



**CENTRE INTERUNIVERSITAIRE DE RECHERCHE
PLURIDISCIPLINAIRE (CIREP)
STATUT : UNIVERSITE PUBLIQUE
Web : www.cirep.ac.cd
Email : info@cirep.ac.cd**

NOTES DE COURS DE POLITIQUES DE GESTION DE SANTE

OBJECTIF DU COURS

Objectif général :

Former les étudiants à la gestion efficace et efficiente des politiques de santé, en vue d'améliorer la qualité des services de santé et le bien-être des populations.

Objectifs spécifiques :

- ✓ Comprendre les principaux enjeux et défis liés à la gestion des politiques de santé, tant au niveau national qu'international.
- ✓ Acquérir des compétences en matière d'analyse des politiques de santé, de planification stratégique et de mise en œuvre des programmes de santé.
- ✓ Apprendre à évaluer l'impact des politiques de santé sur la population, en termes d'accès aux soins, de qualité des services et de résultats sanitaires.
- ✓ Se familiariser avec les différents acteurs du secteur de la santé (gouvernement, organisations internationales, ONG, professionnels de santé) et comprendre leur rôle dans la mise en œuvre des politiques de santé.
- ✓ Développer des compétences en communication et en gestion de projet pour collaborer efficacement avec les parties prenantes et assurer la réussite des initiatives de santé publique.
- ✓ Explorer les aspects éthiques, juridiques et économiques liés à la gestion des politiques de santé, afin de prendre des décisions éclairées et responsables.
- ✓ Mettre en pratique les connaissances acquises à travers des études de cas, des simulations et des stages en milieu professionnel pour se préparer à relever les défis concrets du domaine de la gestion de la politique de la santé.

De tout temps, les progrès de la santé ont reposé sur des avancées dans deux directions complémentaires : celle de la mise au point de technologies nouvelles de plus en plus performantes et celle de la diffusion de leur emploi. La première requiert un investissement scientifique (recherche médicale, pharmaceutique et technologique) et industriel (pour la production des matériels médicaux de toutes sortes). La seconde est encore plus exigeante car il faut non seulement investir dans la formation (celle des professionnels de la santé et celle du public) et dans l'infrastructure (institutions de soins et de prévention, administration de la santé) mais faire en sorte que l'ensemble des citoyens ait accès aux moyens de santé existant et bénéficie des mesures de prévention appropriées. L'histoire a aussi montré que la loi du marché ne peut certainement pas pourvoir aux deux avec les meilleurs résultats possibles. Il est, à tout le moins, des éléments de politique de santé qui appartiennent d'emblée aux prérogatives régaliennes de l'État : police sanitaire, respect de la déontologie, organisation de la prévention, etc. et ce minimum de prise en charge collective est sans doute loin de suffire. On pourrait cependant épiloguer longtemps sur la question de savoir jusqu'où l'État est le mieux placé pour réaliser un objectif tel que « la santé pour tous » prônée par l'OMS, si tant est que cet objectif lui-même n'est pas totalement irréaliste. L'État n'est de toute façon pas le seul acteur en cause. Il nous semble plus utile ici de passer modestement en revue, d'une part, les différents objectifs et stratégies des politiques de santé actuelles et, d'autre part, les acteurs et les moyens de ces politiques.

1) Police sanitaire

On n'en est certes plus, au XX^e siècle, à protéger la société contre le danger que représentaient jadis les pauvres et les malades, mais il n'en demeure pas moins que toute une panoplie de mesures particulières ou générales sont destinées à protéger la population contre divers risques sanitaires, parfois en obligeant les individus à se soumettre à des prescriptions obligatoires.

a) Protection contre les agressions criminelles

Il n'est pas inutile de commencer par rappeler que l'un des buts de la police au sens le plus commun du terme n'est pas sans rapport avec notre sujet puisque l'une de ses fonctions est de protéger les citoyens contre les agressions criminelles et l'enjeu démographique de cette protection n'est pas aussi marginal qu'on pourrait parfois le penser. Non seulement on sait que depuis la mise en place d'États organisés, l'exposition à ce type de risque a considérablement reculé (Chesnais, 1981, 1985) mais la violence, à laquelle sont encore aujourd'hui exposées certaines populations vivant dans des pays où l'État est soit faible soit peu respectueux des droits de l'Homme, suffit à nous convaincre de l'importance de cet objectif. En Colombie, par exemple, la mortalité violente non accidentelle était, en 1988, 16 fois plus élevée qu'au Costa Rica (Ruiz et Rincón, 1996) et, en 2000, la mortalité par homicide y était encore 10 fois plus élevée qu'aux États-Unis (Chesnais, 2003), tandis que les pays les plus exposés sont aussi souvent ceux où l'on ne dispose d'aucune statistique fiable sur la question. On doit également noter que, même entre les pays de longue tradition démocratique, les politiques en la matière peuvent être très différentes. La réglementation du port d'armes en est un exemple type et, de ce point de vue, la vie des citoyens est certainement beaucoup mieux protégée dans la plupart des pays d'Europe occidentale qu'aux États-Unis.

b) Surveillance de la prostitution

La police des mœurs aussi comporte une part d'objectifs sanitaires, quand, par exemple, elle exerce un contrôle sur la santé des prostituées afin de préserver celle de leurs clients. Cette préoccupation a tenu beaucoup de place jadis en Europe tant que la médecine était largement impuissante face à la syphilis et à d'autres maladies vénériennes. Elle a notamment été à l'origine du débat sur les maisons closes et des différentes réglementations adoptées selon les pays et les époques dans ce domaine (Nor, 2001). Elle est très présente aujourd'hui dans les pays atteints par le sida. En Thaïlande par exemple, le gouvernement a rendu obligatoire l'utilisation du préservatif dans les maisons de prostitution avec menace de fermeture en cas d'infraction (Caldwell Pat, 1995). En Afrique au sud du Sahara, là où le sida a fait le plus de dégâts, là où, aussi, les frontières de la prostitution sont parfois très floues et sa pratique très diversifiée, une telle police est beaucoup plus difficile à mettre en œuvre.

c) Surveillance épidémiologique aux frontières...

