



# LE DÉFI DE L'ÉQUITÉ ET DE L'ACCESSIBILITÉ

EN SANTÉ DANS LE TIERS-MONDE

ENTRE DROIT FONDAMENTAL, JUSTICE SOCIALE ET LOGIQUE MARCHANDE

Sous la direction de

**Hachimi Sanni Yaya**

*pul* L'Harmattan

## CHAPITRE 10

# La santé des pauvres dans un monde globalisé : défis, opportunités et choix stratégiques

**Mohamed Behnassi et H. Sanni Yaya**

Au lieu de faire des milliards de laissés pour compte, la mondialisation doit devenir une force positive pour tous les peuples du monde : c'est là notre plus grand défi. Pour profiter à tout un chacun, elle doit certes s'appuyer sur les dynamiques du marché mais elle doit aller bien au-delà. Elle doit nous servir à bâtir ensemble un avenir meilleur pour l'humanité entière, dans toute sa diversité. [...] Nous devons apprendre à gouverner mieux, et à gouverner mieux ensemble... Le plus important, c'est que l'être humain soit au centre de tout ce que nous faisons.

**Kofi Annan**, Ex-Secrétaire général des Nations-Unies, 3 avril 2000

## INTRODUCTION

Ces dernières décennies ont vu l'émergence et le renforcement d'un paradigme économique et politique qui se focalise sur la dérégulation des marchés internes et la suppression des barrières commerciales et financières au niveau mondial<sup>1</sup>. L'adoption d'un tel paradigme remonte aux années 1980 avec l'adoption de politiques de dérégulation, de libéralisation commerciale et de privatisation. Cela ne signifie pas pour autant que les échanges internationaux intenses sont un phénomène inédit parce qu'aussi

---

1. Cornia, Giovanni A. (2001), « Globalization and Health: Results and Options », *Bulletin of the World Health Organization*, 79 (9), p. 834-841.

loin qu'on puisse remonter dans l'histoire de l'humanité, les forces du commerce, la migration, la guerre et la conquête ont mis en contact des individus et des communautés situés dans des lieux distants. Toutefois, ce processus s'est intensifié durant les années 1990 avec la suppression des barrières commerciales à l'échelle internationale, la croissance spectaculaire de l'investissement direct étranger (IDE) et la formation de flux financiers. Aujourd'hui plus que jamais auparavant, force est de constater que ces phénomènes qui se produisent dans des espaces éloignés, touchent de près nos vies quotidiennes et sont ressentis aux portes même de nos foyers<sup>2</sup>.

L'économie mondiale a depuis connu une croissance spectaculaire du volume des flux transfrontières, en particulier les flux commerciaux, financiers et informationnels, et des changements profonds ont accompagné ces transformations. De tels changements reflètent, entre autres, une considérable ouverture des économies des pays du Sud, comme réponse aux programmes prescrits par le Fonds monétaire international (FMI) et la Banque mondiale. Dans le domaine du commerce, cette ouverture a été consolidée par les Accords du GATT qui donneront plus tard naissance à l'Organisation mondiale du commerce (OMC). Néanmoins, il faut souligner que le point de différence majeur entre la phase actuelle de la mondialisation et celle remontant aux siècles précédents réside dans la composition des flux transfrontières de personnes. Ces flux sont de plus en plus dominés par les voyages et le tourisme<sup>3</sup>, avec une proportion très limitée d'émigrants légaux. Ceci s'explique par le fait que les pays du Nord ont adopté au cours des dernières années des politiques d'immigration restrictives en matière de nouveaux arrivants, à l'exception des personnes très qualifiées ou d'investisseurs étrangers.

La mondialisation, au sens général du terme, constitue à la fois le processus et le résultat selon lesquels les phénomènes de divers ordres (économie, environnement, politique, etc.) tendent à revêtir une dimension planétaire. Selon l'échelle d'analyse adoptée, la mondialisation peut être

---

2. Frenk, Julio et Octavio Gómez-Dantés (2002), « Globalization and the Challenges to Health Systems », *Health Affaire (Millwood)*, May-June, 21(3), p. 160-5.

3. Le degré de rapprochement dans notre monde peut être illustré par le nombre de voyageurs internationaux qui a triplé de 1980 à nos jours et se chiffre maintenant à plus de trois millions de personnes par jour. De plus, et déjà en 2000, pour la première fois dans l'histoire, 100 millions d'appels téléphoniques étaient internationaux. Le mouvement anti-mondialisation lui-même s'est mondialisé en 2001 lorsque des activistes venus de partout dans le monde se réunirent à l'occasion du Premier Forum social international à Porto Alegre (Brésil). Frenk, Julio et Gómez-Dantés, Octavio (2002), op. cit.

caractérisée de trois manières : une « *déterritorialisation des identités, des modes de vie et des imaginaires* » ; une mise en contact de sujets appartenant à des espaces culturels et sociaux différents ; et une intense et large circulation de capitaux, de biens et de techniques et, d'un point de vue épidémiologique, d'agents pathogènes<sup>4</sup>. De plus, elle a entraîné une multiplication accrue d'acteurs, de logiques, de pratiques et d'espaces dans les domaines de la santé, que ce soit dans son amélioration, sa prise en charge mais aussi dans sa dégradation. À cela, s'ajoute le fait que le transfert de l'examen des questions humaines du cadre restreint de l'État-nation au vaste espace de la planète, a des répercussions non seulement sur le commerce, les finances, la science, l'environnement, le crime et le terrorisme, mais également sur la santé<sup>5</sup>. On a déjà constaté que « *les distinctions entre les problèmes de santé nationaux et internationaux perdent leur utilité et à l'occasion, causent une certaine confusion* »<sup>6</sup>. En sus des problèmes nationaux, l'ensemble des pays du monde doit désormais faire face au transfert international des risques<sup>7</sup> à cause de l'élimination virtuelle du temps et de la distance, et saisir les opportunités qui s'offrent dans le domaine de la santé.

Selon Fritz<sup>8</sup>, deux discours dominant le thème de la santé et de la mondialisation. D'un côté, la planète n'a jamais été aussi riche, la science et la technique n'ont jamais connu un tel niveau de développement et les droits humains n'ont jamais été autant promus. Cela peut sembler vrai en apparence si l'on se fie à certains chiffres, d'après les outils méthodologiques utilisés. D'un autre côté, certains estiment que même si la santé n'a pas de prix, elle a un coût que les gouvernements ne peuvent plus assumer. Il faudrait donc peut-être revoir le rôle de l'État à ce chapitre. Bien que ces deux discours entrent en contradiction, ils s'articulent de manière cohérente dans la logique de la mondialisation actuelle. Dans cette optique, il ne resterait plus qu'un effort à déployer afin que le marché soit érigé en divinité et couvre toutes les activités de la vie : tous « *ceux qui comptent* », ceux qui le méritent, auront leur récompense... On prend alors conscience que cette

4. Woodward, David et al. (2001), « Globalization and Health: A Framework for Analysis and Action », *Bulletin of the World Health Organization*, 2001, 79 (9), p. 875-881.

5. Frenk, Julio et Octavio Gómez-Dantés (2002), op. cit.

6. Board on International Health, Institute of Medicine (1997), *America's Vital Interest in Global Health: Protecting our People, Enhancing our Economy, and Advancing our International Interests*, Washington, D.C. : National Academy Press.

7. Le cas le plus évident d'élimination des frontières en matière de santé est la propagation des maladies transmissibles.

8. Fritz, Jean-Claude (2003), « La « mise en jeu » de la santé par la mondialisation », *Santé publique*, vol.15, n° 3, p. 257-266.

cohérence apparente ne se réalise qu'au prix de l'exclusion ou de la marginalisation d'une grande partie de la population mondiale<sup>9</sup>.

Selon le même auteur, une fois que l'on quitte l'abstrait et le global pour aborder le concret et le singulier, l'image perçue s'écarte sensiblement de celle suggérée par ces différents discours :

- l'espérance de vie est en baisse dans plusieurs pays qui semblent n'avoir pas encore entamé leur transition épidémiologique, notamment ceux frappés par certaines maladies incurables comme le VIH/Sida, le paludisme, etc. ;
- la mortalité infantile et maternelle est en forte hausse dans des régions instables sur le plan de la sécurité (République démocratique du Congo, Libéria, Soudan, Éthiopie, Irak, Palestine, etc.) ;
- des millions de personnes, surtout des enfants et des femmes, meurent à la suite de conflits et d'embargos imposés par les organisations internationales ou les grandes puissances ; il faudra se préparer à davantage de souffrances et de destructions à l'avenir si la communauté internationale ne se mobilise pas ;
- la famine se répand comme une traînée de poudre dans certains pays d'Afrique (Zimbabwe, etc.) ; les catastrophes écologiques et les décisions politiques, mais surtout la politique économique internationale *exclusive* développée depuis quelques décennies, expliquent en partie cet état de fait.

Plusieurs pays pourraient être ajoutés à ce répertoire. On constate l'existence d'un état de mal-être qui tend à s'aggraver, notamment dans certaines régions d'Afrique, du Moyen-Orient et d'Amérique latine<sup>10</sup>.

Il faut souligner que la mondialisation « réelle » présente diverses caractéristiques qu'il s'avère important de saisir pour comprendre sa configuration, son fonctionnement et ses conséquences : elle est centrée sur l'individu, *l'économicisme*<sup>11</sup>, l'abstraction et une vision axée sur le court terme qui vise le « *ici et maintenant* ». Par ailleurs, les défis auxquels le processus de mondialisation confronte la santé sont multiples : trois d'entre eux, qui sont d'une ampleur considérable et liés à la logique de la mondialisation actuelle, méritent d'être soulignés. La diffusion d'une culture d'exclusion, l'aggrava-

9. Frenk, Julio et Octavio Gómez-Dantés (2002), op. cit.

10. Fritz, Jean-Claude (2003), op. cit.

11. Approche particulière de l'économie centrée sur un certain type de rationalité financière.

tion des inégalités et l'affrontement entre le « *droit à la santé* » et le « *marché de la maladie* »<sup>12</sup>.

La mondialisation exerce certainement un impact complexe sur la santé<sup>13</sup>. Ses effets sont conditionnés par la croissance et la distribution du revenu, la disponibilité des services sanitaires et d'autres services connexes ainsi que le stress et autres facteurs dont la contribution a été récemment évaluée<sup>14</sup>. La situation de la santé est encore affectée par les conditions initiales de chaque pays objet de réformes : par ex. la taille et la spécialisation internationale de son économie, la disponibilité et la distribution de ses ressources, son infrastructure et son capital humain, et enfin la qualité de ses politiques internes<sup>15</sup>.

En conséquence, la mondialisation apparaît comme un défi pour les décideurs politiques et les professionnels de la santé, et toute optimisation de ses retombées ne peut être réalisée que lorsque la promotion de la santé et du bien-être s'érigera en un véritable objectif pour les pouvoirs publics et les acteurs du système économique international. Cependant, en dépit de l'existence d'une littérature grandissante sur l'importance de la mondialisation pour la santé, il y a encore des divergences sur les façons et les mécanismes avec lesquels la mondialisation affecte la santé des populations ou sur la nature des réponses politiques appropriées. Il existe indéniablement une tension entre les nouveaux mécanismes, règles, acteurs et marchés qui caractérisent la phase actuelle de la mondialisation et la capacité des États-nations à protéger et promouvoir la santé publique<sup>16</sup>.

