

**VIIe congrès de l'Association française
de science politique**

Lille, 18, 19, 20 et 21 septembre 2002

Table-ronde n°1

« La mondialisation »

Sous la direction de Josepha Laroche

**Mondialisation et santé publique :
entre exigences éthiques et marchandisation**

Dr Bernard Montaville

Conseiller médical

Ministère des Affaires étrangères et Assistance publique – Hôpitaux de Paris

De l'état individuel de bien-être à l'approche collective, le terme de santé a connu bien des acceptions. Aujourd'hui, à l'heure de la mondialisation, on intègre désormais la santé publique à la problématique des biens publics mondiaux, en faisant ainsi une condition fondamentale de paix et de sécurité pour l'humanité (I). Mais se pose alors un problème d'effectivité : comment rendre opérationnelle une telle définition ? En effet, qu'il s'agisse de l'éradication mondiale d'une pathologie ou de la couverture minimale et universelle de soins essentiels, la santé publique doit tout à la fois satisfaire des exigences éthiques constamment invoquées et s'inscrire dans la logique d'un marché mondialisé où le principe d'équité n'a guère sa place. Aussi, penser dans un même mouvement *mondialisation* et *santé publique* suppose donc de s'interroger sur les contradictions qui opposent actuellement une rationalité en valeurs à une rationalité économique. Cela implique également de réévaluer le rôle que les États peuvent encore jouer à cet égard (II).

Historiquement, culturellement et socialement construite [Chiffolleau, 2001], la santé l'est plus encore dans sa dimension de santé publique. En l'occurrence, cette dernière est redevenue une expression de plus en plus forte du politique, parce qu'elle lui offre l'occasion de ré-exprimer une des formes de sa légitimité d'intervention, de présenter à l'opinion publique certains éléments du processus de mondialisation comme pouvant, aussi, être un processus organisateur et humanisant, créateur de sens pour l'humanité et pour ses communautés, producteur de valeurs et d'intérêts collectifs qui peuvent structurer le jeu social, de « vendre » aussi la forme néo-libérale d'une « mondialisation socialement responsable ». Par la pratique des six métiers nécessaires à son exercice : 1) l'évaluation des risques, 2) la gestion des risques, 3) l'inspection - accréditation - audit, 4) la communication, 5) la planification - évaluation et, 6) les interventions, la santé publique correspond par excellence aux disciplines qui « décloisonnent des objets qu'une longue tradition académique de patriotismes disciplinaires a toujours eu pour principe de séparer et réalisent des voisinages qui font sens et donnent à voir » [Laroche, 2001].

L'information sur une incontestable amélioration de la santé « de base » dans le monde est largement occultée dans les relais d'opinion, qu'on la mesure en termes d'espérance de vie à la naissance, d'espérance de vie sans incapacité, de fécondité ou de mortalité infantile. Un

parallèle pourrait d'ailleurs être établi avec l'éducation de base ou avec la progression des normes occidentales dans le monde. Il reste que des phénomènes massifs d'exclusion se concentrent sur certains pays ou au sein de zones infranationales de certains autres.

Phénomène ancien et moralement neutre, la mondialisation est présentée comme un processus qui offre à la fois opportunités et menaces, certaines d'entre elles influant sur la santé. Elle est parfois vécue comme le partage inéquitable des fruits de la croissance avec un exode rural massif, la déstabilisation de cultures anciennes due à l'occidentalisation des modes de vie, la destruction de réseaux traditionnels de solidarité avec la montée du chômage dans des pays sans protection sociale. Cette homogénéisation est souvent assimilée à un processus d'américanisation. L. Thurow, professeur au Massachusetts Institute of Technology (MIT), rappelle que la domination des Etats Unis était plus forte il y a cinquante ans, époque où ceux-ci réalisaient les trois-quarts de la production manufacturière mondiale et qu'ils furent par ailleurs les principaux initiateurs des accords de Bretton-Woods [Sedjani, 1999]. La concentration croissante en Occident de la formation supérieure des futures élites du monde, surtout dans les pays anglo-saxons, conjuguée à celle des problèmes majeurs de santé et de pauvreté dans les grandes métropoles mondiales, ne peut toutefois qu'accentuer cette homogénéisation. Néanmoins, nous avons pu observer dans certains domaines, comme le cinéma, que la mondialisation permet parfois d'agir en faveur d'une certaine diversification et ouverture culturelle.

Le champ de la santé publique présente d'ores et déjà des secteurs dont certains éléments divergent, comme par exemple dans le cas des maladies infectieuses et sur les soins hospitaliers. Compte tenu de sa dimension et des espoirs de profit, la santé publique constitue un lieu par excellence où s'affrontent certaines valeurs et les forces du marché.

1- Normalisation mondiale d'une santé publique

Chercher à bâtir des solutions globales pour répondre aux défis internationaux, en matière de santé publique, n'est pas nouveau. La mondialisation constitue un processus ancien, et il existe bien, selon Amartya Sen, un héritage mondial de l'interaction. La période de l'Antiquité gréco-romaine, le Moyen-Âge et la grande épidémie de « peste noire », élaborèrent des normes sanitaires qui s'appliquèrent sur une large échelle et une longue durée. Mais le développement d'une diplomatie sanitaire internationale et l'élaboration de règlements internationaux en santé publique datent surtout de la moitié du XIX^e siècle, avec le développement des navires rapides et des chemins de fer, propices au commerce de longue distance, qui accentuèrent la pression sur les systèmes nationaux de quarantaine, incapables de contrôler les épidémies de choléra en Europe [Fidler, 2001].

