

La santé unique

Bernard Hours

Depuis 1946, date à laquelle l’OMS (Organisation mondiale de la santé) définissait la santé comme « un état de bien-être physique, mental, social », et 1978, date du slogan de « la santé pour tous en l’an 2000 » formulé par la même OMS, la santé aujourd’hui ne laisse plus guère de place pour des définitions idéalistes ou des slogans démagogiques. La santé tend désormais à être une marchandise, sur un marché, avec un coût et des prix. Qu’elle puisse être d’autres choses – aussi – n’y change rien. Qu’il existe des médecines au pluriel ne change rien non plus au fait incontournable qu’une seule médecine domine la scène. Les autres y figurent ou l’agrémentent, rendant les débats anachroniques ou obsolètes. La problématique de la santé est aujourd’hui beaucoup plus riche et pertinente pour les sciences sociales que celle de la médecine. Ces points de vue formulés, non pour fermer une discussion mais pour en circonscrire le champ, je me propose de brosser à grands traits l’évolution des systèmes de santé depuis un demi-siècle pour aboutir au constat actuel d’un modèle unique de santé : la marchandise santé. Faut-il préciser que mon propos est critique à l’égard de cette évolution mais que les discours culturalistes, démagogiques ou idéalistes sur la santé sont des leurres identifiés et qu’à ce titre je m’en écarte. L’approche développée ici est celle de la santé en période de globalisation, c’est-à-dire un questionnement politique.

Plutôt qu'analyser les étapes d'une évolution pour aboutir au présent, je fais le choix de partir du constat de normes de santé en voie de globalisation pour en venir ensuite aux composantes de cette évolution dans le temps pour étayer le constat. En effet, je souhaite plus analyser le sens que les détails de cette évolution sur laquelle existe une littérature aussi abondante que sont rares, encore, les écrits sur la norme contemporaine de santé. Dans une première partie, je présenterai la norme globale de santé, c'est-à-dire un contexte nouveau dont on part pour en chercher le sens et les logiques. J'aborderai ensuite la problématique de la santé sans frontières ou de l'interdépendance sanitaire. La santé n'est plus une affaire nationale. Enfin, on observera les composantes qui expliquent, dans les systèmes de santé hier divers, ce passage à un système mondial de santé en voie de constitution progressive. Ce choix de poser le cadre avant le contenu permet peut-être au lecteur de savoir où il va. Les hypothèses sont validées *a posteriori*, comme dans la plupart des travaux anthropologiques.

La norme globale de santé

Les médias consacrés à la santé représentent depuis quelques années une part extrêmement importante des journaux et des émissions. La santé est au centre du souci de soi de l'individu postmoderne. Des cosmétiques à la santé, une continuité manifeste s'est établie, le corps consommateur de crèmes, de médicaments et de soins, s'installant au cœur de ce marché. Pour qu'une telle offre trouve preneur, il a fallu que la notion de santé évolue profondément et que cette évolution produise une norme de santé impérative, à vocation universelle. Le phénomène le plus saillant semble celui de l'émergence du devoir de santé, bien identifié par les sociologues. La santé se présente désormais, non plus seulement comme une chance, une vie de mesure, mais comme une obligation morale, un devoir. Cette dimension obligatoire, radicalement nouvelle, résulte de la découverte du caractère interdépendant de la santé publique. SIDA, SRAS, grippe aviaire, sont des maladies émergentes, transmissibles, contagieuses, plus toxiques que la varicelle. A la différence des pestes médiévales, on sait comment éviter

leur diffusion et on le fait savoir, de telle sorte que personne n'y voit la main d'un Dieu vengeur. Au centre de ce paysage trône le risque qui se substitue au danger ou à la malchance d'antan. Car les maladies modernes et postmodernes ont produit une catégorie du risque, souveraine, potentiellement énorme, surplombant les individus sous la forme d'une menace rationnelle, calme, permanente. Dans ce contexte, il devient – presque évidemment – nécessaire et impératif de demeurer en bonne santé, c'est-à-dire de bien gérer son corps. La nécessité s'impose au nom de l'interdépendance, de la mobilité des risques qui voyagent, de la transmission par de multiples voies. Cette nécessaire précaution s'impose à un double titre. Pour soi, c'est un moyen de se prémunir contre le risque. Pour les autres, c'est la nécessité de ne pas leur transmettre les maladies dont je suis porteur. On voit que la dimension normative de la santé devient obligation morale vis-à-vis d'autrui. Chacun est en voie de devenir désormais responsable de sa santé, mais aussi, dans une mesure non négligeable, de celle des autres, proches et plus lointains. La santé devient ainsi un devoir moral de santé et à ce titre la norme essentielle, peut-être dans un futur proche. Cette dimension normative résulte aussi de la redistribution des pouvoirs des acteurs en place.