Le présent article s'inscrit dans cette perspective. Il se propose, d'une part, d'apporter des éléments de réponse aux différentes questions relatives aux impacts de la mondialisation sur la santé, sur la gestion des systèmes de santé et sur la définition des politiques sanitaires des pays du Sud. Nous proposerons ensuite quelques recommandations susceptibles d'aider ces pays à contrôler, diminuer et prévenir les conséquences négatives sur la santé de leur population, d'une mondialisation aussi productrice d'inégalités et de distorsions en matière d'accès et de recours aux soins, puis nous exami-

---

12. Fritz, Jean-Claude (2003), op. cit.

13. McMichael, Anthony J. et Robert Beaglehole (2000), « The Changing Global Context of Public Health », *Lancet*, 356, p. 577-582.

14. Cornia, Giovanni Andrea et Renato Panicià (2000), *The Mortality Crisis of Transitional Economies*, Oxford : Oxford University Press.

15. Cornia, Giovanni A. (2001), op. cit.

16. Woodward, David et al. (2001), op. cit.

nerons les options stratégiques possibles pouvant permettre de saisir les opportunités offertes par ce phénomène dans le secteur socio-sanitaire.

## IMPACTS DE LA MONDIALISATION SUR LA SANTÉ

La mondialisation est un processus complexe qui entraîne la disparition des cloisonnements traditionnels entre individus et communautés. Au cours des dernières années, elle n'a eu cesse de distiller ses conséquences dans tous les domaines. Environnement, travail, économie, éducation et santé sont concernés. Dans ce nouveau paysage en mouvement, les questions relatives à la santé – celle des individus sur les plans économique, écologique, sanitaire et de bien être – présentent des défis nouveaux qui dépassent le cadre des frontières nationales et qui ont un impact sur la sécurité. En effet, la mondialisation représente à présent un défi majeur pour la santé publique, surtout dans les pays du Sud, mais ses liens avec la santé sont complexes. Aux fins de cette analyse, et considérant la diversité des défis auxquels le processus actuel de mondialisation confronte la santé, nous examinerons quelques uns d'entre eux, parmi les plus importants.

## MONDIALISATION ET TRANSFERT INTERNATIONAL DES RISQUES SANITAIRES

Le cas le plus évident d'élimination des frontières en matière de santé est la propagation des maladies transmissibles. Si le caractère cosmopolite des maladies infectieuses remonte à plusieurs années, ce qui est nouveau, c'est l'échelle de ce que d'aucuns ont appelé le « *trafic des microbes* ». En effet, la multiplication explosive du commerce et les voyages internationaux produisent des milliers de contacts potentiellement infectieux, dans un contexte où les transports aériens ont réduit de façon significative le temps des vols intercontinentaux à une durée inférieure à la période d'incubation de n'importe quelle maladie infectieuse humaine<sup>17</sup>.

Les derniers ajouts à la liste des épidémies mondiales sont le syndrome respiratoire aigu sévère (SRAS), la grippe aviaire et la grippe porcine. Celles-ci constituent des dangers éminents à l'échelle régionale et mondiale,

---

17. Ainsi, *Aedes aegypti*, un puissant vecteur du virus de la dengue, a été introduite aux États-Unis durant les années 80, dans une cargaison de pneus usagés provenant du Nord de l'Asie. De même, la flambée de choléra au Pérou qui a éclaté en 1991, est devenue une épidémie à l'échelle continentale dans une question de semaines. Voir à ce propos : Frenk, Julio et Gómez-Dantés, Octavio (2002), op. cit.

mais de nombreux spécialistes anticipent déjà des pandémies plus alarmantes<sup>18</sup>. À cet égard, deux enjeux se posent : en premier lieu, il est indispensable de concevoir des médicaments plus efficaces contre les maladies virales et plus spécifiquement, contre la grippe. L'autre enjeu consiste en la nécessité de nouvelles technologies permettant de produire des vaccins contre la grippe qui soient plus économiques et à effets plus rapides. C'est là un défi de taille, compte tenu de la demande qui résulterait en cas de pandémie de cette nature<sup>19</sup>. En outre, il faut élargir la capacité de production de ces vaccins grâce au renforcement de l'infrastructure, à la formation des ressources humaines et au transfert de technologies vers un nombre plus élevé de pays que le club restreint de nations qui sont en mesure de produire actuellement de tels vaccins. Ceci représente une préoccupation, particulièrement dans les pays en développement qui disposent de peu de ressources et de capacités pour y faire face.

La propagation accélérée des maladies infectieuses est liée aux changements radicaux que connaît le monde ainsi qu'aux différents styles de vie, ce qui a porté Karlen (1995) à faire état d'une nouvelle ère bio-culturelle<sup>20</sup>. En effet, pour compliquer davantage le tableau, les microbes et les voyageurs ne sont pas uniquement les seuls à passer d'un pays à un autre. Les idées et les styles de vie reflètent la même tendance. Le tabagisme et l'obésité offrent les meilleurs exemples de risques de santé liés à la mondialisation qui imposent un double fardeau aux systèmes de santé à travers le monde, et cette situation aggrave encore davantage les inégalités existantes. En fait, les problèmes qui affectent présentement les pauvres, comme la malaria ou le Sida, ne sont pas les seuls problèmes que ceux-ci seront appelés à affronter. Les décès liés à la consommation du tabac sont de plus en plus enregistrés dans les pays en développement, lesquels sont démunis de structures légales et régulatrices pour contrecarrer l'énorme pouvoir des sociétés multinationales<sup>21</sup>. La seule façon de freiner ce pouvoir est d'assortir les politiques

18. Osterholm, Michael T. (2005), «Preparing for the next pandemic», *New England Journal of Medicine*, 352(18), p. 1839-42.

19. Garret, Laurie (2005), «The Next Pandemic», *Foreign Affairs*, 84, 4, p. 3-23.

20. Karlen, Arno (1995), *Man and Microbes. Disease and Plagues in History and Modern Times*, New York: Simon and Schuster.

21. Le Maroc compte parmi les rares pays en développement qui a adopté une législation anti-tabac interdisant le tabac dans les lieux publics ainsi que la vente des cigarettes aux mineurs de moins de 18 ans. Ce texte vise à réduire substantiellement la consommation du tabac, renforcer les dispositions légales pour la prévention du tabagisme, combler le vide juridique qu'est l'absence de sanctions et limiter les effets néfastes du tabagisme sur la santé, en particulier chez les jeunes et les mineurs.



nationales d'instruments d'envergure internationale, comme la Convention-cadre de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) sur la lutte contre le tabagisme, le premier traité international de santé publique.

Mais selon Frenk et Gómez-Dantés (2002)<sup>22</sup>, la mondialisation de la santé va beaucoup plus loin que les maladies et les risques. Elle inclut également les produits destinés à la santé. Pour ne mentionner qu'un exemple, les normes régissant l'accès aux médicaments qui exigent une prescription dans un pays peuvent être subverties lorsqu'un pays voisin permet l'acquisition sans discernement d'antibiotiques, encourageant ainsi l'apparition de microbes résistants dans les deux pays. Le commerce croissant de services et de médicaments sur Internet offre encore un autre exemple d'une situation qui a des incidences potentielles sur la prescription irrationnelle de médicaments et la propagation subséquente de microbes résistants. Par ailleurs, les efforts récemment déployés par l'OMS pour contrôler cette tendance démontrent qu'il ne s'agit pas ici d'un phénomène marginal.

Il apparaît clairement que tous ces éléments constituent des facteurs contextuels qui limitent l'impact définitif des produits de santé, particulièrement les médicaments et les vaccins, étant donné qu'en fin de compte, toutes les innovations technologiques doivent se produire au moyen de systèmes de santé concrets. Comme nous l'avons vu lors des vives discussions qui se sont déroulées au sujet de l'accès aux médicaments contre le Sida, le développement de médicaments efficaces, en l'absence de structures adéquates facilitant leur accès aux patients, peut créer des dilemmes d'ordre éthique et politique très graves. Fort heureusement, ce domaine est l'un des secteurs où l'interdépendance a ouvert de nouvelles voies qui facilitent une initiative collective à l'échelle internationale. Ainsi, les premiers efforts déployés durant les années 90 pour réduire les coûts des médicaments contre le Sida ont abouti à des résultats très modestes. Il y a quelques années, cependant, une forte mobilisation internationale a pu persuader plusieurs multinationales pharmaceutiques de conclure des accords avec les pays en développement pour obtenir des réductions substantielles des prix des médicaments.

Les crises sanitaire et écologique mondiales sont en interdépendance croissante et les changements qui ont touché l'environnement physique et biologique de notre planète peuvent avoir des conséquences majeures sur la santé humaine. Dans une certaine mesure, de tels changements sont inévitables parce l'environnement en a sérieusement pâti dans le passé, même

---

22. Frenk, Julio et Octavio Gómez-Dantés (2002), *op. cit.*

si ses conséquences ne sont pas encore pleinement visibles (par exemple les émissions passées des gaz à effet de serre ainsi que les substances amenuisant la couche d’ozone continueront de produire leurs effets dans les décennies à venir malgré la mise en œuvre des mesures visant la lutte contre ces deux défis mondiaux). De plus, des menaces imprévisibles et rapides à la santé peuvent probablement émerger dans le futur comme conséquence des différents dégâts touchant actuellement les systèmes écologiques qui maintiennent la vie humaine sur terre. Les processus étant non-linéaires dans ces systèmes, toute amplification des pressions signifie que nous ferons face à des surprises : par ex. le réchauffement continu de la surface des mers à cause du changement climatique peut, à un certain niveau, produire des modifications profondes des directions des courants d’air, ce qui peut en conséquence altérer gravement les climats régionaux<sup>23</sup>. La santé humaine est entièrement dépendante, à long terme, de la préservation du bon fonctionnement des systèmes écologiques. Cela signifie que le développement humain ne peut être durable sans qu’il soit écologiquement durable.

## MONDIALISATION ET DIFFUSION DES VALEURS TOXIQUES

En reprenant le sens traditionnel du mot toxique, « *ce qui agit comme poison* » (au sens figuré, ce qui est « *nuisible* »), et en considérant la culture comme un ensemble complexe de valeurs, d’attitudes, de comportements et de politiques, nous sommes d’avis que « *ce qui fait de notre société une culture toxique, ce sont les arrangements sociaux qui encouragent et excusent la détérioration de l’environnement et de la santé humaine* »<sup>24</sup>. En élargissant la réflexion, Fritz (2003) a distingué entre diverses modalités d’expression de cette culture toxique. La dégradation de l’environnement est l’un des aspects les plus évidents, aux facettes multiples : les pollutions de l’air, de l’eau, du sol, la destruction des écosystèmes et de la diversité biologique, la contribution humaine au changement climatique, etc. en sont quelques exemples. Elle est porteuse de perte de ressources naturelles conduisant à l’insécurité alimentaire et de diffusion de maladies liées aux pollutions et aux contaminations<sup>25</sup>. Par ailleurs, dans les pays en développement, des dizaines de milliers de personnes meurent chaque année de maladies liées aux pesticides

23. Woodward, Alistair et al. (2000), « Protecting Human Health in a Changing World: The Role of Social and Economic Development », *Bulletin of the World Health Organization*, 78 (9), p. 1148-1155.

