

# Les SOINS de SANTÉ PRIMAIRES

**Critiques d'une orthodoxie** 

Roberson ÉDOUARD Michèle CLÉMENT



Presses

de l'Université

du Québec



 $\begin{tabular}{ll} Fatima Binet Ouakka \\ \textit{Un jour d'anniversaire}, abstrait expressionniste, \\ technique mixte, $4\,m\times2.5\,m$ \\ \end{tabular}$ 

# Les SOINS de Santé primaires

#### PRESSES DE L'UNIVERSITÉ DU QUÉBEC

Le Delta I, 2875, boulevard Laurier, bureau 450

Québec (Québec) G1V 2M2

Téléphone: 418-657-4399 • Télécopieur: 418-657-2096

Courriel: puq@puq.ca • Internet: www.puq.ca

#### Diffusion/Distribution:

#### **CANADA** et autres pays

Prologue Inc. 1650, boulevard Lionel-Bertrand Boisbriand (Québec) J7H 1N7

Téléphone: 450-434-0306 / 1 800 363-2864

#### FRANCE

AFPU-DIFFUSION SODIS

#### **BELGIQUE**

PATRIMOINE SPRL 168, rue du Noyer 1030 Bruxelles Belgique

#### SUISSE

SERVIDIS SA Chemin des Chalets 1279 Chavannes-de-Bogis Suisse



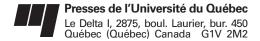
La *Loi sur le droit d'auteur* interdit la reproduction des œuvres sans autorisation des titulaires de droits. Or, la photocopie non autorisée – le « photocopillage » – s'est généralisée, provoquant une baisse des ventes de livres et compromettant la rédaction et la production de nouveaux ouvrages par des professionnels. L'objet du logo apparaissant ci-contre est d'alerter le lecteur sur la menace que représente pour l'avenir de l'écrit le développement massif du « photocopillage ».

# Les SOINS de SANTÉ PRIMAIRES

**Critiques d'une orthodoxie** 

Roberson ÉDOUARD Michèle CLÉMENT

#### 2010



Catalogage avant publication de Bibliothèque et Archives nationales du Québec et Bibliothèque et Archives Canada

Édouard, Roberson, 1977-

Les soins de santé primaires: critiques d'une orthodoxie

(Collection Santé et société)

Comprend des réf. bibliogr. et un index.

ISBN 978-2-7605-2474-3

- 1. Soins de santé primaires. 2. Organisation mondiale de la santé. 3. Exclusion sociale.
- 4. Politique sanitaire. 5. Justice sociale. 6. Santé, Services de Accessibilité. I. Clément, Michèle. 1958- . II. Titre. III. Collection : Collection Santé et société.

RA427.9.E36 2009 362.1 C2009-941891-6

Nous reconnaissons l'aide financière du gouvernement du Canada par l'entremise du Programme d'aide au développement de l'industrie de l'édition (PADIE) pour nos activités d'édition.

La publication de cet ouvrage a été rendue possible grâce à l'aide financière de la Société de développement des entreprises culturelles (SODEC).

#### Intérieur

Mise en pages: Infoscan Collette-Québec

#### Couverture

Conception: RICHARD HODGSON
Illustration: FATIMA BINET OUAKKA

Un jour d'anniversaire, abstrait expressionniste,

technique mixte, 4 m × 2,5 m

#### 123456789 PUQ 2010 987654321

Tous droits de reproduction, de traduction et d'adaptation réservés © 2010 Presses de l'Université du Ouébec

Dépôt légal – 1<sup>er</sup> trimestre 2010 Bibliothèque et Archives nationales du Québec / Bibliothèque et Archives Canada Imprimé au Canada

### Remerciements

Au terme de ce processus d'écriture, nous avons une dette considérable à l'égard de tous les chercheurs qui ont collaboré d'une manière ou d'une autre au projet de recherche intitulé *Populations, politiques et services de santé: l'examen des théories portant sur l'exclusion.* En effet, l'idée de ce livre a germé lors des discussions nourries que nous avons eues en équipe sur la manière de traiter de l'exclusion sociale en matière de santé internationale. Nous tenons à remercier plus particulièrement Éric Gagnon, Yolande Pelchat et Francine Saillant de leur soutien continu et surtout de leurs judicieux commentaires, à différents moments, au sujet de plusieurs chapitres de ce livre. Nous sommes aussi redevables à notre évaluatrice choisie par les Presses de l'Université du Québec, dont les suggestions ont certainement contribué à améliorer la qualité du manuscrit.

Qu'on nous permette de remercier les instituts de recherche en santé du Canada, qui ont subventionné le projet de recherche dans le cadre duquel l'idée de ce livre a pu éclore. Qu'on nous permette également d'exprimer toute notre gratitude au Centre de santé et de services sociaux de la Vieille-Capitale qui a financé à la fois le développement de ce projet d'écriture et l'aide à l'édition. Un grand merci aussi à l'Université Laval qui a fourni la logistique et les infrastructures techniques nécessaires à la réalisation de cet ouvrage.

## **Préambule**

Ce livre est un produit dérivé du projet de recherche intitulé Populations, politiques et services de santé: l'examen des théories portant sur l'exclusion dirigé par Éric Gagnon et auquel ont collaboré, outre les auteurs du présent essai, les chercheurs suivants: Monique Carrière, Maurice Lévesque, Michael McCubbin, Yolande Pelchat et Francine Saillant. Ce projet a donné naissance à deux ouvrages collectifs:

- GAGNON, Éric, Yolande PELCHAT et Roberson ÉDOUARD (dir.) (2008). *Politiques d'intégration, rapports d'exclusion. Action publique et justice sociale*, Québec, Les Presses de l'Université Laval, coll. «Société, culture et santé».
- GAGNON, Éric, Yolande PELCHAT, Michèle CLÉMENT et Francine SAILLANT (dir.) (sous presse). Exclusions et inégalités sociales: enjeux et défis d'intervention publique, Québec, Les Presses de l'Université Laval, coll. «Société, culture et santé».

À l'origine de la réflexion présentée ici, nous nous proposions d'investiguer, à l'échelle internationale, sur la pertinence des usages internationaux (académiques et politiques) de la notion d'exclusion sociale dans le champ de la santé. Plus spécifiquement, nous voulions examiner les manières dont cette problématique était posée ainsi que les politiques, programmes et interventions qui s'y rapportaient. Pour

ce faire, nous avons interrogé le rôle, les principes directeurs, les politiques et les interventions des grands organismes internationaux susceptibles de problématiser la question de l'exclusion sociale, sachant que leur légitimité repose en partie sur l'aplanissement des écarts entre et à l'intérieur des pays.

Une première exploration de quelques grands sites (ONU, Banque mondiale, OCDE...) nous a fait rapidement comprendre qu'il était impossible d'analyser en profondeur chacun d'eux à cause de leur complexité respective, mais aussi pour des raisons pratiques (le temps et les ressources impartis pour le faire). Aussi, très tôt dans la démarche, avons-nous convenu, raisons pratiques, méthodologiques et faisabilité obligent, de nous limiter au cas de l'Organisation mondiale de la santé (OMS). Cette option se légitime par le fait que, en tant qu'organe spécialisé des Nations unies, l'OMS reflète les grandes orientations générales de cette dernière et contribue aux objectifs centraux promus par les autres organismes internationaux hormis ceux, bien entendu, qui n'en sont pas des membres attitrés.

Le choix de nous concentrer uniquement sur l'OMS se justifiait aussi par le fait qu'elle se veut être le premier répondant transnational de l'état de santé dans le monde, ce qui nous situait d'emblée au cœur des préoccupations soulevées par notre protocole de recherche. Finalement, ce choix nous permettait aussi de donner une plus grande cohérence à notre méthodologie d'investigation en nous ramenant vers un corpus cohérent, homogène et facilement accessible.

Le projet de ce livre modifie quelque peu cette posture de départ. Certaines observations sur deux des principaux partenaires internationaux de l'OMS, en l'occurrence la Banque mondiale et l'UNICEF, ont été précieuses pour l'explication des choix, des politiques, des stratégies et des programmes de santé internationale qu'elle a ou non mis en œuvre. Cela étant dit, cet ouvrage porte principalement sur l'Organisation mondiale de la santé.

Le défi de cet exercice était de rester au plus près du discours de l'OMS en reprenant régulièrement des citations à l'appui de nos propos. Le corpus étudié est constitué principalement de ce qu'il est Préambule XI

convenu d'appeler les documents officiels de l'OMS, à savoir les textes fondateurs (Constitution, les projets de budget et programmes), la Déclaration d'Alma-Ata, les Rapports du Secrétariat exécutif, les Rapports de l'Assemblée mondiale, quelques rapports techniques (Appui des systèmes de santé aux soins de santé primaires, Stratégie mondiale de la santé pour tous d'ici l'an 2000, Plan d'action pour la mise en œuvre de la stratégie mondiale de la santé pour tous, Séries santé pour tous), les bilans (Consultations sur le thème Macro-économie et santé, Rapports sur la santé dans le monde [1995-2006])... À cela s'ajoute aussi une vaste littérature scientifique.

Cette démarche repose sur un processus minutieux de recherche électronique d'une cinquantaine de documents officiels numériques de l'OMS, recensés et examinés soigneusement, et choisis selon leur degré de pertinence pour la thématique de l'exclusion sociale et des politiques de santé publique internationale. Six mots clés ont permis ce repérage: inégalités, pauvreté, disparité, justice sociale, équité et exclusion. Nous les avons dépouillés en utilisant la grille de lecture reproduite en annexe. Celle-ci est organisée selon deux axes: les composantes d'une politique et les catégories d'exclusion sociale. Le premier axe nous a permis de reconstituer les politiques de lutte contre l'exclusion sociale de l'OMS. Le second nous a permis de recenser et de relever les indicateurs de l'exclusion sociale, ceux de sa structuration, et ceux des politiques et des interventions contre l'exclusion sociale.

Au début de l'aventure, nous avons convenu d'orienter notre démarche vers la structure de l'OMS, son organigramme, les aires de la structure où l'on traite explicitement d'exclusion sociale. Nous voulions ainsi analyser les lieux où l'on parle ou l'on omet de parler d'exclusion sociale; et lorsqu'on en parle, d'examiner en référence à quoi on le fait, pour couvrir quelle réalité, à partir de quels *a priori*. Pour ainsi dire, à cette étape, l'objectif du travail était de répondre à la question: que raconte-t-on, selon les aires géographiques, lorsqu'on parle d'exclusion sociale? Ce n'est que bien plus tard que les soins de santé primaires sont devenus un sujet central pour notre projet. Évidemment, c'est la manière qu'a l'OMS de formuler la question de l'exclusion sanitaire qui nous a

conduits à la thématique de la justice sociale. Puis, de fil en aiguille, un schéma conceptuel triangulaire a pris forme : l'exclusion comme problème, la justice sociale comme solution et les soins de santé primaires comme moyens.

Ce livre reprend les arguments de deux chapitres publiés dans les deux ouvrages cités plus haut, en l'occurrence:

- CLÉMENT, Michèle et Roberson ÉDOUARD (2008). «Justice sociale et santé. Les promesses et les limites des soins de santé primaires: le cas de l'Organisation mondiale de la santé», dans É. Gagnon, Y. Pelchat et R. Édouard, *Politiques d'intégration, rapports d'exclusion. Action publique et justice sociale*, Québec, Les Presses de l'Université Laval, coll. «Société, culture et santé», p. 151-167.
- CLÉMENT, Michèle et Roberson ÉDOUARD. «La justice sociale et ses exclusions: le cas de l'Organisation mondiale de la santé (1948-1998)», dans É. Gagnon, Y. Pelchat, M. Clément et F. Saillant (dir.) (sous presse). Exclusions et inégalités sociales: enjeux et défis d'intervention publique, Québec, Les Presses de l'Université Laval, coll. «Société, culture et santé».

La thèse que nous développons ici, à savoir l'existence d'une orthodoxie des soins de santé primaires, est étrangère à ces deux publications. Nous nous inspirons toutefois de ces dernières pour appuyer notre argumentaire. Puisse ce livre susciter le débat sans tabous que nous souhaitons sur les soins de santé primaires!

# Table des matières

REM	ERCIEMENTS	VII
Pré	AMBULE	IX
Intr	RODUCTION	1
LA N D'UI	RTIE 1 MISE EN PLACE NE NOUVELLE ORTHODOXIE	11
	NOUVELLE ORTHODOXIE	
	soins de santé primaires (SSP)	13
	La naissance d'une orthodoxie	
1.2.	Les soins de santé primaires avant leur orthodoxie	15
1.3.	Les soins de santé primaires selon leur orthodoxie	18
	de santé primaires	19
	132 Les principes des soins de santé primaires	

	RTIE 2		
CON	NTEXT	E, ACTEURS, ACTIONS ET BILAN	27
Сна	PITRE 2	2	
LA M	ISE EN O	EUVRE DE L'ORTHODOXIE	
Les c	acteurs,	leurs actions, leur bilan	29
2.1.	Les ac	teurs de cette nouvelle orthodoxie	29
2.2.	La Banque mondiale		
	2.2.1.	La composition, les objectifs et le financement	32
	2.2.2.	La Banque mondiale (BM) et la santé	37
	2.2.3.	Bilan	41
2.3.	L'UNI	CEF	43
	2.3.1.	Le financement	44
	2.3.2.	L'UNICEF et la santé	44
	2.3.3.	Bilan	48
2.4.	L'Orga	anisation mondiale de la santé (OMS)	50
	2.4.1.	Le but et l'organisation	50
	2.4.2.	Le financement	52
		Le mandat et son évolution	54
		La mise en place de la réforme (1998)	59
		Le nouveau mandat de l'OMS	67
	2.4.6.	Rupture ou continuité?	71
DA I	RTIE 3		
		MME CHEF D'ORCHESTRE	77
	PITRE 3		
_	_		
		ALE ET ÉQUITÉ	70
_		es de l'orthodoxie des soins de santé primaires	79
3.1.		anté pour tous » comme incarnation	
		déal de «justice sociale»	83
3.2.		spective de justice sociale de l'OMS	86
		La priorité aux plus malades	95
	322	La priorité aux plus pauvres	QC

Table des matières XV

Снав	PITRE 4	
BILAN	N MITIGÉ DE LA MISE EN ŒUVRE DE L'ORTHODOXIE	
DES S	OINS DE SANTÉ PRIMAIRES PAR L'OMS	103
4.1.	Le bilan des politiques de l'OMS: des résultats mitigés	103
4.2.	Les réflexions de l'OMS sur les limites de la mise en œuvre des politiques de <i>Santé pour tous</i>	111
Снав	PITRE 5	
CRITIC	QUE DES ÉLÉMENTS CENTRAUX DE L'ORTHODOXIE	
Les se	oins de santé primaires et la « santé pour tous »	117
5.1.	Les lacunes des soins de santé primaires	118
5.2.	Les lacunes des politiques de Santé pour tous	123
Снав	PITRE 6	
CRITIC	QUE DE LA FINALITÉ DE L'ORTHODOXIE	
DES S	OINS DE SANTÉ PRIMAIRES	131
6.1.	La justice sociale: dérives et effets pervers	131
6.2.	La justice sociale: difficultés d'opérationnalisation	137
Conc	CLUSION	141
L'ORT	HODOXIE DES SOINS DE SANTÉ PRIMAIRES:	
UN M	AILLON FORT DU NOUVEL ORDRE MONDIAL	142
PISTE	S DE RÉFLEXION OU PROPOSITIONS D'ACTIONS ?	147
Anne	EXE	
LA NO	OTION D'EXCLUSION	
Grille	e de lecture	151
BIBL	IOGRAPHIE	153

## Introduction

Cet ouvrage porte sur l'orthodoxie des soins de santé primaires (SSP), c'est-à-dire sur leur généralisation et leur imposition partout dans le monde autant par les réformes nationales des systèmes de santé que par les modèles prescrits de développement des pays du tiers-monde. Plus d'un trouvera exagérée l'épithète d'orthodoxie que nous imputons aux soins de santé primaires. C'est là, cependant, mal connaître le courant de pensée dominant qui valorise leur développement. Car il ne s'agit pas d'une simple invitation des organismes transnationaux de pouvoir (ONU, FMI, Banque mondiale, UNICEF, OMS) aux pays pauvres. S'il faut croire Bernard Hours (1989), les soins de santé primaires évoquent un certain millénarisme, telle une religion nouvelle et salvatrice.

Valorisés en dépit d'un contexte souvent hostile<sup>1</sup> à leur développement, les soins de santé primaires ont si bien poursuivi leur chemin qu'ils en sont venus à pénétrer l'opinion publique locale

<sup>1.</sup> Les références aux soins de santé primaires ont soulevé quelques réserves sur la vision trop exclusivement médicale et l'hospitalocentrisme légués notamment par la médecine coloniale. Au tournant des années 1980, l'approche des soins de santé primaires fut un crime de lèse-majesté à l'encontre du corps médical, seul dépositaire agréé des connaissances avérées sur le corps humain, et des compétences indispensables à la responsabilité des systèmes de santé (Hours, 1989).

et internationale jusqu'à transformer significativement le langage de la santé publique et des politiques de santé. La réussite idéologique de ce concept est consacrée par l'abondance des discours (médiatique, scientifique, politique) qui y recourent, ainsi que par leur imposition de droit (sous forme de directives assorties de conditions) par leurs appareils idéologiques transnationaux (ONU, FMI, Banque mondiale, OMS...)<sup>2</sup>. Or, en moins de dix ans (1978-1988), le bilan de l'application des SSP apparaît plus riche en évolution idéologique qu'en résultats sur le terrain. Aujourd'hui, plus que jamais, l'adversité se situe du côté de ceux qui osent remettre en question leur légitimité ou tout simplement leur faisabilité. Pourquoi est-ce devenu quasiment un problème moral de questionner l'utilité des SSP? Que recèlent ou cachent les tabous qui entourent cette orthodoxie?

L'objectif principal de ce livre est de ramener dans le cercle des débats l'orthodoxie des SSP afin d'en questionner les résultats, la pertinence et les finalités latentes. Pour bien prendre toute la mesure de la réussite idéologique de l'orthodoxie des SSP, malgré un bilan plutôt pauvre, il est utile de rappeler le contexte historique dans lequel ils se sont peu à peu imposés comme une nécessité.

L'histoire des soins de santé primaires, tels que nous les entendons aujourd'hui, remonte à la conférence internationale tenue en septembre 1978 à Almaty au Kazakhstan (qui était alors Alma-Ata en URSS), dans le but exprès d'améliorer la situation sanitaire mondiale. Cette conférence, organisée et patronnée de concert par l'OMS et l'UNICEF, marque un tournant dans la volonté des représentants de plus de 134 gouvernements et de 67 organisations des Nations unies, institutions spécialisées et organisations non gouvernementales, de diffuser à travers le monde un *modèle* de développement sanitaire issu de l'expérience positive d'un certain nombre de pays (OMS, 1978). Adoptée par acclamation en séance plénière

<sup>2.</sup> Rappelons que ces organismes dont l'aide est devenue indispensable aux pays pauvres n'accordent parfois leur appui qu'à la condition que les bénéficiaires fassent la promotion des SSP dans la réforme de leur système de santé.

Introduction 3

le 12 septembre 1978, la déclaration qui en résulta – dite Déclaration d'Alma-Ata – a mis en place les conditions nécessaires à l'avènement de l'orthodoxie des soins de santé primaires.

Tout porte à croire, cependant, que cette déclaration de principes (Alma-Ata)<sup>3</sup>, même si elle fut très importante pour l'avenir de la santé publique mondiale, n'a été que l'épiphénomène d'un mouvement plus général de contestation d'un ordre mondial basé sur un système inégal et inéquitable de production et de distribution de la richesse mondiale, et d'affirmation de velléités de solidarité internationale.

Dans les années 1970, un important mouvement social, politique et culturel traverse l'ensemble des sociétés industrialisées. Ce mouvement, d'emblée contestataire, porte une critique sociale du fonctionnement des institutions fondamentales que sont la famille nucléaire et patriarcale, la justice au service des riches, les soins de santé plus accessibles à certains qu'à d'autres, les entreprises gérées par des patrons peu soucieux du bien-être de leurs ouvriers, etc. (Latham, 2001). Il dénonce aussi la mauvaise distribution des richesses produites, l'alliance des pouvoirs politique et économique, la démocratie plus formelle que réelle, les inégalités et iniquités qui en résultent tant dans la santé que dans l'éducation, la culture, le logement, la justice pour ne nommer que ces domaines. Ce vaste mouvement de contestation condamnait en somme ce type de société où les riches devenaient toujours plus riches et les pauvres toujours plus pauvres.

Au même moment – nous ne croyons pas qu'il s'agisse d'une pure coïncidence –, l'échange des données d'expériences et des informations relatives au développement socioéconomique dans les contextes nationaux a rendu évidentes les inégalités sociales partout à travers le monde, dans les pays riches comme dans les pays pauvres,

<sup>3.</sup> Entendez par là la première vraie politique internationale de santé adoptée par les pays membres de l'OMS en 1978.

au sein des États plusieurs fois centenaires comme dans les pays nouvellement indépendants. Ce constat d'inégalité et d'inéquité dans des régimes démocratiques aux prétentions égalitaristes a heurté les consciences d'une génération d'hommes et de femmes – habitués aux conforts de l'âge d'or mais étrangers aux conditions objectives de l'inadéquation entre la situation économique et les possibilités du marché –, témoins des signes annonciateurs d'une ère de crise d'abord symboliquement marquée par le mouvement estudiantin de mai 1968, puis portée à son paroxysme par l'effondrement du système financier mondial de Bretton Woods en 1971, et assenant finalement le coup de grâce avec la crise pétrolière de l'OPEP en 1973 (Hobsbawm, 1999).

Autant dire que les soins de santé primaires sont apparus, se sont généralisés et imposés après le déclin de l'âge d'or, cette période de grande prospérité et d'opulence où le chômage était inexistant dans le monde développé, où les conditions objectives de vie s'améliorèrent jusqu'à démocratiser le luxe de l'entre-deux-guerres, où les revenus de la classe ouvrière connurent une croissance progressive quasi automatique permettant à cette dernière de s'engager dans la consommation de masse, et où tous les espoirs, tous les optimismes apparaissaient désormais permis. C'était aussi l'époque où l'espoir des grands économistes reposait sur le développement industriel et la construction d'infrastructures coûteuses (méga-usines, grands barrages, centrales électriques, autoroutes surdimensionnées reliant les capitales aux villes secondaires<sup>4</sup>). La vague massive de décolonisation faisait aussi son œuvre, donnant naissance dans la foulée à

<sup>4.</sup> Cette stratégie a échoué plus souvent qu'elle n'a marché, et même lorsqu'elle a fonctionné, elle a laissé de côté ceux qui avaient le plus besoin d'aide. Aussi, ce modèle de développement n'a-t-il fait qu'enrichir les riches et appauvrir les pauvres.

Introduction 5

de nombreux États, héritiers d'une médecine coloniale<sup>5</sup> axée sur des hôpitaux et des dispensaires de «brousse» et suivant à la lettre les normes médicales européennes<sup>6</sup> (Duponchel, 2004).

En somme, l'imposition et l'universalisation des SSP se sont produites durant la désillusion qui a suivi cette importante période de prospérité. On a alors pris conscience que les *grandes* techniques modernes ne sont pas une panacée à tous les problèmes sociaux, y compris les problèmes de santé, et qu'il fallait conséquemment remettre en cause progressivement le modèle biomédical occidental, l'inadéquation des systèmes de santé qui s'étaient trop alignés sur ce modèle et les besoins réels des pays pauvres, l'éthique et les intentions véritables de certains acteurs parmi lesquels les grands laboratoires pharmaceutiques, les organismes transnationaux de pouvoir, etc. (Latham, 2001). Cette prise de conscience et la contestation qui en découla entraînèrent l'éclosion d'un espace public international, la revendication, sur le plan national, d'institutions internationales

<sup>5.</sup> Selon Bernard Hours (1992), la médecine coloniale serait l'ancêtre des soins de santé primaires. Même si elle est née du traitement d'un monde «peu salubre», peuplé d'étranges maladies, même si elle a pris originellement la forme d'une médecine de masse, caractérisée par sa mobilité et fournie par des auxiliaires de santé plutôt que des médecins à la collectivité et non à l'individu, et même si elle est a priori dirigée seulement contre un petit nombre de maladies bien spécifiques; la médecine coloniale a certainement pesé de tout son poids dans le développement d'une santé publique fondée sur des traitements de masse, des macroanalyses de pathologies, la décentralisation de l'action sanitaire, la prévention et l'assistance gratuite (Hours, 1992, p. 125). C'est par l'objectivation des risques sanitaires, notamment en constatant et en affirmant l'existence de pathologies transmises par exposition à toute une population et les limites des mesures de mise en quarantaine ou d'initiatives individuelles que la médecine coloniale a fait faire un bond significatif à la santé publique. Ce faisant, elle a fait éclater la notion de pathologie individuelle et transformé la conception de la maladie, naguère perçue comme une pathologie singulière et non comme un porteur de germes susceptibles de se transmettre au sein d'une collectivité.

<sup>6.</sup> D'aucuns pourraient voir dans cette conformité aux normes médicales européennes un exercice de théâtralisation de la civilisation, une pratique mimétique de l'ancien maître ou de légitimation de l'ancien colonisé dans l'exercice de sa profession médicale.

ayant plus de légitimité, l'émergence de sociétés civiles (groupes de pression) dont les influences se mirent à traverser les frontières nationales et régionales, etc. On revendiqua même les SSP en tant que droits sociaux de base. Il faut croire que l'ère du temps était propice à des changements importants dans l'ordre mondial, y compris dans l'ordre sanitaire. C'est ainsi que les SSP se sont imposés comme une réponse «naturelle» aux différents défis d'inégalités et d'exclusion que réprouvait l'opinion publique.

Précisons tout de suite qu'à l'époque, on posait un diagnostic d'exclusion sanitaire: si l'offre et l'accès aux services de santé, l'accès matériel et économique, étaient inexistants ou non garantis; si les foyers n'étaient pas protégés financièrement afin que le financement des services de santé ne puisse menacer ni la stabilité des familles ni l'épanouissement de leurs membres; si la prestation des soins n'était pas assurée dans la dignité des bénéficiaires, c'est-à-dire dans le respect des normes de qualité et d'éthique relativement à la diversité culturelle (respect de l'ethnie, de la culture et des conditions socioéconomiques des usagers); si la diffusion de l'information, l'éducation de la population, les conditions d'hygiène et d'assainissement publique, la salubrité des lieux de vie (logement, école, travail) étaient incapables de garantir à tous de bonnes conditions de santé, etc.<sup>7</sup>

Si l'on s'en tenait au seul critère de l'accessibilité, l'exclusion sanitaire se traduirait autant par l'inaccessibilité des services de santé que par le type ou la qualité des services accessibles. Trois aspects de l'accessibilité doivent être pris en compte: la distance, le coût et l'adaptation.

L'exclusion sanitaire que ciblait l'orthodoxie des SSP, notonsle, pouvait dépendre aussi bien de facteurs internes que de facteurs externes au système de santé, à savoir l'isolement géographique, les

<sup>7.</sup> Même si, à cette étape-ci, les instigateurs de l'orthodoxie mettent l'accent sur la commune condition qui lie dans tous les contextes les situations ou processus d'exclusion, il reste nécessaire de souligner que ces diagnostics d'exclusion mériteraient d'être nuancés ou pondérés en fonction du niveau de développement des pays.

Introduction 7

obstacles dressés par la pauvreté, l'appartenance ethnique, la langue, la culture, etc. Les facteurs externes sont ordinairement conjugués au chômage ou à un emploi dans le secteur informel. Le facteur externe le plus déterminant est habituellement le coût des soins dans la mesure où celui-ci exerce une pression dissuasive sur les gens. Certains facteurs externes se rapportent aux déterminants sociaux ou culturels prédisant les chances de morbidité des individus (l'éducation, le revenu, le mode de production, la place dans la stratification sociale, l'existence d'infrastructures, etc.).

Les facteurs internes d'exclusion sanitaire, en revanche, concernent le fonctionnement du système de santé. Nombreux sont les individus qui se voient privés des services auxquels ils ont droit « à cause de l'incapacité du système de santé à assurer les services voulus, aux personnes voulues et de manière voulue» (OMS, 2005a, b et c, p. 31). Même pour ceux qui utilisent les services, les prestations offertes s'avèrent souvent mal adaptées, inefficaces, peu à leur écoute, voire discriminatoires. À ce sujet, les individus qui font l'objet de discrimination se rendent bien comptent qu'ils sont privés d'un traitement normal, à mille lieux de ce à quoi ils pouvaient s'attendre au vu des services reçus par d'autres. Pire encore, l'anticipation d'un mauvais traitement ou d'une discrimination les dissuade d'utiliser les services de sorte que le cercle vicieux de l'exclusion se referme sur eux. L'organisation des systèmes de santé n'est pas neutre non plus quant à la reproduction de l'exclusion en santé: elle en constitue même un élément déterminant. Par exemple, lorsqu'elle elle est fragmentée ou si plusieurs entités non intégrées coexistent à l'intérieur d'un même sous-système, elle entraîne la répartition inefficace des ressources, auquel cas l'appel aux réseaux divers de relations pour s'assurer des services provoque l'exclusion des moins nantis (en général les plus déliés). De plus, lorsqu'elle est segmentée, l'organisation des systèmes de santé produit et approfondit des inégalités d'accès et de financement. Si d'aventure elle est basée sur la prééminence du paiement direct partiel ou total lors de la prestation des soins ou de l'achat de médicaments, elle introduit un haut degré d'inégalités dans le système (ibid.). Finalement, une gestion timide ou peu développée du système de soins peut l'empêcher d'établir

des règles de jeu qui seraient justes pour l'usager et le fournisseur de services. Dans tous les cas, l'exclusion sanitaire est associée à l'une ou à toutes les causes suivantes:

- Déficit d'infrastructure adéquate, en matière de fourniture de soins de santé individuelle ou collective (c'est-à-dire absence d'établissements de santé, couverture fonctionnelle de programmes de santé publique insuffisante);
- Obstacles qui empêchent l'accès aux soins de santé, même en présence d'une infrastructure adéquate. Ces obstacles peuvent être géographiques (transport, routes), économiques (incapacité de financer les soins de santé) ou culturels (modèles de soins inappropriés). Ils peuvent aussi venir de la situation de travail (chômage, emploi informel), de la structure des systèmes de soins (les systèmes très segmentés révèlent les plus hauts degrés d'exclusion), ou des modèles de soins fondés sur une approche interculturelle (OPS, 2002, p. 8).

Dans de nombreux pays, ces causes sont exacerbées par des crises économiques, des conflits armés et l'épidémie du sida<sup>8</sup>. Cela dit, la pauvreté demeure l'une des causes les plus importantes de l'exclusion en santé. En effet, en absence de systèmes de protection sociale, non seulement elle empêche l'accès à des services de soins très coûteux, mais elle expose aussi les gens à vivre et à travailler dans des environnements où les risques de maladie et de mort sont plus élevés. «Ces risques sont directement liés, entre autres, à une faible disponibilité et qualité des aliments, et à l'absence de logement adéquat qui se traduit par la promiscuité et le manque d'espaces et de loisir» (OPS, 2002, p. 5). De plus, les maladies et lésions corollaires ont des coûts directs (en prévention et traitement) et des coûts indirects (perte de journées de travail ou d'école), lesquels varient en fonction de la durée et de la gravité de l'incapacité, et souvent

<sup>8.</sup> Le rapport sur la santé dans le monde de 2005 montre en détail «comment la stagnation, les renversements de tendance et la lenteur des progrès dans certains pays sont manifestement liés à la pauvreté, au VIH/sida et à des crises humanitaires, qui entraînent une exclusion du fait de l'impossibilité d'avoir accès aux services de santé» (OMS, 2005a, b et c, p. 23).

Introduction 9

aggravent la condition de pauvreté (OPS, 2002, p. 5). La pauvreté entretient donc le cercle vicieux de l'exclusion: famille pauvre, éducation non terminée, chômage, pauvreté...

En général, les gens exclus sur le plan sanitaire sont aussi privés d'autres services tels l'électricité, l'eau potable, l'assainissement de base, l'éducation, l'information. Leur exclusion sanitaire n'est que l'une des formes d'expression de leur exclusion plus ou moins généralisée. «Ce cercle vicieux [de l'exclusion sanitaire] entre en relation avec d'autres cercles vicieux comme le manque d'accès aux services de base, les maladies, les difficultés au travail ou le décrochage scolaire; ou celui de la délinquance, de l'impossibilité de trouver un emploi, de la récidive et de la marginalité. Ce qui aggrave et perpétue la situation d'exclusion en santé» (OPS, 2002, p. 5). Le comble est que ces défaillances risquent le plus souvent de survenir et de se conjuguer de façon catastrophique lorsque le contexte macroéconomique et social se dégrade.

C'est justement dans ce contexte général de crise, en réponse à l'exclusion sanitaire dans le monde et dans un esprit empreint de justice sociale, que l'OMS et l'UNICEF ont organisé la Conférence qui allait engendrer l'orthodoxie des SSP.

Considérant l'ampleur des problèmes de santé ainsi que l'inadéquate et inéquitable répartition des ressources sanitaires entre les pays et à l'intérieur des pays, et estimant que la santé est un droit fondamental de l'homme et un objectif social universel, la Conférence a demandé que soit adoptée une nouvelle approche de la santé et des soins de santé afin de combler le fossé entre «nantis» et «démunis», de parvenir à une distribution plus équitable des ressources sanitaires et d'amener tous les habitants du monde à un niveau de santé qui leur permette de mener une vie socialement et économiquement productive (OMS, 1978).

Si la Conférence d'Alma-Ata avait pour but de révolutionner la situation sanitaire mondiale (combattre l'exclusion sanitaire), quels aspects de la politique internationale devait-elle infléchir pour y parvenir et pourquoi avoir choisi les soins de santé primaires comme assise? Qu'est-ce qui fait que ces derniers ont pu devenir si nécessaires qu'on en ait fait une orthodoxie? Mais en fait, de quoi s'agit-il? Quels sont les acteurs impliqués? Au nom de quelles promesses a-t-on pu les imposer? Quels résultats cette orthodoxie a-t-elle obtenus? Pourquoi ces résultats? Ce livre propose quelques éléments de réponse à ces questions.

P A R T I E

# LA MISE EN PLACE D'UNE NOUVELLE ORTHODOXIE

C H A P I T R

# UNE NOUVELLE ORTHODOXIE Les soins de santé primaires (SSP)

#### 1.1. LA NAISSANCE D'UNE ORTHODOXIE

Le terme «orthodoxie» vient du grec  $\acute{o}$ ρθ $\acute{o}$ ς orth $\acute{o}$ ς (droit) et  $\acute{o}$ όζα dóxa (opinion/gloire). Il trace une ligne claire entre, d'un côté, ce qui est exact, conforme à une doctrine et, de l'autre, ce qui en diverge. Une orthodoxie est donc une doctrine, une norme de vérité, un ensemble d'usages ou de principes généralement admis, une théorie scientifique élevée au statut de dogme. En sciences, une orthodoxie apparaît lorsqu'une théorie ou un paradigme s'impose, reléguant tous les autres à la marge.

À la fin des années 1970, avec la Déclaration d'Alma-Ata, c'est toute une nouvelle orthodoxie qui s'est *de facto* instituée en matière de santé publique internationale: celle des soins de santé primaires (SSP). Il faut entendre par là:

[...] le premier niveau de contact des individus, de la famille et de la communauté avec le système national de santé, rapprochant le plus possible les soins de santé des lieux où les gens vivent et travaillent, et ils constituent le premier élément d'un processus ininterrompu de protection sanitaire (OMS, 1978, art VI; 1981, p. 31)<sup>1</sup>.

Tous les États du monde sont dès lors fortement invités à se conformer aux directives de la politique mondiale de la Santé pour tous axée sur les SSP (OMS, 1978). Très rapidement, ces incitations ont amené un grand nombre de pays à faire un usage tous azimuts du concept de « soins de santé primaires » dans l'élaboration de leur politique de santé. Le concept provoqua d'autant plus d'engouement que l'évocation de l'étiquette *soins de santé primaires* conférait, à elle seule, plus de légitimité aux systèmes de santé que leurs actions concrètes, du moins aux yeux des institutions internationales.

Sur tous les continents, dans les pays pauvres comme dans les pays industrialisés, l'orthodoxie s'est rapidement mise en œuvre. Les efforts et les rencontres se sont multipliés<sup>2</sup> pour en implanter et

Par commodité, nous travaillons ici avec une définition provisoire des soins de santé primaires que nous aurons l'occasion de revoir plus loin dans cet ouvrage. L'intérêt de cette définition n'est que d'engager le propos, de déterminer l'objet d'étude sans pour autant anticiper sur les résultats (Mauss, 1909, p. 24-25).

<sup>2.</sup> Nous en voulons pour preuve la réunion des experts sur les soins de santé primaires dans la région africaine tenue à Brazzaville en 1977 et dont le but avoué était de discuter de l'occasion de promouvoir et de développer de tels soins. Dans le même mouvement, les ministres des pays membres de l'Organisation panaméricaine de la santé ont organisé une réunion extraordinaire (la quatrième du genre) à Washington en septembre 1977. D'autres rencontres internationales ont suivi, dont la réunion mixte UNICEF (FISE)/ OMS des pays de la région de la Méditerranée orientale à Alexandrie, au mois d'octobre 1977, puis la Conférence sur les soins de santé primaires pour les pays de la Région du Pacifique occidental tenue à Manille en novembre 1977, la réunion mixte UNICEF (FISE)/OMS sur les soins de santé primaires dans la région de l'Asie du Sud-est (New Delhi, novembre 1977), la Conférence sur les soins de santé primaires dans les pays industrialisés (New York, décembre 1977), et enfin le Congrès international des organisations non gouvernementales sur les soins de santé primaires qui eut lieu à Halifax en mai 1978.

Une nouvelle orthodoxie

universaliser l'application, y compris dans les pays qui étaient déjà dotés d'un système de santé efficaces tels que l'Angleterre, la Suède et le Canada pour ne citer que ceux-là. Encore aujourd'hui, d'aucuns soutiennent que les pays les plus développés selon leur Indice de développement humain (IDH) doivent aux soins de santé primaires le niveau de santé élevé de leur population et la qualité de leur système de soins. Au Canada, par exemple, les rapports de commissions d'enquêtes nationales (Commission Romanow, Rapport du Conseil canadien de la santé) et provinciales (Commission Clair au Québec, Rapport Fyke en Saskatchewan) présentent les SSP comme l'assise de leur système de santé mais aussi comme la solution aux défis contemporains qu'ils ont à relever.

### 1.2. LES SOINS DE SANTÉ PRIMAIRES AVANT LEUR ORTHODOXIE

On ne doit pas s'y méprendre, ce n'est pas la naissance des SSP en tant que pratiques que l'orthodoxie de ces derniers a rendue possible, mais la reconnaissance par les dirigeants de la santé mondiale de leur importance en matière de santé et de bien-être. Les SSP préexistaient déjà sous différentes formes dans certains pays.

La République unie de Tanzanie est un exemple de pays où l'on trouvait déjà des figures de soins et de services semblables à ce que l'on appellera ultérieurement les soins de santé primaires. À l'aide d'une approche connue sous le vocable *Ujamaa*<sup>3</sup> (1967), le système de santé tanzanien rompit avec son passé colonial pour fournir des soins de santé non plus à une population de privilégiés

<sup>3.</sup> Il s'agissait d'un système socialiste de développement rural conçu par Mwalimu Julius Nyerere, premier président indépendant tanzanien, et basé sur de petites communautés agricoles répandues à travers tout le pays. L'idée sous-jacente de cette approche était de créer une société autosuffisante la moins stratifiée possible où tout le monde jouirait de droits égaux et partagerait équitablement les ressources disponibles (McHenry, 1979).

(les colons), mais bien à l'ensemble des citoyens<sup>4</sup>. Il cassa ainsi l'organisation verticale des services et son hospitalocentrisme urbain. L'originalité de la démarche tanzanienne résidait dans la participation de la population à l'apprentissage des facteurs responsables de l'apparition et de la persistance des maladies, et de la manière de les contrôler. Les Tanzaniens plaidèrent dans le même mouvement pour l'égalité des êtres humains et leur droit à la dignité et au respect. Dans les villages Ujamaa, la santé était un droit pour tous les citoyens, un bien collectif non commercialisable. Le développement agricole devait générer les ressources nécessaires pour fournir à l'ensemble de la population un accès gratuit à des soins de santé comparables par le développement, notamment, d'infrastructures rurales de santé et par l'affirmation du monopole de l'État en matière de santé<sup>5</sup>.

La Chine (1949) est un autre exemple de pays où les SSP préexistaient à l'avènement de leur orthodoxie. Par le truchement d'une expérience originale basée sur la mobilisation populaire et connue sous le nom de «médecins aux pieds nus», la révolution socialiste chinoise (maoïsme) a permis à la Chine, qui était alors un pays pauvre et «arriéré», de faire un bond spectaculaire en matière de santé publique. L'histoire débute en 1958 dans une commune agricole du sud de la Chine. Une jeune Chinoise, fille de médecin, eut l'idée de mettre au service des paysans les connaissances médicales qu'elle avait acquises en observant son père. Elle confectionna

<sup>4.</sup> Demeurant au stade d'expérimentation dans quelques villages, cette approche communautaire encourageait les gens à rejoindre les villages où ils pouvaient recevoir gratuitement des soins de santé, une éducation et des services sociaux de qualité sans parcourir de longues distances. En contrepartie, les participants devaient travailler à satisfaire leurs besoins et ceux de la collectivité. La production et la propriété des moyens de production étaient collectives. La terre était allouée au prorata du nombre de membres de la famille. On y encourageait le travail pour que les habitants d'un village Ujamaa ne puissent manquer ni de nourriture ni de services.

<sup>5.</sup> Pour de plus amples informations sur les nouvelles orientations politiques en République unie de Tanzanie, lire la *Déclaration d'Arusha*, ou encore Fadhi DKHIMI (2004). Les *Mutuelles de santé : une piste de solution à la crise du secteur africain ? Le cas du projet CIDR en Tanzanie*, Mémoire DESS, Paris, Université Paris 1 – Panthéon Sorbonne, 138 p.