L'émergence d'un fonds et de dénominateurs communs, de consensus en termes de définitions, de référentiels et de moyens de combattre certains phénomènes s'avèrent nécessaire comme préalable à la mondialisation. La santé s'exprime bien dans ces espaces intellectuels transnationaux propices à l'élaboration de consensus, à la circulation des idées et à la conclusion de transactions, un des modes d'expression du concept de « communautés épistémiques », issu du champ des relations internationales [Jenson, 2001]. En ce sens, les maladies infectieuses constituent un exemple de processus de mondialisation déjà bien accompli. En revanche, la récente transnationalisation des soins hospitaliers doit s'analyser plutôt comme un élément constitutif de la mondialisation qui est en cours.

Les maladies infectieuses : un réseau normatif ancien

Phénomène transnationaux par excellence, par la multiplication des voyages internationaux, notamment touristiques, les migrations de populations et le développement du commerce alimentaire, les maladies infectieuses connaissent déjà une mondialisation ancienne. Aujourd'hui, elles sont souvent soumises à des normes de plus en plus contraignantes qui s'imposent par leur efficacité alors qu'elles ont été discutées, évaluées et partagées entre partenaires.

Au plan historique, les grandes épidémies qui se sont développées entre le XVI^{ème} et le XIX^{ème} siècle ont représenté une des conséquences d'une grande vague « mondialisatrice » liée à l'expansion coloniale européenne, notamment dans les Amériques et en Océanie. Aujourd'hui, on estime qu'une vingtaine de maladies apparues depuis le début des années soixante-dix peuvent être considérées comme des maladies émergentes : par exemple le Sida, les fièvres hémorragiques et les maladies à prions ou bien les maladies ré-émergentes comme la tuberculose, le paludisme, les hépatites, les maladies sexuellement transmissibles, etc.. Leur dissémination ne se cantonne pas aux seuls pays pauvres, comme le montre la propagation du virus Nila aux États-Unis, résistance des germes aux antibiotiques ou celle des vecteurs aux insecticides. L'évolution des modes de vie, des comportements, comme les toxicomanies, et des valeurs culturelles et sociales explique aussi l'émergence ou la ré-émergence de certaines maladies infectieuses. Certains observateurs n'hésitent d'ailleurs pas à les inclure dans une catégorie de « Maux publics communs » (GPG), en contrepoint des « Biens publics communs » (GPB) [Kaul, 2001].

Dans le domaine des maladies infectieuses, ce processus de mondialisation apparaît déjà bien avancé en termes de définition des maladies, de systèmes de surveillance épidémiologique et d'alerte ou de méthodologies d'intervention diagnostique et thérapeutique. La coordination mondiale s'accroît encore lors des crises, des épidémies, comme le Sida, ou lors de menaces bioterroristes. Sous le contrôle de l'OMS, le Règlement sanitaire international, qui a pour objet de prévenir la propagation des maladies transmissibles dans le contexte des transports internationaux avec le minimum d'inconvénients pour les passagers, constitue même théoriquement le seul accord sanitaire international qui ait force obligatoire pour les Etats membres. Mais en réalité, il n'a jamais été appliqué de façon satisfaisante, pour des raisons liées à l'exercice de la souveraineté des Etats en cause [OMS, 1998], ou parfois à l'impact sur l'image et sur l'économie du tourisme dans un pays.

Les maladies transmissibles, surtout infectieuses, fournissent en outre un indicateur pertinent des effets potentiellement « pervers » de la mondialisation quant à la santé des populations. On observe ce phénomène aussi bien lorsqu'il s'agit de prendre en compte les transferts « légaux » qu'illégaux, que lorsqu'il faut analyser les interactions entre des domaines sans liens apparents, comme cela peut exister entre les règles de la sécurité alimentaire mises en œuvre dans les pays industrialisés et les exportations des pays en développement. De même, une connexion identique prévaut entre les droits de propriété intellectuelle et l'accessibilité aux nouvelles technologies médicales, notamment pharmaceutiques [Woodward, 2001].

Dans l'Histoire, une seule innovation a pu parfois modifier rapidement et en profondeur le fonctionnement d'une société [PNUD, 2001], que ce soit l'introduction du cheval par les conquistadores au XVI^e siècle chez les Indiens d'Amérique ou l'apparition de l'électricité au XIX^e en Europe. Ainsi, en est-il du développement des nouvelles technologies de l'information et de la communication (NTIC) qui entraînent un impact sur la santé, à la fois direct par l'amélioration de la connaissance et de l'accès aux services de santé, et indirect par ses effets sur les déterminants de santé, tels que la croissance économique, les revenus des ménages, la formation et les infrastructures sociales [Chandrasekhar, 2001]. La connaissance revêt en effet d'importantes propriétés publiques et privées. Publiques, car elle n'a pas de concurrence en matière de consommation, et le coût marginal de partage de l'information

reste nul ou relativement modeste. Privées, car l'information produite par des individus ou des équipes de recherche, peut être récompensée pour assurer innovations et investissements. Il en découle une interdépendance structurelle entre les acteurs. Encore peu nombreux dans le domaine des maladies infectieuses, certains scientifiques y jouent volontiers le rôle de porte-parole de l'espèce humaine.

Un acteur majeur et inattendu a toutefois ré-émergé au plan mondial, le moustique, le plus dangereux pour l'homme de tous les insectes vecteurs de maladies. Rappelons pour mémoire que le paludisme a tué davantage d'ouvriers travaillant à l'édification du château de Versailles que les accidents du chantier. Aujourd'hui, les moustiques s'installent dans de nouveaux espaces aménagés pour le tourisme et le commerce, ou des sites liés aussi aux voyages, comme les zones aéroportuaires. Mais leur expansion est également due au développement de l'agriculture, à l'accentuation du déboisement, à la construction de barrages ou à l'aménagement de dispositifs d'irrigation, ou bien encore à l'urbanisation sauvage (rôle des déchets), et enfin bien sûr aux changements climatiques.