24. Hofrichter, Richard (2000), *Reclaiming the Environmental Debate. The Politics of Health in a Toxic Culture*, Cambridge : MIT Press.

25. Fritz, Jean-Claude (2003), op. cit.

employés dans l'agriculture et des millions d'individus sont affectés de troubles respiratoires liés à l'oxyde de carbone et aux multiples composants chimiques dispersés dans l'atmosphère en raison de l'activité économique. Par ailleurs, l'urbanisation croissante, conçue de manière souvent incohérente et inadaptée, contribue à accélérer la reprise de certaines maladies comme le paludisme et le choléra. Ces atteintes à l'environnement peuvent contribuer à des affaiblissements et dysfonctionnements des systèmes immunitaires avec comme conséquence la mauvaise santé et la mort<sup>26</sup>.

Sur le plan économique, le chômage accru, la précarité du travail, son intensification et sa faible rémunération dans plusieurs pays en développement sont la traduction de cette attitude où la fin justifie les moyens. Lorsqu'on connaît le rôle que la sécurité économique et le plein emploi jouent dans les grands déterminants de la santé des populations, la conséquence sur la santé est évidente. D'une certaine manière, cette mondialisation affecte également la santé des enfants d'une façon indirecte qui reste généralement méconnue. La participation croissante des femmes au marché de l'emploi en est un exemple. Dans la plupart des pays de sous-traitance, une grande partie des travailleurs des secteurs de production à vocation exportatrice sont des femmes. Si cela peut relever d'un choix libre, ce qui n'est pas toujours le cas, cette participation des femmes aux activités de production dans les plus grandes entreprises manufacturières peut certes avoir des impacts positifs sur les revenus des familles et sur le pouvoir de négociation des femmes au sein de leurs familles, et par extension sur leurs enfants. Cependant, le fait que la croissance de l'activité économique, en raison de l'implication des femmes dans plusieurs pays, n'est pas accompagnée d'un développement adéquat des services à la petite enfance pose des problèmes quant à la santé à la fois des mères et des enfants<sup>27</sup>.

Il est indéniable que le processus de mondialisation économique a enrichi plusieurs pays du point de vue scientifique et culturel et a même été bénéfique sur le plan économique. Mais, il a, au même moment, contribué à l'accroissement de la pauvreté et des inégalités sociales, en plus de participer à l'effritement du lien social et des systèmes de solidarité, tout en contribuant à l'aggravation des atteintes aux droits de nombreuses populations. La santé est indéniablement l'un de ces droits, et il est regrettable de constater que les États aussi bien que plusieurs institutions internationales lui ont accordé beaucoup moins d'importance que les droits civils et politiques pendant

---

26. Engel, Cindy (2002), *Wild Health*, London: Weidenfeld and Nicholson.

27. Cornia, Giovanni A. (2001), *op. cit.*

des années. Aux côtés des États, la mondialisation économique et financière a renforcé le rôle de nouveaux acteurs (ONG et OIG telles que l'OMC, l'OCDE, l'UE, le FMI et la Banque mondiale), et il est clair que le bien-être des populations ne dépend plus seulement des gouvernements, mais aussi des politiques menées par ces nouveaux joueurs.

Il faut garder présent à l'esprit qu'au-delà des politiques mises en place par les pouvoirs publics, afin de protéger et mettre en œuvre l'accès à la santé, le phénomène de mondialisation que nous connaissons tend à démultiplier les occasions où cet accès est réduit sinon bafoué. Les conflits, la pauvreté et les catastrophes naturelles constituent des obstacles majeurs qu'on ne peut nier. Mais ils ne sont visiblement pas les seuls car nombreuses sont les nouvelles causes de déstabilisation sociale qui ont des impacts négatifs sur l'état de santé de populations vulnérables. Les règles du commerce international et les valeurs qui le sous-tendent semblent parfois incompatibles avec la protection de la santé. On n'a qu'à se rappeler les batailles acharnées menées par les empires pharmaceutiques dans le but d'interdire la production de médicaments génériques contre le Sida, au nom des droits de propriété intellectuelle, et au mépris du droit à la santé. En outre, les politiques menées par des organisations comme la Banque mondiale et le FMI au nom d'un quelconque ajustement structurel semblent restreindre l'accès aux services de base (eau potable, éducation, logement, etc.) qui sont pourtant des déterminants importants en matière de santé des populations. Enfin, les délocalisations et la forte concurrence que se livrent les firmes multinationales dans la quête d'une plus-value actionnariale mettent en péril, de par les activités de ces firmes, la santé des populations des pays du Sud, car nombreuses sont les firmes qui ne respectent pas les normes sociales et environnementales qui leur sont pourtant imposées au Nord.

## **LES INÉGALITÉS MONDIALES : UNE MENACE POUR LA SANTÉ DES PAUVRES**

Il est vrai qu'avec la mondialisation, les cloisonnements traditionnels entre individus et communautés disparaissent. Pourtant, d'autres formes de clivage apparaissent : les inégalités économiques à grande échelle ont rarement été aussi marquées qu'aujourd'hui<sup>28</sup>, tant entre les pays pauvres et les

---

28. Les inégalités ont augmenté de manière spectaculaire dans les vingt dernières années. L'écart entre les 20% les plus riches et les 20% les plus pauvres est passé de 1 à 30 vers 1950 à 1 à 78 vers la fin des années 1990. Les inégalités n'ont pas épargné les pays occidentaux, avec une sensible augmentation des enfants vivant dans la pauvreté, atteignant ou

pays riches qu'à l'intérieur même de ces pays, entre couches sociales aisées et défavorisées. Face à ces injustices criantes, les médias ont un rôle considérable à jouer. En effet, chacun d'entre nous peut connaître les conditions d'existence de part et d'autre de ces clivages économiques. Dans les pays développés, on reçoit de l'information, sur ce qui se déroule ailleurs, en Afrique, en Asie et en Amérique Latine. On comprend, on sait ou au minimum on voit ce qui s'y passe via les médias. Ces informations comportent évidemment des distorsions et l'objectivité est un idéal rarement atteint. Mais il n'en demeure pas moins que l'information reste très accessible au Sud. Ce qui est nouveau, c'est la circulation réflexive de cette même information au Sud. En Afrique, en Asie et en Amérique Latine, les gens voient aussi, et pour ainsi dire en temps réel, comment les autres vivent en Occident. Plus encore que dans le cas précédent, ces informations sont aussi chargées de distorsions. Dans beaucoup de régions du globe, leur accès même reste limité. Au travers de ces représentations médiatiques, le mode de vie occidental est envié et peut sembler idéal. Être confronté à des représentations d'un bien-être inatteignable est en soi source de souffrance psychique, de colère et de désarroi. Cette circulation réflexive de représentations déformées de l'autre contribue à nourrir de nouvelles formes d'antagonisme à distance<sup>29</sup>.

Toutefois, il faut souligner que, dans le cadre du débat portant sur la mondialisation et la distribution du revenu, la plupart des défenseurs de la libéralisation et de la mondialisation soutiennent que les impacts de telles politiques en terme de distribution sont neutres<sup>30</sup>, et que les inégalités de revenus dans les pays sont restées généralement stables durant les dernières décennies<sup>31</sup>. Ils ont même avancé que les exportations de biens intensifs en termes de travail ont contribué à la réduction des inégalités d'accès au revenu

---

dépassant 20% du total dans des pays comme la Grande-Bretagne ou les États-Unis, membres du « club » le plus exclusif des grandes puissances, le G8. L'inégalité économique s'est renforcée au niveau des revenus comme au niveau des fortunes. À titre d'exemple, au début de la décennie 1990 dans le secteur de la santé, le PDG d'une grande société hospitalière américaine disposait vraisemblablement d'un revenu équivalent à presque deux millions de fois celui d'un médecin de certaines républiques de l'ex-URSS en cours de désintégration-transition.

29. Eytan, Ariel (2005), « Mondialisation et santé mentale », Conférence présentée à Genève dans le Service de psychiatrie gériatrique, Disponible en ligne : <http://revue.medhyg.ch/infos/article.php3?sid=2412> [15 mars 2009]
30. Dollar, David (2001), « Is Globalization Good for your Health », *Bulletin of the World Health Organization*, n° 79, p. 832-833.
31. Hongyi Li, Lyn Squire et Heng-fu Zou (1998), « Explaining International and Inter-temporal Variations in Income Inequality », *Economic Journal*, 108, n° 446, p. 26-43.

dans toute la société<sup>32</sup>. Néanmoins, ces opinions ont été contredites par des études plus récentes<sup>33</sup>. Celles-ci soutiennent que la relation entre les réformes stimulées par la mondialisation et l'inégalité au sein des pays reste complexe et peut conduire à des conclusions différentes en fonction du type de réforme et de la région analysée.

En termes de réduction des inégalités, l'effet positif de la mondialisation se manifeste largement dans les pays en transition économique par rapport à d'autres pays développés ou en développement. Toutes ces études montrent que chaque instrument politique de la mondialisation produit des effets en termes d'inégalité à l'intérieur des pays et comprennent des analyses détaillées sur les mécanismes expliquant une telle situation. À titre d'exemple, l'étude de Behrman et al.<sup>34</sup> a montré que l'instrument politique le plus puissant, produisant l'inégalité, est la libéralisation financière internationale suivie au niveau interne des pays, par des politiques de libéralisation financière et de réforme fiscale. La libéralisation commerciale, par contre, n'avait aucun impact en termes d'inégalité. Mais cela n'est pas vrai pour la libéralisation du marché de l'emploi, et la montée de la sous-traitance en raison de la mondialisation, dans la mesure où ces deux phénomènes ont affecté le pouvoir de négociation collective, les niveaux des salaires et la santé et sécurité au travail<sup>35</sup>.

On peut se demander également ici comment la montée des inégalités de revenus à l'intérieur d'un pays affecte la croissance et la pauvreté? Par définition, une grande polarisation des revenus réduit le rythme avec lequel la pauvreté peut être réduite par la croissance du revenu. À titre d'exemple, un modèle de croissance qui concentre de plus en plus l'activité économique dans de petits secteurs urbains produit l'inégalité et se montre incapable de réduire la pauvreté de masse dans le monde rural. Dans certains cas extrêmes, une augmentation rapide au niveau de l'inégalité des revenus peut amener

---

32. Wood, Adrian (1994), *North-South Trade, Employment and Inequality*, Oxford: Clarendon Press.

33. À titre d'exemple: Cornia, Giovanni A. et Kiiski, Sampsa (2001), «Trends in Income Distribution in the Post World War II Period: Evidence and Interpretation», Paper presented at: UNU/WIDER Conference on *Growth and Poverty*, Helsinki, 25-26 May (available at [www.wider.unu.edu](http://www.wider.unu.edu)).

34. Behrman, Jere R., Birdsall, Nancy et Miguel Székely (2000), «Economic Reform and Wage Differentials in Latin America», Washington, DC, Inter-American Development Bank. Research Department, *Working Paper* n° 435.

35. Cornia, Giovanni A. (2001), op. cit.

à une évolution des taux de pauvreté malgré la croissance de la moyenne du revenu par tête<sup>36</sup>.