Une des branches importantes de la police sanitaire moderne résulte aussi de l'histoire de la lutte contre les grandes épidémies. Même si elle se fait de plus en plus discrète la surveillance sanitaire aux frontières qui en est l'héritière directe est toujours bien réelle. En fonction du pays de provenance, les voyageurs sont priés d'attester de leur vaccination contre certaines maladies. L'OMS tient à jour un état des différents pays du monde en fonction de la présence et de l'importance des maladies contagieuses endémiques. À cet effet s'exerce même une sorte de police sanitaire internationale puisque dans le cas d'au moins trois maladies (choléra, peste et fièvre jaune), chaque pays est tenu de déclarer tout cas diagnostiqué à l'OMS. C'est sur la base de ces informations, éventuellement complétées par d'autres sources, que chaque pays décide des maladies pour lesquelles un certificat de vaccination est exigé à l'entrée sur le territoire. Si le voyageur n'est pas vacciné, il peut être contraint de se faire vacciner sur le champ ou se voir imposer d'autres mesures prophylactiques appropriées (prise de médicaments, par exemple). Mais surtout, à tout moment, ces mesures courantes peuvent être renforcées en cas de menace particulière, comme on l'a vu récemment avec l'apparition du SRAS (OMS, 2004).

d) ... et sur le territoire

Mais la surveillance épidémiologique ne se fait pas qu'aux frontières. Une part importante de l'activité administrative des institutions de santé publique y est consacrée. En France, par exemple, même si elle a été assez largement supplantée par d'autres, la principale fonction dévolue aux Directions départementales de l'action sanitaire et sociale (DDASS) et au corps spécial de médecins fonctionnaires qui les dirigent était de surveiller l'apparition de risques épidémiques et de prendre toutes dispositions nécessaires pour en empêcher le développement.

e) Lutte contre les drogues, licites ou illicites

Autre champ d'activités de police sanitaire : les drogues. Assez tôt, l'usage des stupéfiants a été considéré comme un enjeu de santé publique et l'on a tenté d'en interdire l'accès à la population en réprimant la fabrication et le commerce, voire même la consommation. Réprimer les consommateurs est sans doute le plus facile, car ils constituent le maillon le plus vulnérable de la chaîne et donc aussi le plus accessible à l'action policière. Il s'est cependant très vite avéré que c'était aussi le point d'entrée le moins efficace et que vouloir éradiquer la drogue en ne s'en prenant qu'aux consommateurs était aussi difficile que de remplir le tonneau des Danaïdes. L'essentiel des politiques anti-drogue se concentre ainsi aujourd'hui sur la lutte contre les producteurs et les trafiquants : remonter les filières, réprimer les intermédiaires, si possible les plus gros et détruire les lieux de production. Assez vite, le problème dépasse les frontières nationales du pays concerné. Certains pays, comme les États-Unis, s'estiment assez puissants pour tenter de conduire eux-mêmes des opérations de contrôle et de destruction des lieux de production (ou d'imposer aux États concernés de le faire), les autres ne peuvent s'en remettre qu'à la coopération internationale des polices ou à l'action incitative d'organismes internationaux comme l'OMS.

f) Sécurité alimentaire

Des drogues au tabac et à l'alcool, on arrive naturellement aux produits alimentaires. Avec le temps, ce secteur a fait l'objet d'une réglementation de plus en plus détaillée, étendue et sévère, au moins dans les pays développés, où l'autoconsommation est devenue extrêmement marginale et où la préparation même des plats se fait de plus en plus en amont du travail domestique. L'enjeu est loin d'être négligeable. Il suffit, par exemple, pour en prendre la mesure de se souvenir de la grave crise de mortalité infantile survenue en France en 1945 en raison de la désorganisation du circuit de distribution de lait provoquée par la Libération (Henry, 1948; Norvez, 1990). Aujourd'hui, dans les pays développés, non seulement l'agriculture est surveillée, de même que les importations, mais les denrées alimentaires de base sont de plus en plus transformées

industriellement, à travers tout un processus de production *agroalimentaire* dont les moindres détails sont, sur le plan sanitaire, de plus en plus réglementés, encadrés, contrôlés, que ce soit pour prévenir les risques de contamination biologique ou pour garantir le caractère alimentaire des intrants de plus en plus hétéroclites qui interviennent dans le produit fini. De la même façon, le circuit de la commercialisation (stockage, transport, halles et marchés, supermarchés et petits commerces) et la restauration (des restaurants de ville aux cantines scolaires ou d'entreprises) sont sous haute surveillance. Le souci de sécurité alimentaire est devenu tel que l'on frise parfois la paranoïa. L'exemple de la listériose en France au début des années 2000 n'est qu'un parmi d'autres où les médias dénoncent une flambée intolérable pour quelques décès... moins nombreux que ceux des années précédentes. La crise de la vache folle était plus sérieuse, mais l'ampleur atteinte par les mesures prises, à partir de données scientifiques souvent mal interprétées sinon contestables (Vallin et Meslé, 2001) et, finalement, sur la base du désormais sacro-saint *principe de précaution*, en dit long sur l'exigence de sécurité (et de police sanitaire) à laquelle sont parvenues nos sociétés.

g) Sécurité routière et autres moyens de transport

Tout comme pour le crime et les homicides volontaires, c'est avant tout à la police au sens commun du terme que revient la mission de protéger les citoyens contre les risques encourus sur la route (sans oublier les autres moyens de transport). Avec le développement de la circulation routière, notamment au lendemain de la Seconde Guerre mondiale, la sécurité routière est devenue un enjeu de santé publique majeur d'abord dans les pays développés (Vallin et Chesnais, 1975 ; Chesnais et Vallin, 1977), mais aussi, aujourd'hui, dans beaucoup de pays en développement (OMS et Banque mondiale, 2004). Certes, la réglementation et la police ne sont pas les seuls moyens de lutte contre ce fléau, l'amélioration des voies de circulation et des véhicules, les campagnes d'information et d'éducation, l'organisation des secours en cas d'accident jouent aussi leur rôle, mais la police, au sens commun comme au sens plus large incluant la police sanitaire, est en première ligne.

Les mesures de sécurité ne contraignent pas que les usagers. Elles concernent aussi les fabricants de véhicules auxquels des normes de plus en plus nombreuses et strictes sont imposées, qu'elles concernent la visibilité du conducteur et la signalisation du véhicule, la protection interne des passagers (ceintures de sécurité, points d'ancrage pour sièges enfants, etc.), l'amortissement des chocs, ou la vitesse (régulateurs automatiques de vitesse), sans oublier les normes anti-pollution, dont l'objectif dépasse évidemment la seule sécurité routière.

Plus généralement, la politique des transports pèse évidemment sur la mortalité routière. La priorité accordée au développement des routes sur celui des chemins de fer (ou l'inverse) ou encore, ce qui revient en partie au même, la priorité aux transports en commun sur les transports individuels, accroît ou freine la circulation routière et, toutes choses égales par ailleurs, le nombre des accidents. Cependant, la réglementation du type de véhicules ou des marchandises transportées offre toute une gamme de mesures intermédiaires (passages interdits aux matières inflammables, ferroutage obligatoire sous certains tunnels, etc.).