Une nouvelle orthodoxie

une trousse de premiers soins qu'elle emporta ensuite chaque jour au travail afin de pouvoir venir en aide à ses camarades. Ravis de ses services, les paysans, qui l'avaient affectueusement surnommée le «médecin aux pieds nus», parvinrent un jour à la persuader de quitter momentanément la commune afin d'aller à l'université approfondir ses connaissances médicales. «Je pars étudier la médecine, leur dit-elle, mais je reviendrai parmi vous car il faut que la médecine puisse d'abord servir le peuple. » Des milliers de jeunes Chinois ne tardèrent pas à l'imiter: ce sont les fameux «médecins aux pieds nus» grâce à qui les paysans et les ouvriers de Chine ont rencontré la médecine sur les lieux mêmes de leur travail (Pinard, 1975). Sans recevoir une formation médicale complète les « médecins aux pieds nus» acquirent une formation médicale suffisante pour pouvoir reconnaître les symptômes des maladies les plus communes. Ils pouvaient donner des injections, prescrire des médicaments d'usage courant, donner les premiers soins, soigner les blessures mineures. Ils étaient aussi à l'occasion sages-femmes, conseillers matrimoniaux, hygiénistes, nutritionnistes. Ils aidaient aussi les couples à planifier les naissances. Certains d'entre eux pouvaient faire des opérations mineures. La plupart reçurent une formation de base en acupuncture, à laquelle venaient s'ajouter quelques recettes de médecine traditionnelle par les plantes dont on s'emploie aujourd'hui en Chine à découvrir les bases scientifique<sup>6</sup>.

Lors de la première conférence nationale de la santé, en 1950, les Chinois ont choisi de faire reposer leur système de soins sur quatre bases: la fourniture de services de santé, la prévention, l'intégration de la médecine traditionnelle et le développement de campagnes sanitaires et d'éducation populaire sur tout le territoire. Ce système devait se fonder sur une structure communautaire, populaire et coopérative, disposant au moins d'un hôpital ou d'une clinique médicale accessible et gratuite, ou presque. L'originalité de l'approche chinoise venait de ce qu'elle mettait l'accent sur le rôle des changements socioéconomiques (meilleur accès à la terre, possibilité

<sup>6.</sup> Pour de plus amples informations, voir <idrinfo.idrc.ca/Archive/ReportsINTRA/pdfs/v4n1f/108759.pdf>.

d'emplois pour les pauvres) dans la promotion de la santé et la prévention des maladies, sur le recours intensif à des auxiliaires et à des travailleurs non professionnels, surtout les tradipraticiens, pour amorcer les changements nécessaires dans le milieu médical et, enfin, sur le système coopératif de services médicaux basé sur le bénévolat, l'aide mutuelle et la coopération. C'est dans ce contexte que les « médecins aux pieds nus » ont trouvé leur place et sont devenus en peu de temps la majorité des travailleurs de santé dans les campagnes (Dehaes, 1993).

Le Niger offre un troisième exemple sur lequel on pourrait également s'attarder. Retenons plutôt que ce n'est pas uniquement dans les pays pauvres ou nouvellement indépendants que les pratiques de soins de santé primaires ont précédé leur orthodoxie. Avant la fin des années 1970, nombre de pays étaient en fait déjà pourvus d'un système de santé relativement efficace grâce à la mise en place de programmes mettant l'accent sur les soins préventifs et les acteurs communautaires, assez semblables, en somme, à la conception des SSP qui prévaut actuellement<sup>7</sup>. Mais de quoi s'agit-il au juste?

# 1.3. LES SOINS DE SANTÉ PRIMAIRES SELON LEUR ORTHODOXIE

En dépit de leur orthodoxie, les «soins de santé primaires» ne sont l'objet d'aucune définition consensuelle. Par exemple, seulement au Canada, le Conseil canadien de la santé (CCS) a recensé une quinzaine de définitions officielles des SSP formulées par différentes juridictions gouvernementales aussi bien fédérale que provinciales et territoriales. S'ajoutent à ces dernières une quinzaine d'autres tentatives de définitions suggérées cette fois par des organismes paraétatiques et transnationaux.

<sup>7.</sup> Au Canada, par exemple, un rapport fédéral (Rapport Lalonde, 1974) recommandait, au début des années 1970, la mise en place de centres de santé communautaire, la formation d'équipes multidisciplinaires, l'intégration de la prévention et de la promotion de la santé et une forte participation des usagers (ICIS, 2003).

Une nouvelle orthodoxie

Il n'y a pas plus de définition consensuelle qu'il n'y a de cadre normatif permettant de rendre compte de leur contenu. L'extrait suivant témoigne toutefois d'un certain souci de l'OMS de préciser ce que recouvre le concept de soins de santé primaires, quoique cet exercice demeure en grande partie inachevé:

Les soins de santé primaires:

- visent à résoudre les principaux problèmes de santé de la communauté, en assurant les services de promotion, de prévention, de soins et de réadaptation nécessaires à cet effet;
- 2. comprennent au minimum: une éducation concernant les problèmes de santé qui se posent ainsi que les méthodes de prévention et de lutte qui leur sont applicables, la promotion de bonnes conditions alimentaires et nutritionnelles, un approvisionnement suffisant en eau saine et des mesures d'assainissement de base, la protection maternelle et infantile y compris la planification familiale, la vaccination contre les grandes maladies infectieuses, la prévention et le contrôle des endémies locales, le traitement des maladies et lésions courantes et la fourniture de médicaments essentiels... (OMS, 1978, art VII)

N'y a-t-il donc aucune balise pour appréhender les SSP?

#### 1.3.1. LES CONCEPTIONS VARIÉES DES SOINS DE SANTÉ PRIMAIRES

À défaut d'une définition claire et d'un cadre normatif arrêté pour leur application, les SSP ont historiquement fait l'objet de quatre grandes conceptions. La première les considère comme des *programmes d'action* composés, selon les vœux de la Déclaration d'Alma-Ata, de soins préventifs et curatifs, de soins individuels et de services communautaires, de soins médicaux et d'actions sur le milieu. D'après la Déclaration d'Alma-Ata, ce programme doit comporter au moins « les soins curatifs courants, la fourniture de médicaments essentiels, la protection maternelle et infantile (y compris la planification familiale), les vaccinations, l'assainissement du milieu, l'amélioration de la nutrition (y compris la fourniture d'eau potable), la lutte contre les endémies locales et l'éducation pour la

santé » (Grodos, 1991, p. 35). Il s'agit donc d'un programme global d'actions au service de la santé, et non d'une série d'actions ciblant quelques grandes maladies présumées prioritaires.

Adoptée à la suite de l'Initiative de Bamako<sup>8</sup>, la deuxième grande conception des SSP a dominé les premiers vingt-cinq ans d'application de la politique *Santé pour tous* et présentait les SSP comme *un échelon de soins*, l'échelon le plus décentralisé du système de santé, lui-même conçu comme une structure hiérarchique et en

8. Cette expression désigne la politique de relance de la stratégie des SSP adoptée par le 37° congrès régional de l'OMS en septembre 1987, en réponse aux problèmes cruciaux de financement des services de santé de l'Afrique subsaharienne dans les années 1980. Elle a conduit à l'abandon du principe de gratuité et au recours au principe de recouvrement des coûts dans les pays pauvres, en promouvant la participation de la communauté au financement des médicaments, ce qui a eu pour effet d'entraîner l'exclusion du système de soins des populations les plus défavorisées. L'Initiative de Bamako a posé le problème de l'accès universel aux services de base et aux services hospitaliers spécialisés, les modes de financement à l'œuvre arrivant difficilement à concilier la maîtrise des coûts, la qualité des soins, la participation communautaire et l'équité sociale. Voilà pourquoi les SSP ont été réduits aux soins de santé sélectifs.

Après l'Initiative de Bamako, la plupart des pays, pas seulement africains, ont choisi de concentrer leurs efforts sur quelques grandes actions prioritaires concernant des maladies sélectionnées en fonction de trois principaux critères: leur incidence sur la mortalité et la morbidité générale, leur importance au sein d'une population donnée et l'existence d'un traitement efficace techniquement applicable. Cela se résumait grosso modo en un paquet minimum d'activités (PMA) comprenant le programme élargi de vaccinations, la prise en charge des pathologies les plus courantes, le meilleur suivi de la maternité avec des consultations pré et postnatales ainsi qu'un suivi de l'accouchement, la décentralisation maximale de la responsabilisation des soins sélectifs dans la hiérarchie des structures sanitaires jusqu'au niveau local où les interventions sont mieux ciblées, la gestion efficace des coûts des médicaments par les politiques du médicament essentiel et générique, la cogestion communautaire avec l'articulation de systèmes décentralisés de monitoring et de surveillance épidémiologique et le contrôle communautaire des médicaments et des recettes. Il n'est pas anodin de souligner que ces priorités n'ont pas été définies par une démarche participative (citoyenne), mais de manière technocratique, de haut en bas, sans consultation et sans une conception globale de l'action sanitaire (Grodos, 1991).

Une nouvelle orthodoxie

silo<sup>9</sup> d'offre de soins. D'après Grodos (1991, p. 34), dans les pays industrialisés, les SSP renvoient aux généralistes entourés de l'infirmière à domicile et d'autres professionnels paramédicaux. Dans le tiers-monde, en revanche, il s'agit davantage de postes de brousse, de dispensaires et de centres communautaires... C'est ainsi que le concept de soins de santé primaires est peu à peu devenu interchangeable avec celui de services de première ligne, c'est-à-dire des services de premier niveau universellement accessibles, servant essentiellement à prévenir et à traiter les maladies. Ils peuvent englober l'immunisation, la prévention, le diagnostic et le traitement de la maladie, mais non s'élever au niveau d'une approche globale intersectorielle visant la promotion ou l'amélioration de la santé, ni surtout considérer la collectivité en tant qu'unité d'intervention (Santé Canada, 2004).

Porte d'entrée du système de santé, les services de première ligne [les SSP] sont le point de contact de la population avec le réseau. Ils comprennent un ensemble de services courants, médicaux et sociaux, qui s'appuient sur une infrastructure légère de moyens diagnostiques et thérapeutiques permettant de résoudre la majorité des préoccupations et problèmes communs, d'ordre social et médical, de la population (Commission Clair, 2000, p. 107).

D'usage courant, la troisième conception des SSP est assimilable à une stratégie de réorganisation des systèmes de santé, c'est-àdire une redistribution des moyens, du personnel, du matériel, de la médication, mais aussi de la formation et de la supervision à l'avantage des postes périphériques des centres hospitaliers des grandes villes. Cette conception a cours principalement dans les pays du tiers-monde. Inspirée d'un certain idéal de justice sociale, elle voit les SSP comme un moyen de fournir des soins de santé aux pauvres et aux populations marginalisées ayant difficilement accès aux services dans un contexte marqué par des soins de santé

<sup>9.</sup> De ce point de vue, le réseau de la santé est organisé hiérarchiquement avec une première ligne où sont dispensés les soins primaires ou généraux, une deuxième ligne pour les soins secondaires ou spécialisés et une troisième ligne pour les soins tertiaires ou ultra-spécialisés (Commission Clair, 2000).

segmentés, un système de santé basé sur le développement technologique et la spécialisation. Les SSP se limitent ici à un nombre restreint d'interventions en faveur des gens pauvres (Kekki, 2005). Grodos ajoute:

Dans cette optique, l'hôpital de brousse (hôpital de district) vient en aide aux divers centres en santé qu'il chapeaute, en organisant avec eux l'évacuation et le retour à domicile des malades, en honorant rapidement les commandes de médicaments, en coordonnant les activités de protection maternelle et infantile, en assurant la supervision des infirmiers et leur recyclage, en rationalisant avec eux les divers schémas de traitement, etc. Une telle réorganisation du système de santé revalorise énormément le rôle de l'infirmier, augmente les performances du centre de santé villageois et accroît la confiance que les gens mettent en lui. Mais elle suppose que les médecins de district sortent de leur hôpital... et continuent à être correctement payés (1991, p. 35-36).

Si elle y est dominante, cette conception n'est toutefois pas exclusive au tiers-monde. Au Canada, par exemple, le système de santé a connu une réorganisation importante durant les quarante dernières années. Néanmoins, sa restructuration contemporaine semble s'orienter vers la technologie et la gestion de l'information, la continuité des soins, les besoins des gens, les maladies chroniques, l'intersectorialité et la multidisciplinarité, sans perdre de vue l'intérêt de la décentralisation. Ces thèmes feront ultérieurement l'objet d'un développement plus détaillé.

Enfin la quatrième grande conception considère les soins de santé primaires comme *une philosophie de l'action* dans le domaine de la santé, celle d'inscrire cette dernière dans une perspective universelle (santé pour tous), plus globale que l'approche biomédicale. Elle relativise, pour ainsi dire, les rapports au corps, à la maladie, à la souffrance et à la santé. «L'action médicale [dans la perspective des SSP], nous confie encore Grodos, est affaire de coopération patiente entre médecine, enseignement, agriculture, assainissement du logement, amélioration des infrastructures, etc.» (1991, p. 36). Cette conception suppose la participation de la population au fonctionnement du système

Une nouvelle orthodoxie 23

de santé, c'est-à-dire son engagement dans les échanges, les discussions et les interventions. Elle implique aussi l'intersectorialité, la multi-disciplinarité, la continuité des soins, etc.

Malgré la pertinence incontestable de chacune de ces conceptions des SSP, aucune ne résume intégralement l'esprit de la Déclaration d'Alma-Ata à la faveur de laquelle l'orthodoxie mondiale des soins de santé primaires a été conçue et adoptée. Rappelons que cette déclaration fait des SSP tout à la fois une philosophie et une approche, une stratégie de réforme des systèmes de santé englobant des programmes précis d'action et un échelon de soins défini.

#### 1.3.2. LES PRINCIPES DES SOINS DE SANTÉ PRIMAIRES

En tant que cheville ouvrière des systèmes de santé, les SSP défendent quelques-uns des principes normatifs nécessaires à l'avènement de plus de justice sociale dans le monde. Selon Kekki (2005), il semble se dégager à travers le monde un consensus sur certains de ces principes, en l'occurrence l'accès et la couverture universels, son rôle de premier contact, la participation communautaire et l'intégration des services et programmes. En vertu de l'orthodoxie des SSP, ces principes seraient applicables à toutes les populations et communautés. Le problème est qu'ils ne sont pas immuables; ils sont forcés d'évoluer parce que depuis la fin des années 1970, de dramatiques changements se sont produits dans les profils épidémiologiques et démographiques, et dans l'environnement socioéconomique des habitants de la planète. Il reste que, malgré les changements survenus dans le contexte de leur application durant les vingt-cinq dernières années, l'OMS a pu retenir une liste toujours valide de quatre principes fondamentaux des SSP: l'universalité de l'accès aux soins et la couverture sanitaire en fonction des besoins, l'équité en matière de santé dans le cadre d'un développement orienté vers la justice sociale, la participation communautaire à la définition et à l'exécution des programmes de santé et l'adoption d'approches intersectorielles (OMS, 1978, 2003a).

Le principe de l'accessibilité universelle garantit à tous – indépendamment des considérations géographiques, économiques et socioculturelles – un accès équitable aux soins et services de santé.

La répartition du personnel médical dans les régions rurales, éloignées et urbaines pourrait être une incarnation de ce principe. Ce principe est indissociable de celui de *l'équité* qu'il ne faudrait tout de même pas confiner au niveau de l'accès aux soins, car il implique aussi l'équité tant dans la prévention que dans le financement des services de santé. Œuvrer pour l'équité, c'est faire reculer les inégalités sociales comme médicales, c'est améliorer les conditions des plus démunis. Le principe d'équité n'induit pas l'égalité des contributions, indépendamment du niveau de revenu ou de richesse, mais le partage des risques et notamment l'imposition d'une contribution supérieure à ceux qui possèdent davantage. En outre, en vertu du principe d'équité, les SSP viennent à la rescousse des personnes exposées, par leurs conditions défavorables, à un plus grand risque de mauvaise santé, et dont le mauvais état de santé est susceptible de devenir un obstacle majeur à leur pleine et entière participation à la vie économique et sociale, mais ils n'en oublient pas pour autant le reste de la population. Ils sont de ce fait constitués de manière à répondre aux besoins de tous, et surtout à ceux des défavorisés. Santé pour tous, voilà un slogan qui résume à merveille l'essence des soins de santé primaires.

Pour sa part, le principe de la *participation* habilite une population à prendre part aux décisions sur la santé individuelle et collective de ses membres. Grâce à l'éducation à la santé, à la nutrition, à l'hygiène, aux soins maternels, à l'immunisation, à la prévention et à la lutte contre les maladies endémiques, les personnes et les familles comprennent beaucoup mieux les déterminants de la santé et acquièrent par le fait même des compétences pour améliorer et maintenir leur état de santé et de bien-être. Elles sont ainsi outillées pour participer à la prise de décision sur leur propre santé, sur les besoins ou demandes sociales dans leur collectivité. L'adoption de ce principe contribue au respect du pluralisme et de la diversité, à la planification efficace et stratégique des services de soins de santé communautaire, ainsi qu'à leur évaluation.

Enfin, en vertu du principe de l'adoption d'approches intersectorielles, la santé et le bien-être des individus et des collectivités paraissent liés aux politiques économiques et sociales. Les experts et *Une nouvelle orthodoxie* 25

le personnel du secteur de la santé sont de ce fait appelés à travailler avec d'autres experts dans les domaines de l'éducation, du logement, de l'emploi, de l'immigration, etc. Partant de ce principe, les systèmes de santé finissent par refléter la complexité et la multidimensionnalité d'un être humain, en mobilisant, dans les délais adéquats, la *technologie appropriée*, les professionnels aux compétences nécessaires et suffisantes afin d'offrir aux malades les soins dont ils ont besoin.

En somme, les SSP reposent sur l'hypothèse que la santé se gagne ou se perd là où vivent et travaillent les gens: la maison, l'école, l'usine, etc. Ils induisent que des approches autres que médicales sont nécessaires pour prévenir la maladie et atténuer les affections et incapacités évitables, pour trouver de meilleurs moyens de grandir, de vieillir et de mourir dans des conditions satisfaisantes (OMS, 1981a, p. 30). Plutôt que d'attendre passivement que les problèmes de santé surgissent dans les services d'urgence ou de consultation externe (conformément à l'approche Venez vous-mêmes vous faire soigner), l'approche des SSP propose d'atteindre activement la population afin de promouvoir la santé et de prévenir la maladie, sans toutefois manquer de traiter les problèmes de santé lorsqu'ils se présentent (Kleczkowski et al., 1985, p. 7). La proximité et l'intersectorialité des SSP améliorent pour ainsi dire leur accessibilité, c'est-à-dire contribuent à la fourniture continue et organisée de soins qui soient géographiquement, financièrement, culturellement et fonctionnellement à la portée de la communauté tout entière<sup>10</sup>. Mais qui sont les promoteurs de cette vision?

<sup>10.</sup> L'accessibilité géographique signifie que la distance à parcourir, les temps de déplacement et les moyens de transport soient acceptables pour tous les usagers. L'accessibilité financière signifie que, quelles que soient les modalités de paiement, les services soient abordables à la communauté et au pays. L'accessibilité culturelle signifie que les méthodes techniques et gestionnaires utilisées soient compatibles avec les caractéristiques culturelles de la communauté et les abordent dans la dignité et le respect. L'accessibilité fonctionnelle signifie que les soins de la sorte requise soient à tout moment accessibles à ceux qui en ont besoin et qu'ils soient dispensés par l'équipe de santé qu'il faut pour les assurer correctement (OMS, 1978, paragr. 68-69).

P A R T I E

# CONTEXTE, ACTEURS, ACTIONS ET BILAN

C H A P I T R E

# LA MISE EN ŒUVRE DE L'ORTHODOXIE Les acteurs, leurs actions, leur bilan

## 2.1. LES ACTEURS DE CETTE NOUVELLE ORTHODOXIE

Dans la présente section, nous montrons que la formulation des politiques internationales de santé n'est pas la chasse gardée de l'Organisation mondiale de la santé. Outre cette dernière, nombre d'acteurs sociaux et institutionnels, de nature et d'horizon divers, jouent en effet un rôle crucial dans la définition et la mise en œuvre des SSP comme orthodoxie en matière de santé publique internationale. Ce sont eux qui produisent le discours idéologique légitimant ses modes opératoires, qui construisent les cadres institutionnels et structurels de son implantation locale, qui en servent de lieux, de bras, de leviers ou d'instruments. Tantôt ils la façonnent et la régulent, tantôt ils la financent, tantôt ils en évaluent les résultats. On trouve ces acteurs autant à l'échelle nationale qu'à l'échelle internationale. Certains font partie du Groupe des Nations unies en tant qu'agences spécialisées, d'autres sont des structures subsidiaires de

ces agences ou des ONG, d'autres encore viennent du secteur privé, des industries des soins ou de la santé, des centres de recherche, des institutions religieuses, etc.

La quantité d'organisations et d'acteurs intervenant, à l'échelle internationale, dans le domaine de la santé, directement ou indirectement, est si importante que nous ne saurions les dénombrer toutes ici. Voici cependant quelques agences, fonds et programmes spécialisés des Nations unies engagés dans des activités ou travaillant directement sur des questions liées à la santé: le PNUD pour les questions de lutte à la pauvreté, le FNUAP pour les questions de population, le United Nations Environmental Program (UNEP) pour les questions de santé environnementale, le World Food Program (WFP) pour les questions de pauvreté et de famine, le United Nations High Commissionner for Refugees (UNHCR) pour les questions humanitaires, le United Nations Development Fund for Women (UNIFEM) pour l'égalité des sexes, le United Nations International Drug Control Program (UNDCP) pour les questions pharmaceutiques, l'UNICEF pour les femmes et les enfants et bien sûr l'OMS pour les questions liées à la santé.

À côté de ces structures, d'autres entités internationales, comme le United Nations Research Institue for Social Development (UNRISD), les institutions commerciales et financières internationales (FMI, BM, OMC), des institutions intergouvernementales (les banques régionales de développement, l'Organisation pour la coopération et le développement économique [OCDE], l'Union européenne), les agences de coopération et de développement international, l'Association internationale des industries pharmaceutiques et la communauté scientifique interviennent plus ou moins directement dans le champ de la santé.

Enfin, les ONG, nationales ou internationales, publiques ou privées, sont aussi des acteurs essentiels sur le plan de la santé, surtout dans les pays du Sud. Leur rôle a évolué avec le temps. Il est passé de celui de courroie de transmission des organismes multilatéraux à celui de critique des solutions occidentales non équitables de gestion des crises humanitaires et sociosanitaires dans le monde (Hours, 2003). Hours croit cependant qu'en dépit de leur prise de

conscience, les ONG continuent, par nécessité financière, technique et géopolitique, de diffuser les normes occidentales en matière de santé et de démocratie. Il écrit:

Parce qu'elles collaborent avec les technocraties multilatérales qui les financent, ces ONG se doivent d'être prudentes mais, par là même, elles disposent d'une crédibilité, d'une capacité de pression sur les bureaucraties multilatérales qui sont largement inaptes à analyser les situations locales et donc à maîtriser les effets de leurs politiques qui sont des arbitrages financiers sans dessein (Hours, 2003, p. 44).

De cette liste non exhaustive des acteurs de la santé mondiale. trois feront ici l'objet d'une attention spéciale, car ils nous apparaissent comme les trois plus gros joueurs internationaux en matière de santé. Il y a d'abord la Banque mondiale qui finance, entre autres, la plupart des programmes de santé dans les pays en voie de développement et qui de ce fait a le pouvoir d'orienter leurs politiques publiques de santé. Il y a aussi l'UNICEF qui, sans être le seul à le faire, opérationnalise sur le terrain, sur le plan le plus local, les orientations générales prises dans le cadre du système des Nations unies en matière de politique publique. Nous le retenons ici en raison du rôle crucial qu'il a joué dans l'avènement de ce que nous dénommons l'« orthodoxie des SSP». Il y a enfin l'OMS, le principal répondant en matière de politique sanitaire mondiale. Ces trois acteurs seraient pour ainsi dire les principaux gendarmes de ladite orthodoxie: «Ces institutions, avance Hours, dictent leurs politiques de santé aux États pauvres car elles seules détiennent les ressources à l'échelle des besoins» (2003, p. 43).

# 2.2. LA BANQUE MONDIALE

La Banque mondiale est rapidement et incontestablement devenue, dans le champ de la santé, de la nutrition et de la population, le prêteur le plus important au monde. Forte de son expertise de premier rang dans le domaine, elle joue un rôle d'organisme-conseil en matière de politiques nationales de santé publique désormais déterminant et incontournable (Koivusalo et Ollila, 1997).

### 2.2.1. LA COMPOSITION, LES OBJECTIFS ET LE FINANCEMENT

À l'instar du Fonds monétaire international (FMI), la Banque mondiale (BM) date de l'Accord de Bretton Woods¹ signé le 22 juillet 1944, aux États-Unis, plus précisément au New Hampshire, après trois semaines de débats réunissant 730 délégués des 44 nations alliées (Koivusalo et Ollila, 1997, p. 23). Il importe toutefois de distinguer ici la Banque mondiale constituée de la Banque internationale pour la reconstruction et le développement (BIRD) créée le 27 décembre 1945 et de l'Agence de développement international (ADI²) fondée le 24 septembre 1960, du Groupe de la Banque mondiale qui réunit, outre les deux entités de la Banque mondiale, la Société financière internationale (SFI) créée en 1956 et l'Agence multilatérale de garantie des investissements (AMGI) fondée en 1988 (Banque mondiale, 2007).

En tant qu'agence spécialisée des Nations unies<sup>3</sup>, la BM poursuit un grand nombre d'objectifs dont les principaux sont:

• aider à la reconstruction et au développement des territoires des États membres en facilitant, à des fins de productivité, l'investissement de capitaux;

Il s'agit des accords économiques qui ont dessiné les grandes lignes du système financier international. Ces accords visaient principalement à asseoir les bases de la politique monétaire mondiale en vue de la reconstruction et du développement économique des pays touchés par la Seconde Guerre mondiale.

<sup>2.</sup> La création de l'ADI marque un tournant dans l'évolution de la Banque mondiale dans le sens où elle symbolise son passage d'une institution bancaire à une agence de développement. « The IDA was established in 1960 to provide assistance primarily to the poorer developing countries on terms that would bear less heavily on the balance of payments than those of the IBRD » (Koivusalo et Ollila, 1997, p. 23).

<sup>3.</sup> Une précision ici s'impose: le fait pour la BM et le FMI de faire officiellement partie des Nations unies à titre d'agences spécialisées ne les oblige qu'à «considérer» les décisions et recommandations de ces dernières; celles-ci n'exercent pas pour autant sur eux un pouvoir significatif de supervision et de coordination (Adams, 1994). De plus, le principe du suffrage universel direct ne prévaut guère au sein de la Banque mondiale, on pourrait même affirmer que cette institution fonctionne selon un régime censitaire. Car la

- promouvoir l'investissement privé étranger;
- promouvoir la croissance de long terme dans le commerce international et le maintien de l'équilibre dans la balance des paiements;
- arranger les prêts qu'elle a donnés ou garantis, etc. (Koivusalo et Ollila, 1997, p. 24).

L'Agence de développement international (ADI) l'aide substantiellement à accomplir sa mission. En effet, elle travaille à promouvoir le développement économique, à accroître la productivité, et par le fait même à améliorer les standards de vie dans les régions les moins développées du monde.

Tout porte à croire en fait que la mission de la Banque mondiale a évolué avec le temps; son orientation et ses perspectives se déplaçant en fonction des préférences de ses dirigeants. Si, dans les années 1970, elle semblait mettre l'accent sur l'atténuation de la pauvreté, du début au milieu des années 1980, elle fit la promotion de politiques économiques qui reculaient sur cette question, après quoi elle reprendra de l'intérêt pour la protection des vulnérables.

In some areas, such as health and social development, there have been different emphases and policy prescriptions within the organizations as well as open recognition of problems, such as those amongst countries in transition (World Bank, 1996a). [...] The World Bank's focus on lending and priorities has changed over the years. In the 1950s and 1960s the project-based lending was primarily for infrastructural and industrial investments. In the 1960s and 1970s the projects branched out into the financing of agricultural and also to the social sector

force des voix exercées par ses membres au sein de son Conseil des gouverneurs est surtout déterminée par le montant de leurs contributions. L'accès à sa direction exécutive est quant à elle réservée aux cinq membres qui auraient le plus grand nombre de parts dans les actions de la Banque mondiale (Brown, 1992). D'après Koivusalo et Ollila, citant la World Bank (1994): «Despite the increasing number of governors, the ten richest countries still have over 50 per cent of the voting power. In the IBRD the share of votes of the USA, Japan, Germany, France and the United Kingdom was almost 40 per cent and in the IDA slightly over 40 per cent in 1994» (1997, p. 26). (education, population, nutrition and health). In the 1980s direct funding of health was started, but this decade was one of policy-based lending in terms of structural and sectoral adjustment programmes. In the late 1980s and 1990s newer development priorities (such as environmental protection, gender sensitivity and good governance requirements) have been incorporated as a result of pressure from developed country governments and NGOs (Mistry, 1995, cité par Koivusalo et Ollila, 1997, p. 28-29).

Il ne faut pas oublier que dans l'histoire de la Banque mondiale, les années 1980 se distinguent par l'application du programme néolibéral dont elle a été la scène, notamment à travers les programmes d'ajustement structurel<sup>4</sup>. À la fin des années 1980 et 1990,

<sup>4.</sup> Cette expression désigne le programme de réformes économiques que le FMI et la BM ont mis en place en vue d'une sortie de la crise économique des années 1980. Il s'agit en fait d'une série de dispositions conditionnant désormais les prêts consentis par les institutions de Bretton Woods (BM, FMI) aux pays pauvres. Selon Woodward (1992), les principes de l'ajustement structurel sont de trois ordres :

réduire le rôle des États comparativement à celui du secteur privé, sous prétexte que les opérations du secteur privé et les marchés privés sont plus efficaces que ceux du secteur public, parce qu'ils réduisent le niveau des dépenses publiques, transfèrent la production et la fourniture des services du secteur public au secteur privé, et amoindrissent les régulations sur le marché privé;

obtenir le juste prix, c'est-à-dire des prix et des revenus qui reflètent les forces du marché:

<sup>-</sup> ouvrir l'économie au commerce et à l'investissement étrangers.

Ces principes calquent les jalons théoriques de l'approche néoclassique. Cette approche comprend l'approche néolibérale qui soutient que l'État est plus sujet à l'échec que le marché, et la théorie des choix publics qui tend à considérer les actions de l'État comme naturellement moins efficaces que les opérations du marché. Or, il est plus qu'évident que la rationalité économique ne peut être dissociée de la rationalité politique qui la sous-tend. De ce point de vue, nous déclarons factice et artificielle la division classique État/Marché. Il nous semble être un faux problème de se demander si la prise d'une décision étatique est plus ou moins efficace que le jeu du marché dans la promotion du développement, même si le marché n'est pas le nœud du problème. Car,

de nouveaux enjeux (pauvreté, environnement et santé) sont réapparus dans le programme de la Banque mondiale qui a accru en conséquence ses allocations financières. Depuis, le libéralisme technocratique s'affirme comme son idéologie dominante. En vertu de ce courant dont la croissance économique est l'objectif principal, cette dernière passerait à l'interne par l'accumulation de capitaux à travers l'épargne et l'investissement, et à l'externe par l'expansion et la diversification de l'exportation. D'où la prédominance et la préséance des forces du marché, notamment des corporations transnationales, par rapport aux dispositifs et appareils d'État.

The Bretton Woods institutions have been keen promoters of the global liberalization of trade. According to UNRISD, the rise of market forces has strengthened greatly the hand of international investor and creditor countries, and of the multilateral financial institutions – the IMF and the World Bank. Correspondingly, it has weakened the positions of countries heavily dependent on foreign capital and aid. The dominant actors in economic integration are transnational corporations (TNCs). The world's 37,000 parent transnational corporations and their 200,000 affiliates now control over 75 per cent of the world trade in commodities, manufactured goods and services (UNRISD, 1995) (Koivusalo et Ollila, 1997, p. 44).

À l'instar des autres institutions de Bretton Woods, la Banque mondiale porterait à bout de bras l'idée de la mondialisation, c'est-à-dire la circulation accrue des capitaux, des biens, des marchandises et des services, des informations, des idées, des productions culturelles; la diffusion sur un écran de plus en plus étendu d'images et de modèles standards (état de droit, démocratie, liberté, etc.); la globalisation des échanges, des questionnements, des problèmes et des solutions; la régulation globale des outils et des forces de

quelle que soit l'expérience d'industrialisation considérée, l'intervention de l'État et le jeu du marché en font nécessairement partie. Jusqu'à preuve du contraire, les plus hauts niveaux d'*entrepreneurship* étatique semblent pouvoir se développer en relation plutôt symbiotique qu'oppositionnelle avec le développement des marchés (Amsden, 1989; Édouard, 2008).

mobilisation transnationales, ainsi que l'interdépendance des sociétés dans leurs orientations mercantiles, dans leurs choix capitalistes et leurs pouvoirs; la généralisation des rapports marchands ou la marchandisation de la vie.

Par conséquent, en même temps qu'elle s'affirme entièrement dévouée à la cause du développement et de la lutte contre la pauvreté, elle exécute ou met en place les conditions favorables au nouvel ordre mondial axé par-dessus tout sur le néolibéralisme. Pour pouvoir bien s'acquitter d'une telle mission, elle a besoin d'une quantité importante et croissante de ressources<sup>5</sup>. Par exemple, au cours de l'exercice 2007, le volume total des dépenses qu'elle a consenties s'est élevé à 24,7 milliards de dollars.

Ce montant, qui inclut les prêts, les crédits, les garanties et les dons, est supérieur de 4 % au volume total des prêts accordés pendant l'exercice 2006. [...]

- La BIRD a engagé 12,8 milliards de dollars à l'appui de 112 projets durant l'exercice 2007, montant en retrait de 9% par rapport à l'exercice précédent. [...]
- L'IDA a engagé 11,9 milliards de dollars au titre de 189 opérations durant l'exercice 2007. Ce montant, le plus élevé jamais atteint pour l'IDA, est en hausse de 25 % par rapport au niveau enregistré pour l'exercice 2006 (Banque mondiale, 2007, p. 10).

Mais d'où ces ressources lui viennent-elles, pourrait-on légitimement se demander? La Banque est principalement financée par ses membres à travers la souscription à son capital social. Sauf qu'actuellement, seulement 10% de ces souscriptions sont payées à la Banque, la plupart de l'argent prêté (près de 90%) serait collecté par la BIRD qui emprunte sur les marchés privés de capitaux. Les prêts de la Banque recyclent pour ainsi dire les fonds empruntés sur les marchés privés de capitaux. Voilà pourquoi l'institution doit charger pour ses prêts un taux d'intérêt correspondant aux conditions

<sup>5.</sup> Depuis sa création, la banque aurait accordé un montant total de 433 milliards de dollars en prêts (Banque mondiale, 2007, p. 4).

du marché. Les ressources de l'ADI, en revanche, viennent presque entièrement des contributions volontaires des gouvernements donateurs. Contrairement à la BIRD qui comble ses besoins en ressources par l'émission d'obligations sur le marché des capitaux, les ressources de l'ADI dépendent essentiellement des contributions à même les budgets gouvernementaux (Koivusalo et Ollila, 1997, p. 23). Mais quel rapport avec la santé?

# 2.2.2. LA BANQUE MONDIALE (BM) ET LA SANTÉ

Contrairement aux autres organisations internationales de développement travaillant dans le domaine de la santé (OMS, UNICEF), la Banque mondiale n'avait pas à l'origine un mandat clair pour la santé. En conséquence, selon Koivusalo et Ollila (1997), son rôle dans les questions de santé devait être légitimé par d'autres justificatifs, de préférence économiques. C'est son président McNamara qui aurait décidé, au début des années 1970, non sans affronter une forte résistance, que l'institution allait s'intéresser à la santé. Aussi, est-ce en 1974, après plusieurs années d'activités dans le domaine, que la Banque mondiale s'est dotée d'une politique formelle de la santé<sup>6</sup>.

In the first health policy, operations were limited to components of projects in other sectors, reflecting concern at that time about the feasibility of low-cost health care systems, and uncertainty about the World Bank's proper role in the sector and about how its activities should relate to those of WHO (World Bank, 1980, citée par Koivusalo et Ollila, 1997, p. 30).

<sup>6.</sup> Brunet-Jailly (1999b) écrit à propos: «Alors que la Banque mondiale a lancé des programmes de population dès la fin des années soixante, il a fallu attendre 1975 pour qu'elle prenne une position sur d'éventuels programmes de santé, et ce fut pour refuser "d'octroyer des crédits et des prêts consacrés aux services sanitaires de base" (Banque mondiale, 1975, p. 62) et pour décider de continuer simplement à se préoccuper de l'incidence sanitaire de ses projets de développement » (1999, p. 356).

Eu égard à sa position et à ses programmes actuels, Brunet-Jailly soutient ce qui suit: «La Banque est passée de l'idée que ses interventions devaient se limiter aux volets de santé de ses projets de développement agricole ou agro-industriels, à l'idée qu'elle pouvait, et même devait, intervenir directement dans le domaine de la santé» (Brunet-Jailly, 1999b, p. 365). Il ajoute: «En quelques années la Banque s'est forgé une opinion, et même une doctrine, sur les carences des systèmes de santé et sur ce qu'il conviendrait de faire» (*ibid.*). C'est en ces termes qu'il tente de brosser les grandes lignes de sa stratégie en matière de santé internationale:

La stratégie que la Banque mondiale a essayé de définir pour le secteur de la santé est fondée sur un diagnostic sévère du fonctionnement des systèmes de santé dans les pays en voie de développement, et en particulier dans les pays d'Afrique au sud du Sahara. Pour mettre en œuvre cette stratégie, la Banque mondiale a tenté d'avancer masquée: en transigeant sur les projets hospitaliers pour désarmer certaines oppositions; en poussant à la généralisation du paiement des prestations, puis du paiement des prestations à leur coût réel pour obtenir, espérait-elle, une progressive évolution des structures de financement et donc de l'importance relative des diverses activités; en restructurant indéfiniment, mais en pure perte, des institutions publiques chargées d'importer et de distribuer les médicaments, pour ménager les pharmaciens d'officine et surtout les intérêts des importateurs locaux, toujours liés au personnel politique, souvent au plus haut niveau, non sans évoquer de temps à autre les avantages économiques (considérables) des médicaments essentiels, etc. (Brunet-Jailly, 1999b, p. 369).

À force de fouiner un peu partout dans le champ de la santé, la BM a fini par induire en erreur un grand nombre de gens, d'organisations et institutions – les uns plus avisés que les autres –, en les laissant croire qu'elle avait pour mandat de mettre en œuvre des politiques nationales de santé. Or elle ne fait en réalité que les orienter soit à partir de ses recherches et recommandations, soit en finançant sous conditions, à travers une gamme de canaux, les acteurs, institutions, pays et organisations chargés de les exécuter. Son intervention

dans le secteur de la santé consiste de ce fait à conseiller (essentiellement la privatisation et la restructuration managériale des services de santé), à prêter directement à des partenaires œuvrant à la réalisation de certains projets et à soutenir les politiques ou les stratégies fondées sur le « développement d'infrastructures sanitaires de base, la formation d'agents de santé communautaires et de personnels administratifs, la modernisation de la logistique, l'approvisionnement en médicaments essentiels, la fourniture de services de santé maternelle et infantile, et l'amélioration des services de planification familiale et de contrôle sanitaire» (Banque mondiale, 1997, citée par Brunet-Jailly, 1999b, p. 358).

Alors, pourquoi a-t-il fallu attendre le début des années 1980 pour que la banque décide d'agréer des prêts dans le domaine de la santé<sup>7</sup>? Pourquoi, depuis 1987, la participation de la Banque mondiale au financement, à la coordination et aux recherches dans le domaine de la santé et des réformes de santé s'est-elle accrue<sup>8</sup> au point d'atteindre un sommet avec le rapport mondial sur le développement intitulé *Investing in Health*? Noivusalo et Ollila (1997)

<sup>7.</sup> En effet, c'est au cours des années 1980 qu'elle a décaissé les fonds nécessaires pour financer en Indonésie son premier projet dans le domaine de la santé. En moins de dix ans (1981-1987), elle aurait financé dans le monde pas moins de 26 projets. « Depuis la décision prise en 1989 par son président de doubler les prêts dans le secteur "santé, population et nutrition", la Banque a adopté 90 projets dans le domaine de la santé, c'est-à-dire plus de dix par an en moyenne » (Brunet-Jailly, 1999b, p. 356).

<sup>8.</sup> Le financement de la Banque mondiale dans le domaine de la santé, de la nutrition et de la population a rapidement crû à la fin des années 1980, passant de 103 millions de dollars pour la période fiscale 1981-1984 à 1 307 millions pour 1991-1994 (World Bank, 1994b). «In 1991, 29 projects were approved in the health sector at a total value of 3.3 billion, less than half of which was committed by the bank» (Buse, 1994, cité dans Koivusalo et Ollila, 1997, p. 26).

<sup>9.</sup> Ce document qui incarne l'intention inavouée de la Banque de prendre le leadership des politiques de santé (Lancet, 1993), reproduit à la lettre les grandes lignes du programme néolibéral: « The recommendations presented in Investing in Health correspond closely to neoliberal economic principles and promote the World Bank's owns ideology minimizing the role of

soutiennent que ces prêts directs de la banque devaient assurer le succès des nouveaux programmes nationaux d'extension de la couverture des soins de santé primaires, maintenir et supporter le rôle des programmes de santé dans la lutte contre la pauvreté, et renforcer sa présence dans le secteur de la santé. Comme de raison, à compter des années 1980, la Banque mondiale se veut la principale agence de financement pour les questions de population et de santé (World Bank, 1980). Elle a dû pour cela étendre quelques fois ses activités jusque dans les territoires de l'OMS, sans craindre d'être parfois vue comme le leader dans le domaine. Werner en a déduit que, forte d'une conception marchande, mécanique et déshumanisante à la fois de la santé et des soins de santé, la BM aurait transformé la santé en facteur d'investissement. Elle l'utiliserait comme prétexte pour atteindre et légitimer son principal but: affaiblir ou dégraisser les appareils d'État.

