

Marchandisation et mondialisation des soins de santé: Les leçons des recherches de l'UNRISD

Se servir des mécanismes du marché dans la prestation des services de santé et considérer les soins comme un bien privé sont des approches qui ont tenu une place importante dans les réformes de la santé entreprises à travers le monde. Les recherches de l'UNRISD, qui portent sur la marchandisation des soins de santé et les expériences faites en la matière aux niveaux local et mondial, remettent en question cette façon de voir. Elles plaident en faveur de politiques publiques qui défendent la mission même des systèmes de santé: veiller à la santé des populations et dispenser à chacun les soins dont il a besoin.

Le problème

Dans la lutte pour une politique sociale foncièrement démocratique, axée sur le développement et l'intégration, la santé est un champ de bataille où s'affrontent des visions opposées des fondements éthiques et politiques de la société. Les systèmes de santé agissent comme de puissants moteurs d'exclusion ou d'intégration sociale: des révélateurs sans complaisance de l'éthique publique et des rapports entre l'Etat et la société.

La santé est aussi un domaine "pilote" important pour les partisans de l'application à la sphère sociale de politiques conduites par le marché puisque c'est un domaine dont ils ont très tôt prôné la libéralisation et où ils ont voulu que l'offre du secteur privé se développe. Pourtant, la marchandisation des soins de santé est fort contestée, en raison de défaillances du marché tout à fait bien connues et d'engagements éthiques quant à l'accès aux soins qui mettent en avant la fourniture universelle des services et la responsabilité de l'Etat dans le domaine de la santé. Aussi, les politiques relatives à la marchandisation des soins attirent-elles l'attention sur une frontière très contestée en politique sociale, entre ce qui est du ressort du marché et ce qui ne l'est pas.

Les recherches de l'UNRISD sur la marchandisation des soins de santé sont parties d'une politique de la santé

comprise comme élément de politiques publiques et sociales plus générales. Les systèmes de santé sont la manifestation institutionnelle de ces politiques, fondées sur des droits reconnus dans la législation, des valeurs et des engagements politiques. Les soins font partie de vastes systèmes qui englobent la santé publique, la promotion de la santé et l'évaluation des incidences d'autres politiques sur la santé. Les services de santé doivent avoir pour but l'accès universel aux soins selon les besoins de chacun et la solidarité tant au niveau de la prestation que du financement, et c'est à cette aune qu'il faut les juger. Dans ce contexte, la marchandisation devrait être évaluée comme un moyen de parvenir à ces fins.

La "marchandisation" des soins de santé signifie que l'administration de ces soins est assurée par le jeu du marché à ceux qui sont en mesure de les payer; que l'investissement dans les services et la production de ces services et de tout ce qui entre dans cette production sont mus par la recherche de recettes ou de profits, y compris les contrats conclus avec des entreprises privées et les fournisseurs des services de santé financés par les deniers publics, et que les soins sont financés par les particuliers et des assurances privées. La marchandisation recouvre donc divers processus qui se recoupent, tels que l'expansion du secteur privé, la libéralisation du marché et la privatisation des avoirs de l'Etat, et fournie une grille d'analyse dont on se sert pour les comprendre. La

Recherches de l'UNRISD sur la marchandisation des soins de santé, 2003–2005

Cette synthèse de la série "Recherches et politiques" résume les conclusions de deux projets de l'UNRISD: *Commercialisation des soins de santé: Dynamiques locales et mondiales et réponses politiques*, et le volet "santé" d'un projet plus large, *Le défi social du développement: Globalisation, inégalités et protection sociale*. Ces projets, liés entre eux, ont amené des chercheurs de 20 pays—pour la plupart des pays en développement et des économies en transition—à entreprendre des recherches sur l'ampleur de la marchandisation et de la mondialisation des soins de santé, les différences qu'elles présentent, leurs incidences sur l'accès et l'inégalité, et la marge de manœuvre dont disposent les politiques pour mettre en place des systèmes de santé sans exclusive, performants et responsables.

