

Université de Montréal

Le dilemme de la Promotion de la santé en Amérique latine : les cas de l'Argentine
et du Brésil

Par
Gabriela Ruiz

Département de médecine sociale et préventive
Faculté de médecine

Thèse présentée à la Faculté des études supérieures
en vue de l'obtention du grade de Philosophiae doctor (Ph.D.)
en Santé publique
option Organisation des soins de santé

Mars, 2011

Gabriela Ruiz, 2011

Université de Montréal
Faculté des études supérieures

Cette thèse intitulée :
Le dilemme de la Promotion de la santé en Amérique latine : les cas de l'Argentine
et du Brésil

présentée par :

Gabriela Ruiz

a été évaluée par un jury composé des personnes suivantes :

Paul Lamarche
président-rapporteur

François Champagne
directeur de recherche

André-Pierre Contandriopoulos
codirecteur

Nicole Bernier
membre du jury

Celia Almeida
examineur externe

François Béland
Représentant du doyen

Résumé

À partir des années 1980, la théorisation de la promotion de la santé et sa mise en place font partie de l'agenda des organisations internationales de santé et de plusieurs gouvernements. Cependant, une certaine tension est observable dans la compréhension de la promotion de la santé, et ce, dès ses débuts. En effet, elle est conçue en général selon une approche comportementale comme stratégie pour le changement de comportements individuels ou collectifs qui met l'accent sur les facteurs de risque et très peu fréquemment conçue selon une approche structurelle, incluant une action sur les déterminants structurels des sociétés responsables de l'état de santé des populations dans une mesure plus importante que les systèmes de soins.

Cette recherche qualitative –étude de cas multiples- menée en Argentine et au Brésil, vise à analyser la place et la compréhension de la promotion de la santé dans les politiques nationales de santé de deux pays à travers l'analyse du processus d'élaboration des politiques publiques. Nous viserons à distinguer la promotion de la santé en tant que comportementale ou structurelle et à expliquer les raisons pour lesquelles elle est comprise de telle ou telle autre façon. Finalement, nous essayerons d'identifier les opportunités pour qu'une approche structurelle de la promotion de la santé soit adoptée dans la politique nationale de santé.

Les données analysées proviennent d'entrevues semi-structurées (n=28) et de documents divers : sites gouvernementaux sur Internet, documents remis par les interviewés, documents officiels, soit gouvernementaux, soit des organismes de coopération et de financement. Notre cadre conceptuel s'est inspiré des trois modèles : celui du changement des politiques publiques de Sabatier et Jenkins-Smith (1999 ; 2009), celui des courants politiques de Kingdon (1984) et le cadre conceptuel proposé par Walt (1994) pour l'analyse du rôle des organisations internationales. Nous avons identifié deux niveaux d'analyse : l'organisation de l'État et le sous-système de santé. Nous avons aussi tenu compte de l'influence des événements externes et des organisations internationales de coopération technique et de financement. Notre démarche vise à observer, à analyser

et à comprendre la façon dont ces niveaux influencent la place et la compréhension de la promotion de la santé dans la politique nationale de santé. La perspective temporelle de plus de douze années nous a permis de mener une analyse sur plusieurs années et de mieux comprendre le changement de la politique de santé à différents moments de son histoire ainsi que l'identification des acteurs et des coalitions les plus importants depuis l'origine des champs de la santé publique dans les deux pays.

Les résultats de notre analyse montrent que la promotion de la santé – conçue selon une approche structurelle – ne fait pas encore partie du courant principal de la politique nationale de santé dans aucun des deux pays. Cependant, les explications diffèrent : En Argentine, on observe un sous-système de santé fragmenté avec prédominance du modèle médical ; les actions menées renforcent ce fonctionnement en ne permettant pas la discussion à propos des valeurs sous-jacentes à l'organisation du système de santé ni sur son changement en fonction des besoins de santé du pays. Au Brésil, la réforme sanitaire questionne le modèle préexistant et arrive à instaurer la santé comme droit au niveau de l'État. L'accent mis sur l'organisation des services réduit la compréhension de la promotion de la santé à une « politique nationale de promotion de la santé » qui vise le changement des comportements. L'analyse du rôle des organisations internationales montre deux situations différentes dans les deux pays : pour l'Argentine, il existe une dépendance majeure autant à l'agenda qu'au financement de ces organisations. Le manque d'un agenda national en matière de promotion de la santé fait que le pays adopte l'agenda international avec très peu des questionnements. Dans le cas du Brésil, la situation est bien différente et on observe une capacité importante à négocier avec la coopération internationale. Cela se fait aussi avec un intérêt du pays pour l'adoption de l'agenda des organisations internationales dans le but d'une reconnaissance et de sa participation à des instances internationales. Alors, pour des raisons différentes, les deux pays adoptent l'agenda international de la promotion de la santé avec une approche comportementale.

À partir de notre recherche, nous considérons que cinq réflexions doivent guider l'analyse de la promotion de la santé en Amérique latine : 1) Les processus de réforme de

l'État des années 1990 et ses conséquences actuelles (type de réforme, valeurs sociétales, arrangements constitutionnels) ; 2) Les processus de réforme des systèmes de santé avec un regard sur la composante de décentralisation (réforme sanitaire ou administrative ?, quel modèle prédomine dans le champ de la santé publique ?) ; 3) La revalorisation des soins primaires de santé de la fin des années 1990 (quel impact dans le pays ?) ; 4) La tendance à la réduction des propositions élargies autant des politiques que des programmes ; et 5) Les défis actuels des systèmes de santé (travailler avec d'autres secteurs pour produire de la santé, pour incorporer et pour mieux maîtriser les déterminants sociaux et structureaux de santé).

Les résultats de notre analyse nous permettent d'identifier l'importance du rôle du gouvernement national par rapport au développement et à la compréhension de la promotion de la santé. De plus, cette recherche montre que même s'il existe une influence du contexte et de l'idéologie du gouvernement sur la compréhension de la promotion et l'inclusion des déterminants sociaux de santé, c'est l'organisation de l'État avec ces valeurs de base qui sera déterminante dans la création des conditions pour le développement d'une promotion de la santé structurelle. Alors que la littérature sur la promotion de la santé accorde encore très peu de place au rôle du niveau national et de l'État dans son développement, il est clair que ces derniers ont un impact fondamental sur la place de la promotion de la santé dans la politique et sur la façon de la comprendre et de la mettre en place.

Les théories utilisées pour cette recherche nous ont aidée à modéliser notre cadre conceptuel et à mener une démarche d'analyse des politiques publiques. Cette démarche permet d'améliorer les connaissances sur le changement de la politique nationale de santé par rapport à la promotion de la santé en tenant compte des dynamiques gouvernementales, champ peu exploré encore. Ce cadre conceptuel, à la fois souple et rigoureux, pourrait s'avérer approprié pour mener d'autres recherches similaires portant sur la place et la compréhension de la promotion de la santé dans les politiques nationales de santé dans d'autres pays de l'Amérique latine.

Mots clés : Amérique latine, Promotion de la santé structurelle, Analyse de politiques publiques, Santé internationale, déterminants sociaux et structureaux de santé, étude qualitative.

Summary

From the 1980's, the theorization of health promotion and its implementation are part of the agenda of international health organizations and governments. However, from the beginning, there is a tension in its understanding. Indeed, health promotion in general is conceived from a behavioral approach as a strategy for changing individual or group behaviors, with emphasis on risk factors. It is rarely conceived from a structural approach that includes action on the social structural determinants of the societies.

This qualitative research, a multiple case study conducted in Argentina and Brazil, aims to analyze the location and the understanding of health promotion in the national health policies of both countries through the analysis of the public policy development process. We aim to distinguish the approaches to health promotion, behavioral or structural, and explain the reasons why is understood in one way or the other. Finally, we try to identify opportunities for a structured approach to health promotion to be adopted in national health policy.

The data analyzed come from semi-structured interviews (n = 28) and from the following sources: government websites, documents provided by the interviewees, and official documents from governments, cooperation agencies and funding organizations. Our conceptual framework was inspired by three models: the Model of Policy Change of Sabatier & Jenkins-Smith (1999, 2009), the Multiple Streams Model of policy-making defined by JW Kingdon (1984) and the conceptual framework proposed by Walt (1994) for analyzing the role of international organizations.

We identified two levels of analysis: the organization of the State and the subsystem of health. We have also taken into account the influence of external events and of international organizations for technical cooperation and financing.

We propose to observe, analyze and understand how these levels influence the place and the understanding of health promotion in national health policy. A time horizon of more than a decade allowed us to conduct a comprehensive analysis and get a better understanding of the health policy change in different historical moments of the countries studied, as well as identifying the most important actors and coalitions in the public health field.

The results of our analysis show that health promotion, conceived according to a structural approach, is not yet part of the mainstream of national health policy in any of the two countries. However, the explanations are different; in Argentina we see a fragmented subsystem of health with predominance of the medical model, where the actions taken reinforce this functioning and do not allow for discussion, neither on the values underlying the organization of the health system, nor concerning their change according to the country's health needs.

In Brazil, the health care reform of the 1980's challenged the pre-existing model and achieved instituting health as a right at the State level. By putting emphasis on the organization of health services it reduced the understanding of health promotion to a "National Policy for Health Promotion" aimed at behavioral change. The analysis of the role of international organizations shows different situations in both countries: Argentina has a very strong dependence on both the agenda and the funding of these organizations; the lack of a national agenda on health promotion facilitates the adoption of the international agenda, almost without questioning.

In the case of Brazil the situation is different and a strong capacity to negotiate with international cooperation is observable. The interest of this country to adopt the agenda of international organizations has the objective, among others, to gain recognition and participation in international bodies. Thus, for different reasons, we observe that the two countries adopt the international agenda of health promotion from a behavioral approach.

In our research, we considered five considerations that should guide the analysis of health promotion in Latin America: 1) The processes of state reform of the 1990's and the current consequences (type of reform, social values, constitutional arrangements), 2) the reforms of health systems with particular attention to the decentralization component (health or administrative reform?), which model dominates the field of public health?, 3) the reevaluation of the APS of the late 1990's (what impact did it have on the country?), 4) the tendency to reduce both the scope of policy and program proposals and, 5) current challenges facing health systems (collaboration with other sectors to improve health, incorporate and enhance the understanding of social and structural determinants of health).

The results of our analysis allow us to identify an important role for the national government in regards to the development and understanding of health promotion. Our research shows that the organization of the State, with its basic values, will be crucial in creating the conditions for developing a structural health promotion, even when there is influence of context and government ideology on the understanding of promotion of health and the inclusion of its social determinants. While the literature on health promotion still dedicates very little attention to the role of national level and State for their development, our research shows that these two levels have a fundamental impact on the place of health promotion in national policy and on how to understand and implement it.

The theories used for this research allowed us to build our conceptual framework and carry out a process of public policy analysis. This process improves the knowledge about the change in national health policy with regard to health promotion taking into account the relatively unexplored field of government dynamics. This conceptual framework is both flexible and rigorous, and may be appropriate to carry out similar research on the promotion of health in national health policies of other countries in Latin America.

Keywords: Latin America, structural health promotion, public policy analysis, international health, social and structural determinants of health, qualitative study.

TABLE DES MATIÈRES

Résumé français	i
Summary	v
Table des matières.....	ix
Liste des schémas.....	xiii
Liste des tableaux.....	xiv
Liste des sigles, abréviations et acronymes.....	xv
Remerciements	xviii
CHAPITRE 1 INTRODUCTION.....	1
1.1. Origine de la problématique	2
1.2. La question de recherche	3
1.3. Le développement du concept de la promotion de la santé	5
1.4. Le contexte: Les réformes (fragmentées) de l'Amérique latine	12
1.5. Organisation de la thèse.....	16
CHAPITRE 2 REVUE DE LITTÉRATURE	16
2.1. La spécificité du contexte latino-américain.....	17
2.2. La compréhension de la promotion de la santé : les approches.....	23
2.3. La place de la promotion de la santé : un regard du macro.....	30
2.4. L'élaboration de politiques publiques saines: niveaux local, provincial et national.....	35
2.5. L'analyse des politiques publiques : modèles, perspectives, étapes.....	40
2.6. Conclusions de l'analyse de la littérature.....	43
CHAPITRE 3 LE CADRE CONCEPTUEL	48
3.1. La théorie de Sabatier : Le modèle des coalitions plaidantes.....	49
3.2. La théorie de Kingdon : Le modèles de courants politiques	51
3.3. Le cadre conceptuel de Walt : Le processus et le pouvoir	56
3.4. Notre utilisation des modèles.....	57
3.5. Les niveaux de l'analyse.....	60
CHAPITRE 4 MÉTHODOLOGIE.....	65
4.1. Devis de recherche.....	65
4.2. À propos de la chercheuse et des acteurs interviewés.....	67

4.3. Stratégie pour la collecte de données.....	68
4.3.1. Analyse de documents.....	69
Entrevues individuelles et groupales.....	70
4.4. L'analyse des données.....	73
CHAPITRE 5 LE CAS DE L'ARGENTINE	77
5.1. LE CONTEXTE.....	77
5.1.1. Information générale.....	77
L'organisation du pays.....	77
Les valeurs sociétales.....	80
5.1.2. Origine et trajectoire du domaine de la santé publique.....	80
Fin XIXe siècle – Années 1930.....	80
Années 1940-1960.....	83
5.1.3. Organisation de l'État en matière de santé.....	87
5.1.4. Les réformes en Argentine : les années 70, 80 et 90. Institutionnalisation d'un modèle fragmenté.....	89
Le sous-système de la santé.....	89
Influence d'autres sous-systèmes.....	93
Les résultats de la réforme de la santé.....	95
Attributs de base du problème.....	98
5.2. ÉVOLUTION DU SOUS-SYSTÈME DE LA SANTÉ : LA POLITIQUE NATIONALE DE SANTÉ À L'ÉGARD DE LA PROMOTION DE LA SANTÉ.....	102
5.2.1. Mise à l'agenda et formulation de la politique.....	103
Mise à l'agenda.....	103
Formulation de la politique.....	105
Place de la promotion de la santé dans la politique.....	109
Changements externes au sous-système : la crise de 2001-2002.....	110
5.2.2. Mise en place de la politique nationale.....	112
La promotion de la santé dans la politique : la vision des interviewés....	115
5.3. RÔLE DES ORGANISMES INTERNATIONAUX.....	124
5.4. LECTURE PRÉLIMINAIRE À PARTIR DU CADRE CONCEPTUEL.....	130
5.4.1. Le sous-système de santé (niveau 2 de l'analyse).....	130
Les coalitions et autres acteurs.....	130
5.4.2. L'organisation de l'État (niveau 1 de l'analyse).....	133
5.4.3. Événements externes.....	134
5.4.4. Les organismes internationaux.....	135
5.4.5. Conclusions du chapitre.....	138
CHAPITRE 6 LE CAS DU BRÉSIL.....	141
6.1. LE CONTEXTE.....	141
6.1.1. Information générale.....	141

L'organisation du pays.....	141
Les valeurs sociétales.....	143
6.1.2. Origine et trajectoire du domaine de la santé publique.....	144
Les années 1920-1980.....	145
6.1.3. Organisation de l'État en matière de santé.....	149
Les années 1980 : le Mouvement de la Réforme sanitaire et la re-démocratisation du pays.....	149
Résultats de la Réforme sanitaire.....	154
6.1.4. Les réformes de l'État et la Réforme sanitaire.....	156
Les années 1990 : Tensions du modèle néolibéral.....	156
Événements externes : Changement de la coalition au pouvoir.....	156
Influence d'autres sous-systèmes.....	156
Sous-système de santé.....	159
6.2. ÉVOLUTION DU SOUS-SYSTÈME DE SANTÉ : LA POLITIQUE NATIONALE DE SANTÉ À L'ÉGARD DE LA PROMOTION DE LA SANTÉ.....	163
6.2.1. Mise à l'agenda et formulation de la politique.....	164
Mise à l'agenda.....	164
Formulation de la politique - Première étape 1998-2000.....	165
Formulation de la politique - Deuxième étape 2000-2002.....	168
Changement de la coalition au pouvoir et dans le sous-système.....	169
Les tensions dans la compréhension de la promotion de la santé.....	171
La Promotion de la santé dans la politique : la vision des interviewés...	174
6.2.2. Mise en place de la politique nationale.....	178
Quelques observations sur la PNPS.....	180
Le discours des représentants des coalitions.....	188
6.3. RÔLE DES ORGANISMES INTERNATIONAUX.....	193
6.4. LECTURE PRÉLIMINAIRE À PARTIR DU CADRE CONCEPTUEL.....	198
6.4.1. Le sous-système de santé (niveau 2 de l'analyse).....	198
L'universalisation de la réforme.....	198
Les coalitions.....	199
6.4.2. Organisation de l'État (niveau 1 de l'analyse).....	205
6.4.3. Événements externes.....	206
6.4.4. Conclusions du chapitre.....	209
CHAPITRE 7 ANALYSE TRANSVERSALE ET DISCUSSION.....	211
7.1. La comparaison des cas.....	212
7.1.1. Niveau 1 : Organisation de l'État.....	213
7.1.2. Niveau 2 : Sous-système de santé.....	217
Caractéristiques des coalitions.....	220
7.1.3. Les organismes internationaux.....	222
7.2. De la pertinence de notre cadre conceptuel.....	224

Les limites de la démarche.....	229
7.3. Les contributions de cette thèse.....	230
7.3.1. Contributions à la promotion de la santé en Amérique latine.....	235

BIBLIOGRAPHIE.....241

APPENDICES

Appendice 1

Grille d'entrevue.....	Xxi
------------------------	-----

Appendice 2

Formulaire de consentement.....	Xxiii
---------------------------------	-------

Liste des schémas

Schéma 1 – Champ de la santé et de la promotion de la santé	45
Schéma 2 - Cadre conceptuel de cette recherche – les niveaux de l’analyse	64
Schéma 3 – Argentine : Les acteurs et le sous-système	133
Schéma 4 – Argentine : Cadre conceptuel et résultats de l’analyse.....	137
Schéma 5 – Brésil : Les acteurs et le sous-système	202
Schéma 6 – Brésil : Cadre conceptuel et résultats de l’analyse.....	208
Schéma 7 - Placement des pays selon l’évolution du champ de la santé publique et de la promotion de la santé.....	236

Liste des tableaux

Tableau 1 – Stratégies pour la collecte des données.....	68
Tableau 2 - détail des entrevues réalisées.....	72
Tableau 3 – Les étapes de l’organisation du système de santé en Argentine par rapport aux gouvernements au pouvoir.....	100
Tableau 4 – Les étapes de l’organisation du système de santé au Brésil par rapport aux gouvernements au pouvoir.....	160
Tableau 5 – Position des acteurs par rapport à la PNPS/06	190