Ce sont les pays scandinaves et le Royaume-Uni qui ont de longue date su les premiers contenir et enrayer ce fléau des temps modernes (Chesnais, 1981, 1985). La France tente périodiquement de rattraper son retard. Au cours des toutes dernières années en particulier de nouveaux efforts y ont été faits pour renforcer la sécurité routière. Paradoxalement, c'est dans les pays les moins développés de la planète, là où la circulation automobile est la moins importante, que les routes sont les plus meurtrières, faute de moyens suffisants pour mettre en place une sécurité routière de haute qualité (OMS et Banque mondiale, 2004).

h) Protection civile : incendie, inondations, catastrophes naturelles

L'État moderne se doit également, dans le cadre de ses fonctions régaliennes, d'assurer la protection des populations contre l'incendie, les inondations, les catastrophes naturelles, etc. Ce souci est évidemment très ancien, du moins au niveau des collectivités locales, mais le degré d'exigence des citoyens n'a cessé d'augmenter. En matière d'incendie, notamment, des services de protection dite civile, même si le plus souvent les corps de pompiers relèvent de l'armée, existent depuis fort longtemps. Ils sont aujourd'hui très organisés et bien équipés dans

les pays les plus développés, tandis que la réglementation visant à minimiser les risques (depuis la prévention des feux de forêts jusqu'aux normes imposées pour les installations électriques ou l'usage du gaz, etc.) y est très développée. La protection contre les catastrophes naturelles relève aussi, en grande partie, de mesures de police, notamment dans les normes de construction (précautions antisismiques, interdiction de construire en zones inondables, etc.), sans parler des leçons tirées récemment en France des conséquences de la canicule de l'été 2003.

i) Lutte contre les pollutions

C'est aussi essentiellement par la réglementation et des mesures de police que les pouvoirs publics s'efforcent de protéger les populations contre les effets nuisibles à la santé des diverses pollutions de l'air, de l'eau, des sols, etc. Ces réglementations visent en premier lieu, bien sûr, les entreprises dont les pratiques entraînent ces nuisances (des fumées d'usines du XIX^e siècle jusqu'aux rejets industriels modernes, aux pollutions par intrants agricoles et aux problèmes posés par les déchets radioactifs), mais aussi le public lui-même (évacuation des eaux usées domestiques, tri sélectif des ordures ménagères, interdiction partielle ou totale de la circulation automobile dans les villes certains jours de grande pollution de l'air, lutte contre la pollution des rivières et des plages, contre les marées noires, etc.). Ces politiques de lutte contre les pollutions modernes se situent évidemment dans le prolongement direct des efforts faits au cours de l'histoire et déjà évoqués au chapitre précédent pour protéger les populations des risques de contamination par les eaux usées ou les eaux de boisson (assainissement, distribution d'eau potable).

j) Protection particulière de certaines catégories de population

La police sanitaire comporte aussi des mesures de protection spécifiques à certaines catégories de populations. En Europe, tout un pan de cette politique s'est progressivement constitué en réaction aux conséquences négatives de la révolution industrielle sur la santé et la survie des travailleurs. Sous la pression des syndicats et de mouvements humanistes, l'État a posé dans ce domaine des règles de plus en plus complètes et protectrices concernant les travaux de nuit, les horaires de travail, la sécurité et l'hygiène sur les lieux de travail, les

travaux pénibles, etc., avec, souvent, des dispositions particulières pour les enfants et pour les femmes, notamment les femmes enceintes. Parallèlement, des corps spéciaux d'inspecteurs du travail ont été mis en place. Dans les pays en développement, ces règles sont souvent encore très loin d'être aussi protectrices. Le travail des enfants, notamment, y est largement exploité, au détriment tant de leur santé que de leur instruction. En Inde, par exemple, la question est actuellement très discutée, avec la montée d'actions revendicatives menées par les enfants travailleurs eux-mêmes, qui ont reçu ces dernières années une audience médiatique internationale.

Plus généralement, la mère et l'enfant font, dans la plupart des pays, l'objet de polices sanitaires particulières, notamment, en ce qui concerne la femme enceinte, le nouveau-né et l'enfant en bas âge, mais cet aspect sera évoqué au point 2 ci-après, car ces politiques mettent en œuvre des actes médicaux.

k) Sécurité pharmaceutique et médicale

La police sanitaire vise, enfin, à protéger les citoyens contre tous les dérapages, toujours possibles, de l'activité médicale elle-même. Non seulement elle vise d'une manière générale à contenir l'action dangereuse des charlatans de tous acabits en réglementant l'accès aux différentes professions (médecins, pharmaciens, professions paramédicales, sages-femmes, infirmiers et aides-soignants) et en leur imposant directement ou par l'intermédiaire d'organismes professionnels eux-mêmes réglementés, des codes de déontologie appropriés, mais elle entend aussi contrôler le bien-fondé des actes et réprimer les fraudes. Le système est particulièrement complexe et vigilant en matière de production pharmaceutique mais, de plus en plus, les actes professionnels eux-mêmes sont soumis à contrôle, du moins *a posteriori*, à travers le système judiciaire auquel les patients mécontents ont de plus en plus tendance à recourir. Dans les années 1970, aux États-Unis, les indemnités accordées par les tribunaux aux victimes d'erreurs médicales (d'ordre juridique aussi bien que thérapeutique) ont atteint des sommes si importantes que les primes d'assurance ont dû être considérablement augmentées (Robin et Nativi, 1987). Aussi disproportionnés que soient parfois les recours en justice, surtout quand ils atteignent la sphère politique, comme ce fut le cas dans l'affaire du sang contaminé en France dans les années 1990 (La documentation française, 1993), l'enjeu existe. Cette

dernière affaire a bien souligné l'importance du rôle que peuvent et doivent jouer les pouvoirs publics dans le contrôle de la bonne application des connaissances médicales par les professionnels du secteur. *A contrario*, en fermant sciemment les yeux sur les conséquences avérées pour la diffusion du sida d'un commerce traditionnel de sang humain, les autorités politiques chinoises ont laissé ouverte à cette terrible maladie une porte d'entrée qui n'aurait jamais dû l'être (Beach, 2001; Shan *et al.* 2002).