Ces thèmes généraux ont permis de traiter de sujets divers: les stratégies des sociétés multinationales et les conséquences du régime mondial des industries pour la santé; l'internationalisation des sociétés travaillant dans le secteur des soins de santé et ses incidences sur les systèmes de santé des pays à revenu intermédiaire; la tournure commerciale prise par le secteur public de la santé lui-même et ses conséquences; les migrations internationales du personnel soignant; les interactions entre le public et le privé et l'équité en matière de santé; et l'universalisation des soins dans des systèmes de santé en voie de marchandisation. Des recherches primaires ont été entreprises en Afrique du Sud, en Argentine, au Brésil, en Bulgarie, en Chine, aux Etats-Unis, au Ghana, en Inde, au Liban, en Malaisie, au Mali, au Mexique, en République de Corée, dans la Fédération de Russie, à Singapour, en Suisse, en Tanzanie et au Viet Nam. Les projets ont montré qu'économistes et experts en politique de la santé pouvaient travailler ensemble de manière constructive dans un cadre conceptuel qui traite la marchandisation des soins de santé comme un processus à apprécier pour ce qu'il vaut, plutôt que comme un postulat à partir duquel se conçoit la politique de la santé.

marchandisation des soins de santé, entendue dans ce sens, a été encouragée directement et indirectement par des pressions économiques et les politiques internationales depuis les années 1980 et a été la condition préalable à l'intégration au marché international ou à la "mondialisation" de la santé.

Résultats des recherches

La marchandisation est associée à une dégradation de l'accès aux soins et des résultats: Mauvais point pour ses partisans

Rien ne prouve, à l'étude de données comparatives portant sur plusieurs pays, que la marchandisation des soins de santé ait des effets positifs sur l'accès aux soins et, *in fine*, sur la santé. Et pourtant, les soins primaires sont marchandisés dans la plupart des pays à bas revenu. Plus faible est le revenu moyen du pays, plus le risque est grand pour les malades de devoir financer la santé de leur poche, bien que ce système de financement soit le plus propre à appauvrir la population. Les soins de santé gratuits dans une large mesure aux lieux de distribution, financés par l'impôt général ou une assurance sociale, c'est à la fois le choix et le privilège des pays riches: là où les dépenses "sociales" consacrées à la santé sont élevées par rapport au produit intérieur brut (PIB), les revenus moyens sont élevés et les résultats de la santé meilleurs.

De plus, dans divers pays à faible revenu pour lesquels nous disposons de données, les plus pauvres risquent, plus que les nantis, de dépendre des soins privés plutôt que des soins publics, ce qui est l'inverse de ce que l'on suppose généralement des marchés de la santé. Plus les soins de santé primaires sont marchandisés, plus les enfants sont privés de traitement lorsqu'ils sont malades et plus les taux de vaccination et les taux de consultation pour cause d'enfants malades sont inégaux. La corrélation est particulièrement forte dans les pays de l'Afrique subsaharienne.

De tous les types de marchandisation étudiés, c'est le service payant dans des conditions de pauvreté générale qui est le plus étroitement associé à des soins de piètre qualité et à l'exclusion. La détérioration des soins et des conditions de travail dans les services de santé des pays à bas revenu a été aussi un élément déterminant dans la décision prise par des professionnels, notamment d'Afrique subsaharienne, d'émigrer pour travailler dans des systèmes de santé mieux nantis.

Devenu commercial, le secteur public perd de son efficacité

Même dans les pays à bas revenu d'Afrique, les dépenses publiques consacrées à la santé sont progressives: les groupes les plus pauvres y gagnent plus, proportionnellement, que leur part de revenu. Et plus l'Etat dépense, mieux c'est: les gouvernements dont les dépenses sont relativement importantes par rapport au PIB ont de meilleurs résultats en matière de santé et des soins mieux distribués. En Asie, des systèmes universalistes de santé publique ayant instauré la gratuité des soins aux lieux de distribution, comme c'est le cas au Sri Lanka, n'ont pas seulement des résultats supérieurs à la moyenne, même lorsque les revenus sont bas, mais ils concourent davantage à la redistribution.

