GURN
Global Union Research Network

International Labour Office
Bureau international du Travail
Oficina Internacional del Trabajo

La santé en crise appelle une thérapie intensive: Le rôle stratégique des syndicats dans l'avènement de la "santé pour tous"

Edlira Xhafa

DISCUSSION PAPER No. 7

Le Réseau mondial de recherches syndicales (GURN) est une réalisation commune de la Confédération internationale des syndicats (CIS), du Comité syndical consultatif de l'OCDE (TUAC), de l'Institut international d'études syndicales (IILS) et du Bureau des activités pour les travailleurs (ACTRAV) du BIT. Le Réseau a été conçu pour donner au mouvement syndical un meilleur accès aux recherches entreprises au sein des syndicats et des institutions qui leur sont proches.

Edlira Xhafa est Directrice du Centre syndical pour l'éducation et la recherche en Albanie. Elle coordonne les pages santé en coopération avec l'Internationale des services publics (ISP). L'auteur est titulaire d'une maîtrise de l'Université syndicale mondiale (GLU) d'Allemagne.

Rédacteur en chef: Tim Wallace

Mise en page: Harald Kröck

La santé en crise appelle une thérapie intensive: Le rôle stratégique des syndicats dans l'avènement de la "santé pour tous"

Edlira Xhafa

Copyright © Organisation internationale du Travail 2008
Première édition 2008

Les publications du Bureau international du Travail jouissent de la protection du droit d'auteur en vertu du protocole n° 2, annexe à la Convention universelle pour la protection du droit d'auteur. Toutefois, de courts passages pourront être reproduits sans autorisation, à la condition que leur source soit dûment mentionnée. Toute demande d'autorisation de reproduction ou de traduction devra être envoyée à l'adresse suivante: Publications du BIT (Droits et licences), Bureau international du Travail, CH-1211 Genève 22, Suisse, ou par courriel: pubdroit@ilo.org. Ces demandes seront toujours les bienvenues.

Bibliothèques, institutions et autres utilisateurs enregistrés auprès d'un organisme de gestion des droits de reproduction ne peuvent faire des copies qu'en accord avec les conditions et droits qui leurs ont été octroyés. Visitez le site www.ifrro.org afin de trouver l'organisme responsable de la gestion des droits de reproduction dans votre pays.

ILO Cataloguing in Publication Data

La santé en crise appelle une thérapie intensive : le rôle stratégique des syndicate dans l'avenement de la "santé pour tous" / Organisation internationale du Travail. - Genève: OIT, 2008
49 p.

ISBN: 9789222203024 (web pdf)

International Labour Office

soins médicaux / accès aux soins / rôle du syndicat / pays développés / pays en développement

02.07.6

Egalement disponible en anglais: Global Health in the Intensive Care Unit (ISBN 978-92-2-1203018), Genève, 2007, et en espagnol: La salud mundial en terapia intensiva : estratégico papel de los sindicatos en la lucha para obtener "Salud para todos" (ISBN 978-92-2-3203023, Genève, 2008.

Données de catalogage du BIT

Les désignations utilisées dans les publications du BIT, qui sont conformes à la pratique des Nations Unies, et la présentation des données qui y figurent n'impliquent de la part du Bureau international du Travail aucune prise de position quant au statut juridique de tel ou tel pays, zone ou territoire, ou de ses autorités, ni quant au tracé de ses frontières.
Les articles, études et autres textes signés n'engagent que leurs auteurs et leur publication ne signifie pas que le Bureau international du Travail souscrit aux opinions qui y sont exprimées.
La mention ou la non-mention de telle ou telle entreprise ou de tel ou tel produit ou procédé commercial n'implique de la part du Bureau international du Travail aucune appréciation favorable ou défavorable.
Les publications et les produits éléctroniques du Bureau international du Travail peuvent être obtenus dans les principales librairies ou auprès des bureaux locaux du BIT. On peut aussi se les procurer directement, de même qu'un catalogue ou une liste des nouvelles publications, à l'adresse suivante: Publications du BIT, Bureau international du Travail, CH-1211 Genève 22, Suisse, ou par courriel: pubvente@ilo.org.
Visitez notre site Web: www.ilo.org/publns.

Imprimé en Suisse

TABLE DES MATIERES

1. INTRODUCTION 1
2. SANTÉ POUR TOUS, PRÉOCCUPATION DE CHACUN: UNE CRISE MONDIALE 3
2.1 La santé, une grande question qui divise les pays entre eux et chez eux 4
3. LES RÉPONSES DU MONDE À LA CRISE ET LEURS EFFETS: UNE VUE D'ENSEMBLE 8
3.1 Prédominance de l'approche utilitariste 9
3.2 Le conflit entre soins de santé primaire et traitement symptomatique des maladies 10
3.3 La crise du personnel médical 12
3.4 La crise de la santé et les lacunes dans la gouvernance. 15
4. DEBAT SUR UNE POLITIQUE DE RECHANGE EN MATIERE DE SANTE: CERNER CERTAINS DEFIS A RELEVER 20
4.1 Un changement nécessaire de paradigme: se concentrer sur la "*santé pour tous*" 20
4.2 La santé est politique et reflète un ensemble de valeurs 20
4.3 Est-on loin d'une société saine? La santé, symbole de l'engagement en faveur de la justice sociale et des droits de l'homme 22
4.4 La santé, tremplin du développement. S'attaquer aux causes premières des inégalités 22
4.5 Réformer la gouvernance de la santé et y mettre au centre ses valeurs 25
4.6 Renforcer les régimes de santé publique et accroître les ressources humaines à cette fin 27
5. UN AUTRE MONDE EST POSSIBLE, COMME L'EST LA SANTÉ POUR TOUS! 30
5.1 La santé, thème de bataille politique pour les syndicats 30
6. CONCLUSION 35
7. REFERENCES 37

"Tant que l'on n'aura pas créé et assuré à tous des conditions de vie décentes, tant que l'on n'aura pas reconnu en cela une obligation commune de tous les peuples et de tous les pays, nous ne pourrons pas dire, à juste titre, que le genre humain est civilisé" (Albert Einstein, 1945).

1. INTRODUCTION

La santé est un bien avidement recherché, et les plus illustres débats sur la question et ses implications politiques ont une seule et même conclusion: la santé est un droit de l'homme et le symbole le plus fort de la justice sociale dans une société.

Les 19ème et 20ème siècles ont été témoins d'une véritable révolution, qui a changé le cours de l'histoire en matière de santé et de traitement des maladies dans le monde développé. Le combat mené en faveur de la santé publique „s'est inscrit dans le vaste mouvement de réformes sociales, qui a marqué le début de l'ère moderne dans ces pays, avec, en point d'orgue, les éléments déterminants qui ont accompagné la révolution industrielle: eau et installations sanitaires, qualité de l'air, logement, éducation, travail sécurisé, meilleure alimentation, jours ouvrés plus courts, soins de maternité et accès au planning familial" (Kickbusch et Payne 2004). Ces réformes ont fait de la santé l'un des premiers piliers de l'unité nationale. Comme le remarque Sorrell (2003), le régime national de santé au Royaume-Uni „n'est pas seulement à la source du traitement des maladies. Il est aussi le ciment de la solidarité et de l'identité nationales".

Le droit à la santé, celui de prétendre aux meilleurs traitements, ont été inscrits, pour la première fois, dans la constitution de l'OMS en 1946 et réitérés dans la „Declaration of Alma Ata" (1978) et celle du sommet de l'Organisation mondiale de la Santé (1998).

Ils ont été clairement approuvés dans une série d'instruments internationaux et régionaux sur les droits de l'homme[1] (OMS 2002)

Dans quelques mois, le monde commémorera le 30ème anniversaire de la „Declaration of Alma Ata"[2] qui prônait la *santé pour tous* en l'an 2000. Pourtant, aujourd'hui encore, le monde est en pleine crise, marquée par de profondes inégalités au sein même des pays et entre eux. Il y a 30 ans, on énonçait tous les „déterminants" qui devaient donner réalité à cet objectif, nécessaire au développement, à l'aube du nouveau millénaire. Aujourd'hui, on a substitué à

[1] Nombre d'instruments régionaux sur les droits de l'homme reconnaissent également le droit à la santé: Charte sociale européenne de 1961 révisée, Charte africaine sur les droits de l'homme et des peuples de 1981, Protocole additionnel à la Convention américaine sur les droits de l'homme dans les domaines économique, social et culturel de 1988 (entrée en vigueur en 1999). De même, le droit à la santé a été proclamé par la Commission des droits de l'homme et développé dans la Déclaration de Vienne et le Programme d'action de 1993 et dans d'autres instruments internationaux (OMS 2002)

[2] La „Declaration of Alma Ata" a été adoptée au cours de la Conférence internationale sur les soins de santé primaire, tenue dans la capitale du Kazakhstan en 1978.

cette devise une série d'initiatives spécifiques, comme le Fonds mondial (insuffisamment financé) de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme (Anderson et al, 2005). Trois décennies de réforme, valorisant les règles du marché et incitant à la privatisation, ont mis à rude épreuve les politiques de santé et ébranlé les valeurs qui lui sont attachées. Le rôle de l'état et la participation populaire dans la définition des programmes nationaux s'en sont trouvés affaiblis. Les régimes de santé eux-mêmes ont été touchés et leur qualité en a été affectée du fait de la crise qui a frappé l'ensemble du personnel médical, preuve s'il en était besoin, de l'échec de politiques dictées par le marché

Cet article s'attachera à synthétiser certains des principaux débats menés sur la question afin d'éclairer les syndicalistes dans leurs réflexions et discussions sur la santé, la justice sociale et l'avènement d'un monde plus équitable. Dans le même temps, il leur soumettra certaines orientations sur la marche à suivre, en prenant en compte le fait qu'une politique nationale se doit de refléter les valeurs que leur société attache à la santé et à la solution des problèmes qui affectent les populations. Et il est de la plus haute importance de les impliquer, elles et leurs organisations représentatives dans l'élaboration de cette politique.

Il est grand temps de changer les choses et le terrain est propice à des interventions politiques à différents niveaux de la gouvernance. On sait très bien ce qui va et ce qui ne va pas. Les recherches entreprises sur la santé foisonnent et l'on a le savoir voulu pour affronter la crise. Qui plus est, en cette ère de forte interdépendance, alors que la notion de „développement" est à l'affiche de tous les évènements nationaux et internationaux, l'heure du changement a largement sonné. „Un monde plus juste est un monde plus sûr" (McMichael et al, 2003: 106) et la santé est la marque incontestable d'une société soucieuse d'équité, un important facteur de paix dans le monde.

2. SANTÉ POUR TOUS, PRÉOCCUPATION DE CHACUN: UNE CRISE MONDIALE

"Quand l'histoire de la santé publique devient celle qui raconte et analyse le comportement des humains face à la santé et la maladie, l'influence des systèmes sociaux, économiques et politiques sur l'état sanitaire des populations, les modes de transmission des maladies, les efforts faits par tous, individus et groupes sociaux, pour se prémunir contre elles, on constate que cette histoire ne se limite pas à l'étude des structures et institutions bureaucratiques, mais qu'elle s'insinue dans tous les aspects de la vie sociale et culturelle" (Hofrichter, 2002).

Bâtir une société saine est une oeuvre de longue haleine, alors qu'à l'évidence, le monde est aujourd'hui en pleine crise:

- 1.400 femmes meurent tous les jours pendant leur grossesse ou l'accouchement, sans raison médicale valable (Oxfam, 2006).
- 4.000 enfants succombent quotidiennement à la diarrhée, une maladie transmise par l'eau polluée (Oxfam, 2006)
- La tuberculose tue encore 4.400 personnes par jour (OMS, 2007)
- 80% des victimes du paludisme sont de jeunes enfants vivant en Afrique sub-saharienne. On estime qu'en 2002 plus de 800.000 enfants de moins de 5 ans ont succombé à la maladie dans cette région. (OMS, 2005)
- La population séropositive s'accroît tous les jours de 14.000 personnes, dont 95% vivent dans le monde en développement (Hemelaar, 2006)
- Six millions de personnes, réparties dans les pays pauvres, nécessitent d'urgence un traitement anti rétroviral (VIH/SIDA), mais moins de 5% d'entre elles l'obtiennent (People's Health Movement, non daté[3])
- 100.000 personnes meurent tous les ans aux Etats-Unis par manque de soins, trois fois le nombre des victimes du SIDA (Navarro, 2006)
- En Asie, on paie de sa poche 20 à 80 pour cent des frais médicaux (Oxfam, 2006)

L'état de santé des populations façonne les sociétés en même temps qu'il est un indicateur manifeste des valeurs sociales qu'elles prônent. Pourtant, même si l'histoire regorge de preuves sur les progrès accomplis, la situation ne s'est guère améliorée dans nombre de pays - en particulier dans le monde en développement - quand elle ne s'est pas, dans plusieurs cas, détériorée. Comme le clamait en 2005 Nelson Mandela, „l'ampleur de la pauvreté et l'indécence des inégalités sont les terribles fléaux de notre époque, une époque qui voit le monde progresser à pas de géant dans les domaines scientifique, technologique et industriel et accumuler les richesses. Et tout cela au milieu de ces démons sociaux que sont l'esclavage et l'apartheid" (UNDP, 2005).