Despite all its rhetoric about alleviation of poverty, strengthening of households, and more equitable and efficient health care, the central function of the World bank remains the same: to draw the rulers and the governments of the weaker states into a global economy dominated by large multinational corporations (Werner, 1995 et Werner et al., 1997, cités par Koivusalo et Ollila, 1997, p. 40).

Par ailleurs, l'engament accru de la BM dans le secteur de la santé coïncide avec les critiques de ses politiques durant la période de l'ajustement structurel et des réformes sectorielles. La publication à la fin des années 1980 de *Financing Health services in Developing Countries – an Agenda for Reform* (WB, 1987) réaffirme à la fois sa dévotion aux politiques d'ajustement structurel et le besoin pour elle de ne pas négliger les aspects humains et sociaux des ressources. Peut-être n'est-ce pas du tout anodin que le thème central de ses activités dans le secteur ait été les réformes des soins de santé. De

government in public health interventions and health care delivery. The report places most responsibilities for health on individuals, minimizes corporate responsibilities and health risks caused by industries...» (Koivusalo et Ollila, 1997, p. 40).

surcroît, son engagement dans la promotion des investissements privés étrangers continue de lui fournir la justification nécessaire pour exiger des politiques nationales de santé qu'elles offrent de nouvelles occasions d'affaires aux industries du savoir, des soins, des services et de la pharmacie. En somme, avec Brunet-Jailly nous avons de bonnes raisons de croire qu'en matière de santé, les principaux projets financés par la Banque ont pour principaux objectifs et résultats de protéger les revenus familiaux et les intérêts des industries pharmaceutique et de la santé, de renforcer les administrations publiques et leur gouvernance, de créer des échelons supplémentaires dans la pyramide sanitaire, et par le fait même d'entretenir et de vassaliser les classes moyennes en gestation ou en stagnation constituées entre autres du personnel médical et paramédical.

#### 2.2.3. BILAN

La stratégie d'intervention de la Banque mondiale dans le champ sanitaire n'a pas obtenu les résultats escomptés (croissance économique, diminution du nombre d'années de vie utile perdues, réduction de la pauvreté, meilleure productivité, bonne gouvernance, etc.)<sup>10</sup>, c'est le moins qu'on puisse dire. Koivusalo et Ollila (1997) en font l'appréciation suivante: «*In an internal assessment (Wapenhans report) of 1,800 current World Bank projects in 131 countries, involving loans totalling US \$138 billion it was reported that over 35 per cent of projects completed in 1991 were deemed failure (Childers et Urquhart, 1994)*» (1997, p. 43).

Ce modeste succès lui vaut d'âpres critiques sur ses actions et prescriptions dans le domaine de la santé. La plupart d'entre elles portent sur le contenu de sa stratégie, sur le lien entre les réformes du secteur sociosanitaire et ses objectifs politiques plus généraux. Certains reprochent à la BM son engagement à promouvoir la privatisation des services à l'intérieur dudit secteur, ce qui ne peut

<sup>10.</sup> Cela ne signifie toutefois pas que ses interventions n'ont été d'aucune utilité ni qu'elles n'ont eu aucun impact positif. Loin s'en faut. Même que l'influence de la BM ne s'est pas limitée à ses seules activités dans le secteur.

qu'entraîner l'exclusion des pauvres de tous les droits à la santé, à l'éducation et à la vie digne. Ils soutiennent que dans le contexte global, mettre l'accent sur les questions de sexe, de santé, d'environnement et de société a fini par donner un visage humain à cette organisation dont les politiques demeurent incompatibles avec les objectifs de santé et de bien-être des populations à long terme. « Thus the main source of concern over the World bank strategies is the emphasis on private sector financing and the liberalization of trade, and the extent to which health and social policies may be neglected, compromised or distorted by this emphasis» (Koivusalo et Ollila, 1997, p. 45).

D'autres préfèrent souligner que la stratégie de réduction de la pauvreté de la BM repose essentiellement sur une réaffectation des ressources et des dépenses publiques plutôt que sur la fourniture de nouvelles ressources, ce qui fait que l'expression «réduction de la pauvreté» n'est somme toute qu'un slogan légitimant des politiques qu'elle justifiait auparavant par d'autres motifs. D'autres encore pensent que la structure de la BM ne convient guère à son engagement croissant dans le financement des politiques du secteur sociosanitaire, voire à la défense des intérêts des pauvres. Sans parler des désavantages de sa structure décisionnelle centralisée, de sa séparation du milieu de la mise en œuvre, de la lenteur des débours...

En dépit de ses bonnes intentions, la BM s'est attiré les critiques continues des ONG pour les impacts sociaux et environnementaux de ses projets, ce qui, combiné aux effets réels de ses prescriptions techniques et politiques, jette une ombre sur l'ensemble de ses activités de santé.

Comme nous venons de le voir, par l'injection de fonds dans le champ de la santé et par les conditions qu'elle y assortit, la BM joue inévitablement un rôle de premier plan dans l'application de l'orthodoxie des SSP en matière de santé publique internationale.

#### 2.3. L'UNICEF

Le Fonds des Nations unies pour l'enfance est un autre acteur important de l'orthodoxie des SSP. Créé en 1946, l'UNICEF fut l'entité temporaire des Nations unies chargée de répondre aux besoins urgents des enfants de l'Europe de l'après-guerre. C'est à la fin des années 1940 qu'il réorienta ses travaux vers les enfants du tiersmonde. Il a cependant fallu attendre 1953 pour qu'une résolution des Nations unies l'élève au rang des instances permanentes, avec pour mandat de donner assistance aux pays du tiers-monde notamment en vue du développement de leurs services permanents de santé et de bien-être. Koivusalo et Ollila rapportent: «By specializing in the needs of children, and not in a particular technical area, UNICEF's work cuts across many sectoral and policy issues. Nevertheless, it is still perhaps best recognized for its work in the health sector» (1997, p. 46).

Placé sous la direction du Conseil économique et social des Nations unies, l'UNICEF est dirigé par un conseil exécutif de 36 membres élus pour trois ans. Quelques-unes de ses expériences décisionnelles laisseraient croire que le conseil exécutif de l'UNICEF n'est pas vraiment une instance très importante dans la formulation de ses orientations politiques; il s'agirait plutôt d'une structure chargée d'approuver les directions déjà adoptées en haut lieu (sommets du G8) et dictées par la Banque mondiale.

En outre, contrairement aux autres organismes multilatéraux présentés dans ce livre, l'UNICEF a une approche de programmation nationale. Autrement dit, ses projets et programmes sont intégrés aux plans nationaux, surtout dans les pays du tiers-monde. Il devient ainsi une courroie de transmission, un pont reliant les institutions de *Bretton Woods* (FMI, BM) et les gouvernements nationaux. De ce fait, il lui arrive fréquemment de créer des structures carrément parallèles aux structures nationales.

Over the past decade UNICEF has placed increasing emphasis on support for public service delivery, the aim being the rapid achievement of global goals. This work has often been done through vertical structures and, in the course of implementation, parallel structures have often been created for service delivery. [...] With its history as a supply organization, UNICEF is still the biggest of the organizations providing items such as drugs, vaccines and medical equipment at favourable prices to the Third World countries (World Bank, 1993a citée par Koivusalo et Ollila, 1997, p. 57).

#### 2.3.1. LE FINANCEMENT

En tant que fonds des Nations unies, il dépend entièrement de contributions volontaires, fournies principalement par les gouvernements nationaux des 10 plus grands donneurs (Amérique du Nord, Europe et Japon), des comités nationaux, et des organisations non gouvernementales et intergouvernementales. En 2007, le montant total de ses recettes a augmenté de 8 % passant de 2 781 millions de dollars en 2006 à 3 013 millions de dollars. Rappelons que les revenus de l'UNICEF se répartissent en deux grandes catégories : les ressources générales et les fonds d'urgence et supplémentaires. D'après Lafond (1994), cité par Koivusalo et Ollila (1997), près de 80% des fonds d'urgence et supplémentaires – ce qui représentait, en 1996, 46 % du budget total - sont alloués aux programmes de santé. Le reste du budget sert à financer des programmes de promotion des politiques et partenariats en faveur des droits des enfants: l'éducation de base et l'égalité des sexes, la survie et le développement intégré de la petite enfance, la protection de l'enfant, le VIH/sida et l'assistance humanitaire.

#### 2.3.2. L'UNICEF ET LA SANTÉ

La santé maternelle et infantile est au cœur du mandat du Fonds des Nations unies pour l'enfance: améliorer la santé des enfants du monde est un de ses objectifs essentiels:

Améliorer la santé des enfants est l'une des nombreuses responsabilités relevant de la lutte contre la pauvreté. Des enfants en bonne santé deviennent des adultes en bonne santé, qui améliorent leurs conditions de vie, ainsi que celles de leurs communautés et de leur pays. [...] Depuis nos débuts, nous

avons réalisé d'importants progrès dans les domaines de la vaccination, de la réhydratation orale qui sauve la vie des nourrissons atteints de diarrhées graves, de la promotion et de la protection de l'allaitement au sein, de la lutte contre le VIH/sida, de l'apport de micronutriments et de l'éducation sanitaire (UNICEF, 2008).

Dans l'optique d'améliorer la survie et la santé des enfants et des femmes, l'UNICEF dit intervenir dans différents domaines dont:

- la promotion de politiques favorables: l'organisation soutient que les lois, les politiques et les institutions sociales sont essentielles pour l'amélioration de la situation des femmes et des enfants. Par exemple, au milieu des années 1990, elle a demandé au gouvernement de l'Égypte de faire de la réduction de la mortalité maternelle une priorité de son programme de santé national;
- l'amélioration des services de santé: «En aidant les programmes sanitaires des pays, l'objectif premier de l'UNICEF est de promouvoir l'amélioration générale des systèmes de santé, et notamment des soins de santé primaire » (UNICEF, 2008). Son appui aux gouvernements touche surtout l'élaboration des stratégies techniques et financières, la distribution des fournitures et des articles de santé essentiels, la formation du personnel de santé et la création des réseaux entre les principales institutions d'un pays (universités, centres de recherche, ministères, ONG et secteur privé);
- la promotion de comportements sains: en postulant qu'il existe une corrélation directe entre comportements sains et bonne santé, l'UNICEF contribue à promouvoir à l'échelle des ménages et des communautés des pratiques susceptibles d'éliminer bon nombre des causes évitables de maladies et de décès ou dont on sait qu'elles améliorent la santé et le développement de l'enfant (vaccination, prise en charge de la diarrhée, amélioration de la nutrition et des soins et prévention des accidents, etc.);

• le suivi et l'évaluation: en soutenant que l'évaluation de la situation sanitaire est l'une des stratégies les plus efficaces pour influencer la santé publique et orienter l'action et afin de fournir aux décideurs du domaine de la santé les informations fiables dont ils ont besoin pour agir, l'UNICEF applique une stratégie en trois stades: évaluer un problème, en analyser les causes et agir en conséquence.

En somme, en matière de politiques de santé, l'UNICEF serait l'une des premières agences transnationales à passer des préoccupations sectorielles de santé à une approche globale<sup>11</sup>, contenue dans le document intitulé *Planning for the Needs of Children in Developing Countries*<sup>12</sup> publié en Italie en 1964 (Koivusalo et Ollila, 1997, p. 49). Il a toutefois fallu attendre la fin des années 1970 pour que, durant le processus conduisant à la Déclaration d'Alma-Ata, les membres du comité conjoint de l'OMS et de l'UNICEF sur les politiques de santé se mettent d'accord sur la définition du concept de soins de santé primaires.

Même si l'UNICEF s'est engagé dans la promotion de l'universalisation des soins de santé primaires lors de la Conférence d'Alma-Ata, à partir de 1982, ses politiques de santé reflètent une approche sélective, de plus en plus ciblée; son centre se serait pour ainsi dire déplacé vers des interventions plus spécifiques. L'UNICEF continuera à réduire son champ d'intérêt et d'action. Au début des années 1990, sa structure organisationnelle est entièrement assimilable aux 20 cibles spécifiques de son plan d'action.

<sup>11.</sup> Cette initiative pionnière ne manqua pas d'agacer le leadership de l'OMS en matière de santé publique.

<sup>12.</sup> Dans ce rapport, l'UNICEF soutient que l'être humain, dès le début de la vie, doit être à la base de tout projet de développement. Et que les besoins à satisfaire dans les pays en développement concernent aussi bien la santé, la nourriture, les besoins en protéines et en vitamines, que l'éducation et la formation professionnelle. Il fait donc de l'éducation sinon un besoin vital, du moins un besoin communautaire. Il postule une très forte corrélation entre les buts de développement et les besoins des enfants: l'avenir de toute une nation dépendrait de la santé, de la force physique, de l'éducation et de la personnalité de ses enfants.

Ce réalignement de l'organisation n'est évidemment pas le fruit du hasard. Au cours des années 1980, l'UNICEF a réalisé une étude sur les impacts<sup>13</sup> qu'avait la récession économique d'alors sur les enfants dans le monde et entamé des discussions avec la BM et le FMI afin d'en amoindrir les effets. C'est ce qui, en septembre 1987, a amené ses dirigeants à proposer, conjointement avec l'OMS et la BM, l'Initiative de Bamako (BI). «*The basic concept of the BI was to strengthen primary health care by financing it through selling drugs*» (Koivusalo et Ollila, 1997, p. 52).

Suivant l'Initiative de Bamako, la Banque africaine de développement devait fournir aux pays les plus pauvres de l'Afrique sub-saharienne: le financement initial des coûts de développement de l'équipement de base nécessaire aux services de santé primaires, le financement d'un nombre limité de médicaments génériques et le soutien des coûts d'opération. «The Bamako Initiative can even be seen as a UNICEF tool for adjusting the Third World countries to the diminishing role of the state linked with the structural adjustment programmes» (idem, p. 51).

Cette initiative, toutefois, ne fut pas sans provoquer des tensions et conflits de juridiction aussi bien entre l'UNICEF et l'OMS qu'entre le bureau central de l'OMS (WHO) et son bureau régional africain. Koivusalo et Ollila (1997) expliquent: « UNICEF failed to consult WHO on the policy content of the Bamako Initiative, and on its implications for WHO's essential drugs policy, before announcing the initiative. Although WHO joined the initiative, this became an additional issue straining the relationship between WHO and UNICEF» (1997, p. 54).

<sup>13.</sup> La plupart des auteurs s'accordent pour dire que la récession et les politiques d'ajustement structurel ont conduit la majorité des pays les moins développés à des coupures budgétaires, notamment dans le système public de santé, ce qui les empêcha de payer les soins. Comme une bonne partie du budget de la santé était réservée aux médicaments importés, ils devenaient progressivement contraints de demander à des étrangers de payer leurs factures.

Plus d'un en déduit qu'avec cette initiative, l'UNICEF s'est aligné du côté de la Banque mondiale qui a toujours fait la promotion de la privatisation même dans le champ de la santé. Cette allégeance à la Banque mondiale est tout à fait évidente dans la première déclaration de mission de l'organisation en janvier 1996:

In its health policy UNICEF encourages privatization of health services if it improves quality equity and cost-efficiency; the establishment of community financing mechanism; measures to ensure that the poorest people benefit from quality care; and the removal of financial, cultural and geographic barriers. [...] The stated preconditions for privatization are difficult to meet. Furthermore, under privatization and community financing measures, access of the poorest to quality care could imply a two-tiered system. These policies come close to those of the World Bank, and are evaluated in more detail in the section on health care reforms. The strengthening of outreach services will build on immunization efforts, and the emphasis on a result-oriented approach with specific time-bound targets and outcomes, and continuing monitoring. In health promotion the emphasis is on informing and advocating, although healthy public policies are also mentioned (UNICEF, 1995a) (Koivusalo et Ollila, 1997, p. 54).

Cela n'est pas étonnant puisque la Banque est l'un de ses grands donateurs. Réciproquement, la BM a souvent promu et approuvé les programmes de l'UNICEF tels que la priorisation des interventions sélectives, le marketing social, les mécanismes de financement, etc. Peut-être est-ce la raison pour laquelle l'UNICEF n'a jamais ouvertement dénoncé les programmes d'ajustement structurel (réduction du rôle de l'État, privatisation, dérégulation, libre-échange); tout au plus, a-t-il plaidé pour un ajustement à visage humain protégeant les pauvres et les plus vulnérables.

#### 2.3.3. BILAN

Même si les évaluations de l'UNICEF veulent en donner une bonne impression, l'Initiative de Bamako a fait l'objet d'un certain nombre de critiques. La crainte qu'elle ne finisse par prioriser les médicaments

aux dépens d'autres aspects du système de santé, le danger qu'elle présente d'encourager un usage inapproprié des médicaments, la dépendance des bénéficiaires par rapport à l'UNICEF, la peur de favoriser une approche curative de la santé au détriment de l'approche préventive, etc. font tous partie des critiques qui lui sont adressées.

As described above, UNICEF's answer to the deteriorating situation of children during structural adjustment was largely its own GOBI-IFF<sup>14</sup>; and to the financial crises of primary health care, the answer was drugs given by donors and packed by UNIPAC (Koivusalo et Ollila, 1997, p. 51, 57).

L'idéologie qui la sous-tend (approche sélective et sectorielle) n'y a pas non plus échappé: « *Criticism of the ideology behind the BI has included doubts concerning the equity and access aspects, and concerns about problems associated with integrating BI activities into the rest of primary health system*» (idem, p. 52-53).

Malgré l'importance de la Banque mondiale et de l'UNICEF dans la défense et l'application de l'orthodoxie des soins primaires en matière de santé mondiale, la première pour son poids financier, la seconde pour ses programmes d'action, c'est toutefois à l'Organisation mondiale de la santé que nous consacrerons le plus d'attention. Ce choix vient d'abord de ce que l'OMS s'est engagée de façon ferme et continue dans la promotion des soins de santé primaires, mais surtout de ce qu'elle est de droit la principale autorité en matière de santé internationale, le maître d'œuvre légitime de l'orthodoxie des soins de santé primaires. C'est en effet à elle qu'on impute a priori la responsabilité de la situation sanitaire mondiale. De

<sup>14.</sup> Voici comment le Rapport alternatif sur la santé dans le monde «Global Health Watch 2005-2006» définit le programme GOBI-IFF: «By the early 1980s, WHO, UNICEF and major bilateral donors, notably USAID, had endorsed this approach, epitomized by the "Child Survival Revolution" launched in 1982. This prioritized seven child health interventions: growth monitoring, oral rehydration therapy (ORT), breastfeeding, immunization, family planning, food supplements and female education, which collectively became known as the acronym GOBI-FFF» (2005, p. 68-69).

surcroît, à s'y intéresser, on finit par rencontrer les autres acteurs, car ses actions sont pour la plupart conçues et exécutées en coopération ou en partenariat.

# 2.4. L'ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (OMS)

#### 2.4.1. LE BUT ET L'ORGANISATION

Fondée le 7 avril 1948, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) est l'une des quatre grandes institutions spécialisées du système des Nations unies<sup>15</sup>. Elle dépend directement du Conseil économique et social des Nations unies et son siège social<sup>16</sup> se situe à Genève, en Suisse. Sa création a permis de définir et de lancer la première politique de santé publique qui soit véritablement internationale. Cette organisation intergouvernementale à vocation universelle n'a cependant pas de pouvoirs supranationaux; elle agit « en tant qu'autorité directrice et coordinatrice pour toutes les questions internationales de santé et de santé publique » (OMS, 1947, p. 2). Elle soutient

<sup>15.</sup> Les trois autres organismes spécialisés des Nations unies sont: l'Organisation internationale du travail (OIT), l'Organisation des Nations unies pour l'alimentation et l'agriculture (FAO) et l'Organisation des Nations unies pour l'éducation, la science et la culture (UNESCO).

<sup>16.</sup> L'organisation mondiale de la santé (OMS) regroupe trois types de bureaux : le siège social de l'OMS où se trouve le bureau du directeur général, les bureaux régionaux où logent les directions régionales et les bureaux de liaison et autres bureaux composés principalement de centres de recherche spécialisés et de bureaux attachés à certaines organisations internationales. L'OMS compte 192 États membres regroupés en fonction de leur position géographique dans l'un des 6 bureaux régionaux suivants: l'Afrique, les Amériques, l'Asie du Sud-est, l'Europe, la Méditerranée orientale, le Pacifique occidental. Composée des délégués représentant tous les États membres, l'Assemblée mondiale de la santé est l'organe suprême de l'OMS, elle est chargée d'approuver le programme et le budget pour le prochain exercice biennal et de statuer sur les grandes orientations politiques de l'organisation.

les stratégies sanitaires nationales<sup>17</sup>, conçoit et met en œuvre des stratégies internationales de santé publique et s'efforce de contrer les problèmes de santé les plus urgents dans le monde.

Comme l'indique l'article 1 de sa constitution, le but de l'OMS « est d'amener tous les peuples [de la terre] au niveau de santé le plus élevé possible » (OMS, 1947, p. 2; 2006, p. 2). Elle considère la santé le comme un droit fondamental pour tout être humain, indépendamment de son groupe ethnique, de sa religion, de ses opinions politiques et de sa condition économique et sociale. Cela dit, pour elle, le fait de permettre à tous les peuples de la terre d'accéder au « niveau de santé le plus élevé possible » sert le développement économique.

Les fondations de l'OMS reposent sur trois grands principes: le bonheur des peuples, leurs relations harmonieuses et leur sécurité. Ces principes induisent un certain nombre d'axiomes qu'on pourrait résumer ainsi: la démocratisation du risque et de la sécurité, la responsabilité étatique et la coopération étroite entre individus et États. D'après l'OMS, les inégalités qu'on observe à l'intérieur des pays et entre eux quant à l'amélioration de la santé et à la lutte contre la maladie, en particulier contre les maladies transmissibles, sont un péril pour tous. À l'inverse, les résultats atteints par chaque État dans l'amélioration et la protection de la santé individuelle et collective sont précieux pour tous. Pour cette raison, les États membres de l'OMS se sont engagés à coopérer pour améliorer et protéger la santé de tous. Néanmoins, il reste que la responsabilité de la santé des peuples relève avant tout de leur gouvernement national.

<sup>17.</sup> À leur demande, elle aide les États nationaux à améliorer leurs services de santé et répond à toutes requêtes inscrites dans ses attributions et domaines de compétence, en provenance d'un État ou des Nations unies.

<sup>18.</sup> Ici, la santé signifie non seulement l'absence de maladie et d'infirmité *évitables*, mais aussi un état complet de bien-être physique, mental et social (OMS, 1947, p. 2; 2006, p. 2.).

#### 2.4.2. LE FINANCEMENT

L'étendue, l'importance et le nombre des programmes de l'OMS dépendent des ressources financières qui lui sont accordées. Le budget de l'OMS est financé par deux sources principales: les contributions des membres et les recettes diverses qui alimentent le budget ordinaire, et les contributions volontaires. Le budget ordinaire est financé par les contributions fixes des États membres, basées sur le barème de l'ONU, lui-même basé sur la capacité de paiement des États, leur revenu comparé par habitants et d'autres facteurs. Beigbeder (1997) rapporte de grandes différences dans les contributions obligatoires: par exemple, les États-Unis contribuent à hauteur de 25 % du budget de l'OMS, tandis que la contribution d'environ 175 autres pays est inférieure à 2 % <sup>19</sup>. Ainsi, quoique le droit de vote égalitaire (une voix par État membre) prévale à l'OMS, les pays n'ont pas le même poids dans les décisions concernant les programmes et les affectations budgétaires <sup>20</sup>.

De plus, les données confirment un revirement dans le rapport entre ces deux sources de financement au cours des dernières périodes biennales: si le budget ordinaire n'a que très peu augmenté, le volume des contributions volontaires s'est fortement accru. «Les contributions volontaires représentent actuellement quelque 70% des ressources financières totales dont dispose l'Organisation, un chiffre qui atteindra 83% d'ici 2015 si la tendance actuelle se poursuit» (OMS, 2005c, p. 13).

<sup>19.</sup> La différence dans l'importance des contributions fixes des États membres au budget ordinaire de l'OMS entraîne une différence dans leur capacité de pression. Par exemple, si les États-Unis décident de ne pas contribuer pendant une année, c'est tout le budget de l'Organisation qui en pâtira.

<sup>20.</sup> Pour plus d'informations sur les capacités de pression des plus grands contributeurs au budget de l'OMS voir Beigbeder, Yves (1997). *L'Organisation mondiale de la santé*, 1<sup>re</sup> éd., Paris, Presses universitaires de France, 127 p. coll. «Que sais-je?», ainsi que OMS, EB105/17, Add. 1, 16 décembre 1999b.

Tableau 2.1

Budget programme 2004-2005, 2006-2007, par source de financement (milliers de \$ US)

Source de financement	2004-2005	2006-2007	Variation en %
Budget ordinaire:			
a) contribution des membres	858 475	893 115	4,0
b) recettes diverses (non comprises dans les mécanismes d'ajustement)	21 636	22 200	2,6
Total du budget ordinaire	880 111	915 315	4,0
Contributions volontaires	1 944 000	2 398 126	23,4
Ensemble des sources de financement	2 824 111	3 313 441	17,3

Source: OMS (2005c). PB/2006-2007.

Cette transformation dans l'équilibre des deux sources de financement n'est pas sans avoir des conséquences sur le cadre intégré de la gestion et de la planification en vigueur dans l'Organisation. Comme les contributions volontaires sont toujours orientées vers des programmes préalablement ciblés par les donateurs, les priorités définies par l'Assemblée mondiale de la santé<sup>21</sup> et reflétées dans le budget-programme ont moins de chances de se maintenir. Ainsi, certains domaines d'activité sont susceptibles de recevoir un financement supplémentaire au cours de la période biennale, tandis que d'autres pourraient avoir obtenu moins que ce qui avait été jugé nécessaire pour atteindre les résultats escomptés, puisque ce n'est pas la Direction exécutive qui décide à quels postes de dépenses les contributions volontaires vont être consacrées. De plus, quand on sait que ces dernières viennent principalement de partenaires comme les industries pharmaceutiques, les fondations «Bill and Melinda Gates», «Rockefeller» et d'autres organisations du secteur privé, d'ONG, des gouvernements des pays du G8 et d'autres organisations internationales telle la Banque mondiale, il y a lieu de se demander si un contrepoids à l'Assemblée nationale n'est pas en train de s'installer au sein même de l'OMS pour servir un tout autre objectif que celui fixé par cette dernière.

<sup>21.</sup> L'Assemblée mondiale de la santé est l'organe directeur suprême de l'OMS. Constituée des représentants de tous les États membres, elle a pour principale fonction d'arrêter les politiques de l'OMS.

#### 2.4.3. LE MANDAT ET SON ÉVOLUTION

Le mandat de l'OMS est décrit dans sa charte fondamentale aux alinéas de l'article 2 où sont énumérées les fonctions qu'elle exerce en vue d'atteindre son but. On peut résumer ainsi ces fonctions<sup>22</sup>: l'OMS assure tout d'abord une fonction normative et de standardisation de la santé publique (règlements, nomenclature internationale des maladies, des produits toxicologiques, conventions, etc.), une fonction de recherche, de formation et d'information (transfert de connaissances, de technologies, etc.). À cela s'ajoute une fonction opérationnelle, d'assistance technique et d'aide d'urgence. Enfin, elle voit à tous les aspects de la politique publique susceptibles d'avoir une incidence sur la santé des gens (eau potable, logement, commodités de base, etc.).

Cette formulation générale du mandat de l'Organisation présente le défaut majeur de gommer son évolution au cours des ans. En effet, entre 1948 et 1998<sup>23</sup>, trois grandes tendances ont marqué son histoire, l'ont conduite à modifier son mandat et à se rapprocher progressivement de ses objectifs initiaux<sup>24</sup>. Ainsi, fondée dans le contexte de l'après-guerre, c'est-à-dire celui de la reconstruction de l'Europe, des Trente Glorieuses et de la guerre froide, l'OMS a surtout privilégié, durant la première décennie de son existence (1948-1959), l'établissement d'un cordon sanitaire autour des pays dits les «moins évolués». Elle enjoignait les gouvernements de ces pays à s'en tenir aux méthodes d'assainissement éprouvées et à apprendre à leurs populations les pratiques simples et quotidiennes d'hygiène. Le mouvement de décolonisation à la faveur

<sup>22.</sup> Pour un portrait complet des fonctions de l'OMS, voir Yves Beigbeder (1995, 1997). *L'Organisation mondiale de la santé*, Paris, Presses universitaires de France.

<sup>23.</sup> L'année 1998 marque un tournant dans l'histoire de l'OMS. En effet, on a alors procédé à un remaniement important au sein de l'Organisation, par l'adoption d'une série de mesures – inspirées par l'état de la santé dans le monde et le bilan de l'application des soins de santé primaires pendant un quart de siècle – dont il est encore trop tôt aujourd'hui pour évaluer adéquatement les résultats.

<sup>24.</sup> Pour la liste de ces objectifs, voir la constitution de l'OMS (1947, 2006).

duquel émergèrent de nombreux États postcoloniaux a eu pour effet, dans la seconde décennie (1960-1972), de recibler son action. Lors de la 14e Assemblée mondiale de la santé tenue en 1961, il est en effet stipulé que l'OMS aura désormais « un rôle important à jouer pour aider les pays et les peuples coloniaux à exercer leur droit fondamental et inaliénable à la liberté et à l'indépendance, en contribuant à l'élévation de leur niveau de santé physique et mentale... » (Beigbeder, 1997, p. 18). De l'incitation à l'adoption de saines mesures de santé, l'OMS voit donc son champ d'action s'élargir de manière significative.

Les deux décennies subséquentes (1973-1998) ont été quant à elles cruciales pour l'affirmation du parti pris de l'OMS pour la justice sociale. En septembre 1978, de concert avec l'UNICEF, elle a organisé la Conférence internationale d'Alma-Ata au cours de laquelle les dirigeants de la planète ont reconnu la nécessité d'une action urgente des États afin de promouvoir la santé de tous les peuples du monde<sup>25</sup>. La Déclaration d'Alma-Ata stipule en effet que:

Les gouvernements [États] ont vis-à-vis de la santé des populations une responsabilité dont ils ne peuvent s'acquitter qu'en assurant des prestations sociales adéquates. L'un des principaux objectifs sociaux des gouvernements, des organisations internationales et de la communauté internationale tout entière au cours des prochaines décennies doit être de donner à tous les peuples du monde, d'ici l'an 2000, un niveau de santé qui leur permette de mener une vie socialement et

<sup>25.</sup> Du reste, cette période coïncide également avec l'adoption unanime à l'Assemblée générale des Nations unies d'une Déclaration concernant l'instauration d'un «Nouvel ordre économique international» (ONU, 1974, Rés. 3201 (S-VI)). L'une des implications les plus importantes de cette résolution est que les Nations unies ont invité expressément l'OMS et les organismes apparentés «à intensifier l'action internationale en faveur d'une amélioration des conditions sanitaires dans les pays en développement en accordant la priorité à la prévention des maladies et de la malnutrition et en fournissant des services de santé de base aux collectivités, y compris des services d'hygiène maternelle et infantile et de protection de la famille» (Beigbeder, 1997, p. 19).

économiquement productive. Les soins de santé primaires sont le moyen qui permettra d'atteindre cet objectif dans le cadre d'un développement empreint d'un véritable esprit de la justice sociale (OMS, 1978, p. 3).

De la Conférence d'Alma-Ata va découler la Stratégie mondiale de la santé pour tous d'ici l'an 2000 adoptée en 1979 et reformulée en 1981, laquelle codifie explicitement les révélations de la « religion universelle des soins de santé primaires ».

L'année 1998 inaugure une nouvelle ère dans l'histoire de l'OMS dans le sens où elle a été le théâtre à la fois de son cinquantième anniversaire, d'un changement de siècle et de millénaire<sup>26</sup>, mais aussi d'une transition complexe dans un monde en mutations. On venait de réaliser que si le xx<sup>e</sup> siècle nous avait laissé en héritage de remarquables progrès, entre autres dans les domaines de la santé et du développement humain<sup>27</sup>, il nous avait aussi légué de graves menaces, malgré les deux décennies de développement des *soins* de santé primaires et de la Stratégie mondiale de la santé pour tous. L'OMS concède qu'à la fin de ce millénaire:

[L]'extrême pauvreté s'étendait et un tiers des enfants souffraient de faim et de malnutrition; les inégalités s'accentuaient entre pays et dans les pays; le climat de la planète changeait, entraînant de nouveaux risques pour la santé et l'environnement; la population était toujours la proie de

<sup>26.</sup> De nombreux historiens (Éric Hobsbawm, Jean Heffer, etc.) s'accordent pour dire que la transition de siècle et de millénaire date du début de la dernière décennie du xxe siècle. Durant cette période, on assistait à la chute du bloc soviétique, à l'accélération de la mondialisation par le truchement de la révolution des techniques de l'information, de la robotique et de l'intelligence artificielle, de la globalisation des échanges grâce à l'ouverture des frontières pour tous les facteurs de production, à l'exception du travail (capital, matières premières, moyens de production, biens et services...), et corollairement à l'effritement des bases de l'État-nation.

<sup>27.</sup> D'après l'OMS: «l'espérance de vie à la naissance avait augmenté de plus de 30 ans, l'accès aux services de santé s'était beaucoup amélioré, les taux de couverture vaccinale dans le monde étaient élevés, la variole avait été éradiquée et la recherche-développement avait fait des progrès extraordinaires » (OMS, 2003b, p. 5).

maladies mortelles comme l'infection au virus de l'immunodéficience humaine/le syndrome d'immunodéficience acquise (VIH/sida), la tuberculose et le paludisme alors que les maladies non transmissibles gagnaient du terrain; les femmes restaient vulnérables dans maintes parties du monde; et les conflits armés continuaient à freiner les progrès sanitaires et le développement. L'accès aux services de santé demeurait très inéquitable: supportant 90 % de la charge mondiale de la maladie, les pays en développement n'absorbaient pourtant que 10 % des ressources consacrées à la santé. Un cinquième de l'humanité n'avait pas accès à des services de santé modernes et la moitié était privée de médicaments essentiels (OMS, 2003b, p. 5).

Par conséquent, nonobstant ses nobles intentions et ses velléités, l'OMS a dû aborder le XXI<sup>e</sup> siècle et le troisième millénaire avec des sentiments mitigés d'espoir et d'appréhension. Les avancées sans précédent dans les domaines de la santé, de la croissance économique et de la science ont présagé une nouvelle ère de progrès que de nouveaux problèmes et des défis récents (l'épidémie du sida, la résurgence du paludisme, les conséquences inattendues du tabagisme, les catastrophes naturelles, les conflits armés, la dégradation de l'environnement...) ont vite fait d'assombrir. La réforme sanitaire à laquelle ont grandement contribué la Déclaration d'Alma-Ata et la politique mondiale «Santé pour tous» axée sur les soins de santé primaires, semble avoir laissé derrière elle plus d'un milliard de personnes dont la vie demeure brève et marquée par la maladie et la pauvreté<sup>28</sup>. Nombre de ceux qui échappent à la pauvreté ne parviennent pas à réaliser tout leur potentiel sanitaire, parce que leur système de santé consacre ses ressources à des interventions d'une qualité et d'une efficacité médiocres par rapport au coût, parce qu'ils renoncent à des soins essentiels ou les reportent, parce qu'ils doivent

<sup>28.</sup> L'OMS définit la pauvreté comme le résultat d'une conjugaison de facteurs dont le revenu. C'est aussi le fait «d'être privé des moyens de réaliser pleinement son potentiel humain ou de ne pas y avoir accès. Ainsi, ne pas avoir accès aux soins de santé, à l'information ou à un milieu qui permette de mener une vie plus saine est, en soi, un élément de pauvreté » (OMS, 2003c, EB113/12: paragr. 3).

assumer d'énormes charges financières pour faire face à des besoins imprévus de services, ou encore parce qu'ils sont incapables de se procurer des médicaments essentiels...

L'espoir peut toutefois l'emporter sur l'incertitude, soutient l'OMS, plus que jamais résolue à apporter un réel changement à la situation sanitaire mondiale et par le fait même aux conditions de vie générales de l'humanité – la santé humaine exerçant une influence significative sur chaque aspect de l'existence. Il est possible, maintient-elle, de «transformer des vies actuellement gâchées par la maladie et la peur de la ruine économique en des vies dominées par des espérances raisonnables » (OMS, 1999f, A52/4, p. 2). Il suffit de placer la santé au cœur du programme mondial de développement et que des investissements judicieux soient injectés dans le secteur sanitaire pour qu'un grand nombre de pauvres ne soient plus exposés aux décès prématurés et aux trop nombreuses incapacités qui les frappent aujourd'hui, pour que l'espérance de vie en bonne santé se mette à augmenter pour tous, pour que le tabagisme et les autres risques pour la santé deviennent négligeables et que la charge financière des besoins médicaux imprévus soit équitablement répartie, pour qu'aucun ménage ne soit privé d'accès aux soins ou confronté à des dépenses ruineuses, pour que les systèmes de santé soient en mesure de répondre à des demandes de plus en plus complexes avec davantage de compassion et d'efficacité en apportant des soins de meilleure qualité (OMS, 1999f, A52/4, p. 1).

Pour y parvenir, l'OMS a convenu de procéder à des transformations majeures dans son organisation interne et dans ses relations extérieures. Il s'agissait pour elle de se repositionner par rapport aux grands enjeux sanitaires. Elle devait revoir sa structure, c'est-à-dire la rendre plus uniforme et s'assurer une meilleure communication, une plus grande transparence, une répartition plus claire des responsabilités et une culture d'entreprise fondée sur les résultats, l'efficience, la productivité et la satisfaction du personnel. Elle devait se doter de nouvelles orientations stratégiques, forger des partenariats plus forts avec les États membres et autres personnes morales, investir dans la santé des plus démunis... Bref, elle devait s'offrir une réforme à la hauteur de ses ambitions.

# 2.4.4. LA MISE EN PLACE DE LA RÉFORME (1998)

Le bilan<sup>29</sup> qui compléta la troisième évaluation de l'OMS quant aux progrès réalisés par l'application de la Stratégie mondiale de la santé pour tous d'ici l'an 2000, a révélé certes une amélioration considérable de l'accès aux soins de santé dans le monde, mais malheureusement pas pour tous. Malgré les progrès considérables dont elle a été témoin, malgré l'accentuation de l'intérêt des responsables politiques pour la santé des plus démunis et malgré une augmentation récente de l'aide internationale pour la santé, à moins d'agir rapidement, avec détermination et plus de ressources, les causes de morbidité et de mortalité continueront de faire d'innombrables victimes, d'entraîner les malades et leur famille dans la pauvreté et de ralentir la croissance et le développement économiques (OMS, 2003d, p. iii). Nous sommes encore loin de l'époque où tous les êtres humains auront atteint un niveau de santé qui leur permettra d'avoir une vie socialement et économiquement productive. Dans de nombreux pays, différents mobiles ont pu et continuent d'entraver les progrès sociosanitaires: insuffisance d'engagement politique en faveur de la mise en place de la Santé pour tous, lenteur du développement socioéconomique, lacunes de l'action intersectorielle en faveur de la santé, insuffisance de financement en faveur de la santé, rapidité des changements démographiques et épidémiologiques, catastrophes naturelles ou dues à l'homme, pour ne citer que ceuxlà<sup>30</sup> (OMS, 1998e, A51/5: V, p. 6).

<sup>29.</sup> Ce bilan fut établi dans les quatre Rapports sur la santé dans le monde (1995-1998), quoique celui de 1998 soit à proprement parler celui où sont exposés les réalisations et les événements les plus marquants de la deuxième moitié du xxº siècle dans le domaine de la santé, ainsi que les tendances démographiques, économiques et sociales qui influeront sur la santé au début du xxɪº siècle.

<sup>30.</sup> Ces préoccupations sont toutefois à mille lieues des priorités de l'OMS il y a cinquante ans, à savoir «la vaccination, les maladies infectieuses et parasitaires, la malnutrition, l'hygiène et l'assainissement, les infrastructures sanitaires de base, l'Éducation et la formation des personnels de santé, et le développement ou la reconstruction des services de santé» (OMS, 1998d, EB101/DIV/2, p. 1). Autant dire que l'ampleur des défis auxquels l'Organisation doit faire face s'est considérablement accrue avec le temps.

La mise en place de la réforme<sup>31</sup> de l'OMS qui s'ensuivit se justifie donc autant par les résultats mitigés de ses politiques et programmes que par l'ampleur de la transition caractéristique de la fin du xxe siècle: bouleversements politiques et économiques (guerres civiles, conflits armés, crash financier, récession économique), transitions démographiques (allongement de l'espérance de vie, chute des taux de fécondité et changements corollaires dans les profils épidémiologiques, migrations internationales, etc.), tendances sociales (urbanisation, détérioration de l'environnement, problèmes de logement, famine, malnutrition, chômage)... L'OMS fut pour ainsi dire pressée d'anticiper l'avenir à partir de nouvelles approches et orientations stratégiques: «Le monde est dans une époque de transition. L'OMS doit donc aussi assurer une transition, se tourner vers l'avenir» (OMS, 1998f, p. 2). Elle a dû actualiser sa politique «Santé pour tous» axée sur les soins de santé primaires en recentrant son action sur deux buts principaux : mettre la santé au cœur du développement, bâtir et développer des systèmes de santé durables capables de répondre aux besoins des populations.

## 2.4.4.1. Santé, pauvreté et développement

La *Réforme* incarne l'idée que la santé des populations, celle des groupes les plus vulnérables en particulier, est à la fois une ressource et un but du développement, un indicateur du bien-fondé des politiques (OMS 1998c, A51/3: V). On ne saurait envisager de développer une collectivité sans améliorer la santé de sa population et vice versa. C'est en fait un changement de paradigme en matière d'économie de la santé que l'OMS propose lorsqu'elle affirme que ce n'est pas la santé qui est inabordable économiquement pour la

<sup>31.</sup> Deux facteurs sont déterminants dans sa mise en place: la nomination d'un nouveau Directeur général et l'établissement d'une nouvelle administration d'une part; le bilan du jubilé de sa création et des 25 ans d'anniversaire des soins de santé primaires d'autre part. Même si elle est plutôt conjoncturelle, la nomination de madame Brundtland à la direction générale de l'OMS a insufflé à l'Organisation un dynamisme, un rodage et une performance jusque-là inégalés.

plupart des gens: «[...] c'est l'inverse qui est plutôt vrai: c'est de négliger les systèmes de santé nationaux qui a un coût inabordable » (OMS, 2003d, p. 13).

