

Sylvia CHIFFOLEAU

*Systemes de santé et pauvreté au Sud.
En quête d'un bien public équitabement mondial*

La santé apparaît a priori comme l'un des plus évidents des biens publics mondiaux. Le désir de santé semble bien revêtir un caractère d'universalité. En témoignent les dictons du monde entier (« l'essentiel, c'est d'avoir la santé »), ainsi que la recherche de guérison, activité communément partagée par toutes les sociétés. Quand on parle de bien-être, c'est sans doute la première condition qui est évoquée. Pourtant, la santé est aussi l'une des choses les plus inégalement distribuées. Cette inégalité se dessine avec une netteté particulière entre le Nord et le Sud. L'approche par les biens publics mondiaux permet-elle de cerner de façon opératoire la notion complexe de santé ? Par ailleurs, la production d'un bien public mondial passe par un renforcement de la coopération internationale. Les caractéristiques et les difficultés de celle-ci dans le champ de la santé, cette coopération étant marquée notamment par une vision sécuritaire et par une inégalité politique, autant que sanitaire, entre le Nord et le Sud, pourront-elles être dépassées par le recours à cette nouvelle notion ?

De la difficulté à faire de la santé un bien public mondial

En proposant de faire de la « santé » un bien public mondial, les promoteurs de cette notion pénètrent dans un champ particulièrement vaste et mouvant. Eux-mêmes hésitent à se fixer sur une définition précise. L'un suggère de s'en tenir au contrôle international des seules maladies infectieuses (M.W. Zacher, 1999), d'autres préfèrent prendre également en compte les maladies non transmissibles (Chen, Evans et Cash, 1999). Ailleurs, c'est un monde débarrassé de la variole, ou qui pourra l'être un jour de la malaria, qui est considéré comme un bien public mondial (Kaul, Grunberg et Stern, 1999). En revanche, vaccins et médicaments, vecteurs grâce auxquels on peut parvenir à l'éradication des maladies, n'apparaissent pas eux-mêmes comme des biens publics mondiaux.

Envisager la « santé » dans sa globalité comme un bien public mondial ne va pas sans poser problème. La santé apparaît d'abord comme un bien individuel ; elle dépend en grande partie de la force biologique et du capital génétique de chacun. Sa préservation passe par une série d'actes qui relèvent de la sphère privée, dans l'intimité du corps (consulter un médecin, adopter une bonne hygiène de vie...). La maladie, qui vient perturber l'état de santé, est avant tout l'expérience singulière d'un individu confronté à la souffrance. Pourtant, il arrive que la maladie prenne des dimensions collectives, notamment lorsque survient une épidémie. Pour faire face à de tels événements, ou à la probabilité de leur survenue, les différentes sociétés ont peu à peu élaboré un ensemble de mesures, de normes et d'institutions visant à gérer collectivement la maladie. Cette activité, peu différenciée dans les sociétés traditionnelles, a progressivement été confisquée, depuis l'Antiquité, d'une part par un corps de spécialistes, les médecins, d'autre part par la sphère politique. Si l'on peut repérer un certain nombre de logiques communes dans l'établissement d'une gestion collective de la maladie, chaque société fournit ses propres réponses face au malheur biologique, faisant ainsi émerger un espace spécifique de la santé publique, laquelle « est toujours le produit et le reflet de la structure sociale dans laquelle elle se développe et plus particulièrement de la configuration du champ politique où elle s'inscrit » (Fassin, 1996). La santé et ses avatars tolérables sont donc historiquement construits, et les frontières toujours susceptibles de se déplacer. En témoigne la façon dont la médicalisation, c'est-à-dire l'extension du domaine – et du langage – médical au sein de la sphère sociale, ne s'est plus limitée aux périodes d'épidémies

mais s'est emparée de catégories toujours plus nombreuses : les enfants, les pauvres, la procréation, les personnes âgées, les alcooliques ou les toxicomanes... Autant de catégories qui, notamment en temps de crise, peuvent être exposées à une « dé-médicalisation ».