Les consommateurs sont soumis à une publicité incessante, directe ou déguisée, vantant les mérites de médicaments, parfois inutiles ou dangereux, expliquant les causes de telle ou telle maladie effrayante, ou vendant par correspondance comme des gadgets à piles pour soulager les maux liés à l'usure du corps, hier acceptée, aujourd'hui occultée, pour le plus grand profit du marché. La vie de longue durée résultant du devoir de santé s'impose, elle aussi, comme une norme. C'est une chance pour les personnes, probablement, mais c'est aussi une veine miraculeuse pour le marché des marchandises de santé (médicaments, soins, gadgets, actes chirurgicaux, prothèses). Chacun sait que l'inflation de ce marché provoque la crise de l'assurance maladie. S'agissant de la vie ou de la survie du corps individuel, de soi ou d'un proche, le client est enchaîné à l'offre et définitivement captif. Comment en effet envisager de renoncer à ces médications de confort, à ces produits de

bien-être dès lors que la santé, exactement comme la jeunesse qui n'est que son ersatz, est non seulement un devoir, mais un devoir conforme à la morale et qu'en plus « vous le valez bien », comme le suggèrent les spots de cosmétiques de L'Oréal. Si les clients sont enchaînés dans ce marché de la santé babylonien, où sévit à grande échelle la *nemesis* médicale dont parlait Illich, les Etats sont enchaînés par l'interdépendance des risques qui oblitérent dans une large mesure leur souveraineté, leur capacité de choix. La dépendance des Etats à l'égard des normes de santé résulte de l'émergence d'un champ global multilatéral de santé qui gère l'interdépendance des risques, ce que seuls sont en mesure de faire les grands Etats. Elle résulte aussi des maladies sans frontières. Elle provient encore du caractère supranational des systèmes de dépistage, de veille épidémiologique, de prévision des risques, du coût des mesures enfin. C'est à ce titre qu'on peut affirmer que la norme de santé s'impose aux Etats et provoque une dépendance à l'égard d'institutions multilatérales ou de pays mieux équipés, financièrement et idéologiquement. Le nationalisme sanitaire est fini et avec lui l'époque des systèmes nationaux de santé, des politiques de santé nationales, des ambitions nationales de santé pourrait-on dire. L'ex-URSS et la Chine en offrent de parfaits exemples et Cuba est une survivance, mais plus un modèle.

La santé sans frontières

La santé sans frontières produit et résulte de la gestion des risques. Les maladies émergentes ou les nouvelles maladies qui apparaissent ont un impact décisif sur les politiques de santé. Les observatoires de risques sanitaires ou les systèmes de veille épidémiologique visent moins à protéger les individus que les populations qui sont des agrégats. Dès lors que la personne est censée se protéger elle-même par une conduite responsable, les politiques publiques de santé visent des masses de consommateurs exposés à des risques de masse tels que des maladies hautement contagieuses et transmissibles. La gestion des risques sanitaires tend ainsi à se substituer progressivement à la fonction thérapeutique des Etats qui passe au secteur privé de soins dans les pays du Nord comme du

Sud. L'Etat s'occupe – quand il le peut – des risques collectifs, l'individu gère sa santé. Un tel modèle se met en œuvre, clairement et sans bruit. Il s'impose d'autant plus que les occidentaux autant que les migrants du Sud se déplacent de plus en plus et que les pulvérisations dans les cabines d'avion, si elles tuent trois moustiques, n'arrêtent pas les virus. Cette santé sans frontières alimente donc la norme globale de santé évoquée et elle provoque l'évolution des responsabilités dans le domaine de la santé. Ces responsabilités évoluent d'abord de l'Etat vers l'individu. Dès lors que celui-ci se voit conférer un devoir ou une obligation de santé il est acteur du système. Sa responsabilisation soulage les agents de l'Etat. Une conduite irresponsable en matière de santé signale la marginalité ou la produit. Elle est stigmatisante et stigmatisée. Ensuite la responsabilité étatique dans la santé, acquise durant l'âge moderne et les conquêtes sociales, régresse – du fait de la santé sans frontières – pour passer à des organisations multilatérales qui produisent les normes que les Etats sont plus ou moins obligés d'appliquer. L'OMS, la Banque mondiale, le FMI, produisent des normes et gèrent des coûts. Ils disposent d'une puissance normative égale aux moyens qui leur permettent de financer la veille épidémiologique, les campagnes de vaccinations dans les pays dits pauvres, l'accès aux médicaments génériques. Le devoir suppose une morale qui suppose une entité pour la contrôler, voire la sanctionner. Les grands pays du Nord disposent encore des moyens financiers et techniques pour avoir une politique de santé nationale, très similaire à celle de leurs voisins. Les pays du Sud sont quant à eux dans l'incapacité d'être autonomes en la matière où le nationalisme est désormais absurde et réprouvé.