[3] http://www.phmovement.org/en/campaigns/healthnow

2.1 La santé, une grande question qui divise les pays entre eux et chez eux

La santé trace une autre ligne de démarcation dans le monde inégal d'aujourd'hui. Une fille née au Japon peut s'attendre à vivre 85 ans, alors qu'une autre, qui voit le jour au même moment en Sierra Leone, ne survivra probablement pas au delà de 36 ans (Router, 2003). Un récent rapport d'Oxfam estime que, dans les pays en développement, une femme court un risque beaucoup plus élevé (une possibilité sur 61) de mourir pendant sa grossesse, alors que cette proportion est de 1 sur 2800 dans le monde industrialisé. Onze millions d'enfants meurent tous les ans de maladies contagieuses évitables, comme la rougeole et la diarrhée, et de malnutrition (Oxfam, 2006). Et les dernières données sur la pandémie de SIDA montrent qu'elle continue de progresser et qu'elle resurgit fortement dans certaines régions (Afrique sub-saharienne, Europe orientale et Asie centrale) où elle paraissait se stabiliser ou décliner (OMS, 2006)

La tuberculose et l'hépatite C sont toujours un lourd fardeau pour plusieurs pays en développement. Selon certaines estimations, 500 millions de personnes, dont une large part vit en Afrique sub-saharienne, souffrent de maladies tropicales. Nombre d'affections qui frappent le monde en développement et les pays les plus déshérités sont négligées. Entre 1975 et 2004, seuls 21 des 1556 nouveaux médicaments, mis sur le marché, étaient consacrés au traitement des maladies de pays pauvres comme le paludisme et la bilharziose (Oxfam 2006). A l'évidence, les multinationales pharmaceutiques ciblent d'abord les populations qui peuvent payer les médicaments dont elles ont besoin. En dépit des progrès de la médecine, les états pauvres restent un marché peu attractif pour les géants de la pharmacie et la proie de maladies qui se perpétuent. Pour reprendre l'expression de Chen et al (1999:294), "marché peu porteur, les maladies des pauvres sont victimes d'un laisser-aller insouciant".

La grippe aviaire menace ici et là des millions de vies. Les maladies non contagieuses (NCD)[4], autrefois considérées comme „le lot des riches" affectent de plus en plus les pays en développement. De fait, plus de 80 pour cent des décès qu'elles causent surviennent dans le monde en développement ; et c'est là aussi que l'on compte 60 pour cent des taux de cancer, appelés à doubler entre 2002 et 2020. Au cours des deux dernières décennies, les cas de diabète ont passé de 30 à 230 millions, pour une bonne part dans ces mêmes pays (Oxfam, 2006). L'obésité devient peu à peu une maladie des pays à revenu moyen ou faible, „particulièrement dans les couches de la population, qui ont les moyens financiers d'adopter les régimes et le style de vie de l'Occident" (Kickbusch et Payne, 2004). Mauvais régimes et obésité sont parmi les principaux facteurs des maladies non contagieuses (OMS, 2004).

[4] Les maladies non contagieuses –NCD- sont celles sans caractère infectieux. Elles peuvent découler de facteurs génétiques ou du mode de vie, comme par exemple : l'hypertension, le diabète, les maladies cardiovasculaires, le cancer, les troubles de santé mentale, l'obésité, les effets du tabagisme, etc.

Deux agences de l'ONU ont mis le doigt sur une autre dimension de la crise au travers du prisme de la mondialisation: les pressions exercées en faveur de la dérégulation du secteur santé et les normes de sécurité. Une personne meurt toutes les 52 secondes d'un cancer d'origine professionnelle, et un cancer sur dix au moins résulte de risques, tout à fait évitables, encourus sur le lieu de travail (International Metalworkers Federation, 2007). Unies pour demander l'adoption de mesures préventives contre les accidents et maladies du travail, l'OIT et l'OMS ont souligné avec insistance la gravité des risques professionnels qui subsistent de par le monde:

> *Le BIT révèle, dans ses dernières statistiques, qu'outre les morts liées au travail, 268 millions d'accidents non-mortels sont signalés tous les ans sur les lieux de travail, avec au moins trois jours d'absence, et l'on dénombre 160 millions de nouveaux cas de maladies professionnelles. Selon une précédente estimation de l'Organisation internationale, accidents et maladies du travail représentent une perte de 4 pour cent du produit mondial brut, en compensations et absences….*
>
> *Les maladies les plus couramment contractées sur les lieux de travail sont les cancers, au contact de substances dangereuses, les affections musculaires et osseuses, les troubles respiratoires, la surdité, les maladies circulatoires et contagieuses qui surviennent au contact d'agents pathogènes. Dans plusieurs pays industrialisés, où le nombre d'accidents mortels a baissé, les décès consécutifs à des maladies professionnelles, notamment l'asbestose, sont en augmentation. A elle seule, cette maladie fait 100.000 morts par an dans le monde.*
>
> *Dans le secteur agricole, qui emploie la moitié de la main d'œuvre mondiale et qui est prédominant dans la plupart des pays sous-développés, l'utilisation de pesticides provoque quelque 70.000 morts par empoisonnement tous les ans. Et sept millions de personnes, au moins, souffrent d'affections aiguës et de longue durée* (OMS, 2005)

Il est clair que la pauvreté condamne ceux qui en souffrent à une santé fragile. Le rapport 2005 du UNDP sur le développement humain relève que le monde a fait un pas en arrière sans précédent, si l'on considère que „18 pays, groupant 460 millions d'habitants, présentent un indice de développement humain (HDI) inférieur à celui de 1990". Ironie du paradoxe, „alors que l'économie mondiale connaît une remarquable prospérité, note le rapport, 10,7 millions d'enfants n'atteignent pas, année après année, leur 5ème anniversaire, et plus d'un milliard de personnes survivent, dans une misère noire, avec moins d'un dollar par jour[5]". Dans le même temps, à mesure que la population mondiale s'urbanise, la situation en matière de santé ne fait que s'aggraver. Comme l'explique en substance le „Réseau du Tiers Monde"

[5] Dans cet article, toutes les références sont en dollars américains.

> *…. Des millions de citadins sont contraints de vivre dans des conditions de surpeuplement et d'hygiène déplorables, où l'absence d'eau potable et d'installations sanitaires facilite la propagation des maladies infectieuses Une forte densité de population accroît les risques de maladies respiratoires et de celles transmises au contact d'agents pathogènes dans la nourriture et l'eau. Les migrations et les mouvements de millions de réfugiés ou de personnes déplacées d'un pays à l'autre, pour cause de conflits, troubles civils ou catastrophes naturelles, sont également à l'origine de ces maladies et de leur transmission d'un point à l'autre" (site web du Réseau du Tiers Monde, 1996).*

Une santé déficiente a des effets dévastateurs dans de nombreuses familles, prises au piège de la pauvreté face à leurs besoins médicaux. Les dépenses en produits pharmaceutiques représentent 10 à 20 pour cent du total des frais de santé dans les pays les plus riches et 20 à 60 pour cent dans les plus pauvres (Oxfam, 2006). L'accès aux services de santé accuse des écarts importants: à l'inverse des nations les plus prospères, celles du monde en développement n'ont pas de régime général d'assurances. Pourtant, il est tout aussi essentiel pour les malades des pays pauvres, particulièrement exposés, de prétendre à une médecine peu coûteuse et de qualité. Au Pérou, 70 pour cent des frais médicaux sont assumés par le malade ; 52 pour cent de la population ont une assurance-maladie, de laquelle sont généralement exclus ceux qui vivent sous le seuil de la pauvreté (Oxfam, 2006).

A l'évidence, le monde est divisé en termes de qualité de soins. Kickbusch et Payne (2004) ont mis en exergue le contraste frappant qui existe, de ce point de vue, entre les sociétés prospères et celles qui vivent dans le dénuement. Les premières se distinguent par une espérance de vie plus longue et donc une population de plus en plus vieille, des systèmes de soin et une médecine privée en expansion, un souci constant de la santé, qui filtre dans le discours social et politique et le comportement de tout un chacun. Le propos est bien différent dans le monde en développement: il y est question d'une espérance de vie qui s'amenuise -dans plusieurs pays africains en particulier- de pénurie de soins élémentaires, de frais disproportionnés imposés aux plus déshérités pour se soigner, d'un certain désintérêt pour ce problème dans la politique nationale et d'un véritable combat pour la survie.

Mais les écarts au plan de la santé ont des effets complexes, qui vont bien au-delà d'une simple ligne de démarcation tracée par le niveau de développement. Et il en est de même pour les implications politiques. Aux Etats-Unis, Whitehead et al (2001:834) souligne qu'une situation sanitaire déficiente s'est souvent traduite par des catastrophes économiques. Evans (2001:10) note l'influence des inégalités sur ce plan: dans les pays riches ou pauvres, jouir d'une bonne santé permet souvent d'atteindre à une meilleure position sociale. Même dans des sociétés aisées, comme la Hollande, la Finlande et le Royaume-Uni, les pauvres meurent 5

à 10 ans avant les riches. Dans ce sens, ce sont les inégalités qui constituent la pierre angulaire du déséquilibre persistant dans le monde en matière de santé.

Et la crise s'aggrave à mesure qu'elles s'accroissent[6]. Pauvreté, exploitation, violence et injustice sont à l'origine des maladies et des décès qui frappent les déshérités et ceux que la société a marginalisés (People's Health Movement, 2000). Le rapport du UNDP de 2005 peint la réalité en noir quand il en vient à traduire ces inégalités en termes de développement humain: „Un cinquième de l'humanité vit dans des pays où nombre de personnes ne peuvent imaginer dépenser 2 dollars par jour pour boire un cappuccino. Un autre cinquième survit avec moins d'un dollar par jour là où des enfants meurent faute d'une simple moustiquaire".

[6] „En 1990, l'américain moyen était 38 fois plus riche que le tanzanien moyen. Aujourd'hui, le premier est 61 fois plus riche. Les 500 personnes les plus riches du monde ont un revenu combiné plus important que celui des 416 millions de personnes les plus pauvres de la planète" (rapport du PNUD, 2005).

3. LES RÉPONSES DU MONDE À LA CRISE ET LEURS EFFETS: UNE VUE D'ENSEMBLE

Il y a 30 ans déjà, on a retenu une stratégie pour faire face à la crise, en prenant acte de l'évidente révolution accomplie en matière de santé par le monde industrialisé. La „Declaration of Alma Ata" (1978) a pris soin de réaffirmer que „la santé - qui n'est pas seulement l'absence de maladie ou d'infirmité, mais encore et surtout un état de total bien-être physique, mental et social - est un droit fondamental de l'homme", ajoutant: „*Hisser l'humanité au meilleur niveau de santé doit rester l'objectif suprême et il faudra pour l'atteindre le concours de toutes les forces sociales et économiques, en plus de celles du secteur spécialisé*".

La Déclaration suggérait une approche globale et insistait sur la nécessité de bâtir des régimes de santé „du plus bas au plus haut de l'échelle", en y impliquant les diverses collectivités[7] et en développant la coopération inter-sectorielle[8]. Cela suppose: - un apprentissage des méthodes de prévention et contrôle des principaux problèmes de santé, - la promotion de la sécurité alimentaire et le respect des normes nutritionnelles, – la fourniture d'eau potable et d'installations sanitaires de base, - des soins particuliers à la maternité et à l'enfance, y compris le planning familial, - la vaccination, - la prévention et le contrôle des maladies endémiques locales, - le traitement approprié des maladies courantes et des accidents, - l'approvisionnement en médicaments essentiels (Hall et al, 2003).

En 2000, les dirigeants mondiaux ont de nouveau fait de la santé une priorité. Les Objectifs de développement du Millénaire (MDGs), dont trois sur huit y ont trait directement, ont mis l'accent sur son importance et son état critique aujourd'hui. Une analyse plus fine montrerait qu'en fait tous ces objectifs ont un lien avec la santé, qu'ils traitent de la pauvreté et de la malnutrition, ou de l'éducation, de l'égalité des sexes, de l'environnement et d'une nécessaire coopération mondiale. De nombreuses initiatives avaient alors été prises (Fonds mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose (TB) et le paludisme, Stop TB, Roll Back Malaria, Plan d'urgence présidentiel sur le SIDA, Alliance mondiale pour la vaccination et l'immunisation). Mais la plupart des rapports sur les progrès réalisés inspirent le doute: Nombre de pays à bas revenu, et notamment ceux où la santé publique reste la plus préoccupante, n'atteindront probablement pas les Objectifs du Millénaire sur la santé d'ici à 2015 (Travis et al, 2004). Le morcellement et la fragilité des systèmes sont les raisons premières de l'échec prévisible dans ces pays, frappés, de surcroît, par des maladies à l'effet dévastateur.

---

[7] „Le peuple a le droit et le devoir de participer, à titre individuel et collectif, à l'élaboration et à la mise en application des mesures de santé" (Declaration of Alma Ata, 1978)

[8] „Tous les gouvernements se doivent d'élaborer des politiques, stratégies et plans d'action nationaux pour promouvoir et soutenir un régime de couverture des soins de base, dans le cadre d'un système national global et en coordination avec les autres secteurs" (Declaration of Alma Ata, 1978)

Pendant de longues années, la santé a figuré en bonne place dans l'ordre du jour de plusieurs réunions internationales. Comme le font remarquer Kickbusch et Payne (2004), le thème est abordé dans le contexte général de la sécurité et considéré comme une pièce maîtresse dans la bonne marche de l'économie et dans la responsabilité sociale. La santé a sa propre organisation intergouvernementale, l'OMS, qui couvre pratiquement tous les pays du monde. L'une des fondations les plus riches, la „Bill et Melinda Gates Foundation", milite en sa faveur. Plusieurs programmes de lutte contre la maladie sont en cours dans le monde. Pourtant la crise persiste. Qu'est-ce qui ne va pas ?

3.1 Prédominance de l'approche utilitariste

L'ampleur de la crise laisse supposer qu'elle a une origine commune, des failles dans l'élaboration des politiques plutôt que des difficultés spécifiques. Si c'est le cas, y apporter des réponses tout aussi spécifiques, serait insuffisant. La crise ne ferait que se perpétuer et même prendre une nouvelle dimension". (Kaul et al, 1999).

Le débat sur la santé s'inscrit dans le régistre plus large du développement, traité en termes de richesse et de croissance économique. Les comparaisons faites entre pays et tendant à montrer que „revenu et espérance de vie vont de pair" ont incité certains analystes „à conclure hâtivement que le progrès économique est le véritable Sésame de la santé et de la longévité" (Sen, 1999). Mais cette approche trouve ses limites dans la définition par trop restrictive du développement (souvent traduit par le PNB/tête d'habitant) qui „voit l'amélioration du niveau de santé sous l'angle de l'amélioration du capital humain qui le sert, plutôt que la conséquence et le fruit de ce développement" (Hall et Taylor, 2003). Dire, par ailleurs, que le progrès économique est source de santé implique que l'économie a d'abord besoin de croître avant d'investir dans ce domaine. L'investissement santé est donc largement conçu en termes de productivité économique, compte tenu des effets bénéfiques qu'il aurait sur elle.