Pour déterminer la place de la santé dans le développement économique mondial, l'OMS a lancé en janvier 2000 la Commission Macroéconomie et Santé. Celle-ci a publié, en décembre 2001, un premier rapport intitulé *Macroéconomie et santé: investir dans la santé pour le développement économique*. Ce rapport a révélé que la santé est une richesse nationale et mondiale nécessaire au développement socioéconomique et à la cohésion sociale: «Les faits montrent que la santé engendre une richesse plus grande et plus équitablement distribuée dans la mesure où elle contribue à l'accumulation du capital humain et social et à l'accroissement de la productivité» (OMS, 1999c, EB105/5, parag. 7).

Dans ce cas, quelles seraient les retombées économiques globales d'un énorme investissement dans la santé? La Commission Macroéconomie et Santé en a fourni une première estimation quantitative: un investissement<sup>32</sup> additionnel annuel de 66 000 millions de dollars américains par an pendant 15 ans, dans la santé des pays à faible revenu, pourrait sauver 8 millions de vie chaque année, soit un rendement en matière de croissance économique d'au moins 360 000 millions de dollars américains durant la période 2015-2020, donc six fois supérieur au montant investi (OMS, 2003b, EB113/12: 2. par. 4; OMS, 2003a, DGO, p. 11).

Cette commission a aussi dévoilé à quel point les maladies évitables ont un le coût économique élevé, c'est-à-dire dans quelle mesure elles réduisent le revenu annuel d'un pays, ses revenus individuels et ses chances de croissance. Forte d'un grand nombre d'indicateurs sociaux, elle rapporte que les pays où règnent les pires conditions sanitaires et éducatives ont plus de difficulté à instaurer une croissance économique soutenue que les États avantagés dans

<sup>32.</sup> Cet investissement permettrait d'atteindre le seuil d'investissement de 30 à 40 dollars américains par personne, nécessaire aux pays à faible revenu pour assurer les interventions essentielles, soit 27 milliards de dollars en subventions d'ici 2007.

ces domaines. Même en introduisant d'autres variables économiques, la corrélation entre une meilleure santé et une plus forte croissance économique persiste. Ainsi, même si on ne tient compte que des variables macroéconomiques standards (revenu initial, politique économique, autres caractéristiques structurelles de l'économie), la situation sanitaire pourrait en grande partie expliquer la différence actuelle entre les taux de croissance économique. Pour ainsi dire, de nombreux pays végèteraient dans le cercle vicieux de la pauvreté, la mauvaise santé et la stagnation économique, voire la récession: les malades et les mourants sont dans l'incapacité de se sauver euxmêmes et entraînent dans leur chute les membres de leur famille: les enfants malades ou souffrant de malnutrition ne peuvent pas aller à l'école et réaliser pleinement leur potentiel, faute de moyens; les populations sur lesquelles pèsent de graves maladies ne peuvent pas contribuer à la croissance socioéconomique de leur pays... (OMS, 2003b, p. 1). Rappelons que la maladie peut enrayer la prospérité et le développement économique principalement de trois façons:

• Les maladies évitables réduisent le nombre d'années d'espérance de vie en bonne santé, c'est-à-dire entraînent des décès prématurés et des incapacités chroniques dont le coût financier est phénoménal (perte de revenus marchands, perte de longévité, coût du traitement médical, perte de salaire, coût de l'instabilité de la main d'œuvre...). Si l'on considère que chaque année de vie corrigée par l'incapacité (AVCI) équivaut au revenu moyen per capita, soit 563 dollars américains d'ici à 2015 dans les pays à bas revenu, il en résultera, selon une estimation très prudente (un taux de croissance annuel de 2 % entre 2000 et 2015), à raison de 8 millions de vie sauvées par année, 330 millions d'AVCI mutipliées par 563 dollars américains, soit environ 186 milliards de dollars américains par an à l'horizon de 2015. De plus, prévoit la Commission, audelà de la stimulation de la croissance économique par l'amélioration de la santé, les avantages économiques effectifs pourraient être beaucoup plus élevés. Selon les experts : «En ajoutant la valeur des vies sauvées aux effets de l'accélération de la croissance économique, on obtient des avantages

- économiques d'une valeur au moins égale à 360 milliards de dollars américains par an entre 2015 et 2020, et peut-être très au-dessus » (OMS, 2001, p. 118).
- La mortalité infantile et la mortalité juvénile, tel un compromis quantité-qualité, exercent une pression à la hausse sur la fécondité des familles pauvres, dont le coût réduit leur capacité à investir dans la santé et l'éducation des survivants.
- Finalement, les maladies endémiques ou épidémiques font peser des menaces sur des industries entières (agriculture, mines et manufactures, tourisme), elles risquent aussi de compromettre la coopération sociale, la stabilité politique et macroéconomique.

Inversement, une meilleure santé peut prévenir la pauvreté ou offrir un moyen d'y échapper. La relation entre la santé et la pauvreté peut alors être décrite à la fois comme un cercle vertueux et comme un cercle vicieux, selon que respectivement les circonstances économiques et sanitaires s'améliorent ou se détériorent. Le vecteur de causalité circule dans les deux sens : de hauts taux de mortalité, des niveaux de morbidité plus élevés apparaissent dans les poches les plus pauvres et des populations en santé tendent à être plus productives économiquement quel que soit le pays considéré. Bref, résume l'Organisation: «Au même titre que l'aisance économique des ménages, une bonne santé de la population est une condition essentielle du recul de la pauvreté, de la croissance économique et d'un développement économique à long terme à l'échelle de toute une société » (OMS, 2001, p. 24). En conséquence, pour sortir du cercle vicieux de la pauvreté, il est impérieux de «s'attacher à améliorer et à protéger la santé des plus pauvres» (OMS, 1999c, EB105/5, paragr. 7).

Par ailleurs, même si la santé représente une contribution essentielle au développement, il ne faut pas perdre de vue qu'elle est également une fin en soi: elle constitue encore le premier vœu des hommes et des femmes du monde entier. Elle figure parmi les droits fondamentaux de l'homme en droit international. Comme l'enseigne la sagesse de la plupart des cultures «la santé vaut de

l'or». «Elle apporte aux individus et aux familles une perspective d'épanouissement personnel et la possibilité d'assurer leur sécurité économique dans le futur» (OMS, 2001, p. 23). D'après Théodore Schultz et Gary Becker, deux lauréats du prix Nobel, la santé et l'éducation sont les deux piliers du capital humain, c'est-à-dire le fondement de la productivité économique.

# 2.4.4.2. Systèmes de santé durables et équitables

C'est un truisme que d'affirmer que la vie d'innombrables personnes dépend des systèmes de santé. En fait, concède l'OMS:

De la mise au monde dans des conditions de sécurité de bébés en bonne santé aux soins gériatriques dispensés à des personnes fragiles sans porter atteinte à leur dignité, les systèmes de santé exercent en permanence des responsabilités essentielles à l'égard de gens de tous âges. Ils sont indispensables à un développement sain des individus, des familles et des sociétés dans le monde entier (OMS, 2000, A53/4, p. 3).

Or, dans les pays les plus démunis du monde, des maladies dévastatrices excèdent les capacités des systèmes de santé en situation d'échec. Il en découle, dans un monde d'interdépendance, une exacerbation des divergences et des disparités sanitaires intenable sur le long terme, du point de vue tant épidémiologique que moral.

Aussi: «Attaquer les inégalités dans les résultats de santé est moins une question d'identification des soi-disant "maladies des pauvres" qu'une désignation des politiques et systèmes qui assurent que les pauvres ont accès aux bénéfices des technologies de santé, quelle que soit leur condition de santé spécifique» (OMS, 2003b, EB113/12, paragr. 6). Seul un système de santé équitable et durable permet de satisfaire à de pareilles exigences tout en accordant une attention spéciale aux déterminants de santé trans-sectoriels, tels l'environnement, la nutrition, l'accès et la qualité de l'eau et l'usage du tabac. L'OMS décrit ainsi les fonctions essentielles des systèmes de santé durables:

# a) Fournir des soins de qualité tout au long de la vie

Une approche des soins de santé qui prend en compte toute la durée de la vie privilégie les interventions ayant un potentiel de prévention et de prise en charge pouvant aller de la naissance à la mort. Elle repose sur les effets intergénérationnels et sur le lien entre des facteurs présents avant même la conception et dans l'enfance et leurs conséquences pour la santé pendant l'adolescence et plus tard. « En abordant par une action s'étendant sur toute une vie les différents aspects de la promotion de la santé, de la prévention et des soins, on pourra réduire les incapacités et améliorer la qualité de vie à un âge plus avancé» (OMS 1998a, EB101/8, p. 37).

### b) Prévenir et combattre les maladies et protéger la santé

La prévention des maladies tout au long de la vie est cruciale pour le développement. [...] C'est aux autorités nationales et locales qu'incombent les services d'environnement qui contribuent à protéger et maintenir la santé. Il s'agit notamment d'assurer l'approvisionnement en eau et l'assainissement, de veiller à la pureté de l'air et à la salubrité des aliments, de gérer le problème des produits chimiques et des déchets dangereux, et de lutter contre les vecteurs et la pollution (OMS, 1998a, EB101/8, p. 38).

# c) Promouvoir des lois et règlements à l'appui de systèmes de santé et d'un développement durables

Des lois nationales doivent fixer la base de l'action collective pour la santé, protéger les personnes vulnérables et défavorisées des effets économiques indésirables, et définir les limites et les attentes des gouvernements concernant leurs partenaires (1998a, EB101/8, p. 39).

# d) Mettre sur pied des systèmes d'information sanitaire et assurer une surveillance active

L'existence de systèmes nationaux et locaux d'information sanitaire est le préalable à la création de systèmes de santé efficaces, efficients, équitables et de qualité. [...] Des systèmes nationaux et locaux de suivi, de surveillance et d'évaluation s'imposent pour fournir à temps aux décideurs l'information

qui facilitera l'évaluation et la gestion des systèmes de santé et la meilleure utilisation des ressources (1998a, EB101/8, p. 39).

## e) Assurer un financement adéquat et durable

«Dans un système équitable de soins de santé, il doit y avoir un accès universel à un niveau adéquat de soins tout au long de l'existence» (OMS, 1998a, EB101/8, p. 42). Or, observe l'OMS, les chances de parvenir à instaurer l'équité en matière d'accès aux soins et services de santé, à maîtriser les coûts et à offrir des services mettant l'accent sur la prévention et la promotion de la santé, sont meilleures lorsque l'État fournit la plus grande partie des fonds des systèmes de santé ou en est le principal responsable. «Une intervention de l'État et une réglementation s'imposent pour assurer un niveau de financement adéquat (public ou privé), favoriser la maîtrise des coûts et la rigueur financière, fournir des listes de médicaments et de techniques essentiels, et veiller à une utilisation équitable des ressources nationales pour répondre aux besoins de santé» (OMS. 1998a, EB101/8, p. 41). Toutefois, poursuit-elle, «des dispositifs financiers et des systèmes d'assurance fondés sur la solidarité peuvent être utilisés pour promouvoir l'équité en faisant en sorte que les malades et les pauvres soient aidés par les membres de la société en bonne santé et ayant un emploi » (ibid.). Quoi qu'il en soit, même si ces dispositifs financiers et assurantiels brillaient par leur absence, l'État devrait être en mesure d'élargir et d'améliorer progressivement le niveau des soins offerts. On comprend alors pourquoi l'OMS recommande des approches différentes, selon le revenu des pays, pour garantir le financement adéquat de systèmes de santé durables.

Dans les pays pauvres, un financement complémentaire provenant de sources communautaires et de donateurs internationaux est souvent indispensable pour appuyer les fonctions essentielles des systèmes de santé, notamment des prestations destinées aux pauvres. Dans les pays à revenu intermédiaire, en veillant à ce qu'une part importante du financement provienne de recettes perçues à l'avance, on améliore les chances d'offrir des services de santé équitables et efficaces. Dans les

pays à revenu plus élevé, l'augmentation des coûts de la santé peut ne pas se traduire par des gains de santé (OMS, 1998a, EB101/8, p. 42).

Deux autres fonctions, non moins importantes s'ajoutent, selon l'OMS, à la liste des fonctions essentielles des systèmes de santé durables: promouvoir la recherche et encourager l'utilisation de la science et de la technologie pour la santé et l'innovation scientifique et technologique, d'une part; et affecter et maintenir des ressources humaines pour la santé, d'autre part.

#### 2.4.5. LE NOUVEAU MANDAT DE L'OMS

Tout compte fait, au tournant du xxe siècle, l'OMS a révisé son mandat et son rôle. Désormais, en tant que défenseur de la santé dans le monde, elle devra: «promouvoir la santé au niveau mondial et l'équité en santé entre les pays et à l'intérieur des pays; recenser les politiques et pratiques utiles ou nuisibles pour la santé; et protéger la santé des communautés vulnérables et défavorisées » (OMS, 1998a, EB101/8, p. 29). Elle devra travailler à «améliorer la vie des gens, réduire la charge de la maladie et de la pauvreté et permettre à tous d'accéder à des soins de santé bien adaptés » (OMS, 1999f A52/4, p. 14). Elle se dévouera à « guider du point de vue technique les efforts visant à améliorer la santé des peuples. Pour cela, il lui [faudra] bien connaître les risques pour la santé, l'impact des maladies, les difficultés auxquelles on se heurte quand on cherche à améliorer la performance des systèmes de santé, et le contexte politique et institutionnel de l'action en faveur de la santé» (OMS, 2003b, p. 6).

C'est pourquoi l'OMS se propose de travailler sur la pauvreté et la santé de plusieurs manières. Elle cherchera à identifier dans les systèmes et programmes de santé les goulots qui rendent difficile l'atteinte des groupes les plus pauvres, avec des interventions techniques dans les domaines de la santé reproductive, de la santé des enfants, de la tuberculose et de la malaria. Elle procèdera à un travail d'intégration des systèmes et politiques de santé dans une perspective de développement durable, en créant des programmes visant à inciter

les politiques nationales de santé à focaliser davantage sur les groupes et les communautés les plus pauvres. Elle travaillera également à définir au niveau planétaire des normes et des engagements éthiques et scientifiques dont certains auront force de loi pour éviter ou réduire les menaces transnationales pour la santé associées au renforcement de l'interdépendance mondiale, c'est-à-dire aux échanges commerciaux, aux voyages et aux communications...

En résumé, à compter de 1998, les politiques, programmes et actions de l'OMS, seront conçus et mis en œuvre conformément à ces nouvelles orientations stratégiques:

- réduire la mortalité, la morbidité et les incapacités, surtout dans les populations pauvres et marginalisées;
- promouvoir des modes de vie sains et réduire les facteurs de risque pour la santé liés à l'environnement, au contexte économique et social et au comportement;
- mettre en place des systèmes de santé financièrement justes qui améliorent les résultats sanitaires de manière équitable et répondent aux attentes légitimes de la population;
- concevoir une politique de base, créer un cadre institutionnel pour le secteur de la santé, et faire en sorte que les questions de santé soient prises en compte par nos partenaires sociaux, économiques ainsi qu'en matière d'environnement et de développement (OMS, 2003b, p. 7).

Comme ses buts, son mandat et ses orientations stratégiques, les objectifs visés par l'OMS connaîtront quelques adaptations. Celles-ci sont évidentes dans les dix cibles sanitaires de la politique mondiale de la Santé pour tous au XXI<sup>e</sup> siècle associées à chacune des orientations énumérées plus haut:

D'ici 2005, tous les États membres se seront dotés de mécanismes opérationnels pour élaborer, mettre en œuvre et suivre des politiques compatibles avec cette politique de la Santé pour tous (SPT). «Les politiques nationales de la santé pour tous tiendront compte des valeurs de la SPT: la jouissance du meilleur état de santé possible en tant que droit fondamental

- de la personne humaine, l'équité et la solidarité, l'éthique et le respect de la sexospécificité » (OMS, 1998a, EB101/8, p. 52).
- D'ici 2005, des indices de l'équité en santé seront utilisés à l'intérieur des pays et entre les pays comme base pour promouvoir et surveiller l'équité en matière de santé. Dans un premier temps, l'équité sera évaluée sur la base d'un indicateur de la croissance de l'enfant (pourcentage d'enfants de moins de cinq ans qui présentent un retard de croissance) et devra être, d'ici 2020, inférieur à 20% dans tous les pays et tous les sous-groupes particuliers de la population.
- D'ici 2020, les cibles adoptées lors des conférences mondiales pour le taux de mortalité maternelle (inférieur à 100 pour 100 000 naissances vivantes), de la mortalité des moins de cinq ans ou la mortalité juvénile (inférieur à 45 pour 1000 naissances vivantes) et l'espérance de vie à la naissance (supérieure à 70 ans pour tous les pays) seront atteintes.
- D'ici 2020, la morbidité mondiale aura été sensiblement réduite grâce à la mise en œuvre de programmes solides de lutte contre les tendances actuelles à l'accroissement de l'incidence de la tuberculose, de l'infection à VIH et du sida, du paludisme, des maladies liées au tabagisme et de la violence et des traumatismes, ainsi que des incapacités qui leur sont liées.
- D'ici 2020, la rougeole sera éradiquée, la filariose lymphatique sera éliminée, de même que le trachome, l'avitaminose A et les carences en iode. D'ici 2010, la transmission de la maladie de Chaggas sera interrompue et la lèpre sera éliminée...
- D'ici 2020, tous les pays auront accompli, grâce à l'action intersectorielle, d'importants progrès en ce qui concerne l'approvisionnement en eau de boisson saine, les moyens d'assainissement, l'alimentation et le logement, en quantité et qualité suffisantes (proportion de ménages/personnes ayant accès à...).

- D'ici 2020, tous les pays auront mis en place, appliqueront et surveilleront activement des stratégies qui favorisent des modes de vie sains et luttent contre les modes de vie préjudiciables à la santé, grâce à un arsenal de programmes réglementaires, économiques, éducatifs, organisationnels et communautaires.
- D'ici 2010, chacun aura accès la vie durant à des soins de santé essentiels de qualité et complets, soutenus par des fonctions essentielles de santé publique.
- D'ici 2010, des systèmes nationaux et mondiaux appropriés d'information sanitaire, de surveillance et d'alerte auront été mis en place.
- D'ici 2010, des politiques de recherche et des dispositifs institutionnels seront opérationnels aux niveaux mondial, régional, et national.

De nos jours, l'orthodoxie des SSP s'inscrit dans les *Objectifs du millénaire pour le développement* dont s'est dotée l'ONU, lesquels constituent en fait un pacte mondial sans précédent que les dirigeants mondiaux ont conclu afin de combattre les formes les plus élémentaires de l'injustice et de l'inégalité de notre monde, à savoir : la pauvreté, l'analphabétisme et la maladie. Quatre des douze objectifs sont spécifiques à la santé :

- 1. Objectif 1: réduire l'extrême pauvreté et la faim;
- 2. Objectif 4: réduire la mortalité des enfants de moins de 5 ans;
- 3. Objectif 5: améliorer la santé maternelle; et
- 4. Objectif 6: combattre le VIH/sida, le paludisme et d'autres maladies<sup>33</sup>.

<sup>33.</sup> Lire ONU (2005). Les objectifs du Millénaire pour le développement. Rapport 2005.

#### 2.4.6. RUPTURE OU CONTINUITÉ?

La réforme de l'OMS au tournant du siècle a-t-elle induit des transformations si radicales de ses valeurs, orientations générales et modes de fonctionnement, qu'elle ne peut plus désormais envisager la période antérieure à 1998 que comme sa préhistoire? Cette réforme a-t-elle changé la nature de l'orthodoxie des SSP? Devons-nous l'inscrire sous le signe de la rupture ou de la continuité?

## 2.4.6.1. Rupture

S'il faut croire l'ex-directeur général de l'OMS, madame Brundtland, même si la terminologie utilisée aujourd'hui par l'organisation reste la même qu'il y a vingt ans, la perspective est fondamentalement différente : le centre de gravité est en train de se déplacer des structures et des systèmes vers les personnes<sup>34</sup>. Cette nouvelle approche, fondée sur l'être humain, privilégie la santé et «reconnaît que, sans elle, l'individu, la famille, la communauté et la nation ne sauraient atteindre leurs objectifs économiques et sociaux. Dans cette perspective, la santé est résolument placée au centre du programme de développement pour que le progrès économique et technologique soit compatible avec la protection et la promotion de la qualité de la vie pour tous » (OMS, 1998a EB101/8, p. 24). Ainsi, la visée téléologique de l'OMS serait devenue double et circulaire : l'amélioration de la santé et le développement parce qu'ils se renforcent mutuellement. Ce remodelage a eu pour effet de modifier le statut de la santé dans le discours de l'OMS. En fait, avant la réforme, la santé n'était qu'un droit fondamental de l'être humain, et c'était au nom de ce droit que l'OMS revendiquait un accès universel aux soins de santé primaires à tout le moins. De nos jours, sans perdre de vue que la santé figure parmi les droits fondamentaux de l'Homme, l'argument persuasif et mobilisateur de l'OMS veut que la santé soit une richesse nationale et mondiale, un moyen incontournable au service du développement durable et de la cohésion sociale: «[...] améliorer la santé des personnes défavorisées, affirme-t-elle, n'est

<sup>34.</sup> Nous n'en sommes pas si sûrs. En tout cas, ce n'est pas encore évident sur la scène mondiale.

pas seulement une fin du développement économique durable, mais un moyen de parvenir à un développement économique durable » (OMS, 2003b, p. 8).

De toute évidence, le principal objectif de l'OMS s'est un peu transformé au tournant de 1998. Avant 1998, elle entendait faire accéder, d'ici l'an 2000, tous les habitants du monde à un niveau de santé qui leur permette de mener une vie socialement et économiquement productive, mener tous les peuples au niveau de santé le plus élevé possible, et réduire l'écart entre les «nantis» et les « démunis » à l'intérieur de chaque pays comme entre les pays (OMS, 1947; 1978); après 1998, elle se limite à instaurer la Santé pour tous, améliorer les questions sanitaires décrites dans ses rapports annuels sur l'état de santé dans le monde, et promouvoir un accès équitable aux SSP. Après la réforme, elle ne vise que des cibles<sup>35</sup> définies sans équivoque à travers lesquelles elle se propose tout simplement de réduire de moitié, d'ici 2015, le nombre de personnes vivant dans la pauvreté absolue, c'est-à-dire avec moins de 1 dollar américain par jour. La lutte contre la pauvreté est plus que jamais la clé de voûte des politiques, programmes et actions de l'OMS.

La réforme de l'OMS innove par ailleurs sur la question de la responsabilité de la santé des peuples, laquelle n'était jusqu'alors imputable qu'à leur propre gouvernement. Après la réforme, l'OMS recommande aux gouvernements de continuer à protéger la santé de l'ensemble de leur population, mais reconnaît l'impossibilité pour certains, surtout ceux des pays les plus pauvres, de régler, avec leurs maigres ressources, leurs problèmes économiques, sociaux et sanitaires. Elle note: «Il arrive que les pays soient trop pauvres et désavantagés pour pouvoir se développer, aussi judicieuse leur politique soit-elle » (OMS, 2003d, p. 18). Aussi fait-elle la promotion de la solidarité et de la coopération internationales, afin d'écarter le risque que l'action unilatérale des États membres ne parvienne pas à régler les problèmes économiques et sociaux liés à la santé s'étendant

<sup>35.</sup> Voir la section qui traite du nouveau mandat de l'OMS pour avoir la liste des nouveaux buts opérationnalisés en cibles et dont les indicateurs sont, à l'heure actuelle, empiriquement mesurables.

au-delà des frontières nationales. Par exemple, pour la première fois dans le discours de l'OMS sur les facteurs de risque de pauvreté, on verra explicitement nommés le service de la dette, les cadres macroéconomiques internationaux et les crises économiques internationales. Pour la première fois, l'OMS reconnaît que le poids de la dette entrave dans certains pays la fourniture de services de santé, le développement de la santé publique et la protection des personnes les plus vulnérables. Elle concède aussi que les crises économiques internationales peuvent avoir des incidences catastrophiques sur la santé des plus vulnérables. D'où la nécessité d'assouplir les cadres macroéconomiques internationaux afin de faire face aux chocs économiques, et notamment aux plans de dépenses conjoncturelles destinés à gérer d'éventuels flux supplémentaires de fonds mondiaux en faveur de la santé et à protéger la santé des pauvres, en particulier celle des femmes et des enfants. En somme, toute la démarche de l'OMS traduit une certaine volonté politique de répartir équitablement l'imputabilité de l'état de santé dans le monde.

Ce nouveau traitement de la santé publique internationale est susceptible de provoquer une amélioration substantielle des conditions de santé dans le monde. Par cette initiative, dont la création du Fonds mondial de lutte contre le VIH/sida, la tuberculose et le paludisme est un exemple élogieux, l'OMS pourra progressivement affranchir les mesures de transformations sanitaires de la pesanteur historique de la pauvreté des pays les plus touchés par ces endémies. Car les sociétés dévastées par ces charges de morbidité et de mortalité sont aussi celles qui n'arrivent pas à augmenter leurs recettes fiscales, à mobiliser des ressources nationales supplémentaires pour les services sociaux et sanitaires; celles qui sont aux prises avec un lourd passé de corruption, de gabegie administrative et de déliquescence institutionnelle. Par sa promotion d'une injection massive de capitaux dans le secteur de la santé, l'OMS travaille pour ainsi dire à augmenter le portefeuille de la santé dans l'aide totale au développement. Nous constatons déjà le succès de sa démarche: l'aide totale au développement dans le secteur de la santé a augmenté de 1,7 milliard de dollars américains entre 1999 et 2002, les croissances les plus spectaculaires jamais enregistrées concernaient les

interventions contre le VIH/sida. Dans la même veine, la Banque mondiale a accru ses projets dans le domaine de la santé. Ainsi, au cours de l'année budgétaire 2003, elle a consacré 1,7 milliard de dollars américains à trente-deux nouvelles actions, contre une moyenne annuelle de 1,3 milliard pour vingt-deux projets de 1998 à 2002 (OMS, 2003d, p. 10).

Finalement, la réforme de l'OMS l'a conduite à prendre en compte le cycle de vie dans la conception et l'organisation des systèmes de santé. «Notre nouvelle approche, fait-elle remarquer, se fonde sur notre souci de donner à tous accès à un continuum de soins essentiels et de soutien, à travers les différentes étapes de leur vie, chez eux, à l'école, au travail et dans leur communauté » (OMS, 1998d, EB101/DIV/2, p. 2). Là où elle innove, ce n'est pas vraiment dans sa volonté de voir les systèmes de santé se rapprocher des individus, car l'esprit des Soins de santé primaires (SSP) incitait déjà les systèmes de santé nationaux et locaux à aller vers les gens. Le changement majeur, c'est la promotion qu'elle fait de l'intégration des trajectoires biographiques dans l'organisation du système de soins et services. En fait, l'OMS estime que seule une action englobant, à chaque étape d'une vie, les différents aspects de la promotion de la santé, de la prévention et des soins «pourra réduire les incapacités et améliorer la qualité de vie à un âge plus avancé» (OMS, 1998a, EB101/8, p. 33). Cette préoccupation sous-entend que l'OMS aspire maintenant non plus à une amélioration de l'espérance de vie à la naissance, mais à une amélioration de l'espérance de vie en bonne santé, c'est-à-dire sans incapacités. Cela va tout à fait dans le sens des prescriptions de la Commission Macroéconomie et Santé qui a calculé les retombées économiques d'un investissement massif dans la santé à partir des années de vie utiles gagnées.

#### 2.4.6.2. Continuité

Malgré la reformulation de son mandat, de ses buts et de ses cibles, en dépit des changements que nous venons de décrire, nous inscrivons l'actualisation de la politique centrale de l'Organisation mondiale de la santé sous le signe de la continuité. Car nonobstant cette réforme, cinquante ans après sa fondation, l'OMS se donne encore

pour principale responsabilité de favoriser l'accès de tous à la santé par l'orthodoxie des SSP. Autant dire que l'affirmation des principes politiques de la Déclaration d'Alma Ata demeure primordiale, malgré les changements survenus dans le contexte de leur application durant les vingt-cinq dernières années. En 1998, l'OMS a réaffirmé les principes et les valeurs énoncés il y a cinquante ans dans sa constitution en s'appuyant sur eux pour adopter une nouvelle déclaration sur la santé dans le monde et une nouvelle politique de la santé pour tous (OMS, 1998d, EB101/DIV/2). Elle y a ainsi reformulé ses principes directeurs: «l'accès universel selon les besoins, l'équité, la participation de la population, et une approche intersectorielle des résultats édifiants » (OMS, 2003b, EB113/12: 2, paragr. 7), tous des éléments de l'orthodoxie. Les objectifs politiques qu'elle poursuit afin de renforcer l'approche des SSP complètent ces principes:

- mettre la santé au cœur du développement et renforcer les perspectives de l'action intersectorielle;
- combattre la pauvreté pour refléter les préoccupations des SSP concernant la justice sociale;
- promouvoir l'équité dans l'accès aux soins de santé;
- établir des partenariats regroupant les familles, les communautés et leurs organisations; et
- réorienter les systèmes de santé en faveur de la promotion de la santé et de la prévention de la maladie (OMS, 1998e, A51/5, p. 5).

Cette nouvelle approche couvre par conséquent des problèmes divers: les maladies de l'enfance, la santé des adolescents et des femmes, la santé reproductive, la nutrition, les toxicomanies, les maladies non transmissibles, la santé des personnes âgées et les incapacités. D'aucuns y verront avec raison un prolongement direct de la Stratégie mondiale des soins de santé primaires définie il y a vingt ans à Alma-Ata.

Au demeurant, les nombreuses réformes à l'OMS apparaissent comme des ajustements de l'orthodoxie aux nouveaux défis contemporains pour sauvegarder l'ordre mondial dans lequel elle s'inscrit. Cette orthodoxie en deviendrait plus que jamais un maillon central.

Dans ce chapitre, nous avons présenté les trois plus grands acteurs en matière de santé internationale. Chacun d'eux, à sa manière, contribue à l'orthodoxie des SSP. La Banque mondiale à travers ses principaux canaux de financement rend disponibles les fonds nécessaires à sa mise en œuvre. L'UNICEF quant à lui porte et exécute les projets de l'orthodoxie au niveau local. Finalement l'OMS, dans une position mitoyenne, conçoit les grandes directives de l'orthodoxie qu'elle adapte au gré des nouveaux défis sanitaires mondiaux. Dans le prochain chapitre, nous nous penchons plus particulièrement sur la séduction qu'exerce cette orthodoxie.

P A R T I E

# L'OMS COMME CHEF D'ORCHESTRE

# JUSTICE SOCIALE ET ÉQUITÉ Les promesses de l'orthodoxie des soins de santé primaires

Dans ce chapitre, nous proposons au lecteur d'examiner ce qui a donné à l'orthodoxie des SSP son capital de sympathie. Force est d'admettre qu'aujourd'hui, en vertu de ses promesses de justice, plus personne n'ose remettre en question la nécessité de la généralisation des SSP. Mais au-delà de son effet de séduction, à quoi renvoie réellement l'idéal de justice dont l'OMS enrobe ses actions et ses politiques de Santé pour tous? C'est essentiellement la portée de cette promesse que nous analysons ici.

Le slogan *Santé pour tous* résume à merveille toutes les promesses de l'orthodoxie des soins de santé primaires. Dans le giron de l'OMS, comme nous l'avons vu, ce fut d'abord la santé pour tous à l'an 2000, ensuite la santé pour tous au xxI<sup>e</sup> siècle. Qu'on ne s'y méprenne pas, le slogan auquel l'organisation a recours n'insinue pas qu'à un moment donné, en l'an 2000 ou au xxI<sup>e</sup> siècle,

les médecins et le personnel infirmier finiront par apporter à tous les habitants de la terre les solutions médicales à tous leurs maux, ni qu'il n'y aura plus de malades ni d'handicapés.

Avant 1998, l'ensemble des orientations privilégiées par la Stratégie mondiale de la santé pour tous d'ici l'an 2000 rejoignait directement la mission de l'OMS en ce qu'elle stipule que tout individu a le droit d'avoir accès aux soins de santé primaires, et par leur intermédiaire, à tous les échelons d'un système de santé complet. «[...] au minimum, tous les habitants de tous les pays du monde devraient accéder au moins à un niveau de santé tel qu'ils soient capables de travailler de façon productive et de participer activement à la vie sociale de la collectivité dont ils font partie » (OMS, 1981a, p. 13). «La santé pour tous d'ici l'an 2000 » s'avéra finalement bien plus qu'une simple stratégie sanitaire; elle prétendait être une réponse à l'exclusion dans le monde.

Après 1998, la «Santé pour tous au XXIe siècle» vient continuer la mission inachevée de la «Santé pour tous d'ici l'an 2000». Elle réactualise l'idée de la santé *pour tous* et reprend ses indicateurs «en élaborant [cette fois] une nouvelle politique sanitaire mondiale holistique, fondée sur les principes d'équité et de solidarité, en insistant sur la responsabilité de l'individu, de la famille et de la communauté dans le domaine de la santé et en replaçant la santé dans le cadre du développement en général» (OMS, 1998c, A51/3, p. 2). Stratégiquement, elle entend à la fois combattre la pauvreté, promouvoir la santé dans tous les contextes, harmoniser les politiques sectorielles en faveur de la santé et insérer la santé dans la planification du développement durable.

# a) Combattre la pauvreté

L'OMS est convaincue de ceci : «Le système de santé a un rôle vital à jouer pour repérer les ménages et les régions pauvres, en mettant l'accent sur les problèmes qui touchent avant tout les pauvres » (OMS, 1998, EB101/8, p. 34). Pour que les groupes et les communautés les plus pauvres puissent briser le cercle vicieux de la pauvreté et de la maladie, il est impérieux, argue-t-elle, d'accélérer le développement humain et la croissance économique. Cette croissance a

besoin d'un appui international important et durable, de plans de développement intégrés prévoyant la réduction de la dette et la fourniture de prêts.

La santé des populations à long terme dépend d'une multiplicité de facteurs, et notamment le maintien de la paix, une croissance économique équitable, l'autonomisation des femmes, les moyens pour les gens de gagner durablement leur vie et une amélioration de l'éducation. Pour tous les pays, des politiques économiques éthiques qui s'attachent à promouvoir l'équité sont indispensables à une croissance économique et un développement humain durables (OMS, 1998a, EB101/8, p. 34).

## b) Promouvoir la santé dans tous les contextes

Pour permettre à un individu, une famille ou une communauté de faire des choix appropriés afin d'améliorer leur santé, il convient de les doter des connaissances, des compétences et du savoir-faire nécessaires pour affronter les nouvelles situations de vulnérabilité et se maintenir en bonne santé. Aussi est-il indispensable que la promotion de la santé tienne compte du contexte social, culturel, politique, juridique et spirituel dans lequel les gens vivent, travaillent, jouent et apprennent.

c) Harmoniser les politiques sectorielles en faveur de la santé Aux yeux de l'OMS, il semble évident que le cercle vicieux de l'exclusion sanitaire fonctionne «[...] en relation avec d'autres cercles vicieux comme le manque d'accès aux services de base, les maladies, les difficultés au travail ou le décrochage scolaire; ou celui de la délinquance, de l'impossibilité de trouver un emploi, de la récidive et de la marginalité. Ce qui aggrave et perpétue la situation d'exclusion en santé » (OPS, 2002, p. 5). Comme si les gens qui sont généralement privés de services tels que l'électricité, l'eau potable, l'assainissement de base, l'éducation et l'information étaient également ceux qui sont exclus sur le plan de la santé : l'exclusion sanitaire n'étant qu'une figure de leur exclusion plus ou moins généralisée.

Aussi, d'après l'OMS, est-ce par une approche intersectorielle, associant les interventions sanitaires à l'amélioration de l'éducation des filles, à la mise en place d'une infrastructure de santé publique

de base et à des services de santé essentiels – sans oublier les secteurs de l'agriculture, du commerce, des finances, de l'alimentation, de la nutrition, de l'industrie – que nous pouvons briser durablement le cercle vicieux de la pauvreté et de la maladie, faire reculer la mortalité de l'enfant et de la mère, et réduire la croissance démographique. Comme de raison, l'OMS recommande d'analyser et d'harmoniser les politiques de tous les secteurs (agriculture, logement, énergie, eau, assainissement, travail, transports, commerce, finances, éducation, environnement, justice, affaires étrangères...) qui ont des effets directs ou indirects importants sur la santé de manière à se donner un maximum de chances de la promouvoir et de la protéger. Car les inégalités face à la santé, et très vraisemblablement en matière d'utilisation des services, en traduisent d'autres, notamment dans des variables qui interviennent chez les individus et dans les ménages, telles que les caractéristiques d'éducation, de revenu, de localisation et de logement. Les politiques qui s'attaquent aux inégalités dans le secteur de la santé devraient également viser à réduire à la fois les inégalités sur le plan de la qualité et de la disponibilité des services de santé, par exemple (du côté de l'offre), et les inégalités en matière de revenu, de savoir (notamment dans le domaine de la santé), d'accessibilité des services de santé, d'alimentation, d'eau potable, de conditions d'assainissement, etc. (du côté de la demande).

d) Insérer la santé dans la planification du développement durable L'OMS défend l'obligation pour les gouvernements de retenir les aspects santé comme priorité absolue dans leurs plans de développement durable: «En particulier, la promotion et la protection de la santé et du bien-être doivent être le principal fondement de tous les efforts de développement» (OMS, 1998a, EB101/8, p. 36).

La «Santé pour tous au XXI° siècle» n'a donc pas vraiment révolutionné la problématique sanitaire mondiale. Le but ultime de l'OMS demeure le même: promouvoir la santé pour tous et, à travers elle, l'accès équitable de tous aux services de santé, y compris aux soins et aux médicaments essentiels. Prôner la «Santé pour tous», c'est précisément soutenir que la santé se gagne ou se perd là où les gens vivent et travaillent, en l'occurrence à la maison, à l'école, au bureau et à l'usine. La «Santé pour tous» renvoie à la nécessité de grandir, de vieillir et de mourir dans des conditions satisfaisantes. Elle signifie surtout que l'on doit faire en sorte que les gens prennent conscience du pouvoir qu'ils ont de façonner leur existence et celle de leur famille à l'abri des maladies *évitables*, pour qu'ils ne considèrent plus la détérioration de leur santé comme un phénomène inéluctable (OMS, 1981a, p. 30). La «Santé pour tous» réclame de ce fait de meilleures approches pour prévenir la maladie et atténuer les affections et incapacités inévitables. Elle évoque l'idée que les ressources disponibles pour la santé, quelles qu'elles soient, doivent être *équitablement* réparties dans la population et les soins de santé essentiels, *accessibles* à tous les individus et familles, selon des modalités acceptables, à des prix abordables et avec la participation complète de tous.

# 3.1. LA «SANTÉ POUR TOUS» COMME INCARNATION D'UN IDÉAL DE «JUSTICE SOCIALE»

La « Santé pour tous » s'enracine dans un bilan d'exclusion dont les formes d'expression ultimes sont la pauvreté et les inégalités existant entre les différentes régions du monde ainsi qu'à l'intérieur des pays, même les plus riches. Elle s'appuie sur le fait que:

Près d'un milliard d'êtres humains sont enfermés dans le cercle vicieux de la misère, de la malnutrition, de la maladie et du désespoir qui sape leur énergie, réduit leur capacité de travail et limite leur aptitude à établir des plans d'avenir. [...] des centaines de millions de personnes souffrent d'une sous-alimentation qui mine leur énergie et leur moral, diminue leur capacité de travail scolaire et professionnel et affaiblit leur résistance à la maladie (OMS, 1981a, p. 17-18).

Non seulement ces personnes sont-elles pauvres et malades, mais elles sont également exclues des bienfaits du développement économique et des progrès de la médecine ayant marqué le xxº siècle. En 1978, dans la Déclaration d'Alma-Ata, l'OMS s'indigne: «La situation sanitaire de centaines de millions d'êtres humains dans le

monde d'aujourd'hui est inacceptable...» (OMS, 1978, paragr. 13). Elle renchérit dans l'énoncé de la Formulation stratégique de la «Santé pour tous d'ici l'an 2000»: «Plus de la moitié de la population du monde est privée de soins de santé convenables. Il existe un large fossé entre pays développés et pays en voie de développement pour ce qui est de leur état de santé et des ressources qu'ils consacrent à l'amélioration de la santé» (OMS, 1979, paragr. 1). «Le fossé, ajoute-t-elle, s'élargit entre les "privilégiés" de la santé des pays riches et les «déshérités» de la santé du tiers monde. De plus, le même fossé s'observe à l'intérieur de chaque pays, quel qu'en soit le degré de développement» (OMS, 1978, paragr. 2).

L'OMS explique cette disparité de santé au détriment des pays en développement et des pauvres où qu'ils se trouvent, autant par des modes de vie pathogènes (mauvaises habitudes alimentaires, absence de mesures d'hygiène élémentaires, etc.) que par l'inadéquation des systèmes de santé (absence de services, faible accès aux soins, services inadaptés) et l'inefficacité de l'administration des ressources disponibles. Elle dénonce aussi qu'on accorde généralement la priorité à la médecine curative plutôt qu'à la prévention et à la promotion de la santé. Voici ce qu'elle souligne à propos de ces systèmes de santé qu'elle considère comme douteux:

[...] les ressources sanitaires sont affectées principalement à des institutions médicales ultramodernes implantées en milieux urbains. Outre ce qu'elle a de socialement contestable, la concentration d'une technologie complexe et coûteuse sur les segments limités de la population n'offre même pas l'avantage d'améliorer la santé. En fait, l'amélioration de la santé est actuellement assimilée à la fourniture de soins médicaux par un nombre croissant de spécialistes qui appliquent des technologies médicales étroitement spécialisées au profit d'une minorité de privilégiés... (OMS, 1978, paragr. 3).

En outre, ainsi que le confirme l'état des connaissances, les ressources affectées à la santé sont très inégalement réparties : la part du revenu national consacrée à la santé tend à augmenter à mesure que les pays s'enrichissent (OMS, 1999b). En revanche, les dépenses privées de santé, sans parvenir à fournir des soins adéquats,

sont certes moins élevées chez les pauvres, mais occupent une part plus importante des budgets familiaux. C'est pourquoi, atteste l'OMS: «[...] dans le monde entier, les groupes défavorisés n'ont accès à aucune forme de soins de santé. Or ces groupes totalisent probablement les quatre cinquièmes de la population du globe, vivant principalement dans les zones rurales et taudis urbains [...]» (OMS, 1978, paragr. 4).