Pour toutes ces raisons, l peut affirmer que la santé sans frontières est la gestion organisée des risques et leur anticipation planétaire ainsi que le transfert du pouvoir politique (et financier) de l'Etat national à des institutions multilatérales. Dans les pays du Sud, ce qui reste à l'Etat, c'est essentiellement la gestion (souvent calamiteuse faute de ressources) des hôpitaux et dispensaires et le règlement (souvent très tardif) des salaires (misérables) des personnels de santé. Tout le reste dépend de bailleurs étrangers, en aide ou en

dette, bilatéralement ou, plus fréquemment désormais, multilatéralement. C'est pourquoi on peut évoquer une évolution vers une politique unique de santé déjà bien engagée.

Vers une politique unique de santé

Pour justifier de l'analyse présentée un retour à l'histoire récente des systèmes de santé s'impose car elle permet d'identifier les logiques de cette évolution. Au seuil de leurs indépendances, les expats colonisés ont formé des Etats nationaux, présumés à tort souverains, porteurs de politiques dites de développement national dont la santé était un élément important. On sait ce qu'il est advenu des décolonisations devenues néocolonisations, puis entrées dans l'interdépendance globale où les faibles sont plus dépendants que les puissants. Le premier chapitre de l'histoire des systèmes de santé postcoloniaux du Sud se présente donc comme celui de l'indépendance sanitaire, des programmes de santé nationaux ambitieux. A l'exception des Etats socialistes où la discipline remplaçait les ressources, les ambitions développementalistes (incluant la santé) ont été subventionnées par les puissances coloniales, en pleine néocolonisation, dont la France en Afrique constitue le meilleur exemple. Le prix de ces ambitions fut le néocolonialisme et la dépendance financière et technique du Sud.

A la conférence de l'OMS à Alma-Ata en 1978 apparaît la stratégie des soins de santé primaires qui vise à mettre un frein à cette dépendance, en s'appuyant sur les ressources locales, tant humaines que thérapeutiques. C'est l'époque du développement autocentré, communautaire, de l'apologie des médecines traditionnelles. L'incapacité des Etats du Sud à gérer les coûts des systèmes de santé importés et copiés sur l'Occident explique cette volonté. Cette revendication d'autonomie, parfaitement fondée, demeure, mais aujourd'hui elle ressemble aux fumerolles qui suivent les feux de paille. Faute de volontés politiques et de moyens financiers, les soins de santé primaires ont produit plus de démagogie que de progrès sanitaires. C'est à cette même époque que l'OMS osa afficher le programme de « la santé pour tous en l'an 2000 » soit vingt-deux ans d'illusions toxiques et de discours démagogiques

pour un quasi-retour à la case départ, voire pire. Car au-delà de bonnes intentions verbeuses le pétrole intéressait plus que la santé et l'ajustement structurel remplaça très rapidement dans les années 80 les illusions gauchistes, ou progressistes, ou nationalistes, suivant les qualificatifs néolibéraux en usage à l'époque. La guerre froide alimentait évidemment tous ces feux. L'ajustement structurel était imposé par la Banque mondiale à la planète. C'est une vision néolibérale de la gestion économique, sociale, sanitaire du monde qui est mise en œuvre à coup de plans de réformes et de financements conditionnels afin de démanteler les systèmes nationaux, y compris de santé, pour les rendre plus rentables, plus performants, concurrentiels, moins publics, plus privés, suivant les canons de la pensée unique. La notion d'ajustement structurel s'est avancée masquée dans les oripeaux de l'économie, mais il s'agissait d'une réforme tout autant sociale, culturelle que sanitaire des sociétés. Sous le prétexte de rentabilité, de flexibilité, de performance, c'est tout le domaine public, la notion de bien public, qui étaient remis en question. L'ajustement structurel appliqué à la santé dans les années 80-90 était pudiquement appelé réforme du secteur santé. Cette réforme, toujours à l'ordre du jour dans les instances multilatérales, a mis en avant l'autonomie hospitalière, c'est-à-dire la nécessité comptable d'un système non déficitaire supposant un recouvrement des coûts. Cet appel au paiement par les usagers instaure un prix du service, un marché de la santé, là où auparavant régnait la subvention étatique, la charité missionnaire, en tout cas une prise en charge gratuite ou à faible coût. Parallèlement était favorisé le développement du secteur privé, c'est-à-dire l'attribution au secteur privé des soins les plus rémunérateurs (chirurgie, analyses), l'hôpital public étant réduit à facturer une prise en charge médiocre à son prix. Si l'introduction d'une certaine rentabilité est bien rationnelle, la mise en œuvre radicale de ce critère, sans mesure ni discernement, en pleine illusion idéologique, s'est avérée mortifère pour la plupart des systèmes de santé. La santé est-elle en effet une marchandise comme les autres ?

