action efficace de la société civile a permis aux membres des communautés de se faire entendre dans les négociations sur la santé mondiale « aux côtés » des décideurs politiques ; ou lorsque les pays du Sud se sont unis pour lutter contre l'imposition de droits de propriété intellectuelle sur les vaccins contre la COVID, qui empêchaient de nombreuses personnes d'y avoir accès et de sauver ainsi des vies.



- la **tension entre le local et le mondial**, et ce qui peut se perdre lorsqu'on transpose au niveau mondial des savoirs et des systèmes locaux fondés sur les relations. Transformer le rôle des ASHA en un bras de l'État, par exemple, avec des systèmes d'enrôlement dictés par le marché et des primes incitatives, risquait de détruire le concept tout entier. Il n'a survécu que grâce à l'initiative des ASHAs elles-mêmes, qui ont donné à leur travail un sens plus profond que celui envisagé par le système – mais au prix d'être exploitées.
- la nécessité de reconnaître que **la solidarité en matière de santé mondiale ne peut se faire que de manière décentralisée** – en utilisant la science, par exemple, pour soutenir des pratiques locales efficaces (comme accoucher debout ou assise, plutôt qu'allongée), plutôt que d'importer automatiquement des pratiques provenant d'« experts » extérieurs. Cela exige de l'humilité de la part de ces experts (qui doivent venir avec une réelle volonté d'apprendre), et une reconnaissance de la banalité des hiérarchies standard du savoir. (*« Si vous n'êtes pas intersectionnel, vous faites mal votre science. »*)
- le rôle difficile de ceux qui travaillent au sein de l'architecture actuelle des systèmes de santé mondiaux, qui n'est pas conçue pour favoriser la solidarité. D'une part, **ceux qui détiennent le pouvoir et les privilèges doivent « s'effacer »** pour permettre à ceux qui possèdent les connaissances pertinentes de se faire entendre. D'autre part, ceux qui sont au sein du système doivent **contribuer à remettre en cause les injustices ancrées dans les pratiques courantes** – que ce soit en dénonçant directement les pratiques qui sapent la solidarité, telles que les clauses contractuelles standard qui attribuent tous les droits de propriété intellectuelle issus de projets collaboratifs à des partenaires de pays à revenu élevé, ou en faisant preuve de créativité pour contourner les règles existantes afin de garantir que le plus de fonds possible aille aux bénéficiaires locaux qui peuvent les utiliser au mieux pour le bien de la communauté locale. *« Même dans les espaces les plus restrictifs, il existe des moyens d'exprimer sa solidarité. »*
- comment la solidarité, tant au niveau individuel qu'à l'échelle mondiale, peut contribuer à **surmonter la peur** : de l'exemple de Bhanwari Devi, cette fonctionnaire violée pour avoir dénoncé le mariage d'enfants au sein d'une famille de caste supérieure (et dont la courageuse campagne en faveur de la justice qui a suivi a permis d'obtenir des protections sur le lieu de travail pour de nombreuses autres femmes), à la volonté des organisations de la société civile, aux niveaux national et mondial, de dénoncer les injustices actuelles et d'œuvrer à leur correction.
- comment la solidarité **nous donne une direction vers laquelle nous voulons aller**, même si cela n'est pas forcément compatible avec le fonctionnement des systèmes actuels. C'est une aspiration, mais ce n'est pas irréaliste. La Déclaration d'Alma-Ata a marqué un tournant : bien qu'elle ait depuis été remise en cause, la lutte n'est pas perdue.
- la reconnaissance du fait que, dans notre système actuel de gouvernance mondiale de la santé, **l'entité au niveau de laquelle la solidarité peut s'exercer est celle des États membres**, qui acceptent des responsabilités particulières lorsqu'ils signent des traités internationaux comportant des éléments de solidarité (par exemple, dans l'accord de dérogation aux ADPIC concernant les brevets sur les vaccins contre la COVID-19, mené par l'Inde et l'Afrique du Sud).