Avec les nouvelles technologies, apparaissent de nouveaux types d'acteurs et partant de nouvelles représentations. Dans un but d'éradication totale d'une maladie ou de réduction de son incidence comme problème de santé publique, de « simples » individus, pauvres et isolés, peuvent alors être d'une importance majeure en apportant données et échantillons biologiques. Il en est de même, dans un but de fonctionnement optimum de réseaux sentinelles de surveillance, pour de « simples » professionnels de santé locaux, dans des endroits isolés de pays en développement ou, dans un but de recherche, d'individus regroupés autour de nouvelles opportunités de solidarité (études du génome), offertes par la mise en connexion généralisée de terminaux informatiques [Devin, 20002]. Le domaine des maladies infectieuses représente en effet un des rares exemples où le « monde inutile » existe peu, où la notion de patrimoine commun de l'humanité ou d'intérêt général universel garde un sens, car l'éradication d'une maladie, par exemple, bénéficie à tous, même aux bioterroristes (voir la menace à la variole).

L'approche maladie par maladie au plan international a prouvé son efficacité durant les dernières décennies. Proclamée en 1980, l'éradication de la variole en offre l'exemple le plus achevé ; la probable éradication prochaine de la poliomyélite et les succès de la lutte contre l'onchocercose en Afrique devraient le confirmer. Dans ce domaine, les réformes et les mesures de santé publique, au plan national, se sont révélées plus efficaces que les traités internationaux. Le défi consiste alors à gérer efficacement l'interface entre les niveaux nationaux et interétatiques [Kaul, 2001] dans la mesure où il existe un véritable continuum d'action de sécurité, interne et externe, à un territoire.

Deux éléments participent d'une prise de conscience au plan global : d'une part, les crises, comme celle du Sida, d'autre part les technologies, comme celle de l'information et de la communication. « Les crises sanitaires permettent de traiter le mal à la racine et elles ont souvent une très grande vertu. Elles mettent au jour le décalage entre les exigences des consommateurs et les réponses qui leur sont fournies » [Hirsch, 2002].

L'épidémie de Sida constitue la plus grande secousse actuelle, et surtout future, des systèmes de santé, au point d'avoir été reconnue par l'ONU et par de nombreux pays industrialisés comme une menace pour la paix et la sécurité dans le monde. L'Inde et la Chine, avec quinze années de décalage connaissent aujourd'hui une situation analogue à celles de l'Afrique. Face à la maladie, elle matérialise de façon saisissante le fossé grandissant entre les pays riches et les pays pauvres [Gauvrit, 2001]. Cette épidémie a toutefois permis une forte prise de conscience et une meilleure approche en termes de santé publique, en général, dans de nombreux pays riches, et surtout en France, où les associations de personnes infectées par le VIH ou malades du Sida ont contribué aux réflexions, voire à la mise en œuvre des actions.

Bien des pays en développement connaissent désormais une double transition qui complexifie encore davantage l'analyse du dispositif. En premier lieu, on note une transition épidémiologique lorsque coexistent dans les pays en développement un taux élevé de maladies transmissibles et une croissance rapide de maladies non transmissibles, dites aussi maladies de comportement comme les cancers, le diabète ou l'hypertension artérielle. En second lieu, on observe une transition démographique avec le vieillissement de la population par l'effet conjugué de la baisse de la natalité et de l'augmentation de l'espérance de vie des personnes âgées.

Ce phénomène de vieillissement démographique et de circulation accrue rencontré par la plupart des pays, constitue l'un des éléments qui accroît le processus de transnationalisation des soins hospitaliers.

Les soins hospitaliers : une transnationalisation récente

La question est apparue récemment en dehors du phénomène transfrontalier, un peu marginal. Elle est liée au dépassement des frontières, comme à la perte d'autorité et de moyens de l'Etat-providence.

Les hôpitaux font incontestablement figure d'organisations les plus complexes du système de prestations de services de santé [OMS, 2000]. En témoignent leur degré d'autonomie – y compris morale et juridique – dans certains pays et leur exposition au marché pour les achats, les recrutements ou les prestations. De même, leur niveau de responsabilité financière et la proportion de services obligatoires non financés ou les responsabilités demandées aux personnels l'illustrent amplement. Eléments intra-nationaux quasi « purs », voire sub-nationaux, les soins hospitaliers font face depuis peu de temps à ce changement. L'espace hospitalier, les missions d'un médecin, le contenu et la durée des formations médicales, les indications du type d'affections qui y sont admises et les types de prise en charge autour de la notion de « Groupes homogènes de malades » (DRG) tendent à y devenir remarquablement constantes d'un pays à l'autre, et ce, dans le monde entier. Au point que l'on puisse évoquer en la matière l'existence d'une même culture mondiale.

Fortement prononcée, la territorialisation des soins hospitaliers se trouve liée à la politique d'aménagement du territoire et à l'équilibre financier des caisses de sécurité sociale. L'intégration au plan national reste même encore incomplète dans la plupart des pays, par le refus fréquent de se faire hospitaliser hors de sa zone de résidence, hormis les urgences. Mais s'il y a déjà un embryon de concurrence croissante, dans bien des pays et à l'échelon régional, entre secteurs publics et privés et au sein de chaque secteur, en revanche une faible concurrence subsiste entre services sanitaires nationaux, transnationaux, notamment européens, et même américains dans d'autres pays du monde, hormis au bénéfice de quelques riches individus.