Cette réforme, au singulier, mondiale, globale, unique, établit une barrière entre les patients solvables, consommateurs de biens de

santé (médicaments en particulier) et les autres, diagnostiqués, frappés par la maladie de pauvreté justiciable, elle, d'un traitement humanitaire. Ainsi s'est installé, sans jamais déclarer autre chose que de bonnes intentions, un paysage dominé par les programmes multilatéraux de la Banque mondiale, de l'Union européenne, ou de l'OMS. Ces programmes assurent ou subventionnent une grande partie de la prévention : les campagnes de vaccination, la lutte contre des pathologies majeures et leur transmission (SIDA, paludisme...), la veille épidémiologique, dont les Etats n'ont ni les ressources financières, ni les moyens techniques. Cette prévention, financée par les pays dits riches, protège aussi – et évidemment – les ressortissants occidentaux, touristes, et protège contre les risques sanitaires des migrations. Elle n'est pas généreuse mais intéressée. Les capacités qui restent aux Etats du Sud dans ce partage des responsabilités consistent à entretenir les hôpitaux et le matériel, à payer les salaires des personnels. Ces fonctions sont, le plus souvent, mal assumées. Dans certains pays, nombreux, l'Etat n'assure plus que la fiction d'un système de santé en état de délabrement chronique. Le propos n'est pas ici de faire l'apologie du passé mais de mesurer une évolution en forme de rupture profonde dont personne n'a jamais parlé lorsque les choix, largement idéologiques, furent opérés. Nous ne sommes plus désormais en présence de systèmes de santé nationaux, aptes à produire une politique autonome. Seule subsiste leur fiction, même parfois dans les pays du Nord. Le système global qui se met en place c'est un modèle unique, celui du marché de la marchandise santé en voie d'universalisation. Critiquer les dérives produites par une telle évolution, s'y opposer, suppose d'autres arguments que le simple idéalisme car la santé est un champ politique.

Recolonisation et domination par la santé

La pluralité des médecines à laquelle s'intéressaient les anthropologues dans les années 70 est un phénomène marginal, peu problématique dès lors qu'il s'agit d'une marchandise comme les autres (culture, religion, santé) c'est-à-dire d'un hochet culturel. Les vrais enjeux s'observent dans les laboratoires pharmaceutiques et

les institutions multilatérales désormais. Avant de chercher des alternatives naïves ou idéalistes puisées dans le passé, affronter la réalité de la santé unique se présente comme une nécessité. Il s'agit d'abord du constat de l'évolution en cours, soigneusement occulté. Cette évolution est celle d'un rapport politique de domination par la santé (entre autres). La marchandise globale de santé, ce modèle unique, dont la contestation est limitée et presque insignifiante, installe une interdépendance généralisée qui se nourrit des dépendances de tous les consommateurs de soins, captifs dans le marché mondial des biens de santé. Parce que la santé constitue un bien ou une valeur particulière, qui s'aperçoit qu'elle est gérée comme une marchandise du capitalisme, comme les autres ? Parallèlement à la domination politique occidentale (américaine surtout), à la domination économique qui fonde le capitalisme néolibéral, une domination dans et par la santé s'observe. Il s'agit d'un des chapitres de la globalisation qui s'installe et de l'asservissement généralisé qui en résulte. Face à une telle situation, et pour ceux qui la jugent profondément contestable, la simple consommation de tisanes naturelles et de bonnes intentions apparaît comme un médicament de confort sans effets politiques. Tant que la santé publique ne dépendra que du seul souci de savoir qui paye et comment se prémunir contre le mal des autres, il y a tout lieu de présumer qu'elle demeurera aussi chaotique qu'inéquitable. Mais, sauf pour les malades, c'est une affaire des plus profitables.

Hours Bernard. (2010)

Logiques sociales et normes globales : la santé unique.

In : Hours Bernard (ed.), Selim Monique (ed.).

Anthropologie politique de la globalisation

Paris : L'Harmattan, p. 55-63. (Anthropologie Critique)

ISBN 978-2-296-11169-1