Liste des sigles, abréviations et acronymes

ABRASCO : Association brésilienne de post université en santé collective

ANSSAL : Administration nationale de l'assurance de santé (Argentine)

APS : Soins primaires de santé

BID : Banque interaméricaine de développement

BIRF : Banque international de reconstruction et de développement

BM : Banque Mondial

CDC : Centers for diseases control and prevention (USA)

CDSS : Commission des déterminants sociaux de la santé

CGT : Confédération générale du travail (Argentine)

CIT : Commission intergestionnaire tripartite (Brésil)

CNA : Constitution nationale argentine (Argentine)

CNCPS : Conseil national de coordination de politiques sociales (Argentine)

CNDSS : Commission nationale des déterminants sociaux de santé (Brésil)

CNS : Conseil national de santé (Brésil)

Co. GA : Coalition Gouvernement Alianza (Argentine)

Co. GK : Coalition Gouvernement Kirchner (Argentine)

Co. PS : Coalition de la promotion de la santé (Brésil)

Co. SC : Coalition de la santé collective (Brésil)

Co. SP : Coalition du secteur privé (Argentine)

Co. SS : Coalition de la sécurité sociale (Argentine)

Co. BBs : Coalition des banques (Argentine)

COFESA : Conseil fédéral de santé (Argentine)

CONASEMS : Conseil national de secrétaires municipaux de santé (Brésil)

CONASS : Conseil national de secrétaires de la santé (Brésil)

CRFB : Constitution national de la république fédérative du Brésil

DNS : Département national de la santé (Brésil)

DSS : Déterminants sociaux de santé

FESP : Fonctions essentielles de santé publique

FMI : Fonds monétaire international

GTZ : Coopération Allemande
IAPs : Instituts des retraités et pensionnés (Brésil)
INAMPS : Institut national d'assistance médicale de la Prévoyance sociale (Brésil)
INOS : Institut national de la sécurité sociale (Argentine)
INPS : Institut national de prévoyance sociale (Brésil)
ISALUD : Institut Universitaire (Argentine)
MS : Ministère de la santé publique (Brésil)
MSAL : Ministère de la santé (Argentine)
MSDA : Table de dialogue de l'Argentine
OMS : Organisation mondiale de la santé
ONG : Organisation non-gouvernementale
OPS : Organisation Panaméricaine de la santé
PAMI : Institut national de sécurité sociale pour retraités et pensionnés (Argentine)
PNPS : Politique nationale de promotion de la santé (Brésil)
PNUD : Programme des Nations Unies pour le développement
PS : Promotion de la santé
PSF : Programme de santé de la famille (Brésil)
PT : Parti des travailleurs (Brésil)
SC : Santé Collective (Brésil)
SE : Secrétariat exécutif (Brésil)
SGP : Secrétariat de la gestion participative (Brésil)
SPS : Secrétariat de politiques de santé (Brésil)
SSS : Surintendance des services de santé (Argentine)
SUS : Système unique de santé (Brésil)
SVS : Secrétariat à la vigilance en santé (Brésil)
UBA : Université de Buenos Aires, Argentine
UIPES : Union internationale de Promotion de la santé et de l'éducation pour la santé
USAID : Agence des Etats-Unis pour le développement international
USP : Université de Sao Paulo (Brésil)
VIGI-A : Projet de vigilance de la santé et le contrôle des maladies (Argentine)
VVS : Villes et villages en santé

À la mémoire de mon père ... qui en serait fier
À ma mère ... pour sa leçon de sagesse au quotidien
À Oscar ... pour l'amour

REMERCIEMENTS

Écrire une thèse est une démarche solitaire et ardue, d'autant plus si on la rédige loin de son Université ; cela peut devenir un vrai cauchemar. Je tiens à remercier mon directeur François Champagne et mon co-directeur André-Pierre Contandriopoulos, qui, avec leur disponibilité permanente, m'ont aidée à surmonter ce sentiment. Je leur serai toujours reconnaissante de leur appui. Mes échanges avec François via *skype* ont constitué des espaces d'apprentissage privilégiés pour mon développement théorique dans le domaine de l'analyse des politiques publiques. Je tiens aussi à remercier très spécialement Nicole Leduc, ex directrice du programme de doctorat qui a su me montrer « qu'il y a toujours différents chemins pour atteindre un même objectif » ; elle a été une personne clé dans mon parcours de doctorat.

Pour commencer le Doctorat j'étais bénéficiaire d'une bourse ANEIS (Analyse et évaluation des interventions de santé) pour mes deux premières années d'études. En 2006 j'ai eu le privilège de recevoir cette même bourse pour la réalisation d'un stage de longue durée en dehors du Canada avec laquelle je suis allée au Brésil et fais des études à l'École nationale de santé publique, ENSP/Fiocruz. Je tiens à remercier autant ceux qui m'ont donné la bourse quant aux directives de la Fiocruz qui m'ont donné cette possibilité de mieux connaître les milieux académiques de la santé publique de ce pays.

Un grand merci à mes collègues de doctorat Eric Bréton, Beatriz Alvarado, Mylène Riva, Gèneviève Petit, Sylvie Levesque, Caroline Camborieu, Chantale Lessard et Drissa Sia. Nous avons vécu tous ensemble l'expérience de doctorat et partagé des angoisses et de beaux moments de réussite. Tout cela nous a permis de devenir de bons amis. Un merci très spécial à Eric Bréton et à Beatriz Alvarado qui m'ont soutenue tout le long de la préparation du projet et de la rédaction de cette thèse. Ils m'ont toujours encouragée à poursuivre.

Tous mes remerciements à trois personnes qui ont été très importantes pour moi. Elles ont suivi de près mon développement professionnel et académique depuis plus de dix ans et elles ont rédigé des lettres de recommandation pour mon admission au doctorat : d'abord, Michel O'Neill et Maria Teresa Cerqueira. Le premier a été mon directeur de maîtrise à l'Université Laval à Québec. La deuxième, ma chef à l'OPS, à Washington, lors de ma formation en santé internationale en 1999. Tous les deux m'ont ouvert les portes de la promotion de la santé en Amérique latine. Finalement, Mario Testa, en Argentine, une vraie source d'inspiration pour tous ceux qui travaillent en santé publique dans la région. Je ne saurais jamais comment les remercier de l'aide qu'ils m'ont donnée de différentes façons tout au long de mes études.

J'exprime ma gratitude à ma mère qui a traduit tout le document ; j'ai rédigé cette thèse en espagnol et je n'ai osé écrire en français que le dernier chapitre. Le soutien de ma mère a été fondamental pour « traduire » mes idées dans cette langue qui n'est pas la mienne. Je manque de mots pour remercier son travail. Je tiens à remercier également le correcteur, Didier Julien, à Montréal, qui me remettait les travaux toujours à temps, toujours de bonne humeur.

Cette thèse n'aurait pas été possible sans l'appui inestimable des amis : Mes amis québécois qui depuis près de vingt ans me font sentir au Québec comme chez moi (dans l'ordre où je les ai rencontrés) : Céline Marcotte et Louis Jolicoeur, Louis Lessard, Anne Desruisseaux et Frédéric Fortin, Marie-Pierre Dolbec et Stéphane Caron, Lucie Bertrand et Marc-André Vien, Cynthia Gervais, Julie Bérubé et Rejean Perron, Martin Boutet, Monique Proulx et Éric Guindon, Marie-Hélène Girouard, Annie Trudel, Karine Blouin et Alexandre Vigneault. Les amies françaises à Montréal, Élyane Borowsky et Hélène Valentini. Les amis *latinos* au Canada : Claudia Borgonovo et Steve Adamian, Analia Lludgar, Patricio Solari Yrigoyen et Silvina Risso-Patron, Paulina Salamo, Silvana Forti, Beatriz Alvarado et Luz Gonzalez.

En Argentine, mes amis de toute la vie : Mariel Ruiz et Manuel Corunfeld, Diego Lawler et Florencia Iturriza, Maria Laura Santellan, Fernando Adrover, Nora Vera, Marisa

Arbetman, Matilde Ruderman et Elsa Ferro. Avec Mariel, au-delà de notre amitié de 30 ans, nous avons partagé aussi le processus de doctorat qu'elle fait, en éducation, à l'Université de Barcelone ; au cours de ces dernières années, nous avons parlé pendant des heures et des heures sur la marche de nos processus de rédaction. Il y a aussi les amis argentins ou quasi-argentins dans d'autres pays : Miguel Massa, en Grande Bretagne et Martina Sigmund, en Allemagne. Au Brésil, ma grande amie Rosilda Mendes et les plus récents amis à Rio de Janeiro: Marcia Giambiagi, Cristina Acosta, Marta Irving et Jean-Pierre Briot.

Merci à ma famille, toujours présente malgré la réalité de vivre dans des pays différents: à mes frères Pablo et Julian, à ma sœur Guadalupe, à mes belles-sœurs Denise et Adriana; à mes neveux de sang : Catalina et Matias. À la nièce et aux neveux que « j'ai gagnés » de la part d'Oscar : Eva, Pablo, Julian et Miguel. À mes cousines : Marta, Laura Florencia et Ileana à mon cousin Jorge.

Enfin, je remercie très profondément les personnes interviewées qui m'ont offert leur temps pour réfléchir à la promotion de la santé dans chaque pays. Sans elles, cette recherche n'aurait pas été possible non plus.

CHAPITRE 1 INTRODUCTION

Notre compréhension de la santé a profondément changé tout le long du XX^e siècle et en ce début du XXI^e. Aujourd'hui, la santé dépasse l'absence de maladie physique ; elle constitue le produit de la contribution de multiples secteurs en rapport avec le logement, le travail, l'éducation, le revenu, etc. La santé est donc multi déterminée par des facteurs provenant d'autres secteurs et qui interagissent avec les caractéristiques individuelles, les facteurs sociaux et économiques et les entourages physiques dans lesquels les personnes habitent.

La promotion de la santé a été définie comme le « processus qui confère aux populations les moyens d'assurer un plus grand contrôle sur leur propre santé et d'améliorer celle-ci » (OMS, 1986)¹. À partir des années 1980, la théorisation de la promotion de la santé et sa mise en place ont fait partie de l'agenda des organisations internationales de santé et de plusieurs gouvernements. Cependant, une certaine tension est observable dans la compréhension de la promotion de la santé, et ce dès ses débuts. En effet, elle est en général conçue comme une stratégie pour le changement de comportements individuels focalisée sur les facteurs de risque et très peu fréquemment conçue dans un sens large, incluant une action sur les déterminants structurels des sociétés responsables de l'état de santé des populations dans une mesure plus importante que les systèmes de soins. Tel que nous le verrons par la suite, cette dernière option plus élargie est à la base de la définition de la promotion de la santé de la Charte d'Ottawa. La difficulté de mener une action sur une série de déterminants dépassant le secteur de la santé et qui a besoin du travail intersectoriel soulève des difficultés techniques à la mesure de la complexité des contextes politiques dans lesquels la promotion de la santé doit se développer. L'objet de la présente recherche est la tension entre une promotion de la santé étroite que nous appellerons « comportementale » et une promotion de la santé élargie que nous

¹ Nous développons plus en profondeur le concept de promotion de la santé aux pages 6 et 7 du présent chapitre.

appellerons « structurelle ». Pour identifier et expliquer l'une et l'autre façon de concevoir la promotion de la santé, nous avons mené une analyse de la politique nationale de santé de chaque pays à l'étude à partir d'entrevues avec des acteurs clés et d'une analyse documentaire. Cela nous a permis d'identifier la façon dont la promotion est opérationnalisée et les possibilités pour qu'elle soit conçue dans la politique nationale à partir d'une approche structurelle.

Ce travail constitue un premier pas dans l'étude de la promotion de la santé dans le contexte latino-américain à partir de l'analyse du niveau national de deux pays, ce qui n'a jamais été exploré jusqu'à présent. Il s'agit d'une première approximation des dimensions qui pourraient contribuer à une meilleure compréhension de la promotion de la santé dans la région.

1.1. Origine de la problématique

Tout le long de mes années de travail dans le champ de la promotion de la santé et plus particulièrement au sein du mouvement de Villes et villages en santé, je me posais des questionnements auxquels la pratique ne pouvait répondre : ceux-ci portaient souvent sur les raisons pour lesquelles la promotion de la santé est conçue et mise en place dans sa version la plus étroite qui envisage le changement comportemental individuel. D'autres questionnements portaient sur la raison pour laquelle certains pays n'ont toujours pas entamé la discussion sur la question des déterminants sociaux de santé, même s'il a été démontré au niveau international que les politiques incluant les déterminants sociaux de santé ont un impact sur l'amélioration de la santé des populations. À quelques exceptions près et indépendamment du degré de développement de la promotion de la santé, sur le plan municipal ou national, ces questionnements n'ont pas eu de réponse ; en cela, ils ont inspiré et motivé ma démarche doctorale.

1.2. La question de recherche

Partant de l'exploration de la littérature et d'une meilleure compréhension de notre objet de recherche, nous arrivons à la question de recherche suivante : **qu'est-ce qui explique la place et la compréhension de la promotion de la santé dans les politiques nationales de santé de l'Argentine et du Brésil ?**

Par « place » de la promotion de la santé, nous entendons la priorité qui est accordée à la promotion par rapport aux autres composantes de la politique nationale de santé. Par « compréhension » de la promotion de la santé, nous entendons la vision de la promotion mise de l'avant. Cette vision peut être classée comme approche « comportementale » ou « structurelle ». La place et la compréhension seront étudiées à la fois tels que reflétées dans la politique nationale et à travers les discours des acteurs.

En identifiant comme objet d'intérêt la promotion de la santé dans une conception élargie dans la politique nationale de santé à partir d'une approche structurelle, l'objectif principal de notre travail est de comprendre la façon dont la promotion de la santé s'insère dans les politiques nationales de santé de l'Argentine et du Brésil. Les acteurs interviewés appartenaient majoritairement à deux univers : des gestionnaires du niveau national (ministères) et des chercheurs du milieu académique. La diversité des deux cas choisis, concernant leur façon de concevoir autant la promotion de la santé que l'organisation du système de santé, nous permet de mieux comprendre comment ce processus se développe.

Cette recherche s'appuie sur le postulat que la culture dominante d'un système de soins donné – appelé généralement *système de services de santé* – a un impact très fort sur la manière de concevoir la promotion de la santé. Nous considérons aussi que la manière dont sont conçues la promotion de la santé et les questions sociales liées à la santé explique la place plus ou moins importante qu'occupent les déterminants sociaux et donc la promotion de la santé à partir d'une approche structurelle dans la politique nationale de santé.

Nous ne cherchons pas à soutenir qu'il n'est pas nécessaire de mener un travail sur des changements comportementaux ou qu'il ne faudrait pas se servir d'une approche comportementale pour travailler en promotion de la santé. Ce que nous souhaitons faire ressortir est le besoin de développer et de prioriser l'approche structurelle ; en effet, la littérature comme notre recherche montrent qu'il existe une tendance très forte à prioriser le travail dans une approche comportementale au détriment d'une conception plus élargie de promotion de la santé. De cette façon, quand une approche plus élargie est identifiée, elle est rapidement mise de côté ou ignorée par la complexité de sa mise en place tant au niveau technique que politique.

Pour répondre à notre question de recherche, nous faisons appel au domaine de l'analyse des politiques publiques. Étant donné la complexité de la recherche – pays en développement avec influence des organisations internationales, multiplicité des acteurs, changements autant au niveau de l'État que du sous-système de la santé – nous avons fait appel à différents auteurs pour la construction de notre cadre conceptuel. Ce dernier est inspiré des idées proposées par le modèle de Kingdon (1984) des « courants politiques », le modèle des « coalitions plaidantes » de Sabatier & Jenkins-Smith (1999) et le cadre conceptuel de Walt (1994). Étant donné qu'il s'agit d'une étude de cas dans deux pays en développement, nous avons considéré le rôle que jouent les organisations internationales de financement et de coopération technique dans l'élaboration de la politique de santé (Walt, 1994). Notre recherche a pris en considération quatre des cinq étapes du processus d'élaboration de la politique publique identifiées par Dunn (1981) : la mise à l'agenda, la formulation de la politique, son adoption et sa mise en place² tout en mettant l'accent sur la première et la dernière. Il s'agit d'une recherche qualitative avec une étude de cas multiple à deux niveaux d'analyse : 1) l'organisation de l'État et 2) le sous-système ou domaine spécifique de la santé.

² La cinquième étape est celle de l'évaluation de la politique.

La collecte des données a été réalisée de mai à novembre 2006, auprès des acteurs des organisations internationales et nationales des pays étudiés. L'étude met l'accent sur la période de 1990 à 2006, mais nous abordons également des événements clés d'autres moments historiques – même si ce n'est que très sommairement – nécessaires pour comprendre les contextes du développement de la promotion de la santé.

1.3. Le développement du concept de la promotion de la santé

Tout le long du XIX^e siècle, les gouvernements se préoccupent beaucoup de l'amélioration des conditions de vie comme moyen de lutte contre les épidémies. La médecine sociale, intéressée par les liens entre les conditions de vie de la population et son état de santé, naît avec comme représentants les plus reconnus Edwin Chadwick en Angleterre, Louis René Villarmé en France et Rudolf Virchow en Allemagne. Ceux-ci promeuvent fortement une réforme de la médecine et le besoin d'une véritable santé publique exercée par l'État pour garantir l'amélioration des conditions qui affectent la santé de plus défavorisés. Cependant, il faudra attendre les années 1940 pour que la « promotion de la santé » soit identifiée comme une des fonctions de la médecine par le médecin sanitariste américain Henry Sigerist. Il a identifié quatre fonctions : a) promotion de la santé, b) prévention des maladies, c) guérison et d) réhabilitation (Restrepo, 2001). À la même époque, Tomas McKeown étudie l'évolution de la tuberculose en Angleterre et au Pays de Galles entre 1948 et 1971. Il conclut que la diminution de la mortalité due à cette maladie est plus attribuable à l'amélioration des conditions de vie des populations qu'à l'introduction de la streptomycine (Restrepo, 2001).

Autant Sigerist que McKeown a fait un appel au besoin de regarder en dehors du système de soins et de prioriser des actions visant l'amélioration des conditions de vie des populations pour « produire de la santé ». Cependant, les avancements en technologie médicale tout le long du XX^e siècle laissent peu de place au développement d'un courant plus social de la médecine et l'accent est mis sur la

médicalisation des pratiques. Il faut attendre plusieurs années avant que ces questions ne soient reprises.