Si la santé est historiquement construite, elle l'est aussi culturellement et socialement. Dans les sociétés traditionnelles, la santé est intimement liée à une harmonie avec le monde social. La maladie est perçue comme une rupture dans cette harmonie et à ce titre relève d'un ensemble plus vaste qui comprend non seulement les pathologies mais également toutes les infortunes susceptibles de se produire (mauvaise récolte, perte financière, infertilité, décès...) (Augé, 1984). Pour tous ces maux, on aura recours à un même type de réponses, basé sur la divination et la conjuration. Dans les sociétés industrielles, non seulement la santé s'est différenciée, mais encore elle a peu à peu acquis une valeur centrale. Désormais les soins du corps, le souci quasi obsessionnel de lutter contre les maladies ou contre toute forme d'affaiblissement de l'organisme, voire la volonté de repousser les échéances du vieillissement, comptent parmi les préoccupations principales des individus. Mais derrière cet unanimité, le sens du mot santé renvoie toujours à une multiplicité de définitions et de représentations. Les sensations morbides sont inégalement perçues selon l'appartenance sociale ; ouvriers et paysans, par exemple, manifestent une résistance beaucoup plus grande à céder au statut de malade. La demande médicale varie elle-même socialement : les catégories supérieures, pourtant mieux à l'abri des risques sanitaires, sont plus enclines à consulter et à consommer des produits pharmaceutiques (Boltanski, 1971).

Dans l'éventail des « biens » susceptibles d'être publics et mondiaux, la santé est d'une nature particulière. Non seulement elle est une réalité complexe, difficile à cerner, mais encore elle ne relève ni de flux, ni de normes partagées, ni du registre des éléments, comme l'eau ou l'air. Elle est une qualité de l'être humain. L'action nécessaire pour assurer la pérennité d'un état de santé s'exerce directement sur l'homme, lequel n'est pas inerte. La nature humaine du registre de la santé complexifie singulièrement la construction de la notion de bien public mondial. D'où la tentation de désigner plutôt une cible mieux identifiable, les maladies, qu'elles soient infectieuses ou non. La maladie, même si elle est elle-même une construction sociale, a un caractère plus objectif que la santé ; elle est repérable par un certain nombre de signaux physiologiques et psychologiques. D'autre part, évoquer la maladie renvoie plus concrètement à l'action, médicale et politique, qui s'exerce pour lutter contre elle.

Les maladies ne sont pourtant pas données une fois pour toutes. Certaines maladies, qu'on avait cru vaincues par la thérapeutique, résistent désormais aux traitements antibiotiques. Si on a pu assister au recul de certaines maladies, comme le typhus, à l'éclipse de la peste, en partie inexplicée, on déplore en revanche l'émergence de nouvelles pathologies. L'apparition récente du sida a ainsi servi à la fois de révélateur à l'arrogance du champ médical, obligé de reconnaître qu'il n'était, pas plus qu'un autre domaine, engagé sur une voie continue de progrès, et de facteur réorientant la perception du danger sanitaire dans un sens plus collectif. L'éradication de la variole est l'exemple emblématique d'une lutte volontaire, et réussie, contre la maladie. C'est d'ailleurs à ce jour pratiquement le seul. C'est pourquoi il est brandi par les promoteurs de la notion de bien public mondial comme un précédent à imiter. Il est vrai que l'éradication de la variole semble bien revêtir les attributs de non-exclusivité et de non-rivalité qui définissent ce type de bien ; l'humanité entière bénéficie d'un monde d'où la maladie a disparu. Mais la réussite éclatante de l'éradication de la variole, sans cesse célébrée, masque cependant les modalités concrètes du cheminement ayant mené à la réussite, laquelle n'est intervenue qu'au terme d'une longue période semée d'embûches et de replis.