Cependant, la tournure commerciale que prend le secteur public lui-même menace la fonction fondamentale qu'il remplit dans les systèmes de santé. L'étude réalisée au Mali, par exemple, a montré que les centres de santé publics et communautaires qui font payer leurs services, alors que la pauvreté est générale, ont tendance à perdre leur vocation publique et à devenir des "services semi-commerciaux" tributaires des consultations et de la vente des médicaments. Dans une Russie en transition, où l'on est passé d'un financement public de la santé à un financement théorique par l'assurance sociale et où les habitants se voient théoriquement offrir un accès universel aux soins, on a vu que la "marchandisation

spontanée" de la santé avait considérablement creusé les inégalités d'accès en assimilant les soins de bonne qualité à des soins payants. En séparant le financement de la santé de la prestation des soins alors que les fonds étaient très insuffisants, on a faussé le régime des incitations et introduit la fraude dans un système où des intermédiaires, des assurances maladie privées, dégagent des profits sans améliorer l'accès aux soins.

Le secteur public de la santé ne peut remplir sa mission de redistribution et de santé publique que s'il fonctionne selon d'autres principes que ceux des services marchandisés. Les pressions politiques qui le poussent à fonctionner suivant des règles commerciales, à faire une place aux intérêts privés et à adopter des incitations matérielles ont altéré les comportements dans le secteur public de la santé, alors que le secteur privé, dans de nombreux pays en développement, est très tributaire des ressources publiques, qu'il s'agisse d'équipement ou de personnel qualifié. Les recherches en Inde ont fait ressortir l'impact de la marchandisation sur les valeurs et les aspirations du personnel professionnel, à un moment où la culture individualiste de professionnels de la santé faisant carrière dans le secteur privé entre en conflit avec la culture du secteur public qui continue à être plus consultative et plus axée sur l'intérêt public. De telles mutations des valeurs professionnelles sont profondes et se produisent à long terme: si l'on commence à admettre au niveau international la nécessité de reconstruire le service public et de regagner la confiance de la population, ce projet ne pourra aboutir qu'en combattant la dévalorisation de l'éthique et de l'engagement des pouvoirs publics.

La santé est un secteur risqué et instable pour les investisseurs privés, et les stratégies de réduction des risques prônées par les multinationales peuvent être néfastes

Dans les pays à revenu intermédiaire, la marchandisation des soins a été fortement influencée par l'entrée massive de grandes sociétés dans ce secteur et par l'arrivée d'investissements privés étrangers dans la prestation et les assurances. De telles manifestations de la mondialisation sont cependant irrégulières et instables: la santé est un secteur risqué pour les investisseurs privés et les investisseurs multinationaux veillent à réduire les risques au minimum. Les recherches montrent que les multinationales européennes et asiatiques ont des stratégies de placement nettement différentes de celles des sociétés des Etats-Unis. Les multinationales européennes et asiatiques des soins de santé, qui opèrent sur leur propre continent dans un environnement très encadré, s'emploient à faire pression pour obtenir la création d'une "infrastructure" économique favorable aux investissements privés, notamment des systèmes de facturation et de soumission qui leur permettraient d'être compétitives; à limiter leur exposition aux risques en réduisant les actifs dont elles sont propriétaires; et à exécuter des contrats publics tout en prenant en charge une proportion croissante de maladies aiguës "haut de gamme" pour se faire une place durable.

Les multinationales des Etats-Unis qui investissent dans le secteur de la santé sont perçues dans les pays en développement comme des investisseurs assez instables, dont le but est de réaliser des profits à court terme. Cette instabilité semble avoir pour origine le secteur trouble du *managed care* (ou soins gérés) aux Etats-Unis, système qui allie financement et prestation de soins et que les sociétés commerciales exportent activement. Vers la fin des années 1990, de nombreuses sociétés américaines ont investi dans les soins de santé en Amérique latine tout en faisant pression sur les organisations multilatérales pour obtenir des réformes qui ouvrent les marchés de la santé aux investissements privés. Au Brésil et en Argentine, ces entreprises ont investi, puis revendu très vite. En Argentine, engagée, comme la Russie, dans une réforme économique et qui a vu, comme elle, son économie s'effondrer dans les années 1990 et 2000, il y avait un secteur privé bien établi qui dispensait des soins à des employés au bénéfice d'une assurance

sociale; la recherche a montré que les sociétés étrangères ayant investi, avaient contribué à transformer les caisses de la sécurité sociale en un système privé de *managed care* et s'étaient livrées à des rachats d'établissements financés par des emprunts, à des fermetures et à des reventes dans tout le secteur.