La conception moderne de promotion de la santé a été définie à la Première Conférence Internationale réalisée à Ottawa en 1986. Dans la Charte de cette conférence, elle est décrite comme le processus qui :

« Confère aux populations les moyens d'assurer un plus grand contrôle sur leur propre santé et d'améliorer celle-ci. Cette démarche relève d'un concept définissant la "santé" comme le niveau de santé dans lequel un groupe ou un individu peut d'une part, réaliser ses ambitions et satisfaire ses besoins et, d'autre part, évoluer avec le milieu ou s'adapter à celui-ci. La santé est donc perçue non pas comme un but mais comme une source de richesse pour la vie quotidienne. Il s'agit d'un concept positif mettant en valeur aussi bien les ressources sociales et individuelles que les capacités physiques. Ainsi donc, la promotion de la santé ne relève pas seulement du secteur sanitaire : elle dépasse les modes de vie sains pour viser le bien-être. »³ (OMS, 1986)

Pour que la promotion de la santé ait lieu, il faut mettre en marche cinq stratégies pour l'action : création de politiques publiques saines, création d'environnements sains, renforcement de l'action communautaire, développement des capacités individuelles et réorientation des services de santé. Celles-ci permettraient de travailler sur des phénomènes complexes tels que les questions sociales liées à la santé comme le logement, le revenu, le travail et les milieux où les personnes mènent leur vie. Dans les pays en développement, notamment en Amérique latine, la promotion de la santé a commencé timidement et a accéléré son développement au cours des années 1990 (Restrepo, 2001).

En 1992, la première conférence latino-américaine de promotion de la santé s'est tenue à Santafé de Bogotá en Colombie. Cette conférence a été influencée non seulement par les linéaments de la Charte d'Ottawa, mais encore par la question de l'équité en santé qui avait été identifiée et théorisée une année avant par Whitehead (1991)⁴. La conférence a constitué un espace fondamental pour la discussion sur les caractéristiques de la promotion de la santé dans la région. Elle a souligné que :

³ Charte d'Ottawa, 1986, OMS

⁴ Nous présentons les idées de cette auteure dans le chapitre de la littérature, mais nous signalons que : « L'équité en santé fait référence à l'idée que tous les individus d'une société doivent avoir la même opportunité de

« (...) le défi de la promotion de la santé en Amérique latine consiste à transformer les rapports exclusifs tout en conciliant les intérêts économiques et les buts sociaux de bien-être pour tous, ainsi qu'à travailler pour la solidarité et l'équité sociale, conditions indispensables pour la santé et le développement. »
(Déclaration de Bogota : 1)

La déclaration reconnaissait la détermination mutuelle entre santé et développement et soulignait que le rôle de la promotion de la santé est non seulement d'identifier les facteurs qui favorisent l'iniquité en proposant des actions servant à soulager leurs effets, mais encore « d'agir en agent de changement pouvant introduire des transformations profondes des attitudes et des comportements de la population et de ses dirigeants... ».

La déclaration de Bogotá a identifié une série d'engagements parmi lesquels nous soulignons : 1) impulser le concept de santé déterminée par de multiples facteurs : politiques, économiques, sociaux, culturels, environnementaux, comportementaux et biologiques, ainsi que la promotion comme une stratégie pour modifier ces facteurs déterminants ; 2) inviter les forces sociales à se servir de la promotion de la santé en faisant dépendre les intérêts économiques des buts sociaux ; 3) stimuler des politiques publiques qui garantissent l'équité et favorisent la création d'options et d'environnements sains ; 4) renforcer dans le secteur de la santé la capacité à mobiliser des ressources vers la production sociale de santé et 5) stimuler la recherche en promotion et diffuser les connaissances produites pour qu'elles deviennent un outil de libération, de changement et de participation.

En accord avec une longue tradition de mouvements sociaux qui travaillent sur des questions de santé avec l'accent mis sur la participation sociale, la promotion de la santé latino-américaine a identifié au centre de ses intérêts des questions telles que : *changement, transformation, participation, équité et production sociale de santé.*

développer leur plein potentiel de santé ; en ce sens, l'action vers l'équité en santé met l'accent sur la réduction des différences non nécessaires, évitables et injustes. » (Whitehead, 1991)

Cependant, pendant les années 1990, la promotion de la santé a été fortement interpellée en raison de sa difficulté à démontrer des résultats mesurables en termes d'efficacité. Dans la région latino-américaine, différentes initiatives d'évaluation ont été mis en œuvre, encouragées par l'Organisation panaméricaine de la santé (OPS) et l'Union internationale de promotion de la santé et de l'éducation pour la santé (UIPES). Ces évaluations étaient consacrées, dans plusieurs cas, à des expériences de courte existence, pas encore suffisamment durables et que l'on ne pouvait mesurer qu'en renonçant à une série d'éléments clés trop complexes pour être traités par ces évaluations. Afin de réduire cette complexité constituée d'éléments difficiles à mesurer, la promotion de la santé a été limitée à des changements comportementaux individuels pouvant être mesurés (par ex. : l'arrêt de la consommation de tabac) ou à des actions ponctuelles d'information (prévention de maladies) ayant peu ou aucune incidence sur les déterminants structureaux de la société. Un programme qui a eu un développement important dans la région a été celui de Villes et villages en santé (VVS) autour duquel divers événements régionaux ont été organisés et un réseau latino-américain reliant les municipalités de la région a été lancé. Ceci a favorisé l'échange d'expériences pour la gestion de la santé au niveau local à travers des projets adressés à l'assainissement basique (disposition des ordures et égouts), aux espaces pour les loisirs (sentiers vélos, randonnées), à l'alimentation saine, aux espaces sans fumée, à l'éducation routière, etc.⁵ Mais même dans le cadre de ce programme, les politiques saines⁶, leur essence, leur rôle et leur potentiel à ce niveau local n'ont été que peu approfondis.

Au cours des dernières années, de nombreuses publications ont montré le lien qui existe entre une politique étendue de santé – qui inclut les déterminants sociaux – et l'amélioration de la santé des populations (OMS, 2005 ; Navarro, 2007 ; Raphael, 2008). Parmi ces publications, il y en a très peu provenant du domaine de la promotion de la santé. Une analyse de l'influence des organismes de financement

⁵ Pour plus de renseignements sur Villes et villages en santé en Amérique latine voir : 1) Promoción de la salud: cómo construir vida saludable. Editorial Médica Panamericana, Restrepo & Malaga, (2001); 2) A Saude e o dilema da intersetorialidade, Andrade, M.O. (2006) ; 3) Municipios Saludables, OPS (1997).

⁶ La notion de politique publique « saine », théorisée par Milio (1987), permet de distinguer les politiques de santé habituellement consacrées uniquement aux services de soins de celles qui vont au-delà du secteur de la santé. Nous la présentons à la page 36 du chapitre 2.

internationaux sur l'établissement de politiques publiques saines dans des pays pauvres a constaté l'absence de chercheurs en promotion de la santé dans les discussions concernant les politiques d'ajustement macro-économiques mis en œuvre pendant les années 1980 et 1990, dans l'hémisphère sud en développement (Mohindra, 2007).

Il est encore plus étonnant d'observer que des organisations internationales constituées des partisans de la promotion de la santé tel que l'Union internationale de promotion de la santé et de l'éducation pour la santé (UIPES) ont retardé de plusieurs années l'incorporation des déterminants sociaux de santé dans le discours ainsi que la proposition d'approches tenant compte, pour l'intervention en promotion de la santé, de niveaux autres que le niveau local (municipalités) ou individuel tel qu'on peut l'observer dans les différentes Chartes et Déclarations de conférences internationales, ainsi que dans des programmes à portée régionale ou nationale proposés. En général, il n'y a aucune mention du rôle de l'État et de sa responsabilité par rapport au développement des politiques de promotion de santé (UIPES, 2003, 2007; Salazar, 2004).

À la fin des années 1990, le nom de *déterminants sociaux de santé* désigne les phénomènes complexes qui avaient été identifiés dans la Charte d'Ottawa comme des « conditions préalables » à la santé. Ils sont définis comme « les caractéristiques sociales dans lesquelles se développe la vie (environnements sociaux et physiques) » (Tarlov, 1996, dans : OMS, 2005). Leur inclusion dans les politiques de santé et dans d'autres politiques publiques ayant un impact bénéfique sur la santé des populations, est devenue un défi pour les gouvernements, mais aussi un facteur de tension entre les modèles de politiques plus focalisées et les modèles plus larges. La promotion de la santé n'a pas échappé à ces tensions ; bien au contraire, elle a été interpellée, autant dans la théorie que dans la pratique, sur les conséquences de prioriser l'un ou l'autre des modèles. La discussion a dépassé les milieux académiques pour arriver aux secteurs où sont définies les politiques, soit dans les agences de financement et

de coopération technique internationales, soit dans les instances régionales ou dans les gouvernements nationaux.

Si nous analysons les principaux écrits portant sur la promotion de la santé, nous pouvons identifier deux conceptions majeures. La première considère la promotion de la santé comme « comportementale », dirigée vers des questions ponctuelles telles que : a) le changement de comportements individuels ou collectifs (UIPES, 2003 ; O'Neill, 2004) ; b) la création de milieux sains, comprenant, entre autres, l'espace local où vivent les individus (municipalités), les espaces de travail (entreprises) et les services de soins de santé (hôpitaux) (OPS, 1999 ; Salazar, 2004 ; Salazar & Grajales, 2004) ; ou c) l'élaboration de politiques publiques saines, en général liées à la réglementation soit du tabac (niveau national) soit du transport ou liée aux espaces de loisirs, etc. (niveau local/municipal) (Milio, 1987 ; OPS, 1999). La seconde conception part d'une approche structurelle de la promotion de la santé guidant la politique nationale de santé – parmi les autres politiques publiques – dans sa stratégie à introduire des changements au sein des structures sociales (culturelles, économiques et politiques) qui génèrent des iniquités (OMS, 2005). Cela se fait à travers l'action sociopolitique de plusieurs acteurs et secteurs du gouvernement (Restrepo, 2001).

Il existe un consensus important dans la littérature internationale sur l'identification d'une promotion de la santé étroite orientée vers des changements de comportements individuels. Cependant, moins de travaux rendent compte de l'appellation d'une promotion de la santé élargie dite « structurelle ». Au Brésil, cette question peut être suivie à travers la discussion sur l'évaluation de la promotion. Dans cette littérature, la promotion de la santé est identifiée comme *impératif éthique* (Akerman et coll, 2004) : ensemble d'actions ou stratégie visant l'amélioration de la qualité de vie⁷ ; comme *possibilité* de dépasser le modèle biomédical (Minayo et coll., 2000) ; et comme *ensemble de politiques publiques intégrées* visant l'amélioration de la

⁷ Certains auteurs reconnaissent que la notion de « qualité de vie » est un champ polysémique où nous avons d'une part une conception liée aux modes ou styles de vie et un autre qui inclut les idées du développement durable et de l'écologie humaine en relation avec le champ de la démocratie et le développement des droits humains et sociaux (Minayo, M.C.S. et coll., 2000).

qualité de vie (Campos, & coll., 2004). Dans la littérature hispanophone, deux courants ressortent, dont l'un soutient l'action sociopolitique qui dépasse le secteur de la santé (Restrepo, 2001). Dans la littérature anglo-saxonne, il existe des références à une *broader approach* versus *lifestyle approach* (Raphael, 2006 ; 2008) ; cette approche élargie réfère à l'inclusion de déterminants structurels dans l'action en promotion de la santé.

Dans cette option élargie que soutient l'action sociopolitique et que nous appelons « structurelle » : a) le système de santé a un caractère universel et garantit à tous les citoyens le droit à la santé (Carvalho, 2004 ; Evans & coll., 2001) ; b) la notion d'équité⁸ a une place centrale et l'action sur les déterminants sociaux de la santé est une condition pour atteindre le bien-être collectif (Akerman & coll., 2004) ; et c) l'accent est mis sur les causes des iniquités, leur identification et l'action sur elles (Whitehead, & coll. 2001).

Dans la plupart des pays, le développement de la promotion de la santé se fait selon la conception comportementale. Cependant, dans le monde développé, nous trouvons quelques exceptions, parmi lesquelles la Suède et l'Angleterre qui ont conçu leur politique nationale de santé tout en prenant en compte la promotion de la santé structurelle – et donc l'équité – au cœur de leur action (Kickbush, 2003 ; OMS, 2005 ; Carlisle, 2001). Malgré les progrès et une plus grande compréhension des déterminants sociaux de santé, il existe encore des tensions et de grands débats à propos des moyens appropriés pour mettre en place ce type de politiques (UKHW, 2005). Au-delà de ces discussions, les deux pays cités partagent ce que nous avons caractérisé comme les trois critères de base pour considérer la promotion de la santé comme structurelle, c'est-à-dire : a) le système de santé est universel et il existe une volonté politique et une préoccupation des gouvernements pour l'élaboration de politiques publiques saines ; b) la notion d'équité est au cœur de l'action sur les déterminants sociaux de santé ; et c) la santé est comprise dans un sens large et la

⁸ L'équité en santé implique que tous les individus d'une société doivent avoir la même opportunité de développer leur potentiel de santé. L'action vers l'équité en santé met l'accent sur la réduction des différences non nécessaires qui s'avèrent injustes et qui peuvent être évitées (Whitehead, 1991; Evans et col. 2001; Braveman & Gruskin, 2003).

promotion de la santé est conçue comme stratégie valide pour aborder les aspects sociaux qui exercent une influence sur le processus santé-maladie et qui dépassent le secteur sanitaire.

Deux constats peuvent être signalés par rapport à la promotion de la santé : 1) les chercheurs de promotion de la santé abordent rarement la question des politiques publiques au cœur de leur recherche ; 2) l'opérationnalisation de la promotion s'est faite selon deux modalités, l'une plus étroite qui vise les changements de comportements au niveau individuel ou collectif sans tenir compte du contexte dans lequel ont lieu ces comportements et l'autre, plus élargie visant le changement dans les structures sociétales productrices des inégalités de santé et où l'État a un rôle clé comme responsable dans l'élaboration des politiques publiques et l'amélioration de la santé des populations.

L'intérêt de notre recherche réside dans l'approfondissement du processus d'élaboration des politiques nationales de santé en mettant l'accent sur l'identification de la place et la compréhension de la promotion de la santé dans celles-ci. Nous visons à distinguer les deux approches de la promotion de la santé – comportementale ou structurelle – et à expliquer les raisons pour lesquelles la promotion est comprise de telle ou telle autre façon. Finalement, nous essayons d'identifier les opportunités pour qu'une approche structurelle de la promotion de la santé devienne en quelque sorte la figure de proue de la politique nationale de santé.

1.4. Le contexte : Les réformes (fragmentées) de l'Amérique latine

« L'évolution historique de l'Amérique Latine et des Caraïbes est marquée par la constitution d'États économiquement dépendants, de sociétés très segmentées, avec des niveaux considérables d'exclusion et de marginalité sociale, de bases territoriales socialement désintégrées, d'institutions avec une faible capacité pour la mise en place de politiques et de régulation sociale et de structures des droits des citoyens extrêmement fragiles et partielles. » (Almeida, 2002 : 907)

Tout au long des années 1980 et 1990, la région latino-américaine a connu une série de réformes qui ont accompagné, dans plusieurs cas, les nouveaux processus démocratiques de leurs sociétés après de longues périodes de gouvernements dictatoriaux. Dans un contexte de crise économique et basés sur des diagnostics ayant des fondements historiques vrais – ceux-là signalaient l’excès de bureaucratie et concluaient à l’incapacité de l’État pour administrer, entre autres, le secteur de la santé. Ce que l’on appelait « des ajustements structureaux »⁹ a commencé à se dessiner. Les agences internationales qui les ont promus – notamment la Banque mondiale (BM) et le Fonds monétaire international (FMI), mais aussi la Banque interaméricaine de développement (BID) et l’Agence des États-Unis pour le développement international (USAID) – ont exigé des gouvernements des réformes profondes de l’État (Iriart & coll., 2001 ; Almeida, 2002 ; Franco-Giraldo & col, 2006).

Ces réformes, qui avaient lieu aussi dans les pays développés, se sont implantées en Amérique latine avec très peu de discussion ni sur le contexte ni sur les fondements idéologiques ou les valeurs qu’elles promouvaient. Ce manque de discussion n’était pas fortuit et visait à donner à ces processus une valeur purement technique, comme une conséquence « naturelle » des transformations mondiales (Iriart & coll., 2001 ; Almeida, 2002).

Ayant pour base la doctrine néolibérale, les principes les plus saillants étaient mis en avant : État minimal, flexibilisation du travail, affaiblissement des entités et des services publics dans le but d’un plus grand contrôle de la part des capitaux privés théoriquement plus efficaces (Iriart & coll., 2001 ; Franco-Giraldo & coll., 2006 ; Guzmán Urrea, 2009). L’hypothèse de base était qu’en réduisant l’État – à travers la décentralisation et la dérégulation – on obtiendrait un équilibre des comptes fiscaux (CEPES, 2005).

⁹ Ainsi se nomme l’ensemble des réformes de type néolibéral qui ont prédominé dans le monde en voie de développement tout le long des années 80 et 90 (Franco-Giraldo et al. 2006).

Au début des années 1990, une nouvelle étape de réformes visait les systèmes de santé de la région. Elles avaient des caractéristiques différentes selon le pays, mais elles reflétaient un agenda en commun (Iriart & coll., 2001; Almeida, 2002). Les réformes de la santé latino-américaines présentaient un ensemble de tendances communes : 1) rationalisation des ressources en vue de leur meilleure distribution et d'une plus grande efficacité sanitaire ; 2) incorporation du concept de « compétence administrée »¹⁰ et d'encouragement à la privatisation ; 3) redéfinition du *mix* public-privé et séparation des fonctions de financement et de provision de services, auparavant à la charge de l'État, qui devient régulateur ; 4) orientation de la sphère publique vers les groupes sociaux « plus démunis » en leur offrant une prestation de services essentiels à bas coût. Les promoteurs des réformes présupposaient qu'il y aurait comme conséquence une augmentation de la couverture et de l'efficacité ; 5) décentralisation des responsabilités au niveau du financement et de la prestation de services (Almeida, 2002; Guzmán Urrea, 2009). Le Brésil se distingue dans la mesure où il n'a pas mis en place ce type de réforme, mais une réforme universalisante à l'encontre des propositions de la Banque Mondiale (BM) et du Fonds Monétaire International (FMI), tel que nous le verrons dans le chapitre 6.