La santé est universellement reconnue comme un droit de l'homme, mais les voies et moyens auxquels on a eu recours pour le faire respecter n'ont jamais autant différé. On s'est battu dans le monde pour trouver un équilibre entre la notion holiste de la santé comme une fin en soi et l'aspect utilitariste comme un moyen (Sen, 1998). Malheureusement, les valeurs qui inspirent politiques et actions en ce domaine „sont de plus en plus vagues" (Kickbusch et Payne, 2004). Les trois dernières décennies ont été dominées par un courant entretenant une vision plus étroite de la santé. On s'est plus attaché à soigner les symptômes qu'à appréhender le problème dans sa globalité: pénurie d'eau, éducation, conflits, insécurité alimentaire et dégradation de l'environnement, due en particulier aux changements climatiques. Et de fait, le débat s'est vu réduit à des interventions techniques, insufflant des politiques de santé morcelées aux résultats limités.
Le dogme utilitariste jure avec les principes de justice sociale et le respect du droit.

> *….s'attaque aux symptômes de l'instant par des remèdes miracles, des interventions ponctuelles des services médicaux. Il est centré sur l'individu et l'admoneste pour son comportement irresponsable. L'approche fondée sur la justice sociale et les droits de l'homme s'en prend aux racines du mal – des conditions de vie misérables - et veut répondre à une série de besoins essentiels: nourriture, eau, logement, moyens de survie, travail, sécurité physique et soins de base. Elle se préoccupe de la pauvreté structurelle, de la violence et responsabilise le système dans son expression sociale et économique (Katz, 2005).*

Corollaire de cette démarche utilitariste

> *…..on compte sur la charité et l'aide internationale pour trouver le financement nécessaire, une façon de perpétuer le statu quo: l'extrême concentration des richesses et du pouvoir. A l'inverse, justices sociales et droites de l'homme supposent un ordre économique mondial équitable et rationnel par la redistribution et la justice économique (Katz, 2005)*

Les contradictions inhérentes à la démarche utilitariste ont modelé politiques et mesures de santé au cours des trois dernières décennies.

3.2 Le conflit entre soins de santé primaire et traitement symptomatique des maladies.

La politique de santé a souvent été assimilée à une politique de soins médicaux et influencée, de ce fait, par tout ce qui touche au traitement des maladies, concept le plus communément admis dans l'opinion. Dans le même esprit, tout programme de santé met en évidence le fait qu'investir en ce domaine est payé de retour sur le double plan de l'économie et du développement. L'OMS tenait le même langage quand elle estimait que le monde tirerait des avantages économiques de l'ordre de 360 milliards de dollars en 2010/ 2020 s'il investissait 60 milliards de dollars par an dès 2002 (OMS, 2002). Autant que l'on puisse tenir un raisonnement économique en investissant dans la santé, il ne saurait s'imprégner de son concept holiste ni permettre de s'acheminer vers une société salutaire. Kickbusch (2002) note que „le défi global à relever se définit de plus en plus en termes d'économie et de gestion, plutôt que sous la forme d'un engagement en faveur de l'équité, la justice, la démocratie et la primauté du droit". En conséquence, les politiques de santé ont souvent été conçues „en fonction du coût et des recours aux services ad hoc" (Kickbusch, 2000) sans tenir compte de la facture sociale, politique et économique que représentent les déficiences en ce domaine. Parallèlement, on a eu tendance à s'intéresser aux sociétés prônant le modèle dit de la charité qui, selon Kickbush et Payne (2004), fait le distinguo entre pauvres „méritants" et „non-méritants". Les politiques de santé passent ainsi par un prisme déformant, qui ne fait qu'éloigner la perspective de solutions durables à même de donner réalité au concept de la „*santé pour tous*".

La vision dégagée de la „Declaration of Alma Ata", préconisant de renforcer les régimes de santé „du bas au haut de l'échelle", a été battue en brèche par ceux qui soutiennent qu'il est nécessaire, si l'on veut apprécier l'effet de manière quantifiable, de se concentrer sur un nombre limité d'interventions rentables couvrant une gamme de soins de santé primaire. Constat à tout le moins ironique: *„les sociétés prospères du 21ème siècle ont choisi d'ignorer, dans un accès d'amnésie collective, ce qu'ont été les fondements d'une bonne santé et d'une plus longue espérance de vie*" (Kickbusch et Payne, 2004). Le rapport de la Banque mondiale de 1993 a donné le signal des mutations intervenues dans les services de santé des pays pauvres. Aux soins de santé primaire, la Banque a substitué une Réforme du secteur et retenu certaines pratiques: paiement par l'usager, recouvrement des dépenses, assurance santé privée et partenariats public-privé. Cette réforme s'écartait de l'esprit de la „Declaration of Alma Ata" et introduisait des mesures qui n'avaient été ni débattues, ni approuvées de manière collégiale (comme l'a été ce texte), excluant toute participation populaire à l'entreprise.

Les évolutions de ces 30 dernières années ont été façonnées par le changement intervenu dans les stratégies mondiales du développement. L'insistance mise à obtenir des organisations internationales des opérations rentables, à amoindrir le rôle de l'état, voire à le mettre totalement à l'écart[9], a débouché „sur une batterie de programmes sélectifs, souvent mis en place simultanément dans plusieurs pays, incapables de les absorber[10] (Travis et al, 2004). L'establishment médical et les pays développés ont donné la préférence aux interventions dites catégorielles (maladie par maladie), portant un coup à l'infrastructure des services de santé publique, services nationaux compris (Navarro, 2004). Privatisation et lois du marché n'ont fait qu'aggraver la situation, et cette tendance s'est accentuée au mépris de l'évidente nécessité de conforter les systèmes de santé existants. En outre, la préférence marquée des riches pour la médecine privée réduit leur participation financière aux régimes publics, avec une double conséquence: alourdir le fardeau fiscal de la couverture généralisée -qui inclut les plus pauvres- (Chen et al, 1999:293) et accentuer les pressions sur le personnel médical, „notamment quand il est payé par les redevances des usagers[11]„ (Lethbridge, 2004). Classes pauvres et vulnérables ont été les plus affectées: „de toutes les mesures proposées pour faire payer la collectivité, ces redevances sont les plus mal venues", et renforcent du même coup les inégalités entre les deux sexes (Whitehead et al, 2001:834). Les soins médicaux sont devenus une sorte de

[9] „Dans leur impatience à voir exécuter 'leurs' projets, les donateurs continuent de mettre en place, à l'extérieur du pays bénéficiaire, des unités spéciales qui sont autant de rouages destinés à éviter les contraintes bureaucratiques, salariales et autres des gouvernements récipiendaires" (Birdsall, 2004).

[10] Une grand nombre de programmes de lutte contre des maladies mortelles ont été mis à exécution dans le monde en développement avec des résultats limités. Haïti en est un exemple : 140 organisations non-gouvernementales travaillent sur le terrain, sans pour autant améliorer l'état de santé général" (Kickbusch, 2004).

[11] Au Nicaragua, la contribution de l'usager est devenue la principale source de revenu décentralisé. Au niveau hospitalier, 30 p.c. de ces contributions sont un appoint aux salaires (Lethbridge, 2004)

matière première, assortie „de filets de sécurité pour ceux qui n'émargent pas aux avantages existants" (People's Health Movement, 2005).

Les politiques de santé ont été radicalement modifiées au cours des 30 dernières années. Les soins de santé primaire passaient jadis pour être le moyen universel, équitable et financièrement abordable pour répondre aux nécessités et personne ne mettait en question le rôle prépondérant de l'état dans l'éducation, la santé et le bien-être général. Sa responsabilité et le contrôle public sur les systèmes de santé –vue comme un droit de l'homme- étaient le fondement de cette démarche vers la *santé pour tous*. Mais des coups de boutoir ont été portés à l'édifice au cours des trois dernières décennies, à cause, peut-être, de son essence politique. De plus en plus, l'état „fournisseur" n'était plus là que pour „faciliter" les choses (Lethbridge, 2003), dans la mesure où hommes politiques et experts des pays industrialisés marquaient leur hostilité „à voir les collectivités concevoir et mettre en œuvre leurs propres services de santé" (Hall et Taylor, 2003). Cette évolution n'a fait que diluer la notion de droit de l'homme associée à la santé. En 30 ans, les politiques de santé se sont écartées de cette vision prônant la *„santé pour tous*" pour n'être plus qu'un point dans l'Agenda du Millénaire, apparemment difficile à réaliser en dépit de sa portée limitée.

3.3 La crise du personnel médical

La crise des ressources humaines dans le domaine de la santé est partie de celle que connaissent les systèmes: la pénurie de personnel médical atteint un point critique dans la plupart des pays. Les migrations massives et la pandémie de SIDA y ont largement contribué, en particulier dans les pays exportateurs de main d'œuvre.

Entre les systèmes sanitaires et la santé en général, la crise prend l'allure d'un cercle vicieux. On s'est peu préoccupé, pendant longtemps, de consolider ces systèmes: *„dans un monde à l'organisation verticale et aux solutions à l'emporte pièces, les sociétés tendent à investir dans les technologies et la pharmacopée et non dans la protection sociale, les régimes de santé ou le bien-être de l'homme"* (Kickbusch et Payne, 2004). Les pressions qui résultent des restrictions budgétaires dans ce secteur s'aggravent souvent du fait d'une mauvaise répartition des ressources, plus volontiers consacrées à l'acquisition d'équipements de haute technologie qu'aux ressources humaines (Public Services International, 2004:12). Le personnel soignant a pâti de la conjugaison de trois facteurs: la pénurie d'investissements, la pandémie de SIDA et les migrations, ces dernières s'accélérant du fait même des deux premiers facteurs. En juin 2005, l'OMS et l'ONU-SIDA ont été contraints de reconnaître qu'elles ne pouvaient atteindre leur objectif, résumé dans la formule „3x5" - traiter 3 millions de personnes atteintes du SIDA d'ici à 2005- en l'absence persistante de facilités d'approvisionnement et de ressources humaines dans les pays en développement (Public Services International, 2006).

L'Initiativfe dite d'apprentissage en commun (The Joint Learning Initiative/JLI, 2004) est la première du genre prise mondialement pour s'attaquer aux causes profondes de la crise du personnel médical, identifiées ci-dessous:

L'incurie s'est substituée à l'investissement. Près de trois décennies de „réformes manquées" ont fait du personnel médical un fardeau financier plutôt qu'un atout (JLI, 2004). La restructuration inspirée du "modèle américain" s'est traduite par une réduction et un appauvrissement de ce personnel, au nom d'un resserrement des coûts et d'une plus grande efficacité (Public Services International, 2004:12). L'ironie de ces réformes, comme le note Chen (2004), est que „le parc immobilier représente un bien financier alors que le capital humain n'est qu'une charge récurrente". Les structures techniques du secteur ont été la première préoccupation des donateurs, reléguant au second plan l'investissement nécessaire à étoffer le personnel. Et cette déficience est particulièrement criante en Afrique, à en juger par un rapport de la Commission européenne (2005). *„Certaines des défaillances constatées sont la conséquence d'un investissement public nettement insuffisant dans la santé, insuffisance inspirée du souci de limiter la progression insoutenable des coûts salariaux (récurrents)".*

Sous-estimer, en nombre, la force de travail a de plus graves conséquences que les divers aspects du dispositif de santé dans la mesure il faut plus de dix ans pour former un membre du personnel soignant. On va bien plus vite pour briser sa volonté et son esprit de dévouement, voire lui faire perdre ses qualifications (JLI, 2004)

Le triple risque du SIDA. A en croire le rapport de la LJI de 2004, la maladie expose le personnel à un triple risque: une lourde charge de travail, imposant des aptitudes particulières, la contamination et la mort, le stress psychologique dans l'accompagnement des mourants et de leurs familles. Le SIDA a particulièrement frappé le personnel médical en Afrique où la réalité est alarmante. "soigner un malade n'a pas seulement ses exigences ; il porte aussi le risque de contamination" (JLI, 2004). Le Health GAP (2005) insiste sur le fait qu'en „Afrique, le SIDA a tué des milliers de soignants et qu'un grand nombre de médecins et d'infirmières ont émigré en Occident, poussés par la médiocrité de leurs systèmes de santé et attirés par les conditions d'embauche des hôpitaux des pays du G8".

Les migrations. Dans ce contexte de réformes manquées et de pandémie de SIDA qui se propage, l'exode du personnel médical „a porté un autre coup à des systèmes de santé déjà fragiles" (Kickbusch et Payne, 2004). Le rapport 2004 de la JLI souligne que „les déséquilibres géographiques - souvent exagérés par ailleurs- se retrouvent aussi dans les inégalités qui existent à l'intérieur même des pays, entre hommes et femmes, origines ethniques, niveaux de compétence et emplois dans le privé et le public". Pour les médecins et infirmières, les différences régionales sont énormes. On compte un soignant pour 1000 habitants en Afrique

sub-saharienne, et plus de 10 en Europe et en Amérique du nord. 20 p.c. des docteurs et 5 p.c. des infirmières, formés en Afrique, exercent dans un pays de l'OCDE (OMS, 2006). Les migrations ou „fuite des cerveaux" ont eu des effets désastreux sur les systèmes de santé de plusieurs pays africains, et l'exil du personnel le plus qualifié a été assimilé à „un vol de la propriété intellectuelle des pays en développement". Et si en protégeant cette propriété on assure aux firmes pharmaceutiques des prix élevés et de gros profits, on ne verse aucune compensation au monde en développement, qui „exporte" cette main d'œuvre. (Stiglitz, 2006: 51)

La crise qui frappe le personnel médical, illustrée par ce flux migratoire, est l'un des aspects importants de celle qui affecte les systèmes de santé. Ceux-ci sont aujourd'hui à la croisée des chemins et les sérieux défis auxquels ils sont confrontés appellent des interventions intégrées:

- Insuffisance des investissements et des moyens nationaux en matière de santé publique, soins de santé primaire, approvisionnement en eau potable et installations sanitaires.
- Absence de systèmes de santé durables et équitables.
- Absence de couverture/assurance maladie pour les pauvres.
- Désintérêt inquiétant à l'égard de régimes de santé généralisés, accompagné d'une tendance à la privatisation et à la commercialisation du secteur.
- Pénurie de ressources humaines: migrations et fuite des cerveaux.