Sur le plan politique, l'inégalité apparaît clairement, tant au niveau international que national ou local : dix pays sur plus de 180 disposent de la majorité absolue des voix au FMI et à la Banque mondiale, et indirectement, par le biais des moyens de pression économique, contrôlent également l'Organisation mondiale du commerce (OMC). Au Conseil de sécurité des Nations Unies, les États-Unis d'Amérique apparaissent clairement comme la puissance dominante, par leur poids militaire et leur pouvoir de sanctions économiques, parmi les cinq grandes puissances ayant le droit de veto. La santé est concernée par ce processus de concentration du pouvoir économique et politique de plusieurs manières. Tout d'abord la redistribution des revenus et de fortunes, qui se fait au profit des plus riches actuellement, explique le maintien et, dans certains cas, l'aggravation de la pauvreté. Or, la pauvreté, combinée à la précarité et à la vulnérabilité, qui souvent l'accompagnent, constitue une menace généralement reconnue pour la santé. La malnutrition, l'analphabétisme, l'insalubrité du logis, l'exposition non protégée à des polluants variés, le manque d'accès à l'eau potable, représentent quelques-unes des composantes de cette menace. L'inégalité va jouer dans le choix des domaines d'activité et des techniques, avec un investissement orienté vers les équipements et les recherches qui intéressent le plus la catégorie la plus riche de la population, c'est-à-dire celle qui détient le pouvoir économique, et aussi directement ou indirectement le pouvoir politique. De même, et dans des périodes de restrictions budgétaires, les coupes financières risquent de se faire dans des secteurs peu spectaculaires, mais fondamentaux pour la satisfaction des besoins de la santé de la population. La suppression des subventions, la réduction des services publics gratuits ou bon marché touchent souvent la santé des pauvres, et représentent un élément considérable, quoique pas toujours pris en compte, de leur appauvrissement durable<sup>37</sup>.

Il faut également souligner que les inégalités des revenus entre pays du Sud et pays du Nord, combinées à une mercantilisation progressive des systèmes de santé, sont considérées comme l'un des facteurs derrière la «*fuite des cerveaux*» vers les pays industrialisés. Les pays occidentaux sont actuellement en mesure d'offrir aux médecins, pharmaciens et infirmières, origi-

---

36. Ravallion, Martin (2001), « Growth, Inequality and Poverty: Looking beyond Averages », Paper presented at: UNU/WIDER Conference on *Growth and Poverty*, Helsinki, 25-26 May (available at [www.wider.unu.edu](http://www.wider.unu.edu)).

37. Fritz, Jean-Claude (2003), op. cit.

naires surtout des pays pauvres des possibilités de carrière avec des salaires plus élevés et des conditions de travail plus sécurisées<sup>38</sup>. Ce phénomène contribue substantiellement à la dégradation de l'état de santé des populations dans un certain nombre de pays (surtout africains) dans la mesure où il compromet la capacité des systèmes de santé à satisfaire les besoins primaires en termes de soins<sup>39</sup>.

Mais, au-delà de cette approche relativement classique de l'impact des inégalités sur la santé, se dégage de plus en plus l'idée que l'inégalité elle-même serait en quelque sorte pathogène et affecterait non seulement la santé des pauvres, mais aussi celle des riches. Les inégalités tendent à créer ou renforcer le stress, de même que les attitudes et comportements agressifs et violents. Chez les pauvres, c'est le combat permanent pour accéder aux ressources nécessaires à la survie, pour obtenir un travail ou un revenu permettant de faire vivre la famille, y compris en fournissant un travail familial peu payé ou gratuit parfois, celui des femmes et surtout des enfants, ou pour atteindre les performances de production exigées qui est préoccupant.

La culture provocante de la société de consommation multiplie aussi les frustrations et les réactions agressives qu'elles déclenchent. Chez les riches aussi, le stress grandit. Il est dû à une concurrence de plus en plus vive, à la nécessité d'agir de plus en plus rapidement. Il s'explique également et peut être plus fondamentalement encore par la crainte de perdre une partie de ce que l'on possède, par la peur d'être attaqué, enlevé, ou victime de chantage. Au-delà du risque de perdre ses biens, existe aussi le risque de perdre au jeu dans la nouvelle « *société de casino* », avec ses répercussions psychologiques. Il n'est pas étonnant dès lors, de voir des dirigeants ou cadres d'entreprise préférer « *tricher* » ou entrer dans l'illicite plutôt que de « *perdre* ». La pression énorme liée à cette « *société de la peur* » est une menace certes très inégale, mais présente chez la grande majorité de ses membres. Dans d'autres domaines aussi, on pourrait mettre en évidence l'aspect pathogène de cette inégalité, qui suscite et permet la coexistence de la sous-consommation et de la surconsommation, de la malnutrition par excès et par défaut<sup>40</sup>.

---

38. Labonte, Ronald et Ted Schrecker (2007), « Globalization and Social Determinants of Health: The Role of the Global Marketplace », *Globalization and Health*, 3(6): doi:10.1186/1744-8603-3-6.

39. Anyangwe, Stella C.E. et Mtonga Chipayeni (2007), « Inequities in the global health workforce: the greatest impediment to health in sub-Saharan Africa », *International Journal Environmental Research and Public Health*, 4(2), p. 93-100.

40. Fritz, Jean-Claude (2003), op. cit.



Dans la logique de cette réflexion, et malgré les différences d'approches et de critères, on ne peut pas être surpris par les conclusions du rapport de l'Organisation panaméricaine de santé (Opas), publié fin septembre 2002 : « *Les sociétés les plus saines dans les Amériques ne sont pas nécessairement celles qui sont les plus riches, mais celles qui sont les plus équitables dans la distribution de leur revenu, indépendamment de son montant* ».

## INSTRUMENTS DU COMMERCE INTERNATIONAL ET SANTÉ

La mondialisation actuelle, dans sa logique centrée sur le marché et le profit, privilégie dans une perspective individualiste, la dimension strictement économique des choses. Elle peut conduire à des stratégies et à des politiques traduisant un degré extrême de déshumanisation allant parfois jusqu'à la mise en cause du droit à la santé au nom d'une certaine rationalité financière<sup>41</sup>. C'est dans ce cadre que s'inscrit l'offensive entreprise ces dernières années pour développer un véritable « *marché de la maladie* » au profit des grands acteurs privés transnationaux (en luttant contre les médicaments génériques) et au détriment de considérations éthiques. Récemment, les débats à la Commission des Droits de l'Homme des Nations Unies ont démontré que la mondialisation pouvait très bien mettre en péril le droit à la santé des individus.

Il faut noter que le FMI a déjà préparé le terrain par sa politique d'ajustement structurel (PAS) depuis les années 80, en conditionnant l'apport de ressources financières nouvelles à une libéralisation des économies des pays en développement endettés, avec ses corollaires que sont la privatisation, l'internationalisation et la déréglementation des marchés<sup>42</sup>. Parmi les secteurs

---

41. La campagne de relations publiques commandée par le géant de l'agro-industrie Philip Morris, grand fabricant de cigarettes, en offre un exemple spectaculaire, révélé dans la presse internationale en juillet 2001 : son but était de convaincre des hauts fonctionnaires de la République tchèque que l'augmentation de la consommation de tabac aurait des effets positifs sur les finances publiques en favorisant la mort prématurée d'un certain nombre de personnes, ce qui économiserait de l'argent sur les retraites, les traitements médicaux et les logements. Heureusement, l'inacceptabilité éthique de son attitude a entraîné de telles réactions que l'entreprise a préféré présenter ses excuses, voire changer son nom ultérieurement. Myers, Matthew L. (2002), « Philip Morris Changes its Name, but not its Harmful Practices », *Tobacco Control*, 11, p. 69-170.

42. Pour plus d'informations sur l'impact de la mondialisation financière sur les pays en développement, consultez les études suivantes : Prasad, Eswar, Rogoff, Kenneth, Wei, Shang-Jin and Kose, M. Ayhan (2003), « Effects of Financial Globalization on Developing Countries: Some Empirical Evidence », *International Monetary Fund Occasional Papers*, n°220 / Schmukler, Sergio L. (2004), « Financial Globalization: Gain and Pain for

d'importance vitale, l'agriculture vivrière<sup>43</sup>, l'éducation et la santé ont particulièrement été touchées avec le resserrement des dépenses publiques et le développement d'un secteur privé à but lucratif, et ce, dans la logique du marché, c'est-à-dire répondant à une demande solvable et non pas aux besoins de l'ensemble de la population souvent dépourvue de ressources financières suffisantes.

Dans une autre optique, il apparaît que la mondialisation affecte également l'état de santé des collectivités au travers de l'impact des accords commerciaux multilatéraux en matière de commerce, de services, de propriété intellectuelle et d'agriculture (la sécurité alimentaire de nombreux pays), qui sont les plus préoccupants pour l'avenir de la santé mondiale. Ceci est dû au fait que l'OMC représente dans une certaine mesure, une forme de bras armé de l'économie néolibérale, lorsqu'elle privilégie les intérêts financiers et privés des multinationales au détriment des besoins humains et sociaux du plus grand nombre<sup>44</sup>.

C'est d'ailleurs dans cette optique que l'Accord Général sur le Commerce des Services (AGCS) prévoit la libéralisation, la privatisation et l'internationalisation des services, couvrant potentiellement les activités d'intérêt général comme la santé, l'éducation, la fourniture de l'eau, les services à la petite enfance, les transports, les biens culturels et bien évidemment les services financiers. C'est également sous la poussée des grandes firmes multinationales du secteur des services que cet Accord a été imposé avec la pression quasi-unanime des grandes puissances du monde occidental, en particulier les États-Unis et l'Europe, grands exportateurs potentiels de services. Il s'agit donc ni plus ni moins d'une nouvelle forme de privatisation de la santé dans le but de pouvoir intégrer ce secteur pleinement dans les processus et la logique de la mondialisation. Dans une telle perspective, favoriser la santé de la population mondiale n'est pas une attitude lucrative ; la prévention est insignifiante, voire dangereuse, car elle risque d'empêcher la rentabilisation

---

Developing Countries», Federal Reserve Bank of Atlanta, *Economic Review*, Second Quarter, p. 39-66.

43. Par exemple, on a attribué la famine au Malawi en 2002 aux politiques d'ajustement structurel qui ont réduit les subventions pour l'agriculture, ce qui a entraîné en conséquence la réduction de la production végétale, l'augmentation des prix et la baisse des revenus des agriculteurs. Voir à ce propos : Devereux, Stephen (2002), « The Malawi Famine of 2002 », *IDS Bulletin* (Institute for Development Studies), 33 (4), p. 70-78.
44. Une étude a été conjointement réalisée par l'OMS et l'OMC en vue de détecter les différents impacts de ces accords commerciaux sur la santé en vue d'une prise en compte de la santé dans ces instruments internationaux. OMS/OMC (2002), *Les Accords de l'OMC et la Santé publique*, Étude conjointe de l'OMS et du Secrétariat de l'OMC.

des équipements, des services et de la recherche qui les a produits. Il y a toutefois des exceptions, quand la prévention exige la mise en place d'équipements coûteux en nombre suffisant. Si on pousse cette logique un peu plus loin, on constate qu'un handicap crée plus d'opportunités d'affaires que sa prévention. Le dilemme éthique, même s'il est présent, ne semble pas freiner l'ardeur de certains chantres d'un nouveau capitalisme<sup>45</sup>.