Parmi toutes les maladies, la variole compte parmi celles qui ont le plus cristallisées les peurs. En 1967, l'OMS lance une ultime campagne d'éradication, alors que la maladie touche encore annuellement jusqu'à 15 millions de personnes, causant le décès de deux millions d'entre elles, les autres demeurant aveugles ou défigurées. Grâce à l'arme puissante du vaccin, le dernier cas de variole est signalé en 1977, et la maladie officiellement déclarée éradiquée en 1980. Mais il ne s'agit là que du dernier acte d'une pièce qui se joue depuis près de deux siècles. Mise au point par un médecin britannique en 1796, l'inoculation de la vaccine anivariolique a mis largement plus d'un siècle pour conquérir l'Occident. Certes la technique vaccinale elle-même est demeurée longtemps incertaine, mais le principal obstacle à sa diffusion tenait à la résistance des populations à se voir imposer un acte affectant leur corps, sans qu'elles en saisissent le sens préventif. Les colonies ont également servi de laboratoire à la diffusion vaccinale, mais là aussi la résistance fut vive, redoublée par l'hostilité portée à l'occupant. Aussi, que ce soit en Europe ou Outre-mer, l'adoption de législations sanitaires ne s'est faite qu'au tournant du siècle, fort tardivement si on considère la date d'invention du vaccin. Les hésitations du politique montrent bien la difficulté à imposer l'obligation dans un domaine qui relève de la sphère la plus privée, celle du corps. Par ailleurs, une fois la législation adoptée, les moyens déployés pour la faire appliquer sont demeurés souvent faibles. Ainsi en France, la faiblesse des budgets départementaux consacrés à la santé décourageait le bon vouloir des médecins ; les faiblesses de l'administration rendaient illusoire la bonne tenue des registres vaccinaux et l'application des sanctions en cas de refus. De fait l'obligation vaccinale, inscrite dans la législation en 1902, n'a commencé à être réellement exhaustive qu'à partir de la seconde Guerre mondiale, une fois qu'eut été adopté un règlement interdisant l'inscription des enfants non vaccinés dans les établissements scolaires (Murard et Zylberman, 1996). Un tel exemple montre à quel point le bio-pouvoir décrit par Michel Foucault (1976) est loin en réalité de s'imposer efficacement à la population. Aujourd'hui encore, et malgré les progrès des technologies sanitaires depuis le début du 20^e siècle, il est bien difficile, au niveau local où s'exerce l'essentiel de la santé publique, de repérer les signes de la prégnance du bio-pouvoir dans les pratiques, notamment sur les populations les plus vulnérables (Fassin, 1998). Il est donc à craindre que, si difficile à réaliser au niveau local ou national, le contrôle efficace de la santé publique ne puisse que s'avérer utopique au niveau international.

Quelle que soit la difficulté à saisir la santé comme un BPM, il existe bien une pratique internationale de la santé publique. Les épidémies, qui ne connaissent pas de frontières, sont bien sûr à l'origine d'une mobilisation internationale visant à arrêter la marche des fléaux. Elles ont d'ailleurs motivé l'une des premières réussites en matière de coopération internationale. De 1851 à 1912, se sont tenues douze Conférences sanitaires internationales. D'abord incapables de fixer des normes communes, ces conférences aboutissent finalement, à partir de 1892, à une série de Conventions devenues des lois internationales. La mise à jour et la surveillance de l'application de cet appareil législatif ont ensuite été confiées à des organismes internationaux permanents, d'abord l'Office International d'Hygiène Publique de Paris, puis, à partir de 1946, l'Organisation Mondiale de la Santé.

L'épisode de la mise en place d'une politique internationale de santé a surtout été étudié d'un point de vue scientifique ; ses dimensions politiques ont en revanche été négligées. Or la plupart des maladies épidémiques, et singulièrement le choléra qui revient avec insistance tout au long du 19^e et jusqu'au début du 20^e siècle, naissent au Sud et passent en Europe par la Mer Noire et la Russie, puis, à partir de 1865, traverse la Méditerranée à partir d'Alexandrie. Le problème des épidémies dessine donc une frontière entre l'Europe qui cherche à se protéger et la rive sud de la Méditerranée, alors dominée par l'Empire ottoman, dénoncée comme lieu du désordre, sommée de se mobiliser pour arrêter l'avancée des fléaux.