Vers la fin du XX^e siècle, l'observation des résultats de ces réformes en Amérique latine a montré que : a) le financement public s'est très peu modifié et la dépense privée élevée s'est maintenue. On a même remarqué que la dépense des familles s'est détournée vers des assurances privées et des schémas de services prépayés ; b) la couverture a diminué (à l'exception du Brésil et de la Colombie) et l'accessibilité et l'utilisation des services de santé se sont détériorées ; c) la capacité institutionnelle publique et de régulation s'est fortement affaiblie étant donné le stress fiscal et la destruction des institutions publiques qui n'ont pas pu surmonter la concurrence du secteur privé (Almeida, 2002; Guzmán Urrea, 2009) ; d) l'iniquité a augmenté dans

¹⁰ « Ce modèle a été conçu aux États-Unis dans les années 1970. Dans sa formulation originale, il visait à la réorganisation du système privé de services de santé (...) à partir de changements dans l'allocation des ressources financières en réorganisant l'offre et la demande et en redéfinissant les rôles des financeurs et provideurs de services autant publics que privés. Ces changements seraient obtenus à travers l'amélioration de la gestion des systèmes de santé et chercheraient à obtenir plus d'efficacité et d'équité étant donné leur ancrage dans le choix du consommateur, ce qui organiserait et disciplinerait le marché des services selon les principes de qualité et d'effectivité. » (Almeida, 2002 : 920)

les pays du fait que la décentralisation a été accomplie sans tenir compte des différences – démographiques, ethniques, épidémiologiques, de développement économique, d'infrastructure, de ressources humaines, historiques et politiques – qui existaient entre les grandes villes et les municipalités pauvres de la région (Homedes & Ugalde, 2005ab).

La logique économique qui a prédominé au moment de la mise en place de ces réformes, en mettant l'accent sur le coût-efficacité lorsqu'il s'agissait de donner la priorité aux actions de santé, a fortement conditionné le principe de solidarité et d'équité qui guidait les systèmes de santé (Almeida, 2002; Iriart & coll., 2001). Certains auteurs signalent que les politiques de réforme se sont adressées à chaque sous-secteur à l'intérieur des pays – public, privé ou la Sécurité Sociale – sans considérer le système de santé comme un tout, suscitant une approche qui a ignoré la perspective sociale du processus : « À l'intérieur de chaque sous-secteur les participants ont essayé de s'adapter au processus de réforme sans reconnaître l'impact (des changements) sur les autres sous-secteurs. » (Iriart & coll., 2001: 1245)

Peu à peu et d'une manière qui n'a pas toujours été explicite, la santé a cessé d'être conçue comme un bien public et sous la responsabilité de l'État, et a commencé à être considérée comme un bien privé que des « clients », auparavant utilisateurs ou citoyens, peuvent acheter au marché (Iriart & coll., 2001; Guzmán Urrea, 2009).

Par rapport à la promotion de la santé, les processus de réforme n'auraient pas contribué à sa considération et plusieurs auteurs en signalent l'absence dans l'agenda de la réforme (Guzmán Urrea, 2009). D'autres disent que, bien que le FMI ainsi que la BM aient inclus la promotion dans l'ensemble des stratégies recommandées pour améliorer la santé, celle-ci était considérée comme relevant de l'espace privé. Cette idée a renforcé la composante du style de vie qui préconise l'action sur les facteurs individuels de risque (Homedes & Ugalde, 2005ab; Carvalho, Westphal & Lima, 2007; Guzmán Urrea, 2009).

Les réformes des systèmes de santé n'ont pas été l'objet de notre recherche, mais leur importance pour la détermination du contexte et du cadre dans lesquels se développent la promotion de la santé et la compréhension que l'on puisse en avoir, est indéniable. Une analyse plus profonde des réformes dépasserait les limites de ce travail, mais nous tenons à souligner que notre recherche montre que le type de réforme adopté par un pays, ses éléments caractéristiques et son idéologie de base seront décisifs pour la notion de promotion de la santé et pour sa mise en place.

1.5. Organisation de la thèse

Nous présentons, dans le chapitre 2, la revue de littérature concernant la problématique de notre recherche. Nous décrivons ensuite, dans le chapitre 3, le cadre théorique utilisé et nous expliquons pourquoi le recours aux modèles d'analyse de politiques choisis s'est avéré utile : ceux-ci nous ont permis de prendre en compte la multiplicité des facteurs contextuels et des acteurs qui constituent la scène de la promotion de la santé dans les pays étudiés. Au chapitre 4, nous décrivons la méthodologie utilisée ainsi que les étapes de l'analyse des données. Les chapitres 5 et 6 sont dédiés aux deux pays étudiés : l'Argentine et le Brésil respectivement, leurs principales caractéristiques par rapport à leur histoire et aux réformes du secteur de la santé. Nous y présentons l'évolution de la promotion de la santé dans la politique nationale de santé et nous identifions les acteurs et les coalitions principaux dans le sous-système de santé. Le chapitre 7 porte sur l'analyse comparative des deux pays tant au niveau de l'organisation de l'État que des sous-systèmes où la promotion de la santé a lieu, en passant par l'action des organisations internationales et leurs rôles dans chaque pays qui peuvent aider à mieux comprendre la conception actuelle de la promotion de la santé. La deuxième section du chapitre comparatif réfléchit sur l'utilité du cadre conceptuel, ses forces et ses faiblesses pour la démarche menée. La dernière section du chapitre identifie la contribution de cette thèse à la littérature et au champ de la promotion de la santé en Amérique latine.

CHAPITRE 2 REVUE DE LITTÉRATURE

Notre revue de littérature s’articule en cinq volets. Dans le premier, nous présentons la littérature concernant les spécificités de l’État en Amérique latine, ce qui permet une meilleure compréhension du rôle de ce dernier en matière de santé. Dans le deuxième volet, nous présentons la compréhension de la promotion de la santé à partir des approches priorisées ainsi que la notion de *politique publique saine* et la littérature sur les déterminants sociaux de santé afin de mieux saisir la notion de *promotion de la santé structurelle*. Dans le troisième volet, nous examinons la place de la promotion de la santé sous un regard macro. Dans le quatrième volet, nous présentons l’état de la recherche sur l’élaboration de politiques publiques saines en distinguant différents niveaux : local, provincial et national. Finalement, dans le cinquième volet, nous présentons les modèles existants pour l’analyse de politiques publiques ainsi que la considération du rôle de l’État dans ces modèles. L’ensemble de cette littérature nous permet d’identifier différents moments du champ de la santé publique selon la prédominance de certaines approches et visions et de la conceptualisation de la promotion de la santé ; de plus, nous pouvons dégager les principaux défis pour la recherche et l’élaboration des politiques de promotion de la santé en général, dans les pays en développement en particulier.

2.1. La spécificité du contexte latino-américain

Les États se différencient par leur volonté et leur façon d’élaborer des politiques dans différents secteurs. Les pays dont les gouvernements ont un rôle important dans le champ de la santé – et dans le champ du social en général – ont été classifiés comme des État-providence (Esping-Andersen, 1991)¹¹ avec différents typologies. En

¹¹ Cet auteur propose une nouvelle typologie qu’il appelle *régimes d’État-providence* et en identifie trois grands groupes : 1) *l’État-providence libéral* qui procure assistance aux pauvres clairement identifiés comme tels ; il existe très peu de transferts universels ou de plans modestes de prévoyance sociale. Dans ce groupe, il place les États-Unis, le Canada et l’Australie ; 2) *L’État-providence conservateur* ou fortement corporatif, avec une préservation des différences au niveau du statut de classe, c’est-à-dire que les droits des citoyens apparaissent liés

Amérique latine, malgré la coïncidence temporelle des processus d'indépendance des pays de la région, l'hétérogénéité des origines de l'État national ne permet pas de parler de modèle unique (Oszlak, 2007). En effet, malgré le fait que les pays de cette région ne se conforment pas exactement aux différents modèles d'États-providence identifiés dans la littérature pour les pays centraux développés (Fiori, 1997), nous pouvons toutefois identifier certains éléments tels que le contenu et l'ampleur des politiques sociales qui montrent l'existence d'un État-providence dans les pays de la région (Soares, 2009). En outre, ces pays connaissent les mêmes difficultés à se développer pleinement sur les plans économique et social, mais aussi des interruptions militaires récurrentes au cours de leur histoire (Oszlak, 2007).

Au niveau mondial, différents auteurs placent l'origine des États-providence (*welfare states*) dans le cadre de la naissance de la démocratie de masse vers la fin du XIX^e siècle ; ceux-ci se sont consolidés après la Deuxième Guerre mondiale (1939-1945) (Draibe, 1989 ; Fiori, 1997 ; Fleury, 2009). Pour Esping-Andersen (1991), c'est dans les années 1970 que l'on peut parler d'État-providence en tant que tel, le moment où le modèle se consolide. Il existe un consensus pour affirmer que l'État-providence est né pour répondre au processus de modernisation des sociétés occidentales visant le développement et la mise en place des politiques promouvant une plus grande égalité et sécurité socio-économique face à la Révolution industrielle (Fleury, 2009). Ces transformations se manifestent à travers la naissance des systèmes nationaux de santé, d'éducation, d'intégration ou substitution du revenu, du logement et des services sociaux, publiques ou régulés par l'État, qui auront un impact sur le niveau de vie de la population (Draibe, 1989).

Une des contributions majeures d'Esping-Andersen (1991) a été de proposer un modèle explicatif qui met en cause trois ensembles de facteurs dans l'émergence des

à la classe sociale d'appartenance. L'impact en termes de redistribution est très faible. Les cas typiques sont l'Autriche, la France, l'Allemagne et l'Italie ; 3) Finalement, les *régimes sociaux-démocrates* où l'universalisme atteint amplement la classe moyenne et toutes les couches sociales sont incorporées au système universel des assurances dans lequel tout un chacun est à la fois bénéficiaire, dépendant et payeur. Il place dans ce groupe les pays scandinaves (Esping-Andersen, 1991).

régimes d'État-providence : a) La nature de la mobilisation de classe (et surtout la classe ouvrière) ; b) Les structures des coalitions politiques de classe ; et c) L'héritage historique de l'institutionnalisation du régime. Il identifie les structures des coalitions politiques de classe comme facteur déterminant dans la construction et l'expansion de l'État-providence : deux pays peuvent avoir des variables similaires en ce qui a trait à la mobilisation de la classe ouvrière, mais obtenir des résultats politiques très différents en raison de l'histoire particulière de la formation des coalitions dans chaque pays.

En Amérique latine, différentes classifications existent dans la littérature sur l'État : ce dernier peut être classifié comme *méritocratique-particulariste* « corporatif » et « clientéliste » ; le principe structurant est donné par la position de l'individu sur le marché du travail. Ce type d'État est basé sur le mérite et la performance professionnelle ; la politique sociale n'intervient que pour corriger les actions du marché (Draibe, 1989). Il peut aussi être classifié comme *conservateur-corporatif*, différents d'un modèle libéral ou institutionnel redistributif, ou social-démocrate (Esping-Andersen, 1990). Pour Soares (2009), ces classifications ne sont pas suffisantes pour rendre compte de la problématique des pays latino-américains où l'absence de mécanismes efficaces de contrôle social limite l'offre de bénéfices et de services. Selon cette auteure, cela mène à une logique perverse et sans critères clairs de transfert de ressources publiques au secteur privé.

Pour Ozslak :

« Les États latino-américains ont surgi dans des sociétés qui étaient encore coloniales, dans des territoires dépeuplés qui n'avaient pas encore construit les institutions de base qui forment une société nationale (relations de production, sentiments de nationalité, structure de classes cristallisée, bases juridiques, circuits commerciaux). »
(2007 : 43)

L'émergence des États nationaux dans la région est associée au besoin d'expansion du système capitaliste international en un mouvement qui a son origine à l'extérieur des frontières nationales et qui s'impose vers l'intérieur du pays sans laisser place

aux formes de production nationales ou empêchant la constitution de sujets sociaux (Fleury, 1994). Or, il s'agit d'États nationaux fragiles du point de vue institutionnel et qui se sont formés au cours de périodes historiques très courtes, devant assumer des tâches sociales pour lesquelles les pays développés ou centrales ont mis plusieurs siècles (Soares, 2009). Pour Soares, une des spécificités latino-américaines est :

« la superposition des formes avancées et retardées d'organisation politique, sociale et économique qui ont configuré une complexité particulière et unique – fragile, instable et contradictoire – dans laquelle se situent les différentes structures de la protection sociale. Ce n'est pas par hasard que ces caractéristiques correspondent aussi à notre mode de production capitaliste, périphérique, dépendante et tardive. » (Soares, 2009 : 930)

Au XX^e siècle et pendant les années 1980-1990, les États-providence latino-américains sont fortement critiqués par les agences de financement internationales en raison de leur mauvaise gestion des ressources et leur inefficacité. Cette critique est incorporée par les gouvernements de la région et a sa place au centre du débat et des réformes des systèmes de santé promues vers la fin du XX^e siècle (Almeida, 2002; Soares, 2009) tel que nous l'avons vu dans le point sur les réformes des systèmes de santé au chapitre 1.

Esping-Andersen (1995) souligne certains défis pour les États-providence du XXI^e siècle. Dans les cas des pays d'industrialisation récente – comme ceux de l'Amérique latine – il semble nécessaire d'analyser les mécanismes institutionnels de représentation des intérêts et de construction du consensus politique. Dans des systèmes de négociation faible ou fragmentée, il peut exister un blocage majeur dans la capacité des économies à s'adapter aux changements. Cet auteur distingue les pays qui sont devenus des exemples de réforme néolibérale tels que le Chili et l'Argentine et les pays qui ont visé une certaine universalisation – surtout dans le champ de la santé – tel que le Costa Rica ou le Brésil. Cependant, pour ce dernier il souligne le haut degré de clientélisme politique et l'approfondissement de la pauvreté qui existent dans les régions urbaines et rurales, ce qui n'annonce rien de positif pour le long terme (Esping-Andersen, 1995).

Six éléments majeurs permettent de comprendre l'État et la protection sociale en Amérique latine : a) La transition démographique et épidémiologique accélérée avec impact sur la demande de services et de bénéfices sociaux ; b) La crise fiscale de l'État ; c) La naissance rapide de différentes modalités d'assurances privées et autonomes avec de nouveaux modèles dans la relation public-privé à la base du modèle étatique-privatiste ; d) L'hétérogénéité technologique ; e) L'urbanisation accélérée ; et f) L'instabilité politique et de transition démocratique dans quelques pays de la région, associée au manque de toute forme d'organisation capable de représenter les intérêts de la vie sociale dans la matérialisation de l'État (Possas, 2001).

Dans le champ du social, les tentatives néolibérales dans la plupart des pays latino-américains pendant les deux dernières décennies du XX^e siècle et début du XXI^e siècle sont parties des postulats suivants : 1) Le bien-être social appartient à l'espace privé (famille, communauté, services privés) ; 2) L'État n'intervient que dans des cas de pauvreté extrême ou pour produire des services que le secteur privé ne peut ou ne veut pas développer (l'État devient un État de bienfaisance et non un État de providence) ; 3) Les droits sociaux – tel que l'universalité, l'égalité et la gratuité des services – et l'obligation de la société de les garantir moyennant l'action étatique sont abolis ; 4) On procède à couper les dépenses sociales en éliminant des programmes et en réduisant des bénéficiaires ou en focalisant la dépense sur les groupes les plus démunis ; et 5) On privatise la production des services et la décentralisation des services publics au niveau local (Soares, 2009 ; Esping-Andersen, 1995).

En partant d'un seul et unique modèle, les réformes de l'État et de la prévoyance sociale latino-américaines ont été implantées avec des particularités relatives au contexte national et international et surtout aux politiques adoptées par chaque pays (Soares, 2009). L'impact de l'ajustement des politiques sociales – y compris de la santé – de la région peut se résumer à trois types : a) Le premier et le plus radical mis en marche au Chili pendant la dictature de Pinochet dans les années 1980 a vu la

protection sociale étatique être assujettie à la privatisation de ses institutions. Les systèmes publics universels ont été remplacés par des assurances privées, liées au capital financier et bénéficiaires d'un énorme appui des ressources de l'État ; b) Le deuxième type a promu le démantèlement des politiques sociales peu solides et dotées de mécanismes de protection fragiles qui ont été remplacées par le travail des ONG. Le cas paradigmatique a été le Pérou ; finalement, c) Le troisième type, où l'on trouve le Brésil, a consisté en une combinaison de démantèlement des politiques sociales dont bénéficiaient les plus démunis (comme l'aide sociale) avec des réformes constitutionnelles qui ont réduit ou éliminé des droits auparavant consacrés dans la Constitution de 1988 (Soares, 2009). Ce processus a été mis en place avec l'introduction de mécanismes qui ont interrompu le processus de construction d'une sécurité sociale élargie et solidaire, basée sur les droits de citoyenneté et sur le devoir de l'État et qui englobait la santé, la prévoyance et l'assistance sociale (Soares, 2009).

Pour ce qui est des États et des systèmes de protection sociale en Amérique latine, la littérature fait ressortir les points suivants : 1) Ils ont des particularités dont il faut tenir compte telles que la superposition des formes avancées et retardées d'organisation politique, sociale et économique (Soares, 2009) ainsi que la transition démographique et épidémiologique accélérée, la naissance des assurances privées qui introduisent un changement dans la relation public-privé, l'urbanisation accélérée et l'instabilité politique ou de transition démocratique de plusieurs pays (Possas, 2001) ; 2) Il y a une absence des mécanismes effectifs de contrôle social (Soares, 2009) ; 3) Les mécanismes institutionnels de représentation des intérêts et de construction du consensus politique ont des effets sur les caractéristiques de l'État dans un pays donné : dans des systèmes de négociation faible, l'économie du pays en question peut connaître une difficulté majeure dans sa capacité à s'adapter aux changements ; 4) L'histoire particulière de la formation des coalitions dans chaque pays est un facteur déterminant dans la construction et l'expansion de l'État-providence (Esping-Andersen, 1991) ; 5) Les réformes des années 1980-1990 ont connu différentes modalités dont une plus « radicale » de privatisation de la

protection sociale et une autre de démantèlement des politiques sociales et de réformes constitutionnelles qui ont réduit des droits consacrés auparavant dans la Constitution. Nos pays à l'étude se placeraient dans ces deux modalités : pour l'Argentine, la modalité de la privatisation avec un modèle néolibéral (Esping-Andersen, 1995) et le Brésil avec une certaine universalisation limitée par des changements introduits dans la Constitution, l'empêchant d'avoir une sécurité sociale élargie et solidaire basée sur les droits de citoyenneté (Soares, 2009 ; Esping-Andersen, 1995).

Dans notre recherche, nous analysons l'organisation de l'État en matière de santé de chaque cas choisi. En tenant compte des particularités mentionnées ci-haut, nous essayons de montrer l'influence que la forme particulière des États ainsi que les caractéristiques des coalitions agissant dans le champ de la santé et de la promotion de la santé ont sur la compréhension et la place de la promotion de la santé dans la politique nationale de santé.