Pour l'OMS, en somme, inégalités économiques et inégalités de santé se conjuguent toujours au détriment des plus défavorisés. Pour cette raison, non seulement elle réaffirme sans cesse l'importance de réduire les inégalités sociales et économiques, mais encore elle s'engage à réorienter ses actions en faveur des plus démunis et des victimes de la pauvreté (OMS, 1999e, résolution WHA52.23), notamment en privilégiant l'accès universel à des services de santé de qualité (OMS, 1998e, résolution WHA51.7). Néanmoins, dans «[...] la lutte contre la maladie, il ne faut pas s'en remettre aux seules techniques sanitaires, car les réalisations dans ce secteur dépendent directement du niveau de développement économique des pays concernés [...]» (OMS, 1997, Actes officiels cités par Beigbeder, p. 20). C'est pourquoi, il faut rompre avec la conception classique des systèmes de soins complexes et coûteux et dont la pertinence sociale semble parfois douteuse.

[...] les systèmes sanitaires sont trop souvent conçus en dehors des grands courants du développement socioéconomique. Ils se limitent fréquemment à la prestation de soins médicaux alors même que l'industrialisation et l'altération délibérée de l'environnement créent des problèmes de santé dont la maîtrise déborde largement le champ des soins médicaux (OMS, 1978, paragr. 5).

Pour réduire l'écart [dans les conditions économiques et sanitaires<sup>1</sup>] entre les «nantis» et les «démunis» à l'intérieur de chaque pays comme entre les pays; il faudra que la plupart des pays formulent et mettent en œuvre des mesures concrètes en vue d'une répartition plus équitable des ressources (OMS, 1979, paragr. 24).

<sup>1.</sup> Cette périphrase est un ajout des auteurs.

Plus globalement, il faudra de nouvelles politiques élaborées à l'échelle nationale et internationale et dont la synthèse puisse ressembler à une Stratégie mondiale de la santé pour tous. «L'objectif social général de la santé pour tous doit être subdivisé en politiques sociales plus concrètes visant à améliorer la qualité de la vie et à assurer à tous une protection sanitaire maximale» (OMS, 1979, paragr. 24). Voilà une approche dans laquelle santé et développement sont intimement liés par l'intermédiaire d'un idéal de justice sociale, celui qui requiert une attention particulière pour les défavorisés afin de leur permettre d'échapper au piège dans lequel la pauvreté les enferme (Beigbeder, 1997, p. 21).

Désormais, la justice sociale deviendra la valeur phare, la charnière de tous les aspects du travail de l'Organisation mondiale de la santé (OMS, 1999c). Autrement dit, la réponse de l'OMS à l'exclusion des pauvres et des groupes vulnérables des progrès de la médecine et du développement socioéconomique se concrétise dans la Stratégie mondiale de la santé pour tous, axée sur les soins de santé primaires. Cette stratégie, en tant qu'instrument d'une politique de santé publique transnationale, incarne un certain esprit de justice sociale qui ne peut que susciter l'adhésion de tous.

#### 3.2. LA PERSPECTIVE DE JUSTICE SOCIALE DE L'OMS

Affirmer que l'OMS travaille dans un horizon de justice sociale<sup>2</sup> implique de s'interroger sur la conception qu'elle s'en fait et, surtout, sur les effets de celle-ci sur la santé et l'accès aux soins. Sur un plan

<sup>2.</sup> Un des rares auteurs à proposer une taxinomie des théories de justice sociale adaptée à l'évaluation des systèmes et des politiques de santé est Schneider-Bunner (1997). Sa typologie repose sur deux clés de classement et trois pôles théoriques. La première clé est attachée à la distinction entre résultat et procédure: elle reprend la distinction entre théories déontologiques (respects de principes quelles qu'en soient les conséquences) et théories conséquentialistes (recherche de meilleurs résultats). La seconde vise à distinguer les conceptions de la justice selon qu'elles valorisent plus ou moins les concepts d'égalité, de liberté et d'efficacité qui interviennent fréquemment dans les analyses des systèmes de santé. À la traditionnelle dichotomie entre les théories égalitaristes

Justice sociale et équité 87

général, on peut dire que la notion de «justice sociale», en dépit de sa labilité sémantique, est un idéal critique, un repère pour évaluer, à partir de principes établis, dans quelle mesure des institutions³ peuvent être jugées justes ou non. *Ipso facto*, elle indique les transformations auxquelles celles-ci devraient être soumises pour devenir conformes à l'idéal de justice que l'on s'est donné. Dans ce contexte, une théorie de la justice sociale apparaît comme un corps de propositions ou de principes servant à déterminer rationnellement ce qui est juste et ce qui ne l'est pas. Elle permet aussi de trancher entre diverses possibilités d'action concurrentes.

Précisons tout de suite qu'à notre avis, aucune des théories existantes de la «justice sociale» ne sied parfaitement à l'OMS. La conception qu'elle s'en fait nous semble plutôt une approche hybride de plusieurs théories, avec toutefois un net penchant pour le courant rawlsien de la justice sociale. Il n'y a pas l'ombre d'un doute, l'approche de l'OMS n'est pas identique à celle des libéraux, fussent-ils radicaux ou modérés. En effet, dans les politiques et programmes de santé de l'Organisation, la santé est constamment conçue comme un bien spécial qu'il ne convient guère de laisser aux bons soins de la main invisible du marché. Tout ce que fait ou propose l'OMS va à l'encontre d'une régulation partielle ou totale de l'accès aux soins selon les lois du marché. Le principe de responsabilité<sup>4</sup>, central dans l'approche libérale dans la mesure où il

(conséquentialistes de nature : la justice est l'égalité pour un certain résultat) et les théories libérales (théories déontologiques où la justice repose sur le respect de la liberté et de l'efficacité), l'auteur a ajouté un troisième pôle théorique, le pôle rawlsien qui intègre des éléments de résultat et des éléments de procédure tout en cherchant à associer égalité, liberté et, peut-être dans une moindre mesure, efficacité. Le pôle rawlsien serait généalogique comme le pôle libéral et conséquentialiste à l'instar du pôle égalitariste.

- 3. Le terme «institutions» recouvre ici aussi bien la constitution politique que les principales structures économiques et sociales.
- 4. En vertu de ce principe, la responsabilité de l'état de santé d'un individu lui est imputable, sauf si l'action néfaste d'un autre individu est manifestement en cause. Ce principe s'applique même dans les cas de maladies graves survenant aléatoirement ou de malformations congénitales dont sont victimes les enfants. Ce principe stipule que tout individu est doté d'un capital-santé qu'il

détermine les frontières de la justice ou de l'injustice des inégalités de santé, est peu présent dans le discours et les politiques de l'OMS. Cette dernière plaide au contraire pour une redistribution publique en matière de soins de santé, pour une prise en charge accrue de l'État. Outre les dons privés et volontaires, l'OMS recommande aux gouvernements nationaux d'investir massivement dans la santé de leur population. Le droit à la santé que revendique l'Organisation n'est pas non plus celui que confère une transaction légitime sur un marché, mais un droit fondamental (ou de base) de l'être humain. Si le droit dont il est ici question n'est pas un droit-liberté<sup>5</sup>, c'est-àdire un droit de non-interférence garanti par une protection contre les actions néfastes pour la santé que pourraient mener d'autres individus, volontairement ou involontairement, est-il pour autant un droit social ou «droit créance<sup>6</sup>» promu par l'idéal égalitariste moderne, construit à partir de l'égalité des droits de l'Homme et garanti par une conception tutélaire de l'État? Si elle n'est pas libérale, la théorie de la justice sociale que l'OMS applique à la santé est-elle pour autant égalitariste?

De nombreux indicateurs nous portent à croire que la démarche de l'OMS a quelques lieux communs avec celle des égalitaristes. Toutefois, ce que propose l'Organisation, ce n'est pas une parfaite

lui revient de traiter comme sa propriété légitime au même titre que toute autre dotation initiale. Ce capital évolue au cours de sa vie, en fonction de ses choix et actions, mais aussi en fonction de circonstances extérieures.

- 5. Le droit à la santé serait ainsi un droit libéral, au sens de Nozick ou de Hayek. L'État ou l'organisme public chargé de faire respecter ce droit aurait essentiellement en charge la lutte contre les maladies contagieuses et les pollutions, les mauvaises conditions de travail, les comportements sanitaires morbides, bref toute forme d'agression ou d'ingérence extérieure à son exercice...
- 6. Ce droit se veut surtout un droit moral, rodé selon les modalités propres à chaque pays, qui ajoute aux droits-libertés (droit d'être libre de faire telle ou telle chose) des droits-créances (droits d'obtenir telle ou telle prestation). En vertu de ce droit, l'État aurait envers ses citoyens le devoir de leur fournir les moyens matériels de leur dignité humaine (droit à la sécurité sociale, au travail et au repos, à un niveau de vie suffisant pour assurer la satisfaction des besoins essentiels, à l'éducation...).

Justice sociale et équité

égalité d'état de santé ou d'accès aux soins entre tous les individus même s'ils ont des caractéristiques communes –, mais une conception holistique où prédomine une vision négative de l'idéal égalitariste. Autrement dit, sur la base des aléas des risques médicaux, elle établit l'impossibilité de redistribuer également la santé. Faute de mieux. elle se rabat sur le critère de la diminution des inégalités de santé. L'objectif d'équité du programme de la «Santé pour tous» établi par l'OMS va exactement dans cette direction. Le premier de ses 38 buts, «l'équité en matière de santé», prévoit en effet que «d'ici l'an 2000, les différences effectives d'état sanitaire entre pays et entre groupes à l'intérieur du même pays devraient être réduites d'au moins 25 % grâce à une amélioration de la santé des nations et des groupes défavorisés » (OMS, 1985 cité dans Schneider-Bunner, 1997, p. 109). Comme si elle faisait abstraction des inégalités interindividuelles, l'OMS recommande d'adopter une approche de la santé et des soins qui soit capable de «réduire l'écart entre les "nantis" et les "démunis" à l'intérieur de chaque pays, comme entre les pays» (OMS, 1979, parag. 24). C'est ainsi qu'elle croit pouvoir amener tous les habitants du monde au niveau de santé le plus élevé possible. Que signifie le plus élevé possible? Pourquoi cette imprécision dans la formulation? Serait-ce une brèche vers l'acceptation de certaines formes d'inégalités d'état de santé?

Pour l'OMS, le droit à la santé est plus qu'un droit aux soins, il est un droit à tous les services nécessaires<sup>7</sup> pour être en bonne santé. Les fondements égalitaristes de l'égalité du droit à la santé reposent sur la position morale selon laquelle chaque individu a le droit de s'épanouir et l'absence de santé restreint ses possibilités d'épanouissement. Dès sa constitution, l'OMS a déclaré: «La possession du meilleur état de santé possible est un droit fondamental

<sup>7.</sup> En outre, comme l'OMS le souligne dans le programme de la «Santé pour tous», une politique de santé aspirant à une plus grande égalité d'état de santé – on devrait dire à une réduction des inégalités d'état de santé – englobe un vaste domaine, qui va d'une alimentation saine, appropriée et suffisante, à des conditions de logement et de travail correctes, en passant par une éducation sanitaire minimale et évidemment par des soins de santé de qualité.

de tout être humain, indépendamment de sa race, de sa religion, de ses opinions politiques, de sa condition économique ou sociale» (OMS, 1947, p. 2; 2006, p. 2).

Par ailleurs, que signifie «l'égalité d'accès aux soins» dans la perspective de la justice sociale de l'OMS? À l'instar de Schneider-Bunner, nous mettrons en relief les deux principales interprétations de l'exigence de l'égalité d'accès aux soins: l'égalité d'accès au sens de possibilité de consommation et l'égalité d'accès au sens de possibilités de traitement ou d'utilisation8. Au sens de possibilité de consommation, l'égalité d'accès présume que les individus devraient avoir la même possibilité de recevoir des soins (prix, distance, temps d'attente équivalent), que le système de soins devrait être organisé de façon à ce qu'il n'y ait pas d'obstacle pour quiconque dans la réception des soins9. Pour se réaliser, ce critère requiert qu'on subventionne la consommation de soins médicaux des plus pauvres, en diminuant adéquatement le prix des soins, en réduisant les distances de fourniture, en respectant l'intégrité et l'estime de soi des bénéficiaires. Cette égalité conséquentialiste réduirait le sacrifice des plus pauvres, mais ne l'éliminerait pas pour autant; les inégalités de niveau de vie ne seraient pas non plus évitées, la propriété privée serait préservée. Pour exempter le pauvre du sacrifice, deux solutions seraient envisageables: la première serait d'égaliser les contraintes de budget, ce qui revient à réaliser l'égalité d'accès à tous les biens ; la seconde, d'assurer seulement la gratuité des biens importants. L'OMS n'appliquerait ni l'une ni l'autre. Probablement parce que

<sup>8.</sup> L'accès suppose la disponibilité des occasions et par conséquent relève de la responsabilité du secteur de «l'offre ». L'utilisation des services, en revanche, relèverait du secteur de la «demande ».

<sup>9.</sup> Pour corriger les défauts d'une égalité d'accès qui ne touche que l'offre (la disponibilité des soins), il faudrait, selon un tout autre point de vue égalitariste, non seulement égaliser la possibilité d'accès aux soins, mais aussi l'exercice de cette possibilité. Il faudrait appliquer l'égalité à la consommation de soins plutôt qu'à l'accès aux soins. Évidemment, cela ne revient pas à distribuer un volume de soins égal à tous: l'égalité de consommation s'applique nécessairement en relation avec la notion de besoin.

ça lui est tout simplement impossible. Le critère d'égalité d'accès qu'elle défend n'implique pas une égalité, même procédurale, de soins et services disponibles ou utilisés.

Au sens d'égalité de traitement, l'égalité d'accès suppose la distribution des soins selon les besoins : les individus devraient bénéficier de soins identiques s'ils ont les mêmes besoins, indépendamment de leurs caractéristiques personnelles (âge, sexe, revenu, etc.), indépendamment des données structurelles (localisation des professionnels de la santé). Ce principe d'utilisation comporte deux dimensions : une dimension d'équité horizontale (de justice commutative) en vertu de laquelle des personnes égales dans le besoin doivent être traitées également ; et une dimension d'équité verticale (de justice distributive) qui accorde davantage à ceux dont les besoins sont plus grands et qui traitent différemment les personnes dont les besoins sont différents.

La conception que l'OMS se fait de la justice sociale présente de nombreuses similitudes avec la théorie rawlsienne de la justice<sup>10</sup>, disions-nous, précisément en son deuxième principe qui affirme, entre autres, que les actions visant les inégalités doivent être à l'avantage des membres les plus défavorisés de la société. Depuis la Déclaration d'Alma-Ata, l'OMS n'a pas cessé, en effet, de

<sup>10.</sup> L'une des thèses de Rawls consiste à affirmer qu'une société juste aspire à l'équité plutôt qu'à l'égalité, l'inégalité étant non seulement juste et souhaitable, mais essentielle au fonctionnement d'une société juste. Ainsi, la notion de justice sociale ne serait pas incompatible avec celle d'inégalité. Trois étapes serviraient à la décrire : la position originelle, les principes de justice et les institutions de base. La position originelle représente, tel l'état de nature dans les théories classiques du contrat social, la situation hypothétique que chacun peut simuler en se mettant « derrière un voile d'ignorance », en faisant abstraction de ses intérêts personnels. Selon Rawls, les principes de justice qu'on choisirait unanimement dans la position originelle sont les suivants :

<sup>1.</sup> Le principe d'égale liberté: «chaque personne a un droit égal à un système pleinement adéquat de libertés et de droits de base égaux pour tous, compatibles avec un même système pour tous» (Rawls, 1987, p. 29). Entendez par libertés et droits de base, les libertés et droits de l'homme: droits de vote, liberté de pensée, de conscience, d'expression, de protection contre l'emprisonnement arbitraire, etc.

recommander la réduction des inégalités de santé entre les différents peuples de la Terre, pour permettre à tous de vivre une vie socialement et économiquement productive. S'agit-il là d'une garantie à tous de la même chance d'occuper des fonctions et des positions auxquelles sont rattachées de justes inégalités sociales et économiques? Dans la Stratégie mondiale de la santé pour tous d'ici l'an 2000, elle aborde la santé à la fois comme un résultat et comme une ressource. En témoignent, notamment, ses recommandations qui visent autant à compenser les inégalités de santé liées aux contraintes de ressources qu'à empêcher que ces inégalités de conditions entraînent des inégalités de chance. Dans la même veine, la « Santé pour tous au xxie siècle » conserve toute cette inspiration rawlsienne dans la mesure où elle continue d'aspirer à une réduction des inégalités injustifiées et à l'éradication de la pauvreté par le truchement de mesures favorisant les couches les plus démunies. Elle s'arc-boute

- 2. Le second principe se divise en deux sous-principes et s'applique aux inégalités sociales et économiques:
  - a) Le principe de juste égalité des chances: les inégalités sociales et économiques « doivent être attachées à des fonctions et à des positions ouvertes à tous dans des conditions de juste égalité des chances » (Schneider-Bunner, 1997, p. 79). Ce principe doit être garanti dans l'éducation, la culture, dans la vie économique et dans le libre choix d'un emploi (Rawls, 1987, p. 315). Soulignons que Rawls n'y a pas intégré explicitement la santé.
  - b) Le principe de différence: les inégalités sociales et économiques «doivent être à l'avantage des membres les plus défavorisés de la société» (Schneider-Bunner, 1997, p. 80). Selon Van Parijs (1991, p. 19) cité par Schneider-Bunner, ce principe ressemble à «un compromis élégant et attrayant entre un égalitarisme absurde et un utilitarisme inique» (Schneider-Bunner, 1997, p. 80).

Pour compléter sa théorie, Rawls a joint à ses deux principes de justice deux règles de priorité définissant l'ordre lexical des principes: le principe 1 prime sur le principe 2 et le principe 2a prime sur le principe 2b. En résumé, la position originelle transmet son caractère équitable aux principes qui sont choisis et dont la nécessité d'application effective entraîne la définition des institutions de base, lesquelles représentent la procédure concrète garante de l'équité du résultat, c'est-à-dire sa conformité aux dits principes de justice.

sur une certaine équité garantissant une égalité formelle du droit à la santé mais, concrètement, un accès universel à un minimum de soins seulement.

Le droit à la santé signifie [ici] que chacun a droit à un niveau de vie adéquat pour sa santé et son bien-être, ce qui englobe le droit à une nourriture suffisante, à l'eau, aux vêtements, au logement, aux soins médicaux, à l'éducation, à la santé reproductive et aux services sociaux, ainsi que le droit à la sécurité en cas de chômage, de maladie, d'incapacité, d'âge avancé ou de perte de la capacité de subvenir à ses besoins dans des situations indépendantes de sa volonté<sup>11</sup> (OMS, 1998c, A51//3, p. 2).

L'égalité du droit à la santé revendiqué par l'OMS continue d'être une égalité formelle, et l'équité en tant que principe de justice sociale s'applique aux moyens plutôt qu'aux résultats, aux soins et systèmes de soins plutôt qu'à l'état de santé, à l'organisation plutôt qu'à la distribution des soins et services de santé. La lutte contre la pauvreté et la réduction des inégalités de santé continuent d'être la traduction négative et pragmatique de l'idéal de justice sociale prôné par l'OMS dans sa politique mondiale de la santé pour tous. Aucune transformation radicale n'a été apportée au sens de la notion d'égalité d'accès aux soins après 1998, ni pour ce qui est des possibilités d'accès, ni pour ce qui est des possibilités de traitement dans la distribution des soins et services.

L'idéal de justice sociale de l'OMS suppose donc la suppression des inégalités de santé injustes et injustifiées entre les individus et les groupes à l'intérieur des pays comme entre les pays<sup>12</sup>. Elle

<sup>11.</sup> Cette précision est loin d'être anodine dans la mesure où elle peut servir de critère pour discriminer les gens qui méritent un tel droit et ceux qui ne le méritent pas. Notons au passage l'inclinaison vers la responsabilité individuelle induite par la notion de volonté.

<sup>12.</sup> Dans cette optique, le point de départ de l'élaboration des politiques et de l'action consiste à mesurer les inégalités. Car un tel dessein requiert une bonne connaissance des risques pour la santé, de l'impact des maladies, des difficultés auxquelles on se heurte quand on cherche à améliorer la performance des systèmes de santé, et du contexte politique et institutionnel de l'action en faveur de la santé pour tous (OMS, 2003d, p. 6).

suppose également de fournir les soins, notamment les soins de santé primaires, en fonction des besoins, en fonction des différentes étapes de la vie. D'après l'OMS, un système équitable de soins de santé sous-entend un accès universel à un niveau adéquat de soins tout au long de l'existence, et cela sans imposer aux bénéficiaires des charges excessives (OMS, 1998e, A51/5, p. 19, 42).

Le critère d'équité résultant de cette conception de la santé est tel que les institutions de santé de base doivent permettre à chacun d'accéder au moins à un minimum de soins. «Le niveau de ce minimum est constitué des services nécessaires pour maintenir, restaurer ou compenser la perte de fonctionnement normal. Le système de santé doit donc satisfaire en priorité les besoins de santé qui ont un impact important sur l'éventail des opportunités» (Schneider-Bunner, 1997, p. 129). Pour garantir à tous une liberté réelle maximale (un éventail d'opportunités le plus large possible), il faut aussi assurer à chacun un niveau de vie acceptable grâce à une redistribution inconditionnelle sous forme d'allocation universelle, c'est-àdire un égal accès à un niveau minimum de soins (Van Parijs, 1994; Daniels, 1985; Schneider-Bunner, 1997, p. 130). L'OMS appelle ce minimum: les «soins de santé primaires». Elle veille en effet à ce que tous les systèmes de santé soient basés sur ces soins<sup>13</sup> et œuvre à ce qu'ils soient accessibles à tous, dans tous les pays. De la sorte, des soins spécialisés ne sont fournis «en prolongement» qu'au besoin, [nous ajoutons] si les ressources le permettent.

Il devient alors évident que la mission de l'OMS n'est pas d'éliminer toutes les inégalités; l'OMS fait même la promotion de celles qui sont favorables aux démunis. Non seulement plaide-t-elle en faveur d'une réduction des inégalités – et non d'une égalité – dans la situation sanitaire des peuples, mais elle recommande aussi des mesures inégales à l'avantage des plus défavorisés aux deux échelles

<sup>13. «</sup>L'acceptation des soins de santé primaires implique donc que le reste du système sanitaire soit organisé de manière à les soutenir et à favoriser leur développement ultérieur. Cela signifie que le système de santé dans son ensemble devra accepter l'objectif social d'assurer à tout le monde des soins de santé essentiels...» (OMS, 1978, paragr. 12).

nationale et mondiale. De plus, elle ne recommande pas d'appliquer les principes de justice directement à la répartition des soins et services de santé, mais d'orienter plutôt l'organisation du système de santé en faveur des plus défavorisés. Mais qui sont les «plus défavorisés»? En prenant un raccourci, on peut dire que ce sont les personnes qui disposent de peu de ressources internes (santé dégradée, faible capacité à tirer bénéfice des soins) et de peu de ressources externes (accès limité aux soins, faible revenu, faible scolarisation) que l'OMS considère comme les plus défavorisées. Il s'agit donc des plus malades et des plus pauvres, soit deux catégories non exclusives. Alors, comment la conception de la justice sociale de l'OMS se traduit-elle auprès de ces deux populations?

#### 3.2.1. LA PRIORITÉ AUX PLUS MALADES

Comme l'objectif fondamental de tout système de santé est d'améliorer et de préserver la santé en donnant des soins et des services, il v a deux façons d'utiliser les principes liés à la justice sociale: soit qu'on les applique à la *finalité*, à savoir les résultats de santé; soit qu'on les applique aux moyens qui la produisent, à savoir les soins et, de façon plus globale, le système de soins et services. Or l'analyse que nous en faisons et la compréhension que nous en avons donnent à penser que l'OMS privilégie, dans son approche de la justice sociale, autant les finalités (la santé) que les moyens (les soins et services). C'est du moins ce que laisse entendre le bureau exécutif de l'Organisation lorsqu'il affirme qu'atteindre «[...] les objectifs liés à la santé revient à améliorer l'état de santé moyen de la population. De plus, la mauvaise santé affectant de façon disproportionnée certaines couches ou certains groupes de la société, il est également important de réduire les inégalités au plan de la santé » (OMS, 1999b, p. 4).

Il convient d'ajouter qu'au-delà de l'attention qu'elle porte à tout ce qui concerne les systèmes de soins, l'OMS voudrait bien pouvoir compter sur la réduction des inégalités (sociales) pour atteindre les résultats de santé qu'elle vise. Faut-il pour autant

conclure à une volonté réelle d'égalité d'état de santé<sup>14</sup>? Ne s'agirait-il pas, plus simplement, d'une volonté d'égalité formelle du droit à la santé qui aura vite fait de se transformer en mesures de réduction des inégalités injustes ou inéquitables?

Quoi qu'il en soit, l'OMS recommande d'augmenter les ressources du secteur de la santé, de diminuer les coûts en augmentant les gains d'efficacité et d'améliorer l'accès aux soins: autant de moyens, en somme, au service d'une réduction des inégalités de santé. Jamais, cependant, elle ne postule explicitement l'égalité absolue d'état de santé entre tous les individus. Sans doute est-ce parce que cela est rendu impossible par les aléas mêmes des risques médicaux. On peut toutefois se demander si c'est à l'impossibilité d'une parfaite égalité de santé qu'il faut attribuer la réduction, dans sa réforme, de ses ambitions égalitaristes au profit d'une conception «holistique» de la santé à l'intérieur de laquelle on juge les inégalités interindividuelles acceptables, dans la mesure où l'égalité entre groupes sociaux et à l'intérieur des groupes âge-sexe serait respectée. Quoi qu'il en soit, il ne fait aucun doute que l'incapacité à redistribuer également la santé a conduit l'OMS à se rabattre sur une version négative et pragmatique de son idéal égalitariste, lequel s'objective par un effort de réduction des inégalités d'état de santé.

Ce glissement dans l'objectif de l'OMS (d'un idéal de santé pour tous à la réduction des inégalités de santé) nous suggère que sa conception de la justice réside peut-être davantage dans une égalité formelle du droit à la santé que dans le résultat de santé lui-même. Ce droit, inspiré par une conception idéalisée de la médecine, incite à croire que chacun devrait pouvoir bénéficier d'une santé sinon bonne, du moins satisfaisante.

<sup>14.</sup> Que signifierait cette volonté réelle d'égalité de santé ? Que tous les habitants de la terre aient la même espérance de vie à la naissance ? Qu'ils atteignent tous le niveau de santé actuel des plus riches d'aujourd'hui ? Qu'ils aient tous le même standard de vie ?

*Justice sociale et équité* 97

Cette option choisie par l'OMS viendrait donc tempérer la perspective utilitariste<sup>15</sup> visant une maximisation de la santé pour tous en misant principalement sur l'efficacité et les résultats. L'OMS propose en fait une solution intermédiaire entre l'égalité d'état de santé et l'amélioration de la santé. Cela implique un amendement de l'efficacité en faveur de plus d'égalité, ou encore la réduction des inégalités par le truchement du coefficient d'aversion pour l'inégalité. L'OMS préconise en fait une «répartition équitable des ressources pour la santé » de manière à rendre universellement accessibles les soins de santé primaires et leurs services d'appui (OMS, 1981a).

Or que signifient pour l'OMS les expressions «répartition équitable des ressources pour la santé» et «accès universel aux soins de santé primaires»? Nous venons de montrer que l'OMS ne revendique nulle part que tous aient les mêmes possibilités d'accès aux soins<sup>16</sup>. Pour cette raison, elle ne préconisera pas d'égaliser les

<sup>15.</sup> La conception de la justice sociale de l'OMS n'a cependant pas rompu avec toutes les préoccupations utilitaristes de cette organisation. Ne continue-t-elle pas de chercher à améliorer l'état de santé moyen de la population mondiale? N'applique-t-elle pas à la santé la maxime utilitariste «le plus grand bien au plus grand nombre »? Ne postule-t-elle pas l'idée selon laquelle les individus ont un grand intérêt à voir la santé totale maximisée, autrement dit, à voir l'utilité individuelle comme une fonction de son propre état de santé et de l'état de santé des autres? Depuis sa constitution, l'OMS a affirmé la démocratisation du risque : «L'inégalité des divers pays en ce qui concerne l'amélioration de la santé et la lutte contre les maladies est un péril pour tous» (OMS, 1947, p. 2; 2006, p. 2). Il est évident que cette prise en compte de la santé des autres dans la fonction d'utilité d'un individu ne repose guère sur des raisons altruistes puisqu'elle attend quelque conséquence directe sur sa propre santé; elle est surtout mue par des motivations égoïstes, plus précisément par la crainte de voir sa santé affectée par la maladie des autres. Notre incapacité à filtrer, voire à refouler la circulation de certaines maladies (SRAS, grippe aviaire, sida, etc.), a conduit l'humanité sur le chemin de la globalisation épidémiologique et du risque corollaire.

<sup>16.</sup> Peut-être parce que cela lui semble de toute évidence impossible; tous n'ont évidemment pas la même capacité de payer ni de se déplacer par les mêmes moyens de transport, en parcourant les mêmes distances et en affrontant les mêmes obstacles.

contraintes de budget à l'échelle mondiale afin que soit réalisée une égalité d'accès à tous les biens, pas plus d'ailleurs qu'elle ne préconisera la gratuité des biens publics, voire l'égalité des possibilités d'accès aux soins<sup>17</sup>. L'OMS ne recommandera pas davantage l'égalité de consommation des services de santé, ni même l'exercice de cette possibilité (Olsen et Rogers, 1991; Mooney, 1992; Culyer et Wagstaff, 1993; Schneider-Bunner, 1997). Elle prône la distribution des soins selon les besoins. Elle ne suggère pas en cela que tous, s'ils ont les mêmes besoins, doivent pouvoir bénéficier de soins identiques, indépendamment de leurs caractéristiques personnelles (âge, sexe, revenu, etc.) et de leur environnement (localisation, disponibilité des ressources). Ce qu'elle propose se saisit plutôt à travers les réalités régissant l'égalité de traitement. Ainsi, au niveau national et en ce qui concerne les soins de santé primaires, elle recommande une équité horizontale (justice commutative) et une équité verticale (justice distributive). La première suppose que des personnes égales dans le besoin soient traitées également, et la seconde, que ceux dont les besoins sont plus grands reçoivent davantage et soient traités

<sup>17.</sup> L'accessibilité que l'OMS réclame pour tout le monde implique « la fourniture continue et organisée de soins qui soient géographiquement, financièrement, culturellement et fonctionnellement à la portée de la communauté tout entière. Les soins doivent répondre quantitativement et qualitativement aux besoins de santé essentiels des gens et doivent être assurés par des méthodes qui leur soient acceptables. L'accessibilité géographique signifie que la distance à parcourir, les temps de déplacement et les moyens de transport soient acceptables pour tous les usagers. L'accessibilité financière signifie que, quelles que soient les modalités de paiement, les services soient abordables à la communauté et au pays. L'accessibilité culturelle signifie que les méthodes techniques et gestionnaires utilisées soient compatibles avec les caractéristiques culturelles de la communauté. L'accessibilité fonctionnelle signifie que les soins de la sorte requis soient à tout moment accessibles à ceux qui en ont besoin et qu'ils soient dispensés par l'équipe de santé qu'il faut pour les assurer correctement » (OMS, 1978, Déclaration Alma-Ata, p. 65, paragr. 68-69).

différemment<sup>18</sup>. A contrario, au niveau international et pour tous les soins de santé qui ne sont pas compris dans les soins de santé primaires, le critère d'égalité de traitement, incluant les principes d'équité horizontale et verticale, ne s'érige jamais au rang de recommandations. Autant dire que la pertinence de l'égalité de traitement ou d'utilisation ne vaudrait qu'à l'échelle nationale<sup>19</sup>, tandis que le *statu quo ante* prévaudrait à l'échelle internationale.

Jusqu'à présent nous avons vu en quoi la conception que l'OMS se fait de la justice sociale s'appliquait aux personnes malades en besoin de soins. Mais il serait faux de prétendre qu'elle se limite au complexe médico-sanitaire: la pauvreté est aussi une de ses préoccupations majeures.

#### 3.2.2. LA PRIORITÉ AUX PLUS PAUVRES

Outre les malades, la perspective de justice sociale de l'OMS tient également compte des pauvres<sup>20</sup>, car, dit-elle, un système de santé ne peut ignorer l'influence complexe des ressources externes sur l'acquisition des soins. Nous nous proposons de nous pencher ici

<sup>18.</sup> Par exemple, le Québec a un système de soins répondant au critère d'équité horizontale en ce que tous les citoyens quels qu'ils soient (indépendamment de leur groupe ethnique, sexe, âge, classe sociale) ont accès aux mêmes services de santé. Ce même système répond aussi à une équité verticale en ce qu'une fois que tous ont un accès égal aux soins de santé, on reconnaît également que certains groupes de la population ont des besoins plus importants que d'autres. Le programme OLO est un exemple d'équité verticale. En offrant gratuitement aux femmes provenant de milieux défavorisés des œufs, du lait et des oranges pour toute la durée de leur grossesse, on reconnaît à ce groupe des besoins particuliers nécessitant une offre particulière dont ne bénéficient pas les femmes de milieux plus aisés.

<sup>19.</sup> Encore là, dans certains contextes nationaux, il n'en est rien.

<sup>20. «</sup>Même si l'accès universel aux prestations de santé était garanti, cela ne serait sans doute pas suffisant en soi. [...] Il faudra donc choisir une approche associant des investissements en faveur de la santé en général et des investissements plus focalisés en faveur des systèmes de santé » (OMS 1999c, EB105/5, p. 4, paragr. 14). Dans de nombreux pays, par exemple, la priorité des priorités du système de santé est la lutte contre la misère.

sur la manière dont se déploie cette préoccupation de justice sociale envers les plus pauvres en reprenant le discours de l'OMS qui analyse ses propres politiques et programmes.

Parce que le domaine de la santé entretient des liens étroits et complexes avec le secteur socioéconomique, l'OMS, faut-il le répéter, fait de l'amélioration de la santé à la fois la résultante du développement socioéconomique et un investissement indispensable à un tel développement. La réalisation des objectifs de santé est pour ainsi dire subordonnée à des politiques qui ne relèvent pas directement du domaine de la santé. C'est pourquoi ses activités s'étendent au-delà de la prestation des services de santé collectifs et individuels et englobent tous les aspects de la politique publique qui ont une incidence sur la santé des gens<sup>21</sup> (OMS, 2000). Comme le souligne la Stratégie mondiale de la santé pour tous d'ici l'an 2000, une politique qui tend à une plus grande égalité de santé doit s'étendre sur un vaste domaine qui va d'une alimentation saine, appropriée et suffisante, à des conditions de logement et de travail correctes, en passant par une éducation sanitaire minimale et évidemment des soins de santé de qualité. L'OMS affirme son ferme engagement à ce que:

- Dans tous les pays, chaque individu ait au moins aisément accès aux soins de santé essentiels et aux services du premier échelon de recours [c'est-à-dire aux soins de santé primaires].
- 2. Tous les individus aient accès à un approvisionnement en eau de boisson saine et à des moyens d'assainissement.
- 3. Tous les habitants du monde soient nourris de manière adéquate.
- 4. Tous les enfants soient vaccinés contre les grandes maladies infectieuses de l'enfance.

<sup>21.</sup> Il convient toutefois de souligner que toutes les priorités et les six domaines d'activité de l'OMS relèvent du domaine de la santé.

- 5. Tous les moyens possibles soient mis en œuvre pour prévenir et combattre les maladies non transmissibles et pour promouvoir la santé mentale par la modification du mode de vie et le contrôle de l'environnement physique et psychosocial.
- 6. Des médicaments essentiels soient disponibles pour tous (OMS, 1981a, p. 53).

L'ensemble de ces préoccupations explique pourquoi les soins de santé primaires ne se réduisent pas, pour l'OMS, à un simple traitement clinique des malades ni à une extension des services de base. Les soins de santé primaires intègrent aussi un lot de services et d'activités extérieurs au domaine de la santé, mais combien essentiels au quotidien des individus et des collectivités: une éducation relative aux problèmes de santé courants ainsi qu'aux méthodes de prévention et de lutte qui leur sont applicables; la promotion de bonnes conditions et comportements alimentaires et nutritionnels, un approvisionnement suffisant en eau saine et des mesures d'assainissement de base; la protection maternelle et infantile y compris la contraception; la prévention et le contrôle des endémies locales; le traitement des maladies et lésions courantes et la fourniture de médicaments essentiels.

En plus de s'ouvrir à l'ensemble des champs d'activité ayant une incidence sur la santé, l'OMS exprime ses aspirations de justice sociale en appelant les systèmes de santé à prémunir les plus pauvres contre les coûts financiers de leur maladie. Elle préconise en effet d'étendre (généraliser) aux pauvres l'application des dispositifs de prépaiements prévus dans les SSP. D'après elle, cela permettrait de répartir le risque financier de la maladie et réduirait le spectre des dépenses de santé ruineuses (OMS, 1981a).

Il va de soi que le but premier des systèmes de santé est l'amélioration et la protection de la santé, mais ils répondent à d'autres préoccupations, notamment l'équité du financement des soins de santé et la satisfaction des attentes des patients concernant leur prise en charge » (OMS, 2000, A53/4, p. 2).

L'équité de financement dont il est ici question n'est pas à confondre avec la gratuité des soins et services de santé. Afin d'éviter des dépenses de santé onéreuses, ou encore que les individus ou les ménages les plus pauvres aient à consentir plus de sacrifices que les riches pour leurs dépenses de santé, l'OMS favorise une prise en charge équitable du financement du système de santé au niveau national. Cette équité du partage des risques n'est pas non plus à confondre avec une égalité des contributions, indépendamment du niveau de revenu ou de richesse. C'est plutôt la mise en commun des risques entre individus malades et individus en bonne santé ainsi que le partage des risques entre les groupes de différents niveaux de revenu et de richesse, de manière que ceux qui possèdent davantage donnent une contribution supérieure. En somme, le système de financement équitable proposé par l'OMS préviendrait<sup>22</sup> contre l'appauvrissement d'une personne qui tombe malade et qui doit supporter le double fardeau de la maladie et du coût financier de ses soins de santé (OMS, 1999b, EB105/4, p. 21).

À l'issue de ce chapitre traitant de la justice sociale comme promesse des SSP, nous pouvons retenir que, plutôt que la «santé pour tous», l'OMS promet un «minimum de soins pour tous»; plutôt que d'éliminer toutes les inégalités de santé, elle promet de supprimer celles qui sont injustes et injustifiées; plutôt que l'égalité d'accès à tous les soins, elle défend l'accès égal à des soins et médicaments essentiels; plutôt que l'égalité de consommation des services, elle prône la distribution des soins selon les besoins; et enfin plutôt que la gratuité des soins et des services, elle préconise l'équité de financement. Voyons maintenant le sort de ces promesses.

<sup>22.</sup> Les résultats des travaux récents sur le système de partage des coûts tendraient à montrer que cette mesure n'améliore pas toujours significativement le niveau de consommation des soins par les plus pauvres.

# BILAN MITIGÉ DE LA MISE EN ŒUVRE DE L'ORTHODOXIE DES SOINS DE SANTÉ PRIMAIRES PAR L'OMS

Nous avons présenté dans le chapitre précédent la conception que l'OMS se fait de la justice sociale ainsi que les moyens qu'elle entendait déployer ou qui sont à déployer pour aplanir les inégalités et contrer l'exclusion qu'elle observe. Il convient maintenant de se demander quels résultats cette conception spécifique de la justice sociale et les actions qui en ont découlé ont atteints à ce jour?

## 4.1. LE BILAN DES POLITIQUES DE L'OMS: DES RÉSULTATS MITIGÉS

Après plusieurs décennies d'application de la Stratégie mondiale de la santé pour tous axée sur les soins de santé primaires, force est de constater que l'OMS n'est pas parvenue à endiguer tous les processus d'exclusion qu'elle a, *a priori*, déplorés et ciblés. Son bureau exécutif s'est même vu contraint d'admettre que certaines des initiatives gouvernementales qu'elle avait prescrites se sont finalement soldées

par un décevant échec et que, somme toute, nous sommes encore très loin de la réduction des inégalités prônée et de l'actualisation d'un niveau de santé jugé acceptable à travers le monde. En 2004, le Population Reference Bureau<sup>1</sup> a observé que les inégalités en matière de santé demeurent non seulement persistantes, mais qu'elles se sont même aggravées dans bien des cas. Cela est vrai des inégalités entre pays et, à l'intérieur des pays, entre riches et pauvres et entre les pauvres et les plus pauvres.

Par exemple, les pauvres des pays pauvres ont ordinairement moins d'accès aux technologies médicales et aux soins de qualité que ceux des pays à revenu élevé. Ces mêmes écarts existent aussi à l'intérieur des pays, qu'ils soient riches ou pauvres<sup>2</sup>: «En moyenne, les enfants des quintiles les plus riches sont deux fois plus suscep-

<sup>1.</sup> Il s'agit d'une organisation à but non lucratif fondée en 1929 par Guy Irving Burch et Raymond Pearl. Basée à Washington et financée par des fondations privées, des agences gouvernementales et des donateurs individuels, cette organisation informe les gens du monde entier (journalistes, éducateurs, chercheurs, décideurs politiques) sur les questions de population, de santé et d'environnement, et les aide à se servir de ces informations pour promouvoir le bien-être des générations d'aujourd'hui et de demain.