La table ronde s'est conclue sur un large consensus quant à l'intérêt de s'unir pour contester les systèmes injustes et le pouvoir des entreprises :

« On ne se rend pas compte de la valeur de la collectivité dans ça – les personnes qui se mobilisent et construisent ensemble font pression sur le système pour qu'il évolue... Si les communautés peuvent s'unir, il est impossible de les réprimer. »



Partenariats en matière de santé mondiale



Un participant partage son expérience et son point de vue sur le rôle des partenariats en matière de santé dans le cadre de la solidarité.

La cinquième et dernière session de l'atelier a exploré le rôle des partenariats mondiaux en matière de santé dans la solidarité, avec des réflexions issues d'expériences personnelles de tels partenariats au Népal, ainsi que la présentation d'une étude de cas portant sur une organisation philanthropique du Sud (encadré 3). Les questions clés à aborder pour que la solidarité dans les partenariats mondiaux en matière de santé soit significative ont été identifiées comme suit :

- La nécessité **d'identifier qui sont les « partenaires » dans tout partenariat** – qui sont les parties prenantes de la solidarité ? S'agit-il d'agences multilatérales telles que l'OMS, d'agences bilatérales, de philanthropes, de la société civile, d'universitaires, de bénéficiaires, de toutes les parties prenantes ?
- En particulier, la nécessité de clarifier **qui sont les bénéficiaires** – et comment eux (et les autres parties prenantes) perçoivent leur rôle.
- **Les rapports de force** entre partenaires/parties prenantes – les donateurs se considèrent-ils réellement comme des « partenaires », et les relations entre donateurs et bénéficiaires s'inscrivent-elles dans une logique hiérarchique ou d'équité ?
- L'importance du **but et de l'objectif de toute action solidaire** – va-t-elle au-delà du soulagement de la souffrance pour s'attaquer aux causes profondes, et **qui participe à l'identification de la nature de ces causes profondes** ?
- La nécessité permanente de rester vigilant face au « fossé 10/90 » dans la recherche en santé, qui voit 90 % des ressources mondiales consacrées aux besoins de 10 % de la population mondiale – et la manière dont ce fossé persiste, bien qu'il ne fasse plus l'objet d'une attention particulière.
- La nécessité d'**une compréhension conceptuelle commune** tant de ce que recouvre la « santé mondiale » que de ce qu'implique la solidarité – sinon, comment pourrait-on progresser ?



Encadré 3 : *Blockchain for Impact : une approche de financement*

Blockchain for Impact est apparu comme un nouveau bailleur de fonds dans le domaine de la santé en réponse aux besoins non satisfaits pendant la pandémie de COVID-19 en Inde, levant 400 millions de dollars en deux semaines à la suite d'un appel lancé aux ingénieurs et autres membres de la communauté blockchain. Tout en collaborant avec des partenaires établis tels que l'UNICEF pour répondre aux besoins immédiats (accès à la distribution de vaccins, fourniture d'oxygène et capacités de séquençage), l'organisation a cherché à utiliser ses fonds pour aider à mettre en place des systèmes et des processus durables en Inde, notamment en réduisant la dépendance vis-à-vis des technologies extérieures et en promouvant une approche « ascendante » de la mise en place des systèmes. L'approche de financement repose sur trois valeurs fondamentales : la confiance (en évitant les restrictions de financement afin que les connaissances locales déterminent les priorités) ; l'approche centrée sur les problèmes (en évitant les solutions toutes faites) ; et le changement systémique (en évitant les projets ponctuels). Elle vise à :

- passer d'une charité paternaliste à un partenariat fondé sur des objectifs communs et le respect mutuel ;
- écouter, concevoir conjointement et mettre en place des solutions pour les systèmes de santé avec les communautés – en commençant par une analyse commune des problèmes et en reconnaissant la nécessité d'impliquer de larges segments de la population dans cette analyse ;
- se concentrer sur la mise en place de systèmes plutôt que sur l'aide d'urgence – en supprimant les cloisonnements et en réunissant les multiples parties prenantes au niveau des districts pour y parvenir ;
- penser à long terme – consacrer plus de temps aux problèmes, en s'appuyant sur des « bourses » d'une durée de trois ans pour coordonner l'action locale ;
- incarner la transparence et la responsabilité ;
- repenser l'impact, en se demandant quelles données sur les résultats sont réellement significatives ;
- promouvoir l'apprentissage et accepter l'échec – en soulignant l'importance de signaler les échecs pour éviter le gaspillage des efforts de recherche ; et
- respecter la dignité et l'autonomie de toutes les parties prenantes concernées.