2.2. La compréhension de la promotion de la santé : les approches

« The health of the population is affected by a range of what are known as determinants. These are factors that in part relate to the structure of society and in part to people's lifestyles and habits. The Government's work in the public health field extends to both these types of factors. » (Towards Public Health on Equal Terms, Swedish Ministry of Health and Social Affairs, 2001)

Deux éléments sont essentiels pour mieux comprendre une approche structurelle de la promotion de la santé : les politiques publiques saines et les déterminants sociaux de santé. La notion de politique publique « saine », théorisée par Milio (1987), permet de distinguer les politiques de santé habituellement consacrées uniquement aux services de soins de celles qui vont au-delà du secteur de la santé. La Charte d'Ottawa signale le besoin de combiner des méthodes telles que la législation, les

mesures fiscales, la taxation et les changements organisationnels dans une action coordonnée visant à rendre « les choix sains les plus faciles à choisir » (OMS, 1986). En 1988, la II^e Conférence internationale de promotion de la santé à Adelaïde en Australie a défini les politiques publiques saines comme :

« Healthy public policy is characterized by an explicit concern for health and equity in all areas of policy and by accountability for health impact. The main aim of health public policy is to create a supportive environment to enable people to lead healthy lives. Such a policy makes health choices possible or easier for citizens. It makes social and physical environments health enhancing. In the pursuit of healthy public policy, government sector concerned with agriculture, trade, education, industry and communications need to take into account health as an essential factor when formulating policy. These sectors should be accountable for the health consequences of their policy decisions. They should pay as much attention to health as to economic considerations. » (OMS, 1988)

La politique publique saine dépasse donc le secteur de la santé et met en rapport des secteurs qui sont généralement sous l'égide des ministères de l'Environnement, du Travail, du Logement, etc. (Milio, 1987; OPS, 1999; Lavis & Sullivan, 2000; Restrepo, 2001). Elle doit aussi être capable d'informer sur les conséquences de la politique mise en place sur la santé (Milio, 1987).

Malgré la nécessité évidente de dépasser le secteur de soins pour viser la santé et le bien-être par le biais d'autres secteurs qui auront un impact sur la santé, la recherche n'a pas encore approfondi certaines questions clés : 1) Quelle est l'essence d'une politique publique saine ? 2) Quels sont les éléments qui favorisent l'intersectorialité nécessaire pour sa mise en place ? 3) Quel est le niveau le plus approprié pour son application ou quel devrait être le rapport entre les différents niveaux ? et finalement 4) Quels sont les cadres théoriques appropriés que la science politique peut offrir à la promotion de la santé pour penser les politiques publiques saines ? (de Leeuw & Polman, 1995 ; Goumans, 1997 ; Signal, 1998 Lavis & Sullivan, 2000 ; Breton, 2005).

En ce qui a trait aux déterminants sociaux de santé, avec le Rapport Lalonde (1974) et le Black Report (1980), naît un mouvement pour l'approfondissement de la connaissance et de la compréhension des déterminants sociaux de santé (revenu, logement, éducation, etc.) qui ont de l'influence sur la santé des populations. Le Rapport Lalonde a montré l'impact limité du système de soins sur l'amélioration de la santé et a demandé que d'autres domaines soient pris en compte comme les milieux où les personnes mènent leur vie. On associe deux problèmes à ce rapport : le premier - largement connu aujourd'hui - est sa focalisation excessive sur les styles de vie ; le second, la décision du gouvernement canadien de se centrer sur les questions de santé les plus visibles pouvant donner plus de rendement politique aux autorités de la santé. On a donc priorisé le travail sur les accidents de la circulation, la santé occupationnelle et l'alcoolisme ; le style de vie étant le facteur sous-jacent et explicatif de chacun de ces points (Raphael, 2008). De son côté, le Black Report a montré l'écart des revenus existant entre les différentes classes sociales en ce qui concerne l'état de santé. Ses auteurs ont fait appel à l'élaboration de politiques sociales élargies pour faire face aux inéquités et les réduire. Cependant, le contexte néolibéral du gouvernement de Thatcher a ignoré les propositions contenues dans ce rapport, lesquelles n'ont été reprises qu'au début des années 1990 (OMS, 2005). Malgré l'indifférence en Angleterre à l'égard de ce rapport, ce dernier a encouragé plusieurs recherches sur les inéquités en santé dans différents pays comme la Hollande, l'Espagne et la Suède, entre autres, au cours des années 1980 et 1990 (Irwin & Scali, 2007 ; Vallgarda, 2008).

En 1989, l'Institut canadien de recherche avancée (CIAR en anglais) introduit le concept de *Santé des populations*, soutenant que les facteurs individuels déterminants de la santé n'agissent pas isolément mais dans une interaction complexe dont l'effet est plus significatif sur la santé. En 1994, l'approche en santé des populations a été appuyée officiellement par les ministres de la Santé aux niveaux fédéral, provincial et territorial à travers le document « Strategies for population health : Investing in the health of Canadians ». Le modèle proposait que les stratégies d'intervention soient basées sur la mesure des conditions de risque et de

bénéfice pouvant être pertinentes pour toute la population ou pour des sous-groupes particuliers de celle-là (Health Canada, 1994 ; dans : OPS, 2000). Même s'il s'agissait d'un antécédent et d'une base pour le développement du champ des déterminants sociaux de santé, le noyau principal lors des premières années s'est concentré sur le traitement des risques pour la santé du point de vue épidémiologique.

Vers la fin des années 1980 et tout au long des années 1990, le modèle de Santé des populations est confronté à la promotion de la santé et les tenants de deux courants entament de fortes luttes contre les critiques à la base de chacun des modèles. Les partisans de la promotion de la santé formulent, entre autres, les critiques suivantes : 1) le modèle de Santé des populations a des fondements épidémiologiques qui ne tiennent compte ni du social ni des environnements en tant que facteurs déterminants de la santé ; il répond donc au modèle biomédical; 2) il s'intéresse à la maladie et non pas à la santé ; 3) il nie la question du pouvoir au centre des relations sociales causales des inégalités et, 4) l'environnement, le pouvoir, les inégalités et d'autres questions auxquelles la promotion de la santé s'intéresse d'une manière spéciale parce qu'elle les considère comme moyens de changement, sont réduits à des variables à mesurer (Labonté, 1995, 1997, 2005, 2008 ; Poland, & coll., 1998, 2007 ; Laverack & Labonté, 2000 ; Raphael, 2001 ; Raphael & Bryant, 2002 ; Raphael, 2008). Récemment, Raphael (2008) est allé plus loin en affirmant que l'arrivée du modèle de Santé des populations au Canada a donné aux gouvernements, aux agences de santé et aux chercheurs le prétexte pour ignorer des questions clés qui ont de l'impact sur la santé des Canadiens, comme la provision de préalables pour la santé pour tous, l'application de valeurs de justice et d'équité et le renforcement des moyens à travers lesquels les individus et les communautés peuvent influencer les déterminants de leur santé.

Les tenants du modèle de santé des populations, quant à eux, signalent les questions suivantes : 1) la promotion de la santé, avec ses prescriptions de ce qui est bon ou mauvais pour la santé, exerce une invasion dans tous les domaines de la vie en

faisant de la santé une fin en soi ; 2) elle risque de produire une « culpabilisation collective » en identifiant les groupes ayant des comportements à risque ; 3) la plupart de ses interventions visent le changement de comportements individuels et ne tiennent pas compte des conditions dans lesquelles ces comportements ont lieu et 4) étant donné qu'elle définit ses interventions en fonction des groupes à risque, elle ne vise pas l'ensemble de la population et donc, elle ne tient pas compte des effets que pourrait avoir une intervention dans l'amélioration de la santé générale (Desjardins, 1994 ; Lupton, 1995 ; Marmor & coll., 1996 ; de Leeuw, 2007; Low & Thériault, 2008; Raphael, 2008).

De façon générale, nous pouvons dire que le champ d'étude de la santé des populations et celui de la promotion de la santé ont en commun leurs origines et une préoccupation actuelle pour l'équité, les politiques et le contexte social. Les deux modèles considèrent que l'impact des services curatifs sur la santé est limité. Cependant, tous deux critiquent chez l'autre les discours sous-jacents des pratiques et des impacts sur la santé des personnes. Des tensions existent en ce qui concerne la place donnée par chacun à la question de l'équité et des déterminants sociaux de santé (soit comme discours, soit comme élément concret qui doit être envisagé dans les interventions), à l'accent des interventions et des politiques au niveau local vs national/mondial ou aux changements individuels vs structurels. Afin de résoudre cette tension, il est intéressant de citer Kickbush (2003) qui résume les défis actuels de la santé publique de la manière suivante :

« The first public health revolution addressed sanitary conditions and fought infectious diseases; the second public health revolution focused on the contribution of individual behaviors to non communicable diseases and premature death. The third public health revolution recognizes health as a key dimension of quality of life. Health policies in the 21st century will need to be constructed from the key questions posed by both the health promotion and population health movements. »
(Kickbush, 2003 : 386)

En 1991, Whitehead a produit un texte fondamental pour la recherche dans le domaine de l'équité en santé. L'auteure y fait la distinction entre les inégalités pouvant être considérées injustes et celles qui ne le sont pas, car elles ne présentent

pas de relation causale avec les différences de classe ou ne sont pas le produit d'une intervention quelconque. L'équité en santé fait référence à l'idée que tous les individus d'une société doivent avoir la même opportunité de développer leur plein potentiel de santé ; en ce sens, l'action vers l'équité en santé met l'accent sur la réduction des différences non nécessaires, évitables et injustes (Whitehead, 1991; Evans et coll. 2000; Braveman & Gruskin, 2003). Les théorisations de Whitehead ont ouvert la voie à une recherche plus poussée sur ce qu'on appellera, vers la fin des années 1990, les déterminants sociaux de santé.

Le champ d'étude des déterminants sociaux de santé devient un espace intégrateur qui reçoit tant les chercheurs de la santé des populations que ceux de la promotion de la santé, insatisfaits des résultats des interventions qui ne tiennent pas compte du social et qui se réduisent à promouvoir des changements comportementaux ou à mesurer des indicateurs de maladie. Les nouveaux « vieux » acteurs s'intéressent à approfondir les caractéristiques des politiques publiques qui incorporent le travail avec les déterminants sociaux de santé, à développer une vision globale des défis en matière de santé tout en considérant le contexte de la mondialisation et en intégrant la santé comme un droit. Ils s'intéressent aussi à promouvoir des accords intra- et interrégionaux en encourageant le développement de politiques de santé non limitées au secteur des soins ou à celui de l'accès aux services.

Dans les pays développés, l'incorporation des déterminants sociaux de santé dans leurs politiques de santé a été le résultat de la réflexion critique aussi bien sur les succès que sur les échecs des interventions, y compris celles de la promotion de la santé (Kickbush, 2003). Certains d'entre eux ont réussi à modeler leurs politiques nationales en facilitant la réflexion sur les processus d'élaboration de politiques (OMS, 2005). Cette modélisation a permis de penser les caractéristiques des politiques, leur niveau d'application et les modèles possibles pour les élaborer, tant de questions que les politiques publiques saines – issues de la promotion de la santé et, pour la plupart, limitées au niveau local – n'ont pas pu penser. Cette situation se reflète dans les rares recherches existantes à propos de la place de la promotion de la

santé dans la politique nationale et du rôle qu'elle pourrait y jouer en incorporant la question des déterminants sociaux à partir des différents niveaux d'application de la politique (transnationale, nationale, provinciale et locale) (Wise & Signal, 2000 ; Mohindra, 2007; Low & Thériault, 2008).

Différents auteurs de la promotion insistent sur le besoin d'inclure l'approche de déterminants sociaux de santé alors qu'ils observent en même temps les obstacles pour que cette inclusion se produise. Les raisons de ces obstacles présentés par la littérature sont : 1) la base institutionnelle de la promotion reste encore l'éducation pour la santé traditionnelle (Kickbush, 2003) ; 2) la nécessité de connaître un ensemble d'outils (de négociation, politiques, etc.) qui dépasse les connaissances et les moyens dont disposent les intervenants locaux de promotion de la santé (Goumans, 1997, Lavis & Sullivan, 2000) ; 3) il existe un manque de volonté politique (Bambra et coll., 2005 ; Bryant, 2002 ; Raphael & Bryant, 2006 ; Raphael, 2008 ; Low & Thériault, 2008) et 4) les paradigmes et les modèles sous-jacents aux interventions (des programmes ou des politiques) de promotion de la santé ne sont pas explicités (Carvalho et coll., 2004) et, lorsqu'ils le sont, ils peuvent même être opposés à un modèle basé sur les déterminants sociaux de santé (Bryant, 2002 ; Carlisle, 2001 ; Low & Thériault, 2008). Malgré ces difficultés, Glouberman & Millar (2003) signalent qu'il y a de plus en plus de recherches sur les iniquités qui incorporent des principes de promotion de la santé dans une approche plus élargie. Ces auteurs soulignent cependant le peu d'impact qu'ont les nouvelles connaissances sur les gradients socio-économiques et le statut de santé sur le développement de politiques publiques visant à réduire les iniquités (Glouberman & Millar, 2003 ; Raphael & Bryant, 2006 ; Low & Thériault, 2008).

Dans la section suivante, nous abordons la place de la promotion de la santé en ce qui concerne les composantes clés d'une politique nationale de santé et les études menées sur le contexte de la mondialisation et les défis pour les états nationaux en matière de politiques publiques saines. Plus particulièrement, nous passons en revue

les modèles de santé publique dominants et leur impact sur le choix des politiques publiques mises en place.

2.3 La place de la promotion de la santé : un regard du macro

Navarro (2007) réfléchit à propos des composantes clés d'une politique nationale de santé et en identifie trois principales : 1) des interventions visant à établir, maintenir et renforcer les déterminants structureaux, politiques, économiques, sociaux et culturels qui améliorent la santé. Ils sont appelés « structureaux » parce qu'ils font partie des structures de la société et de la culture qui en rendent compte ; 2) des interventions qui incluent des déterminants visant les individus et qui se focalisent sur les changements individuels comportementaux et de style de vie ; 3) finalement, des interventions publiques constituées de déterminants dits d'*empowerment* et de socialisation, qui mettent en rapport le premier avec le deuxième en établissant un lien entre l'individuel et les responsabilités collectives afin de créer des conditions pouvant assurer la santé. Dans les interventions visant les déterminants structureaux, Navarro en distingue six possibles : a) des politiques favorables à la participation citoyenne et l'influence dans la société ; b) déterminants économiques et sociaux : politiques de plein emploi, de la sécurité sociale et du bien-être ; c) des politiques de réduction des inéquités ; d) des interventions culturelles pour la sécurité au travail, la protection des consommateurs et de l'environnement ; e) une assurance des conditions favorables à l'enfance et l'adolescence et finalement f) des interventions du système de soins capables de promouvoir la santé (Navarro, 2007).

Sur ces dernières, l'auteur souligne que les politiques devraient mettre l'emphase autant sur les services de soins que sur la couverture de toute la population. Les services médicaux de soins devraient avoir un intérêt particulier à faciliter l'accès, le confort et la satisfaction des usagers et de la population dans son ensemble. La promotion de la santé devrait être au cœur du système de soins et tout le personnel de la santé, médecins inclus, devrait bénéficier de formation en matière de déterminants

politiques, économiques, sociaux et culturels de la santé de la même façon qu'à propos des interventions visant les habitudes de vie individuelles (Navarro, 2007)¹².

Cependant, Navarro dit que, jusqu'à présent, l'attention a été portée aux déterminants qui visent les individus et les changements comportementaux. Cela tient à deux raisons : la première, parce qu'ils sont très visibles et les politiciens les perçoivent comme plus faisables que les déterminants structureaux ; la deuxième, parce que la concentration sur ce type de changements libère les institutions publiques, premières responsables des déterminants de santé, de toute responsabilité. L'auteur signale que c'est là une des raisons pour lesquelles les gouvernements libéraux – et à l'occasion certains gouvernements progressistes aussi – ont tendance à mettre l'accent sur ce type d'intervention, même s'il a été démontré que ce qui améliore effectivement la santé de la population, c'est l'action sur les déterminants structureaux.

Cette situation est confirmée par les développements de Raphael et Bryant (2006) qui analysent le rôle de l'État dans la promotion de la santé dans quatre pays : le Canada, les États-Unis, l'Angleterre et la Suède. L'étude examine les modèles dominants en santé publique et note que les deux premiers priorisent des approches individualistes de gestion du risque, alors que les deux derniers sont plus orientés vers des approches étendues de déterminants de santé. D'après ces auteurs, le choix d'un modèle de santé publique dépendra de l'idéologie et des contextes politiques, économiques et sociaux où les activités de la politique publique et de la santé publique ont lieu :

« If the dominant health model is highly individualized and focused on biological dispositions and the effects of risk behaviors, public health will direct efforts to managing risk factors such as hypertension,

¹² Navarro identifie 12 indicateurs qui pourraient guider les interventions pour promouvoir la santé : Pourcentage de la population couverte par le système public médical et par les services publics de santé ; pourcentage de la population adulte qui travaille dans les services de santé ; pourcentage de dépenses publiques de santé depuis les services de première ligne ; indicateurs d'accessibilité aux services de soins ; indicateurs de ressources des agences de santé publique pour sanctionner les mauvais comportements de la part des corporations ; pourcentage de population qui fume et qui est alcoolique ; pourcentage de grossesses non-désirées ; pourcentage de temps dédié à promouvoir la santé à la radio et la télévision ; taux d'intoxications alimentaires dans la population ; niveau de satisfaction des citoyens avec les soins reçus et l'information obtenue ; pourcentage de la population vaccinée contre des maladies communicables ; taux d'incidence du SIDA.

cholesterol levels, weight, tobacco use, and diet. They will downplay or even deny the role of public policy issues of income, employment, housing, and service provision – the social determinants of health - play in health. In contrast, a model of health that sees health as influenced by structural factors such as organization of society and how society distributes resources will be associated with public health focus on health-supportive public policy. » (Raphael & Bryant, 2006)

Navarro, Raphael et Bryant tous trois signalent l'impact de l'idéologie d'un gouvernement sur le choix de certains types d'interventions plutôt que d'autres ou de certains modèles de santé publique plutôt que d'autres.

En 2004, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) a créé la *Commission des déterminants sociaux de la santé* (CDSS). Celle-ci avait comme intention de mettre en avant la perspective de déterminants sociaux de santé et de soutenir les pays dans l'implantation d'approches élargies pour faire face aux problèmes de santé en tenant compte de leurs racines sociales et environnementales (OMS, 2005). Cependant, cette connaissance a eu, jusqu'à présent, peu de perméabilité de la part des gouvernements un peu partout dans le monde à l'exception des pays nordiques (Raphael, 2008). Irwin et Scali (2007) réfléchissent à propos des domaines plus pertinents dans lesquelles la Commission de déterminants sociaux de santé de l'OMS pourrait collaborer pour l'adoption de politiques qui incorporent ces déterminants. Les auteurs attirent l'attention sur les rares occasions que les pays en développement trouvent pour agir largement sur les déterminants sociaux de santé. Ils suggèrent que, étant donné l'influence que les institutions de financement exercent sur ces pays, la Commission pourrait se concentrer en premier lieu sur le niveau mondial de la politique en engageant des institutions telles que la Banque mondiale (BM), le Fonds monétaire international (FMI) et des donateurs bilatéraux, en faisant du lobbying pour qu'ils appuient sa mise en place dans les pays en voie de développement. Cependant, on ne doit pas sous-estimer le degré d'incompatibilité idéologique pouvant exister entre un programme d'action solide sur les déterminants sociaux de santé et les agendas des institutions de financement et de développement internationales qui continuent d'être fortement ancrées dans le paradigme néolibéral. Pour Irwin et Scali, le niveau national d'élaboration de la politique est celui qui peut

offrir de meilleurs interlocuteurs et des associés potentiels. Il ne suffit pourtant pas de leur montrer l'évidence scientifique pour que les décideurs se mettent en marche ; un travail essentiellement politique est nécessaire pour qu'ils reconnaissent les multiples intérêts en jeu.