Soulignons combien cette transnationalisation des soins hospitaliers progresse, non par le politique et l'administratif, mais via le juridique – par le biais des récentes jurisprudences européennes – et l'opinion publique, avec la multiplication des comparatifs de « performance » et des effets « palmarès ». L'information de patients, vieillissants mais actifs, structure à présent les systèmes de santé. La question des populations frontalières, le vieillissement de la population dans les pays industrialisés avec l'arrivée de forts contingents de retraités et le développement de doubles résidences de longue durée, le choix raisonné de certains malades pour des soins de courte durée mais d'excellence internationale, constituent autant de phénomènes qui élargissent le champ d'influence, sinon de compétence, des instances supranationales.

Le coût des soins, le primat donné au marché, l'extension de la notion de prévention et la médicalisation des comportements révèlent un clivage entre les valeurs inhérentes au service public et la logique du marché.

2- Valeurs versus logique de marché

Il convient d'identifier les différents types d'acteurs impliqués et parties prenantes de la santé publique en s'attachant à mettre en relief les conflits d'intérêts qui les opposent ; ceci afin qu'il soit possible de mieux appréhender les distorsions entre les valeurs dont ils se réclament et la logique du marché mondialisé qui s'impose à eux. L'intérêt du patient et des professionnels de la santé publique met davantage l'accent sur la qualité, l'équité, la notion de bénéfices de la santé et de « retour sur investissements ». Tandis que celui des administrateurs et des « financeurs » insiste plutôt sur les résultats, les coûts et l'efficacité, l'efficacité en termes de performance économique. Mais en fait, ces représentations sont-elles véritablement inconciliables dans la mesure où elles témoignent d'exigences légitimes et interdépendantes et où elles s'intègrent au débat général portant sur les droits de l'homme et le marché, et plus encore sur la subordination de l'un à l'autre ? A « vertus » individuelles et personnelles égales, il existe une référence spécifique aux valeurs du secteur public, telles l'absence de sélection des risques, l'accessibilité de tous, la continuité du service ou le sens de la communauté : autant de facteurs difficilement réductibles à une quantification monétaire. Enfin, celles-ci s'appréhendent aussi de façon complémentaire aux valeurs du secteur privé, telles qu'une plus grande culture de l'innovation, de l'évaluation et du résultat, surtout si ce dernier peut être mesuré.

Dans le domaine de la santé publique, le nombre d'acteurs et de formations apparaît très diversifié. En effet, la santé offre cette particularité qu'un même individu peut jouer de multiples rôles, chacun avec sa légitimité spécifique, par exemple celui de consommateur, de malade, de prestataire et d'administrateur ou encore de bailleur de fonds ; le primat étant accordé à tout moment au rôle de malade [OMS, 2000]. A côté des grands acteurs traditionnels, un fort renouveau associatif est apparu, avec des ONG bien structurées (Médecins Sans Frontières, Médecins du monde, Act Up...), des Fondations éponymes d'entreprises (Rockefeller, Bill et Mélinna Gates, Mérieux ...) ou des rassemblements autour de « grandes consciences » individuelles (Foucault, Brauman ...), surtout efficaces pour alerter, comprendre, permettre aux associations d'usagers et de citoyens de s'organiser et de se former, combattre et s'émanciper ensemble, plutôt que pour mener des interventions de santé publique significatives dans l'espace et dans le temps. Même si chacun de ces acteurs joue un rôle en fonction de sa stratégie, tous sont cependant obligés de négocier avec un secteur de plus en plus ouvert.

Comme l'avait montré Max Weber en son temps, le capitalisme occidental moderne s'est accompagné d'une solide exigence éthique. L'essor de cette dernière tient à l'expansion de deux composantes majeures, à savoir d'une part, sa juridicisation à tous les degrés nécessaires, allant de la « soft law » au droit le plus « dur ». D'autre part, sa financiarisation par le biais d'innovations et d'expérimentations normatives, rendues plus pérennes grâce à la fiscalité.

Juridicisation de l'éthique

La demande d'expertise –tant technique que juridique ou bien encore économique– explose. Le pouvoir normatif n'a jamais été aussi déterminant. À cet égard, certains ont pu parler de « spirale juridique » autour des questions de santé, notamment celle d'une certaine juridicisation des pratiques de soins, et de sentiment de « victimisation » qui gagne l'opinion

publique. Avec le risque, devenu objet politique majeur, et les alertes sanitaires, véritables « exutoires sociaux », l'Etat n'a-t-il pas trouvé une nouvelle justification à son intervention ?

1. Principes directeurs

A partir de la notion de risque, d'incertitude et de sécurité sanitaire, on s'attachera plus particulièrement à l'un d'entre eux : le principe de précaution. Selon F. Ewald, il exprimerait pour certains les valeurs d'une société qui refuserait l'innovation et aspirerait au risque « zéro ». Pour les autres, il exprimerait une philosophie générale de la responsabilité. Pour d'autres encore, il relèverait moins d'un principe d'abstention que d'action. En construction, la notion reste donc au centre de polémiques portant sur les valeurs, les obligations et les régulations dans une « société du risque ». Pour Kourilsky et Viney, si l'expertise scientifique doit se prononcer sur la nature des risques, elle doit être systématiquement doublée par une expertise sociale tenant à leur valeur relative [Kourilsky, 2000]. On peut donc s'interroger ainsi sur la « valeur de chacune de ces valeurs ».