<sup>2.</sup> Les exemples suivants illustrent bien la polarisation extrême entre les pays et, en leur sein, entre les groupes sociaux qui les composent. En Sierra Leone, notamment, la mortalité infantile en 2004 est de 316 pour 1000 naissances vivantes comparativement à 3 en Islande. L'espérance de vie à la naissance est de 34 ans par rapport à 81,9 ans au Japon (OMS, 2004a). En 2003, la probabilité de décès chez les hommes âgés de 15 à 60 ans était de 90,2 % au Lesotho contre 46,4 % en Russie et 8,3 % en Suède (OMS, 2003c). En Éthiopie, toujours en 2003, seulement 6% des naissances ont lieu en présence d'un personnel qualifié, comparativement à 12 % au Bangladesh et 100 % en Suède. Les mêmes observations peuvent être faites, mais cette fois à l'intérieur des pays dits «avancés». Par exemple, aux États-Unis et dans les pays européens, les pauvres meurent toujours plus tôt que les mieux nantis. Toujours aux États-Unis, l'écart entre l'espérance de vie du groupe le plus avantagé et celle du groupe le plus désavantagé est de 20 ans (Murray et al., 1998). En Angleterre et au Pays de Galles, on observe un écart de 7,4 ans d'espérance de vie entre les hommes de professions libérales et les travailleurs manuels non qualifiés (Donkin et al., 2002). En 1991, comparé aux allochtones, les autochtones du Québec ont un taux de mortalité due aux maladies infectieuses et parasitaires

tibles d'avoir été complètement vaccinés que les enfants des quintiles les plus pauvres » (Ashford, 2004, p. 2). Il en est de même pour le recours aux services médicaux à l'accouchement: l'écart entre riches et pauvres est également prononcé quant à l'usage des méthodes modernes de contraception. « En général, les plus démunis se trouvent en situation désavantagée au niveau de tous les déterminants de la santé. Ils sont plus vulnérables aux problèmes de santé et à la maladie en raison de leur manque de ressources financières, de leur connaissance limitée des questions de santé et de leur recours peu fréquent aux services médicaux » (Ashford, 2004, p. 2). Sur la base de ces constats, peut-on encore s'étonner du fait que partout dans le monde les plus pauvres soient susceptibles de vivre avec plus d'incapacité, moins en santé ou plus malades et de mourir plus jeunes que les mieux nantis?

Au sein des pays, les inégalités dans le domaine de la santé sont omniprésentes. Même dans les pays les plus avancés, tels que les États-Unis ou les pays européens, les pauvres meurent plus tôt que les mieux nantis. Cependant, les problèmes de santé responsables de la majeure partie de ce fossé mondial dans le domaine de la santé [...] se concentrent essentiellement dans les groupes les plus pauvres des pays les plus démunis. [...]

Une étude portant sur sept pays africains a révélé que dans tous les pays, le quintile le plus pauvre de la population recevait moins d'un cinquième des dépenses publiques pour les traitements curatifs. Dans le cas des services de santé primaires, tels que ceux fournis dans les cliniques et les dispensaires les plus élémentaires, les groupes les plus pauvres bénéficiaient de moins de services que les groupes plus aisés dans cinq des sept pays étudiés (Ashford, 2004, p. 1, 3).

de deux à dix fois supérieur. Le taux de suicide y est trois fois plus important et le taux de mortalité infantile trois fois et demie plus élevé que chez les allochtones (Desbiens, 1993, p. 9-11). En Australie, de 1999 à 2001, l'espérance de vie des populations autochtones et des populations des îles du détroit de Torres est inférieure de 20 ans à la moyenne nationale (ATSC, 2003).

Par conséquent, même dans les pays où les gouvernements ont encouragé la prestation universelle et gratuite de services de santé, les groupes les plus pauvres et les plus démunis bénéficient de moins de soins et de soins de moindre qualité que les plus riches. À un état de santé défavorable et à un moins bon accès aux soins, s'ajoute par ailleurs le désavantage de la pauvreté sur le plan de l'économie domestique, de l'éducation, de l'écosystème et de la géographie.

Certes, certaines contingences sont susceptibles d'expliquer les limites d'accès aux soins: par exemple, la capacité locale de développement des systèmes de soins, les modalités de dépenses de santé, l'organisation des systèmes de soins et la spécialisation de leurs fonctions, l'absence de recherche médicale, l'accès limité à la technologie et à l'information, sans oublier les médicaments modernes qui demeurent hors de portée. Mais pour l'essentiel, elles tiennent à des facteurs structurels:

- 1. general socioeconomic, cultural and environmental conditions (e.g. employment, income and social welfare programmes)
- 2. living and working conditions (e.g. individual's position in society, occupation, income and education)
- 3. social and community networks available to the individual (e.g. feelings of insecurity and social exclusion)
- 4. *lifestyle choices* (*smoking, lack of physical activity and poor diet*) (Crombie *et al.*, cités par Hogstedt *et al.* [dir.], 2008, p. 17).

Voilà pourquoi les inégalités de santé sont partout une préoccupation centrale des responsables politiques, de la société civile et plus récemment des grandes corporations. D'après Wagstaff (2002a, 2002b), l'état des connaissances incite à penser que les inégalités de santé, notamment les inégalités en matière d'utilisation des services, traduisent d'autres inégalités (d'éducation, de revenu, de localisation et de logement). Aussi, les politiques qui s'attaquent aux inégalités dans le secteur de la santé devraient-elles non seulement viser à réduire les inégalités dans la qualité et la disponibilité

des services de santé par exemple (du côté de l'offre), mais aussi les inégalités en matière de revenu, d'éducation, d'accessibilité des services de base, d'alimentation en eau potable, de conditions d'assainissement, etc. (du côté de la demande). Il ajoute:

Premièrement, les inégalités en matière de santé s'exercent presque toujours au détriment des pauvres: ceux-ci ont tendance à mourir plus tôt et à présenter des niveaux de morbidité plus élevés que les plus riches.

Deuxièmement, les inégalités tendent à être plus prononcées pour les indicateurs objectifs de mauvaise santé, comme les mesures anthropométriques de la malnutrition et de la mortalité, par exemple, que pour les indicateurs subjectifs. [...]

Troisièmement, l'ampleur des inégalités varie beaucoup d'un pays à l'autre, bien que ces variations soient elles-mêmes fonction des indicateurs de santé et de situation économique utilisés. [...]

Quatrièmement, il semble que les inégalités socioéconomiques face à la santé aillent en se creusant plutôt qu'en se comblant. Et cela s'observe aussi bien dans les pays en développement (48-52) que dans le monde industrialisé (28, 53-56) » (Wagstaff, 2002a, p. 101).

De même, dans ses derniers rapports basés sur les tendances sanitaires mondiales des cinquante dernières années, l'OMS constate bien sûr des progrès remarquables<sup>3</sup>, mais elle expose aussi ses inquiétudes quant au retard accumulé dans son programme face aux risques

<sup>3.</sup> Citons parmi ces progrès le recul progressif d'importantes maladies infectieuses comme la poliomyélite, la lèpre, la dracunculose, la maladie de Chaggas et l'onchocercose, obtenu grâce aux incidences du développement socioéconomique sur les conditions de vie des individus (les plus pauvres notamment), à une meilleure disponibilité de l'eau potable, à l'amélioration de l'hygiène individuelle et des dispositifs d'assainissement... Des progrès tout aussi spectaculaires ont été enregistrés dans la mise au point de vaccins et de médicaments; dans l'étude, le diagnostic et le traitement des maladies, ainsi que dans la réadaptation et la lutte contre les incapacités. Malheureusement, ces progrès restent nuls ou imperceptibles pour de nombreuses personnes pour lesquelles les décès prématurés, la mortalité infantile, la faible espérance de vie restent irréductibles.

de voir les progrès de la médecine, les innovations médicales et scientifiques, et le développement socioéconomique s'écrouler sous le poids de catastrophes sanitaires. La marche triomphante du progrès menace d'abandonner dernière elle les laissés-pour-compte, des centaines de millions d'hommes, de femmes et d'enfants croupissant toujours sous les charges de la misère la plus horrible. Hélas, même le resserrement statistique des écarts de santé entre pauvres et riches – ce qui arrive plutôt rarement ces derniers temps à l'échelle globale – élude quelquefois d'autres disparités choquantes, à d'autres échelles, entre différents groupes sociaux<sup>4</sup>. Le processus de polarisation du monde et des groupes qui en découle, s'il n'est pas corrigé convenablement, continuera d'exclure un grand nombre d'habitants de la planète.

Il importe de souligner à ce sujet que cette aggravation des inégalités de santé et d'accès aux soins participe d'une dégradation plus généralisée de l'équilibre mondial. De l'avis de l'agence des Nations unies spécialisée dans le développement: «L'inégalité s'accentue au niveau mondial comme au niveau national<sup>5</sup>. Dans de

<sup>4.</sup> Soulignons que la mesure des progrès en matière de santé des pauvres retient les critères d'âge et de sexospécificité qui, sans manquer de pertinence, renseignent peu sur la stratification sociale intrinsèque au mode de production et de redistribution de la richesse.

<sup>5.</sup> Pierre-Noël Giraud (1997) distingue les inégalités sociales des inégalités spatiales. Les premières désignent les inégalités entre individus au sein d'un même territoire, tandis que les secondes traduisent les inégalités de richesse moyenne de l'ensemble des individus vivant dans un territoire donné par rapport à d'autres. Cette distinction lui a permis d'observer que jusqu'au début du xixe siècle, prévalait une fragile égalité de richesse moyenne entre territoires, mais une forte inégalité sociale à l'intérieur de chacun des territoires, quel qu'il soit. Ce scénario se transformera au début du siècle des Romantiques en un double mouvement d'aggravation des écarts de richesse moyenne entre territoires et, en fin de période, en une réduction des inégalités sociales internes, un peu comme si les inégalités spatiales se substituaient progressivement aux inégalités sociales. Dans les années 1970, poursuit-il, ce double mouvement s'est inversé, de telle sorte qu'on assiste à un resserrement des écarts spatiaux, tandis que les inégalités sociales internes se creusent autant dans les pays riches que dans les pays pauvres.

nombreux pays en développement qui connaissent une croissance économique soutenue, les écarts de revenus se creusent<sup>6</sup>. En Afrique du Sud, par exemple, où le taux de croissance moyen des trois dernières années [par rapport à 2006] s'établit à 3,9 %, les 10 % les plus pauvres de la population ne disposent que de 1,4 % du revenu national et les 10 % les plus riches de 44 % » (PNUD, 2006, p. 28). Les inégalités de revenus et de richesse ne se sont toutefois pas accrues uniformément. L'état du monde actuel, établi sur la base d'indicateurs socioéconomiques tels le PIB/hab., l'IDH, l'indice de Gini ou les rapports entre quantiles extrêmes (déciles ou quintiles) de revenus, fait également ressortir de très fortes inégalités entre riches et pauvres, que l'unité de référence soit les continents, les pays ou les habitants d'une même ville. D'après les données du PNUD: «Les 500 personnes les plus riches du monde ont un revenu combiné plus important que celui des 416 millions les plus pauvres. À côté de ces extrêmes, les 2,5 milliards d'individus vivant avec moins de 2 dollars par jour - 40 % de la population mondiale - représentent 5 % du revenu mondial. Les 10% les plus riches, qui vivent presque tous dans des pays à revenu élevé, comptent pour 54 % » (2005, p. 4).

Plus que le revenu, la richesse mondiale (patrimoine composé de tous les actifs moins les passifs) semble se répartir de manière encore plus inégale, les pays à revenus élevés ayant la tendance lourde de détenir une part plus importante de la richesse mondiale que du PIB global. Là encore, les niveaux de richesse varient non seulement d'un pays à un autre, mais aussi à l'intérieur des pays, y compris ceux qui se caractérisent par des revenus élevés. Selon une étude de l'Institut mondial de recherche sur l'économie du développement de l'Université des Nations unies (Davies *et al.*, 2006), en l'an 2000, les niveaux de richesse par tête d'habitant s'élevaient à

<sup>6.</sup> Ce bilan d'aggravation des écarts mondiaux fait néanmoins l'objet de quelques contestations. Certains auteurs (Milanovic, 2005; Bensidoun, 2004; ATTAC, 2006, Bourguignon et Morisson, 1999, pour ne citer que ceux-là) plaident pour un diagnostic plus nuancé sur la question, notamment à cause des carences de données probantes dans les pays en développement, des mesures utilisées, de la complexité et de la variété des profils historiques, démographiques et géographiques des pays, etc.

37 000 dollars américains en Nouvelle-Zélande, contre 70 000 dollars américains au Danemark, 127 000 dollars américains au Royaume-Uni, 144 000 dollars américains aux États-Unis et 181 000 dollars américains au Japon. Les habitants de l'Europe, de l'Amérique du Nord et des pays de l'Asie-Pacifique, à eux seuls, concentraient environ 90 % de la richesse mondiale. Qui plus est, seuls 2 % des adultes les plus riches du monde détenaient plus de la moitié de la richesse globale des ménages. Selon le même rapport, en 2000, si 1 % d'adultes (les plus riches du monde) possédait 40 % des biens mondiaux et le décile le plus riche 85 % de la richesse mondiale, la moitié inférieure de la population adulte, en revanche, possédait à peine 1 % de cette richesse (Davies *et al.*, 2006; Édouard, 2008).

Cette tendance à l'aggravation des écarts, faut-il l'indiquer, n'est pas récente. En effet, dès 1960, les 20% les plus riches du monde disposaient de revenus 30 fois supérieurs à ceux des 20% les plus pauvres. En 1990, ce rapport s'élevait à 60, puis à 74 en 1997. En 1998, les trois personnes les plus riches du monde avaient une fortune supérieure au PIB total des 48 pays les plus pauvres, le patrimoine des 15 personnes les plus fortunées du monde dépassait le PIB de toute l'Afrique subsaharienne et les actifs des 84 personnes les plus riches surpassaient le PIB de la Chine avec son 1,2 milliard d'habitants. Plus près de nous, en 2001, le quintile le plus riche de la population mondiale détenait 86% du PIB mondial, contre 1% pour le quintile le plus pauvre. Cette même année, la fortune des trois plus grands multimilliardaires équivalait au revenu total de l'ensemble des pays moins avancés (PMA): 1 135 milliards de dollars américains (PNUD, 1998, 2001).

Tout compte fait, nationalement et internationalement, le monde contemporain est habité par de criantes inégalités de santé, de revenu et de richesse, lesquelles hypothèquent à la fois la vie des plus pauvres et les possibilités de croissance. Aussi, plusieurs études (Sen, 1987, 1993, 2003; Wagstaff, 2002a, b; Salama et Poulin, 1998;

<sup>7.</sup> Rappelons qu'en 2000, on estimait à 125 trillions de dollars américains (en parité de pouvoir d'achat) la richesse globale des ménages, soit environ trois fois la valeur de la production globale totale.

Bret, 2006; Amin, 1996; OMS, 1998e, 2002) soutiennent-elles que, même si la croissance économique demeure un important moteur de développement, des taux élevés de croissance du PIB, des excédents budgétaires et des réserves de devise resteront quasiment inefficaces s'ils ne s'accompagnent pas d'une répartition plus équitable des ressources; d'un meilleur accès pour tous aux soins de santé, à l'éducation, à un logement décent, à des vêtements adéquats; de politiques environnementales intelligentes et durables; etc. Comme de raison, c'est l'absence ou la faiblesse de la mise en œuvre de telles mesures, donc de formes d'orthodoxie semblables à celle des SSP en vue de la Santé pour tous, qui aurait entraîné, durant les vingt-cinq dernières années, aux deux échelles nationale et internationale, l'exacerbation des écarts de santé, de revenu et de richesse, bref, qui aurait hypothéqué l'avenir de l'ordre mondial actuel. Mais est-ce tout à fait juste?

## 4.2. LES RÉFLEXIONS DE L'OMS SUR LES LIMITES DE LA MISE EN ŒUVRE DES POLITIQUES DE SANTÉ POUR TOUS

Devant ces constats alarmants sur l'aggravation des écarts, l'OMS a tenté, dans les dernières années, de comprendre pourquoi l'exclusion sanitaire et la pauvreté se maintenaient et parfois même s'amplifiaient, malgré les programmes et les actions qu'elle avait déployés ou encouragés.

Voici comment elle analyse la situation. L'exclusion sanitaire prend souvent la forme d'un cumul de ruptures pouvant mener jusqu'à la mort: «Lorsqu'une femme meurt en donnant la vie à un enfant, c'est généralement à la suite d'une série de ruptures des interactions avec le système de santé: retard à se faire soigner, impossibilité de suivre les conseils du médecin et, enfin, incapacité du système de santé à offrir des soins de qualité ou en temps voulu» (OMS, 2005a, p. 25). Ne parlons pas des carences alimentaires (malnutrition, mauvaise alimentation), des conditions d'hygiène élémentaires, de la qualité de l'eau de boisson, des habitudes de vie, etc. Même dans la mort, l'exclusion poursuit son cours dans le

traitement et le respect, par exemple, qui seront accordés aux restes du défunt ainsi que dans les conséquences financières, sociales et sanitaires de son inhumation...

Dans tous les cas d'exclusion sanitaire, poursuit-elle, l'organisation des systèmes de santé n'est pas neutre; elle constitue même un élément déterminant<sup>8</sup>. Si elle est segmentée ou si plusieurs entités non intégrées coexistent à l'intérieur d'un même sous-système, elle finit par produire et approfondir des inégalités d'accès et de financement, et une répartition inefficace des ressources. Si elle est basée sur la prééminence du paiement direct partiel ou total lors de prestations de soins ou d'achat de médicaments, elle introduit un haut degré d'inégalités dans le système. Enfin, si elle est timide ou peu développée, la gestion de ces systèmes peut se trouver incapable d'établir des règles justes pour l'usager et le fournisseur de services.

Selon le bureau régional des Amériques, en l'occurrence l'Organisation panaméricaine de la santé (OPS), l'exclusion sanitaire serait en fait associée à au moins une si ce n'est à toutes les causes suivantes:

- Déficit d'infrastructure adéquate, en matière de fourniture de soins de santé individuelle ou collective (c'est-à-dire absence d'établissements de santé, couverture fonctionnelle de programmes de santé publique insuffisante);
- Obstacles qui empêchent l'accès aux soins de santé, même lorsque l'infrastructure est adéquate. Ces obstacles peuvent être géographiques (transport, routes), économiques (incapacité de financer les soins de santé) ou culturels (modèles de soins inappropriés). Ils peuvent aussi venir de la situation contractuelle ou d'emploi (chômage, emploi informel), de

<sup>8.</sup> Nous croyons toutefois exagéré de faire de l'organisation du système de soins la cause principale de la détérioration de la situation sanitaire mondiale et donc la cible par excellence d'un programme de révolution sanitaire. Il existe de très nombreux ouvrages voulant que l'augmentation de l'accès aux soins de santé contribue très peu à l'amélioration de la santé des populations. En conséquence, la solution aux défis sanitaires mondiaux ne se confondrait pas avec l'augmentation de l'offre de soins, ni tout simplement avec la réorganisation managériale des systèmes de santé.

la structure des systèmes (les systèmes fortement segmentés révèlent les plus hauts degrés d'exclusion) ou du manque de modèles de soins fondés sur une approche interculturelle (OPS, 2002, p. 8).

Cela dit, l'OMS fait de la pauvreté l'une des causes les plus importantes de l'exclusion en santé. En l'absence de systèmes de protection ou de sécurité sociale, ajoute-t-elle, non seulement la pauvreté empêche l'accès à des services de soins coûteux, mais elle expose aussi les gens à vivre et à travailler dans des environnements où les risques de maladie et de mort sont plus élevés. «Ces risques sont directement liés [...] à une faible disponibilité et qualité des aliments, et à l'absence de logement adéquat qui se traduit par la promiscuité et le manque d'espace et de loisir» (OPS/OMS, 2002, p. 5), à l'inapplication des règles d'hygiène élémentaires, bref à un environnement et à des habitudes de vie malsains. De plus, comme les maladies et lésions corollaires ont des coûts directs (en prévention et traitement) et des coûts indirects (perte de journées de travail ou d'école) qui varient en fonction de la durée et de la gravité de l'incapacité, elles aggravent souvent la condition initiale de pauvreté (OPS/OMS, 2002, p. 5). La pauvreté entretient donc le cercle vicieux des ruptures avec les lieux valorisés de la société: emploi salarié (famille en chômage), revenu (famille pauvre), éducation (personnes analphabètes ou faiblement scolarisées), lien social (personnes divorcées, séparées ou vivant seules)... De surcroît, ces ruptures risquent le plus souvent de survenir et de se conjuguer de façon catastrophique lorsque le contexte macroéconomique et social se dégrade.

L'OMS retiendra aussi que, dans de nombreux pays, l'exclusion est liée aux inégalités socioéconomiques et se présente comme le signe d'une fracture progressive à l'intérieur des sociétés. Elle est plus ou moins marquée, plus ou moins généralisée, selon les régions d'un même pays ainsi que d'un pays à un autre. Tous les pays se retrouveraient en quelque sorte sur un continuum qui s'étend de la privation massive à la marginalisation. À un extrême, il y aurait les pays les plus pauvres où une grande partie de la population, y compris les gens aisés, serait privée de soins et seule une infime minorité aurait moyennement accès à une gamme de prestations: ce qui donne

un schéma de privation massive. À l'autre extrême, se trouveraient les pays où une grande partie de la population a largement accès à des prestations, mais où seulement une minorité en est exclue: on se trouve ici en présence d'un schéma de marginalisation.

Entre le schéma de privation massive (propre aux pays ayant de graves problèmes d'offre de services et un réseau de soins de faible densité) et celui de marginalisation (caractéristique des pays ayant un réseau de soins dense), il y a ceux où les pauvres doivent se mettre dans la file derrière les nantis, afin de pouvoir accéder aux services de santé dans l'espoir que les prestations parviendront jusqu'à eux.

À mesure que les pays passent du schéma de privation massive à celui de marginalisation, le fossé entre riches et pauvres au niveau de la couverture et de l'utilisation des services ne cesse de se creuser, et la tendance ne s'inverse que lorsque les courbes s'aplatissent au moment où l'accès universel est sur le point d'être atteint. Sauf si des mesures particulières sont prises pour améliorer la couverture et encourager simultanément l'utilisation des services dans tous les groupes, l'amélioration de la couverture dans l'ensemble de la population passera par une phase d'inégalité croissante (OMS, 2005a, p. 32-33).

C'est peut-être la raison pour laquelle, selon l'OMS, les enjeux de la politique publique ne sont pas les mêmes dans les pays sur le point d'assurer l'accès universel aux services que dans ceux où l'exclusion est encore très répandue. Pour les premiers, l'exclusion se limite à un petit groupe marginalisé. Comme leur système de santé est généralement bien développé, leur politique publique doit s'attaquer aux facteurs d'exclusion sociale, c'est-à-dire «éliminer les obstacles à l'utilisation des soins, répondre de façon appropriée aux besoins et offrir une protection financière contre les conséquences de la maladie et des traitements » (OMS, 2005a, p. 34). En revanche, dans les pays présentant un schéma d'exclusion massive, l'enjeu principal est «de mettre en place et de développer des services de soins de santé primaires qui permettront de prendre en charge les mères, les nouveau-nés et les enfants » (OMS, 2005a, p. 34).

En résumé, l'exclusion sanitaire persiste<sup>9</sup> dans le monde, en dépit de la prévalence de l'orthodoxie des soins de santé primaires visant la santé pour tous. Cette exclusion se manifesterait à la fois dans l'inaccessibilité des services de santé et dans le type ou la qualité des services rendus accessibles. L'OMS distingue d'une part les obstacles à l'utilisation des services de santé disponibles et, d'autre part, l'indisponibilité de bon nombre de services. Ces facteurs se déclineraient de deux manières, selon qu'ils sont extérieurs ou inhérents au fonctionnement des systèmes de santé. Les facteurs extérieurs comprennent l'isolement géographique, les obstacles dressés par la pauvreté, l'appartenance ethnique, la langue, la culture, etc. Ils se conjuguent souvent au chômage ou à un emploi dans le secteur informel. Ici, le facteur le plus déterminant demeure toutefois le coût des soins de santé parce qu'il exerce une pression dissuasive sur l'utilisation des services. En revanche, les facteurs inhérents concernent le mode de fonctionnement du système de santé. Nombreux sont ceux qui se voient encore privés des services auxquels ils ont droit «à cause de l'incapacité du système de santé à assurer les services voulus, aux personnes voulues et de la manière voulue » (OMS, 2005a, p. 31).

Il faut ajouter que durant la deuxième partie du siècle dernier, les avancées sans précédent dans les domaines de la santé, de la croissance économique et de la science ont présagé une ère de progrès que de nouveaux problèmes (l'épidémie du sida, la résurgence du paludisme, les conséquences inattendues du tabagisme, les catastrophes naturelles, les conflits armés, la dégradation de l'environnement...) ont vite fait d'assombrir. La révolution sanitaire à laquelle voulaient contribuer la Déclaration d'Alma-Ata et les

<sup>9.</sup> Il y a exclusion sanitaire si l'une ou l'autre de ces conditions n'est pas réunie : l'accès aux services de santé, c'est-à-dire une offre de services en santé et l'accès matériel et économique à ces services, est garanti; les foyers sont protégés financièrement afin que le financement des services de santé ne menace ni la stabilité des familles ni l'épanouissement de leurs membres; la prestation des soins est assurée dans la dignité, c'est-à-dire s'avère d'excellente qualité et respectueuse de la race, de la culture et des conditions socio-économiques des usagers (OPS/OMS, 2002, p. 4).

politiques mondiales de *Santé pour tous* n'a donc pas eu lieu. Dans de nombreux pays, différents facteurs ont pu et continuent d'entraver les progrès sociosanitaires (OMS, 1998e, A51/5: V, p. 6). Nous en déduisons que, même si l'OMS les a imposés comme une orthodoxie pour en faire la cheville ouvrière ou le moyen essentiel de sa stratégie, les SSP demeurent concrètement insuffisants à réduire les inégalités de santé et à éradiquer l'exclusion sanitaire. C'est donc ici que l'orthodoxie des SSP rencontre ses limites.

C H A P I T R E

# CRITIQUE DES ÉLÉMENTS CENTRAUX DE L'ORTHODOXIE

Les soins de santé primaires et la « santé pour tous »

Près de trente ans après la Déclaration d'Alma-Ata et la mise en œuvre de l'orthodoxie des SSP, les profondes lézardes dans les systèmes de santé, surtout ceux des pays en voie de développement, perdurent et s'aggravent. Pourquoi ? Examinons plus attentivement la logique des stratégies et des moyens adoptés par l'OMS pour mieux comprendre pourquoi nous sommes encore si loin de l'époque où tous les êtres humains seront, conformément à ses vœux, amenés à un niveau de santé leur permettant d'avoir une vie socialement et économiquement productive.

Tout en reconnaissant la pertinence et la validité des raisons<sup>1</sup> que donne l'OMS pour expliquer pourquoi un quart de siècle de

<sup>1.</sup> Ces raisons ont été présentées au chapitre précédent.

promotion et de mise en œuvre² de l'orthodoxie des SSP n'a pas pu résorber les inégalités de santé ni les exclusions sanitaires et sociales qui leur sont souvent inhérentes³, nous soutiendrons ici que ces explications sont incomplètes. Aussi, travaillerons-nous à les bonifier, sans prétendre pour autant à l'exhaustivité. Pour ce faire, nous analyserons quelques éléments centraux de l'orthodoxie, notamment les SSP comme moyens et la «Santé pour tous» comme politique.

### 5.1. LES LACUNES DES SOINS DE SANTÉ PRIMAIRES

Cherchons tout d'abord à savoir si accorder la priorité à l'implantation et au développement des SSP était une avenue prometteuse pour réaliser, comme l'OMS le souhaitait, un monde plus juste. Penchons-nous d'abord sur la conjecture suivante: si, en tant que moyens stratégiques, les SSP ont indubitablement contribué aux progrès sanitaires mondiaux du xxe siècle, ils comportent néanmoins des lacunes qui ont nui au succès de leur mission. En outre, leur application souffre de nombreuses limites et tensions qui pervertissent parfois les finalités de justice recherchées.

<sup>2.</sup> On pourrait bien sûr nous objecter que les soins de santé primaires n'ont pas vraiment été appliqués dans les règles de l'art dans les pays aux conditions de santé les plus catastrophiques. Nous rétorquerions à ces objecteurs que même dans les pays industrialisés comme les États-Unis, le Royaume-Uni, voire le Canada, où les soins de santé primaires ont été promus et mis en œuvre, les inégalités de santé, la pauvreté et l'exclusion continuent d'exister. Peut-être serait-ce parce que les soins de santé primaires à eux seuls ne peuvent pas contrer les processus d'exclusion.

<sup>3.</sup> Nous sommes pleinement conscients que la santé mondiale n'est pas la chasse gardée de l'OMS et qu'on ne saurait lui imputer l'entière responsabilité de la situation sanitaire mondiale. D'autres acteurs, comme la Banque mondiale, à en juger par l'énorme budget qu'ils y consacrent, se sont avérés de plus en plus importants dans ce domaine. Toutefois, si nous restons dans la sphère de compétence de l'OMS, nous sommes en droit de lui imputer la responsabilité des écarts entre les objectifs et cibles de ses politiques et les résultats obtenus. Non que d'autres acteurs ne soient pas en cause, mais parce qu'elle est le premier répondant des résultats de ses politiques et programmes.

D'entrée de jeu, relevons que la stratégie de l'OMS visant *l'universalisation* des soins de santé primaires présente, à l'échelle locale (nationale, communale), de nombreuses difficultés d'application. Assez souvent, ces dernières viennent des caractéristiques mêmes des SSP (proximité, accessibilité, participation, coopération intersectorielle, etc.) que personne ne voudrait contester, sans pour autant arriver ou se résoudre à les accomplir.

Prenons le principe de *proximité*. Son application exige des conditions de réalisation faisant souvent défaut à la plupart des systèmes de santé et, plus globalement, aux entités politiques (pays, provinces, territoires, régions...) qui les encadrent. Il ne sied pas toujours à ces dernières de développer des approches individualisées, des services poly-problématiques adaptés aux besoins multiformes des usagers. Ce n'est pas non plus une tâche facile de créer, à même les ressources et les procédures d'intervention en vigueur ou disponibles, des liens et des relations de confiance entre les prestataires de services et les bénéficiaires. Aussi, si le principe de proximité apparaît moralement acceptable pour tous, son application dans certains pays n'en provoque pas moins des déconvenues. Résultat: les importants enjeux de changements qu'il soulève et l'adaptation des cadres d'intervention qu'il requiert restent la plupart du temps pure chimère.

De plus, afin de préserver un minimum d'efficacité, l'organisation institutionnelle ou managériale des services d'aide (santé et services sociaux) se voit parfois contrainte de normaliser et de radicaliser les interventions; ce qui entre souvent en contradiction avec les projets de vie, les valeurs des individus. Pour cette raison et beaucoup d'autres, on a vu par le passé se développer des résistances importantes ayant compromis le développement des SSP. Une des formes courantes de ces résistances est la non-utilisation des SSP, malgré leur disponibilité. À ce sujet d'ailleurs, Corinne Lanzarini (2008) documente un cas typique<sup>4</sup> de ce qu'elle appelle

<sup>4.</sup> Le cas français d'une jeune femme à la rue.

le «rapport à éclipse» aux institutions d'aide ou de soins. Cette expression élégante décrit la situation générale des gens qui renoncent à utiliser les services, même lorsqu'ils sont disponibles, tout simplement parce que les cadres d'intervention et les modalités possibles d'intervention des professionnels ne prennent pas en compte leurs décisions, leurs projets, leurs désirs. En fait, lorsque les gens ont la certitude que les institutions d'aide, qu'elles relèvent du milieu médical ou non, ne sont pas capables de répondre à l'ensemble de leurs attentes, ils choisissent la fuite, la tactique d'évitement. Lucie Gélineau et ses collègues (2008) complètent cette observation en étudiant le cas de certaines femmes itinérantes au Québec. Elles constatent que, pour briser le rythme caractéristique de l'itinérance chez ces femmes, il a fallu miser sur le développement, avec elles, de liens et de relations de confiance continus dans le temps et dans l'espace, recourir à leurs expériences dans l'exécution des plans d'intervention et, par-dessus tout, établir une continuité dans la prestation de services du début à la fin de chaque épisode de prise en charge. À leur avis, le principe de proximité interpelle à la fois les pratiques en cours et les modes de fonctionnement organisationnel, dans la mesure où il implique le développement de ressources spécialisées en multiproblématiques, des cadres d'intervention plus souples, plus individualisés, la création de lieux de partage des informations entre les ressources attachées à divers secteurs, notamment celles des milieux communautaires et des milieux institutionnels, etc. Le principe de proximité reposerait ainsi sur une logique plus holistique, plus compréhensive que le strict rapport au soin du corps et de la psyché. Il suggère une autre finalité aux systèmes de santé: l'inclusion sociale.

Les programmes de *planning familial* dans certaines régions du monde représentent une autre illustration de ce phénomène. Quelles femmes y auront recours dans des contextes où un des rares mécanismes d'inclusion dont elles disposent, un des rares modes d'accès à une place sociale légitime et valorisée est l'expérience de la grossesse et de l'enfantement? Il en va de même pour la promotion de conditions de vie saines auprès des gens dont la seule possibilité

d'accès aux institutions et aux systèmes de protection sanitaire, voire à une certaine reconnaissance sociale de leur existence, s'avère l'exhibition d'une problématique sanitaire<sup>5</sup>.

Dans le même ordre d'idées, la prétention à l'universalité des SSP n'est pas reçue favorablement par tous. On ne compte plus le nombre de cas où il a fallu réviser à la baisse la qualité même des soins et des services fournis afin qu'un plus grand nombre d'individus puissent y avoir accès. Or, en diminuant la qualité des services publics, on se trouve à encourager dans le même mouvement le recours, pour ceux qui le peuvent, à des services alternatifs. Il s'ensuit, comme l'a montré Jacqueline Ferreira (2008) en étudiant le cas du système de santé brésilien, que les plus riches se désolidarisent du système de santé public. Ainsi, lorsqu'un processus d'universalisation des soins de santé primaires devient un mécanisme de réparation sélective, il crée paradoxalement les conditions du recours au secteur privé et limite, par le fait même, la capacité réelle du secteur public à assurer ses promesses d'une plus grande justice pour tous.

La conformité aux principes de proximité, d'accessibilité et surtout de juste redistribution exige aussi des moyens financiers dont la carence au niveau national peut entraver le développement des soins de santé primaires, même si l'OMS travaille depuis quelques années à pallier la situation en œuvrant pour l'accroissement de la solidarité internationale. Encore là, cependant, l'universalisation des soins de santé primaires conditionnelle à l'allocation de ressources par de l'aide internationale risque d'aboutir, à terme, à la création d'un monde duel où, d'un côté, se trouveraient ceux qui sont capables de s'intégrer à même leurs ressources dans la dynamique globale et, de l'autre, ceux qui ne subsistent qu'en dépendant du soutien de la communauté internationale. À l'échelle des pays, les conséquences seraient identiques, avec d'un côté les assurés et de l'autre, les assistés. Autrement dit, les mesures de redistribution équitable aideraient certes les pays et les individus dans le besoin, mais à terme,

<sup>5.</sup> Voir Lionel Thélen (2008).

dans un futur plus ou moins proche, elles sont aussi susceptibles de se retourner contre leurs protégés, autant par la stigmatisation des bénéficiaires que par la contestation de la pertinence collective de dispositions désormais non profitables à ceux qui les financent. La boutade de Borgetto (2000) est ici pleine de sens: à trop vouloir égaliser (en droit) on finit par tuer l'égalité (en fait). On ne compte plus, en effet, les expériences où le modèle social égalitaire a échoué dans sa lutte contre le délitement progressif des liens sociaux, les inégalités et les exclusions de toutes sortes... L'enjeu ici est une question d'équilibre.

En somme, l'orthodoxie des soins de santé primaires en vue de la santé pour tous n'a pas atteint les cibles visées: une amélioration notable de la qualité et de l'éventail des soins et services de santé, l'adoption d'habitudes de vie plus saines, le renforcement de la motivation du personnel, l'amélioration de la détection, du traitement, du suivi des maladies chroniques, la diminution du nombre de cas d'hospitalisations en courte et en longue durée, l'amélioration de l'utilisation des services, la diminution de la charge de travail de l'omnipraticien, l'augmentation du temps de consultation, des consultations plus axées sur les besoins de l'usager que sur les modèles administratifs des soignants, l'amélioration de la répartition des compétences et de l'expertise, l'amélioration de la satisfaction des usagers; bref une meilleure rentabilité, c'est-à-dire l'amélioration des soins et de la qualité des services malgré une réduction des coûts.

De ce fait, la plupart du temps, les défis subséquents restent d'actualité: la mise en place d'un véritable leadership clinico-administratif, l'assouplissement des conventions collectives afin de rendre possible l'atteinte d'objectifs d'intégration des soins, l'adoption de modes de rémunération des médecins autres que le paiement à l'acte, la redéfinition des champs de pratique professionnelle afin que chacun puisse jouer son rôle dans une offre multisectorielle et multidisciplinaire de soins et de services, etc. (Trottier *et al.*, 2003).

Retenons en terminant qu'un nombre incalculable d'obstacles s'est dressé sur le chemin de la révolution sanitaire prônée par l'OMS avec l'orthodoxie des SSP. Voici une liste non exhaustive des plus tenaces de ces obstacles:

- les puissants intérêts et les privilèges séculaires y compris ceux de l'industrie pharmaceutique – auxquels l'orthodoxie se heurte;
- l'importance prépondérante accordée aux soins hospitaliers et médicaux;
- le rôle secondaire de la prévention et de la promotion de la santé dans les systèmes de santé à faibles moyens;
- la spécialisation accrue des professionnels et la fragmentation corollaire des soins et services de santé;
- les pénuries de professionnel qualifié, surtout dans les pays du tiers-monde aux prises avec une hémorragie sévère des cerveaux;
- les droits acquis de divers groupes professionnels, notamment dans les conventions collectives:
- le manque d'information ou de circulation de l'information sur la santé et l'absence d'infrastructure informatique et électronique, etc.
- le pouvoir de décision restreint des usagers;
- le fait que les honoraires à l'acte soit le mode de paiement le plus courant pour les services d'un médecin; etc.

Il n'y a pas que les SSP qui souffrent de lacunes insurmontables, la stratégie et les politique de santé pour tous n'y échappent pas non plus.

# 5.2. LES LACUNES DES POLITIQUES DE SANTÉ POUR TOUS

Depuis Alma-Ata, le slogan *Santé pour tous* résume les différentes politiques et stratégies sanitaires de l'OMS. Mais à quoi renvoie-t-il très exactement? De quelle santé s'agit-il et pour qui? Y est-il vraiment question de santé, de maladie ou d'absence de maladie?

Nous avons précédemment montré que contrairement à ce qu'il peut laisser croire, ce slogan n'a jamais signifié pour l'OMS un même standard de santé pour l'ensemble des habitants de la planète; au contraire. Cette observation presque anodine sera le point de départ d'une remise en question légitime de la Stratégie mondiale de la santé pour tous axée sur les soins de santé primaires.

La première lacune de cette stratégie est liée à la définition même de la «santé pour tous». D'après l'OMS: «La santé pour tous n'est pas un objectif fixe et limité; c'est un processus menant à l'amélioration progressive de la santé des populations » (OMS, 1981a, p. 29). Ainsi, même si elle revêtait une signification identique à l'échelle de la planète, elle serait plutôt relative dans son opérationnalisation, en ce qu'elle décrit des phénomènes dissemblables. Comme de raison, chaque pays l'acclimate à sa guise en lui donnant une signification particulière conforme à ses caractéristiques sociales et économiques, à son niveau de santé, au tableau de morbidité de sa population et au niveau de développement de son système de santé. Cela dit, l'OMS considère qu'«il est un niveau minimum au-dessous duquel aucun individu ne devrait se trouver; tous les gens de tous les pays doivent avoir un niveau de santé qui leur permette de travailler de façon productive et de participer activement à la vie sociale de la communauté dans laquelle ils vivent» (OMS, 1984, p. 11).

Cette formulation approximative de la « santé pour tous » justifie et légitime, selon nous, non seulement l'existence de différences de standard de composition des systèmes de santé dans et entre les pays, mais aussi, à la limite, des différences de qualité. Elle a en outre pour effet de rendre ces différences moralement *acceptables*. De plus, comme la « santé pour tous » se veut un processus conduisant à l'amélioration progressive de la santé des peuples, comme les peuples progressent à des rythmes différents et à l'avantage de ceux qui sont les plus développés, et finalement comme le rythme de progression et d'innovation sur ce plan est aussi grandement déterminé par le niveau de développement des peuples, il ne peut en résulter qu'une aggravation – au détriment des pays ou des cohortes de population les plus pauvres – des inégalités préexistantes déjà fort criantes, et

cela même dans le cas d'une tendance générale à l'amélioration des conditions sanitaires. L'OMS n'aurait ainsi pas permis d'alléger le fardeau historique de la pauvreté, du colonialisme ou de l'assujettissement... qui écrase les systèmes de santé des pays défavorisés.

Un autre des effets pervers de la Stratégie mondiale de la santé pour tous serait le plafonnement qu'elle induit quant aux possibilités de transformations sanitaires, en laissant ces dernières dépendre des ressources disponibles et du niveau de développement déjà atteint par les pays. Si depuis la Déclaration d'Alma-Ata, l'OMS fait des soins de santé primaires le moyen par lequel il sera possible d'atteindre les objectifs de santé pour tous, elle n'a jamais préconisé, ni même tenté d'élaborer les invariants des systèmes de santé universellement valables et applicables. Certes, elle a posé un certain nombre de conditions permettant d'enclencher sur une voie commune les stratégies nationales de santé. Néanmoins, puisque tous les pays ne sont pas contraints de s'affairer aux mêmes priorités sanitaires, elle les incite à donner aux soins de santé primaires une forme qui varie grandement selon leurs caractéristiques politiques, économiques, sociales, culturelles et épidémiologiques.

Certains pays commenceront par assurer un nombre limité de prestations à l'ensemble de la population; d'autres exécuteront un plus vaste éventail de programmes dans des zones géographiques données ou pour des groupes de population déterminés, par exemple ceux dont les besoins sont les plus aigus, en étendant progressivement le nombre de ces zones et de ces groupes; d'autres encore fourniront une gamme complète de prestations de santé à l'ensemble de la population, en améliorant progressivement la qualité (OMS, 1981a, p. 40).

Il en résulte une configuration des systèmes de soins de qualité, de quantité, de portée et de volume complètement variables selon les pays. Qui plus est, en incitant les pays pauvres à baser leurs systèmes de santé presque exclusivement sur les soins de santé primaires, l'OMS galvanise la spécialisation de leurs systèmes de soins. Elle va même jusqu'à proscrire toute forme d'initiatives de santé exogènes aux soins de santé primaires, arguant de leur efficacité ou de leur pertinence sociale douteuse.