L'atelier s'est conclu par un retour d'expérience issu de discussions en petits groupes, s'appuyant à la fois sur ces présentations finales et sur quatre questions de réflexion :

? 1. Quelle est la relation entre l'équité et la solidarité ?

- Elles sont **interdépendantes**.
 - L'équité en matière de santé passe par l'éradication de l'exclusion et de la déshumanisation.
 - La solidarité implique une lutte contre les abus de pouvoir, dans un contexte de reconnaissance commune de l'injustice – et l'équité est un tremplin vers la justice.
 - L'équité représente l'objectif vers lequel tend le travail de solidarité.
- L'équité peut parfois être transactionnelle (par exemple, en se concentrant sur la réalisation d'objectifs en matière de genre), plutôt que transformatrice.

? 2. Comment intégrer la solidarité dans les architectures institutionnelles, les mécanismes de financement et les structures de gouvernance, plutôt que de la laisser dépendre de la bonne volonté individuelle ?

- Veiller à ce que **les communautés soient impliquées** dès le début, afin que leurs points de vue soient intégrés dans les structures et les mécanismes (tout en reconnaissant les risques liés à l'hypothèse selon laquelle un individu peut « représenter » l'ensemble d'une communauté). Cela s'applique aussi bien à la pratique qu'à la recherche – par exemple, en veillant à ce que les professionnels de santé aient leur mot à dire dans la définition des priorités de leur travail et dans la manière dont les résultats seront mesurés.
- Promouvoir l'**égalité de respect** entre l'expérience vécue et les connaissances scientifiques.
- Remettre en question et repenser le **cadre des systèmes de financement** – les hypothèses inhérentes aux systèmes de financement actuels excluent automatiquement de nombreux candidats ou les obligent à utiliser un langage différent (tant sur le plan conceptuel que linguistique).
- Conserver une vision de **la santé en tant que question politique**, et non pas simplement comme une question de mise en œuvre technique (ne pas laisser la « logique technique » se substituer à la « logique morale »).



- Veiller à ce que **des mesures de protection soient mises en place** pour les personnes victimes de discrimination ou exposées à des risques de violence.
- Éviter les **systèmes d'incitation** strictement « axés sur la performance ».
- Examiner comment **les systèmes éducatifs** peuvent non seulement mieux soutenir les matières STEM, mais aussi promouvoir la connaissance et le débat sur la politique, l'histoire et les droits de l'homme.

?

3. Si nous prenions au sérieux la solidarité en tant que principe de conception, quelle serait la première chose que nous devrions faire différemment dans la recherche, les politiques ou le financement, dès demain ?

- Impliquer dès le début des personnes issues des communautés concernées dans les équipes de planification et de financement, afin que le « **point de vue des acteurs de terrain** » soit intégré et source de changement.
- Proposer une « **formation à la gouvernance** » pour permettre aux personnes directement concernées par la politique ou la recherche envisagée d'acquérir les compétences et les connaissances nécessaires pour devenir des partenaires actifs et égaux.
- **Prévoir une certaine flexibilité** dans les systèmes – en reconnaissant que les objectifs ne peuvent pas toujours être déterminés avec précision à l'avance, et que le contexte local jouera toujours un rôle important dans la manière dont les objectifs sont atteints.
- Promouvoir le **rôle des petits pays à faible revenu** au sein des instances régionales.

?