Kickbush (2007) et Labonté (2008) approfondissent sur le contexte de la mondialisation et ses défis pour penser les politiques publiques saines. Tous deux soulignent les changements profonds survenus pendant la dernière décennie par rapport aux politiques publiques saines et à leur rôle dans la société, à leur inclusion dans les objectifs du Millénaire ainsi qu'à l'expansion du rôle de l'État dans la santé et aux nouvelles formes de régulation et d'association (*partnerships*) nécessaires.

Labonté (2008) soutient que les discours mondiaux sur la santé – comme les déclarations internationales – représentent différentes voies par lesquelles les gouvernements et les institutions multilatérales répondent à l'augmentation des asymétries et aux risques de santé qu'impose la mondialisation. D'autres auteurs avertissent que ces discours comportent le risque de rendre naturels des déterminants nuisibles à la santé, associés à la mondialisation (Porter, 2007). Labonté considère que l'État-nation peut être un acteur politique important pour la négociation de politiques mondiales et pour l'amélioration des pratiques internationales pour promouvoir l'équité en santé (Labonté, 2008).

Mohindra (2007) est allée plus loin dans l'analyse de la politique publique saine dans les pays pauvres à travers l'analyse des programmes d'aide internationale offerts par les institutions financières en réponse aux crises économiques et aux limites des dettes. L'auteure signale l'absence de chercheurs en promotion de la santé dans les débats et les discussions des années 1980 et 1990 sur la politique publique et les plans d'ajustement structurel dans les pays pauvres. Elle signale que les outils politiques internationaux actuels offrent la possibilité d'assurer de nouvelles formes d'intervention de politiques macro-économiques qui ne reproduisent pas seulement les *patterns* des politiques néolibérales dominantes.

D'après Raphael, l'augmentation actuelle de l'intérêt pour les déterminants sociaux de santé devrait aider à renouveler les approches de politiques publiques dans le domaine de la promotion de la santé. Il souligne les objectifs de santé de la Suède et de la Finlande qui, dans la voie de la Charte d'Ottawa, sont appliqués avec une perspective critique qui cherche à comprendre le rôle de l'État pour leur obtention (Raphael, 2008).

Comme certains auteurs mentionnés plus haut le soutiennent, les modèles de santé publique priorisés ont un grand impact sur la modélisation de la promotion de la santé et les politiques publiques. Dans la littérature, ces modèles reçoivent différentes dénominations : biomédical, individualiste ou traditionnel, hospitalo-centrique, comportemental par opposition aux modèles plus larges, sociaux. Tous les auteurs analysés sont d'accord pour dire que le contexte influence la politique et que l'idéologie adoptée par un gouvernement définit le modèle dominant de santé publique, entraînant des conséquences sur la compréhension des facteurs favorables à la santé de la population et sur l'élaboration des interventions. Ce sont les gouvernements de couleur néolibérale qui sont les plus réfractaires à une politique et à une compréhension large des déterminants sociaux de santé, même si Navarro signale que les gouvernements progressistes priorisent parfois eux aussi des politiques de style de vie qui s'avèrent beaucoup plus faciles à être mises en place et qui ont plus de visibilité auprès de la population et moins de responsabilité de la part du gouvernement (Raphael & Bryant, 2006 ; Navarro, 2007 ; Raphael, 2008 ; Low & Thériault, 2007 ; Wills et al., 2008).

Conclusions concernant ce point de la littérature :

Pour ce qui est du contexte « macro », la littérature analysée montre un contexte assez favorable au développement des nouveaux outils d'intervention et des nouvelles approches de politiques publiques dans le champ de la promotion de la santé. Les auteurs analysés reconnaissent que : 1) des changements profonds sont survenus au niveau du rôle à jouer par les politiques publiques saines dans la société

moderne ; 2) le rôle de l'État en matière de santé s'est élargi ces dernières années ; 3) il existe un plus grand intérêt à incorporer les déterminants sociaux de la santé dans les politiques publiques ; et 4) il est nécessaire d'établir de nouvelles sortes de partenariats tant au niveau mondial – entre pays, et entre pays et organismes internationaux – qu'au niveau national, entre les gouvernements et la société civile. Dans ce contexte, l'État-nation a un rôle à jouer de plus en plus important.

2.4. L'élaboration de politiques publiques saines : niveaux local, provincial et national

Au **niveau local**, une étude menée par Goumans (1997) sur l'élaboration de la politique en Hollande et au Royaume Uni, à travers l'analyse du mouvement Villes et villages en santé, propose une réflexion sur la politique publique saine et sur les limites du niveau local pour aborder certaines questions qui pourraient même entrer en contradiction avec les politiques du gouvernement national. D'autre part, il se peut que les gouvernements locaux n'aient pas les connaissances permettant de lutter contre certaines problématiques ou qu'ils n'en aient pas la permission. Cette auteure identifie deux approches principales pour le développement d'une politique de promotion. Dans la première, la politique est élaborée à partir de l'identification d'un point considéré problématique; elle encourage les preneurs de décisions (gestionnaires) et les politiciens à considérer les effets de leurs décisions sur la santé. Dans la deuxième approche, tous les secteurs évaluent leurs politiques et les effets possibles de ces dernières sur la santé. Cette dernière approche est considérée par certains auteurs comme une vision possible pour le développement et la modification de la politique publique dont la santé est une conséquence et non pas un objectif (Lavis & Sullivan, 2000). Cependant, d'autres auteurs remarquent que le développement de politiques publiques saines nécessite une plus grande transformation du processus politique et de ses structures dans la distribution des ressources et du pouvoir, tant à l'intérieur d'une société qu'entre des sociétés différentes (Signal, 1998 ; Farrant, 1991, Dans : Goumans, 1997 ; Vallgarda, 2008).

Au **niveau provincial**, nous trouvons les analyses de Bernier (2005, ab) sur la place de la promotion de la santé – y compris l’action sur les déterminants sociaux de santé – dans les politiques provinciales de trois provinces du Canada (Alberta, Ontario et Québec). Ces études montrent l’influence du contexte et de l’idéologie du gouvernement provincial sur l’inclusion de la promotion et des déterminants sociaux dans leurs agendas et leurs politiques, ainsi que la non-linéarité de ce processus. L’auteure signale également le rôle de l’État à l’égard de l’accompagnement et le développement des infrastructures appropriées de santé publique.

Toujours au niveau provincial, Bryant (2002) a mené une étude à Toronto concernant le rôle des connaissances dans le développement des politiques de santé et de promotion de la santé. Sa recherche a abouti à la conclusion que différents types de connaissances peuvent rendre compte du processus de changement politique ; à son tour, l’idéologie influence les types de connaissances et les évidences acceptées dans un processus politique. L’auteure signale l’importance de ces découvertes pour le champ des politiques, notamment pour ceux qui cherchent de nouvelles perspectives pour les politiques en promotion de la santé, en soulignant qu’il est nécessaire de mener à bien des analyses critiques sur les effets des structures politiques et sociales sur la santé. Elle a marqué également la nécessité de rendre explicites les forces qui influencent certaines formes de connaissances plus que d’autres dans le processus d’élaboration de la politique.

Au **niveau national**, une étude sur l’intégration des principes de la promotion dans la politique nationale de santé en Allemagne, de Leeuw & Polman (1995) ont démontré l’importance du rôle du gouvernement central en ce qui concerne : l’accompagnement des groupes d’intérêt qui visent à changer la politique ; l’amélioration de la communication entre les acteurs et les institutions ; le besoin d’avoir des outils clairs pour la mise en marche de la politique comme moyen pour convaincre les décideurs (*policy-makers*) ; l’existence de programmes n’entrant pas en conflit avec la politique générale et la nécessité d’empêcher des modalités

d'élaboration de la politique qui pourraient donner à la population l'impression qu'il existe des « circuits informels ».

Une autre étude du niveau national menée par Raphael (2008) signale que la grande réputation du Canada en matière de promotion de la santé ne se reflète pas dans sa mise en œuvre. Ceci est dû à la politique économique libérale et à l'avancement d'approches néolibérales dans l'élaboration des politiques qui, combinées à une vieille tradition biomédicale et épidémiologique, font obstacle à l'incorporation des principes d'Ottawa. Raphael reconnaît une tension historique entre deux aspects de la promotion : le « lifestyle » et un autre qu'il appelle « élargi », dont deux approches différentes se sont dégagées. À différentes périodes de la politique de santé canadienne, les deux approches ont été en concurrence pour le financement, la première ayant été celle qui en a obtenu la presque totalité et avec un impact mineur sur l'adoption de politiques publiques incorporant les déterminants plus larges de logement, de revenus et de travail. Pour finir, l'auteur attire l'attention sur deux questions pouvant mener à la dépolitisation au nom de la santé : a) un modèle de santé de la population centré sur l'application de concepts épidémiologiques par-dessus les questions sociales et b) le discours sur les choix de styles de vie. Aucun de ces aspects ne contribue à l'incorporation des déterminants sociaux de santé dans la politique publique (Raphael, 2008).

Une étude menée en Angleterre indique que le peu de recherche sur la promotion de la santé réalisée dans des institutions ne permet pas de démontrer clairement jusqu'à quel point celle-ci a été marginalisée, mais elle en montre la faiblesse aussi bien dans les services de santé que dans le monde académique (Wills et al, 2008).

Différents travaux visant à étudier des modèles de santé publique centrés sur l'élaboration de politiques publiques ayant en vue les déterminants sociaux de santé - modèles utilisés dans divers pays comme l'Angleterre, le Canada, la Suède et les États-Unis - ont abouti à la conclusion que les leçons de promotion de la santé des dernières trente années ont été oubliées ou ignorées dans la mise en place de la

politique (Raphael & Bryant, 2006 ; Raphael, 2008 ; Low & Thériault, 2007). Qu'il existe des preuves sur le besoin d'incorporer les déterminants sociaux de santé dans l'élaboration de la politique publique n'implique pas qu'elles soient effectivement incluses et considérées par les gouvernements dans leur agenda. En revanche, les inéquités en santé peuvent être expliquées par des comportements individuels et non pas par les facteurs structureaux qui en sont la cause, tout en laissant la question des déterminants sociaux de santé comme un discours qui soutient des interventions comportementales tel que semble être le cas pour le Canada et les États-Unis où la politique est conçue comme une législation dédiée à des comportements à risque et à la protection de la santé (Raphael & Bryant, 2006 ; Raphael, 2008 ; Low & Thériault, 2007 ; Wills et al, 2008).

Dans le cas de la Suède, différents auteurs montrent que la stratégie de santé publique adoptée en 2002 constitue le modèle plus large – jusqu'à présent – d'une politique nationale de santé incluant les déterminants sociaux de santé. Les objectifs nationaux sont formulés en termes de déterminants de santé tels que le degré de participation politique et sociale des personnes, la sécurité économique et les perspectives d'emplois dignes. L'objectif de la stratégie est la création de conditions sociales pouvant assurer équitablement une bonne santé pour toute la population (Raphael & Bryant, 2006 ; Irwin & Scali, 2007 ; Lager et al., 2007 ; Vallgarda, 2008).

Même si la littérature reconnaît le besoin de prioriser un modèle de santé publique élargie et d'incorporer les déterminants sociaux dans l'élaboration des politiques publiques saines, certaines études posent des questions dont il faut tenir compte : Nilunger et al. (2007), lorsqu'ils examinent les fenêtres d'opportunités pour une politique intersectorielle de santé en Suède, trouvent que la santé publique, bien qu'elle soit perçue comme un sujet universel important, atteint difficilement le plus haut niveau national de politique. Elle se situe plutôt parmi les « low politics »,

politiques de peu de poids dans l'ensemble de la coordination des politiques¹³. De leur côté, Lager et al. (2007) ont examiné les possibilités pour que les objectifs nationaux de santé fonctionnent comme un outil pour « gouverner par objectifs ». Ils soulignent que cette forme de gouvernement a eu, à son origine, l'idée que l'administration possède les meilleures connaissances sur la manière de mettre en place des mesures. Pour ce faire, il est très important que les objectifs soient explicites étant donné que les preneurs de décisions ne disent pas à l'administration ce qu'il faut faire mais quel objectif atteindre. Tout en utilisant une analyse rationnelle, les auteurs arrivent à la conclusion qu'en Suède, les objectifs de santé ne sont pas encore suffisamment explicites, c'est-à-dire, qu'il s'agirait là de questions politiques plutôt que techniques.

Conclusions concernant ce point de la littérature :

La recherche sur l'élaboration des politiques publiques saines montre que : 1) L'État ou le gouvernement ont un rôle à jouer en faveur de l'inclusion de ces types de politiques dans l'agenda, que ce soit dans l'accompagnement des groupes d'intérêt (de Leeuw & Polman, 1995) ou dans le développement des infrastructures appropriées de santé publique (Bernier, 2005ab), ou encore en assurant la *syntonie* de la politique publique saine dans l'ensemble des politiques (de Leeuw & Polman, 1995) ; 2) On reconnaît que différents secteurs contribuent à produire de la santé. Cependant, aucun accord n'existe à propos du degré requis de transformation du processus politique et des structures pour le développement de telles politiques ; 3) Le contexte et l'idéologie influencent non seulement le choix des modèles de santé publique, mais les types de connaissances et de preuves acceptées dans un processus politique (Bryant, 2002 ; Bernier, 2005ab). De plus, les preuves sur la pertinence et le besoin d'incorporer les déterminants sociaux de santé dans la politique ne suffisent

¹³ Ces auteurs signalent que: « The problem seems to be that public health is not prioritized high enough on the political agenda. In this study, we use and define the concept of 'high politics' as politically prioritized issues, which is identified as among the main concerns for all areas across sectors, and are in the focus of policy coordination and budgeting by actors such as the Prime Minister or the Minister of Treasury. In contrast, 'low politics' are issues given relatively low political weight in the overall coordination of politics » (Nilunger et al., 2007 : 308). **Pour sa part, Walt entend que** : « Low politics are issues not seen as involving fundamental or key questions relating to a state's national interest, or those of important and significant groups within the state. » (Dans: Walt, 1994: tiré d'Evans and Newnham, 1992: 184)¹³.

pas pour que ceux-ci soient effectivement incorporés par les gouvernements (Bernier, 2005ab ; Raphael & Bryant, 2006 ; Low & Thériault, 2007 ; Raphael, 2008 ; Wills et al, 2008) ; 4) La tension entre des approches et des modèles différents et la priorisation de l'un sur l'autre peut mener à une dépolitisation au nom de la santé en mettant en avant une vision médicalisée au détriment d'une vision plus sociale de la santé (Raphael, 2008) ; 5) Même des pays qui ont mis en place des objectifs de santé publique innovateurs et sous forme de déterminants ont des questions de type politique sous-jacentes aux questions techniques et dont il faut tenir compte et qu'il faut expliciter (Nilunger et al., 2007).

Or, contrairement à ce qui est promu dans la littérature de diffusion de la promotion de la santé –qu'elle doit se développer, avoir lieu et être mise en place au niveau local – au moins en ce qui concerne l'élaboration des politiques publiques saines, la recherche menée jusqu'à maintenant montre que : 1) le seul niveau local a des limites dans son développement d'une politique publique saine. Et celle-ci peut même entrer en contradiction avec la politique du gouvernement national (Goumans, 1997) ; et 2) Il est important de considérer les autres niveaux – provincial et national – dans l'élaboration, la mise en place, l'accompagnement des groupes et l'étendue de la politique publique saine (de Leeuw & Polman, 1995 ; Bernier, 2005ab ; Raphael & Bryant, 2006 ; Low & Thériault, 2007 ; Raphael, 2008 ; Wills et al., 2008).

2.5. L'analyse des politiques publiques : modèles, perspectives, étapes

Une première difficulté consiste à définir l'objet d'étude *politique publique*, étant donné que la manière dont elle peut être comprise est intimement liée à l'approche théorique de celui qui la définit (Breton, 2005). Il y a consensus pour identifier les corps gouvernementaux et officiels comme étant ceux qui définissent l'action et l'orientation face à un problème quelconque et ce, à travers les politiques (Meny & Thoenig, 1989 ; Walt, 1994). Ces voies, réelles ou potentielles, impliquent des conflits entre les divers segments de la communauté (Dunn, 1981). La politique peut également être considérée comme un moyen physique, humain, financier et

symbolique de modifier une situation problématique (Contandriopoulos et coll., 1997).

Le champ de l'analyse des politiques étudie la nature, les causes et les effets des politiques publiques. De plus, il fait appel à une multiplicité d'approches et de disciplines visant l'intégration et la mise en contexte des modèles expliquant ou abordant un certain problème (Parsons, 1995 ; Dunn, 1981). Ainsi, le but de l'analyse est d'intégrer les connaissances à une discipline pour comprendre les choix publiques et la prise de décision et, de cette façon, contribuer à la démocratisation de la société (Laswell, 1951, 1968 ; dans : Parsons, 1995). Par conséquent, le champ de l'analyse est descriptif, évaluatif et prescriptif (Dunn, 1981) ; il requiert de l'analyste l'acceptation de la nature pluraliste de la recherche et un savoir pour composer avec cette diversité (Parsons, 1995).

Il y a consensus dans la littérature pour incorporer dans l'analyse de la politique autant la décision d'agir que celle de ne pas agir (Walt, 1994 ; Meny et Thoenig, 1989 ; Dunn, 1981 ; Kingdon, 1984 ; Parsons, 1995). En effet, pour Dye (1975), il faut bien comprendre que la politique est un construit abstrait composé de « tout ce que les acteurs décident de faire ou de ne pas faire » (Dye, dans : Meny & Thoenig, 1989).