Les soins de santé suscitent dans le monde entier de grandes déceptions dont il n'est pas difficile de discerner les raisons. Les connaissances techniques actuelles permettraient d'assurer une meilleure santé, mais malheureusement, dans la plupart des pays, elles ne sont pas exploitées au mieux dans l'intérêt du plus grand nombre. Les ressources sanitaires sont affectées principalement à des institutions médicales ultramodernes implantées en milieux urbains. Outre ce qu'elle a de socialement contestable, la concentration d'une technologie complexe et coûteuse sur les segments limités de la population n'offre même pas l'avantage d'améliorer la santé. En fait, l'amélioration de la santé est actuellement assimilée à la fourniture de soins médicaux par un nombre croissant de spécialistes qui appliquent des technologies médicales étroitement spécialisées au profit d'une minorité de privilégiés [...] (OMS, 1978, paragr. 3, p. 41).

Les incitations de l'OMS ont fini par amener les pays à offrir, suivant leur niveau de développement, une gamme plus ou moins étendue de services, pour une gamme plus ou moins étendue de problèmes de santé, à une population de plus en plus nombreuse. Si ce discours reflète une position moralement acceptable et politiquement correcte, il a aussi pour effet de surdéterminer un effet de plafonnement dans le développement des systèmes de santé des pays pauvres. Aussi excellents que pourraient devenir leurs soins de santé primaires, ils ne sauraient aspirer au développement de nouvelles expertises leur permettant de répondre à des besoins de santé requérant des approches de soins plus spécialisées que celles que l'on trouve dans les soins de santé primaires. Or, précisément, ces soins et services plus spécialisés que les pays pauvres ne peuvent pas se permettre sont offerts dans les pays riches, ce qui amène les riches des pays pauvres à se les procurer là où ils sont disponibles<sup>6</sup>. Pour cette raison, la définition approximative que l'OMS donne de la Santé pour tous et des soins de santé primaires dans sa stratégie mondiale a pour effet d'exacerber la division internationale de la

<sup>6.</sup> Cela n'est sans doute pas étranger au phénomène contemporain de tourisme médical qui consiste, en partie, pour les riches des pays pauvres à aller se faire soigner dans les pays riches (l'Afrique vers l'Europe occidentale, l'Amérique latine et les Caraïbes vers l'Amérique du Nord, etc.).

couverture médicale<sup>7</sup> qui existe déjà et, dans le meilleur des cas, de maintenir le *statu quo* de la dialectique de dépendance entre pays riches et pays pauvres, si ce n'est de l'aggraver.

L'enjeu ici ne se trouve pas seulement dans les soins, il se situe également dans la conception, la fabrication et la mise en marché des médicaments, sans oublier l'innovation technologique. Les directives de l'OMS n'encouragent pas, du moins à court et moyen terme, les recherches sur les besoins et les problèmes de santé par et pour les pays pauvres. Et la recherche médicale mondiale ne le fait pas plus<sup>8</sup>: la priorité est ailleurs. Il en découle un plafonnement puisque les personnes vivant dans les pays moins développés ont moins accès aux technologies médicales et aux soins de qualité (à la fine pointe de la technologie) que celles vivant dans les pays à revenu plus élevé (Ashford, 2004, p. 1), même si ces soins sont qualifiés ici et là de primaires. Les systèmes de santé finissent généralement par se fragmenter, c'est-à-dire que, globalement, on observe des systèmes de santé à vitesses variables où les écarts de performance sont accentués, de sorte que les malades, les cerveaux et le capital des pays, régions et localités pauvres migrent vers les grands centres industrialisés. À l'interne, l'expansion du secteur privé de la santé finit parfois par atrophier celle du secteur public, et cela même dans les pays de tradition welfariste.

<sup>7.</sup> Cette division internationale fait courir un risque important à certains pays pauvres dans la mesure où les maladies qui les rongent requièrent des médicaments qu'ils n'ont ni l'expertise ni les moyens de produire et qui ne sont plus fournis par les grandes industries pharmaceutiques. Par exemple, les récentes pathologies infectieuses émergentes, sauf le SRAS et le sida, malgré leur virulence, font l'objet de peu de recherches et de découvertes dans les disciplines biomédicales.

<sup>8.</sup> Le Forum global pour la recherche en santé (GFHR) note que moins de 10% des dépenses de recherche dans le monde, dans le domaine de la santé, sont consacrés aux problèmes de santé des pays en développement qui comptent plus de 90% de la charge mondiale de maladies (diarrhée, paludisme, tuberculose...) (GFHR, 2004, p. 282). Soulignons que ce rapport de 10/90 persiste depuis 1986, malgré un accroissement considérable du montant global dévolu à la recherche en santé, passé de 30 milliards de dollars américains en 1986 à 105,9 milliards en 2001. Lire Neufeld et Spiegel (2006); et Walker, Ouellette et Ridde (2006).

En somme, en recommandant à chaque pays de mettre au point ses politiques de santé en fonction de ses problèmes et possibilités, de ses structures sociales et économiques et de ses mécanismes politiques et administratifs (OMS, 1979, paragr. 20), l'OMS en est venue à construire des cadres sanitaires géopolitiques d'inégal standard d'accessibilité et de qualité. Ce faisant, elle a compris, à l'échelle des pays, les possibilités de reconfiguration de la cartographie sanitaire mondiale. Subordonner les progrès attendus à la qualité et à la quantité des moyens locaux, c'est continuer à exclure une frange importante de la population mondiale de la jouissance à court et à moyen terme des avancées et des innovations technologiques et scientifiques. De surcroît, cette stratégie contribuerait à l'installation d'un système de dépendance et de rattrapage condamnant irréversiblement les pays pauvres à être encore et toujours à la remorque des pays riches sur le plan des percées médicales. Comme certains soins et services et certains médicaments sont devenus ou restés inégalement accessibles, certains groupes demeurent en quelque sorte exclus d'un standard de santé établi (en matière de soins, de services, de technologies et de médicaments), tandis qu'une petite minorité arrive à s'en prévaloir. Du moins, ce sont les faits actuels.

Les effets d'exclusion créés ou exacerbés par la politique de «Santé pour tous» procéderaient donc selon deux axes: l'un géographique, l'autre chronologique. Sur l'axe géographique, la politique de l'OMS a pour effet de polariser ceux qui ont les moyens de s'offrir [localement] des soins, des services et des médicaments à la fine pointe de la technologie et ceux qui n'en ont pas les moyens. Sur l'axe chronologique, elle distingue ceux qui peuvent aujourd'hui accéder à tous les soins et services nécessaires à leur bien-être de ceux qui doivent reporter cela à plus tard, sinon à jamais<sup>9</sup>. Ces deux axes sont valides autant entre les pays qu'à l'intérieur des pays.

<sup>9.</sup> L'OMS considère que «[...] pour assurer une couverture totale de la population par ces soins [santé primaire], il faudra procéder par étapes. L'essentiel est d'étendre progressivement la couverture géographique et le contenu des soins de santé primaires jusqu'à ce que la totalité de la population ait accès à tous les éléments essentiels » (OMS, 1979, paragr.14), y compris les médicaments essentiels génériques.

Les éléments de l'orthodoxie des soins de santé primaires ne répondent donc pas adéquatement aux défis de l'exclusion sanitaire à l'échelle du monde. D'une part, les SSP souffrent de lacunes inhérentes, notamment la concurrence de deux logiques (efficacitéjustice), des exigences irréalistes pour l'application des principes de proximité et d'accessibilité, et les effets pervers de leur prétention à l'universalité. D'autre part, la politique de « Santé pour tous » n'est pas elle non plus à l'abri de quelques failles. En particulier, l'imprécision de son contenu et la justification qu'elle donne à toutes les pratiques ou activités qui se parent de cette étiquette, et le plafonnement des possibilités de transformations sanitaires dans les pays pauvres qu'elle induit. Voyons maintenant si l'idéal de justice sociale que promet et poursuit l'OMS avec l'orthodoxie des SSP ne comporte pas lui aussi quelques effets pervers.

## CRITIQUE DE LA FINALITÉ DE L'ORTHODOXIE DES SOINS DE SANTÉ PRIMAIRES

Nous souhaitons, dans ce dernier chapitre, aborder les dérives et les effets pervers intrinsèques à la conception de la justice sociale (promesse de l'orthodoxie) que voudrait voir adoptée l'OMS ainsi que quelques-unes des difficultés qu'elle rencontre dans sa traduction en actions concrètes.

#### 6.1. LA JUSTICE SOCIALE: DÉRIVES ET EFFETS PERVERS

Toutes les politiques mondiales de «Santé pour tous», faut-il le rappeler, sont fondées sur un certain idéal de justice sociale. Elles promeuvent toutes une certaine discrimination positive à l'avantage des plus pauvres, des malades et des groupes vulnérables, dans l'optique d'assurer à tous une meilleure chance d'être en santé. C'est justement cette velléité d'égalité des chances qui se dissimule derrière la recommandation de l'OMS d'une redistribution des ressources pour la santé (OMS, 1978, 2003d). L'organisation semble bien comprendre que pour améliorer la situation des plus démunis, il ne suffit

pas d'atteindre un niveau moyen de santé et de réactivité; il est également nécessaire de réduire sur un plan global les inégalités. Ainsi, pour se matérialiser, le critère d'égalité de santé formulé par l'OMS s'est rapidement transformé en un objectif plus modeste d'universalisation des soins de santé primaires. Plus précisément, il est devenu un objectif à long terme dont la traduction négative à court terme s'avère la réduction des inégalités par l'intermédiaire des soins de santé primaires. Les exigences à court terme sont certes moindres, mais l'égalité, procédurale à tout le moins, demeure l'horizon asymptotique vers lequel tendre.

Ironiquement, cette vision «équitable» de la «Santé pour tous» – aux vertus de générosité et de compassion évidentes – a cependant débouché sur quelques paradoxes. Au-delà de la séduction qu'elle exerce, on a découvert qu'elle peut tout aussi bien se métamorphoser en son contraire, c'est-à-dire en matrice d'exclusion. De ce fait, même l'éventualité utopique d'une traduction parfaite de ce principe d'équité ne pourrait garantir la fin de toutes les inégalités et exclusions sociales. Il faut croire qu'il faut plus que des intentions altruistes pour venir à bout de ces malheurs!

Mais qu'est-ce qui fait qu'il en est ainsi? Pour le savoir, rappelons avec Michel Borgetto (2000, p. 15) que la promotion des principes d'équité et d'égalité des chances n'est pas en elle-même parée des dangers réels de (re)production des inégalités, à cause notamment de leurs biais inhérents. C'est la mise en œuvre systématique de ces deux principes en matière de protection sociale qui semble, à toutes fins utiles, susceptible de déboucher sur un singulier effet pervers: en même temps qu'il permettrait de réduire certaines inégalités et d'atténuer certaines formes d'exclusion, le recours à ces principes pourrait contribuer aussi à les (re)produire de manière plus ou moins insidieuse. Examinons-en ici quelques mobiles.

L'application de programmes d'équité d'inspiration rawlsienne suppose toujours une réorientation accélérée et systématique du système de protection et de sécurité sociale en faveur de ceux qui sont le plus dans le besoin. Cette tentation d'introduire de manière systématique de la sélectivité sociale (basée sur les dotations en ressources) dans les mécanismes d'accès aux prestations financées, voilà le talon d'Achille du principe d'équité! C'est cette lacune qui fait que le principe d'équité ne peut prendre en compte que les inégalités de fait et non l'inégalité des individus dans leur capacité à transformer les allocations reçues en bien-être ou en capacités (Sen, 1980). L'équité ne peut guère être sensible à la discrimination qu'elle exerce au détriment des populations aux seuils de la marge, encore moins aux différences de handicaps structurels entre les pays.

Par ailleurs, en prônant l'universalisation, à l'échelle globale, des prestations sous conditions de ressources<sup>1</sup>, le principe d'équité semble déboucher à terme sur un monde duel, divisé entre ceux qui seraient capables de s'intégrer dans la dynamique globale à même leurs ressources et ceux qui ne pourraient que dépendre du soutien de la communauté internationale pour subsister. À l'échelle nationale, la conséquence serait identique: les assurés d'un côté, les assistés de l'autre. Ce principe d'équité risquerait pour ainsi dire, dans un futur plus ou moins proche, de se retourner contre ses protégés autant par l'inévitable stigmatisation qu'il ne manquerait pas d'entraîner que par la contestation de la pertinence collective de mesures désormais non profitables à ceux qui les financent. Au grand jeu de l'équité, il y a malheureusement des gagnants et des perdants : dans le meilleur des cas, les gagnants se situeraient en bas et en haut de l'échelle, en bas à cause des traitements différenciés en faveur des défavorisés, en haut puisque les plus nantis sont les principaux bénéficiaires des justes inégalités sociales et économiques; les perdants, en revanche proviendraient des classes intermédiaires lesquelles, sans bénéficier de discriminations positives, doivent en payer le coût. Dans le pire des cas, l'application de ce principe d'équité anesthésierait la société sous la coupe chirurgicale d'une polarisation outrancière, avec d'un côté une minorité éminemment riche et, de l'autre, une écrasante majorité pauvre.

<sup>1.</sup> Cette expression désigne la pratique courante en matière de politique sociale qui consiste à conditionner l'octroi de l'aide, des prestations et avantages sociaux à une carence de revenus, c'est-à-dire les réserver aux personnes dont les ressources financières n'atteignent pas le minimum vital.

En outre, le principe d'équité est de plus en plus appelé à composer avec le critère d'efficacité, comme si plus une société recherchait la justice et l'égalité des chances, plus les individus qui la composent devaient être productifs et performants. Justement, à ce propos, nous pouvons constater avec Cogneau et Naudet (2004) un changement dans la procédure normative d'allocation de l'aide internationale, passant à la fin des années 1990 du critère du niveau des besoins à celui de la qualité de l'environnement institutionnel et politique, et plus récemment au critère de l'allocation optimale (Collier et Dollar, 1999, 2001, 2002, cités par Cogneau et Naudet, 2004).

Vers la fin des années 1990, la généralisation des préoccupations d'efficacité de l'aide a conduit les économistes à aborder un autre critère d'allocation: la qualité de l'environnement institutionnel et politique des pays aidés. L'idée que l'efficacité de l'aide diffère en fonction de la qualité des politiques économiques poursuivies par les pays receveurs, développée par Burnside et Dollar (2000) à partir de 1996 puis reprise par d'autres auteurs (World Bank, 1998) en l'étendant à la qualité des institutions, a fortement influencé la réflexion sur l'allocation de l'aide. Il est dès lors devenu impossible de réfléchir à une allocation souhaitable de l'aide sans considérer l'efficacité de cette aide. Les analyses se sont alors attachées à déterminer si l'allocation observée de l'aide était influencée par la qualité du cadre politique et institutionnel des pays receveurs (Alesina et Dollar, 2000; Birdsall, Claessens et Diwan, 2002; Berthélemy et Tichit, 2002; Burnside et Dollar, 2004) et ont tenté une nouvelle fois de définir des critères de performance des donateurs en fonction de ce nouveau critère (Cogneau et Naudet, 2004, p. 16).

Parallèlement, un consensus international sur la lutte à la pauvreté comme objectif central de l'aide au développement semble avoir jeté les bases de nouvelles avancées en fournissant un critère de comparaison objectif des bénéfices de l'aide.

L'étendue de la pauvreté a fourni un tel critère de comparaison : une affectation d'aide est préférable à une autre si elle permet de sortir davantage de personnes de l'état de pauvreté. Dans

une série de travaux influents et novateurs, Collier et Dollar (notés C&D dans la suite du texte) ont tiré parti de ce nouveau contexte pour proposer une allocation optimale de l'aide internationale (Collier et Dollar, 1999, 2001, 2002).

Pour une enveloppe d'aide donnée, C&D déterminent alors la distribution de l'aide qui maximise le nombre de pauvres sortis de leur condition, ce qui revient à égaliser entre les pays les efficacités marginales de l'aide résultant de l'équation (Cogneau et Naudet, 2004, p. 17, 18).

De ce fait, l'allocation optimale de l'aide attribuée à un pays dépendrait négativement de son niveau de PIB par habitant et de sa population. Elle respecterait pour ainsi dire le critère MaxiMin² des principes d'équité et d'égalité des chances. Elle serait toutefois positivement fonction de la qualité de ses politiques, de ses institutions et de son taux de pauvreté. Cogneau et Naudet (2004) ont néanmoins remarqué que cette proposition aboutit à des résultats contradictoires. En effet, les donateurs respectant les critères d'efficacité ont fini paradoxalement par attribuer l'aide aux pays dont les résultats macroéconomiques (inflation, déficit budgétaire) avaient été les meilleurs dans le passé et, parmi eux, à ceux dont le rythme de croissance avait été le plus élevé. En guise d'illustration, les auteurs indiquent que : «Les pays les plus favorisés se voient attribuer 72 % de l'aide totale, contre 4 % pour les pays les plus défavorisés » (2004, p. 23). En conséquence :

Pour leur échantillon de cinquante-cinq pays, l'Asie de l'Est et du Sud-Est se taille la part du lion en totalisant 63 % des 34 milliards de dollars disponibles contre 11 % pour l'aide effectivement versée. L'Afrique subsaharienne reçoit en revanche une portion congrue avec seulement 3 % contre 41 % dans la réalité. L'Asie du Sud-Est est peu représentée puisque l'Inde et le Bangladesh sont absents de leur échantillon. Ainsi, des

<sup>2.</sup> Le critère de Wald dit MaxiMin est le critère du *pessimisme* absolu en processus décisionnel. Il consiste à déterminer le résultat minimum que peut apporter chaque action et à choisir celle dont la fonction de valorisation est la plus élevée. Il fonde donc le choix sur ce qui peut arriver de pire, les pires conditions de vie.

pays comme la Corée du Sud, l'Indonésie, la Malaisie et la Thaïlande, qui sont classés dans le type de circonstances le plus favorisé, reçoivent un large surcroît d'aide. Inversement, des pays comme le Nicaragua ou la Zambie, qui font partie du type le plus défavorisé, ne reçoivent aucune aide (Cogneau et Naudet, 2004, p. 22).

Nous en déduisons qu'au cœur du principe d'équité, deux principes secondaires sont à l'œuvre: d'une part, le principe de compensation qui tente de réparer les inégalités résultant d'atouts naturels et de circonstances sociales et, d'autre part, le principe de récompense naturelle (fétichisme de l'effort) qui laisse libre cours à la rétribution résultant du juste produit des responsabilités de chacun. Or ce sont justement les différences dans les capacités des acteurs à transformer leurs dotations initiales (justes ou injustes, avec des différences tout aussi marquées de handicaps structurels) en réalisations fondamentales qui, entre autres, entretiennent la machine des inégalités. Par conséquent, l'objectif des politiques fondées sur un tel principe d'équité ne saurait consister à combattre toutes les inégalités, mais seulement celles qui sont jugées inefficaces et injustes, c'est-à-dire celles qui font obstacle à l'égalité des chances et qui se font au détriment des plus défavorisés, celles qui sont en deçà du niveau acceptable des inégalités nécessaires pour assurer le dynamisme de l'économie. Conclusions:

- Il existe des inégalités justes et efficaces.
- Certaines formes d'équité ne sont pas des facteurs d'efficacité et ne méritent donc pas d'être développées.
- Certaines formes d'inégalités sont nécessaires, parce qu'elles permettent d'assurer le plein potentiel de l'économie.

Dans cette perspective, la mise en œuvre du principe d'équité permet de faire coup double: d'un côté, elle permet de cautionner, au nom des principes de différence et d'égalité des chances, certaines inégalités juridiques ou de fait; de l'autre, elle permet de légitimer, au nom de la valeur sacro-sainte de l'effort, l'existence des inégalités réelles de revenu ou de fortune, de santé, de bien-être... et de justifier leur aggravation (Borgetto, 2000, p. 131).

Ces conclusions indiquent que l'idéal de justice sociale incarné dans les principes d'équité et d'égalité des chances traduit la métamorphose de l'exigence d'égalité en fantasme d'égalité-devantl'inégalité et, par le fait même, montre que l'égalité des chances ne pourrait se réaliser que par le maintien de l'inégalité des conditions. Car, à tout bien considérer, l'inégalité des chances n'est qu'une fonction d'une structuration sociale inégale (Bidet, 2000, p. 64). Aussi, à moins de faire corps avec un programme plus global d'abolition des structures de domination et d'exploitation génératrices des inégalités et des exclusions de toutes sortes, un programme spécifique de lutte contre l'inégalité des chances, si équitable se targue-t-il d'être, ne peut être qu'une chimère. Comme le dit si bien Bidet: «Il n'y a pas de question particulière de l'inégalité des chances, qui serait dissociable de celle de la forme inégale de la société [et du monde] dans son ensemble » (2000, p. 65). Or ce sont les rapports de force entre groupes sociaux et États, restructurés sous deux formes de capital, le capital-propriété et le capital-compétence (qualification sociale, avantages comparatifs), qui produisent des chances inégales structurellement reproductives. Par conséquent, à moins de changer la nature et les termes des échanges mondiaux, à moins de revoir l'ordre mondial actuel considéré comme naturel et inévitable, on aura beau intervenir sur les symptômes et les conséquences néfastes, on aura beau cibler certaines inégalités (les plus criantes et les plus choquantes), on ne parviendra pas à juguler toutes les matrices d'inégalité et d'exclusion sociales.

## 6.2. LA JUSTICE SOCIALE: DIFFICULTÉS D'OPÉRATIONNALISATION

Finalement, accordons une attention spéciale aux difficultés pour une organisation comme l'OMS de traduire en actions concrètes et en résultats concluants sa volonté de voir un jour se matérialiser un monde plus juste. L'argument ici consiste à dire que les résultats mitigés obtenus s'expliquent en partie par les difficultés multiples rencontrées par les différents acteurs – y compris l'OMS – au moment d'opérationnaliser les principes d'équité qui sous-tendent les politiques de santé pour tous et les SSP.

Nul n'est sans savoir qu'entre les meilleures intentions politiques, y compris celles de justice sociale, et les résultats de leur application, l'écart est souvent considérable. Afin d'éviter la tentation facile de la théorie du complot<sup>3</sup> ou de la conspiration – et d'imputer à tel acteur la responsabilité de la situation sanitaire mondiale -, nous proposons de tout mettre en perspective et d'expliciter quelquesunes des difficultés de l'application de n'importe quel principe, y compris celui d'équité de l'OMS. Mais avant cela, un exercice d'« auto-socioanalyse » s'impose pour éviter de transférer sur le monde politique les modes de fonctionnement académique. C'est grâce à une rupture épistémologique qui décante les seuils de difficulté respectifs de ces deux univers de conception et d'implantation de projets que nous pouvons comprendre que le métier du politique est fondamentalement différent de celui du chercheur. En effet, comparativement aux politiques, les chercheurs ont la part facile dans la mesure où les limites à leur imagination sont généralement élastiques, leur programme ou calendrier d'activités assez souple. De plus, ils paient rarement personnellement les mauvais résultats de leurs projets; il arrive même que des échecs servent leurs desseins. En revanche, les politiques évoluent constamment dans un monde de contraintes de ressources, avec des programmes rigides et sous la menace que leurs échecs ne retentissent sur leur vie personnelle, par une perte d'emploi ou encore de pouvoir (capacité d'influence ou de nuisance, postes, statut, etc.). Aussi, n'est-ce ni la validité ni la fiabilité scientifique de la conversion d'un idéal politique en mesures concrètes qui en détermine généralement le choix et l'application, mais le résultat d'un rapport de force entre un certain nombre d'enjeux.

De ce point de vue, l'exercice de l'application du principe d'équité, par exemple, serait surdéterminé par les intérêts qu'il soulève et par l'architectonique de la force des acteurs en présence, chacun poursuivant un but distinct. De la même manière, le principe

<sup>3.</sup> Les travaux de Pierre Bourdieu, parmi d'autres, nous enseignent que les phénomènes sociaux sont parfois des orchestrations sans chef d'orchestre. Il nous invite ce faisant à nous garder de l'inclinaison naturelle à se tourner vers les explications par le complot.

opératoire d'équité qui préside aux actions de l'OMS serait pardessus tout la résultante de la recherche d'intérêts égoïstes et de la passion individuelle du profit, d'une part, et de la poursuite rationnelle des fins collectivement valorisées, d'autre part. Il relèverait tantôt de l'ordre du consensus, tantôt de l'ordre de la délégation, tantôt de l'ordre des pressions ou de la contestation...

L'exercice de traduction opératoire du principe d'équité se réalise toujours dans un univers de contraintes structuré et structurant, lequel amène parfois l'OMS à modifier substantiellement les objectifs et finalités qu'elle entendait poursuivre. Les travaux de Deveaud et Lemennicier (1997) sont intéressants à ce sujet. En analysant les raisons pour lesquelles l'approche de la santé publique domine le discours de l'OMS, ces derniers sont arrivés à la conclusion que les choix généralement privilégiés par l'OMS relèvent bien plus de la politique que de la science. Il existe en effet au sein de l'OMS d'importants rapports de force à propos des enjeux d'équité. Pour n'en nommer qu'un, insistons ici sur les pressions que les pays membres font sur l'OMS pour récupérer en nature (légitimité, véto, lobby) les sommes qu'ils y investissent<sup>4</sup>. D'où la tendance lourde des pays à financer davantage le budget extraordinaire de l'OMS. Ne serait-ce qu'en cela, le principe de justice et d'équité promu par l'OMS s'est vu dans bien des cas conditionné par des intérêts «égoïstes» des États donateurs et par la force de négociation des acteurs

<sup>4.</sup> L'étendue, l'importance et le nombre des programmes de l'OMS dépendent des ressources financières qui lui sont accordées pour son budget ordinaire et pour son budget extraordinaire. Le budget ordinaire est financé par les contributions fixes des États membres, basées sur le barème de l'ONU, luimême basé sur la capacité de paiement des États, leur revenu comparé par habitants et d'autres facteurs. Beigbeder (1997) note de grandes différences dans les contributions obligatoires: tandis que les États-Unis contribuent à hauteur de 25% du budget de l'OMS, la contribution d'environ 175 autres pays est inférieure à 2%. Ainsi, quoique le droit de vote égalitaire (une voix par État membre) prévale à l'OMS, les pays n'ont pas le même poids dans les décisions concernant les programmes et les affectations budgétaires. Pour plus d'information sur les capacités de pression des plus grands contributeurs au budget de l'OMS, voir Beigbeder, Yves (1997) et OMS (1999b).

(étatiques ou non), plutôt que par la validité ou la fiabilité des programmes d'action dont on reconnaîtrait, par exemple, les bienfaits ou les résultats positifs<sup>5</sup>.

De plus, toujours selon Deveaud et Lemennicier (1997), l'OMS travaille dans un contexte où les contraintes sont à la fois intériorisées et le plus souvent posées de l'extérieur comme inéluctables. On pense ici, par exemple, aux règles de fonctionnement des marchés locaux et globaux, aux régimes politiques en place, aux tendances mondiales, aux effets de mode ou à l'esprit du temps (*zeitgeist*) et au passé historique. On pense aussi à la limitation des ressources, aux moyens de marchandage dont disposent les acteurs, aux forces de lobbying à l'œuvre, aux formes et à la culture de négociation en action, sans ignorer que la traduction en mesures concrètes du principe d'équité recherché par l'OMS est aussi extrêmement sensible aux questions d'identité, de reconnaissance, de respect, de dignité et d'estime de soi des populations concernées.

En somme, dans une organisation où se jouent de multiples intérêts, influences et rapports de force, nul ne peut prévoir quel sera le résultat des processus de délibération visant l'actualisation d'une plus grande justice sociale. Qui saura nous dire s'il sera l'expression rigoureuse et systématique du critère de besoin, ou de la maximisation du bien-être, ou encore de l'efficacité outrancière? Chacune des contraintes mentionnées plus haut, et il en existe d'autres, augmente la probabilité de voir l'application du principe d'équité dériver vers d'autres cibles que celles d'abord prévues par l'OMS ou qu'un traitement purement conceptuel et théorique aurait définies. Pouvons-nous alors déduire que l'orthodoxie des soins de santé primaires répondrait à une finalité autre que celle défendue par l'OMS?

<sup>5.</sup> À ce sujet, voir Deveaud et Lemennicier (1997), Singleton (1991), Castro et Farmer (2002).

# **Conclusion**

Pourquoi avons-nous écrit ce livre sur l'orthodoxie des SSP mise en œuvre et défendue principalement par l'OMS? Pourquoi avons-nous consacré un long développement en deux chapitres aux lacunes inhérentes de cette orthodoxie? Même si nous offrons parfois l'occasion de le supposer à bon droit, l'objectif principal de cet essai n'est pas de contester la nécessité des SSP ni de nier l'importance d'introduire plus de justice dans le fonctionnement des sociétés et de maximiser l'égalité des chances entre tous leurs membres. Nous ne cherchons pas non plus à discréditer les efforts plus que louables de l'OMS sur ce plan.

Notre propos est autre : il consiste plutôt à élucider les risques de dérive et la propension paradoxale du principe d'équité promu par l'orthodoxie à (re)produire, malgré les séductions et les discours, les inégalités réelles qu'elle prétend combattre, à nuancer la nécessité d'universaliser la politique mondiale de la Santé pour tous basée sur les SSP dans sa forme actuelle et surtout à en saisir les enjeux et les vrais mobiles. Notre intention est aussi de susciter le débat sur les éléments centraux de l'orthodoxie des SSP dont le propre, comme toute orthodoxie d'ailleurs, est de ne pas se remettre en question et de s'imposer comme une donnée naturelle.

L'intérêt de ce débat est d'aller au-delà des mécanismes de fonctionnement de l'orthodoxie et d'en révéler les limites jusque-là insurmontables. Il est légitime, croyons nous, de nous interroger sur la persistance de l'orthodoxie, car notre démarche a bien montré, d'une part, qu'elle est plus efficace en matière de production idéologique qu'en matière de résultats concluants et, d'autre part, qu'il y a des failles à la fois dans les politiques de l'OMS et dans les moyens dont elle s'est pourvue pour la mettre en œuvre. Ces failles s'observent même dans l'objectif recherché: la justice sociale.

#### L'ORTHODOXIE DES SOINS DE SANTÉ PRIMAIRES: UN MAILLON FORT DU NOUVEL ORDRE MONDIAL

Il nous semble que l'orthodoxie des SSP en vue de la santé pour tous ainsi que celle des programmes d'équité et d'égalité des chances qui jalonnent le programme de la totalité des agences intergouvernementales de l'ONU, répondent à des impératifs de réparation découlant du fonctionnement du système mondial. Aussi paradoxales qu'elles semblent être, ces initiatives exercent une fonction fondamentale: la circularité autoréférentielle, c'est-à-dire la propriété de s'autoréparer et de s'autoreproduire.

Nous soutenons qu'au même titre que les autres initiatives de lutte contre la pauvreté dans le monde, l'orthodoxie des soins de santé primaires en vue de la santé pour tous est une tentative de sauver l'ordre mondial. Ce dernier fonctionnerait comme un système autopoïétique, c'est-à-dire: « organisé comme un réseau de processus de production de composants qui a) régénèrent continuellement par leurs transformations et leurs interactions le réseau qui les a produits, et qui b) constituent le système en tant qu'unité concrète dans l'espace où il existe, en spécifiant le domaine topologique où il se réalise comme réseau » (Maturana et Varela, 1980). En tant que réseau de processus dynamiques, l'ordre mondial a les propriétés d'autoformation, d'auto-organisation, d'autoréparation et d'auto-référence. Nous ajouterons toutefois que, dans son fonctionnement régulier, il a la particularité de se mettre constamment en danger: il produit suffisamment de perturbations et de contradictions (brutalité

Conclusion 143

des rapports de force, violence des processus d'appropriation et d'exploitation...) pour finir par remettre en question les *promesses de salut* qui fondent sa légitimité. Voilà pourquoi il a besoin de générer des mesures compensatoires, des formes d'orthodoxie semblables à celle des SSP pour garantir, à tout le moins, son équilibre et sa reproduction.

En remettant le tout en perspective, c'est-à-dire dans son contexte historique, on réalise que c'est à la demande de 75 pays du tiers-monde nouvellement indépendants que, lors de la Conférence des non-alignés en 1974 en vue d'un Nouvel ordre économique international (NOEI), l'ONU s'est engagée, d'abord par le truchement de la Conférence des Nations unies sur le commerce et le développement (CNUCED), à promouvoir l'équité et à lutter contre le sous-développement en modifiant les rapports de force économiques mondiaux responsables de la dépendance des pays du Sud envers les pays du Nord et des inégalités grandissantes entre ces deux régions du globe. Déjà en 1974, on visait à: «éliminer le fossé croissant entre les pays développés et les pays en voie de développement et assurer, dans la paix et la justice, aux générations présentes et futures, un développement économique et social qui ira en s'accélérant» (ONU, 1974).

[...] l'Assemblée générale [de l'ONU] s'est déclarée résolue à travailler d'urgence à l'instauration d'un ordre économique international fondé sur l'équité, l'égalité souveraine, l'interdépendance, l'intérêt commun et la coopération entre tous les États, indépendamment de leur système économique et social, qui corrigera les inégalités et rectifiera les injustices actuelles, permettra d'éliminer le décalage croissant entre les pays développés et les pays en développement, et assurera aux générations présentes et futures un développement économique et social qui ira en s'accélérant, ainsi que la paix et la justice (ONU, 2004, p. 27; 2005, p. 7).

Déjà, l'équité, les promesses d'un ordre international démocratique et équitable représentaient la planche de salut, la soupape de sécurité du système-monde instauré après la guerre. Depuis l'échec avéré du socialisme comme système de rechange au capitalisme et l'échec des pays du Sud à construire un ordre international

différent du modèle ultralibéral, un nouvel ordre mondial s'est de facto dessiné. Libéré des contraintes juridiques, politiques et idéologiques antérieures, ce nouvel ordre économique, politique et culturel basé sur la démocratie, le couple libre-échange et mondialisation des marchés, la globalisation, la marche triomphante du néolibéralisme ou la foi dans la trinité sacramentelle dérégulation-libéralisationprivatisation, se trouverait aujourd'hui en position d'arbitre, en condition de s'imposer de jure à l'échelle planétaire. Que ce soit directement ou indirectement par l'intermédiaire de ses bras musclés (le FMI, la Banque mondiale, l'OMC, l'OCDE, pour ne citer que ceux-là), le programme politique sous-jacent à cet ordre mondial exige des États qu'ils ouvrent leurs systèmes financiers antérieurement cloisonnés, délocalisent des entreprises manufacturières, courent à la conquête des marchés étrangers, déréglementent la compétitivité, éliminent certaines politiques protectionnistes, homogénéisent leurs politiques fiscales, monétaires et budgétaires sous les contraintes des spéculateurs financiers et de leurs agences de crédit, baissent le coût de la main-d'œuvre, dégraissent l'État en réduisant les dépenses publiques, flexibilisent le travail... (Bourdieu, 1998; Pineault, 2004).

Encore une fois, les agences spécialisées des Nations unies ont compris que cet ordre mondial, déjà en crise pour n'avoir pas tenu sa promesse de résoudre les grands problèmes de l'humanité, ne pourra suivre son cours ni conserver sa crédibilité si rien n'est fait pour atténuer quelques-unes des inégalités les plus déterminantes dans la production des exclusions sociales, économiques et sanitaires. Et qu'il est donc impérieux de promouvoir l'équité et l'égalité des chances. Ces mesures compensatoires sont ainsi appelées à garantir la reproduction de l'ordre mondial à l'infini, en apportant aux espaces de perturbation (les continents, pays, régions ou autres aires géographiques ayant une forte prévalence de pauvreté et de maladies) des anticorps: l'espoir et les moyens minimaux légitimes de rester dans l'horizon collectif de la communauté internationale. C'est ainsi que le système mondial intègre sa marge à son ensemble et renforce son sentiment hypostasié d'unité. C'est la réalisation du principe de la circularité autoréférentielle

Conclusion 145

Tel qu'il est conçu, le nouvel ordre mondial apparaît comme une force majeure, sinon la plus importante, dans la mise en œuvre de politiques publiques, y compris les politiques de santé publique. Or, selon Vicente Navarro (1999), l'une des conséquences des politiques publiques qui profitent de la globalisation a été la croissance sans précédent des inégalités dans le monde, non seulement entre les pays, mais aussi à l'intérieur des pays. Pierre Bourdieu en a fait une lecture similaire: il a constaté que la mise en place du grand projet néolibéral a entraîné « non seulement la misère d'une faction de plus en plus grande des sociétés les plus avancées économiquement», mais aussi «l'accroissement extraordinaire des différences entre les revenus, la disparition progressive des univers autonomes de production culturelle», «la destruction de toutes les instances collectives capables de contrecarrer les effets de la machine infernale», de manière que l'État – du moins ce qu'il en reste – et l'imposition du darwinisme moral doublé du culte du winner instaurent comme norme de toutes les pratiques la lutte de tous contre tous (Bourdieu, 1998). Est-il dès lors possible que les conditions de santé et de bien-être dans la plupart des régions du monde ne se détériorent pas?

Cette croissance des inégalités, rapporte Navarro, résulte *a*) d'une croissance sans précédent de la richesse et du revenu dérivés du capital par opposition à ceux dérivés du travail, *b*) d'une polarisation croissante des salaires avec une croissance corollaire des disparités salariales, et *c*) de l'impact décroissant de l'effet redistributeur de l'État-providence et de la détérioration rapide de l'infrastructure publique, particulièrement notoire dans les pays les moins développés (Navarro, 1999, p. 216).

Par conséquent, si pour plus d'un le nouvel ordre mondial signifie une énorme croissance de richesse et de revenu, pour d'autres, en revanche, il induit les processus d'une énorme détérioration dans les standards de vie, de santé et de bien-être. S'il ne s'effondre pas, ajoute Bourdieu, c'est à cause de la permanence ou de la survivance des institutions et des agents de l'ordre ancien (âge du *welfare*), du travail de toutes les catégories de travailleurs sociaux, de toutes les formes de solidarité sociale (familiale ou autre), bref des formes

d'orthodoxie semblables à celle de la «Santé pour tous» axée sur les SSP. Ce sont les initiatives de cette nature qu'il génère paradoxalement qui l'empêchent de sombrer dans le chaos, malgré le volume croissant des populations aux abois un peu partout à travers le monde. Les effets désastreux de cet ordre social, non seulement sur le plan environnemental, mais aussi sur le plan social et humain, auraient été plus ostensibles, donc plus révoltants, si les résistances qu'il soulève, les solidarités coutumières qu'il suscite ou entretient, les réserves de capital social qu'il ressuscite, ne le protégeaient pas paradoxalement de la chute dans l'anomie. L'orthodoxie des SSP en vue de la santé pour tous est ainsi doublement fonctionnelle pour le système mondial qui l'entretient et qu'elle entretient.

Cette interprétation explique peut-être pourquoi l'OMS n'aborde pas de front les causes fondamentales de l'exclusion sanitaire et se contente de s'occuper de problèmes périphériques dont ceux des inégalités de santé. Autrement, il lui faudrait questionner l'ordre mondial qui génère les inégalités entre les pays et à l'intérieur des pays, l'enrichissement progressif des uns et l'appauvrissement continu des autres. Il lui faudrait aussi envisager l'annulation de la dette mondiale, la restructuration du système financier mondial, la réorganisation plus générale de l'économie-monde sur la base de valeurs autres que la concurrence et l'accumulation à travers lesquelles perdurent les formes connues d'expropriation/appropriation, de domination et d'assujettissement.

Cette lecture montre clairement que l'OMS travaille en présence de contraintes surdéterminées par cet ordre mondial et qu'elle ne pourrait couper la branche sur laquelle elle est elle-même perchée. Il lui est donc impossible de refonder l'ordre international qui a été imposé aux peuples. Cela est d'ailleurs « [...] inconcevable sans une restructuration radicale des systèmes financier, monétaire et commercial à l'échelle mondiale ».

<sup>1.</sup> ONU-CDH (1999). Effets des politiques d'ajustement structurel sur la jouissance effective des droits de l'homme, Rapport de l'expert indépendant Fantu Cheru, E/CN.4/1999/50, par. 127.

#### PISTES DE RÉFLEXION OU PROPOSITIONS D'ACTIONS?

À défaut d'accomplir cette révolution, l'OMS peut-elle œuvrer à l'amélioration de la santé des peuples? Il nous semble qu'elle pourrait sérieusement envisager, malgré leurs limites, un certain nombre de mesures:

- se doter de mécanismes qui parviendront à contenir, du moins à endiguer, les rapports de force qui se jouent même en son sein;
- 2. faire en sorte que ses recommandations et son insistance auprès des pays pour qu'ils développent les soins de santé primaires soient assorties d'une connaissance très fine des contingences risquant d'en freiner le développement. Ces dernières renvoient parfois aux structures de fonctionnement en place, aux ressources financières disponibles, parfois aussi aux valeurs qui circulent dans ces milieux. La connaissance approfondie de ces contingences devrait s'accompagner de plans d'action parallèles et plus spécifiques. Tel est le détour nécessaire, semble-t-il, pour concrétiser la stratégie plus générale visant l'universalisation des SSP;
- 3. enfin, il s'avère nécessaire que l'OMS se dote de mécanismes d'analyse et d'action permettant d'endiguer rapidement les nouvelles inégalités qu'engendrerait sa lutte aux inégalités.

Il nous paraîtrait malséant de terminer ce livre par un certain nombre de recommandations péremptoires sur la manière de rendre les SSP plus politiquement corrects. Cet exercice, si nous nous y adonnions, serait à tout le moins douteux et laisserait supposer que nous nous sommes fait prendre dans ce jeu même de l'orthodoxie que nous nous proposions de critiquer. Aussi, au lieu d'une série de directives à suivre à la lettre, faut-il voir dans nos propos quelques modestes suggestions ou pistes de réflexion pouvant mener à une action plus proche des besoins des gens.