2) La prévention médicale

À la croisée des mesures de police sanitaire et de l'activité médicale proprement dite se trouve tout un secteur de l'action sanitaire des pouvoirs publics : celui de la prévention médicale. On peut distinguer à ce niveau la *prévention primaire*, celle qui consiste à empêcher la maladie d'apparaître (vaccinations, lutte contre les vecteurs d'agents pathogènes, réduction des facteurs de risque) et la *prévention secondaire*, celle qui consiste à détecter très tôt la maladie afin de pouvoir l'éliminer avant que le patient ne devienne réellement malade (dépistage précoce). Primaire ou secondaire la prévention peut s'adresser aussi bien à des maladies infectieuses qu'à des maladies chroniques, par exemple : vaccination contre la rougeole, éradication des moustiques transmetteurs de paludisme, ou lutte contre les facteurs de risque de l'infarctus relèvent de la prévention primaire alors que le dépistage précoce de la tuberculose ou du cancer relèvent de la prévention secondaire.

a) Vaccinations

La vaccination a été et demeure l'un des grands outils de politique sanitaire depuis les travaux de Jenner et les découvertes de Pasteur. Dans les pays développés, la plupart des maladies qu'elle peut prévenir sont sous contrôle mais l'enjeu des politiques de vaccination reste immense pour les pays en développement où les maladies infectieuses et parasitaires continuent de tenir une grande place en terme de causes de décès (qu'il s'agisse de maladies comme la rougeole pour lesquelles il existe déjà un vaccin ou d'autres comme le paludisme ou le sida pour lesquels la procédure d'immunisation reste à inventer) mais aussi dans les pays développés où un relâchement de la protection vaccinale pourrait avoir de graves conséquences.

b) La lutte contre les vecteurs

Certaines maladies pour lesquelles aucun vaccin n'existe arrivent à l'homme par l'intermédiaire de vecteurs sur lesquels il est possible d'agir pour éviter l'infection. C'est notamment le cas de nombre de maladies infectieuses ou parasitaires tropicales au premier rang desquelles on peut évidemment placer le paludisme.

c) La lutte contre les facteurs de risque

La prévention médicale comporte un quatrième volet important : la lutte contre les facteurs de risque. Il s'agit de prévenir les maladies en combattant les facteurs qui en favorisent l'apparition. On doit évidemment classer sous cette rubrique tout ce qui est fait pour prévenir les accidents de la route au-delà des seules mesures de réglementation policière mentionnées plus haut (qualité des routes, fiabilité des véhicules, politique de transport, etc.). Arrêtons-nous de préférence sur deux autres champs d'application : la prévention primaire des cancers et celle des maladies cardio-vasculaires.

1. Cancer

Dans le domaine des cancers, il faut distinguer les facteurs de risque qui dépendent de l'organisation économique et sociale et interviennent au niveau des groupes de ceux qui sont liés à la vie individuelle (Flamant, 1976 ; Hatton *et al.*, 1985), même si, souvent, les deux agissent en synergie. Les risques professionnels forment un domaine où l'action des pouvoirs publics est primordiale. Ils sont d'ailleurs en assez grande partie couverts par certains des éléments de police sanitaire évoqués plus haut, complétés par la mise en œuvre de la responsabilité des employeurs. Mais, plus généralement, leur prévention fait aussi l'enjeu de négociations constantes entre les entreprises, l'État, les organismes sociaux et les syndicats, à mesure de l'avancement des connaissances en la matière. L'histoire de l'amiante en est un exemple récent, qui d'ailleurs dépasse le cadre strictement professionnel puisque cette substance aux multiples propriétés a aussi bien été employée dans nombre de produits d'usage domestique (à commencer par les bâtiments) que manipulée dans les usines.

2. Maladies cardio-vasculaires

La prévention secondaire des maladies cardio-vasculaires, qui vise d'ailleurs parfois les mêmes facteurs de risques que celle des cancers (tabac et alcool par exemple) est un grand classique des politiques sanitaires des pays développés. Lester Breslow (1985) distingue les programmes visant des facteurs isolés des programmes multifactoriaux : lutte contre le tabagisme, contrôle du taux de cholestérol, surveillance et contrôle de l'hypertension. Dans les programmes multifactoriaux, on tente de réduire en même temps les principaux facteurs de risque (en général les trois que nous venons de citer, plus éventuellement quelques autres comme l'obésité). Dans un cas comme dans l'autre, deux stratégies sont possibles : ou bien l'on identifie, en fonction de divers paramètres, la fraction de population la plus à risque sur laquelle tous les efforts du programme sont alors concentrés (approche médicale) ou bien l'on destine le programme à l'ensemble de la population en misant sur l'effet d'entraînement que pourrait produire le fait que tout le monde est concerné (approche communautaire), comme dans le cas du programme de Carélie du Nord dont nous reparlerons au chapitre 108 qui suit. On peut aussi citer l'exemple du programme de lutte contre les maladies cérébrovasculaires lancé au Japon en 1969 (Goldman et Takahashi, 1996), fondé en particulier sur la réduction de la consommation de sel.

3) De la prévention des maladies au traitement des malades

Mieux vaut prévenir que guérir, dit-on. Certes, mais quand la maladie est là, il faut bien aussi tenter de se donner les moyens d'en guérir. Les politiques de santé, très impliquées, comme on vient de le voir, non seulement dans la mise en place de règlements sanitaires et de leur application, mais aussi dans la mise en œuvre de programmes de prévention médicale, peuvent-elles, doivent-elles aussi se mêler du traitement des maladies (autrement qu'en en fixant la déontologie) ? La question est éminemment philosophique et même idéologique. Tout État moderne, aussi libéraux qu'en soient les fondements, peut aisément admettre sa pleine responsabilité en matière de police sanitaire et n'a pas trop de mal à reconnaître qu'il doit aussi prendre à sa charge au moins une part de la prévention médicale car elle vise avant tout un objectif collectif qui ne coïncide pas toujours nécessairement avec l'intérêt individuel des personnes qu'elle implique (ou du moins la perception qu'elles en ont). Les

pouvoirs publics fondés à décider de mesures d'intérêt général sont aussi appelés à en assumer le coût. On pourrait imaginer qu'il en aille très différemment du traitement des maladies, qui relève explicitement de l'intérêt du malade (ou de sa famille) et pour lequel seul l'intéressé est compétent et responsable : libre à lui de décider ou non de se soigner et de recourir ou non aux services médicaux, mais à lui aussi d'en prendre en charge le coût, soit directement, soit indirectement en contractant une police d'assurance. Il n'existe pourtant aucun pays au monde où aucune institution collective n'intervient aussi, au moins en partie, dans la prise en charge financière du traitement des maladies.

a) Lutter contre des maladies prioritaires

Pour différentes raisons (politiques, sociales, éthiques, etc.), la lutte contre certaines maladies peut être considérée comme prioritaire. Tout ce qui peut en réduire la portée, y compris la prise en charge du traitement, devient alors un enjeu de santé publique. Ce fut le cas dans le passé de maladies infectieuses telle que, par exemple, la tuberculose et le sida nous a récemment replacés devant un enjeu en bien des points comparables. Du côté des maladies de dégénérescence ou chroniques, il paraît utile d'évoquer ici, sous certains aspects, les maladies mentales et le cancer.