Concernant le rôle de l'État dans le processus d'analyse de politiques, Fleury (1994) identifie six courants contemporains avec comme axe de l'analyse la dichotomie État-société. L'État peut être conçu comme : instrumental, dérivé, sélection structurelle, élargi, relationnel et, finalement, consensuel. Notre recherche s'intéresse aux propositions des courants relationnel et consensuel, tout en tenant compte du besoin indiqué par certains auteurs de ne pas considérer cette dichotomie comme des opposés, mais dans une boucle de rétro-alimentation (Meny & Thoenig, 1989). Pour le courant relationnel, l'État est un champ dans lequel existent des processus stratégiques d'entrecroisements de noyaux et de réseaux de pouvoir. Les contradictions de ces processus sont fondatrices de l'État et il faut en tenir compte

pour l'analyse (Poulantzas, 1980, dans : Fleury, 1994). Le courant consensuel signale un processus de réduction du rôle de l'État moderne à une rationalité technique où la participation de la population n'est plus nécessaire. Pour surmonter cette situation, il est nécessaire de chercher à établir de nouveaux ponts entre l'État et la société civile (Habermas, 1979, dans : Meny & Thoenig, 1989).

Quant aux modèles d'analyse, Walt (1994) distingue ceux ayant une vision macro de ceux ayant une vision micro. Pour les macro-théories (Easton, 1965, dans : Walt, 1994), il existe deux grands thèmes : le pouvoir dans les systèmes politiques, et le degré de conflit et le rôle des acteurs qui font la politique (un nombre restreint d'élites ou plusieurs groupes différents). Quant aux micro-théories, Walt (1994) indique qu'elles se concentrent plus sur les mécanismes administratifs à travers lesquels la politique est élaborée. Ces théories vont des modèles rationnels de prise de décision aux modèles incrémentalistes. Les représentants les plus importants du modèle incrémentaliste sont Lindblom (1979), Caiden et Wildavsky (1980) et Wildavsky (1992). Pour ces auteurs, les décisions prises dans le passé limitent les décisions futures en réduisant la capacité des gouvernements à adopter de nouvelles politiques publiques ou à changer l'orientation des politiques actuelles (Souza, 2007).

Goumans (1997) distingue trois perspectives d'analyse de politique : 1) uni centralisée ; 2) multi centralisée ; et 3) pluri centralisée. La première perspective correspond au modèle rationnel qui soutient que le processus d'élaboration de la politique peut se faire de façon linéaire, rationnelle, équilibré, analytique et objective. Les décisions sont prises dans un processus en étapes (sequential phases), débutant avec l'identification du problème et finissant avec un ensemble de propositions pour le résoudre (Sutton, 1999). Les deux autres soutiennent, au contraire, que le processus d'élaboration de la politique est loin d'être rationnel et linéaire. Dans la perspective multi centralisée, la concurrence entre les acteurs joue un rôle majeur dans le développement de la politique tandis que le gouvernement national a un rôle minimal de facilitateur. Dans la perspective pluri centralisée, les

objectifs sont le produit de processus interactifs dans un réseau de participants (locaux et nationaux) et changent de façon dialectique à travers le temps. Ce qui caractérise cette perspective, c'est la multiplicité des acteurs, l'acceptation de la nature complexe des relations entre les acteurs, leurs intérêts et le processus de négociation dynamique et imprévisible.

Pour ce qui est de l'élaboration de la politique, il existe un consensus pour identifier différentes étapes qui vont de la définition du problème à l'évaluation de la politique. Les différences résident dans le nombre d'étapes et le degré de détail proposé (Walt, 1994 ; Kingdon, 1984 ; Hogwood & Gunn, 1984 ; Dunn, 1981).

Malgré le consensus autour des étapes de la politique, il y a peu d'accord par rapport à la rationalité du processus et à sa linéarité (Walt, 1994). Quelques auteurs parlent d'une rationalité « limitée » (Simon, 1957, dans : Walt, 1994) qui doit affronter certains obstacles permettant d'identifier les bons choix concernant les politiques. Le modèle incrémental (Lindblom, 1959) et le « mixed scanning » (Etzioni, 1967), qui se veut une position intermédiaire entre les théories incrémentaliste et rationnelle, ont constitué d'autres réponses aux modèles rationnels. Pour Walt (1994), le problème des modèles rationnels et du « mixed scanning » réside dans le fait qu'ils restreignent l'élaboration de la politique au contexte organisationnel en laissant peu de place aux pressions extérieures exercées sur les décideurs. L'auteure propose donc de considérer le processus d'élaboration de la politique comme un processus politique plutôt que de résolution de problèmes.

2.6. Conclusions de l'analyse de la littérature

À partir de la revue de littérature, on peut distinguer quatre moments - représentés dans le schéma 1 - du champ de la santé publique et de la conceptualisation de la promotion de la santé, selon les préoccupations principales des interventions visées et des recherches menées. Cette distinction est un exercice qui nous aide à mieux comprendre le moment actuel et les influences, les allers et les retours

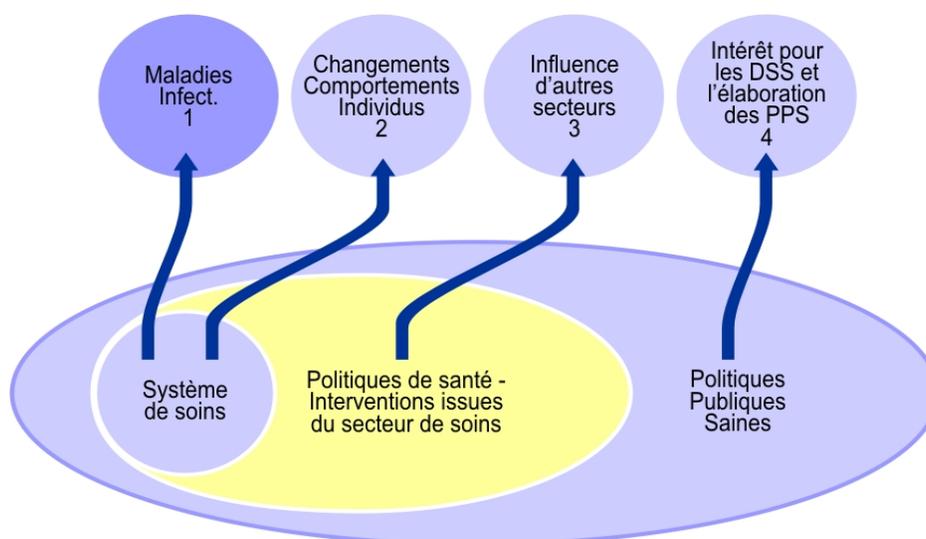
(superposition) existants entre ces différents moments à différentes époques. Nous n'envisageons pas de proposer une vision évolutionniste/étapiste de la santé publique, mais à identifier des moments où certaines questions, préoccupations, approches et visions de la santé publique avaient priorité sur d'autres. Dans un premier moment, il existe, dans la conformation du grand champ de la santé publique, des interventions ayant pour objectif l'amélioration des conditions sanitaires pour lutter contre les maladies infectieuses. Il s'ensuit un deuxième moment où l'on reconnaît, entre autres, que l'hygiène personnelle entraîne une diminution de la transmission des maladies infectieuses et il y a donc intérêt à changer les comportements des individus à travers l'éducation pour la santé. Plus tard, dans un troisième moment, intermédiaire, nous pouvons observer la reconnaissance de l'existence de certains facteurs qui influencent la santé en dehors du système de soins ; cependant ces facteurs n'étaient pas encore théorisés ou envisagés lors des interventions. Ce moment correspond à l'identification de la promotion de la santé comme un champ valable pour l'inclusion et l'action sur des questions sociales qui contribuent à la santé. Finalement, nous arrivons au moment actuel dans lequel la santé est influencée par d'autres secteurs que, à son tour, elle tend à influencer dans l'objectif de produire de la santé.

Dans le schéma 1, on pourrait aussi distinguer trois sphères de politiques publiques du champ de la santé, l'une dans l'autre, dont le centre serait le système de soins d'où sortent les interventions plus traditionnelles visant les maladies infectieuses, les changements de comportements et les soins curatifs ; une deuxième sphère – entourant cette première - qui comprendrait les politiques de santé issues du secteur de la santé. Celles-ci comptent des stratégies d'intervention qui peuvent inclure parfois des déterminants sociaux de santé élargis, mais ces politiques visent en premier lieu la santé comme résultat de l'intervention. Finalement, la troisième sphère, qui correspond au quatrième moment du champ de la santé publique et de la conceptualisation de la promotion, est celle qui met de l'avant l'idée des politiques publiques saines et qui caractérisent une approche structurelle de la promotion de la santé. Ces politiques ont des buts premiers qui concernent des secteurs autres que la

santé (l'environnement, le transport, l'économie, etc.) mais incorporent aussi un but de protection et amélioration de la santé et du bien-être en agissant dans ces autres secteurs d'action de l'État.

Ces moments ne sont pas délimités par des frontières exactes. La revue de littérature nous laisse penser que le champ de la santé publique de façon générale se situerait à un moment de transition entre le deuxième moment et le quatrième. Certains auteurs attribuent cette situation à l'idéologie d'un gouvernement qui influence à son tour le choix des modèles de santé publique et les possibilités pour le changement de la politique (Navarro, 2009 ; Raphael, 2008). Les pays se distribuent – selon leur modèle de santé publique dominant – dans l'un ou l'autre des moments identifiés dans le schéma. À partir de notre analyse nous chercherons à identifier le/les moments correspondants aux pays abordés dans cette étude.

Schéma 1 – Champ de la santé et de la promotion de la santé : les moments de sa trajectoire



La littérature nous enseigne certaines particularités de l'État en Amérique latine dont il est important de tenir compte, telles sa conformation au cours de périodes très courtes à la superposition de formes avancées et retardées d'organisation politique, sociale et économique (Soares, 2009). Les transitions épidémiologiques,

démographiques et démocratiques de plusieurs pays ne nous permettent pas d'identifier un seul et unique modèle d'État (Possas, 2001) ; cependant, il existe des éléments, telle l'ampleur des politiques sociales, qui pointent vers un État-providence latino-américain. Pour aborder la question de l'État et de son rôle en matière de santé, il est nécessaire de tenir compte de l'histoire particulière de chaque pays dans la formation des coalitions politiques, les mécanismes de contrôle social et les mécanismes institutionnels de représentation des intérêts et de construction du consensus politique (Esping-Andersen, 1995).

Concernant l'analyse de politiques publiques, la littérature abordée nous montre qu'il existe différents modèles et des bases théoriques claires, surtout dans les pays développés (Walt, 1994). En Amérique latine, de plus en plus d'analyses des politiques, notamment des politiques sociales, sont publiées (Kliksberg, 2000 ; Rosemberg & Anderson, 2000 ; Fleury, 1994), mais aussi des analyses des réformes des systèmes de santé (Homedes & Ugalde, 2005 ; Cohn & Mageon Elias, 2002 ; Almeida, 2002 ; OPS, 1998). Cependant, il y a peu d'analyses de politiques autres que celles du système de soins.

Quelques auteurs ont signalé que, malgré la reconnaissance de l'importance de la politique publique dans le champ de la santé publique, il n'y a que de rares travaux de recherche sur ce sujet. On en sait peu sur le changement de la politique et sur les connaissances qui contribuent à son développement dans le champ de la promotion de la santé ou sur l'influence des dynamiques gouvernementales - telles que l'idéologie ou la concurrence entre les groupes - dans le processus de formation de la politique (Bryant, 2002 ; Bambra et coll., 2003 ; Glouberman, 2003 ; Bambra et coll., 2005 ; de Leeuw, 2005 ; Breton, 2005 ; Navarro, 2007 ; Raphael, 2008).

Ainsi, très peu des chercheurs en promotion de la santé ont recours au corpus des connaissances en sciences politiques, produisant par conséquent des analyses d'interventions fortement a-théoriques (Breton, 2005). Bambra et coll. (2005) parlent d'un "paradoxe" : même si on reconnaît l'importance de la politique publique

comme déterminant de santé, il existe une absence de débat sur les voies par lesquelles les politiques, le pouvoir et l'idéologie - qui sous-tendent la politique publique - influencent la santé des populations (*Voir aussi* : Signal, 1998 ; Bryant & Raphael, 2005). Depuis quelques années, on observe un effort d'amélioration de la connaissance des liens existants entre les déterminants sociaux de santé, les politiques publiques et la promotion de la santé ainsi que d'identification de leurs potentialités permettant leur mise en place aux différents niveaux des gouvernements. Mais cela se fait surtout dans le monde développé.

Pour conclure, la revue de littérature soulève les questions suivantes : 1) La recherche sur l'Amérique latine fait état des particularités de l'État quand il s'agit de l'analyse des réformes de la protection sociale et des systèmes de santé, mais pas des caractéristiques de l'État et de son organisation pour expliquer la compréhension et la place de la promotion de la santé dans la politique nationale de santé ; 2) Il y a peu de recherches sur les politiques de promotion de la santé en général - qui incorporent les déterminants sociaux de santé – et de sa présence dans la politique nationale ; 3) il n'y a de consensus ni sur la spécificité de la politique publique saine ni sur le niveau du gouvernement (local, provincial ou national) dans lequel elle devrait se développer, ni sur le rôle de chacun des niveaux par rapport à son développement ; 4) le contexte politique et l'idéologie dans lesquels a lieu la politique de santé jouent un rôle majeur dans la conception de la promotion de la santé ; cependant, il existe très peu de ressources sur les façons de les étudier et de les influencer ; 5) certains modèles de santé publique des pays développés sont reconnus pour être plus favorables à une considération de la promotion dans un sens élargi (Raphael, 2008), mais aucune des études recensées dans cette thèse n'a été menée dans des pays en développement, et 6) le consensus sur l'importance d'inclure les déterminants sociaux de santé dans les politiques publiques saines existe ; mais nul ne sait si les pays en voie de développement ont des intérêts, les connaissances et les possibilités de le faire. Par ailleurs, les obstacles pour le faire et les voies pour y parvenir restent méconnus. Notre recherche vise à répondre aux questions soulevées dans la revue de littérature.

CHAPITRE 3 LE CADRE CONCEPTUEL

« We sat after lunch, five of us, arguing about the meaning of health policy. For the economist from the World Bank it was about the allocation of scarce resources. For the Ugandan health planner it was about influencing the determinants of health in order to improve public health. For the British physician it was about government policy for the health service. The Brazilian smiled. 'In Portuguese the word "politica" means both policy and politics', she said. For her, health policy was synonymous with health politics. » (Gill Walt, 1994)

Les mots, et les concepts auxquels ils réfèrent, ne sont pas univoques ; ils peuvent contenir des sens multiples, dans des langues différentes, mais aussi à l'intérieur d'une même langue et dans un même contexte. C'est ce qui arrive avec la promotion de la santé. La distinction que nous faisons dans cette recherche entre une promotion de la santé « comportementale », étroite, s'adressant à des actions ponctuelles¹⁴, et une promotion de la santé plus large et structurelle de la politique nationale de santé, qui inclut les déterminants sociaux, ne signifie pas que dans les faits les deux soient à « l'état pur », qu'elles soient identifiables à simple vue et facilement analysables. Il existe des superpositions, des « discours » de politiques qui rendent difficile la distinction entre l'une ou l'autre, des pratiques qui déguisent une promotion étroite en une promotion large ; en effet, le terrain politique où se trouve la promotion de la santé peut devenir ambigu et fuyant.

La complexité de l'objet que nous essayons d'aborder requiert un cadre conceptuel ample et flexible qui considère différentes théories pouvant aider à rendre compte de ce que nous voulons analyser (Walt, 1994), à savoir la politique nationale de santé et, en elle, la compréhension chez les acteurs du niveau national (gestionnaires du ministère), des milieux académiques (chercheurs) et des organisations internationales

¹⁴ Voir chapitre 1 de cette recherche et les questions ponctuelles telles que : a) changements de comportements individuels ou collectifs ; b) création d'environnements sains, y compris les municipalités, les lieux de travail (entreprises) et les services de soins (hôpitaux) ; ou c) élaboration de politiques publiques saines en général liées à la réglementation, soit du tabac (niveau national), soit du transport ou d'espaces pour les loisirs (niveau local/municipal).

ainsi que la place accordée à la promotion de la santé dans les deux pays de cette étude à partir des documents officiels produits.

Deux théories, celle des coalitions plaidantes de Sabatier & Jenkins-Smith¹⁵ (1986, 1999) et celle des courants politiques de Kingdon (1984), ainsi qu'un cadre conceptuel proposé par Walt (1994), constituent le cadre élargi dans lequel se situe notre étude. À des moments différents de notre recherche, nous faisons appel à ces modèles de la façon suivante : 1) Le modèle des coalitions plaidantes de Sabatier et Jenkins-Smith, (1999 ; 2009) pris comme cadre élargi, nous donne l'orientation pour l'identification des deux niveaux d'analyse : Organisation de l'État et sous-système de santé ; 2) Le modèle des « courants politiques »¹⁶ de Kingdon (1984) nous permet d'étudier le processus de mise à l'agenda. Ce modèle est reconnu par sa pertinence dans l'analyse de cette étape de la politique ; et 3) Les propositions d'analyse de Walt (1994) nous aident à analyser le rôle des organisations internationales.

La complémentarité des modèles nous permet de mieux identifier les limites existantes dans les cas choisis et qui pourraient empêcher ou au contraire encourager l'idée d'une promotion structurelle de la politique nationale de santé. Une attention particulière a été donnée au rôle des organisations internationales de financement et de coopération technique (Walt, 1994) qui agissent dans les pays à l'étude.

3.1. La théorie de Sabatier : le modèle des coalitions plaidantes

Sabatier et Jenkins-Smith (1999 ; 2009) mentionnent cinq prémisses à la base du modèle des coalitions plaidantes :

1. les théories du processus politique ou du changement politique nécessitent de mieux comprendre le rôle que joue l'information technique du problème envisagé, des causes et des solutions dans la prise de décision des décideurs ;

¹⁵ Terme utilisé par Breton (2005) qui à son tour l'a emprunté à Lemieux (1998)

¹⁶ Aussi appelé « modèle de fenêtres d'opportunité »

2. pour comprendre ce processus, il est nécessaire d'adopter une perspective temporelle d'au moins une décennie ;
3. l'unité d'analyse la plus appropriée pour comprendre le changement est le sous-système politique, ou domaine, dans lequel se trouvent les acteurs qui tentent d'influencer la politique ;
4. dans le sous-système, il faut inclure deux catégories d'acteurs : a) les journalistes, les chercheurs et les analystes politiques et b) les acteurs de tous les niveaux du gouvernement (national, provincial ou local) concernés par l'élaboration des politiques et
5. les politiques publiques, ou les programmes, sont basées sur des théories implicites qui peuvent être conceptualisées comme un système de valeurs. Ces politiques contiennent des valeurs sous-jacentes aux priorités, aux perceptions des relations causales, à l'ampleur du problème et à la perception de l'efficacité des instruments politiques disponibles. La capacité de tracer une « carte » de ces croyances et de ces politiques ouvre la possibilité d'évaluer l'influence des différents acteurs à travers le temps et le rôle de l'information technique sur le changement de la politique.