(Kickbusch et Payne, 2004)

Le monde est aujourd'hui condamné - on le verra plus bas- à coopérer à tous les niveaux sur la question.

3.4 La crise de la santé et les lacunes dans la gouvernance.

Dans toutes les réunions qui lui sont consacrées, la santé est assimilée à un droit de l'homme, mais la manière d'aborder le dossier contredit ce principe. Si elle est réellement un droit, c'est à l'état qu'il appartient, par définition, de l'assurer à tous. Dans ce cas, l'aide internationale, largement dépendante des donateurs, peut être débattue sous divers angles, notamment quand on l'examine dans l'optique des droits de l'homme. Le domaine de la santé a connu une révolution le jour où, cessant de vivre de la charité, il a été pris en charge par l'état, avec un droit d'accès reconnu à tout citoyen. Aujourd'hui, le débat ouvert sur la crise s'inscrit dans le contexte de l'aide internationale et dans un esprit d'assistance. Cette attitude va à l'encontre de ce que l'on devrait prendre pour modèle: un mouvement national et international de soutien financier à la santé. En se retranchant sur le principe de l'assistanat, on ne prend en compte ni les nécessités de la mondialisation ni celles de la croissance ; et „l'on oublie" que la pauvreté est bien plus que ce seuil à dépasser du dollar quotidien, qu'elle s'exprime „par l'absence de pouvoir, de biens, d'autonomie, de sécurité, de bien-être, etc" (Ceukelaire, non daté), et que „20 p.c. des personnes les plus riches du monde vivent dans des pays en développement" (Navarro, 2004).

En regard même des modestes objectifs du Millénaire, que l'on sait aujourd'hui irréalisables[12], le monde industrialisé n'a pas tenu ses promesses. Constat affligeant, le UNDP (2005) estime qu' "il y a un réel danger de voir les 10 prochaines années, comme les 15 dernières, ne pas tenir leurs promesses sur le développement humain". Le Projet[13] du Millénaire des Nations-Unies précisait que 0,7 p.c. du produit brut des pays riches suffirait à atteindre les objectifs prévus de développement. Et dans son appréciation des engagements pris sur les MDGs, l'Initiative globale de la Gouvernance (Global Governance Initiative) du Forum économique mondiale soulignait en 2004 que „le monde faisait à peine le tiers de ce qui est nécessaire pour réaliser les objectifs qu'il s'est fixé". Pour ce qui touche à la santé, la note d'appréciation est de 4 sur 10, en d'autres termes moins de la moitié de ce qu'il y aurait à faire. Le Centre pour le Développement mondial a fixé un indice, baptisé „engagement sur un indice de développement", qui prend en compte sept secteurs: aide, commerce, investissements, migrations, environnement, sécurité et technologie. Dans son classement des 21 pays les plus riches, dressé sur la base de leur engagement politique en faveur des cinq milliards d'êtres humains répartis dans les pays pauvres, le Centre en est venu à conclure qu' „aucun pays prospère n'use de tout son potentiel pour concrétiser cette aide" (Kickbusch et Payne, 2004)

L'engagement pris sur cette mesure en 1970 (0,7 p.c.) a été réaffirmé à maintes reprises au cours de réunions de haut niveau. Il reste que le rapport de 2006 sur le Projet du Millénaire précise que seuls 5 pays sur 22 ont respecté ce seuil, les Etats-

[12]Voir le rapport du PNUD de 2005, pg. 5
[13]Voir le site web du Projet du Millénaire: http://www.unmilleniumproject.org/press/O7.htm

Unis se plaçant presque en queue de liste. Les riches ont-ils les moyens de tenir les objectifs du Millénaire? Selon le UNDP (2005), près de 300 milliards de dollars pourraient aider un milliard de personnes, vivant avec moins d'un dollar par jour, à s'élever au-dessus du seuil de l'extrême pauvreté. Ce montant, précise-t-il, représente 1,6 p. c. du revenu des 10 p.c. des personnes les plus riches du monde. Reste à savoir si franchir le seuil technique du dollar quotidien améliorerait la santé: certaines estimations, même statiques, seraient utiles pour se faire une idée de ce que représente l'engagement de la communauté internationale sur les objectifs du Millénaire. A la suite des attaques terroristes du 11 septembre, les américains ont fait des dons aux victimes totalisant 1,3 milliard de dollars. Deux ans plus tard exactement, le 11 septembre 2002, 30.000 enfants de moins de cinq ans ont succombé aux fléaux de la pauvreté - malnutrition, eaux polluées, manque de soins - qui sont la réalité quotidienne des pays déshérités (Kickbush et Payne, 2004). A en croire les calculs du UNDP, 7 milliards de dollars seraient nécessaires tous les ans pendant la prochaine décennie pour approvisionner en eau potable 2,6 milliards de personnes, un montant inférieur à ce que les européens dépensent en parfums et les américains en chirurgie esthétique. L'investissement sauverait quelque 4000 vies tous les jours (UNDP, 2005). Autre estimation: réaliser les objectifs du Millénaire coûterait à chaque citoyen des pays à haut revenu 100 dollars par an pendant les 15 prochaines années (Kickbusch et Payne, 2004). Et tandis que fleurit la rhétorique sur l'importance des MDGs dans toutes les réunions sur le développement, on manquera l'objectif fixé sur la réduction de la mortalité infantile, et de loin: "4,4 millions de décès (évitables) en 2015, un chiffre équivalent à trois fois le nombre d'enfants de moins de 5 ans à Londres, New York et Tokyo" (UNDP, 2005)

Mobiliser les ressources financières pour faire face à la crise de la santé est certes important, mais le problème ne se limite pas à l'argent. L'aide internationale est elle-même sujette à interrogations, dont la première a trait à l'attitude des donateurs: on a du mal à se fier à une aide par trop souvent imprévisible. Dans le même temps, la prolifération des organisations de santé et le manque de coordination atténuent les effets de leurs interventions. Si elles ont contribué à „changer la situation sur le terrain", la concurrence qu'elles se livrent et la diversité des modes d'attribution des fonds de l'assistance internationale „n'ont guère aidé à créer des infrastructures valables, quand elles n'ont pas alourdi la charge des pays en développement par des procédures complexes d'application et de reporting" (Birdsall, 2004). Entre 2001 et 2002, on a dénombré en Tanzanie 1300 projets basés sur l'aide étrangère et 1000 réunions de donateurs, tandis que les pouvoirs publics se voyaient astreints à présenter 2400 rapports par trimestre. En un mot, l'aide internationale portait en elle sa cohorte de problèmes: „impatience à l'égard des institutions, collusion et manque de coordination, pas d'évaluation des effets de l'aide et financement inconstant et imprévisible" (Birdsall, 2004).

Le contexte dans lequel s'articule l'aide internationale a aussi son importance En dépit du caractère restrictif de l'option dite du „traitement symptomatique des maladies" - restrictions qui ne relèvent pas généralement de problèmes financiers- c'est toujours la même approche que l'on adopte pour définir la politique mondiale de santé ; et si elle est à même de répondre à des objectifs à court terme, elle risque de faire obstacle, sur le long terme, à toute stratégie propre à préserver le bénéfice acquis (Travis et al, 2004). Amasser plus d'aide sans évaluer ni prendre en compte les erreurs du passé pourrait avoir de sérieuses conséquences.

La gestion de l'aide internationale s'insère dans un système de gouvernance globale de la santé, caractérisé par des valeurs conflictuelles et des méthodes peu démocratiques, qui font douter de sa légitimité. Sans entrer dans un débat pour savoir si et comment cette aide exacerbe ce conflit de valeurs, il est essentiel de réaliser l'importance de la gouvernance. L'élaboration des politiques de santé est largement influencée par l'OMS, la Banque mondiale et l'OMC (Organisation mondiale du Commerce). On s'est peu penché sur „les influences subies par l'OMS" (Navarro, 2004), mais l'on a pu en voir certains signes. De fait, comme le souligne Navarro, „le discours et la pratique – comme l'usage du terme client au lieu de patient ou promotion des marchés de la santé (confondue par erreur avec choix) plutôt que planification de la santé (expression rejetée parce qu'elle encourage l'inefficacité et la bureaucratie) – sont ceux que l'on retrouve au FMI, à la Banque mondiale, à l'OMC et aussi à l'OMS". Dans la plupart des pays développés, on est de plus en plus enclin à laisser à l'individu la responsabilité de son choix plutôt qu'à conforter la fiabilité des systèmes de santé.

Dans ses efforts de libéralisation des services, l'OMC „incite les pays dotés d'un système national de santé, ou même d'un régime national d'assurances, comme le Canada, à les démanteler" (Navarro, 2004) afin d'autoriser l'accès à des opérateurs privés. On le comprend d'autant mieux quand on sait qu'en 1999, selon des estimations de la CNUCED, les dépenses de santé ont atteint 3.300 milliards de dollars dans le monde, dont quelque trois mille milliards dans les seuls pays de l'OCDE (EI et PUBLIC SERVICES INTERNATIONAL, 1999). C'est la même démarche intéressée que l'on retrouve derrière l'accord dit des TRIPS[14] (Droits de la propriété intellectuelle liés au commerce), autre instrument notoire qui a affecté la vie de millions de personnes à travers le globe et protégé les monopoles du secteur privé. Il prétend favoriser l'innovation – ce qui est discutable - en retardant les effets de concurrence entre les produits pharmaceutiques brevetés et les génériques à bas prix, avec, pour résultat, des médicaments plus chers et des conséquences désastreuses pour des millions de pauvres. On est au mieux perplexe devant l'attitude contradictoire de l'OMC quand elle exhorte à la concurrence en général et qu'elle l'empêche quand il s'agit des TRIPS. La protection de ces puissants intérêts a favorisé l'essor d'une

[14] Trade-related Aspects of intellectual Property Rights (Droits de la Propriété intellectuelle liés au commerce.)

industrie super-sophistiquée et très onéreuse, „orientant de manière peu avisée nos politiques de santé. Et ce qui est utile ne sert qu'une faible minorité" (Upham, 2007).

En dépit de l'échec de ses réformes dans le monde en développement[15], la Banque mondiale reste „convaincue d'être seule à pouvoir assurer le financement en Afrique centrale et de l'ouest, dans les pays à revenu moyen de la BIRD et dans ceux qui sortent de conflits" (Baker, 2006). Même si certains analystes admettent que la Banque a cessé d'insister sur la formule de l' "usager-payeur" dans les pays à faible revenu, „cette politique discréditée est toujours en vigueur et provoque d'immenses détresses dans plusieurs pays de l'hémisphère sud" (Whitehead et al, 2001). De plus, en segmentant le mode de dispense des soins pour concentrer „les ressources du secteur public sur les collectivités les plus pauvres, laissant les autres s'orienter vers la médecine privée, comme le recommande la Banque mondiale (Global Health Watch, 2005), on met en péril le principe de la *„santé pour tous"* et la qualité des services généraux.

L'OMS elle-même a subi la contagion du langage de la Banque mondiale „qui a substitué au mot faim celui de privation et au terme inégalités celui de disparités" (Navarro, 2004). En dépit des sérieux problèmes et du mécontentement suscités par les politiques de la Banque mondiale, du FMI et de l'OMC, „l'OMS n'a pas dénoncé avec vigueur les pratiques déloyales du commerce, le caractère odieux de la dette, la libéralisation sauvage des économies, la privatisation des services publics et l'exploitation continue des ressources nationales" (Katz, 2007).

Le plus alarmant, peut-être, est qu'il n'existe aujourd'hui „aucun mécanisme contraignant les différents acteurs du système mondial de santé à rendre des comptes" (Kickbusch, 2005). Ainsi, alors que des millions de personnes souffrent et meurent dans le monde des conséquences d'une politique dictée par le marché, prescrite ou imposée aux pays pauvres, ces institutions ont tout loisir de perpétuer leur manière d'agir.

A l'évidence, c'est la volonté politique qui pose problème. Le monde crée d'énormes richesses, dont une grosse part échappe à la fiscalité. Les biens des sociétés réfugiés dans des paradis fiscaux coûtent aux gouvernements quelque 255 milliards par an en impôts non perçus (Global Health Watch, 2005). „C'est précisément cette concentration du pouvoir économique, politique et culturel d'un pays à l'autre, et au sein d'un même pays, qui est à l'origine des problèmes sociaux (santé comprise) les plus graves" (Navarro, 2004). La gouvernance de la santé dans le monde est largement faussée, dominée qu'elle est par les institutions citées plus haut et le secteur privé. L'establishment financier et

[15] „La Banque mondiale a entrepris d'accorder des prêts pour la santé en 1985 et est rapidement devenue le principal pourvoyeur de fonds dans le monde en développement. Les prêts de santé avoisinent 2 milliards de dollars par an" (Kaul et al, 1999 : 296).

politique international divise le monde en deux parties: le secteur privé et ce que l'on désigne, de manière vague, sous le nom de société civile (Katz, 2005), excluant la plupart des organisations politiques. Comme le dit Katz (2005):

> *…….. les droits de l'homme, dont jouissent aujourd'hui certains d'entre nous, n'ont pu être acquis que par l'action politique directe, de manière institutionnelle mais plus généralement dans la rue, par les syndicats, les partis authentiquement socialistes et les mouvements populaires.*

En écartant la collectivité du débat, en acceptant la domination du dogme utilitariste et en favorisant cette démarche sélective (fonction de la maladie) dans la prise de décision, on a créé de larges brèches dans la politique de santé.