1. La tuberculose hier et aujourd'hui

Assez tôt, dans la seconde moitié du XIX^e siècle, la tuberculose est apparue comme un enjeu de société, une maladie sociale non seulement parce qu'elle frappait surtout des familles pauvres, vivant dans des logements insalubres et, pour certains de leurs membres, soumises à des conditions de travail pénibles mais aussi parce que ces différentes conditions néfastes étaient très liées à l'évolution de la société imposée par la Révolution industrielle, l'urbanisation et le capitalisme libéral. De plus la maladie étant contagieuse et attirant l'opprobre publique, il convenait d'en réduire au minimum la portée par tous les moyens. C'est ainsi qu'au-delà des efforts précités dans le domaine de la prévention, dans la plupart des pays européens, l'État et les collectivités locales sont assez tôt intervenus au niveau des soins, en construisant par exemple des *sanatoriums* offrant gratuitement (ou presque) soins et traitements aux malades (Faure, 1994, p. 217).

2. Le sida

Plus récemment, très tôt après son apparition dans les années 1980, le sida ^a reçu des pouvoirs publics une attention assez semblable. Les raisons en ont été en partie différentes : choc produit par l'annonce d'une explosion sans précédent, doutes sur les possibilités de mettre rapidement au point un vaccin efficace, par exemple. Mais d'autres étaient de même nature, tel l'analyse lancée contre une maladie liée au sexe qui a lui-même provoqué en retour une réaction politique favorable aux malades du sida, tandis qu'il semblait urgent d'éviter que l'essentiel de la population soit contaminé par des malades appartenant surtout à des catégories sociales assez marginales (homosexuels, drogués, transfusés). Là encore, tout devait être fait non seulement pour prévenir mais aussi pour guérir (si possible) les malades. Des moyens considérables ont été alloués à la recherche et dès que les premiers médicaments (très coûteux) ont été disponibles, ils ont été, de diverses façons, délivrés gratuitement ou remboursés aux malades, dans beaucoup de pays développés. L'un des malheurs des pays en développement et surtout de l'Afrique au sud du Sahara est que ces médicaments sont si chers et les malades si nombreux que cette stratégie est totalement hors de leur portée et même de celle d'aucun programme international dans leurs limites actuelles. L'autre malheur est que l'énorme effort de recherche développé par les pays riches a porté prioritairement sur le médicament plutôt que sur le vaccin qui eut été beaucoup plus adapté au problème posé dans les pays fortement infectés. Un commencement de soulagement se dessine à l'issue de la récente bataille juridique qui a permis à certains pays comme le Brésil, l'Inde et la Thaïlande (ONUSIDA, 2004) de commencer à produire des antirétroviraux sans avoir à payer de royalties aux compagnies pharmaceutiques qui les ont mis au point ou à d'autres, comme l'Afrique du Sud, de les importer à bon marché. Il n'en reste pas moins que le traitement à vie systématique de tous les malades continue de dépasser la capacité financière de la plupart des pays les plus touchés.

3. Les maladies mentales graves

Le traitement des maladies mentales a très tôt été considéré comme étant en grande partie du ressort des pouvoirs publics. Non pas, au départ, dans l'intérêt du malade (pour lequel le plus clair du traitement était l'enferme- ment)

mais dans celui de la société qu'il convenait de protéger contre des malades dangereux (ou simplement indésirables). Mais quand la prison a cédé le pas à l'hôpital psychiatrique, peu à peu, celui-ci est devenu un lieu de soins et cette nouvelle fonction a fini par l'emporter assez largement sur la première. Là encore, dans beaucoup de pays, pour ces raisons historiques, renforcées par d'autres plus modernes (incapacité des malades mentaux à se prendre en charge, injustice du poids que leur maladie représente pour leurs familles, etc.) les pouvoirs publics ont plus ou moins complètement pris en charge les traitements psychiatriques. Et cette attitude a perduré lorsque dans les années 1970 et 1980 beaucoup de pays ont, à la suite de l'exemple italien,

4. Le cancer

Le cancer aussi tient, dans nos sociétés modernes, une place particulière. Provoquant le plus souvent une maladie longue avec une phase invalidante importante, il a longtemps été considéré comme un mal incurable ou fait l'objet de traitements pénibles et coûteux aux résultats incertains. Mais, avec l'effondrement des maladies infectieuses, il est devenu dans tous les pays à forte espérance de vie une des deux principales causes de décès après les maladies cardio-vasculaires. Le recul massif de ces dernières, à partir des années 1970, a rendu encore plus impérieuse la lutte contre cette maladie porteuse de beaucoup des frayeurs de nos contemporains. Là encore, les pouvoirs publics ont, dans certains pays, décidé d'assumer en tant que tels une plus ou moins grande partie des traitements. En France, par exemple, non seulement tous les cancéreux bénéficient du régime de la longue maladie mais, de façon assez comparable à ce qui avait été fait pour la tuberculose avec la construction des sanatoriums, on a créé de toutes pièces des hôpitaux spécialisés dans le cancer, dont le plus célèbre est sans nul doute l'Institut Gustave Roussy de Villejuif en région parisienne. Tout récemment encore, la priorité accordée à cette maladie a été réaffirmée, au plus haut niveau de l'État, dans une déclaration solennelle du Président de la République.

b) Garantir la meilleure santé possible à certaines catégories de population

Pour différentes raisons, il est également apparu comme de la responsabilité des pouvoirs publics d'offrir à certaines catégories de population le meilleur

accès possible à la santé, y compris en prenant en charge des activités curatives. Évoquons ici quelques exemples classiques concernant les travailleurs, les femmes enceintes, les enfants et les personnes âgées.

1. *Travailleurs*

Depuis le XIX^e siècle, la santé des « travailleurs » (il s'agissait alors essentiellement des ouvriers, mais on devrait plutôt dire aujourd'hui les salariés) a fait l'objet d'une attention particulière de la part des pouvoirs publics, soit qu'ils aient voulu prendre soin de la force de travail sur laquelle reposait la révolution industrielle, soit qu'ils aient fini par faire droit aux revendications des travailleurs, notamment par rapport aux risques encourus du seul fait de leur travail. En France, par exemple, c'est par la mise en œuvre du droit à réparation en cas d'accident du travail ou de maladie professionnelle qu'est né le premier exemple de couverture totale de certains soins de santé. En théorie ouvert, depuis la Révolution, sur la seule base de l'article très général du code civil sur la responsabilité personnelle, ce droit des travailleurs à l'égard de leur patron a dû être précisé et strictement réglementé par toute une législation spécifique pour qu'il soit réellement mis en usage et celui-ci n'est vraiment devenu universel qu'avec le développement de systèmes d'assurance obligatoire. C'est donc bien, finalement, grâce à l'implication forte et constante des pouvoirs publics que les salariés bénéficient actuellement dans beaucoup de pays d'une prise en charge totale des frais de traitement en cas d'accident du travail ou de maladie professionnelle, ainsi que d'indemnités particulières en cas d'arrêt de travail ou d'invalidité temporaire ou définitive. Parallèlement au développement de cette législation spéciale, l'État, les collectivités locales, les mutuelles, ont aussi mis en place différents services de médecine du travail qui jouent une fonction préventive importante déjà évoquée plus haut mais peuvent aussi parfois intervenir au niveau des soins.