Dans un contexte d'incertitude, associé à un certain degré d'acceptabilité sociale du risque, à un objectif d'éducation citoyenne, et à une certaine « culture du risque », le principe de précaution, a suscité un certain nombre de concepts dérivés, d'application pratique. L'éthique de précaution illustre les rapports de l'homme au risque et à la vie, et à ses obligations selon leur degré de contrainte, pas nécessairement sanctionnée au plan juridique. L'attitude de précaution revêtirait sa dimension philosophique et morale à l'égard du risque dans la société, qui tracerait la frontière entre « le trop et le trop peu », et s'adresserait dans une sorte d'« éco-citoyenneté » à l'ensemble des acteurs, de l'humble citoyen au grand décideur industriel ou politique. Elle invite ainsi « à ne pas faire tout ce qui est permis parce que c'est permis, tout en demandant à réfléchir à la manière dont on ne doit pas faire ce qui est interdit » [Ewald, 2001]. La politique de précaution vise à la définition et au respect de procédures, et non à l'édiction de normes communes (autres que minimales) ou à l'impossible reconnaissance de l'objectivité du risque. La démarche de précaution consiste à discerner les risques d'une activité, selon un principe de proportionnalité et de pondérations qui vont mettre en œuvre des techniques et des standards, coordonnés dans des dispositifs de précaution visant à organiser les rapports entre les administrations et les acteurs concernés de la société civile. C'est dire combien le principe de précaution laisse une grande marge d'appréciation dont la signification pratique réside dans les mesures concrètes et réalistes qui le mettent en œuvre.

Ainsi, Maurice Tubiana et Claude Got s'interrogent-ils sur le souci de vouloir réduire des risques hypothétiques, en termes quantitatifs quant à la mortalité et à la morbidité annuelle dans un pays, telles qu'émissions radioactives ou d'ondes de basse fréquence, OGM, pics de pollution ou toxi-infections alimentaires, alors que dans le même temps on laisse la population exposée à des risques avérés considérables, tels que le tabac, l'alcool ou bien encore l'insécurité routière ? [Ewald, 2001].

Quant à d'autres principes, comme celui de dignité ou d'accessibilité aux soins de santé, le principe d'équité des normes choisies ou celui de réduction des « inégalités excessives », ils font encore l'objet de débats trop fortement moraux, affectifs, idéologiques, voire théologiques, pour prétendre fonder une valeur commune minimale au plan international. Cependant, des concepts structurants se mettent en place autour de ces principes.

2. Concepts opérationnels

L'un de ces concepts opérationnels, celui de transfert, se développe précisément avec les échanges de personnes, de biens et de services dans un contexte de « concurrence

organisée, encadrée » au sein du système de santé, telle qu'elle a été promue par l'OCDE. Il concerne certes les informations, mais aussi le transfert de technologies, notamment partagées de façon complémentaire entre le secteur public et le secteur privé dans un même pays, ou de façon transnationale entre zones frontalières, que ceux-ci soient distribués entre établissements par nature d'équipements ou gérés véritablement en commun. Compte tenu du coût, de la complexité et de la qualité inégale des soins, le concept de transfert intègre aussi de plus en plus les malades, ou les équipes soignantes elles-mêmes, dans un mouvement d'échanges internationaux des connaissances et des expériences, aboutissant à des mécanismes tels que les parrainages ou les tutorats, les réseaux en partage ou les centres d'excellence, de plus en plus transnationaux, comme ceux initiés par la Commission européenne.

Si aucune voie n'a été trouvée pour garantir une offre globale de services publics, c'est selon Kaul et Deacon, parce que la mise en œuvre des politiques publiques ne s'est pas encore ajustée à trois types de lacunes. La première d'entre elles, d'ordre juridictionnel, exprime l'écart entre la mondialisation des problèmes majeurs et leur mise en œuvre au plan national. La deuxième relative à la participation relève toujours de l'inter-gouvernemental. Quant à la troisième lacune, elle demeure liée à un problème d'incitation car la persuasion morale ne saurait suffire à assurer une coopération inter étatique pour bâtir le bien commun [Deacon, 2001].

Inspirés d'une certaine vision d'une éthique universelle les principes directeurs et concepts opérationnels ne peuvent se développer sans mettre en place des mécanismes financiers –d'ordre surtout fiscal– permettant leur application pratique dans la durée.

Financiarisation de l'éthique

Juridicisation et financiarisation vont de pair pour étendre au plan mondial cette vision éthique. De nouvelles innovations normatives s'élaborent et se diffusent, sous-tendues par de nouveaux mécanismes financiers, soit sous forme de fonds internationaux, associant de plus en plus souvent secteurs public et secteurs privé, soit d'expérimentations d'ordre fiscal, nationales ou internationales.

1. Innovations financières et normatives

Des initiatives normatives ont été mises en place depuis le XIX^e siècle, et sont plus encore apparues avec la création de l'OMS et souvent sous l'observation vigilante des grandes entreprises du secteur pharmaceutique, agroalimentaire ou d'autres branches industrielles. C'est, par exemple le cas (avec l'OMS) du Règlement Sanitaire international et de la Classification internationale des maladies, de la Dénomination commune internationale pour les substances pharmaceutiques ou du Codex alimentarius (OMS-FAO). Il faut même constater une « explosion normative », principalement œuvre des Etats, mais aussi des organisations internationales [Laroche, 2000]. Tout un continuum juridique international, plus ou moins précis et contraignant, se met en place, du traité (sans véritables moyens de contrôle, et moins encore de sanctions) à l'arrangement administratif, de la charte au communiqué final. Autant dire que des conflits de normes et de compétence ne manquent donc pas d'apparaître.