Cela inscrit d'emblée une inégalité dans les rapports internationaux. Les quelques décennies pendant lesquelles ont eu lieu les négociations en vue d'établir des normes sanitaires internationales ont vu s'affronter d'une part les puissances européennes, attachées à défendre leur sécurité sanitaire, et d'autre part un Empire ottoman moribond, puis ses provinces passées sous la coupe coloniale de la France et de la Grande-Bretagne, et par là même rendues politiquement plus faibles encore. Le contrôle des épidémies s'est ainsi concrétisé par l'élaboration d'un système à caractère coercitif (contrôle des déplacements, notamment ceux des pèlerins, et quarantaines) qui a été imposé par les puissances européennes aux nations émergentes du Sud, même s'il ne faut pas négliger pour autant les capacités de résistance de ces dernières. Néanmoins, la mise en place d'une politique internationale de santé est fondée sur l'inégalité, tant du niveau sanitaire que de la puissance politique.

Cette inégalité politique et sanitaire entre le Nord et le Sud n'a en rien disparu aujourd'hui, bien au contraire. Malgré une amélioration globale des indicateurs de santé, les disparités ne cessent de se creuser entre pays industrialisés (mais aussi à l'intérieur même de ceux-ci) et pays en développement. La rougeole, maladie bénigne en Occident, tue près d'un million d'enfants chaque année dans les pays en développement. Dans ces régions, le paludisme demeure l'une des maladies les plus meurtrières, alors qu'elles payent également le plus lourd tribut pour une maladie récente, comme le sida, ou résurgente, comme la tuberculose. Dans le contexte de la mondialisation, où les populations sont très mobiles, la persistance et l'extension des risques sanitaires ne laissent pas d'inquiéter et replacent au cœur de l'actualité la nécessité de mettre en place des mécanismes de contrôle de la santé internationale, en désignant toujours le Sud, non plus comme responsable, mais du moins comme cible prioritaire. D'où l'engouement actuel pour les dimensions internationales de la santé, qui émerge hors des institutions *ad hoc*, autant pour des raisons sécuritaires qu'altruistes. Par exemple, les universités multiplient les départements de santé internationale (qui se substituent souvent aux anciens départements de Médecine Tropicale) et, dans un autre registre, il existe depuis cette année un « Bill and Melinda Gates Foundation Award for Global Health ». Mais quel que soit le sens précis qu'on lui donne, la notion de santé internationale renvoie toujours à l'inégalité de santé entre le Sud et le Nord et à la nécessité de la réduire. Elle renvoie donc également au jeu politique, lui aussi marqué par l'inégalité, mis en œuvre pour y parvenir.

Dans le domaine de la santé, l'approche par les BPM ne s'avère guère satisfaisante car elle ne prend pas en compte toute la complexité de la notion. Par ailleurs, elle tend à occulter les phénomènes d'inégalité et de domination qu'on ne cesse pourtant de réperer dans les modalités concrètes de l'action collective visant à améliorer la santé au niveau international.

Les dispositifs d'internationalisation des politiques de santé

Après la seconde Guerre mondiale, la nécessité de placer le contrôle de la santé internationale dans le cadre de l'ONU s'est imposée. L'OMS a une vocation normative, elle mène par ailleurs des actions de recherche, de formation et d'information et c'est aussi une agence opérationnelle qui offre, à leur demande, une aide aux gouvernements. Elle a une approche technique, essentiellement orientée vers les maladies elles-mêmes, et elle est dominée par des professionnels de la santé. L'UNICEF, dont les actions sanitaires à destination de l'enfance sont très importantes, constitue la seconde agence spécialisée des Nations Unies dans le domaine de la santé. Les programmes verticaux (lutte ciblée contre telle ou telle maladie) ont été longtemps le mode d'action favori de l'OMS, ayant abouti à des réussites (éradication de la variole, Programme Élargi de Vaccination qui a entraîné une baisse sensible, bien qu'inégale, de la mortalité infantile) comme à des échecs (cas de la malaria). Dans les années 70, sa stratégie change et elle défend désormais une vision élargie de la santé, étroitement liée au développement, stratégie qui a cherché à se concrétiser à