2. *Femmes enceintes*

Les femmes enceintes forment une autre catégorie de population bénéficiant dans beaucoup de pays d'une législation particulière leur ouvrant droit non seulement à des mesures de prévention pour elles et leur enfant à naître (rappelons au passage le rôle très important joué en matière de prévention tant par le congé maternité que par les dispositions spéciales du droit du

travail), mais aussi à certains soins ou traitements. Tout d'abord, avant même la grossesse, le traitement de la stérilité, notamment la procréation médicalement

3. Enfants

Les enfants font aussi l'objet de dispositions spéciales dans nombre de pays développés ou en développement allant bien au-delà de la seule prévention. Dans les pays développés, différentes politiques spécifiques ont été conduites au cours de l'histoire et le sont encore aujourd'hui, incluant la prise en charge de soins médicaux ou de supplémentation alimentaire pour lutter contre la malnutrition (notamment par le biais de cantines scolaires gratuites ou subventionnées). Mais les plus typiques de la période récente sont les programmes concernant la périnatalité, auxquels on aurait d'ailleurs pu raccrocher une bonne part des actions évoquées au paragraphe précédent. Ce sont en grande partie ces programmes qui ont permis de réduire la mortalité infantile à des niveaux que l'on croyait encore tout à fait hors de portée il y a à peine quelques décennies, grâce à une réduction sans précédent de la mortalité néonatale. Ces programmes reposent beaucoup sur des mesures de prévention déjà évoquées plus haut mais ils comportent aussi le plus souvent la prise en charge du traitement des maladies, dysfonctionnements ou malformations diagnostiqués dans le cadre du dépistage précoce. Cela se fait d'autant plus logiquement et aisément que, souvent, ce type de traitement doit être pratiqué dès les premiers jours de la vie, alors que le nouveau-né se trouve encore en milieu hospitalier (en maternité) et que dans beaucoup de pays développés, la période d'hospitalisation pour accouchement est totalement prise en charge, même si elle est de plus en plus courte.

Dans les pays les moins développés, l'accouchement est rarement aussi médicalisé et l'urgence, en matière de mortalité infantile, reste encore la mortalité post-néonatale, où comptent bien davantage l'infection et la malnutrition. C'est vers ces dernières que sont orientés les efforts particuliers des gouvernements envers la santé des enfants, ainsi que ceux de la coopération internationale bi ou multilatérale.

4. Personnes âgées

La santé des personnes âgées est aussi un objectif qui, dans certains pays, mobilise l'action des pouvoirs publics bien au-delà de la prévention. Dans les

pays en développement où cette tranche d'âge ne compte encore qu'une très faible part de la population et où les liens intergénérationnels traditionnels sont encore très forts, les gouvernements ne s'en soucient pas particulièrement et laissent le plus souvent aux familles le soin de pourvoir aux besoins de santé de leurs vieillards. En revanche, dans les pays développés aux populations vieilles, la question est devenue un enjeu de société d'une portée considérable. Il est intéressant de mentionner à ce propos l'exception faite aux États-Unis en faveur des personnes âgées, dans le contexte d'une approche générale très libérale de la prise en charge des soins de santé. En principe, cette charge incombe aux individus et aux familles qui sont évidemment libres de s'assurer ou de négocier avec leurs employeurs que ceux-ci les assurent.

5. Aide aux victimes

Enfin, sans vouloir multiplier les exemples à l'excès, mentionnons succinctement l'attention particulière prêtée aux victimes d'accidents ou d'attentats. Les premiers soins sont généralement prodigués par les services de protection civile dont l'équipement est de mieux en mieux adapté. En matière d'accident de la route, la suite est généralement couverte par le jeu des assurances qui lui-même est largement encadré par celui des assurances obligatoires. S'agissant de catastrophes naturelles ou d'attentats, l'assistance publique aux victimes s'est récemment beaucoup développée, s'étendant même de plus en plus souvent, sur le plan médical, à une assistance psychologique.

b) Réduire les inégalités

La troisième des principales raisons qui ont poussé les pouvoirs publics à s'impliquer, au-delà de la prévention, dans le traitement des malades eux-mêmes est la volonté de réduire les inégalités, qu'il s'agisse d'inégalités internationales entre les populations des différents pays du monde ou de disparités internes au sein de chaque pays. En interne, des efforts ont été déployés principalement dans deux directions : disparités géographiques et disparités sociales.

1. Réduire les disparités internes

Dans les pays développés les **disparités géographiques** de la mortalité se

sont considérablement atténuées. C'est pour l'essentiel le résultat d'actions publiques menées dans tous les domaines sans, bien souvent, que l'objectif sanitaire en soit explicite. L'État, en effet, centralisé ou non, veille en général à étendre son action de façon aussi harmonieuse que possible à l'ensemble de son territoire, en matière de développement économique, social, culturel, etc., créant par-là les bases d'une réduction des inégalités géographiques en tout genre qui concourent d'une façon ou d'une autre aux inégalités de santé. Plus explicitement tournée vers cet objectif, la constitution des réseaux d'infrastructure médicale tramant l'ensemble du territoire y contribue de façon évidente, aux côtés des mesures de police sanitaire et de l'action publique préventive qui sont censées bénéficier également à tous les habitants. Mais certains pays ont fait plus. Constatant qu'en dépit de tout cela, certaines régions souffraient de problèmes particuliers engendrant une surmortalité jugée anormale, certains gouvernements ont entrepris de les réduire par une politique spécifique. Ainsi, en 1956, le ministère français de la Santé publique et de la population avait-il demandé à l'INED de réaliser une enquête sur les causes des taux de mortalité infantile anormalement élevés constatés dans le Nord et le Pas-de-Calais (Girard *et al.*, 1960) et mené ensuite une campagne auprès des populations, des entreprises et des collectivités locales pour tenter de les réduire.

2. Réduire l'écart entre pays riches et pays pauvres

Les politiques visant à réduire les **inégalités à l'échelle internationale** sont plus récentes. Elles sont nées pour l'essentiel après la Seconde Guerre mondiale, avec la création de l'OMS, la montée des mouvements tiers-mondistes et la mise en place de programmes internationaux visant à réduire la surmortalité des pays en développement. Cependant, malgré les succès indéniables remportés ici ou là, les premières tentatives en ce sens fondées soit sur la mise en œuvre de grands programmes, dits « verticaux », de lutte contre telle ou telle maladie à forte incidence (l'une des principales missions que s'était donnée l'OMS), soit sur la construction de grands hôpitaux de référence supposés dynamiser l'ensemble des services sanitaires du pays (stratégie essentielle et pas toujours désintéressée des coopérations bilatérales), ont rapidement atteint leurs limites. Elles n'ont généralement bénéficié qu'à une fraction privilégiée de la population, principalement urbaine, laissant sur le bord du chemin l'essentiel des masses rurales. En 1978, à la Conférence d'Alma Ata, s'inspirant de

l'expérience chinoise impressionnante des « *médecins aux pieds nus* » mise en place durant la *Révolution culturelle*, l'OMS s'est tournée vers une stratégie radicalement différente, la « *stratégie des soins de santé primaires* » (OMS, 1978).