Au plan global, cette multiplication des normes internationales a aussi illustré, l'insuffisante participation formelle des acteurs non gouvernementaux à leur élaboration, qu'ils soient représentants de collectivités territoriales, de syndicats, d'entreprises, d'organismes de recherche, de mouvements citoyens ou d'associations. Enfin, elle a aussi souligné l'insuffisante participation des pays du Sud à la définition de ces normes et à

l'adoption des modalités en vertu desquelles les pays du Nord accepteraient de prendre en charge pour le Sud une partie du coût de cette mise aux normes [MAE, 2002].

Parallèlement, on met en place des innovations financières pour pallier les insuffisances de financement international : annulation de dettes en échange de réformes, importations parallèles et licences obligatoires pour les médicaments essentiels au Sud ; prix différenciés des médicaments, comme ce fut déjà le cas dans les années soixante-dix pour certains vaccins ; projets de rachat de brevets par des Etats pour les remettre dans l'espace public, comme en France à la fin du XIXe avec la photographie L'innovation est en effet déterminée par la combinaison d'un grand marché et des droits de propriété intellectuelle [Dollar, 2001] assurant la pérennisation de la recherche-développement concernant des produits innovants et accessibles. Par ailleurs, son efficacité peut être de deux types, statique par l'apport de ressources productives, ou dynamique, par la circulation de la connaissance.

Des approches trans-sectorielles nouvelles se développent. L'OMC négocie la question des droits de propriété intellectuelle et d'accès aux soins pour les pauvres avec des délégations de pays en développement incluant des professionnels de la santé de ces pays. Outre le retour du principe de gratuité appliqué par l'État dans les services de santé pour les pauvres, des fonds financiers sont créés ; à l'instar du Protocole de Montréal sur les CFC, par exemple l'initiative « Global alliance for vaccines and immunization » (GAVI) ou « Medecines for malaria venture » (MMV). Mais l'élément novateur récent reste le lancement par le Secrétariat général de l'ONU du « Fonds global des Nations-Unies sur le Sida, la tuberculose et le paludisme », avec un financement de pays du Nord et un Conseil d'administration innovant comprenant un nombre égal de représentants gouvernementaux de pays donateurs et de pays en développement, des représentants du secteur privé, d'ONG, d'entreprises et d'association de personnes atteintes par l'une ou l'autre de ces trois affections. Dans une large mesure, ce sont ces partenariats public-privé et la constitution de ce type de coalitions internationales qui ont permis d'attirer l'attention des politiques sur ces questions [Kaul, 2001].

Si l'extension de la sphère marchande relève de choix politiques, comme dans la lutte contre les exclusions socio-sanitaires et les « inégalités excessives » en matière de santé, il convient de s'interroger sur l'irruption d'une forte concurrence public-privé, avec un point commun : le pari d'une éthique de responsabilité, mise en avant par le processus démocratique, « la forme institutionnelle la plus appropriée pour favoriser le jeu du marché » [Laroche, 2000]. Il convient aussi de s'interroger sur une re-marchandisation de la politique sociale, sous l'influence grandissante des « recommandations » des grands cabinets de consultants en gestion (les « Big Five », devenus récemment Big Four avec le faillite d'Andersen) et de leur promotion d'une « Nouvelle gestion publique », proche d'un certain « ordre marchand », selon l'expression de Badie et Smouts ; cette dernière visant à aligner davantage l'administration du secteur public sur celle du secteur privé, à travers des concepts et des techniques. Ce phénomène concerne aussi de larges pans du secteur de la santé, la recherche médicale ou les médicaments, les tests diagnostiques biologiques ou les produits alimentaires, les responsabilités médicales ou industrielles en cas de dommages.

À n'en pas douter, tous les mécanismes financiers disponibles, la fiscalité nationale ou des contributions obligatoires, ont ouvert de nouvelles pistes expérimentales.

2. Expérimentations fiscales

Ces initiatives fiscales permettent d'inscrire dans la durée des fonds ou des flux financiers pour les « financeurs » et les bénéficiaires, via le montage d'instruments fiscaux incitatifs ou les déductions, les mécanismes compensatoires ou les taxes internationales, les tarifs douaniers préférentiels fondés sur le principe de non-réciprocité ou d' « inégalité

compensatrice ». La fiscalité, directe ou indirecte, représente en effet un puissant levier politique, d'autant plus que son assiette est large et son action inscrite dans le temps.

Il convient d'ailleurs de noter l'absence de grandes fondations françaises, notamment dans le débat sur la mondialisation, à l'inverse d'autres grands pays industrialisés. En effet, ces fondations bénéficient difficilement en France des indispensables exonérations fiscales dispensées par l'Etat qui les abrite.

À la fin du XIX^e siècle, les échecs, des négociations internationales sur le commerce de l'opium, contrôlé à cette époque par l'Angleterre, et de celles sur l'alcool, ont laissé une forte empreinte parmi les acteurs de la santé publique internationale. Le succès ou non de celles menées actuellement, sous l'égide de l'OMS, sur le commerce mondial des produits du tabac, largement sous le contrôle des Etats-Unis, constituera un premier signe des nouveaux rapports de force entre les principaux acteurs. En raison des implications financières majeures, le second signe résultera de l'issue donnée à la question du codage des gènes et du brevetage du vivant,

Assiste-t-on aujourd'hui à un certain retour de l'Etat et de l'OMS, mais sous une forme et une fonctionnalité réaménagées ?

La Charte de l'ONU sur les droits de l'homme et celle sur les droits de l'enfant, la Charte des droits fondamentaux européens font progresser, d'une part une conscience plus universelle et une éthique plus planétaire et, d'autre part un droit à la santé pour tous, à l'interconnexion du commerce, de l'aide internationale et des règles de droit.