4. DEBAT SUR UNE POLITIQUE DE RECHANGE EN MATIERE DE SANTE: CERNER CERTAINS DEFIS A RELEVER

4.1 Un changement nécessaire de paradigme: se concentrer sur la "*santé pour tous*"

Traiter de la santé suppose d'en examiner les diverses composantes, où se mêlent valeurs, idéologies, politiques et actions. Cet examen révèle une fois de plus le caractère particulier de la santé, concept holiste, en même temps qu'il permet de s'interroger sur certaines des raisons à l'origine de la crise. Jamais la notion de santé n'a été interprétée de manière aussi différente qu'aujourd'hui. Elle est très dynamique, complexe et profondément contrastée d'un pays à l'autre et à l'intérieur d'un même pays. Tout naturellement, les valeurs dominantes et un large débat au sein de chaque société influenceront la manière dont on s'interrogera sur la question: Comment traiter nos populations ? Qui porte la responsabilité des soins ? Comment financer la santé ? Comment aborder le thème de la solidarité dans les risques, solidarité inter-générationnelle ou mondiale ? (Kickbusch, 2OO4). Comment évoluer dans un monde frappé de fortes inégalités en ce domaine ? A quoi ressemble une politique de santé polyvalente ? A quels stades faut-il intervenir ? Quand commençons-nous ?

4.2 La santé est politique et reflète un ensemble de valeurs

„C'est de justice et non de charité dont le monde a besoin"
(Mary Wollstonecraft, 1792)

Pour reprendre les mots du célèbre pathologiste allemand Virchow, "*la médecine est une science sociale et la politique n'est rien d'autre qu'une médecine pratiquée sur une plus large échelle*" (Matthew et al, 2005). Ce concept traduit un tournant dans le débat sur la santé, car, comme le souligne Matthew et al, si la maladie a une origine sociale, alors un mauvais état de santé met en cause le système politique. Il n'y a rien d'original à dire que la santé a un caractère politique: il suffit de voir à quel point elle affecte, de manière concrète, le bien-être et le sentiment de sécurité de tout un chacun. C'est une valeur essentielle quand, dans les deux mondes, industrialisé et en développement, se définissent l'identité et la solidarité nationales. Ainsi, „santé et systèmes de santé sont partie intégrante du tissus culturel qui permet aux populations de communiquer par le langage, de développer leurs institutions, de préserver l'ordre social nécessaire à la survie et à la prospérité, de jouer leur rôle dans la société et d'assumer leur propre identité" (Kickbusch, 2004). Dès lors, dire que les politiques de santé doivent tirer inspiration de certaines valeurs relève de l'évidence.

Le débat sur les valeurs, l'éthique, la politique et l'idéologie reste donc dominant, puisque c'est de là que peuvent jaillir les réponses à nombre de questions. Recherchée avec avidité, symbolisant un lot d'importantes valeurs, la santé est devenue - en regard des progrès de la médecine - d'autant plus accessible que les solutions existent, qu'elles soient d'ordre médical, économique ou social[16]. Discuter santé, c'est parler de dignité, d'équité et de justice sociale (Kickbusch et Payne, 2004). On l'a largement reconnue comme un droit de l'homme, dont elle tire ses valeurs, comme l'on reconnaît que „toute valeur trouve sa traduction concrète dans le droit" (Kickbusch, 2004). L'égalité devant la santé prend alors toute son importance: *„A maints égards, les inégalités relevées sur ce point peuvent être considérées comme le baromètre de la pratique citoyenne en matière de justice sociale et de droits de l'homme dans un pays* (Evans et al, 2002:3). C'est cette prémisse qui fait de la politique de santé un thème propice à une farouche bataille pour la justice sociale. Manifestement, le propos sur la dignité humaine, l'équité et la justice sociale guide celui sur la santé. Même si le rapport des valeurs et leur influence sur les diverses doctrines demandent à être étudiés plus avant, la santé est à l'évidence source de tensions entre deux conceptions: *„celle qui va dans le sens de l'intérêt des économies de marché et celle qui défend la justice sociale, qui veut imprimer un caractère collectif aux responsabilités et aux avantages*" (Kickbusch et Payne, 2004). Gagner la bataille des valeurs reste essentiel.

Bien public général, la santé tient une place prépondérante de par „ses effets positifs: la bonne santé d'une personne ne porte pas atteinte à une autre " (Chen et al, 1999: 294). Et par bien public général, on entend celui „qui couvre plus d'un groupe de pays, qui ne discrimine aucune collectivité, aucune génération, actuelle ou future" (Kaul et al, 1999: 16). „A l'évidence, un climat salutaire influe sur l'ensemble d'une population, mieux protégée contre les risques de contagion" (Chen et al, 1999:294). Reconnaître dans la santé le bien de tous lui confère une *valeur publique*, et il est bien difficile de la réduire à une matière première. "Elle requiert à la fois une volonté politique et une certaine pression de l'opinion publique" (Kickbusch, 2004).

La santé est tout autant une plate-forme de l'expression démocratique et populaire. Les soins de santé primaire sont vues comme un processus naturel d'émancipation des êtres et des collectivités, qui oeuvrent ensemble pour améliorer la santé et conforter les éléments qui la conditionnent.

Toute intervention politique destinée à redresser les inégalités devrait avoir pour point d'ancrage les valeurs citées ci-dessus, tant dans la substance et la procédure des mesures arrêtées que dans l'évaluation de leur impact.

[16] „Avec les remèdes contre le rétrovirus, par exemple, le SIDA n'équivaut plus à une sentence de mort" (Kickbusch et Payne, 2004)

4.3 Est-on loin d'une société saine? La santé, symbole de l'engagement en faveur de la justice sociale et des droits de l'homme

En décidant de traquer les inégalités en matière de santé et d'intervenir politiquement dans ce sens, un pays prend du même coup un engagement en faveur de la justice sociale et des droits de l'homme. Sans-doute est-il essentiel de bien cerner ces inégalités pour apprécier l'ampleur et la profondeur du problème. Nombre d'études ont montré que par une superposition de données on parvient à les „dissimuler". Au Japon, où l'espérance de vie est la plus longue, le taux de mortalité est plus élevé dans l'agriculture et les services que dans les postes d'encadrement et les professions libérales. Les recherches menées établissent un double constat: „1/ les statistiques fondées sur une moyenne ne reflètent pas fidèlement la situation qui règne dans les diverses couches de la population. 2/ il est toujours possible (et même nécessaire) d'apprécier les écarts qui existent en matière de santé (Evans et al, 2001). On dispose aujourd'hui d'une kyrielle de procédés, techniques et instruments[17], prenant en compte les inégalités, pour apprécier l'état de santé général dans un pays et trouver des solutions permettant à tous d'accéder à des conditions de vie salutaires.

4.4 La santé, tremplin du développement. S'attaquer aux causes premières des inégalités

> *Assurer un bon niveau de santé suppose de combler les failles de l'éducation, de réduire les causes de l'insécurité et du chômage et d'améliorer les conditions d'habitat. Les sociétés qui permettent à tous les citoyens de jouer pleinement leur rôle dans la vie sociale, économique et culturelle se porteront mieux que celles où ils souffrent de l'insécurité, de l'exclusion et de privations (OMS, 2003).*

La santé est au coeur de l'entreprise du développement, comme le souligne la „Declaration of Alma Ata". „Une conception bien inspirée du développement se doit d'aller bien au-delà de l'accumulation des richesses, de la croissance du produit national brut ou autres variantes de rentabilité" (Sen, 1999). Le lauréat du prix Nobel Amartya Sen affirme dans son livre „le Développement, garant de la liberté" (Development as Freedom/1999), que si le développement est avant tout l'arme pour améliorer nos vies et conforter nos libertés, alors l'une des principales libertés est celle d'échapper à la maladie et à la mort quand elles sont évitables. L'effet de symbiose est patent: il ne saurait y avoir de développement sans la santé ; les deux vont de pair. Comme l'écrit Sen (1999):

> *Pour une série de raisons historiques, dont l'accent mis sur l'éducation de base et les soins de santé primaire et l'achèvement rapide des réformes agraires, il a été possible d'élargir sensiblement la participation au développement économique dans nombre de pays de l'est et du sud-est*

[17] Voir „Affronter les inégalités en matière de santé, de l'éthique à l'action", (Evans T., 2001)

asiatique. Ce qui n'a pas été le cas dans des pays comme le Brésil, l'inde ou le Pakistan, où les évolutions sociales, bien plus lentes, ont freiné le développement économique.

Dans le contexte du développement, on accorde plus d'importance aux déterminants de la santé qu'aux infrastructures elles-mêmes. La „Declaration of Alma Ata" renforce l'idée qu'une bonne part de l'action à entreprendre pour favoriser l'état sanitaire relève d'autres secteurs (Kickbusch et Payne, 2004). Et l'on considère, dans cet esprit, que les inégalités en ce domaine[18] sont directement liées à l'injuste répartition des ressources. L'état de santé d'une population dépend des politiques de redistribution (Navarro, 2004: 215) „tout autant que de la manière dont on utilise les fruits de la croissance économique" (Sen, 1999). Et les faits ont montré que „pour améliorer la santé d'une population, il était bien plus efficace d'opter pour des programmes généraux réduisant les inégalités que de se focaliser sur la seule assistance aux pauvres" (Navarro, 2004: 222). Cette conclusion est confortée par la réflexion engagée sur la pauvreté, vue comme un problème structurel dans des systèmes générant l'inégalité, en grande partie source des disparités et de la crise. L'exemple de pays comme le Bangladesh et Haïti, qui connaissent la famine alors qu'ils disposent de terres productives à même de nourrir 5 fois leurs populations (Navarro, 2004) vient à l'appui de ce même argument. Plus important encore, comme le note Navarro (2004), *„l'inégalité est en elle-même pernicieuse: l'écart entre les diverses collectivités et les individus et l'absence de cohésion sociale qu'il entraîne sont préjudiciables à la santé et à la qualité de vie".* Toute initiative sur les déterminants de la santé doit donc retenir le principe de l'égalité: „les décisions publiques destinées à réduire les inégalités sociales sont partie intégrante d'une politique nationale de santé" (Navarro, 2006). L'exemple du cas suédois (ci-dessous) en témoigne.

Politique de santé publique en Suède : priorité aux déterminants.
La nouvelle politique de santé publique en Suède, adoptée en 2003, tend à l'égalité. Dans les années 1980, il y régnait de fortes inégalités et une Commission parlementaire avait été mise en place pour décider d'une stratégie de traitement égalitaire par le biais des déterminants structurels de la santé. Au nombre des grands objectifs figuraient la sécurité économique et sociale, la création de conditions favorables pour protéger l'enfance et l'adolescence et assurer la participation et l'influence de tout un chacun dans la société, une vie de travail plus saine et une plus grande activité physique.

Plusieurs ministères et agences gouvernementales ont été impliqués dans la mise en place de cette politique, en raison même de l'importance donnée aux déterminants de la santé. Les responsables politiques suédois sont arrivés à la conclusion que les mesures économiques (redistribution entre les diverses catégories de citoyens -en fonction de leurs revenus et leur âge) et sociales (accès aux services de base), les politiques du travail (taux d'emploi), de la jeunesse (qualité des écoles et soins de jour), de l'environnement, de l'alimentation et de l'agriculture (subventions alimentaires) et le régime des alcools (réduction de l'approvisionnement) sont à prendre en compte pour établir l'égalité en matière de santé.

Source: Kickbusch (2004)

Il est patent, si l'on veut traiter de la santé, qu'il faut d'abord s'attaquer à ses déterminants, politiques, sociaux ou économiques, qui en sont les conditions sous-jacentes et qui permettent de définir une stratégie à long terme[19]. Et le premier concept à retenir est celui de „la solidarité, force d'intégration des mouvements sociaux, de l'identité et de la cohésion dans l'état/nation" (Kickbusch et Payne, 2004). Manifestement, l'aggravation de la crise appelle à une forte solidarité intergénérationnelle, qui œuvre dans les deux sens. Il y a plus d'un siècle, le monde développé a fondamentalement changé après avoir reconnu l'importance des déterminants de la santé et de la solidarité. Il nous faut aujourd'hui nous imprégner de cette reconnaissance historique: à la base de toute société saine, il y a „un état fort, des lois et règlements, une santé et une éducation publiques et la conviction que la santé est un droit du citoyen" (Kickbusch, 2004). Cela suppose, d'abord et avant tout, que l'on conforte „une certaine culture politique, qui donne tout son poids à la solidarité et à la cohésion sociale et, partant, aiguise le sens de la communauté" (Navarro, 2004: 226).

Le thème des déterminants de la santé est évoqué avec plus de fréquence dans l'arène internationale, car „si la responsabilité de ce dossier est d'abord nationale, elle prend de plus en plus une dimension mondiale" (Jaminson et al, 1998: 515). A mesure que „la coopération internationale et entre secteurs (santé et autres liés au développement) devient un passage obligé (Kaul et al, 1999: 297), la gouvernance globale prend un relief particulier dans la discussion.

[19] „C'est l'amélioration des conditions de vie et de travail qui réduit la mortalité des suites de maladies infectieuses, et non la médecine et l'immunisation" (Hofrichter, 2002).

4.5 Réformer la gouvernance de la santé et y mettre au centre ses valeurs

"Ce n'est pas une simple question d'argent. C'est une question de paradigme"
(Kickbusch, 2004)

La discussion part d'un fait patent: la santé est politique et il y a place pour des interventions de cette nature à tous les niveaux. Les modes de gouvernance sont d'autant plus importants que „la gestion de la santé reste partagée entre l'inclusion et l'exclusion et que le débat tourne en permanence autour des valeurs et de la justice sociale (Kickbusch, 2004). Parler de la gouvernance, c'est d'abord reconnaître que l'on ne peut aborder le dossier de la santé sans y impliquer véritablement les populations et leurs organisations, et qu'il est essentiel de débattre ouvertement des valeurs qui lui sont attachées.