Les industries en amont, commerciales et mondialisées, ne s'adapteront pas aux priorités de la santé publique si la réglementation ne change pas

Les industries qui gravitent autour des soins médicaux, notamment les industries pharmaceutiques et les fabricants de fournitures et d'équipements médicaux, opèrent de plus en plus sur des marchés internationaux intégrés; leurs exportations sont en hausse et des entreprises de pays en développement deviennent à leur tour des multinationales. Les prix des médicaments pour les patients et les systèmes de santé dépendent de la structure du marché et de la concurrence, et le comportement des opérateurs commerciaux obéit aussi à des dispositions réglementaires et de contrôle. La recherche a montré que la nouvelle recherche-développement (R&D) des entreprises indiennes dans le secteur pharmaceutique, par exemple, était très axée sur les besoins des marchés des pays riches; pourtant, si l'on veut que les médicaments soient abordables dans les pays en développement, il est indispensable de soutenir la concurrence des fabricants de génériques.

L'accès aux médicaments et aux technologies médicales est influencé par la façon dont sont encadrés l'industrie et le commerce au niveau international, par les politiques internationales menées dans ces domaines, y compris la protection des brevets et l'activité normative en la matière. Mais les industries qui gravitent autour des soins médicaux interviennent de plus en plus pour défendre leurs intérêts; elles sont influentes et parviennent, par leurs initiatives et à force de pressions, à infléchir la réglementation. L'industrie de l'équipement médical, par exemple (qui vient en grande partie des États-Unis, d'Europe et du Japon) exerce une influence croissante sur les politiques internationales, faisant pression pour faire entrer dans le régime des brevets pharmaceutiques des systèmes et procédures de distribution de médicaments et d'autres inventions "limites". Les décideurs de l'Europe et des États-Unis s'efforcent de soutenir l'innovation et la bonne santé économique de leurs industries et, si le système de santé a besoin que l'industrie soit encadrée pour être efficace et sans danger, la politique industrielle accordée rarement aux considérations de politique sanitaire le poids qu'elle devrait leur assigner.

Conséquences pour les politiques

Concevoir les systèmes de santé comme des institutions sociales essentielles

Les systèmes de santé devraient être conçus à la fois comme l'expression institutionnelle d'engagements politiques formulés en termes éthiques et comme des institutions sociales marquées par les structures et les valeurs de leur pays. Cette place donnée à l'éthique et à la responsabilité devrait dissuader les responsables politiques de laisser la commercialisation de la sphère publique contribuer à l'exclusion de l'accès aux soins ou, pis encore, la légitimer.

Les systèmes de santé, dans lesquels les riches et ceux qui sont en bonne santé doivent subventionner les malades et les pauvres, sont importants pour la redistribution et la solidarité. En période de crise, les initiatives tendant à universaliser l'accès aux soins peuvent renforcer la cohésion nationale. La politique de santé menée par le gouvernement en République de Corée après la crise économique de 1997 illustre bien: la démocratisation avait renforcé la coalition qui militait pour une assurance maladie nationale et universelle et celle-ci, lorsqu'elle a été introduite après 1997, a eu un effet de redistribution sensible sur ceux qui, ayant de bas revenus, souffraient des conséquences de la récession.

Etablir une politique cohérente face à la marchandisation

La marchandisation des soins de santé est un processus économique qui obéit aux lois du marché mais résulte aussi de décisions politiques. Actuellement, les systèmes de santé marchandisés des pays en développement ne sont pratiquement pas encadrés et il est difficile d'imposer une réglementation formelle sur des marchés libéralisés. Des politiques efficaces devraient tendre avant tout à définir sous quelle forme et dans quelles limites la marchandisation est adaptée aux objectifs des systèmes de santé compte tenu du niveau de développement économique et du contexte politique, et à faire respecter cette forme et ces limites.

Les principaux outils dont disposent les responsables politiques à cette fin sont les mécanismes nationaux de financement de la santé et la dotation du secteur public. L'expérience de la République de Corée, qui se situe dans la tranche supérieure des pays à revenu intermédiaire, montre que, même lorsque l'offre est très marchandisée, l'accès aux soins peut être élargi et la redistribution améliorée pour autant que la santé soit financée par une assurance sociale—et non une assurance individuelle privée—et que peu à peu toute la population soit couverte. Les pays dont le revenu est plus bas peuvent financer un important service de santé en recourant à diverses sources telles que les impôts, l'aide au développement et des assurances sous mandat national. De tels mécanismes de financement social peuvent servir à opérer un tri parmi les fournisseurs privés et en réglementer le comportement.

