



Bruno Boidin, La santé comme bien public mondial ou bien marchand ? Réflexions à partir des expériences africaines, Villeneuve d'Ascq, Presses Universitaires de Septentrion, 2014, 183 pages.

De nombreuses déclarations au niveau international font des progrès en matière de santé une priorité pour les pays en développement. Et de fait de nombreux programmes d'aide à ces pays sont proposés par les différents bailleurs de fonds. La santé serait un bien public mondial dont tout le monde gagnerait aux améliorations. Toutefois, au-delà des déclarations, le constat reste marqué par des inégalités d'accès conséquentes entre pays et au sein des pays. A partir d'une expérience de plus de dix ans dans les pays africains, l'auteur s'interroge sur le fossé existant entre les déclarations de bonne intention et la réalité de l'accès aux soins. Il propose ainsi une économie politique de la santé et du développement qui confronte les discours et les pratiques aux enjeux d'équité et d'éthique en matière de santé.

Sa réflexion articule un regard critique sur les ambiguïtés autour de la notion de bien public mondial qui aboutit à la marchandisation de la santé, une analyse des défaillances institutionnelles dans la mise en œuvre des programmes d'aide et des interrogations sur les partenariats multi-acteurs tant à la mode dans ce domaine.

La première partie de l'ouvrage est consacrée aux ambiguïtés qui entourent la notion de bien public mondial. Ces ambiguïtés sont de deux sortes, des ambiguïtés terminologiques et des ambiguïtés prescriptives. Les ambiguïtés terminologiques sont liées à l'utilisation de conceptions très différentes de la notion. On trouve ainsi une première conception qui associe la santé à un droit humain fondamental ; la seconde à un bien commun, qui tout en ayant des points communs avec la première s'en différencie cependant ; la troisième renvoie à la notion de bien public. Si les deux premières notions convergent pour faire de la santé un objectif en soi, cette dernière associe la santé à des biens spécifiques dont la production économique doit être garantie. La santé n'est plus un objectif en soi, elle est recherchée pour des raisons économiques avec des objectifs de production. À ces ambiguïtés terminologiques se superposent des ambiguïtés prescriptives. Celles-ci sont d'abord liées à la rhétorique sur les normes permettant d'atteindre les objectifs en matière de santé et qui repose sur la « bonne gouvernance ». Elles sont liées ensuite à des contrastes dans la manière dont la question de la santé est analysée ; soit comme un défi sécuritaire, soit comme la satisfaction d'un droit fondamental, soit comme un objet de la coopération multi-acteurs. La superposition de toutes ces ambiguïtés crée un contexte où l'hétérogénéité des pratiques est plutôt la règle, avec en contrepartie l'inexistence d'un aide en matière de santé qui fasse preuve de cohérence et qui en réduit donc sa portée.

A l'aune de ce constat, la seconde partie analyse les défaillances institutionnelles dans le système d'aide. Ces défaillances sont le reflet des ambiguïtés terminologiques et prescriptives qui se traduisent par un déficit de structures et d'institutions capables de produire dans les pays en développement des améliorations notables dans l'accès aux soins pour les populations les plus pauvres. Face au défaut d'une vision unifiée et partagée, les discours technocratiques proposent une conception fondée sur des arrangements contractuels où la participation et les incitations dominant, tout en ignorant les rapports de force entre

bailleurs de fonds et récipiendaires. Il en résulte un déficit de légitimité. Les politiques sont celles des bailleurs de fonds qui enjoignent les pays récipiendaires à participer sans qu'ils aient le choix des modalités de participation, ni des objectifs prioritaires à définir. Pire encore, ces politiques ne sont que des arrangements contractuels définis au niveau des États et de la communauté des bailleurs de fonds, sans que les populations ne soient impliquées, ni même consultées. Si de nombreux programmes de développement visent à prendre en compte la « voix des pauvres », en matière de santé il n'en est rien. Les populations sont de toute manière jugées ignorantes de ce qui est bien pour elles. Le déficit de légitimité se retrouve ainsi à deux niveaux, celui de la confrontation entre les États récipiendaires et les bailleurs de fonds, celui de la transmission des arrangements contractuels des États vers les populations bénéficiaires.

Au bout du compte, le système d'aide en matière de santé se trouve totalement déconnecté des enjeux de l'accès à la santé dans les pays récipiendaires de l'aide.

La troisième partie de l'ouvrage se focalise sur les arrangements contractuels multi-acteurs. Elle propose une illustration à partir du cas de l'antipaludéen ASAQ. Cette illustration fait ressortir malgré quelques résultats positifs, des effets de désorganisation qui sont fortement nuisibles. Ils concernent l'absence de réflexion sur la capacité d'absorption de l'aide qui renchérit les coûts pour le secteur public bénéficiaire de l'aide, l'absence de durabilité de l'aide qui connaît une forte volatilité en fonction des arrangements contractuels, et une incohérence de l'aide avec des effets de substitution entre les types d'aide, par exemple entre deux traitements pour deux pathologies. L'un chasse l'autre. Les efforts dans un domaine sont alors vite perdus faute de constance.

L'auteur ne se contente pas cependant de dresser un constat amer sur l'aide en matière de santé. Il propose aussi des réflexions sur les normes à instituer pour poursuivre une vraie progression dans l'accès à la santé des populations les plus pauvres. Parmi ces réflexions, une des plus originales est la définition d'un seuil de santé comme méta-norme de santé globale. Ce seuil de santé est une application directe de l'approche des capacités d'Amartya Sen, en même temps qu'il constitue un dépassement de cette dernière approche. Il se définit au niveau individuel et au niveau macrosocial. « À l'échelle individuelle, le seuil signifie un niveau de santé minimum sous lequel la situation peut se dégrader de façon irréversible, avec des effets irrécupérables sur l'état de santé, le revenu, la capacité à être autonome, etc. À l'échelle macroéconomique ou macrosociale, le seuil se définit comme la ligne qui sépare les situations irréversibles de dégradation ou de faiblesse du capital santé global et les situations où le niveau de santé globale permet, au contraire, de maintenir la résilience de la population dans un contexte de contraintes socioéconomiques fortes » (p.138). On comprend alors qu'un objectif de l'aide en matière de santé devrait être d'atteindre ce seuil au minimum. Cela suppose de définir une série d'indicateurs qui fasse consensus et qui corresponde à ce seuil. Mais c'est bien à travers cet objectif qu'une coordination plus efficace de l'aide pourra se faire.

Cet ouvrage constitue une réflexion de fond sur la santé dans les pays en développement et l'aide au développement qu'ils reçoivent. Il est rigoureux mais jamais abscons. Il forge à la fois une perspective critique sur le système actuel de l'aide et une solution à travers le seuil de santé. Certes, l'ouvrage ne discute pas de propositions alternatives, ni ne propose une mesure directe et opérationnelle de ce seuil, mais son grand mérite est de faire aussi cette proposition qui mérite attention et discussion. Étant donné le déplacement de perspective que

cette notion implique pour l'aide, elle mériterait précisément d'être largement reprises et discutée par de nombreux chercheurs et bailleurs de fonds dans ce domaine, afin qu'enfin la santé sorte de l'ornière dans laquelle elle est figée et que les populations les plus pauvres puissent enfin voir leurs conditions de vie s'améliorer. Cet ouvrage constitue donc une réflexion originale qui mériterait de devenir un classique de l'économie politique de la santé. Il contribue de manière essentielle à reposer le débat. Reste aux acteurs à se le réapproprier.

*Jérôme Ballet*  
*Gretha, Université de Bordeaux*  
*& Fonds pour la recherche en éthique économique*