L'Accord sur les Droits de Propriété Intellectuelle qui touchent au Commerce (ADPIC), caractérisé par sa complexité en termes de dispositions, et sa clarté en termes de signification, reste un grand succès pour les firmes multinationales. Cependant, cet Accord rend impossible l'accès aux médicaments bon marché pour les pays à faibles revenus, sans considération de leurs niveaux de dépenses publiques dans le domaine de la santé. La réalité, c'est que les règles internationales garantissent une protection aux nouvelles inventions allant jusqu'à 20 ans, ce qui *de facto*, restreint les possibilités de production et d'importation des médicaments essentiels. De plus, même dans les cas où l'Accord permet les importations parallèles de médicaments génériques, les pressions commerciales exercées par les pays développés, où la majorité des firmes pharmaceutiques sont basées, limitent l'accès aux importations de ce type de médicaments<sup>46</sup>. Les slogans volontaristes et les vœux pieux de certains pays comme le Canada et les Etats-Unis n'auront pas permis de solutionner cette énigme. Le cas des médicaments relatifs au VIH/Sida révèle clairement les distorsions existantes dans les normes internationales, considérées partiellement comme responsables du retard accusé dans le cadre de la lutte contre ce fléau fatal dont souffrent plusieurs pays du Sud. Consciente des risques inhérents aux nouveaux accords commerciaux, tels que l'Accord sur les ADPIC, l'Assemblée mondiale de la santé a mandaté en mai 1999 l'OMC pour surveiller les conséquences sanitaires des accords commerciaux multilatéraux.

Certes, l'Accord sur les ADPIC étend la privatisation et l'exclusivité dans le domaine du savoir. Non seulement la propriété couvre un champ de plus en plus vaste, mais elle est encore considérée comme étant par essence un droit privé, alors même que dans la réalité toute une série d'inventions sont le fruit d'une recherche très socialisée, et que parfois la soi-disant invention a déjà été faite ailleurs depuis longtemps, mais était non protégée selon la conception de l'OMC. Il en est aussi pour de nombreux médicaments

---

45. Fritz, Jean-Claude (2003), op. cit.

46. Wilson, David et al. (1999), «Global Trade and Access to Medicines: AIDS Treatment in Thailand», *Lancet*, 354, p. 1893-1895.

et pratiques médicales issus de cultures populaires ou scientifiques non occidentales, y compris celles des peuples autochtones. La protection de la propriété privée a été renforcée par cet Accord de manière à la fois ouverte et insidieuse, car ce n'est qu'un minimum exigé, et cela ouvre la porte à des pressions bilatérales pour exiger de divers pays qu'ils accordent une meilleure protection<sup>47</sup>. Auparavant, dans de nombreuses législations nationales, les systèmes de protection organisés permettaient aux États d'exclure certains domaines du système de droit commun, pour satisfaire aux besoins essentiels de leurs populations, en particulier dans les domaines de l'alimentation et de la santé. C'est de plus en plus difficile de faire prévaloir l'intérêt général dans le cadre de l'Accord sur les ADPIC, qui par ailleurs ouvre une importante brèche lorsqu'il impose l'obligation de breveter le vivant, au moins sous des formes particulières (par ex. les micro-organismes).

C'est dans cet esprit, et au niveau juridique, que la Commission des Droits de l'Homme de l'ONU a recommandé dans son Rapport de 2002 aux États de s'assurer que « *l'application des accords internationaux se fait de manière à soutenir les politiques de santé publique qui promeuvent un large accès à des produits pharmaceutiques et à des technologies médicales sûres, efficaces et abordables, préventives, curatives et palliatives* ». La Sous-commission des Droits de l'Homme a plusieurs fois réaffirmé la soumission du commerce et des relations économiques internationales au respect des droits humains. Bien entendu, l'ONU, à l'instar de bien d'autres organisations internationales, n'est que l'ombre d'elle-même tant ses pouvoirs de contrainte et de coercition sont limités, lorsqu'il s'agit en particulier de taper sur les doigts d'États aux pouvoirs très étendus. Il faut souligner également que la conception même de la santé publique reste affectée par ce processus dans la mesure où certains veulent la réduire. L'extension de la privatisation et le resserrement des dépenses publiques la conduiraient sans doute à jouer un simple rôle de « *veille* » statistique et épidémiologique. De plus, les politiques publiques en matière de santé sont largement remplacées par les stratégies commerciales des entreprises et des systèmes de financement privé, de type assurance, qui demeurent profondément inéquitables.

Pourtant, la santé est le fruit d'un processus complexe qui, des gouvernements aux populations, met en mouvement toute une chaîne de décisions et d'acteurs. C'est un droit fondamental qui fait partie des droits de l'Homme et qui figure de fait dans de nombreux textes internationaux, y compris dans

---

47. Comme les États-Unis l'ont fait vis-à-vis de l'Afrique du Sud, de l'Inde, du Brésil et de la Thaïlande par exemple.

des conventions internationales impliquant des obligations juridiques, comme le Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels de 1966 qui, dans son article 12, réaffirme l'importance du : « *droit qu'à toute personne de jouir du meilleur état de santé physique et mentale qu'elle soit capable d'atteindre* ». Ce droit à la santé remet en cause de multiples aspects du processus de mondialisation et il constitue un des fondements des importantes réactions actuelles, fondées sur la responsabilité et l'éthique des droits humains.

### **MONDIALISATION ET SANTÉ : OPPORTUNITÉS ET CHOIX STRATÉGIQUES**

Que peut-on faire pour protéger la santé dans un monde en pleine mutation? Plusieurs réponses ont été apportées à cette question a priori insoluble. D'abord, c'est presque un euphémisme de dire qu'il est impérieux de changer les tendances actuelles. Cela semble judicieux dans la mesure où si la mondialisation individualiste et marchande, progressivement mise en place ces dernières années, se prolonge, elle aboutit indéniablement à une crise sociale et écologique, porteuse de plus de violence et de destruction, et remettant en cause les conditions de vie, voire les possibilités de survie des générations futures.

Durant la dernière décennie, une importante prise de conscience a eu lieu, accompagnée parfois d'une mobilisation étendue qui touche de plus en plus divers acteurs, tant publics que privés (décideurs, chercheurs, ONG et médias...). Cette résistance aux tendances dominantes prend des formes multiples, voire inédites et la mobilisation de l'opinion publique nationale et mondiale commence à jouer un rôle important dans ce sens<sup>48</sup>. De plus, la prise de conscience et l'action croissante des scientifiques et des mouvements sociaux décidés à remettre l'humanité et son environnement au cœur des préoccupations indiquent une tendance lourde qui consiste à questionner les présupposés de cette mondialisation. La santé publique doit se situer dans la logique des droits humains plutôt que dans celle du marché. Les accords de libre-échange ont, au cours des dernières années, diminué les perspectives d'une prospérité et d'une santé largement répandues, et ce, de plusieurs manières: concentration de l'accumulation du capital et du pouvoir, augmentation de la consommation de ressources et pression accrue

---

48. Cas de l'Afrique du Sud et la mobilisation contre la Loi sur les brevets de 1997 (*Medicine and Related Control Act.*) permettant les licences obligatoires et l'importation parallèle de médicaments contre le Sida et contre d'autres maladies.

sur l'environnement, diminution de la capacité des gouvernements nationaux d'atteindre leurs buts sociaux et réduction des charges sociales et salariales. En outre, on assiste un peu partout à un affaiblissement des législations en matière sociale et environnementale et à la mise en place d'une politique fiscale régressive qui n'est pas sans rappeler certains vieux souvenirs. Cet état de choses fournit les fondements pour agir en vue de mettre fin à la « *mise en jeu* » de la santé dans les casinos géants que sont devenues les places boursières, ou par l'expérimentation technocratique en vigueur dans les bureaux de certaines organisations internationales ou de certains services gouvernementaux<sup>49</sup>.

Giovanni (2001) a affirmé dans ce sens que, si elle est gérée de manière appropriée, la mondialisation pourra engendrer des bénéfices très importants en termes de santé publique<sup>50</sup>. Les forces du marché mondial fonctionnent efficacement dans les situations où les marchés internes sont compétitifs et non-exclusifs, les institutions de régulation solides et fiables, les ressources peu concentrées entre les mains d'une minorité, l'accès aux services de santé généralisé dans la mesure du possible, les dispositifs de sécurité disponibles et les règles d'accès aux marchés mondiaux inclusives. Avec de telles conditions, la mondialisation réduit les comportements opportunistes, compense les efforts et l'entrepreneuriat, oriente les économies d'échelle vers la production, augmentent les opportunités d'emploi et réduit les prix des produits de consommation. Un tel marché mondial peut également élargir et faciliter le transfert des investissements, des technologies de santé ainsi que les savoirs des pays du Nord vers ceux du Sud.

Dans les pays ayant répondu pour l'essentiel aux conditions internes dans leur politique d'ouverture et accédé au marché mondial sans contraintes externes inéquitables, une combinaison prudente des politiques internes non-orthodoxes et d'une mondialisation maîtrisée a contribué à la fois à la croissance économique rapide et à l'amélioration des niveaux de vie et de la situation de la santé publique. Dans ce cadre, les expériences menées dans certains pays (en l'occurrence la Chine, l'Inde, le Costa Rica le Vietnam), – même si elles restent imparfaites, méritent d'être explorées en vue d'en tirer des leçons. Cependant, les conditions internes et externes pour une mondialisation réussie n'ont été remplies que par une élite de pays. Dans le reste du monde, la croissance a été ralentie et les bénéfices en termes de santé n'ont pas été suffisamment réalisés à cause d'une mondialisation

---

49. Fritz, Jean-Claude (2003), op. cit.

50. Cornia, Giovanni A. (2001), op. cit.

prématurée, non-sélective et mal programmée, si elle n'est tout simplement pas subie. Une telle tendance a largement contribué au renforcement de la vulnérabilité de plusieurs pays du Sud.