La reconstruction du secteur public de la santé redessine la place du marché et les limites de la concurrence pour le secteur privé, dans les pays à bas revenu comme dans les pays à revenu intermédiaire. C'est ce que montre l'expérience de Mexico, où les pouvoirs publics de la ville se sont employés à universaliser l'accès aux soins en établissant d'abord le droit pour les pauvres de réclamer du secteur public les soins auxquels avaient droit les détenteurs d'une assurance sociale privée, et ensuite en reconstruisant le secteur public de la santé de manière à répondre à ces demandes. Cette démarche a le mérite de légitimer les revendications de soins universalistes—à la différence de la marchandisation qui les prive de cette légitimité—dans un système stratifié caractéristique de l'Amérique latine. Dans de nombreux pays à bas revenu d'Afrique, la demande démocratique de solutions autres que les soins payants se fait plus pressante, signe que l'on est conscient du fait que les services payants limitent les revendications d'accès.

Veiller à ce que la politique industrielle et commerciale appliquée aux niveaux international et national ne mette pas à mal les politiques de santé

Les politiques commerciales et industrielles affectent profondément le coût et l'efficacité des systèmes de santé dans le monde, et pourtant elles sont appliquées dans une large mesure sans égard pour les besoins de la politique de la santé. Or, il est indispensable, pour plusieurs raisons, de placer ces besoins au centre de la réglementation industrielle et commerciale. Premièrement, cela remettrait en question la "reverticalisation" de la politique internationale de la santé—la tendance, alimentée au niveau mondial par les partenariats public-privé, à des interventions verticales dans lesquelles la technologie occupe une place majeure. Deuxièmement, cela permettrait de réagir contre les intérêts industriels qui pèsent de plus en plus sur les politiques mondiales. Troisièmement, cela soulignerait l'importance de décider de manière démocratique des priorités politiques, et recentrerait l'attention sur des politiques favorables à un système de santé intégré dans les pays en développement. Comme l'a démontré l'étude de la réglementation relative à l'équipement médical, les intérêts de la santé publique devraient être présents dès le début dans les instances de contrôle afin d'éviter que des accords internationaux ne fonctionnent qu'au profit des parties prenantes

et au détriment des patients. Les conclusions des recherches laissent à penser qu'il y a moins de différences entre les priorités politiques des pays du Nord et celles des pays du Sud qu'entre les priorités des décideurs de la santé et ceux du commerce ou entre les intérêts des secteurs publics et ceux des secteurs commerciaux.

Les pays en développement peuvent aussi soumettre les investissements privés à un contrôle et à une réglementation beaucoup plus efficaces. Les sociétés commerciales peuvent rechercher activement des pays où la réglementation limite le nombre des concurrents à petits prix. Une bonne compréhension des objectifs des entreprises et un effort visant à surveiller la qualité plutôt qu'à protéger les entreprises de la concurrence du marché peuvent amener les fournisseurs privés à adapter leur rôle aux objectifs du système de santé: des subventions croisées et l'accueil de tous. Il est probable qu'une politique de la santé hostile à toute exclusion impose de fortes contraintes aux assureurs privés. En Chine, par exemple, la recherche a mis en évidence un débat passionné sur la manière dont le gouvernement pourrait veiller à ce que les assureurs privés ne jouent qu'un rôle complémentaire et non un rôle prédominant dans le financement de la santé des citoyens.

Retrouver le "sens commun" de la politique de la santé, avec des priorités de santé publique et des besoins à satisfaire

Dans les années 1990, des acteurs politiques internationaux ont voulu présenter les soins de santé comme un bien marchand privé et cette conception comme relevant du sens commun. Cette vision des choses a rencontré une résistance profonde, de plus en plus justifiée par les faits. Les systèmes de santé continueront à être "mixtes" et à laisser une très large place à l'élément commercial. Mais s'ils doivent remplir leur mission en faisant reposer le fonctionnement de l'économie de marché sur de solides bases sociales, ils ne sauraient être conduits par le marché. Ils doivent au contraire poursuivre des objectifs sociaux, éthiques et professionnels, et la politique de la santé doit façonner les éléments commerciaux du système pour qu'ils servent bien ces objectifs.