Nous entrons dans une ère historique d'interdépendance avec la conscience que la santé est un bien public et qu' "aucun individu, aucun état/nation ne peut, à lui seul, l'assurer" (Kaul et al, 1999: 297). „De plus en plus d'acteurs" se pressent dans l'arène[20] (Kaul et al, 1999), „modifiant la physionomie de la scène: normes, règles, pratiques, et, tout spécialement, l'expression du pouvoir" (Kickbusch, 2005). Intérêts divergents, valeurs différentes, ce qui s'ensuit est souvent mis en question et entraîne une sorte de balkanisation[21] de la santé. Là encore, les valeurs prennent tout leur sens, si l'on considère que la gouvernance revient, de plus en plus, à gérer des relations de pouvoirs, représentant souvent des intérêts divergents.

A la lumière de ce qui précède se fait sentir le besoin d'un nouveau modèle politique fondé sur un axiome: „jouir d'une bonne santé s'inscrit dans le droit social, économique, culturel et de la citoyenneté, et a valeur reconnue de bien public" (Kickcbusch et Payne, 2004). Il restera assurément à relever le défi politique de mettre en place une gouvernance de la santé, reposant sur un nouveau contrat social - ancrée sur les valeurs de la santé-droit de l'homme - avec, en perspective, la volonté de l'étendre à tous. L'ensemble du système aura à être placé sous la responsabilité du gouvernement, garant de l'accès aux soins. En cette heure où l'on crée et accumule des richesses, alors qu'il en coûte 30 à 40 dollars par tête d'habitant pour dispenser des soins de base dans les pays à bas revenu (UNDP, 2005), l'accès à la santé devient le thème de vives controverses politiques. Sans-doute serait-il judicieux de „passer progressivement de la formule du paiement direct à des régimes sociaux d'assurance maladie, au sein

[20] Le monde de la santé a pris ces dernières années une physionomie nouvelle avec la prolifération des acteurs (multiplication des organisations de la société civile –CSOs- augmentation des compagnies transnationales –TNCs- intérêt croissant dans la santé d'organisations, comme la Banque mondiale, les banques de développement régionales et institutions –Union européenne. Depuis les années 1980, des agences des Nations Unies -autres que l'OMS – l'UNICEF, le PNUD et le Bureau des opérations d'urgence (UNFPA) traitent de plus en plus de problèmes de santé, inscrits dans leurs mandats respectifs.

[21] „Le terme est utilisé pour décrire le processus de morcellement ou de division d'une région en plusieurs petites entités, souvent hostiles et sans coopération entre elles" (Kickbusch, 2005).

desquels les nantis subventionneraient les pauvres" (Whitehead et al, 2001), un moyen de financer une généralisation des soins. L'option trouve cependant peu d'écho dans les hautes sphères de la santé, et pas seulement sur la scène internationale[22].

Envisagées sous l'angle d'une juste redistribution, les solutions financières sont claires. La santé/droit de l'homme appelle automatiquement des solutions qui n'ont rien à voir avec „le concept de la charité, inhérente à 'l'aide', ou des slogans comme le 'pardon de la dette'" (Global Health Watch, 2005). Redistribuer les richesses, par le biais de mécanismes transparents et contrôlables, permettrait de favoriser la prévention, une couverture pour tous et un renforcement des services publics. Sans-doute est-il nécessaire, aujourd'hui, d'imaginer *„un système de taxation consistant et bien adapté, au plan national et international, pour couvrir les services publics, et assurer le financement adéquat (sous forme de budgets réguliers) d'institutions publiques, comme l'OMS, afin qu'elles remplissent leurs obligations internationales sans être à la merci d'intérêts particuliers"* (Katz, 2007).

Cette justice „redistributive" devra s'appliquer à toute autre question litigieuse, comme l'annulation de la dette et les indemnisations, le commerce équitable, l'abolition des paradis fiscaux et le contrôle démocratique des activités des TNC (Sociétés trans-nationales). L'Institut de recherche des Nations-Unies sur le développement social (UNRISD, 2000), se fondant sur des estimations des dépôts off-shore (qui seraient de l'ordre de 8.000 milliards de dollars, selon le FMI) a calculé que le revenu de l'impôt sur ces montants couvrirait largement le coût des services sociaux de base des pays en développement. Le transfert de 5 p. c. des revenus des 20 p.c. des personnes les plus riches du Brésil et du Mexique permettrait à 26 millions de brésiliens de s'élever au-dessus du seuil des 2 dollars quotidiens (ramenant le taux de pauvreté de 22 à 7 p.c.) et sortirait 12 millions de mexicains de la pauvreté (selon le critère retenu dans le pays) et verrait ce taux tomber de 16 à 4 p.c. (UNDP, 2005).

Entre autres sources de financement, on pourrait retenir une taxe sur les transactions financières (taxe Tobin), le commerce des armes, l'environnement ou le trafic aérien. Certaines idées sont agitées, comme un Plan Marshall pour le monde en développement et des compensations financières pour les migrations du personnel médical, originaire de pays à bas revenu, eux-mêmes en mal de main d'œuvre.

Pour donner au débat toute son ampleur, il serait souhaitable de doter l'OMS d'un nouveau mandat plus directif, même si sa Constitution et nombre de ses programmes „sont toujours valables et donnent un cadre à l'action entreprise pour résoudre les grands problèmes de santé du monde d'aujourd'hui" (Navarro,

[22] "C'est l'alliance entre les classes dominantes du monde industrialisés et celles du monde en développement, hostiles à une redistribution des ressources affectant leurs intérêts, qui est à l'origine des problèmes sociaux et de santé" (Navarro, 2004 : 1321).

2004). La démarche dans laquelle s'engage l'Organisation mondiale de la Santé doit „répondre aux défis qui se posent: favoriser les pauvres, éviter les approches verticales, assurer la collaboration intersectorielle, impliquer les organisations populaires et syndicales dans l'Assemblée mondiale de la santé et garder son indépendance à l'égard d'intérêts particuliers" (People's Health Movement, 2000). Kickbusch et Payne (2004) évoquent la proposition faite de conférer à *„l'OMS le droit de traduire des pays devant la Cour internationale pour crimes contre l'humanité s'ils refusent ostensiblement de prendre les mesures idoines de santé publique quand elles s'imposent à l'évidence".* Reconnaître que la santé est un bien public général suppose que les politiques nationales et les mesures prises à l'échelle mondiale soient coordonnées pour être complémentaires.

Il est grand temps de se pencher sur une *politique nationale globale* (Kickbusch, 2005), d'interventions intégrées, qui répondraient aux problèmes de santé sur les points suivants:

- Réformer et renforcer les institutions mondiales et la législation internationale sur la santé
- Contrôler biens et produits dangereux et faire valoir la responsabilité des entreprises.
- Permettre à chacun d'obtenir médicaments et vaccins essentiels, d'acquérir le savoir et de suivre les progrès de la recherche.
- Accroître capacités et connaissances de tout un chacun
- Instaurer les soins de santé primaire et développer les infrastructures et systèmes de surveillance et d'information.
- Créer les capacités professionnelles et assurer les ressources humaines.
- Combattre les principales maladies et faire face aux urgences dans le monde par des réactions rapides.

(Kickbusch, 2005)

Cette somme d'interventions met en évidence l'importance de l'état et du secteur public, et demande, en fait, que l'on imagine „un mécanisme fiable et contrôlable de gouvernance mondiale et un renforcement des services publics à tous les niveaux" (Kickbusch et Payne, 2004).

4.6 Renforcer les régimes de santé publique et accroître les ressources humaines à cette fin

Renforcer les régimes de santé publique est primordial si l'on veut combattre efficacement la maladie. Il n'y a là rien de bien nouveau, puisque dès 1948 on a érigé la santé en droit de l'homme[23]. L'Etat y tient un rôle éminent, garant qu'il est de la dispense des soins, et en faisant de la santé un bien public, on a reconnu la nécessité de son „intervention à des fins moralement souhaitables" (Staley, 2001:

[23] Article 25.1 de la Déclaration universelle des droits de l'homme: Chacun a le droit à un niveau de vie qui préserve sa santé et celle de sa famille, à savoir nourriture, vêtements, logement, soins médicaux et services sociaux indispensables.

2). Dans la mesure où il est apparu à l'évidence que „les marchés étaient en eux-mêmes incapables d'imaginer ou de créer une société décente pour tous" (UNSRID, 2000), la responsabilité de l'état/nation devenait inéluctable. Kickbusch (2002) souligne que „l'ampleur des défis à relever a bien montré que ni la philanthropie ni l'action des ONG ne pouvait se substituer à l'état/nation pour prendre soin de sa propre population et, de manière plus large, de la collectivité dans son ensemble". Mettre en place des régimes nationaux de santé publique stables est tout aussi important dans les pays en développement que développés, et cela plaide plus que jamais en faveur des personnels de santé en ces temps de pénurie. Ils sont la colonne vertébrale des systèmes et méritent d'être considérés comme telle. Toute mesure destinée à renforcer ces systèmes doit le prendre en compte: la manière dont on traite le personnel soignant se reflète directement dans la quantité et la qualité des services offerts aux patients[24].

Investir à long terme sur la formation et les conditions de travail du personnel médical est essentiel à la mise en place de régimes durables. L'émigration massive de cette main d'œuvre, qui quitte les pays en développement parce les conditions de travail s'y détériorent ou qu'elle est attirée par le monde industrialisé, lui-même en pénurie (pas seulement imputable aux départs en retraite), témoigne des difficultés dans lesquelles se débattent les systèmes. A une époque de grande mobilité, qui accélère les migrations, il est essentiel de se pencher sur ce chassé-croisé entre le monde développé et en développement. Conforter les régimes nationaux, c'est participer directement à la bataille de la *„santé pour tous"*.

Prétexter de la pauvreté pour fuir ses obligations en matière de santé ne saurait être, pour quelque état que ce soit, une justification. La question des ressources relève de chaque gouvernement et tout examen de la question doit prendre en compte l'équation des „coûts et bénéfices à en retirer sur le plan humain" (Sen 1999). Le cas du Sri Lanka fait écho aux observations de Sen (1999: 44-45): „un pays pauvre dispose de moins d'argent à consacrer à la santé et à l'éducation, mais il lui en coûtera moins que dans les pays riches de rendre les mêmes services", compte tenu du fait, en particulier, que ces services sont intensifs en main d'œuvre. Au-delà de cette réalité, qui voit plus d'un tiers de sa population vivre avec moins de deux dollars par jour, le Sri Lanka a réussi à réduire la mortalité liée à la maternité:

> *Au cours de la décennie 90, le nombre des décès liés à la maternité a diminué de moitié, passant de 520 à 250 par an sur une population de 18 millions de personnes. Aujourd'hui, plus de 96 p.c. des accouchements sont pratiqués par un spécialiste et plus de 90 p.c. le sont en clinique. Comment a-t-on fait ? En offrant des services de santé publique gratuits – une mesure essentielle pour les classes pauvres- et en multipliant les centres de santé: pratiquement tous les habitants ont désormais pareil*

[24] „Bas salaires et insécurité affectent la qualité du service des personnels de santé" (Public Services International, 2003)

> *centre à moins de 1,5 km de leur domicile. A l'appui de ces dispositions, on a introduit l'éducation gratuite pour les filles jusqu'au niveau universitaire, d'où un taux d'alphabétisation de 88 p.c. parmi les femmes adultes et une moyenne d'âge du mariage plus élevée.* (Oxfam, 2006)

Le cas sri-lankais vient à l'appui des arguments de Sen (1999), qui affirme que la prudence financière n'est pas le principal problème quand on parle de santé. Ce qui importe davantage, c'est *„l'utilisation des ressources publiques à des fins dont l'intérêt social est* loin *d'être clair, comme les grosses dépenses que, l'un après l'autre, les pays pauvres consacrent au domaine militaire (souvent bien supérieures à celles dévolues à l'éducation ou à la santé)*" (Sen, 1999). La nécessité d'une politique participative et d'une large information du public se fait pressante, dans la mesure où les citoyens ne sont pas seulement usagers des services, mais aussi „agents du changement[25]". Aussi „les principes de transparence, de responsabilité et de participation (TAP) facilitent-ils l'adoption et l'application les plus larges, sous un contrôle politique de caractère participatif" (Public Services International, 2003). Et de fait, comme le souligne Sen (1999), „la sanction de l'inaction et de l'apathie peut être la maladie et la mort".

Il est de la première importance que l'on se préoccupe, sur le long terme, des déterminants de la santé, tout en prenant des mesures concertées pour éliminer les obstacles qui bloquent l'accès des classes pauvres aux services de santé: insuffisance du financement et des moyens, paiement des soins, médiocrité des services. Tout aussi essentielle est la notion d'équité, qui veut que les prestations soient adaptées aux besoins, sans considération des moyens financiers (Evans et al, 2001). Les responsables politiques se doivent d'appeler à la participation et à la vigilance citoyennes pour s'assurer d'une juste attribution des ressources à cette fin.

[25] „En définitive, il n'y a rien de plus important qu'un débat public bien instruit et une participation citoyenne au mouvement en faveur de changements, à même de protéger nos vies et libertés. Les citoyens ne doivent pas seulement se considérer comme des patients, mais aussi comme les agents de ces changements" Sen (1999)

5. UN AUTRE MONDE EST POSSIBLE, COMME L'EST LA SANTÉ POUR TOUS!

5.1 La santé, thème de bataille politique pour les syndicats

A l'évidence, le débat sur la santé a marqué le pas du fait de cette démarche utilitariste et de ce concept du traitement symptomatique des maladies, qui n'apportent qu'un remède éphémère à la crise. L'approche dominante, vouée, par essence, au court terme et à l'action sur les symptômes, s'est révélée être sans effet durable, comme on l'a vu plus haut. Le paradigme retenu a miné le fondement même des politiques de santé, c'est-à-dire la responsabilité gouvernementale. Un gouvernement trouve sa légitimité dans sa capacité (entre autres critères) à assurer la sécurité sociale à ses citoyens. Restructuration, privatisation et autres réformes dictées par le marché lui ont progressivement ravi ce pouvoir.