travers l'approche en termes de soins de santé primaires. Or ce changement de perception fait de l'OMS une agence plus politique, qui délaisse en partie son rôle d'expert au profit d'une action plus hasardeuse dans le domaine de la réforme des politiques de santé (Gauvrit, 2001). Il a aussi conduit à un brouillage de sa vocation et à une pléthore d'actions impossible à gérer efficacement. L'OMS est aujourd'hui critiquée, voire disqualifiée, et son éclipse a offert un espace à l'émergence de nouveaux acteurs dans le champ de la santé internationale, qui concurrencent désormais l'agence de l'ONU.

Si à l'origine la Banque mondiale n'a aucun mandat en matière de santé, la logique économique qui guide son fonctionnement l'a entraîné à pénétrer ce territoire. À la fin des années 80, il lui faut constater les effets négatifs des politiques d'ajustement structurel sur les politiques sociales des pays en développement, notamment la santé. Dans son rapport 1993, intitulé *Investir dans la santé*, la BM propose ainsi son expertise et des modèles économiques de maîtrise des coûts visant à assurer une prise en charge minimale pour les populations exclues du secteur libéral en pleine expansion, c'est-à-dire à réduire l'inégalité en matière de santé. La mauvaise santé du Sud demeure une menace pour le Nord, mais comme il est devenu quasi impossible de contrôler la circulation des maladies, et des malades réels ou supposés, dans un monde où les flux sont intenses, il s'agit de réduire la maladie à sa source, c'est-à-dire au sein même des pays les plus touchés. La BM s'engouffre ainsi résolument dans la réforme des systèmes de santé et tente de réussir là où l'OMS a échoué. Mais le changement d'acteur change aussi le sens des interventions dans les pays concernés. L'OMS, malgré ses défauts et ses faiblesses, obéit à un fonctionnement relativement démocratique, même si les pays occidentaux y détiennent le principal poids financier. L'Assemblée mondiale de la santé est un forum où s'exprime l'ensemble des Ministres de la santé des pays membres et où s'élabore un certain nombre de normes partagées. La Banque Mondiale, en revanche, ne compte pratiquement que des experts économiques (et non médicaux) et elle est beaucoup plus étroitement liée aux intérêts occidentaux, et notamment américains.

À travers leur agence d'aide au développement (USAID), les États-Unis ont eux-mêmes une action très importante dans le domaine de la santé. En 1995, l'USAID lance un vaste programme quinquennal qui prend le nom de Partnership for Health Reform (PHR, 1995-2000) dont la vocation est d'appuyer les réformes des systèmes de santé dans les pays à faible revenu et à revenu intermédiaire, à travers un dispositif d'aide et de formation. Moins visible, mais non moins actif, un certain nombre de départements universitaires et de sociétés de consultants américains participent à l'élaboration des outils conceptuels guidant les processus de réforme. Ainsi en 1993, l'année même de la sortie du rapport de la BM, se tient une Conférence internationale sur le thème : « Health Sector Reform in Developing Countries : Issues for the 1990s », organisé par un programme de recherche mené dans le cadre de l'École de Santé Publique d'Harvard (Berman, 1995). Les travaux menés par les chercheurs d'Harvard, pour la plupart économistes de la santé, alimentent considérablement les réflexions de l'USAID et de la BM, lesquels offrent à leur tour des contrats à cette équipe pour qu'elle évalue, à l'aide des outils économiques qu'elle a mis au point, les systèmes de santé de nombreux pays visés par les processus de réforme.