Acteurs et moyens

La politique de santé, au sens large dans lequel nous l'entendons ici, met évidemment en scène des acteurs de nature très variée. Elle nécessite aussi la mobilisation de moyens dont l'insuffisance est, souvent, la principale limite. Nous tenterons d'en donner ici une rapide description.

1) Des acteurs variés

La politique est évidemment l'art des gouvernants mais une politique peut rarement être menée à bien sans le concours actif de ceux qui sont chargés de l'appliquer et de ceux qui sont supposés en être les bénéficiaires. C'est naturellement évident dans les pays démocratiques mais cela est aussi vrai des pays qui le sont moins. Distinguons donc acteurs publics et acteurs privés.

a) Acteurs publics

1. L'État

L'État, entité fondamentale de l'organisation moderne des sociétés humaines, est encore aujourd'hui et restera sans doute encore assez longtemps le centre principal de décision et d'action politique, même si la tendance actuelle est de plus en plus à la fois à la construction d'entités supranationales et à la décentralisation régionale.

Tous les gouvernements du monde ont en leur sein un ministère chargé de la santé même si, assez souvent, ce ministère est compétent pour un domaine plus vaste que la santé *stricto sensu* (par exemple, un ministère des affaires sociales). C'est évidemment ce ministère qui est en première ligne pour la définition et la mise en œuvre des politiques de santé, mais les décisions à prendre dépassent le plus souvent très largement ses propres compétences.

2. Les collectivités locales

Au-dessus, comme au-dessous de l'État, les structures politiques

existantes sont souvent acteurs dans le domaine de la santé. Il ne faut pas confondre les maillons locaux des administrations centrales avec les collectivités locales décentralisées. Il est bien évident que dans un État fédéral, tel que les États-Unis d'Amérique, le Canada, l'Inde, le Brésil, l'Allemagne, etc., les États fédérés agissent indépendamment de l'État fédéral dans les limites de leurs compétences constitutionnelles et, généralement, celles-ci sont assez grandes dans le domaine de la santé (notamment au niveau des soins). Mais même dans un pays très jacobin comme la France, existent plusieurs niveaux de collectivités locales décentralisées (régions, départements, communes) gérées par des conseils élus décidant indépendamment de l'État dans un grand nombre de domaines. Toutes ont des activités en matière de santé.

b) Acteurs privés

Nombre d'acteurs privés participent à l'élaboration ou à la mise en œuvre des politiques de santé. À la base, il y a bien sûr, les professionnels, d'une part, et les malades de l'autre. Mais il faut aussi dire deux mots des acteurs de la vie sociale les plus impliqués dans les questions de santé que sont les entreprises, les syndicats et les mutuelles. Entrent ensuite en scène le public lui-même et les diverses ONG œuvrant en matière de santé.

1. Médecins et malades

Les micro décisions en matière de santé prennent naissance dans le dialogue singulier entre **le médecin** et son **patient**. Celui-ci est un passage obligé de toute politique de santé moderne, au moins au niveau de la médecine curative, mais pas seulement. Se posent alors des problèmes fondamentaux qui peuvent recevoir des réponses variées d'un pays à l'autre, autour des notions de responsabilité et de liberté de choix. La responsabilité du médecin est certainement de traiter de son mieux son patient mais sa liberté de choix dans le traitement est-elle totale ? Dit-elle être soumise à des contraintes d'intérêt général, comme celle de l'équilibre national entre les dépenses de santé et les autres ? De même le principal souci du malade est d'obtenir de son médecin le meilleur traitement, mais sa liberté de choix (du médecin, de l'application du traitement proposé, etc.) a-t-elle elle-même des limites imposées par l'intérêt général ? Ces questions sont de grande actualité aujourd'hui en raison des difficultés de financement global des dépenses de santé. Mais elles comportent

aussi des aspects philosophiques, éthiques, idéologiques, qui, ici ou là, constituent des enjeux majeurs du débat public. Il suffit pour s'en convaincre d'évoquer les vives polémiques sur les questions touchant à la santé de la reproduction qui se sont développées dans les années 1990 autour de la Conférence du Caire, opposant les courants religieux ou sectaires aux tenants des libertés individuelles.

2. Les entreprises

Parmi les **entreprises**, les plus actives dans le champ de la santé sont évidemment celles dont l'activité consiste à produire des ressources médicales : entreprises pharmaceutiques, fabricants de matériel médical, constructeurs et aménageurs d'hôpitaux, etc. Inutile de décrire longuement ici leur poids, souvent considérable, dans l'élaboration des politiques de santé. Si leur fonction est fondamentale pour le progrès sanitaire, leurs intérêts strictement économiques peuvent aussi parfois peser négativement sur l'orientation des politiques. Elles ne sont pas pour rien, par exemple, dans l'échec relatif de la stratégie des soins de santé primaires, ou dans le délai sans cesse allongé de découverte d'un vaccin contre le sida, ou le paludisme, ni les soins de santé primaires ni le sida africain n'offrant les perspectives les plus lucratives du moment.

3. Syndicats et mutuelles

Il en va de même des syndicats mais ceux-ci peuvent aussi jouer un rôle autonome en matière de santé. En fait cette fonction a été étroitement liée à la création des mutuelles d'assurance maladie, mutuelles qui aujourd'hui agissent le plus souvent indépendamment des syndicats. Dans les pays où la prise en charge collective de la santé couvre très largement les dépenses de santé essentielles, les mutuelles conservent néanmoins souvent un rôle d'importance variable pour le financement de la quote-part restant à la charge du malade (le ticket modérateur, ou le forfait hospitalier, par exemple) ou les traitements non remboursables. Leur rôle est évidemment encore plus important dans les pays où règne le libéralisme économique, en concurrence, bien sûr avec les compagnies d'assurance à but lucratif.

4. Le public

Le public lui-même est un acteur majeur des politiques de santé. Que ce soit du seul fait de la somme des comportements individuels ou par le biais du tissu associatif. Il ne s'agit plus seulement ici du comportement des malades déjà évoqué plus haut, mais surtout de celui des bien portants, et son influence pèsera évidemment surtout au niveau de la prévention (style de vie, respect des règles sanitaires, attitudes face au risque, etc.) mais aussi à celui du dépistage précoce (écoute des symptômes et recours aux services de santé).