Une architecture internationale complexe de conventions, d'accords ou de coalitions dites « vertueuses » se met ainsi en place. Elle associe des acteurs publics, non gouvernementaux, différents échelons territoriaux d'organisation, des entreprises, des ONG etc., dans des dispositions dites de « gouvernance ». C'est donc autour de ces nouvelles procédures que la question des biens collectifs se trouve posée, et que l'on tente d'y répondre [MAE, 2002].

La doctrine de l'OMS (Organisation mondiale de la santé) repose actuellement sur la définition utopiste suivante : « l'état de bien-être complet, physique, mental et social, et pas uniquement l'absence de maladies ou d'infirmités ». Elle se fonde également sur trois principes éthiques : 1) droit fondamental de chacun à la santé, 2) équité et solidarité, 3) participation et responsabilisation de tous les acteurs. Si l'Etat demeure l'acteur central de la politique de santé, il doit désormais susciter et organiser un vaste « mouvement social » autour de cet enjeu, y compris auprès du secteur privé, industriel, associatif ou caritatif. Centrée sur une certaine perception *a priori* des besoins, L'utopie de 1978 de la « Santé pour tous en l'an 2000 », est actuellement remise en cause. Elle reposait sur la dispense de tous les soins possibles à l'ensemble de la population, voire seulement des soins les plus simples les plus essentiels, et les moins coûteux, dispensés uniquement aux pauvres. Elle s'appuyait aussi sur une approche transversale par la réforme profonde des systèmes de santé.

Dès l'élection de Mme Brundtland au poste de Directrice générale en 1998, l'OMS a rapidement présenté un nouveau concept, le « Nouvel Universalisme ». Ce *Nouvel Universalisme* semble davantage axé sur la demande exprimée de soins et de santé. Il repose sur le principe de prestations de soins essentiels de haute qualité, et sur le retour à une approche verticale, défendue par l'OMS avant 1978, mais concernant de nouvelles questions prioritaires. Celles-ci sont fondées surtout sur le critère de rapport coût / efficacité pour tous, sous l'influence de la théorie de la performance des systèmes de santé, soutenue par des organisations telles que l'OCDE et la Banque mondiale. Ce nouveau concept de l'OMS reste donc encore imprécis. De cette précision et du soutien des autres acteurs dépend la capacité de l'OMS à jouer à nouveau un rôle de « magistrature morale », de « conscience sanitaire », d'organe international de pilotage stratégique dans le domaine de la santé mondiale, face à

l'OMC, l'ONU, l'OCDE ou bien encore la Banque Mondiale ? La réélection ou non de Mme Brundtland en 2003 devrait fournir un certain nombre d'indications à ce sujet.

Le concept de Biens Publics Mondiaux (GPG) se précise à travers une certaine hiérarchisation des risques mondiaux. Le processus de mondialisation peut en effet être ressenti comme un « mixte » produisant des effets sur la santé. Soit au quotidien, telles que « vache folle », « fracture numérique » ou les questions génétiques. Soit plutôt de façon globale, tels que l'ozone, les OGM ou le réchauffement climatique. Une approche pragmatique se met en place autour d'un consensus international minimal associant, sur des buts limités, les acteurs majeurs dans chaque domaine concerné. Le premier but qui présente un caractère négatif, vise à abolir certaines pratiques sociales, comme la protection de certaines catégories de populations, dont les handicapés, ou l'interdiction du travail des enfants. Le second, d'ordre plus positif, destiné à élaborer le choix d'actions concrètes ciblées et « techniques », afin de promouvoir une coopération internationale fondée sur le dialogue et la confiance. En constatant toutefois une érosion de la citoyenneté nationale, en partie liée à la moindre homogénéité ethnique et culturelle des populations nationales. Une logique de « contagion », d'accrétion sur de nouvelles questions à traiter, limitrophes de celles déjà prises en compte, complète la marche du processus. L'adoption d'une architecture générale de fonctionnement et d'une adaptation « au cas par cas » permet alors de conserver pour chaque question, le niveau le plus pertinent de gestion de chaque Bien public.

Le concept de biens publics communs offre de nouvelles pistes de réflexion et d'action à l'Aide publique au développement (APD), notamment pour le renforcement institutionnel dans certains pays. Il répond aux dysfonctionnements du marché, incapable de fournir en quantité suffisante tous les biens et services indispensables à l'activité des acteurs sociaux et qui doivent donc être pris en charge par la fonction régulatrice des Etats [MAE, 2002]. Plusieurs « produits de santé » se prêtent bien à la définition d'un tel bien public, même dans sa version « pure » fondée sur le double principe de non-rivalité (la consommation par l'un n'empêche pas sa consommation par l'autre) et de non-exclusion (nul ne peut être exclu de le consommer). On peut citer par exemple, la lutte contre le Sida ou la recherche-développement sur des maladies infectieuses et tropicales, la standardisation des systèmes d'information et la surveillance de certaines maladies infectieuses. La Conférence mondiale sur l'environnement et le développement (Rio + 10) à Johannesburg en Septembre 2002 fera t-elle avancer l'application de ce concept au plan mondial, sous l'impulsion de l'Union européenne ? Cette dernière n'a-t-elle d'ailleurs pas influé de façon décisive sur le dossier de la baisse drastique du prix des médicaments contre le Sida dans les pays en développement ?