Ces nouveaux acteurs, qui s'accordent sur le modèle néo-libéral et sur le primat des outils économiques qui doivent guider l'action en matière de réforme des systèmes de santé, organisés sous forme de partenariat et associés ponctuellement avec d'autres agences (Union européenne, aide bilatérale...), ont acquis un quasi-monopole en matière d'expertise et d'aide dans le domaine des politiques de santé, eclipsant totalement l'OMS sur ce terrain. La nouveauté, c'est que leur action porte sur les fondements mêmes des systèmes de santé de nombreux pays des trois continents en développement et pénètre au cœur des processus de décision. Si les principes guidant l'action évoque bien l'idée d'une « pensée unique », laquelle

est diffusée auprès des acteurs de la santé des pays en développement à travers un vaste dispositif de formation, on n'assiste pas pour autant à une réelle homogénéisation des politiques de santé. Au-delà de leurs affinités, les réformes préconisées s'adaptent en effet à des structures préexistantes marquées par la diversité des évolutions sociales et historiques des différents pays. En revanche, ce qui est général, c'est le phénomène de domination dans lequel s'inscrivent ces processus de réforme : au Sud, la gabegie et la faillite des systèmes de santé ; au Nord, les recettes d'une supposée réussite et les fonds qui la rendent possible. Celui-ci impose donc ses modèles à celui-là. Certes on n'est plus dans un monde colonial ; les mécanismes d'incitation sont plus subtils mais tout aussi efficaces. La Banque Mondiale a pu ainsi soumettre, dans certains pays, l'octroi d'un prêt à la condition d'adopter une politique nationale de paiement des soins de santé par l'utilisateur, principe dont il est pourtant bien difficile, à ce jour, de savoir s'il a un impact effectif sur la réduction des inégalités de santé (Watkins, 1997).

Il est certes encore trop tôt pour évaluer la réussite de processus encore en cours, mais on peut déjà faire l'hypothèse que la seule approche économique ne saurait convenir pour aborder le domaine de la santé, dont a vu la complexité. Par ailleurs, et précisément parce qu'elle s'inscrit dans un contexte d'inégalité, la mise en place des réformes de santé soulève, dans certains pays concernés, des oppositions qui, quant à elles, relèvent résolument du politique.

La santé compte parmi les principaux mythes fondateurs de l'État moderne (Foucault, 1963). En parvenant à l'indépendance, les États émergents du Tiers-Monde ont adopté à leur tour une vision instrumentale de la santé, missionnaire de la modernité et de l'influence de l'État qui promeut cette dernière. Beaucoup d'entre eux ont ainsi construit, sur le substrat hérité de la colonisation, des systèmes de santé étatisés, où l'accès de tous aux soins était garanti par la gratuité ou des systèmes de protection sociale. Certes la plupart des systèmes de santé fondés sur ces principes est en faillite, et les États eux-mêmes en sont largement responsables, qui n'ont pas su, ou pu pour des raisons financières, porter les politiques sociales à la hauteur des ambitions affichées. Cependant, le mythe d'un État pourvoyeur de bien-être et de soins demeure vivant, notamment dans les pays où prévaut la pauvreté. Or les prescriptions des organismes internationaux supposent une révision drastique du rôle de l'État dans le domaine de la santé. Certes même la Banque Mondiale reconnaît que la santé ne saurait être livrée aux seules lois du marché et qu'il est nécessaire de maintenir des régulations publiques (Banque Mondiale, 1993). Cependant, les réformes visent à confiner l'État à un rôle de régulateur, et non de prestataire de service. Or une part de la légitimité des États nés des indépendances repose sur leur rôle social, quelque imparfait qu'il ait été jusqu'alors. Y renoncer peut contribuer à mettre en péril des États déjà fort affaiblis, lesquels se retrouvent dans une posture fort inconfortable, partagés entre une logique internationale et une logique nationale. Aussi, l'adoption des programmes de réforme des systèmes de santé rencontre-t-elle de fortes oppositions, tant du côté des forces politiques que de la rue. Ces dernières années, l'Amérique Latine a été secouée par des émeutes remettant en cause les choix des États qui, en adoptant de nouveaux dispositifs pour l'assistance aux catégories les plus pauvres, négligent les dispositifs sociaux traditionnels qui continuent ainsi de se détériorer. De même, certains pays d'Afrique connaissent des manifestations sporadiques de révoltes contre les mesures de dé-étatisation de la santé, notamment le principe de recouvrement des coûts.