Par ailleurs, il faut signaler que l'extension géographique des bénéfices de la mondialisation signifie que les pays ont besoin de gérer le processus d'intégration dans l'économie mondiale d'une façon qui leur permette de maximiser ses opportunités économiques tout en minimisant les risques et les coûts sociaux et environnementaux qu'il implique. Dans ce sens, plusieurs recommandations utiles ont été proposées par Woodward et *al.* (2001) que nous reprenons brièvement ici :

- *Premièrement*, l'étendue, le moment, le rythme, l'ordre et la conception des politiques ayant pour finalité l'ouverture de l'économie doivent être adaptés aux circonstances de chaque pays en vue de s'assurer que les conditions préalables qui favorisent les effets économiques et sociaux positifs de telles politiques sont déjà réunies avant que celles-ci soient mises en vigueur. Par ailleurs, les principes et les objectifs sociaux doivent être complètement et effectivement intégrés dans les politiques ayant relation avec le commerce et les flux financiers internationaux. Les politiques macro-économiques et structurelles accompagnant l'ouverture de l'économie, ou requises comme résultat de cette ouverture, doivent être bien conçues et mises en œuvre. Cela signifie que les gouvernements ont besoin de récupérer « *l'espace politique* » nécessaire pour remplir ces conditions, et recevoir l'assistance technique requise pour le développement de leur capacité à agir ainsi.
- *Deuxièmement* : les bénéfices économiques de la mondialisation doivent être traduits en bénéfices sanitaires (les liens entre l'économie nationale et le système de couverture médicale, les secteurs ayant relation avec la santé et l'économie). Cela nécessite une croissance économique durable, consciemment dirigée vers les pauvres, au travers de l'élaboration de politiques économiques nationales favorables à la lutte contre la pauvreté<sup>51</sup> et de la prise en compte des effets distributifs au niveau mondial. Cela nécessite également l'utilisation des ressources générées par un processus de mondialisation plus

---

51. La pauvreté humaine n'est pas uniquement due au manque ou insuffisance de ressources, c'est une négation pure et simple de la possibilité – économique, politique, sociale et physique – de mener une vie longue, saine et créative et de jouir d'un niveau de vie décent, de la liberté, de la dignité, de l'estime de soi et du respect des autres.

favorable aux pays du Sud dans le renforcement des systèmes de santé, dans l'assurance d'un accès généralisé aux interventions avec un bon rapport coût-efficacité, et enfin dans l'amélioration des services importants pour la santé tels que l'eau potable, l'hygiène, l'éducation, la protection de l'environnement et les programmes de nutrition. De même, là où la mondialisation peut avoir des effets économiques défavorables sur un pays donné (on réfère ici aux effets résultant d'un changement au niveau des prix d'importation et d'exportation ou bien d'une crise financière), les impacts sur la santé doivent être minimisés, voire même neutralisés. Cela implique de mettre en place des mesures pour se prémunir contre toute possible diminution des dépenses publiques dans le domaine de la santé, et contre la limitation des effets indésirables de la croissance économique négative sur les revenus des pauvres, et ce, en concourant à l'augmentation de l'aide et à l'amélioration des politiques visant à garantir l'atteinte des objectifs escomptés. De manière générale, la cohérence des politiques est requise pour s'assurer que les politiques non-sanitaires contribuent à la réalisation des objectifs en terme de santé et vice-versa.

- *Troisièmement*, les effets indésirables potentiels de la mondialisation sur le niveau d'influence de la santé de la population (par exemple la commercialisation et le marketing du tabac et la transmission transfrontière des maladies infectieuses) doivent être minimisés. Cela nécessitera à la fois une action au niveau international, à l'instar de la Convention-cadre pour la lutte anti-tabac (CCLAT)<sup>52</sup>, et des efforts pour s'assurer que les gouvernements acquièrent la capacité

---

52. Cette Convention-cadre pour la lutte anti-tabac (CCLAT) a été récemment élaborée sous l'égide de l'OMS comme premier traité négocié dans le cadre de celle-ci. Adoptée à l'unanimité par l'Assemblée mondiale de la santé en mai 2003, elle comptait en novembre 2008, 160 parties. En 2007, les parties ont décidé de négocier un protocole sur le commerce illicite des produits du tabac comme instrument d'application de cette Convention-cadre. La CCLAT sert de cadre à la mise en place dans certains pays de coalitions nationales anti-tabac appuyées par des plans d'action basés sur l'action intersectorielle, le suivi et l'adoption des lois et politiques. Il faut noter que le facteur qui a rendu possible de tels instruments normatifs ayant force de loi au niveau mondial est la preuve scientifique irréfutable que le tabac provoque tout un éventail de sérieux problèmes sanitaires et est responsable chaque année des millions de décès, principalement à cause du cancer du poumon et des maladies cardio-vasculaires. Pour une esquisse d'une convention-cadre pour la lutte anti-tabac, consultez l'étude suivante: Taylor, Allyn et Douglas Bettcher W. (2000), «WHO Framework Convention on Tobacco Control: A Global «Good» for Public Health», *Bulletin of the World Health Organization*, n° 78, p. 920-929.



de prendre des mesures nécessaires à la protection de la santé publique dans le cadre des accords multilatéraux.

- *Quatrièmement*, la conception et l'application des règles internationales nécessitent la prise en compte totale de leurs effets sur les systèmes de couverture médicale ainsi que sur les secteurs ayant relation avec la santé. Cela implique la nécessité d'une évaluation complète des impacts des accords et des mesures internationaux susceptibles d'avoir des effets majeurs sur les secteurs ayant relation avec la santé soit directement (par exemple au travers des contraintes pesant sur les politiques sectorielles), ou indirectement (par exemple au travers des coûts de disponibilité des ressources et des intrants), avant qu'ils ne soient mis en œuvre.

L'interaction entre ces différents aspects est importante dans la mesure où il y a plusieurs échanges inhérents au processus de mondialisation, qui doivent être gérés de manière à prendre en considération leur dimension sanitaire. Les exemples incluent l'échange entre les réglementations relatives à la sécurité de l'alimentation dans les pays développés et les perspectives d'exportation des pays à faibles revenus, le conflit dans le cadre de la réglementation internationale de propriété intellectuelle entre les mesures incitatives pour le développement des technologies de la santé, le besoin de prioriser la recherche en fonction des besoins sanitaires au lieu de la capacité de payer, et enfin la capacité des pays du Sud (surtout ceux aux faibles revenus) de se procurer des technologies médicales. Ces échanges requièrent le développement de mécanismes internationaux efficaces afin qu'ils soient gérés dans l'intérêt de la santé mondiale.

Il est capital de surveiller les effets de la mondialisation sur la santé et de s'assurer que les résultats de cette surveillance nourrissent les processus décisionnels aux niveaux tant national qu'international. Cela suppose l'identification des tendances émergentes, dont les impacts non immédiatement apparents de la mondialisation, qui, si elles ne sont pas traitées efficacement et rapidement, peuvent avoir ultérieurement des conséquences majeures sur la santé. Cela requiert le renforcement considérable de notre compréhension des interrelations existantes entre la mondialisation et la santé. À cette fin, l'OMS doit continuer à fonctionner en tant que producteur et fournisseur de connaissances et de données scientifiques en vue d'aider les décideurs à formuler des politiques en toute connaissance de

cause<sup>53</sup>. Dans le cadre du monitoring, comme dans celui de l'analyse, il est important de prendre en compte les flux transfrontières illicites comme ceux des canaux formels. Cela inclut, par exemple, les effets indirects du commerce illégal des drogues sur la santé, le trafic des femmes et des enfants, l'émigration clandestine, et enfin les effets du blanchiment et de la fuite des capitaux sur l'économie nationale<sup>54</sup>.

Frenk et Gómez-Dantés (2002) ont constaté que la complexité croissante des systèmes de santé a relevé plus que jamais la valeur des comparaisons internationales à ce sujet. Étant donné l'énorme impact économique et social des décisions et des politiques, les pays peuvent bénéficier d'un processus d'apprentissage partagé<sup>55</sup>. Telle est la signification de l'initiative qu'a été lancée en 2000 par l'OMS pour évaluer le rendement des systèmes de santé à travers le monde entier<sup>56</sup>. En effet, l'analyse comparative a le potentiel de promouvoir la vulgarisation internationale des pratiques optimales existantes. Ce genre de biens publics de portée mondiale, liés aux connaissances, sera indéniablement un élément clé permettant d'obtenir des améliorations additionnelles dans le domaine de la santé<sup>57</sup>. En fait, nous savons aujourd'hui que la plupart des progrès en matière de santé, qui ont été enregistrés au XX<sup>e</sup> siècle, peuvent être attribués au progrès des connaissances obtenues au moyen de trois mécanismes. *En premier lieu*, la connaissance stimule des technologies nouvelles et avancées pour la production de médicaments, de vaccins et de procédures de diagnostic. *En deuxième lieu*, alors qu'elle est intériorisée par les individus, la connaissance scientifique structure leurs attitudes à l'égard de questions importantes comme l'hygiène personnelle, les habitudes alimentaires, la sexualité et l'éducation des enfants. Ainsi, la connaissance conduit les individus à modifier leur style de vie au bénéfice de leur santé. *En troisième lieu*, la connaissance peut améliorer la

---

53. Précisons que lorsqu'une flambée épidémique de maladie se déclare, l'OMS fait en sorte que les pays aient rapidement accès à des experts et à des ressources leur permettant de réagir, par l'intermédiaire du réseau mondial d'alerte et d'action en cas d'épidémie (GOARN). Ce réseau de partenaires nationaux et internationaux offre une réponse collective visant à atténuer les risques et les dangers pour la santé. Les cas de la grippe aviaire et de la grippe porcine sont à cet égard révélateurs.

54. Woodward, David et *al.* (2001), *op. cit.*

55. Frenk, Julio et Octavio Gómez-Dantés (2002), *op. cit.*

56. World Health Organization, (2000), *World Health Report. Health Systems: Improving Performance*, Geneva: WHO.

57. Kaul, Inge, Grunberg, Isabelle et Marc Stern A. (eds.) (1999), *Global Public Goods: International Cooperation in the 21<sup>st</sup> Century*, New York: Oxford University Press for the United Nations Development Programme.

prise de décisions par les gouvernements, tant en ce qui a trait à la fourniture de services de santé qu'à la formulation et l'application des politiques publiques. En somme, la mondialisation peut permettre la conversion des connaissances en un bien public mondial, qui peut être porté au centre des agendas nationaux en vue de faire face à un problème local. Cette tendance, de son côté, alimente la réserve globale d'expériences, en créant un processus d'apprentissage partagé entre nations.

Néanmoins, il faut noter que chacun de ces mécanismes est limité par une série d'obstacles qu'il faut surmonter. Pour ce qui est de l'utilisation des connaissances requises afin d'aboutir à de nouvelles solutions, le principal défi consiste à combler le « *Fossé 10/90* » selon lequel à peine 10 % des ressources mondiales sont consacrées à la recherche de solutions à des problèmes de santé affectant 90 % de la population mondiale. Pour ce qui est de l'utilisation des connaissances pour améliorer les styles de vie, l'enjeu consiste à élargir l'accès aux connaissances de toutes les personnes, notamment des personnes les plus démunies. À ce stade, démocratiser les connaissances reste un élément essentiel à l'habilitation des personnes à développer leur capacité à affronter les risques sanitaires traditionnels et émergents. Cette capacité leur permet aussi de devenir des utilisateurs informés des services de santé et des citoyens conscients de leurs droits. Finalement, le dernier obstacle touche à l'écart qui sépare encore le savoir et le savoir-faire, en raison d'une conversion inadéquate de la recherche en décisions concrètes pour une action immédiate. Ici, le grand défi consiste à s'assurer que le *pouvoir des concepts* oriente *les concepts du pouvoir*, c'est-à-dire les concepts de ceux qui jouissent de la faculté de concevoir et de mettre en œuvre des politiques de santé<sup>58</sup>.