Castells (dans McMichael, 2000) affirme que „c'est en déplaçant le pouvoir que l'on a engendré une crise de légitimité, diluant le sens et les fonctions des institutions dans l'ère industrielle (i.e. l'état/nation, la classe politique, la citoyenneté)". Il voit dans cette contradiction l'origine des mouvements sociaux, qui émergent „pour rétablir les pôles locaux de pouvoir et d'identité ou pour remodeler l'un et l'autre au niveau trans-national" (dans McMichael, 2000). La vague de protestations, qui a déferlé sur l'Europe dans les années 1990, venait défendre l'emploi et les acquis sociaux face aux programmes d'austérité inspirés par les critères de convergence de l'Union monétaire européenne. Taylor et Mathers (2002) citent en exemple IG Metall (syndicat des métallos d'Allemagne) qui a fait observer une grève nationale pour défendre le paiement des congés-maladies, menacé par la réforme de la sécurité sociale, les grèves déclenchées en Italie, en Belgique et en Grèce contre la limitation des salaires, la réforme des retraites et la privatisation. Et les protestations se poursuivent dans le monde.

> *La maladie et la mort provoquent tous les jours notre colère. Non pas parce que des personnes tombent malades, que d'autres meurent. Nous sommes indignés parce que nombre de maladies et de décès sont la conséquence des politiques économiques et sociales que l'on nous impose"* (People's Health Movement, 2000).

La crise mondiale de la santé est une occasion historique –un parfait enjeu- pour les syndicats d'adapter leurs pouvoirs d'organisation, de représentation et de mobilisation et d'en faire usage. Comme le dit Wahl (2005), *„le mécontentement populaire face aux évolutions actuelles est à prendre au sérieux: l'inquiétude et l'insatisfaction devraient être politisées et canalisées dans les luttes du mouvement syndical et de la classe politique en faveur de meilleures conditions de travail et de vie".* La santé est l'une de ces grandes questions qui „ont suscité des débats planétaires et donné une impulsion aux mouvements sociaux, à l'échelle nationale et mondiale" (Kickbusch et Payne, 2004). On peut retenir, à

titre d'exemple, le Mouvement pour la santé publique (People's Health Movement), premier réseau d'organisations et groupements, qui se bat pour promouvoir la *„santé pour tous"* et fait progressivement avancer les choses. Le débat „oublié" sur une meilleure répartition des richesses et des pouvoirs ressuscite au cœur même de celui qui est engagé sur la santé, défiant ouvertement l'ordre (désordre) mondial actuel.

Historiquement, les syndicats ont toujours été considérés comme un puissant moteur de répartition, contribuant à la cohésion sociale, imprimant un certain sens du pouvoir et de la participation et atténuant le sentiment de la „distance" sociale[26]. Si les principes de la justice et de l'équité sont au cœur de la thématique de la santé, la participation des syndicats dans la définition d'une politique durable est primordiale. L'engagement syndical dans la bataille pour la santé est importante à double titre: - les centrales ouvrières représentent les salariés de tous niveaux et sont responsables devant une large base, - tout travailleur est en même temps un citoyen, concerné à maints égards par la politique de santé, comme individu d'abord, comme patient, électeur et acteur social ensuite (Kickbush, 2004). Ce sont là des réalités qui légitiment la présence des syndicats à l'avant-garde du débat sur ce dossier et dans la recherche de solutions, insufflant à la gestion de la santé un caractère plus démocratique et plus transparent. Ils disposent des rouages et des tribunes nécessaires pour se faire l'écho des besoins et de la contribution des travailleurs, dans l'entreprise et sur la scène nationale, régionale et mondiale.

Le débat sur la santé appelle de manière pressante la participation active des syndicats en leur qualité d'organisations politiques[27]. Il importe de ne pas perdre de vue l'interconnexion politique des problèmes. L'histoire des organisations syndicales a été modelée par leur engagement et leur participation active dans les batailles livrées pour une société plus juste. A cette entreprise se sont joints divers mouvements internationaux militant pour la santé, entités de la société civile et de la communauté médicale, femmes et associations marginalisées, tous très actifs à la tête d'un courant de pensées alternatif sur la question. Les syndicats n'en gardent pas moins un rôle de premier plan, car „si le but des mouvements sociaux est de bâtir un monde d'équilibre entre les priorités de l'économie libérale et les valeurs égalitaires, il ne pourra être atteint qu'avec une large participation des organisations ouvrières dans ce combat" (O'Brien,

[26] „Les pays, aux mouvements ouvriers et centrales syndicales puissants (la Suède par exemple) et longtemps gouvernés par la sociale démocratie et les socialistes, ont suivi une politique rigoureuse de redistribution et adopté, pour réduire les inégalités, des mesures de caractère général (c'est-à-dire englobant toute la population) plutôt que des programmes d'assistance et de lutte contre la pauvreté, voire un examen des moyens de chacun. Ces pays, favorables aux salariés, présentent en conséquence de meilleurs indicateurs de santé que ceux où le mouvement ouvrier est très faible, comme c'est le cas pour les Etats-Unis, plus bienveillants pour l'entreprise. Cette différence s'explique par le fait que les premiers ont un sens plus développé de la cohésion sociale, du pouvoir et de la participation et une moindre conscience de la „distance" sociale que dans les seconds. L'évidence de cette conclusion est accablante.

[27] „Toute organisation influence la société au sein de laquelle elle oeuvre et subit, à son tour, son influence. Elle ne peut être apolitique" (wedin, 1974)

2000:554). De fait, si divers ensembles „luttent de concert pour améliorer la santé et usent d'armes politiques et sociales communes, ils pourraient avoir plus d'influence et de pouvoir" (Navarro, 2006)

Saisirons-nous cette chance ? La participation active des syndicats dans cette bataille pour la santé est essentielle. Le mouvement syndical pourrait prendre appui sur ces ressources humaines, appelées à résoudre la crise du personnel, pour obtenir qu'à tous les niveaux de la gouvernance, s'exprime une nouvelle attitude politique. Il y a là, aussi, une excellente occasion pour les syndicats d'entreprendre un effort de revitalisation et d'élargir leur programme d'action. Cette nouvelle dynamique requiert, dans le même temps, que „le syndicalisme accentue son caractère de mouvement social", ce qui suppose „une interaction complexe dans ses manifestations au plan local, national, régional et mondial" (Ghigliani, 2005). Dans sa nouvelle forme, le syndicalisme aura à agir de concert avec tous ceux qui se battent pour obtenir le droit à l'eau potable, à la sécurité alimentaire, au logement, aux installations sanitaires, à l'éducation, à un environnement salubre et sans danger de travail et de vie, et avec ceux qui traitent des questions de santé. Elles sont vastes, mais l'on retiendra en particulier les sciences génétiques et les brevets, le rôle des institutions internationales et l'impact des produits chimiques sur l'environnement. Coordonner les efforts et prendre appui sur la force des différents mouvements est certes important, mais il faudra aussi „se préoccuper davantage des besoins de la base, donner réalité à une structure orientée du bas vers le haut de l'échelle et développer les activités d'inspiration populaire" (Ghigliani, 2005), à l'exemple de la SEWA, objet de l'encadré ci-dessous.

Depuis 1972, l'Association des femmes autonomes (Self-Employed Women's Association/SEWA) s'efforce de protéger la situation économique et sociale des femmes pauvres, qui travaillent de manière autonome dans le secteur informel en Inde. Tout en se penchant sur leurs difficultés économiques, elle prend en compte les sérieuses conséquences de la pauvreté et de l'inégalité sociale sur leur santé. En 1984, elle a étendu ses activités pour répondre à la demande de ses membres et créer des services de soins.

Après avoir oeuvré dans ce sens pendant 13 ans, la SEWA a entrepris, en 1997, une étude pour dresser un état de la santé de ses adhérentes, définir les priorités à venir, et apprécier l'impact de ses propres programmes. L'étude entend en identifier les tendances générales et préciser les points qui feront l'objet d'autres recherches. Elle se concentre sur les schémas de la morbidité parmi ses membres, l'utilité des services de santé, les soins de la maternité et les réactions aux services offerts par la SEWA.

L'équipe médicale de l'Association s'intéresse particulièrement aux soins de santé primaire, aux initiatives prises sur la grossesse et l'enfance, à l'éducation, la formation et la création d'unités coopératives de santé. Dans neuf districts de l'état de Gujarat, la SEWA s'assure que la santé, souvent vue comme la « seule richesse de la femme » est partie intégrante de ses activités organisationnelles et économiques.
Source : SEWA (non daté).

Il est tout aussi important que le syndicalisme/ mouvement social explore d'autres voies pour définir stratégie et action, qui permettraient de toucher différents groupes de la population et atteindre d'autres objectifs. Citons, à titre d'exemple, le cas du Syndicat international des employés de services (Service Employees International Union/SEIU).

Le SEIU, organisation syndicale avec des ramifications aux Etats-Unis, au Canada et Porto Rico a lancé un projet baptisé "Americans for Health Care » (Américains pour les soins de santé). Le projet prône une réforme du système de santé publique dans le pays, mettant l'accent sur la qualité et la dispense de soins accessibles à tout un chacun.
Depuis 2002, le SEIU fait campagne dans 20 états et compte à présent le soutien de quelque 500.000 électeurs, militants de sa cause, qui se déploient dans le pays pour obtenir que chacun, homme, femme ou enfant, bénéficie des soins médicaux. Cette campagne vise, entre autres :
-à mobiliser les électeurs sur ce thème
-à obtenir une législation pour élargir l'accès à ces soins et les rendre financièrement plus abordables
-à susciter un courant en faveur d'une réforme.
Ces groupes de pression ont une forte présence et font le siège des candidats à la présidentielle pour les convaincre de l'importance qu'il y a à donner une priorité absolue à une réforme du système de santé.
Source: « Américans for Health Care » (2007), de*:*
http://www.americansforhealthcare.org/about-us/.

Sous la bannière "*le droit de tous à la santé*", le Mouvement pour la santé publique[29] a lancé une campagne conjuguant une double action au plan national et international. Elle entend modifier l'approche mondiale sur la santé et le développement et montrer que l'on peut assurer des services de qualité à chaque être humain sur la terre. En différents points du globe, des hommes, des femmes et leurs organisations réagissent et se mettent en réseau pour livrer bataille. De fait, l'opposition populaire à l'élite politique à travers le monde renforce la conviction qu'un autre monde est possible, comme l'est la *santé pour tous* (Katz, 2005).

[29] Pour plus d'informations, consulter: http://www.phmovement.org/en/campaigns/righttohealth

6. CONCLUSION

Considérer la santé comme un droit de l'homme est très largement admis, mais les approches –inspirées par des concepts divergents- n'ont jamais été aussi différentes. Le monde est aujourd'hui plongé dans une crise, qui, paradoxalement, se situe à un moment de grands progrès dans la connaissance et les technologies et d'amoncellement des richesses. A nous de reconnaître que quelque chose ne va pas et que plus qu'au défi de la maladie, il nous faire face aux effets néfastes d'une mauvaise politique. Passer de cette approche qui se veut réactive à la maladie à un concept prônant la santé pour tous nécessite un changement radical de politique, les mots „santé" et „tous" étant la clé de ce changement. Aussi est-il impératif de réformer, dans un nouvel état d'esprit, gouvernance et politique de santé au plan national et international.

Il est clair que ce double point de vue sur la santé, comme une fin et un moyen, reste hautement politisé et alimente un débat sur les valeurs. Discuter de la santé pour tous suppose, d'abord et avant tout, d'apprécier justement les valeurs que la société attache à la santé et ce qu'elle signifie pour elle. Les inégalités en ce domaine reflètent dans une large mesure celles de la société, et au travers du prisme de la santé on peut juger de son engagement en faveur de la justice sociale. La santé s'inscrit ainsi au cœur de la vision globale que l'on a du développement.

Retenir une approche fondée sur les droits de l'homme implique la responsabilité de l'état dans la santé des populations et une politique gouvernementale qui transcende le concept d'aide et de charité. Une politique de santé pour tous doit faciliter l'accès à ses „déterminants" et aux régimes nationaux, et résoudre, entre autres, la crise des personnels soignants. Prises dans leur ensemble, ces questions appellent l'adoption d'une stratégie intégrée, et tout particulièrement, une étroite coopération au sein des pays et entre eux. Cette coopération est indispensable si l'on veut que la santé soit reconnue comme un bien public et un facteur décisif pour la paix dans le monde. En réformer de manière significative la gouvernance suppose de procéder à des changements à tous les niveaux de décision et d'apprécier, de façon continue, l'impact des politiques de santé sur les classes pauvres et l'émancipation des populations.

Il est vrai que „prendre part aux efforts de santé est souvent le gage d'un engagement plus marqué de la société" (Kickbusch et Payne, 2004) et d'un renforcement de la démocratie. La santé pour tous est un combat politique pour une société égale et juste, et le chemin à parcourir est encore long. L'histoire des syndicats a été façonnée, depuis l'origine, par la lutte en faveur de la justice sociale. Aussi ont-ils un rôle crucial à jouer dans l'avènement d'une société saine et la mobilisation populaire sur cet objectif politique qu'est la santé pour tous. Il y a un siècle, le monde industrialisé a fait de remarquables progrès dans le contrôle des maladies et la réduction de la mortalité, et ce, en reconnaissant l'importance

de systèmes de santé publique stables et de conditions de vie et de travail plus sûres. Néanmoins, „ce mieux-être n'a pas été offert ; il a été revendiqué et gagné par l'action populaire face à l'opposition résolue de l'élite politique. Et il en sera de même aujourd'hui, au 21ème siècle" (Katz, 2005).

7. REFERENCES

Anderson R., Smith L., et Sidel V. (2005). "What is social medicine" Monthly Review, Vol. 56, No. 8.
http://www.monthlyreview.org/0105anderson.htm#17 (accès 4 mai 2007).

Baker B. (2006). "Health Gap Policy Review of HRH/HSS Proposals in the 2005 World Bank Global HIV/AIDS Program of Action". http://www.healthgap.org/camp/trade_docs/HGAPWB2005.pdf (accès 4 mai 2007).