Mais les difficultés les plus vives apparaissent au sein même des partenariats mis en place pour élaborer ces politiques de réforme. Ceux-ci sont censés entrer dans le cadre plus large de la bonne gouvernance qui invite à engager dans les négociations, tout ensemble les gouvernements, les bailleurs de fonds, la société civile et le secteur privé. En somme, il s'agit

de faire intervenir une multitude d'acteurs, venant d'horizons – et de pays – différents, pour investir un domaine qui relevait jusqu'alors des strictes limites de la politique nationale. Or si les outils économiques visant à rationaliser les systèmes de santé avaient été soigneusement peaufinés par les organisations internationales, nulle formule toute prête pour guider les négociations n'était disponible, et les négociateurs se sont trouvés fort dépourvus. La résistance des États à céder trop facilement aux normes imposées par les bailleurs, la rencontre d'intérêts divergents, la concurrence pour l'obtention des marchés liés à la réalisation des réformes, les interférences avec des enjeux politiques nationaux et internationaux, tout cela conduit à un encombrement des systèmes de décision et l'on aboutit finalement à des compromis bancals, parfois jugés irréalisables. S'avisant des difficultés surgies au sein de ce type de partenariat, les organisations internationales se sont lancées dans une surenchère d'élaboration de modèles aptes à guider efficacement la négociation entre les multiples partenaires. Couramment désignés par leurs sigles, ces CAS, CDF et autre UNDAF proposent des schémas de réflexion visant à établir les priorités dans chaque pays où sont réalisés des programmes de coopération internationale, et à repérer, sinon à désamorcer, les éventuels conflits. Le cas de l'Égypte est particulièrement éclairant sur les limites et sur le caractère quelque peu utopique de ces partenariats. En 1998, se met en place un partenariat regroupant le gouvernement égyptien, l'USAID, la Banque Mondiale et l'Union européenne afin d'élaborer une réforme d'un système de santé particulièrement détérioré. La réforme adoptée vise non pas un ou plusieurs secteurs précis du champ sanitaire, comme c'est souvent le cas dans ce genre d'entreprise, mais propose une transformation globale de l'ensemble du système de santé, ce qui tend à exacerber les logiques de conflit. Dès l'année 2000, la confusion et l'incompréhension réciproque sont à leur comble et malgré le recours aux diverses grilles de réflexion proposées par les différentes agences, la situation ne s'est guère améliorée aujourd'hui. Mais pour réaliser de réelles performances et promouvoir l'innovation, ce genre d'expérience réclame sans doute du temps, à l'image du long apprentissage nécessaire pour parvenir à un fonctionnement efficace des institutions internationales (Elias, 1991).

C'est dans ce contexte d'échec, du moins provisoire, que les organisations internationales se sont emparées de la notion de bien public mondial, laquelle rencontre un franc succès dans les milieux qui se consacrent au développement. Le recours à ce nouveau concept leur offre l'opportunité de ramener leurs projets en matière de santé à des objectifs plus modestes, mais aussi plus nettement orientés dans une perspective sécuritaire, comme le furent les premières mesures de santé internationale. Un consensus se dessine en effet autour d'une définition restrictive du « BPM santé », limité à la lutte contre les maladies infectieuses. En septembre 2000, la Banque Mondiale présente son programme de réduction de la pauvreté et désigne cinq priorités pour son engagement dans l'action collective globale (Banque Mondiale, 2000). Parmi elles figure le contrôle des trois principales maladies transmissibles, le sida, la tuberculose et la malaria, maladies qui sévissent tout particulièrement dans le monde en développement, désigné une nouvelle fois comme cible de l'action. Cette réorientation est également adoptée par la Communauté européenne qui, dans son programme de lutte contre la pauvreté pour la période 2001-2006, insiste sur l'urgence de la lutte contre ces maladies, notamment en cherchant à rendre les médicaments essentiels plus abordables (Union européenne, 2000). Dans le même esprit, et au niveau national, le PHR de l'USAID, devenu pour une nouvelle période de cinq ans le PHR*plus*, s'attache moins désormais à soutenir les réformes de santé qu'à développer les systèmes de surveillance et d'information sur les maladies dans les pays en développement. La CIA elle-même, dans un rapport de mai 2000, identifie le sida comme une menace pour la sécurité nationale et encourage une lutte concertée au niveau international. Le temps des grandes réformes de structure semble passé, et l'on tend à revenir à un système qui évoque les programmes verticaux chers à l'OMS,