4. Dans le contexte géopolitique actuel marqué par le nationalisme et la concurrence, quelles sont les stratégies prometteuses pour préserver les solidarités mondiales ?

- Construire des mouvements : **mobiliser** et promouvoir **les échanges d'apprentissage**.
- Créer des espaces propices à **des interactions plus réfléchies**.
- **S'engager activement avec des points de vue différents et contradictoires** – en reconnaissant que les perspectives opposées ne peuvent pas être simplement ignorées (tout en reconnaissant également que les systèmes politiques actuels ont tendance à favoriser ceux qui encouragent la division plutôt que l'inclusivité).
« *Pour que la solidarité se manifeste concrètement, il faut un partenariat et donc un engagement.* »
- Compte tenu du pouvoir de la désinformation et de la déformation des faits, **il faut veiller à ce que des structures soient en place avant que des points de tension avec des acteurs puissants n'apparaissent**, afin que les gens sachent où obtenir des informations fiables.
- **En s'inspirant des puissants mouvements de solidarité** observés ces dernières années, cela est possible.

Dans son discours de clôture, le chef de projet, Caesar Atuire, a remercié tous les participants pour les riches discussions qui ont permis de mieux comprendre à la fois comment la solidarité s'exprime au sein des communautés de la région et comment ces enseignements pourraient être mis en pratique dans le domaine de la santé mondiale. Ces discussions alimenteront directement l'élaboration, par le projet, d'« objectifs de solidarité » pour la santé mondiale, ainsi que la création ultérieure d'outils destinés à aider les organisations de santé mondiale à atteindre ces objectifs.



ANNEXE 1 : PARTICIPANTS À L'ATELIER



Prachee Agrawal, *George Institute*, Delhi, Inde

Agathine Asamoaning, *Global Health Solidarity Project*, Ghana

Caesar Atuire, *Université d'Oxford, Royaume-Uni, et Université du Ghana*, Ghana

Ramnath Ballala, *Blockchain for Impact*, Inde **Anant Bhan**, *Sangath*, Bhopal, Inde

Deepshika Bhateja, *Indian School of Business*, Hyderabad, Inde

Neymat Chadha, *George Institute*, Delhi, Inde

Kavita Chauhan, *Oxford Policy Management*, Delhi, Inde

Sonal Giani, *Quirk Story*, Bangalore, Inde **Ashish Giri**, *Université d'Oxford*, Royaume-Uni et Inde

Sonali Gupta Agarwal, *Institut himalayen d'études culturelles et patrimoniales*, Himachal Pradesh, Inde

Anuradha Jain, *École indienne de politique publique*, Delhi, Inde

Arenzungla Jamir, *Sisterhood Network*, Nagaland, Inde

Unni Karunakara, *Université de Yale*, États-Unis

Arpana Kullu, *Institut Tata des sciences sociales*, Mumbai, Inde

Vimal Kumar, *Mouvement pour la communauté des éboueurs (MSC)*, Assam, Inde

Dennis Lallienzuol, *Youth Leader Fund for World without Nuclear Weapons*, Mizoram, Inde

Tashi Lhazom, *Mountain Youth Hub*, Népal

Gunjal Munda, *Piramal Swasthya*, Hyderabad, Inde

Devaki Nambiar, *George Institute*, Delhi, Inde ; **Julian Natukunda**, *Université d'Oxford*, Royaume-Uni

Golan Naulak, *India Mountain Agenda*, Manipur, Inde

Pema Norbu, *Fondation Adhyayan pour une éducation de qualité*, Arunachal Pradesh, Inde

Elysée Nouvet, *Université Western*, Canada

Sharad Onta, *People's Health Movement*, Népal

Adithyan Suresh, *Banque mondiale*, Chennai, Inde

Sundaraman Thiagarajan, *People's Health Movement*, Inde

Jantina de Vries, *Université du Cap*, Afrique du Sud

Katharine Wright, *Global Health Solidarity Project*, Royaume-Uni (rapporteuse)