Le rendement des systèmes de santé locaux peut également être accru grâce à l'un des moteurs les plus importants de la mondialisation : la révolution des nouvelles technologies de l'information et de la communication (NTIC). Ces technologies peuvent aider considérablement les pays du Sud à résoudre un certain nombre de problèmes sociaux, économiques et sanitaires. Au travers de l'amélioration de l'accès à l'information et à la communication, les NTIC aideront l'atteinte des Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD), y compris ceux liés à la santé<sup>59</sup>. À titre d'exemple, la télémédecine ouvre actuellement de vastes perspectives d'amélioration de

---

58. Frenk, Julio et Octavio Gómez-Dantés (2002), op. cit.

59. Parliamentary Office of Science and Technology (2006), « ICT in Developing Countries », *Postnote*, March, n°261. Available online: <http://www.parliament.uk/documents/upload/postpn261.pdf> [11 mars 2009]

l'accès des populations marginalisées aux avantages de l'innovation, étant donné qu'elle laisse entrevoir un avenir dans lequel la distance physique ne constituera plus un obstacle majeur à l'octroi des soins de santé<sup>60</sup>. Certainement, l'enjeu consistera à assurer que les fractures géographiques ne soient pas simplement remplacées par des fractures numériques, et que les nouvelles technologies ne donneront pas lieu à de nouvelles formes d'exclusion sociale. La portée de cet enjeu devient évidente lorsqu'on constate que 80 % de la population mondiale qui vit dans les pays du Sud (notamment les pauvres du monde rural), compte pour moins de 10 % des utilisateurs d'Internet.

Nous devons garder présent à l'esprit que les nouvelles formes d'exclusion sociale sont largement alimentées par des fléaux de longue date que sont la pauvreté et l'inégalité. Le cinquième de l'Humanité, qui survit avec un dollar par jour, nous rappelle les énormes fossés qui restent à combler. L'exclusion et l'inégalité représentent l'une des facettes obscures de la mondialisation<sup>61</sup>. Pris dans leur ensemble, ces facteurs peuvent expliquer l'un des paradoxes les plus douloureux de notre époque. Mais tout n'est pas encore perdu. Laurent-Beq et Pommier (2003) proposent quelques avenues<sup>62</sup> :

- les projets politiques devraient explicitement viser le bien-être au lieu de considérer que le lien est systématique entre des stratégies favorisant la croissance économique et le bien-être de l'ensemble des populations. La situation actuelle montre que tout le monde ne bénéficie pas de manière équitable des progrès sociaux et sanitaires liés à la croissance. Les inégalités en matière de santé persistantes, y compris à l'échelle d'un pays, sont le témoin de cette répartition encore injuste des fruits du progrès ;
- il est fondamental d'essayer de limiter le recours aux approches individualistes et de promouvoir le développement de projets de société ;
- la santé et la promotion de la santé devraient être considérées comme une ressource et non pas seulement comme une fin en soi ;

60. Yaya, Sanni H. et Chiara, Raffelini (2008), *Des souris et des médecins. De la télémédecine à la cybermédecine : la science médicale du 21<sup>ème</sup> siècle entre l'organisation et la technologie*, Publibook, Paris, France, 184 pages.

61. UNESCO (2008), *Overcoming Inequality: Why Governance Matters*, EFA Global Monitoring Report 2009, UNESCO, Oxford, UK, Oxford University Press.

62. Laurent-Beq, Anne et Pommier, Jeanine (2003), « Citoyens et démocratie sanitaire », *Santé publique*, vol. 15, n° 3, p. 309-312.

- il est crucial de renforcer l'existence d'un projet politique à travers les actions de promotion de la santé. Plus précisément, ceci consiste à sortir d'une approche parcellaire pour réintroduire une cohérence entre les actions et définir clairement les objectifs poursuivis y compris en termes de projet de société;
- enfin, il est utile de s'interroger sur la place des citoyens dans les processus d'élaboration des décisions, y compris la définition des politiques et des allocations de ressources, mais aussi et surtout en termes de définition de la société dans laquelle ils souhaitent vivre et évoluer.

Il convient de rappeler que le droit à la participation des citoyens – notion avant tout politique, qui désigne le statut de l'individu dans la communauté et qui se définit par ses responsabilités, ses droits et ses devoirs vis-à-vis de cette société – s'inscrit depuis 1978 dans la Déclaration d'Alma-Ata sur les soins de santé primaires. Celle-ci faisait valoir le fait que « *les hommes ont le droit et le devoir de participer individuellement et collectivement à la planification et à la mise en œuvre des mesures de protection sanitaire qui leur sont destinées* ». Les soins de santé primaires « *exigent et favorisent au maximum l'auto-responsabilité de la collectivité et des individus et leur participation à la planification, à l'organisation, au fonctionnement et au contrôle des soins de santé primaires, en tirant le plus large parti possible des ressources locales, nationales et autres, et favorisant à cette fin, par une éducation appropriée, l'aptitude des collectivités à participer* ».

C'est dans cet esprit qu'on a commencé à évoquer de nouveaux concepts tels que « *la sécurité sanitaire*<sup>63</sup> » et « *la démocratie sanitaire*<sup>64</sup> ». L'idée est que la participation des citoyens, dans un contexte mondialisé, apparaît comme une alternative à la concentration des pouvoirs économiques et politiques. C'est une façon de faire naître de nouvelles formes d'organisation, de nouvelles façons « *de faire ensemble* » à l'échelle de la planète, mais aussi au

---

63. Le thème retenu pour l'année 2007 à l'occasion de la Journée Mondiale de la Santé est celui de la « *sécurité sanitaire internationale* » dans l'objectif d'inciter les gouvernements, les organisations et les entreprises à investir pour la santé dans un monde globalisé.

64. Le terme de « *démocratie sanitaire* » apparaît pour la première fois en 2000 dans un article où Monique Hérold (Présidente de la Commission Santé/Bioéthique de la Ligue des Droits de l'Homme-France) a exposé les résultats des états généraux de la santé. Elle y évoque, à propos de la contestation de la déclaration obligatoire de séropositivité, « *cette affaire exemplaire de l'articulation entre les exigences de santé publique et le respect des libertés fondamentales, champ où la démocratie sanitaire est indispensable* ».

niveau des pays, des villes et des quartiers<sup>65</sup>. À quoi se réfère-t-on lorsqu'on parle de démocratie sanitaire? Plus que le droit à la santé, plus que l'organisation et la pérennité de son accessibilité, et même plus encore que le développement de la santé publique, c'est bien la santé saisie dans sa dimension sociétale, et non pas seulement sociale, qui est en jeu. Ce qui est en question, c'est le regard que nous portons sur elle, et avec elle sur le contenu de la demande que nous élaborons collectivement.

Mais la démocratie sanitaire n'est pas sans soulever un certain nombre de questions. Il s'agit de définir des règles de fonctionnement différentes de celles que nous connaissons actuellement et qui touchent particulièrement celles qui régissent les institutions sanitaires, et notamment l'exercice du pouvoir de décision en leur sein. Peut-on, par exemple, donner un pouvoir aux représentants d'usagers ou de patients, et si oui lequel? Faut-il leur reconnaître dans certains cas un droit d'opposition ou un droit de veto? A quelles règles doit-on soumettre les établissements privés de santé qui ne participent pas au service public hospitalier? Qu'en est-il des lois commerciales qui connaissent des formes de démocratisation, alors qu'elles sont sans doute partiellement en contradiction avec les règles évidentes de la démocratie sanitaire? Parler de démocratie sanitaire est donc un acte important dont on ne doit pas sous-estimer la portée, surtout lorsqu'on se place dans l'optique de la mondialisation<sup>66</sup>.

Dans un autre ordre d'idées, Woodward (2001) a souligné l'importance du développement humain et l'amélioration de la condition humaine dans laquelle la jouissance d'une bonne santé constitue un élément essentiel. La capacité de développer est bien entendu dépendante en soi d'une bonne santé. Celle-ci reste la clé de la productivité et la ressource la plus précieuse pour n'importe quelle population, notamment les populations pauvres et vulnérables. Par conséquent, la protection et l'amélioration de la santé des pauvres et des populations vulnérables est une condition *sine qua non* pour l'aboutissement de tout processus visant le développement humain et la lutte contre la pauvreté. Ceci étant dit, la protection et l'amélioration de la santé doivent être l'objectif de toute politique de développement partagée par tous les secteurs (social, économique et environnemental). Cependant, les efforts visant la protection et l'amélioration de la santé sont souvent laissés au secteur de la santé, sachant que la plupart des déterminants de la

65. Maudet, Gwénaëlle (2002), « La « démocratie sanitaire » : penser et construire l'usager », *Lien social et Politiques*, n° 48, p. 95-102.

66. Chabrol, Raymond (2000), *Réflexions autour de la démocratie sanitaire*, Epsos, n° 66, avril, p. 8-11.

mauvaise santé – y compris la pauvreté, le manque d'éducation et la dégradation environnementale – échappe de plus en plus au contrôle direct des gouvernements.

Les experts du développement reconnaissent parfois la contribution de la bonne santé à la construction des capacités individuelles (capital humain et social). Il y a sûrement nécessité de développer de nouvelles approches susceptibles de combiner efficacement les mesures visant la réduction de la pauvreté, la protection et l'amélioration de la santé. Les expériences ont bel et bien montré que les politiques visant la réduction de la vulnérabilité sociale vis-à-vis des pertes économiques et sanitaires exigent un partenariat étroit entre les secteurs privés et publics, des approches intégrées de développement au lieu des programmes isolés, et enfin le soutien aux institutions qui stimulent et renforcent la cohésion et la solidarité sociale<sup>67</sup>.

En règle générale, nous avons besoin de politiques sociales qui transforment la croissance économique en développement humain. Lorsque les inégalités sont marquées, les défavorisés n'ont souvent pas les moyens de s'intégrer dans la société. Outre les considérations morales, l'exclusion entraîne une perte de ressources potentielles et l'insécurité (les individus marginalisés, par exemple, ne respectent pas l'ordre social). La solution consiste en partie à favoriser une plus large application des concepts de développement durable. Il s'agit de reconnaître l'importance fondamentale du renforcement et de la protection des capacités des êtres humains.

Une bonne santé est indéniablement un atout essentiel, en particulier pour les populations pauvres et vulnérables. Elle doit être considérée à la fois comme une condition et comme une conséquence du développement humain. La santé conditionne la productivité et permet de survivre aux aléas de la vie; et elle est indispensable aussi pour réaliser des objectifs plus vastes de développement. C'est pour ces raisons qu'il est dans l'intérêt de tous les secteurs – économique, social et environnemental – de protéger et d'améliorer la santé publique. La mondialisation doit être orientée vers l'atteinte de cet objectif dans la mesure où cela ne se produira pas spontanément<sup>68</sup>. Pour paraphraser Amartya Sen, nous sommes d'avis que « *tout dépendra de la façon dont nous saisissons les opportunités offertes par l'économie de marché, les politiques de la démocratie, des médias indépendants, des arran-*

---

67. Woodward, Alistair et al. (2000), op. cit.

68. Woodward, Alistair et al. (2000), op. cit.

*gements sociaux basés sur l'équité et l'investissement public dans la sécurité humaine*»<sup>69</sup>.

## CONCLUSION

La mondialisation, entendue comme dérégulation des marchés intérieurs et suppression des barrières commerciales et financières au niveau mondial, peut conduire, si elle est bien gérée, à des gains perceptibles en termes de santé. Cela est possible lorsque les marchés sont inclusifs, les organes de réglementation sont solides et qu'il existe des dispositifs de régulation mis en place par les gouvernements. La mondialisation améliore les performances des pays qui possèdent une bonne infrastructure humaine et matérielle, mais dont le marché intérieur est limité. Les bénéfices en termes de santé, tels que constatés dans certains pays, peuvent être en partie attribués à l'accès croissant de ces pays aux marchés mondiaux et à la technologie. Cependant, pour la plupart des autres pays, notamment en Afrique, en Amérique latine et en Europe orientale, la mondialisation n'a pas tenu ses promesses, du fait de la conjonction de facteurs, tels la faiblesse des États, une répartition inégale des investissements étrangers et l'imposition de nouvelles conditions limitant encore plus l'accès de leurs produits au marché mondial. Au cours de ces vingt dernières années, ces pays ont connu une croissance lente, instable et inéquitable, assortie d'une stagnation des indicateurs sanitaires, en dépit de quelques fragiles progrès enregistrés ici et là.