Le bon sens voudrait plutôt que l'on reconnaisse que des systèmes de santé efficaces, éthiques et sans exclusive relèvent de la définition de politiques sociales et économiques plus larges et d'un encadrement au plan mondial et qu'ils ont aussi besoin de certaines conditions. Les politiques internationales et les directives sur lesquelles s'appuient les systèmes de santé nationaux doivent être réorientées dans le sens de l'équité et de l'intégration. Il faut éviter que les mesures prises dans d'autres secteurs, tels que le commerce et l'industrie, aux niveaux national, régional et mondial, restreignent la marge de manœuvre des politiques nationales de santé. Dans le contexte de la marchandisation actuelle, dans lequel les sociétés commerciales pèsent sur les politiques définies au niveau

mondial, cette réaffirmation de l'espace propre à la politique publique obligera à repenser l'encadrement et la façon de l'aborder, notamment à remettre en question le rôle des partenariats public-privé et l'importance accordée actuellement dans le monde de la santé à des interventions sélectives dans lesquelles la technologie occupe une place prédominante.

Publications et autres lectures

Livres du projet

- Comeliou, C., S. Gillioz, M. Carton, Y. Flückiger, M. Mackintosh et F.-X. Merrien. 2006. *Le Défi Social du Développement: Globalisation et Inégalités*. IUED et Karthala, Paris.
- Mackintosh, M. et M. Koivusalo (eds.). 2005. *Commercialization of Health Care: Global and Local Dynamics and Policy Responses*. UNRISD et Palgrave, Basingstoke.

Contributions au Journal of International Development (Policy Arena), Vol. 18, No. 3, 2006

- Blam, I. et S. Kovalev. "Spontaneous commercialization, inequality and the contradictions of Compulsory Medical Insurance in transitional Russia."
- Datzova, B. "The difficult transition to National Health Insurance in Bulgaria."
- Mackintosh, M. "Commercialization, inequality and the limits to transition in health care: A Polanyian framework for policy analysis."
- Mackintosh, M. et S. Kovalev. "Commercialization, inequality and transition in health care: The policy challenge in developing and transitional countries."
- McIntyre, D., L. Gilson, H. Wadee, M. Thiede et O. Okarofore. "Commercialization and extreme inequality in health: The policy challenges in South Africa."

Autres publications se rapportant aux recherches de l'UNRISD

- Chaudhuri, S. 2007. "The gap between successful innovation and access to its benefits: Indian pharmaceuticals." *European Journal of Development Research*, Vol. 19, No. 1, pp. 49–65.
- Iriart, C. et H. Waitzkin. 2006. "Argentina: No lesson learned." *International Journal of Health Services*, Vol. 36, No. 1, pp. 177–196.
- Koivusalo, M. 2006. "The impact of economic globalization on health." *Theoretical Medicine and Bioethics*, Vol. 27, pp. 13–34.
- Mackintosh, M. 2007. *Planning and Market Regulation: Strengths, Weaknesses and Interactions in the Provision of Less Inequitable and Better Quality Health Care*. Commissioned Health Systems Knowledge Network Working Paper. WHO Commission on the Social Determinants of Health (Commission des déterminants sociaux de la santé, OMS). www.wits.ac.za/chpl/hskn.htm, téléchargé en novembre 2007.
- Mensah, K., M. Mackintosh et L. Henry. 2005. *The "Skills Drain" of Health Professionals from the Developing World: A Framework for Policy Formulation*. Medact, Londres. <http://medact.org/content/Skills%20drain/Mensah%20et%20al.%202005.pdf>, téléchargé en novembre 2007.
- Sen, K. et A. Mehio-Sibai. 2004. "Transnational capital and confessional politics: The paradox of the health care system in Lebanon." *International Journal of Health Services*, Vol. 34, No. 3, pp. 527–551.

预览已结束，完整报告链接和二维码如下：

https://www.yunbaogao.cn/report/index/report?reportId=5_21171