Les débats sur la mondialisation et les conséquences des dérégulations se retrouvent dans les choix arrêtés et les décisions mises en oeuvre dans le domaine de la santé. En l'espèce, assistons-nous à un certain retour de l'Etat, moins acteur fort et premier, qu'un Etat catalyseur, stratège et arbitre, organe intermédiaire entre le global et le local, ordonnateur de la loyauté dans les relations internationales ? Un acteur étatique susceptible de garantir au minimum un partage des connaissances disponibles sur la santé dans le monde ? Une dissociation s'est désormais accentuée entre une conception déterritorialisée de l'élaboration d'une règle ; son exécution et son contrôle relevant quant à elles encore plutôt d'une approche territorialisée. L'Etat redevient-il l'instance capable de faire appliquer les règles et les indispensables exceptions à celles-ci, mais fondé cette fois sur un nouveau modèle de dialogue établi entre les particularismes culturels, de décision et surtout d'exécution ? Des trois attributs de la logique étatique : territorialité, sécurité et souveraineté [Badie et Smouts, 1999], le troisième élément constitutif subit aujourd'hui incontestablement la plus forte remise en question. En définitive, l'évolution politique vers une représentation plus subsidiaire et « locale » des intérêts collectifs, au cas par cas, va t-elle bénéficier aussi à

l'Etat, mais un Etat qui serait alors redimensionné, réduit au simple « périmètre d'action régalien » ?

Bibliographie

- Badie (Bertrand) et Smouts (Marie-Claude), 1999, *Le Retournement du monde*, Paris, Presses de Sciences Po et Dalloz (3^e éd.).
- Banque mondiale, 1993, *Rapport sur le développement dans le monde : investir dans la santé*, Washington, Oxford University Press.
- Banque mondiale, 1997, *Rapport sur le développement dans le monde : l'Etat dans un monde en mutation*, Washington, Oxford University Press.
- Chandrasekhar (C.-P.) et Ghosh (J.), 2001, « Information and Communication Technologies and Health in Low Income Countries : the Potential and the Constraints », *Bulletin of the World Health Organization* (Genève), 79 (9), pp. 850-855.
- Chiffolleau (Sylvie), 2001, *Systèmes de santé et pauvreté au sud. En quête d'un bien public équitement mondial*, Colloque AFSP, Section d'Études Internationales, Pau.
- Deacon (Bob), 2001, « Les Organisations internationales, l'Union européenne et la politique sociale globalisée », in *Les frontières du social : nationales, transnationales, mondiales ? Lien social et politiques*, Rennes, ENSP, pp. 75-87.
- Devin (Guillaume), 2002, *Sociologie des relations internationales*, Paris, La Découverte.
- Dollar (David), 2001, « Is Globalization Good for Your Health ? », *Bulletin of the World Health Organization*, 79 (9), pp. 827-833.
- Drucker (Jacques), 2002, *Les détectives de la santé : virus, bactéries, toxiques, enquêtes sur les nouveaux risques*, Paris.
- Ewald (François), Gollier (Christian) et De Sadeleer (Nicolas), 2001, *Le principe de précaution*, Paris, PUF.
- Fidler (David), 2001, « The Globalization of Public Health : the first 100 Years of International Health Diplomacy », *Bulletin of the World Health Organization*, 79 (9), pp. 842-849.
- Gauvrit (Eric), 2001, « La Communauté internationale face à ses défis. L'OMS : la santé et le fossé Nord / Sud », *Les Cahiers français*, 302 (« La crise des organisations internationales »), mai/juin.
- Hirsch (Martin), 2002, *Ces peurs qui nous gouvernent. Risques sanitaires : faut-il craindre la transparence ?*, Paris, Odile Jacob.
- Kaul (Inge) et Faust (Michael), 2001, « Global Public Goods and Health : Taking the Agenda Forward », *Bulletin of the World Health Organization*, 79 (9), pp. 869-874.
- Kourilsky (Philippe) et Viney (Geneviève), 2000, *Le principe de précaution*, Paris, Odile Jacob (rapport au Premier Ministre).
- Laroche (Joseph), 2000, *Politique internationale*, Paris, LGDJ (2^e éd.).
- Laroche (Joseph), 2001, « La loyauté comme cadre d'analyse », in Laroche (Joseph) (dir.), *La loyauté dans les relations internationales*, Paris.
- Ministère des Affaires étrangères (Direction générale de la coopération internationale et du développement), Ministère de l'Économie, des Finances et de l'Industrie (Direction du Trésor), 2002, *Les Biens publics mondiaux*, Paris, Série Partenariats.
- Mission opérationnelle transfrontalière, 2001, *Etat des lieux de la coopération transfrontalière sanitaire*, Rennes, ENSP.
- OMS, 1998, *Rapport sur la santé dans le monde 1998 : la vie au 21^e siècle, une perspective pour tous*, Genève.
- OMS, 2000, *Rapport sur la santé dans le monde 2000 : pour un système de santé plus performant*, Genève.
- PNUD, 2001, *Rapport mondial sur le développement humain 2001 : mettre les nouvelles technologies au service du développement humain*, Paris, De Boeck Université.
- Saint-Martin (Denis), 2001, *Les Cabinets de conseil et la " re-marchandisation " de la politique sociale dans les Etats-providence de type libéral*, Rennes, ENSP, pp. 131-144.
- Sedjani (Ali), 1999, *La Mise à niveau de l'administration face à la mondialisation*, Paris, L'Harmattan.
- Serré (Marina) et Pierru (Frédéric), 2001, *Les Organisations internationales et la production d'un sens commun réformateur de la politique de protection sociale*, Rennes, ENSP.
- Weber (Max), 1959, *L'éthique protestante [1919]* Paris, Plon.
- Woodward (David), Drager (Nick), Beaglehole (Robert) and Lipson (Debra), 2001, « Globalization and Health : a Framework for Analysis and Action », *Bulletin of the World Health Organization*, 79 (9), pp. 875-881.