Que doivent faire les pays du Sud dans le futur pour renverser les tendances? L'autarcie ne constitue sûrement pas une réponse adéquate, pas plus qu'une mondialisation prématurée, aveugle et anarchique, qui ne contribuerait qu'à exacerber la vulnérabilité des pays les plus pauvres. Les pays qui ont été exclus des bénéfices du marché mondial ont certainement un véritable intérêt à renforcer leurs bases infrastructurelle et macro-économique. Ces mesures, en soi, peuvent éventuellement générer des gains importants en termes de santé et accélérer la croissance économique. Il est clair que, pour plusieurs pays, certaines dynamiques de la mondialisation peuvent accroître l'efficacité et contribuer à améliorer le mieux-être des collectivités. Cependant, il est risqué d'affirmer, hors de tout doute raisonnable, que la mondialisation pourra aider ces pays à améliorer leur position dans les marchés internationaux et leur permettre de retrouver le chemin de Damas, tant du point de vue de leur efficacité économique que de l'état

---

69. Sen, Amartya (2000), «Choosing Freedom», *Far East Economic Review*, Hong Kong, January, 27.



de santé de leurs populations. Pour ces pays, une intégration sélective et graduelle dans l'économie mondiale, associée à l'élimination des distorsions majeures dans les marchés internationaux, et la mise en place d'institutions démocratiques de gouvernance mondiale, est hautement recommandée afin d'éviter les impacts négatifs d'une mondialisation tous azimuts<sup>70</sup>.

À long terme, l'enjeu le plus important qui se pose est celui de la mise en place d'un ordre mondial basé sur un code fondamental de coexistence mutuelle. Selon Frenk et Gómez-Dantés (2002), la santé peut contribuer à l'atteinte de cet objectif parce qu'elle englobe ces phénomènes qui unissent tous les êtres humains<sup>71</sup>. C'est dans la naissance, la maladie, la convalescence, et finalement la mort, que nous retrouvons tous notre humanité commune. Durant les périodes critiques qu'a connues le monde, la santé a constamment été l'une des rares aspirations de portée vraiment universelle. En fait, avant la constitution des organisations techniques spécialisées, les questions relatives à la santé représentaient un volet essentiel de la diplomatie internationale. De nos jours, la santé nous offre à nouveau l'occasion concrète de concilier *l'intérêt égoïste* de chaque pays avec *l'intérêt commun* de toutes les nations. Aujourd'hui, plus que jamais, elle représente un pont pour la paix, un terrain commun et une source de sécurité partagée. Et si nous devons édifier un nouvel ordre mondial dans lequel les valeurs comme la santé seront encouragées, au nom de la justice, il sera indispensable de renouveler la coopération internationale et de reconnaître l'apport de nouveaux acteurs non-étatiques.

Dans un monde caractérisé par une mobilité et une interdépendance croissantes, les menaces liées aux maladies émergentes et potentiellement épidémiques, au changement climatique et aux catastrophes naturelles affectent tous les pays. Par conséquent, les systèmes de santé à travers le monde feront face à des enjeux sans précédent, dont plusieurs sont liés au processus de mondialisation. Face à cette vulnérabilité universelle, une défense collective s'impose car le destin est désormais commun. La révolution qui s'est opérée dans le domaine des techno-sciences et des communications nous offre l'occasion de procéder à un partage d'expériences quant aux meilleures méthodes à retenir pour affronter ces enjeux. Pour que ce partage produise des fruits, il devra être basé sur des *épreuves* concernant les options. C'est à ce moment-là que nous serons en mesure de construire une

---

70. Cornia, Giovanni Andrea (2001), «Globalization and Health: Results and Options», *Bulletin of the World Health Organization*, 79 (9), p. 834-841.

71. Frenk, Julio et Octavio Gómez-Dantés (2002), op. cit.

base solide de connaissances, alimentée par ce qui fonctionne vraiment ainsi que par la possibilité de transférer cette base à d'autres pays lorsqu'une telle décision s'avère raisonnable sur les plans culturel, politique, financier et bien évidemment, sanitaire.

## BIBLIOGRAPHIE

- Anyangwe, Stella C.E. et Mtonga Chipayeni (2007), « Inequities in the global health workforce: the greatest impediment to health in sub-Saharan Africa », *International Journal Environmental Research and Public Health*, 4(2), p. 93-100.
- Behrman, Jere R., Birdsall, Nancy et Miguel Székely (2000), « Economic Reform and Wage Differentials in Latin America », Washington, DC, Inter-American Development Bank. Research Department, *Working Paper* n° 435.
- Chabrol, Raymond (2000), « Réflexions autour de la démocratie sanitaire », *Epsos*, n°66, avril, p. 8-11.
- Cornia, Giovanni Andrea et Renato Paniccà (2000), *The Mortality Crisis of Transitional Economies*, Oxford: Oxford University Press.
- Cornia, Giovanni Andrea (2001), « Globalization and Health: Results and Options », *Bulletin of the World Health Organization*, 79 (9), p. 834-841.
- Cornia, Giovanni Andrea et Sampsa Kiiski (2001), « Trends in Income Distribution in the Post World War II Period: Evidence and Interpretation », Paper presented at: UNU/WIDER Conference on *Growth and Poverty*, Helsinki, 25-26 May (available at [www.wider.unu.edu](http://www.wider.unu.edu)).
- Devereux, Stephen (2002), « The Malawi Famine of 2002 », *IDS Bulletin* (Institute for Development Studies), 33 (4), p. 70-78.
- Dollar, David (2001), « Is Globalization Good for your Health », *Bulletin of the World Health Organization*, n°79, p. 832-833.
- Engel, Cindy (2002), *Wild Health*, London: Weidenfeld and Nicholson.
- Eytan, ARIEL (2005), « Mondialisation et santé mentale », Conférence présentée à Genève dans le Service de psychiatrie gériatrique. Disponible en ligne : <http://revue.medhyg.ch/infos/article.php3?sid=2412> [15 mars 2009]
- Frenk, Julio et Octavio Gómez-Dantés (2002), « Globalization and the Challenges to Health Systems », *Health Affaire (Millwood)*, May-June, 21(3), p. 160-5.
- Fritz, Jean-Claude (2003), « La "mise en jeu" de la santé par la mondialisation », *Santé publique*, vol 15, n° 3, p. 257-266.
- Garret, Laurie (2005), « The Next Pandemic », *Foreign Affairs*, 84, 4, p. 3-23.
- Hofrichter, Richard E. (2000), *Reclaiming the Environmental Debate. The Politics of Health in a Toxic Culture*, Cambridge: MIT Press.
- Hongyi Li, Lyn Squire et Heng-fu Zou (1998), « Explaining International and Inter-temporal Variations in Income Inequality », *Economic Journal*, 108, n° 446, p. 26-43.

- Institute of Medicine (1997), *America's Vital Interest in Global Health: Protecting our People, Enhancing our Economy, and Advancing our International Interests*, Washington, D.C.: National Academy Press.
- Karlen, Arno (1995), *Man and Microbes. Disease and Plagues in History and Modern Times*, New York: Simon and Schuster.
- Kaul, Inge, Grunberg Isabelle et Marc Stern A. (eds.) (1999), *Global Public Goods: International Cooperation in the 21<sup>st</sup> Century*, New York: Oxford University Press for the United Nations Development Programme.
- Labonte, Ronald et Ted Schrecker (2007), « Globalization and Social Determinants of Health: The Role of the Global Marketplace », *Globalization and Health*, 3(6) : doi:10.1186/1744-8603-3-6.
- Laurent-Beq, Anne et Jeanine Pommier (2003), « Citoyens et démocratie sanitaire », *Santé publique*, vol.15, n° 3, p. 309-312.
- Maudet, Gwénaëlle (2002), « La démocratie sanitaire: penser et construire l'usager », *Lien social et Politiques*, n° 48, p. 95-102.
- McMichael, Anthony J. et Robert Beaglehole (2000), « The Changing Global Context of Public Health », *Lancet*, 356, p. 577-582.
- Myers, Matthew L. (2002), « Philip Morris Changes its Name, but not its Harmful Practices », *Tobacco Control*, 11, p. 69-170.
- OMS/OMC (2002), *Les Accords de l'OMC et la Santé publique*, Étude conjointe de l'OMS et du Secrétariat de l'OMC.
- Osterholm, Michael T. (2005), « Preparing for the next pandemic », *New England Journal of Medicine*, 352(18), p. 1839-42.
- Parliamentary Office of Science and Technology (2006), « ICT in Developing Countries », *Postnote*, March, n°261. Available online: <http://www.parliament.uk/documents/upload/postpn261.pdf> [11 mars 2009]
- Prasad, Eswar, Rogoff, Kenneth, Wei, Shang-Jin et Kose Ayhan M. (2003), « Effects of Financial Globalization on Developing Countries: Some Empirical Evidence », *International Monetary Fund Occasional Papers*, n° 220.
- Ravallion, Martin (2001), « Growth, Inequality and Poverty: Looking beyond Averages », Paper presented at: UNU/WIDER Conference on *Growth and Poverty*, Helsinki, 25-26 May (available at [www.wider.unu.edu](http://www.wider.unu.edu)).
- Schmukler, Sergio L. (2004), « Financial Globalization: Gain and Pain for Developing Countries », Federal Reserve Bank of Atlanta, *Economic Review*, Second Quarter, p. 39-66.
- Sen, Amartya (2000), « Choosing Freedom », *Far East Economic Review*, Hong Kong, January, 27.
- Taylor, Allyn et Douglas Bettcher W. (2000), « WHO Framework Convention on Tobacco Control: A Global « Good » for Public Health », *Bulletin of the World Health Organization*, n° 78, p. 920-929.
- UNESCO (2008), *Overcoming Inequality: Why Governance Matters*, EFA Global Monitoring Report 2009, UNESCO, Oxford, UK, Oxford University Press.

- Wilson, David et al. (1999), « Global Trade and Access to Medicines: AIDS Treatment in Thailand », *Lancet*, 354, p. 1893-1895.
- Wood, Adrian (1994), *North-South Trade, Employment and Inequality*, Oxford: Clarendon Press.
- Woodward, Alistair et al. (2000), « Protecting Human Health in a Changing World: The Role of Social and Economic Development », *Bulletin of the World Health Organization*, 78 (9), p. 1148-1155.
- Woodward, David et al. (2001), « Globalization and Health: A Framework for Analysis and Action », *Bulletin of the World Health Organization*, 79 (9), p. 875-881.
- World Health Organization, (2000), *World Health Report. Health Systems: Improving Performance*, WHO: Geneva.
- Yaya, Sanni H. et Chiara Raffellini (2008), *Des souris et des médecins. De la télémédecine à la cybermédecine: la science médicale du 21<sup>ème</sup> siècle entre l'organisation et la technologie*, Publibook, Paris, France, 184 pages.