institution pourtant d'une grande discrétion dans le processus en cours de rédéfinition des priorités de santé au niveau international. Il va sans dire que la lutte contre les maladies transmissibles s'inscrit dans le cadre de partenariats, que ce soit entre agences internationales ou entre celles-ci et les pays les plus concernés par ces maladies, ou encore avec le secteur privé, notamment l'industrie pharmaceutique. L'expérience acquise lors de la période précédente, ainsi que le consensus qui se dessine sur des cibles précises et nettement identifiés, limitant ainsi les zones d'incertitudes dans la négociation, permettront-ils de rendre plus opérante et plus efficace la coopération internationale ?

Sylvia Chiffolleau
GREMMO/CNRS, Lyon
sylvia.chiffolleau@mom.fr

Bibliographie

- Augé (M.) et Herzlich (C.) ed., *Le sens du mal. Anthropologie, histoire, sociologie de la maladie*, Paris, Édition des archives contemporaines, 1984.
- Banque Mondiale, « Poverty reduction and global public goods : issues for the World Bank in supporting Global Collective Action », septembre 2000.
- Banque Mondiale, *Rapport sur le développement dans le monde 1993. Investir dans la santé*, Washington, 1993.
- Berman (P.) ed. , *Health Sector Reform in Developing Countries : Issues for the 1990s*, numéro spécial d'*Health Policy* n° 32, 1995.
- Boltanski (L.), « Les usages sociaux du corps », *Annales ESC* n°1, janvier-février 1971, p. 205-233.
- Chen (L.C), Evans (T.G.) et Cash (R.A), « Health as a Global Public Good » in Kaul et alii, *Global Public Goods. International Cooperation in the 21th Century*, Oxford UP, 1999, p. 284-303.
- Elias (N.), *La société des individus*, Paris, Fayard, 1991.
- Fassin (D.) ed., *Les figures urbaines de la santé publique. Enquête sur des expériences locales*, Paris, La Découverte, 1998.
- Fassin (D.), *L'espace politique de la santé. Essai de généalogie*, Paris, PUF, 1996.
- Foucault (M.), *Histoire de la sexualité. 1. La volonté de savoir*, Paris, Gallimard, 1976.
- Foucault (M.), *Naissance de la clinique*, Paris, PUF, 1963.
- Gauvrit (E.), « L'OMS : la santé et le fossé Nord/Sud », *La crise des organisations internationales*, Cahiers français 302, mai-juin 2001, p. 90-96.
- Kaul (I.), Grunberg (I.) et Stern (M.A), *Global Public Goods. International Cooperation in the 21th Century*, Oxford UP, 1999.
- Murard (L.) et Zylberman (P.), *L'hygiène dans la République. La santé publique en France, ou l'utopie contrariée. 1870-1918*, Paris, Fayard, 1996.
- Union Européenne, « Accélération de la lutte contre le VIH/SIDA, le paludisme et la tuberculose dans le cadre de la réduction de la pauvreté », communication de la Commission au Conseil et au Parlement européen, 2000.
- Watkins (K.), « Cost-recovery and Equity in the Health Sector : Issues for developing countries », paper prepared for WIDER project on Provision and Financing of Public Goods in Developing countries, Oxfam, 1997.
- Zacher (M.W), « Global Epidemiological Surveillance. International Cooperation to Monitor Infectious Diseases », in Kaul et alii, *Global Public Goods. International Cooperation in the 21th Century*, Oxford UP, 1999, p. 266-283.