5. **Les ONG**

De plus longue date, enfin, il existe des organisations caritatives. Elles jouaient jadis en Europe un rôle crucial dans le domaine de la santé, notamment à travers l'action des églises. Aujourd'hui, ce qu'il est convenu d'appeler les ONG (organisations non gouvernementales) jouent un rôle majeur dans nombre de pays en développement et certaines ont une envergure nationale, internationale, voire mondiale. La principale et aussi la plus ancienne est sans doute la Croix-Rouge internationale avec tout son réseau de Croix-Rouge nationales et son homologue pour les pays musulmans, le Croissant-Rouge. Née en 1863, elle a d'abord été préoccupée de secours aux blessés de guerre et de traitement des prisonniers de guerre ou de prévention des risques encourus par les populations civiles du fait des guerres. Une de ses toutes premières réalisations a été d'obtenir la signature de la convention de Genève de 1864⁽⁶⁸⁾ sur « *l'amélioration du sort des militaires blessés dans les armées en campagne* ». Maintes fois révisée et complétée depuis, celle-ci est à l'origine du droit international humanitaire actuel. Assez vite, elle a étendu ses fonctions et ses interventions en temps de paix. Elle est notamment très active en matière de prévention et de secours dans toutes sortes de situations violentes, qu'il s'agisse du quotidien des accidents de la route ou de la prévention et de la gestion des conséquences des situations d'urgence et des cataclysmes majeurs. Plus récemment et plus spécialisées dans l'aide au développement de la santé dans les pays du sud, nombre d'associations caritatives ont vu le jour et se sont développées.

2) **Les moyens**

Des hommes aux budgets, en passant par les structures, les outils et autres biens spécifiques, les moyens nécessaires à la mise en œuvre d'une

politique de santé sont multiples et l'on ne peut évidemment pas tout dire à ce sujet dans un tel chapitre. De plus, en parlant des acteurs, nous avons déjà évoqué d'une certaine façon les moyens humains. Nous nous contenterons de compléter cet aspect en rappelant quelques données sur la diversité des situations en matière d'effectifs. Pour le reste nous concentrerons notre attention sur quatre autres aspects qui nous paraissent incontournables : les structures sanitaires, la recherche scientifique et la formation des professionnels de la santé, l'information et l'éducation sanitaire du public, le budget de la santé.

a) Les praticiens

Le nombre de médecins par habitants est un indicateur classique de la couverture médicale d'une population. Les comparaisons internationales sont à interpréter avec précaution car la définition du médecin varie d'un pays à l'autre, notamment en ce qui concerne le niveau de qualification. En particulier, en Chine, on le sait, les *médecins aux pieds nus* ne répondent pas aux critères en vigueur dans les pays occidentaux et il reste aussi, dans les pays européens anciennement sous régime communiste, des traces de la moindre qualification du corps médical. Néanmoins, les statistiques rassemblées à ce sujet par l'OMS sont assez éloquentes sur les différences qui existent aujourd'hui en termes de ressources humaines affectées à la santé. Le nombre de médecins pour 100 000 habitants varie de moins de 4, dans certains pays d'Afrique subsaharienne (Burkina Faso, Érythrée, Gambie, Liberia, Niger, Somalie, Tchad, ainsi qu'au Népal), à plus de 400 en Espagne et en Norvège, ainsi qu'en Biélorussie, Géorgie et Russie, et même à plus de 500 en Italie et à Cuba. Il est de 300 en France, 350 en Allemagne mais moins de 170 au Royaume-Uni et de 190 au Japon comme le montre le tableau 4 où nous avons repris les données pour les pays de plus de 15 millions d'habitants.

b) Les structures sanitaires

Nous avons évoqué au chapitre précédant l'importance du rôle joué par l'hôpital dans l'histoire de la médecine et des politiques sanitaires, en particulier l'étape décisive qui a été franchie en Europe lorsque l'hôpital des pauvres est devenu hôpital des soins. À partir de là, dans tous les pays industriels, la médecine s'est complètement réorganisée autour de l'hôpital et celui-ci est devenu l'un

des pivots des politiques de santé. Non seulement tous les soins et traitements importants ont peu à peu été hospitalisés, jusqu'à la mort elle-même, mais l'hôpital est aussi devenu le point de référence pour tous les praticiens, qu'ils exercent en ville ou en structure.

c) L'éducation sanitaire

Sans aller jusqu'à discuter les raisons sanitaires parfois évoquées pour expliquer différents interdits ou tabous alimentaires et autres ablutions rituelles présents dans presque toutes les religions, reconnaissons que toute culture porte en elle nombre de prescriptions en rapport avec la santé. Elles touchent généralement pour l'essentiel à l'hygiène et à l'alimentation. Dans les sociétés traditionnelles, l'apprentissage de ces normes se faisait essentiellement au sein de la famille. Avec la généralisation de l'instruction, elle est de plus en plus passée par l'école. Et cette dernière a joué et joue encore un rôle majeur dans le développement ou l'entretien des conditions de la santé. Elle n'y concourt pas seulement par la voie des enseignements spécifiques d'éducation sanitaire parfois inclus dans les programmes scolaires, mais aussi, tout simplement, en raison du développement de l'instruction générale. En France, par exemple, on pourrait discuter longtemps de savoir qui, de Pasteur et de sa découverte du rôle des germes ou de Jules Ferry et de son école gratuite et obligatoire, a fait le plus pour améliorer la santé des Français : ce qui est certain, c'est que l'un et l'autre y ont contribué largement. De même, dans les pays en développement, le rôle joué par le développement de l'instruction des filles dans la baisse de la mortalité infantile a été abondamment souligné (Caldwell, 1979, 1986). Non seulement en effet, les mères instruites sont plus à même de s'informer sur ce qu'il convient de faire pour alimenter leur enfant et le préserver de la maladie ou le soigner quand il est malade, mais l'instruction leur donne aussi accès à plus d'indépendance et de pouvoir de décision au sein de la famille, atouts qu'elles peuvent mettre à profit pour obtenir les moyens de faire le nécessaire pour leur enfant.

Cependant, avec le développement de la médecine moderne et l'accélération du progrès des connaissances et des techniques, apprendre dans l'enfance ne suffit plus pour acquérir définitivement les comportements et attitudes les plus favorables à la santé. Les campagnes d'éducation sanitaire, auprès des adultes autant qu'auprès des enfants, sont devenues l'un des instruments majeurs des

politiques de santé (Caldwell, 1999). Elles sont en général ciblées sur des comportements en relation directe avec la santé ou destinées à populariser de nouveaux instruments de santé dont l'efficacité collective passe par une diffusion massive. Limitons-nous à quelques exemples.