Birdsall N. (2004). "Seven Deadly Sins: Reflections on Donor Failings", Working Paper Number 50, Centre for Global Development.
http://www.cgdev.org/content/publications/detail/2737 (accès 4 mai 2007).

Ceukelaire W. (non daté). "Health for all or health for half".
http://www.twnside.org.sg/title2/resurgence/180-181/cover5.doc (accès 4 mai 2007).

Chen L. (2004). "Harnessing the power of human resources for achieving the MDGs", High Level Forum on Health MDGs. Geneva: WHO.
http://www.globalhealthtrust.org/doc/ForumSpeechText112F1.pdf (accès 4 mai 2007).

Chen C., Evans G. et Cash A. (1999). "Health as a Global Public Good" dans Kaul I., Grunberg I. et Stern M. (eds). (1999) "Global Public Goods: International Cooperation in the 21st Century". New York: Oxford University Press.

Declaration of Alma Ata (1978). Kazakhstan, 6-12 Septembre. http://www.who.int/hpr/NPH/docs/declaration_almaata.pdf. (accès 4 mai 2007).

Education International et Public Services International (1999). "The WTO and the General Agreement on Trade and Services: What is it at stake for public health?" (http://www.world-psi.org/Content/ContentGroups/English7/Publications1/The_WTO_and_GATS_-_What_is_at_Stake_for_Public_Health.pdf) (accès 4 mai 2007).

Evans T, (2001). "Challenging Inequities in Health: from Ethics to Action: Summary". New York: Rockefeller Foundation, 2001.

Ghigliani P. (2005). "International Trade Unionism in a Globalising World: A Case Study of New Internationalism", dans Economic and Industrial Democracy. Vol. 26(3). Londres et New Delhi: SAGE, pp. 359-382.
http://eid.sagepub.com/cgi/reprint/26/3/359.pdf. (accès 4 mai 2007).

Global Health Watch (2005). "An alternative world health report". Londres, Zed Books
http://www.ghwatch.org/2005report/GlobalHealthAction0506.pdf (accès 4 mai 2007).

Hall J. et Taylor R. (2003). "Health for all beyond 2000: the demise of the Alma-Ata Declaration and primary health care in developing countries". http://www.mja.com.au/public/issues/178_01_060103/hal10723_fm.pdf (accès 8 janvier 2007*).*

Health GAP (2005). "G8 Statement Affirms Responsibility to Address Africa's Health Workers Crisis", communiqué de presse de l'ONG en date du 8 juillet. (http://www.healthgap.org/press_releases/05/070805_HGAP_PHR_PR_HCW_G8.pdf) (accès 4 mai 2007)

Hemelaar J. (2006). "The quest for an HIV vaccine", dans Oxford Medical School Gazette, numéro 55(1).
http://www.medsci.ox.ac.uk/gazette/previousissues/55vol1/Part13 (accès 4 mai 2007).

Hofrichter R. (2002). "Creating health equity through social justice*"*, draft Working Paper, Health and Social Justice Committee, National Association of County and City Health Officials.
http://archive.naccho.org/Documents/HealthSocialJusticePaper5.pdf (accès 4 mai 2007).

International Metalworkers Federation. (2007). "Occupational cancer/zero cancer". http://www.imfmetal.org/main/index.cfm?n=47&l=2&c=15620 (accès 4 mai 2007).

Joint Learning Initiative (JLI) (2004). Human Resources for Health – Overcoming the Crisis. Washington D.C.: The President and Fellows of Harvard University.
http://www.globalhealthtrust.org/report/Human_Resources_for_Health.pdf
(accès 4 mai 2007).

Katz A. (2005). "Reappropriating Health for All, By and For the People, After 25 years of Neoliberal Capture".
http://www.temp.attac.at/uploads/media/2005_Katz_Reapprop25yrs.pdf (accès 4 mai 2007).

Katz A. (2007). "To the new leadership of WHO: A renewed commitment or more empty promises?" http://www.phmovement.org/en/node/308 (accès 4 mai 2007).

Kaul I., Grunberg I. et Stern M. (eds). (1999). "Global Public Goods: International Cooperation in the 21st Century". New York: Oxford University Press. (http://www.undp.org/globalpublicgoods/Executive_Summary/executive_summary.html) (accès 4 mai 2007).

Kickbusch I. (2002). "Influence and Opportunity: Reflections on the US Role in Global Public Health". Health Affairs, vol. 21, no. 6, pp 131-141 http://content.healthaffairs.org/cgi/reprint/21/6/131.pdf (accès 4 mai 2007).

Kickbusch I. (2004a). "Health and citizenship: the characteristics of 21st century health". http://www.ilonakickbusch.com/en2006/health-society/IAPO.pdf (accès 4 mai 2007).

Kickbusch I. (2004b). "The need for common values, principles and objectives for health policy in a changing Europe". http://www.ilonakickbusch.com/en2006/health-policy-and-health-targets/health-values-gastein.pdf (accès 4 mai 2007).

Kickbusch I. (2004c). "The End of Public Health As We Know It: Constructing global Health in the 21st Century". http://www.ilonakickbusch.com/en2006/public-health/publichealthinteh21st.pdf (accès 4 mai 2007).

Kickbusch I. (2005). 'Action on global health: addressing global health governance challenges". Public Health, vol.119, pp 969–973: http://www.riph.org.uk/pdf/Kickbusch.pdf (accès 4 mai 2007).

Kickbusch I. et Payne L. (2004). "Constructing global public health in the 21st century". http://www.ilonakickbusch.com/en2006/global-health-governance/GlobalHealth.pdf (accès 4 mai 2007).

Lethbridge J. (2003). "Forces and reactions in the health care". (http://www.world-psi.org/TemplateEn.cfm?Section=Health2&CONTENTID=1220&TEMPLATE=/ContentManagement/ContentDisplay.cfm) (accès 4 mai 2007).

Lethbridge J. (2004). "Public sector reform and demand for human resources for health". http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=538275 (accès 4 mai 2007).

McMichael P. (2000). "Globalisation: Trend or Project", dans Global Political Economy – Contemporary Theories. New York: Routledge, pp. 100-113.

McMichael A., Butler C. et Ahern M. (2003). "Global Environment", dans Smith R., Beaglehole R., Woodward D. et Drager N. (eds.) (2003). "Global public goods for health: Health economic and public health perspectives", Oxford University Press, Oxford.

Navarro V. (2004a). "The political and social context of health". Baywood Publishing Company.

Navarro V. (2004b). "Inequalities are unhealthy". Monthly Review, vol. 56, no. 2, http://www.monthlyreview.org/0604navarro.htm (accès 4 mai 2007).

Navarro V. (2004c). "The world situation and WHO", The Lancet. vol. 363, numéro 9417, pp 1321-1323. http://www.racp.edu.au/public/ccch/cph_thrMay1.pdf (accès 4 mai 2007).

Navarro V. (2006a). "What is a national health policy?" http://www.vnavarro.org/papers/ingles/whatisanationalhealth.pdf (accès 4 mai 2007).

Navarro V. (2006b). "The worldwide class struggle" Monthly Review, vol. 58, no. 4. http://www.zmag.org/content/showarticle.cfm?ItemID=11053 (accès 4 mai 2007).

O'Brien R. (2000). "Workers and World Order: The Tentative Transformation of the International Union Movement" dans Review of International Studies. Vol. 26, British International Studies Association.

OMS (Organisation mondiale de la Santé) (2002a). "25 Questions & Answers on health and human rights". http://www.who.int/hhr/NEW37871OMSOK.pdf (accès 4 mai 2007).

OMS (Organisation mondiale de la Santé) (2002b). "Scaling up the response to infectious diseases: a way out of poverty". http://whqlibdoc.who.int/hq/2002/WHO_CDS_2002.7.pdf (accès 4 mai 2007).

OMS (Organisation mondiale de la Santé) (2003). "Social determinants of health – the solid facts". http://www.euro.who.int/document/e81384.pdf (accès 4 mai 2007).

OMS (Organisation mondiale de la Santé) (2005a). "Number of work related accidents and illnesses continues to increase". http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2005/pr18/en/index.html (accès 4 mai 2007).

OMS (Organisation mondiale de la Santé) (2005b). "Health and Millennium Development Goals".
http://www.who.int/mdg/publications/mdg_report/MDG_FAST_FACTS.pdf (accès 4 mai 2007).

OMS (Organisation mondiale de la Santé) (2006). "Migration of health workers". http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs301/en/index.html (accès 4 mai 2007).

Oxfam (2006a). "Patents versus patients, 5 years after the Doha Declaration". http://www.oxfam.org/en/files/bp95_patentsvspatients_061114/download (accès 4 mai 2007).

Oxfam (2006b). "In the public interest, Health, education and water and sanitation for all".
http://www.developmentgateway.com.au/jahia/Jahia/pid/3735 (accès 4 mai 2007).

People's Health Movement (2000). "People's Health Charter".
http://www.phmovement.org/pdf/charter/phm-pch-english.pdf (accès 4 mai 2007).

People's Health Movement (2005). "Proposal for a global 'right to health and health care campaign".
http://www.phmovement.org/files/Global_RTH_PHM_proposal.pdf (accès 4 mai 2007).

Public Services International (2003). "Public Services Work!".
http://www.psiru.org/reports/2003-09-U-PSW.pdf (accès 4 mai 2007).

Public Services International (2006). "Focus on Health". (http://www.world-psi.org/TemplateEn.cfm?Section=PSI_publications&CONTENTFILEID=11713&TEMPLATE=/ContentManagement/ContentDisplay.cfm) (accès 4 mai 2007).

Sen A. (1999a). "Development as Freedom". Oxford University Press, 1999.

Sen A. (1999b). "Health in development", Discours programme devant la 52ème assemblée mondiale de la santé.
http://ftp.who.int/gb/pdf_files/WHA52/ewd9.pdf (accès 4 mai 2007).

SEWA (Self Employed Women Association) (non daté). "Our health is our only wealth".
http://www.sewaresearch.org/pdf/researches/our_health.pdf (accès 4 mai 2007).

Sorrell T. (2003). "Healthcare Provision and Public Morality: An Ethics Perspective", dans Oliver, A. (ed.) *Equity in Health and Healthcare: Views from Ethics, Economics and Political Science, The Nuffield Trust.*
http://www.nuffieldtrust.org.uk/ecomm/files/041203equityinhealth.pdf (accès 4 mai 2007).

Staley K. (2001). "Voices, values and Health: Involving the public in moral decisions", King's Fund.
http://www.kingsfund.org.uk/resources/publications/voices_values.html (accès 4 mai 2007).

Stiglitz E. (2006). "Making Globalization Work". New York: W.W. Norton and Company.

Taylor G. et Mathers A. (2002). "Social partnership or Social Movement? European Integration and Trade Union Renewal in Europe", dans Labour Studies Journal. 27(1). Primavera. West Virginia: West Virginia University Press, pp. 93-107.
http://muse.jhu.edu/demo/labor_studies_journal/v027/27.1taylor.pdf (accès 4 mai 2007).

Third World Network (1996). "A new global health crisis: emerging infectious diseases". http://www.twnside.org.sg/title/dis-cn.htm (accès 4 mai 2007).

Travis P., Bennett S., Haines A., Pang T., Bhutta Z., Hyder A., Pielemeier N., Mills A. et Evans T. (2004). "Overcoming health-systems constraints to achieve the Millennium Development Goals". Lancet, vol. 364, pp 900–06; http://www.abtassociates.com/articles/lancet-paper.pdf (accès 4 mai 2007).

UE/Commission des Communautés européennes (2005). "EU Strategy for Action on the Crisis in Human Resources for Health in Developing Countries". (http://212.203.71.113/en/PDF_Files/mhr/EC_Communication_on_HR_crisis.pdf) (accès 4 mai 2007).

UNAIDS/OMS (2006). "Global facts and figures".
(http://data.unaids.org/pub/EpiReport/2006/20061121_EPI_FS_GlobalFacts_en.pdf) (accès 4 mai 2007).

UNDP (2005). "Human Development Report 2005".
http://hdr.undp.org/reports/global/2005/pdf/HDR05_complete.pdf (accès 4 mai 2007).

UNRISD (2000). "Visible hands – taking responsibility for social development". (http://www.unrisd.org/unrisd/website/document.nsf/0/FE9C9439D82B525480256B670065EFA1?OpenDocument) (accès 4 mai 2007).

Upham G. (2007). "Towards a world convention for R&D: Interview with Mrs Nicoletta Dentico, Member of the Group of Experts on the Intergovernmental Working Group on Public health, Innovation and Intellectual Property". (http://www.phmovement.org/en/node/313?PHPSESSID=39b700fb6a0e673a07ce14d6a8736fce) (accès 4 mai 2007).

Waddington R. (2003). "Life expectancy in retreat for World's poorest". http://www.commondreams.org/headlines03/1218-12.htm (accès 4 mai 2007).

Wahl A. (2004). "European Labour: The Ideological Legacy of the Social Pact". Monthly Review, vol. 55, numéro 8, pp. 37-49.
http://www.monthlyreview.org/0104wahl.htm (accès 4 mai 2007).

Whitehead M., Dahlgren G. et Evans T. (2001). "Equity and health sector reforms: can low income countries escape the medical poverty trap". The Lancet, Vol. 358, numérp 9284, pp. 833-836. http://download.thelancet.com/pdfs/journals/0140-6736/PIIS014067360105975X.pdf (accès 4 mai 2007).

Xhafa E. (2006). "Sustaining strategies addressing the human resources for health crisis through union participation". http://www.global-labour-university.org/download/Thesis_Edlira_Xhafa.pdf (accès 4 mai 2007).

Pour plus d'informations:

Bureau des activités pour les travailleurs
Bureau international du Travail
4, route des Morillons
CH-1211 Ginebra 22
Suisse

Tel.: +41 22 799-7448
Fax: +41 22 799-6570
researchnet@ilo.org
www.gurn.info