ANNEXE 2 : PROGRAMME

PREMIER JOUR			
N°	Activité	Responsable/Intervenant	Heure
1	Mot de bienvenue et présentation du projet	Prof. Caesar Atuire et Ashish	9 h 30 – 9 h 45
2	Approche par projet – <i>Pluriversalité et écoute</i>	Prof. Élysée Nouvet	9 h 45 - 10 h
3	Rencontres et expériences de solidarité	Animé par la professeure Jantina de Vries	10 h 00 – 11 h 30
PAUSE - CAFÉ			11 h 30 – 11 h 50
4	Poursuite des rencontres et des expériences de solidarité	Animé par le Dr Unni Karunakara	11 h 50 – 12 h 30
PAUSE DÉJEUNER			12 h 30 – 13 h 30
5	Pratiques solidaires communautaires dans la vie quotidienne	M. Golan Naulak – Tlawmngaihna de la société Zo : <i>La solidarité en action – expériences tirées de périodes d'incertitude</i>	13 h 30 – 13 h 45
		M. Pema Nurbu – <i>La solidarité en temps de besoin – Arunachal</i>	13 h 45 – 14 h
		Mme Tashi Lhazom – <i>La solidarité en temps de crise – Népal</i>	14 h 00 – 14 h 15
		Dr Sonali Gupta – <i>Souffrance partagée, soutien sacré : surmonter les inégalités grâce aux traditions religieuses de l'Himachal</i>	14 h 15 – 14 h 30
6	Séance plénière – Questions au panel		14 h 30 – 14 h 45
PAUSE - CAFÉ			14 h 45 – 15 h 05
		M. Gunjal Munda – <i>Préservation de la culture et de la langue</i>	15 h 05 – 15 h 20
		Dr Vimal Kumar – <i>Le pouvoir de l'union : agir solidairement pour mettre fin au ramassage manuel des déchets</i>	15 h 20 – 15 h 35
8	Discussions en petits groupes et compte rendu		15 h 35 – 16 h



DEUXIÈME JOUR			
N°	Activité	Responsable/Intervenant	Heure
9	<i>Expériences de solidarité parmi les agents de santé communautaires – Exploitation et solidarité</i>	Dr Anant Bhan	9 h 30 – 9 h 45
	<i>La solidarité au quotidien : le témoignage des Sahiyas (agentes ASHA) des communautés tribales du Jharkhand</i>	Dr Arpana Kullu	9 h 45 - 10 h
10	<i>Infrastructures discrètes de solidarité : leçons tirées de la construction de communautés queer</i>	Mme Sonal Giani	10 h 00 – 10 h 45
	Questions-réponses avec les intervenants		10 h 45 – 11 h 15
PAUSE - CAFÉ			11 h 15 – 11 h 35
	Photo de famille	Mme Agathine Asamoaning	11 h 35 – 11 h 55
11	<i>Potentiel et défis de la mise en œuvre de la solidarité – Expériences issues des politiques, de la pratique et de la recherche</i>	Table ronde – Dr T. Sundararaman, Dr Anuradha Jain et Dr Devaki Nambiar	11 h 50 – 12 h 30
12	Questions au panel	Prof. Elysee Nouvet	12 h 40 – 13 h 10
PAUSE DÉJEUNER			13 h 10 – 14 h 10
13	<i>Solidarité dans les partenariats mondiaux en matière de santé : expériences au Népal</i>	Dr Sharad Onta	14 h 10 – 14 h 25
14	<i>Nécessité de changements dans le financement et les partenariats – Points de vue d'un philanthrope du Sud</i>	Dr Ramnath Ballala	14 h 25 – 14 h 40
15	Discussions en petits groupes et compte rendu	Dr Julian Natukunda	14 h 40 – 15 h 30
16	Remerciements – Invitation à poursuivre le dialogue	Prof. Caesar Atuire	15 h 30 – 15 h 45





Moving Beyond
Solidarity Rhetoric
in Global Health

Copyright ©2026 Université
du Ghana

Photographie : William Chang
Rapporteure : Katharine Wright