Par exemple, l'expérience de plusieurs petits projets de santé communautaire dans les pays pauvres, notamment à Haïti, montre que l'on gagnerait à penser les stratégies des SSP dans un cadre coopératif global. Cela paraît peut-être utopique, mais il nous semble

que le mouvement coopératif pourrait galvaniser le dynamisme économique nécessaire pour supporter les coûts d'un paquet de soins et de services qu'on appellerait SSP et qui engloberait à la fois une protection contre les risques de morbidité, de mortalité, d'insécurité alimentaire, et une assurance scolaire pour les enfants en âge d'aller à l'école (primaire). Ce mouvement coopératif mettrait en valeur le capital-propriété et le capital humain de ses membres. La plus-value générée par cette exploitation servirait en partie à l'expansion du mouvement (conquête de nouveaux marchés, diversification des activités...), au financement d'une prime d'assurance collective pour les membres de la coopérative et au paiement d'une ristourne sur le capital investi. L'idée étant, en milieu rural, d'inciter les gens à mettre en commun leurs lopins de terre, cheptels, ateliers de fabrication, et d'en faire une exploitation plus rentable. En milieu urbain, de participer à des réseaux de production, de commercialisation et de distribution des produits du mouvement. Les moins fortunés pourraient au moins bénéficier de l'effet d'échelle, des bénéfices de l'accès à une technologie qui leur serait autrement inaccessible, d'un autre rapport de production et surtout de la protection contre les aléas de la nature et de la vie. Une partie du salaire ou des ristournes générés par cette mise en valeur servirait à payer une prime d'assurance collective qui pourrait à ce moment prétendre à l'universalité.

Il faudrait donc repenser les SSP dans un cadre plus global qui redéfinirait la stratégie actuelle des SSP, les programmes de microcrédit des institutions internationales, le programme alimentaire mondial de l'ONU et différents projets ou programmes bilatéraux ou multilatéraux de promotion ou de création des petites et moyennes entreprises. Puisque le sort de tous ces projets/programmes paraît irrémédiablement lié, on pourrait les intégrer de manière harmonieuse. L'absence de protection contre les aléas de la nature et les impondérables de la vie gruge, absorbe, gangrène en général le dynamisme des entreprises qui bénéficient déjà d'une forme quelconque d'aide. De même, les soins et services humanitaires offerts aux populations les plus démunies les entraînent la plupart du temps dans le cercle vicieux de l'attentisme et de la dépendance.

Conclusion 149

On pourrait donc penser ensemble les deux catégories de projets/programmes. Le volet humanitaire fonctionnerait comme une subvention d'appoint à un système de sécurité sociale en renforcement du système national (s'il existe). Ce système serait principalement financé par les fonds générés par la synergie du mouvement coopératif au sein duquel tous les programmes de développement économique seraient rapatriés. Et là, chaque pays, chaque région, chaque communauté mettrait en valeur ses avantages comparatifs.

Le principal intérêt de cette proposition est la parité (contrepartie, réciprocité) qu'elle introduit dans les rapports d'aide et les termes de l'échange. Si, dans un cas, les bénéficiaires sont pris en charge, sont contraints à la passivité et se reproduisent comme tels, dans l'autre, ils se prendraient en main. Ce serait eux qui décideraient de leur destin. Ils travailleraient à mériter tous les services qu'ils obtiendraient dans le respect et la dignité.

Par ailleurs, notre critique de l'orthodoxie des SSP rencontre les exigences des Objectifs du Millénaire (ODM) pour le développement dans la mesure où ces derniers compensent le flou dans le concept des SSP. On peut donc concevoir les indicateurs et cibles sanitaires des ODM comme des marqueurs du niveau minimal audessous duquel aucun pays, aucun individu ne devrait se trouver. Autrement dit, tous les pays devraient avoir réduit l'extrême pauvreté, la faim et le nombre de femmes qui meurent en donnant naissance, ils devraient tous avoir permis à leurs enfants de survivre sans incapacité aux premières années de leur vie. Tous les pays devraient avoir réussi à faire en sorte que tout le monde ait accès aux médicaments essentiels. Ils devraient avoir combattu la catastrophe du VIH/sida, du paludisme et d'autres maladies, amélioré la santé sous toutes ses formes. Ils devraient tous assurer à leur population un environnement durable. C'est l'ensemble minimal de soins et de services qui permet d'atteindre ces objectifs qui mériterait de s'appeler SSP.

Dans cette perspective, il serait souhaitable que l'on s'assure systématiquement, lors du premier contact d'un usager avec le système de santé, que les risques sanitaires combattus par les ODM sont tous écartés. Cela permettrait de focaliser la stratégie des SSP sur une série de résultats tangibles, mesurables et contrôlables dans le temps et dans l'espace. À défaut de préciser le contenu des soins et des services qui méritent l'épithète de SSP, on aurait gagné d'obtenir les résultats en matière de conditions de vie et de bien-être.

En outre, l'application de l'orthodoxie des SSP est susceptible d'entraîner, nous l'avons vu, un effet de plafonnement des systèmes de santé des pays du Sud, tant du point de vue technologique et scientifique que dans la qualité et l'éventail des soins et services de santé. Les grands mouvements de population, notamment la fuite des cerveaux des pays du Sud, semblent offrir une planche de salut à cet effet pervers. En effet, on gagnerait à trouver une manière de mettre au service de leurs congénères les compétences des ressortissants des pays du Sud bien établis dans les sociétés industrielles. Les missions de coopération technique et scientifique de l'OMS pourraient en priorité mobiliser ces ressources humaines en faveur de leurs pays d'origine. Cela permettrait le transfert des connaissances et technologies, le développement d'intérêts et de projets de recherche non spécifiques aux pays du Nord et aux grandes industries pharmaceutiques. En bout de ligne, cela pourrait affranchir les pays du Sud de la dynamique actuelle qui les laisse toujours à la remorque des avancées techniques et scientifiques du Nord. Ils pourraient dès lors s'enorgueillir de leurs structures ou institutions de recherche, de soins, de services de santé à la fine pointe de la technologie, sans pour autant compromettre l'efficacité des SSP pris au sens large. En cette matière, Cuba nous présente un excellent modèle. Changeons de cap et sortons de l'orthodoxie des SSP.

# **Annexe**

# LA NOTION D'EXCLUSION Grille de lecture

	Avant 1998	Après 1998	
Qui parle?			
1. Description	Contexte économique et politique	Contexte économique et politique	
	Constat derrière « Santé pour tous »	Constat derrière «Santé pour tous»	
	Moyens proposés:	Moyens proposés:	
	Principes Principes		
	Buts Buts		
	Objectifs Objectifs		
	Moyens	Moyens	
2. Processus	Contexte économique et politique	Contexte économique et politique	
	Constat derrière « Santé pour tous »	Constat derrière «Santé pour tous»	
	Moyens proposés: Moyens proposés:		
	Principes	Principes	
	Buts	Buts	
	Objectifs	Objectifs	
	Moyens	Moyens	

	Avant 1998	Après 1998
3. Intervention	Contexte économique et politique	Contexte économique et politique
et évaluation	Constat derrière « Santé pour tous »	Constat derrière «Santé pour tous»
	Moyens proposés:	Moyens proposés:
	Principes	Principes
	Buts	Buts
	Objectifs	Objectifs
	Moyens	Moyens
4. Épistémologie politique	Contexte économique et politique	Contexte économique et politique
	Constat derrière « Santé pour tous »	Constat derrière «Santé pour tous»
	Moyens proposés:	Moyens proposés:
	Principes	Principes
	Buts	Buts
	Objectifs	Objectifs
	Moyens	Moyens

- Aboriginal and Torres Strait Commissioner (ATSC) (2003). *A Statistical Overview of Aboriginal and Torres Strait Islander Peoples in Australia*, Statistics, Human rights and Equal Opportunities Commission.
- Adams, N. (1994). «The UN's neglected brief "The advancement of all peoples"?», dans E. Childers (dir.), *Challenges to the United Nations. Building a safer world*, New York, Catholic Institute for International Relations and St Martin's Press, p. 26-50.
- Amin, Samir (1996). «Les dimensions destructives de l'accumulation du capital », *Alternatives Sud.* vol. III. nº 2.
- Amsden, Alice (1989). *Asia's Next Giant: South Korea and Late Industrialisation*, New York, Oxford University Press, 400 p.
- Ashford, L. (2004). «Comment améliorer la santé des plus démunis de notre monde. Résumé», *Population Référence Bureau*, Washington, Éditions Eriksen Translations Inc. et Pascale De Souza, 4 p.
- ATTAC (2006). Pauvreté et inégalités, ces créatures du néolibéralisme, Paris, Éditions Mille et une nuits, 208 p.
- Banque mondiale (2007). *Rapport annuel 2007*. Consulté le 6 mars 2009, <siteresources.worldbank.org/EXTANNREP2K7/Resources/French.pdf>.
- Beigbeder, Yves (1995). L'Organisation mondiale de la santé, Genève, Presses universitaires de France, Institut universitaire des Hautes études internationales.
- Beigbeder, Yves (1997). *L'organisation mondiale de la santé*, Paris, Presses universitaires de France, 128 p., coll. «Que sais-je?».
- Bensidoun, Isabelle (2004). «L'imbroglio des inégalités», dans CEPII (dir.), L'économie mondiale, Paris, La Découverte, p. 93-104.

- Bidet, Jacques (2000). «Égalité des chances et principe de différence. Une réinterprétation», dans G. Koubi et G.J. Guglielmi (dir.), *L'égalité des chances : analyses, évolutions, perspectives*, Paris, Éditions La Découverte, p. 51-68.
- Borgetto, Michel (2000). «Équité, égalité des chances et politique de lutte contre les exclusions», dans G. Koubi et G.J. Guglielmi (dir.), *L'égalité des chances : analyses, évolutions, perspectives*, Paris, Éditions La Découverte, p. 115-138.
- Bourdieu, Pierre (1998). «Cette utopie, en voie de réalisation, d'une exploitation sans limite: l'essence du néolibéralisme», *Le monde diplomatique*, mars. Consulté le 6 mars 2009, <www.monde-diplomatique.fr/1998/03/BOURDIEU/10167>.
- Bourguignon, François et Christian Morisson (1999). *The Size Distribution of Income Among World Citizens: 1820-1990*, document de travail du DELTA, nº 2001-18, Paris, ENS, Mimeo. Consulté le 25 octobre 2007 aux adresses, <www.delta.ens.fr/XIX/datasources.rtf>, <are.berkeley.edu/~harrison/globalpoverty/bourguignon.pdf> et <www1.worldbank.org/prem/poverty/inequal/abstracts/recent.htm>.
- Bret, Bernard (2006). *Le tiers monde, croissance, développement, inégalités,* 3e éd., Paris, Ellipses, 222 p.
- Brown, B. (1992). *The United States and the Politicization of the World Bank. Issues of International Law and Policy*, Londres et New York, Kegan Paul International.
- Brunet-Jailly, Joseph (1999a). «Introduction», *Revue internationale des sciences sociales*, vol. 161, septembre, p. 311-326.
- Brunet-Jailly, Joseph (1999b). «La Banque mondiale a-t-elle une stratégie en matière de santé?», *Revue internationale des sciences sociales*, vol. 161, septembre, p. 355-370.
- Castro, Arachu et Paul Farmer (2002). «Un pilote en Haïti: de l'efficacité de la distribution d'antiviraux dans des pays pauvres, et des objections qui lui sont faites », *Vacarme*, vol. 19, p. 17-22.
- Clément, M. et R. Édouard (2008). « Justice et santé. Les promesses et les limites des soins de santé primaires : le cas de l'Organisation mondiale de la santé », dans E. Gagnon, Y. Pelchat et R. Édouard, *Politiques d'intégration, rapports d'exclusion. Action publique et justice*, Québec, Les Presses de l'Université Laval, coll. « Société, culture et santé », p. 1151-1168.
- Cogneau, Denis et Jean-David Naudet (2004). *Qui mérite l'aide. Égalité des chances versus sélectivité*, Paris, Agence française de développement.
- Collier, P. et D. Dollar (1999). «Aid allocation and poverty reduction», *Policy Research*, WP no 2041, World Bank.

Collier, P. et D. Dollar (2001). «Can the World cut poverty in half? How policy reform and effective aid can meet international development goals», *World Development*, vol. 29, p. 1787-1802.

- Collier, P. et D. Dollar (2002). «Aid allocation and poverty reduction», *European Economic Review*, vol. 45, p. 1470-1500.
- Culyer, A.-J. (1988). «Inequality in health services is, in general, desirable », dans Green (dir.), *Acceptable Inequalities?*, Londres, The Institute of Economic Affairs Health Unit, p. 31-47.
- Culyer, A.-J. et A. Wagstaff (1993). «Equity and equality in heath and health care», *Journal of Health Economic*, vol. 12, nº 4, p. 431-457.
- Daniels, N. (1985). *Just Health Care*, Cambridge, Cambridge University Press, 245 p.
- Davies, James B., Susanna Sandstrom, Anthony Shorrocks et Edward N. Wolff. (2006). *The World Distribution of Household Wealth*. UNU-WIDER, 70 p. Consulté le 25 octobre 2007, <www.wider.unu.edu/research/2006-2007/2006-2007-1/wider-wdhw-launch-5-12-2006/wider-wdhw-report-5-12-2006.pdf>.
- Dehaes, Lieve (1993). «Les soins de santé en Chine», *Études marxistes*, nº 17, 1er trimestre, 50-58 p.
- Desbiens, J.-P. (1993), Comment peut-on être autochtone? Remarques sur la question autochtone, Québec, Secrétariat des Affaires autochtones, 36 p.
- Deveaud, B. et B. Lemennicier (1997). *L'OMS: Bateau ivre de la santé publique. Les dérives et les échecs de l'agence des Nations Unies*, Paris, L'Harmattan.
- Dkhimi, Fadhi (2004). Les mutuelles de santé: une piste de solution à la crise du secteur africain? Le cas du projet CIDR en Tanzanie, mémoire DESS, Paris, Université Paris 1 Panthéon Sorbonne, 138 p.
- Donkin, A., P. Goldblatt et K. Lynch (2002). «Inequalities in life expectancy by social class, 1972-1999», *Health Statistics Quarterly*, no 15, p. 5-15.
- Duponchel, J.-L. (2004). «Quels systèmes de santé? Bilan des soins de santé primaires», *Médecine tropicale*, vol. 64, p. 533-538.
- Dworkin, R. (1981). «What is equality? Part I: Equality of welfare. Part II: Equality of resources», *Philosophy and Public Affairs*, vol. 10, nos 3-4, p. 185-246 et 283-345.
- Édouard, Roberson (2008). Le développement inégal et la production des conditions de vie. Le cas des Inuit de l'Arctique canadien, thèse de doctorat, Québec, Université Laval, département de sociologie.
- Farvaque, N. (2003). Responsabilité et travail d'évaluation: les terrains de l'action publique dans l'approche par les capacités. IDHE École normale supérieure de Cachan. Consulté le 1 mars 2008, <www.idhe.ens-cachan.fr/ric0306.pdf>.

- Ferreira, Jacqueline (2008). «Inégalité, équité et accès aux soins. Les dilemmes liés à l'universalisation du système de santé publique au Brésil », dans E. Gagnon, Y. Pelchat et R. Édouard, *Politiques d'intégration, rapports d'exclusion. Action publique et justice*, Québec, Les Presses de l'Université Laval, coll. «Société, culture et santé », p. 139-150.
- Fraser, Nancy (2005). Qu'est-ce que la justice sociale? Reconnaissance et redistribution, Paris, La Découverte.
- Gélineau, Lucie *et al.* (2008). «Vaillantes qui comme Ulysse entreprirent un long voyage... Réflexion sur le rapport aux services de proximité de femmes en situation d'itinérance», dans E. Gagnon, Y. Pelchat et R. Édouard, *Politiques d'intégration, rapports d'exclusion. Action publique et justice*, Québec, Les Presses de l'Université Laval, coll. «Société, culture et santé», p. 237-250.
- Giraud, Pierre-Noël (1997). «L'inégalité du monde: économie du monde contemporain», communication à l'Université Paris-Dauphine le 27 mai 1997. Débat introduit par le professeur Charles-Albert Michalet, dans CERNA, Les activités du Centre de géopolitique de l'énergie et des matières premières, Paris, Centre d'économie industrielle, École nationale supérieure des mines de Paris, 31 p. Consulté le 25 octobre 2007, <www.cerna.ensmp.fr/Documents/PNG-ComDauphine97.pdf>.
- Global Forum for Health Research (GFHR) (2004). *The 10/90 Report on Health Research 2001-2002*. Consulté le 1<sup>er</sup> mars 2008, <www.globalforumhealth.org/filesupld/1090\_report\_00/00exsf.pdf>.
- Grodos (1991). «Soins de santé», dans M. Singleton (dir.), *Soins de santé primaires* en Afrique: cause perdue? Cahiers du CIDEP, n°12, Bruxelles, ARTEL, 150 p.
- Hobsbawm, É. (1999). *L'âge des extrêmes. Histoire du court XX<sup>e</sup> siècle*, Bruxelles, Éditions Complexe.
- Hogstedt, Christer *et al.* (dir.) (2008). *Health for All? A Critical Analysis of Public Health Policies in Eight European Countries*, Swedish National Institute of Public Health, 358 p. Consulté le 6 mars 2009, <www.fhi.se/shop/material\_pdf/R200821\_Health\_for\_all0808komp.pdf>.
- Hours, Bernard (1989). «Les soins de santé primaires comme objet des sciences sociales», dans G. Salem et E. Jeannée (dir.), *Urbanisation et santé dans le tiers monde : transition épidémiologique, changement social et soins de santé primaires*, Paris, Éd. de l'Orstom, p. 283-288.
- Hours, Bernard (1992). «La santé publique entre soins de santé primaires et management», *Cahiers de sciences humaines*, vol. 28, nº 1, p. 123-140.
- Hours, Bernard (2002). *Domination, dépendances, globalisation. Tracés d'anthropologie politique*, Paris, L'Harmattan.

Hours, Bernard (2003). «La santé unique ou la globalisation du bien», dans Isabelle Gobatto (dir.), *Les pratiques de santé dans un monde globalisé*, Paris, Karthala, p. 37-46, <idrinfo.idrc.ca/Archive/ReportsINTRA/pdfs/v4n1f/108759. pdf>.

- ICIS Institut canadien d'information sur la santé (2003). *Les soins de santé au Canada*, Canada, ICIS.
- Kekki, P. (2004). *Primary Health Care and the Millennium Development Goals: Issues for Discussion*, WHO, Genève. Consulté le 1 mars 2008, <www.who.int/chronic conditions/primary health care/en/mdgs final.pdf>.
- Kleczkowski, B.M., R.H. Elling et D.L. Smith (1985). Appui des systèmes de santé aux soins de santé primaires, Étude basée sur les discussions techniques tenues pendant la trente-quatrième assemblée mondiale de la santé, Genève, OMS.
- Koivusalo, Meri et Eeva Ollila (1997). *Making a Healthy World. Agencies, Actors & Policies in International Health*, Helsinki, Londres et New York, Stakes and Zed Books Ltd.
- Lafond, A. (1994). «UNICEF», *Health Policy and Planning*, vol. 9, p. 343-346.
- Lanzarini, Corinne (2008). « Dégradations corporelles, organisation de survie et éclipse institutionnelle », dans E. Gagnon, Y. Pelchat et R. Édouard, *Politiques d'intégration, rapports d'exclusion. Action publique et justice*, Québec, Les Presses de l'Université Laval, coll. «Société, culture et santé », p. 221-236.
- Latham, Michael C. (2001). *La nutrition dans les pays en développement*, Rome, FAO, 515 p. Consulté le 6 mars 2009, <www.fao.org/DOCREP/004/W0073F/W0073F00.HTM>.
- Lee, Kelly, Kent Buse et Suzanne Fustukian (dir.) (2001). *Health Policy in a Globalizing World*, New York, Cambridge University Press, 331 p.
- Levesque, J-F., D. Roberge et R. Pineault (2007). «La première ligne de soins: un témoin distant des réformes institutionnelles et hospitalières au Québec?», dans M.-J. Fleury, M. Tremblay, H. NGuyen et L. Bordeleau (dir.), *Le système sociosanitaire au Québec: gouvernance, régulation et participation*, Montréal, Gaëtan Morin Éditeur, Chenelière Éducation Inc.
- Maturana, Humberto et Francisco Varela (1980). *Autopoiësis and Cognition: The Realization of Living*, Boston, Reidel.
- Mauss, Marcel (1968 [1909]). «La prière ». Les fonctions sociales du sacré, T.1 de Œuvres, Paris, Les Éditions de Minuit, coll. «Le sens commun», p. 357-477.

- McHenry, Dean (1979). *Tanzania's Ujamaa Villages. The Implementation of a Rural Development Strategy*, Berkeley, Institute of International Studies, University of California, 268 p.
- Milanovic, Branko (2005). Worlds Apart: Measuring International and Global Inequality, New Jersey, Princeton University Press, 227 p.
- Mooney, G. (1992). *Economics, Medicine and Health care*, 2<sup>e</sup> éd., Harvester Wheatsheaf, Hemel Hempstead, 179 p.
- Murray, C.J.L., C.M. Michaud, M.T McKenna et J.S. Marks (1998). *U.S. Patterns of Mortality by County and Race: 1965-1994*, Cambridge, Harvard Center for Population and Development Studies, p. 1-97. Consulté le 1<sup>er</sup> juin 2005, <www.hsph.harvard.edu/organizations/bdu/images/usbodi/index.html>.
- National Centre for Health Statistics (2004). *Health, United States, 2004, With Chartbook on Trends in the Health of Americans,* Hyattsville, US Department of Health and Human Services, 513 p.
- Navarro, Vicente (1999). «Health and equity in the world in the era of "globalization"», *International Journal of Health Services*, vol. 29, n° 2, p. 215-226.
- Neufeld, V.R. et J. Spiegel (2006). «Canada and global health research», *Canadian Journal of Public Health*, vol. 97, no 1, p. 39-41.
- Nozick, R. (1988) [1977]. *Anarchie, État et utopie*, Paris, Presses universitaires de France.
- Olsen, E.O. et D.L. Rogers (1991). «The welfare economics of equal access», *Journal of public Economics*, p. 91-105.
- OMS (1947). Chroniques de l'organisation mondiale de la santé. Constitution et structure de l'OMS, vol. 1, nºs 1-2, 214 p. Consulté le 13 juin 2005, <whqlibdoc.who.int/hist/chronicles/chronicle\_1947\_fre.pdf>.
- OMS (1978). Déclaration d'Alma-Ata 1978. Les soins de santé primaires, Genève, OMS, Série «Santé pour tous», nº 1.
- OMS (1979). Formulation de stratégies en vue de l'instauration de la santé pour tous d'ici l'an 2000, Genève, OMS, Série «Santé pour tous», n° 2.
- OMS (1981a). Stratégie mondiale de la santé pour tous d'ici l'an 2000, Genève, OMS, Série «Santé pour tous», n° 3.
- OMS (1981b). Élaboration d'indicateurs pour la surveillance continue des progrès réalisés dans la voie de la santé pour tous d'ici l'an 2000, Genève, OMS, Série «Santé pour tous», n° 4.
- OMS (1981c). Le processus gestionnaire pour le développement sanitaire national, Genève, OMS, Série «Santé pour tous», n° 5.
- OMS (1981d). Évaluation des programmes de santé, Genève, OMS, Série « Santé pour tous », nº 6.

OMS (1982a). Plan d'action pour la mise en œuvre de la Stratégie mondiale de la santé pour tous, Genève, OMS, Série «Santé pour tous », nº 7.

- OMS (1982b). Septième programme général de travail, pour la période 1984-1989, Genève, OMS, Série «Santé pour tous», nº 8.
- OMS (1984). Glossaire de la série « Santé pour tous », Genève, OMS, Série « Santé pour tous », nº 9.
- OMS (1988). Les réalisations de quatre décennies : survol des activités de l'OMS, Genève, OMS.
- OMS (1990). D'Alma-Ata à l'an 2000: réflexions à la mi-parcours, Genève, OMS.
- OMS (1995). Rapport sur la santé dans le monde, 1995. Réduire les écarts, OMS, Genève.
- OMS (1996). Rapport sur la santé dans le monde, 1996. Combattre la maladie. Promouvoir le développement, Genève, OMS.
- OMS (1997). Rapport sur la santé dans le monde, 1997. Vaincre la souffrance : Enrichir l'humanité, Genève, OMS.
- OMS (1998a). La santé pour tous au XXI<sup>e</sup> siècle, EB101/8, Genève, OMS.
- OMS (1998b). Rapport sur la santé dans le monde, 1998. La vie au XXI<sup>e</sup> siècle : Une perspective pour tous, Genève, OMS.
- OMS (1998c). Résumé du Rapport sur la santé dans le monde, 1998. La vie au XXI<sup>e</sup> siècle: Une perspective pour tous, A51/3, Genève, OMS.
- OMS (1998d). Allocution du Directeur général au Conseil exécutif à sa centunième session, EB101/DIV/2, Genève, OMS.
- OMS (1998e). La santé pour tous au XXIe siècle, A51/5, Genève, OMS.
- OMS (1998f). Dr Gro Harlem Brundtland, Directeur général élu, OMS. Allocution prononcée à la cinquante et unième Assemblée mondiale de la santé, A51/DIV/6, Genève, OMS, 13 mai.
- OMS (1999a). Rapport sur la santé dans le monde, 1999. Pour un réel changement, Genève, OMS.
- OMS (1999b). La santé dans le monde: Tendances et enjeux. Rapport du Secrétariat, EB105/4, Genève, OMS.
- OMS (1999c). Pauvreté et santé. Rapport du Directeur général EB105/5, Genève, OMS.
- OMS (1999d). Mise en œuvre des résolutions relatives au budget, Résolutions EB103.R6 et WHA52.20, Rapport du Secrétariat, EB105/17, Add.1, 16 décembre 1999.

- OMS (1999e). Renforcement des systèmes de santé dans les pays en développement, Cinquante-deuxième Assemblée mondiale de la santé WHA52.23, Genève, OMS.
- OMS (1999f). L'avenir de l'OMS après une année de changement. Résumé du Rapport sur la santé dans le monde, 1999, Cinquante-deuxième Assemblée mondiale de la santé A52/4, Genève, OMS.
- OMS (2000). Rapport sur la santé dans le monde, 2000. Pour un système de santé plus performant, A53/4, Genève, OMS.
- OMS (2001). Macroéconomie et santé: Investir dans la santé pour le Développement économique, Rapport de la Commission Macroéconomie et Santé, Genève, OMS.
- OMS (2002). Rapport sur la santé dans le monde, 2002. Réduire les risques et promouvoir une vie saine, OMS, Genève.
- OMS (2003a). Rapport sur la santé dans le monde, 2003. Façonner l'avenir, Genève, OMS.
- OMS (2003b). Rapport du Directeur général 1998-2003, DGO/2003/1, Genève, OMS.
- OMS (2003c). L'influence de la pauvreté sur la santé, Rapport du Secrétariat, EB113/12, Genève, OMS.
- OMS (2003d). Investir davantage en faveur de la santé des plus démunis. Deuxième consultation sur le thème Macroéconomie et Santé, Genève, OMS.
- OMS (2004a). Rapport sur la santé dans le monde, 2004. Changer le cours de l'histoire, Genève, OMS.
- OMS (2004b). Les systèmes de santé, y compris les soins de santé primaires. Rapport du Secrétariat de l'Assemblée mondiale de la santé, A57/14, Genève, OMS.
- OMS (2004c). Projet de budget programme pour l'exercice 2006-2007, Genève, OMS.
- OMS (2005a). Rapport sur la santé dans le monde, 2005. Donnons sa chance à chaque mère et à chaque enfant, Genève, OMS.
- OMS (2005b). La santé et les objectifs du Millénaire pour le développement, 2000 2005 2015 Tenir les promesses, Genève, OMS.
- OMS (2005c). *Projet de budget programme 2006-2007*. PB/2006-2007, Genève, OMS. Consulté le 6 mars 2009, <www.who.int/gb/f/f\_pb2006.html>.
- OMS (2006 [1947]). Documents fondamentaux Comprenant les amendements adoptés jusqu'au 31 décembre 2006, 46e éd., Genève, OMS.

ONU (1974). Déclaration concernant l'instauration d'un nouvel ordre économique international. Résolution 3201 (S-VI), Genève, ONU.

- ONU (2004). Rapport de la commission au Conseil économique et social sur les travaux de sa soixantième session. Commission des droits de l'Homme. E/CN.4/2004/L.11/Add.6. Consulté le 6 mars 2009, <www.unhchr.ch/Huridocda/Huridoca.nsf/0/ef911a67c5606845c1256e830057bac2/\$FILE/G0413963.pdf>.
- ONU (2005). Promotion d'un ordre international démocratique et équitable. Résolution de la Commission des droits de l'homme 2005/57. Haut-Commissariat des Nations unies aux droits de l'Homme. E/CN.4/2005/L.10/Add.17. Consulté le 6 mars 2009, <ap.ohchr.org/documents/F/CHR/resolutions/E-CN\_4-RES-2005-57.doc>.
- ONU-CDH (1999). Effets des politiques d'ajustement structurel sur la jouissance effective des droits de l'homme, rapport de l'expert indépendant Fantu Cheru, E/CN.4/1999/50, par. 127, ONU.
- OPS/OMS (2002). Élargissement de la protection sociale dans le domaine de la santé: initiative conjointe de l'organisation panaméricaine de la santé et de l'organisation internationale du travail, CSP26/12 (Fr.), 26<sup>e</sup> conférence sanitaire panaméricaine, 54<sup>e</sup> séance du comité régional, Washington.
- Paluzzi, J.E. (2004), «Primary health care since Alma-Ata: Lost in the Bretton Woods?», dans A. Castro et M. Singer (dir.), *Unhealthy Health Policy. A Critical Anthropological Examination*, Oxford, Alta Mira Press, p. 63-78.
- Parijs, P. Van (1985). «Y a-t-il des limites à la prise en charge des soins de santé par la solidarité?», dans M. Hallet, D. Hermess et H. Sauer (dir.), *Solidarité*, *Santé*, *Éthique*, Louvain, Grant, p. 57-68.
- Parijs, P. Van. (1994). Au-delà de la solidarité. Les fondements éthiques de l'Étatprovidence et de son dépassement, Paris, Futuribles, p. 5-29.
- Pinard, Daniel (1975). «Les sœurs Yeh médecins aux pieds nus», *Le CRDI explore*, vol. 4, nº 1, p. 7.
- Pineault, Éric (2004). « Sous l'emprise des transnationales », *Relations*, septembre, vol. 695, p. 12-14.
- PNUD (1998). Rapport mondial sur le développement humain 1998. Modifier les modes de consommation d'aujourd'hui pour le développement humain de demain, New York, PNUD. Consulté le 25 octobre 2007, <hdr.undp.org/en/reports/global/hdr1998/chapters/french/>.
- PNUD (2001). Rapport mondial sur le développement humain 2001. Mettre les nouvelles technologies au service du développement humain, New York, PNUD. Consulté le 25 octobre 2007, <hdr.undp.org/en/reports/global/hdr2001/chapters/french/>.

- PNUD (2005). Rapport mondial sur le développement humain 2005. La coopération internationale à la croisée des chemins: l'aide, le commerce et la sécurité dans un monde marqué par les inégalités. New York, PNUD. Consulté le 25 octobre 2007, <hdr.undp.org/en/reports/global/hdr2005/chapters/french/>.
- PNUD (2006). *Rapport annuel 2006. Un partenariat mondial pour le développement*, New York, PNUD. Consulté le 6 mars 2009, <www.undp.org/french/ publications/annualreport2006/french-report.pdf>.
- Rawls, J. (1987). *Théorie de la justice*, 1<sup>re</sup> édition américaine, Boston, Harvard University Press, 1971, traduction du texte révisé de Catherine Audart, Paris, Seuil.
- Rodgers, G., C. Gore et J.B. Figueiredo (dir.) (1995). *Social Exclusion: Rhetoric Reality Responses. A Contribution to the World Summit for Social Development,* Genève, International Institute for Labour Studies, United Development Programme.
- Salama, Pierre et Richard Poulin (dir.) (1998). L'insoutenable misère du monde : économie et sociologie de la pauvreté, Québec, Vents d'Ouest, 300 p.
- Schneider-Bunner, C. (1997). Santé et justice sociale. L'économie des systèmes de santé face à l'équité, Paris, Economica.
- Sen, Amartya K. (1980). «The welfare basis of real income comparisons: A reply», *Journal of Economic Literature*, vol. 18, nº 4, p. 1547-1552, décembre.
- Sen, Amartya K. (1987). On Ethics and Economics, Oxford, Blackwell.
- Sen, Amartya K. (1993). «Capability and well-being», dans Amartya Sen, Martha C. Nussbaum (dir.), *The Quality of Life*, Oxford, Clarendon Press, p. 30-54.
- Sen, Amartya K. (2000 [1992]). Repenser l'inégalité, Paris, Seuil.
- Sen, Amartya K. (2001). «Social exclusion, concept, application and scrutiny», *Social Development Papers, No 1*, Manille, Office of Environment and Social Development, Asian Development Bank.
- Sen, Amartya K. (2003). *Un nouveau modèle économique. Développement, Justice, Liberté*, Paris, Éditions Odile Jacob, 479 p.
- Singleton, M. (dir.) (1991). «Soins de santé primaires en Afrique: cause perdue?», *Cahiers du CIDEP*, nº 12, Bruxelles, ARTEL, 150 p.
- Smith, B.L. (2003). Politiques publiques et participation publique. Engagement des citoyens et des collectivités dans l'élaboration des politiques publiques, Santé Canada, Direction de la santé de la population et de la santé publique, Bureau régional de l'Atlantique.

Thélen, Lionel (2008). «La dualité institutionnelle face au manque de supports sociaux des personnes sans-abri», dans E. Gagnon, Y. Pelchat et R. Édouard, *Politiques d'intégration, rapports d'exclusion. Action publique et justice*, Québec, Les Presses de l'Université Laval, coll. «Société, culture et santé», p. 203-220.

- Toye, M. et J. Infanti (2004). L'inclusion sociale et le développement économique communautaire, Réseau pancanadien d'apprentissage en développement communautaire: cadre du projet.
- Trottier, L.-H. *et al.* (2003). *Les soins de santé primaires au Québec*, Montréal, GRIS, Université de Montréal, R03-03.
- UNICEF (1964). Planning for the Needs of Children in Developing Countries. Report of a round-table conference 1-7 April 1964, UNICEF, Bellagio. Sous la direction de Herman D. Stein, 206 p.
- UNICEF (1995a). Health Strategy for UNICEF. 1995E/ICEF/1995/11/rev 1.
- UNICEF (1995b). World Development Report, Washington, Oxford University Press.
- UNICEF (2008). *Introduction. Notre action Santé*. Consulté le 6 mars 2009, <www.unicef.org/french/health/index.html>.
- UNRISD (1995). «States of disarray. The social effects of globalization: Executive summary of an UNRISD report for the World summit for social development», <www.unrisd.org/unrisd/website/document.nsf/d2a23ad2d50cb2a280256eb30 0385855/8bae05fc33a200d480256b670065e3a3/\$FILE/StatesofDis\_ES.pdf>, consulté le 10 octobre 2009.
- Von Hayek, Friedrich (1976). *Droit, législation et liberté, vol. 2: Le mirage de la justice sociale*, Chicago, University of Chicago Press.
- Wagstaff, Adam (2002a). «Pauvreté et inégalités dans le secteur de la santé», Bulletin de l'Organisation mondiale de la santé, nº 7, p. 100-108.
- Wagstaff, Adam (2002b). «Inequalities in health in developing countries: Swimming against the tide?», World Bank Policy Research Working Paper, Washington, World Bank, 40 p.
- Walker, Ouellette et Valéry Ridde (2006). «How can PhD research contribute to the global health research agenda?», *Canadian Journal of Public Health*, vol. 97, no 2, p. 145-148.
- Woodward, D. (1992). Debt, Adjustment and Poverty in Developing Countries. vol. II. The Impact of Debt and Adjustment at the Household Level in the Developing Countries, Londres, Pinter Publishers in association with Save the Children Fund.

- World Bank (1980). *Health sector Policy Paper*, Washington, Oxford University Press.
- World Bank (1987). Financing Health Services in Developing Countries An Agenda for Reform, Washington, World Bank.
- World Bank (1993). Rapport sur le développement dans le monde 1993. Investir dans la santé, Washington, World Bank.
- World Bank (1994a). *Pour une meilleure santé en Afrique, les leçons de l'expérience*, Washington, World Bank, 283 p.
- World Bank (1994b). Annual Report, Washington, Oxford University Press.



#### Médias, médicaments et espace public

Sous la direction de Christine Thoër, Bertrand Lebouché, Joseph Josy Lévy et Vittorio Alessandro Sironi 2009, ISBN 978-2-7605-2470-5, 350 pages

#### Diversité sexuelle et constructions de genre

Sous la direction de Line Chamberland, Blye W. Frank et Janice Ristock 2009, ISBN 978-2-7605-2462-0, 424 pages

#### La fascination

Nouveau désir d'éternité Luce Des Aulniers 2009, ISBN 978-2-7605-2436-1, 418 pages

#### Tests d'évaluation de la capacité fonctionnelle chez l'adulte de 55 ans et mieux

Sous la direction d'Émilia Kalinova et Mario Leone 2009, ISBN 978-2-7605-2446-0, 160 pages

#### Générations et cycles de vie

Au carrefour des temps biologiques et psychosociaux Sous la direction de Laurence Charton et Joseph Josy Lévy 2009, ISBN 978-2-7605-2430-9, 252 pages

#### Tango, corps à corps culturel

Danser en tandem pour mieux vivre Sous la direction de France Joyal 2009, ISBN 978-2-7605-2392-0, 276 pages

#### Pour une approche intégrée en santé

Vers un nouveau paradigme Jean-Claude Magny, Gilles Harvey, Yves Lévesque, Daniel Kieffer, Anne Taillefer et Denis Fourniery 2008, ISBN 978-2-7605-1589-5, 150 pages

#### Intersections

Cultures, sexualités et genres Sous la direction de Shari Brotman et Joseph Josy Lévy 2008, ISBN 978-2-7605-1581-9, 494 pages

#### Épidémie silencieuse

Le traumatisme craniocérébral léger: symptômes et traitement Sous la direction de Frédéric Banville et Pierre Nolin 2008, ISBN 978-2-7605-1547-5, 310 pages

#### Danse et santé

Du corps intime au corps social *Sous la direction de Sylvie Fortin* 2008, ISBN 978-2-7605-1543-7, 326 pages

#### Les médias et le façonnement des normes en matière de santé

Sous la direction de Lise Renaud 2007, ISBN 978-2-7605-1526-0, 318 pages

#### La chaîne des médicaments

Perspectives pluridisciplinaires Sous la direction de Joseph J. Lévy et Catherine Garnier 2007, ISBN 978-2-7605-1510-9, 522 pages

#### Vieillir en milieu d'hébergement

Le regard des résidents Michèle Charpentier 2007, ISBN 978-2-7605-1477-5, 180 pages

#### Homosexualités

Variations régionales Sous la direction de Danielle Julien et Joseph J. Lévy 2007, ISBN 2-7605-1471-3, 284 pages

#### La surdité vue de près

Colette Dubuisson et Christiane Grimard 2006, ISBN 2-7605-1449-8, 436 pages

### Trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité

Soigner, éduquer, surtout valoriser Sous la direction de Nicole Chevalier, Marie-Claude Guay, André Achim, Philippe Lageix et Hélène Poissant 2006, ISBN 2-7605-1463-3, 336 pages

#### Souffrance et médecine

Serge Daneault 2006, ISBN 2-7605-1452-8, 180 pages

#### Surdité et société

Perspectives psychosociale, didactique et linguistique Sous la direction de Daniel Daigle et Anne-Marie Parisot 2006, ISBN 2-7605-1407-2, 220 pages

#### La santé s'affiche au Québec

Plus de 100 ans d'histoire *Lise Renaud* 2005, ISBN 2-7605-1344-0, 264 pages

## Histoire des orthophonistes et des audiologistes au Québec: 1940-2005

Pratiques cliniques, aspirations professionnelles et politiques de la santé *Julien Prud'Homme* 2005, ISBN 2-7605-1378-5, 166 pages

#### Les traitements antirétroviraux

Expériences et défis Sous la direction de Joseph J. Lévy, Janine Pierret et Germain Trottier 2004, ISBN 2-7605-1276-2, 252 pages

#### Enjeux psychosociaux de la santé

Sous la direction de Joseph Josy Lévy, Danielle Maisonneuve, Henriette Bilodeau et al. 2003, ISBN 2-7605-1233-9, 352 pages



epuis la Conférence d'Alma Ata, en 1978, les soins de santé primaires (SSP) ont changé de nature. On en a fait la pierre angulaire de toute réforme des systèmes de santé. Aussi est-ce quasiment un problème moral aujourd'hui d'en questionner l'omniprésence. Comment en sommes-nous arrivés là? Qu'est-ce qui fait que les SSP ont pu nous apparaître si nécessaires qu'on en ait fait une orthodoxie? Mais, en fait, de quoi s'agit-il? Qui sont les acteurs de cette transformation de vocation? Au nom de quelles promesses? Pour quels résultats?

Cet ouvrage questionne les aboutissements, la pertinence et les finalités latentes de l'orthodoxie des SSP, c'est-à-dire leur généralisation. Les auteurs mettent en évidence certains risques de dérive inhérents à la promesse de santé pour tous ainsi que la propension, paradoxale, que le principe d'équité promu par cette orthodoxie (re)produise les inégalités qu'elle prétend pourtant combattre.

Édouard et Clément dévoilent ici, outre ses mécanismes de fonctionnement, certaines des limites jusque-là insurmontables de l'orthodoxie des SSP. Ils expliquent du même coup pourquoi elle est bien plus efficace en termes de production idéologique qu'en termes de résultats probants.

ROBERSON ÉDOUARD est professeur associé au Département de sociologie de l'Université Laval et professeur chercheur à l'Université d'État d'Haiti. Son champ de recherche s'étend de la sociologie du développement à la sociologie de la santé, et son aire de recherche, d'Haiti à l'Arctique circumpolaire. Il s'intéresse aux questions d'inégalités, de pauvreté, d'exclusion, de justice et de politiques sociales.

MICHÈLE CLÉMENT, Ph. D., est directrice du Groupe de recherche sur l'inclusion sociale, l'organisation des services et l'évaluation en santé mentale (CSSSVC-CRUL-RG). Elle est également professeure associée aux départements d'anthropologie et de médecine sociale et préventive de l'Université Laval.