Sabatier présente **deux ensembles de variables externes** qui affecteront les contraintes et les ressources des acteurs du sous-système. Le premier regroupe des variables considérées plus stables dans le temps telles que la structure constitutionnelle de base, les valeurs socioculturelles fondamentales, la distribution des ressources et les attributs de base du problème. Le deuxième ensemble se compose des événements externes au sous-système tels que les changements dans les conditions socio-économiques, les changements dans la coalition du gouvernement national et les impacts d'autres politiques issues d'autres sous-systèmes. Ces derniers sont plus ouverts au changement que les premiers (Sabatier et Jenkins-Smith, 1999 ; 2009).

Vient ensuite le **sous-système politique** considéré comme l'unité d'analyse la plus appropriée pour comprendre le changement politique. Les acteurs faisant partie du sous-système se rassemblent dans des coalitions plaidantes qui : 1) partagent un ensemble de croyances causales et normatives et 2) sont engagées - avec un certain degré de coordination - dans des activités visant le changement. Au sein d'un sous-système, on peut identifier de deux à quatre coalitions ; l'une d'elles sera dominante et imprimera au sous-système et aux institutions des règles et des politiques publiques avec sa propre vision du monde, des causalités en jeu et des solutions. Les autres coalitions, moins influentes, réussiront à laisser leur empreinte dans le sous-système.

Pour chaque coalition, les auteurs attribuent un système de valeurs organisé en trois niveaux hiérarchiques : a) un noyau composé de valeurs et croyances fondamentales, (très résistantes aux changements) ; b) un noyau politique où se trouvent les priorités fondamentales des acteurs, les perceptions concernant le problème et les stratégies identifiées et c) un noyau articulé autour d'aspects secondaires, davantage lié aux questions pratiques de la mise en œuvre des décisions prises dans le noyau politique et qui peut s'ajuster et changer par rapport à la nouvelle information, l'expérience ou par rapport aux changements de la stratégie.

Le modèle soutient que les coalitions se forment autour des croyances du noyau politique ; ces croyances sont considérées comme les engagements les plus importants autant normatifs qu'empiriques des domaines d'expertise des élites (Sabatier & Jenkins-Smith, 1999 ; 2009).

3.2 La théorie de Kingdon : Le modèle de courants politiques

Le modèle de Kingdon (1984), inspiré de celui des « courants » développé en 1972 par Cohen, March et Olsen, a servi de base pour développer la théorie de *policy windows*. Kingdon considère les politiques publiques comme un ensemble formé de quatre processus : 1) l'établissement de l'agenda de politiques publiques ; 2) la

considération des alternatives pour la formulation des politiques publiques ; 3) l'alternative prédominante dans l'ensemble des possibilités existantes et 4) la mise en marche de la décision. Il s'intéresse spécifiquement aux deux premiers processus considérés comme pré-décisoires dans la formulation de la politique.

La recherche de Kingdon est guidée par la question suivante : « Why is it that some issues and solutions receive political attention and others do not and why does this attention, and thus the agenda, change? » (Kingdon, 1984 : 2) Une question fait partie de l'agenda gouvernemental quand elle attire l'attention des *policy makers* (décideurs). Cependant, étant donné le volume des questions que se présentent aux décideurs, certaines sont laissées de côté et très peu sont prises en considération et modifient l'agenda. L'*agenda* est défini par Kingdon comme : « the list of subjects or problems to which government officials and people outside of government closely associated with those officials, are paying some serious attention at any given time » (Kingdon, 1984 : 3). Allant plus avant, il différencie deux sortes d'agendas, l'un gouvernemental et l'autre décisionnel, précisant que « We should also distinguish between the governmental agenda, the list of subjects that are getting attention, and the decision agenda, the list of subjects within governmental agenda that are up for an active decision » (Kingdon, 2003 : 4).

Ce chercheur conçoit la politique à partir de trois courants séparés : le courant de problème, celui de *politics* et celui de *policy*. Les politiques ne sont considérées par les décideurs que dans le cas où une « fenêtre d'opportunité » s'ouvre et permet la rencontre des trois courants.

Le **courant de problème** s'interroge sur le processus par lequel les problèmes reçoivent l'attention du gouvernement, la base d'information et les caractéristiques du contexte. Kingdon signale que la reconnaissance d'un problème ne suffit pas pour être mis à l'agenda, distinguant alors les « conditions » des « problèmes ». Les premières deviennent des problèmes lorsque la décision est prise de les traiter ; quant

aux derniers, ce ne sont pas de simples *conditions* ou des événements externes, mais le produit d'un élément interprétatif (Kingdon, 2003 : 109-110).

Trois mécanismes interviennent dans l'action des *policy makers* pour que les conditions deviennent des problèmes : les indicateurs, les événements, les crises et les symboles, et le feedback des actions gouvernementales. Les premiers ne déterminent pas l'existence d'un problème, mais ils aident à démontrer son existence, surtout quand il s'agit d'indicateurs quantitatifs (Ex. : les coûts d'un programme, le taux de mortalité dû à une certaine maladie, etc.). Parfois, certains événements (*focusing event*) ou crises importantes peuvent induire la prise en compte d'un problème ; même s'ils ne sont pas non plus capables d'inscrire un problème à l'agenda, ils renforcent la perception de l'existence du problème. De la même façon, les symboles entourant une question donnée peuvent aider à focaliser l'attention sur un point vague et faire de ce dernier un problème sur lequel il faut agir. Finalement, le feedback à propos des programmes mis en marche par le gouvernement, l'accompagnement des activités et la perception des citoyens sur les actions du gouvernement peuvent amener certains problèmes au centre de l'intérêt des *policy makers* (Kingdon, 2003).

D'autres éléments jouent un rôle important : les fins de la politique, ses coûts, les conséquences inattendues, la concordance avec la législation existante, la perception qu'ont les acteurs du changement possible et sa correspondance avec l'*agenda* déjà existant. La définition du problème influencera aussi les possibilités de sa mise à l'agenda ou pas.

Le **courant politique** (*politics*) est composé de la dimension politique (*political arena*). Dans ce courant, les coalitions sont construites dans un processus de lutte et de négociation politique plus que de consensus. Trois éléments influencent l'agenda gouvernemental : 1) L'humeur politique nationale considérée comme terrain fertile pour que certaines idées aient lieu et d'autres soient abandonnées ; 2) les forces politiques organisées (partis politiques) ; et 3) les changements à l'intérieur du

gouvernement (changements de gestion, dans la composition du Congrès, dans différents organismes ou entreprises publiques, etc.). Pour Kingdon, l'humeur politique nationale et les changements au sein du gouvernement constituent les moteurs du changement les plus importants dans l'agenda gouvernemental.

Finalement, dans le **courant des politiques** (*policy*) existe un ensemble d'alternatives et de solutions disponibles pour les problèmes identifiés. Comme dans ce que les biologistes appellent *primeval soup* – pour expliquer le processus biologique de sélection naturelle où les molécules fluctuent – Kingdon soutient que les idées à propos des solutions naissent dans des communautés politiques (*policies communities*) et flottent dans cette *soupe primitive de politiques* (*policy primeval soup*). Ici, quelques idées survivent, d'autres se confrontent ou se combinent et d'autres sont écartées. Dans ce processus de concurrence, les idées viables du point de vue technique survivent ; elles ont des coûts tolérables et représentent des valeurs partagés ou comptent avec l'acceptation du publique en général. Par ailleurs, les communautés politiques sont composées de spécialistes d'un champ de politique donné. Quelques-uns ont un siège au Congrès ou au sein d'agences gouvernementales ou ce sont des chercheurs académiques, des consultants de groupes d'intérêt, etc. tous intéressés au domaine des problèmes sur lesquels il faut agir. Les idées ont un rôle central dans ce courant ; elles font partie du processus décisionnel, au sein et autour du gouvernement. Dans ce courant, la négociation se fait à travers la persuasion visant le consensus (Kingdon, 2003).

La *policy windows*

Une des idées centrales de Kingdon (2003) est que chacun des courants a une existence indépendante. Cependant, pour qu'un changement survienne, la rencontre des trois courants est une condition. Cette rencontre des courants que Kingdon nomme *policy windows* offre l'occasion à un changement dans l'agenda de se produire. À ce moment-là, un problème est reconnu, une solution est disponible et les conditions politiques permettent de mettre en place le changement. Les acteurs fondamentaux pour que cette rencontre ait lieu sont les *policy entrepreneurs*. Il s'agit

d'individus « that are willing to invest the resources – time, energy, reputation, money – to promote a position in return for anticipated future gain in the form of material, purposive or solidary benefits » (Kingdon, 2003 : 179). Les entrepreneurs de politiques sont toujours prêts à négocier et à favoriser la rencontre des trois courants : ils unissent des solutions aux problèmes, des propositions à des moments politiques, des événements politiques à des problèmes. Cependant, la vigilance reste de mise ; en effet, « Some windows open largely on a schedule; others are quite unpredictable. But a window closes quickly. Opportunities come, but they also pass. If a chance is missed, another must be awaited. » (Kingdon, 2003: 195)

Les participants du modèle

Kingdon s'interroge sur les raisons qui amènent certaines questions à l'agenda et d'autres pas. Et il les explique à partir des courants et de sa rencontre ; mais il existe un autre élément qui contribue à la mise à l'agenda d'une question : les acteurs impliqués. Le modèle distingue les participants « visibles » et « invisibles » ou « cachés ». Les participants visibles reçoivent beaucoup d'attention de la part des médias et de la population en générale. On y trouve le président, les hauts niveaux de la bureaucratie (des ministres, des secrétaires exécutifs, etc.), les députés et les sénateurs, les partis politiques. Ils ont beaucoup de pouvoir pour mettre une question à l'agenda, mais peu de contrôle sur la sélection des alternatives et sur la mise en application. Kingdon place dans la catégorie des participants visibles les groupes d'intérêt et les médias. Les premiers sont des acteurs importants dans la formation de l'agenda gouvernemental. Il s'agit de groupes professionnels centrés sur les affaires, etc. Ils peuvent affecter l'agenda de façon positive ou négative en restreignant les actions : « Actually, much of interest group activity in these process consists not of positive promotion but rather of negative blocking » (Kingdon, 2003 : 49). À propos des médias, Kingdon ne confirme pas leur importance dans la mise à l'agenda. Cependant, ils ont un rôle très important dans la circulation des idées entre les communautés politiques et le grand public (Kingdon, 2003).

Dans les participants invisibles ou cachés, Kingdon distingue les fonctionnaires publics, les analystes des groupes d'intérêt, les conseillers parlementaires, les chercheurs académiques et les consultants. Ceux-ci ont la tâche d'identifier les alternatives et les solutions aux problèmes sur lesquels il faut agir. De plus, ils connaissent les mécanismes administratifs des ministères et ont une grande influence sur le choix des alternatives (Kingdon, 2003).

Kingdon accorde une certaine place à l'imprévisible dans le processus d'élaboration de l'agenda, mais il remarque que certains patrons peuvent être identifiés à l'intérieur de chaque courant, dans le processus de rencontre des courants (*coupling*) et dans les contraintes générales du système : « These various types of pattern – dynamics internal to each stream, limits on coupling possibilities, and more general constraints – help us understand why some items never rise on policy agendas. » (Kingdon, 2003 : 207)

3.3. Le cadre conceptuel de Walt : le processus et le pouvoir

Walt (1994) propose un cadre conceptuel pour analyser la politique publique de santé en ayant pour axe l'analyse du pouvoir et du processus de la politique. Elle identifie trois niveaux d'analyse : 1) le **niveau international** qui inclut les organisations internationales et les agences aussi bien techniques que financières et leur influence sur les politiques des pays ; 2) le **niveau national** qui implique la compréhension du système politique et un regard sur les espaces pour la participation, éléments qui permettent d'expliquer comment le pouvoir influence la politique ; et 3) **les acteurs** : institutions, partis politiques, membres de groupes qui peuvent nous informer sur le processus de la politique.

Pour Walt, pouvoir et processus sont des concepts plus complexes qu'il n'y paraît, étant donné que le premier est séducteur et que le deuxième peut être manipulé. La manière dont le pouvoir est distribué dans la société – entre les mains de quelques groupes d'une élite ou entre différents groupes – peut expliquer le processus

d'élaboration des politiques. Tenir compte de ces deux concepts pour l'analyse de la politique de santé implique pour cette auteure : « ...exploring the role of the state, nationally and internationally, the actors within it, the external forces influencing it, and the mechanisms within the political system for participation in policy making. » (Walt, 1994 : 5)

Ce cadre conceptuel devient un puissant outil pour comprendre le contexte de la politique, notamment lorsque – c'est notre cas – nous essayons d'analyser des pays en voie de développement qui ont été fortement influencés en ce qui concerne l'orientation de leurs politiques nationales par les organisations internationales. En matière de changements, Walt signale qu'il est nécessaire d'en distinguer ceux qui ont été imposés de l'extérieur de ceux entamés à l'intérieur. Quand le changement est imposé de l'extérieur, on devrait considérer diverses dimensions : la nécessité de changement est-elle reconnue amplement ? Y a-t-il des groupes significatifs qui s'y opposent ? Les changements que l'on propose sont-ils compatibles avec les valeurs préexistantes ? Le changement menace-t-il le régime de sécurité ? Si oui, qui sont ceux qui encourent le plus de risques ?

3.4. Notre utilisation des modèles

Les modèles se différencient selon que l'accent est mis sur des groupes (coalitions) ou sur des individus (entrepreneurs) et leur contexte. Pour Sabatier et Jenkins-Smith (1999 ; 2009), la politique publique est définie comme le produit de systèmes de croyances en compétition et dont l'élaboration procède par de multiples confrontations/négociations entre différents groupes d'acteurs. Cependant, ces groupes, appelés coalitions, ont un fonctionnement plutôt « mécanique » et existent dans un environnement qui laisse peu de place à l'incertitude et aux effets inattendus dont Kingdon tient compte dans sa théorie des courants et que Walt étudie à travers son analyse du pouvoir. Par rapport à l'élaboration de la politique, Sabatier affirme que le processus est dominé par une élite d'opinion. L'impact de l'opinion publique est plutôt modeste ; si l'on veut comprendre le changement de la politique, on doit se

centrer sur l'opinion de l'élite et sur les facteurs qui produisent les changements dans une période de temps relativement longue. Les élites, à l'intérieur des organisations, modèlent l'image de l'entourage extérieur pour faciliter leurs choix stratégiques (Parsons 1995).

Pour notre recherche, la **politique** est considérée comme un processus d'établissement d'orientations des actions qui a lieu au cœur des systèmes de croyances et des valeurs d'une société. Ce processus, mené par des groupes d'acteurs (coalitions) et par des individus (entrepreneurs) à travers de multiples confrontations/négociations, a comme conséquence autant la décision d'agir que celle de ne pas agir.

Le modèle de Kingdon (1984), par sa capacité à considérer la complexité autant des contextes que des questions qui auront une influence majeure sur la construction de l'*agenda*, nous apparaît pertinent pour comprendre comment la promotion s'imbrique dans la politique nationale de santé. Pour ce faire, il faut observer le processus par lequel la promotion de la santé est mise à l'agenda de ceux qui définissent la politique nationale de santé.

La théorie de Kingdon conçoit la politique en interaction avec des entourages politiques complexes (Goumans, 1997) ; il prête une attention particulière à ce qu'il y a d'imprévisible dans le processus politique et à l'établissement de l'agenda. Son modèle donne un cadre théorique solide pour l'étude des processus politiques non structurés (Goumans, 1997). Il inclut l'analyse des concepts tels que l'incertitude, les environnements complexes, le pouvoir, l'influence, l'argumentation, les bénéfices, l'interprétation et le contenu (Goumans, 1997). De plus, contrairement au modèle de Sabatier, qui attribue aux coalitions une certaine homogénéité interne, Kingdon (1984) considère que, dans des communautés politiques fragmentées, les participants diffèrent dans leurs savoir-faire, ne partagent pas le même paradigme et ont un système de communication très faible. Il soutient donc que, plus une communauté

politique est fragmentée, plus il existe la possibilité d'un changement soudain d'agenda.

Le modèle des coalitions plaidantes (Sabatier et Jenkins-Smith, 1999 ; 2009) propose un ensemble d'hypothèses et de prédictions à valider que nous n'avons pas retenus pour notre recherche. La littérature fait ressortir des critiques qui justifient notre choix : 1) les hypothèses sont issues du contexte américain pour lequel le modèle a été créé. Une étude menée en Angleterre a montré les limites du modèle dans des systèmes politiques peu ouverts ou dans lesquels les acteurs des différentes institutions ont peu de contacts ; 2) le modèle est pertinent pour identifier le « style » politique quand il existe un processus d'élaboration de politique « pluraliste américain » (degré de consultation des acteurs important). Si ce n'est pas le cas, il s'avère moins approprié ; 3) le modèle présuppose que les gouvernements des sociétés modernes fonctionnent en réseau avec un degré de décentralisation important. Dans des systèmes politiques avec une tradition importante de centralisation autant territoriale que de distribution du pouvoir, il s'avère moins approprié ; 4) l'apprentissage politique est restreint à quelques acteurs (ceux du sous-système) et néglige l'opinion publique et l'action collective dans le processus de changement (Parsons, 1995 ; Breton, 2005).

Dans notre recherche portant sur l'Amérique latine, nous soutenons que les pays à l'étude ont des caractéristiques et des situations tout à fait différentes (style des gouvernements, processus d'élaboration de la politique, modalités de consultation des acteurs) des pays développés pour lesquels ce modèle a été conçu et appliqué.

Malgré les limites mentionnées précédemment, le modèle de Sabatier et Jenkins-Smith, (1999 ; 2009) a des forces importantes qui ont été aussi signalées par la littérature : 1) il considère la politique comme un ensemble dynamique d'actions et de valeurs ; 2) il donne un cadre théorique solide pour « cartographier » les idées et les acteurs du processus d'élaboration de la politique ; 3) il place l'analyse de la politique et des croyances au cœur de l'étude (Wait, 2004 ; Parsons, 1995). Le

modèle est un outil valable pour l'analyse des phases initiales du processus politique : définition et établissement de l'agenda, prise de décision et implantation.

Le modèle des coalitions plaidantes (Sabatier et Jenkins-Smith, 1999 ; 2009) pris comme cadre élargi, nous donne l'orientation pour l'identification des deux niveaux d'analyse que nous présentons dans le point suivant. Ce modèle est particulièrement intéressant par sa délimitation du sous-système politique constitutif d'un champ favorisant l'identification des acteurs et les coalitions clés qui influencent ou conduisent le changement politique.

Le modèle des courants politiques (Kingdon, 1984) nous permet d'identifier les fenêtres d'opportunités (ou des contraintes) perçues par les décideurs et donc de mieux comprendre l'étape de la mise à l'agenda de la promotion de la santé.

Finalement, le modèle de Walt (1994), qui tient compte du rôle des organismes et des agences internationales dans la politique de santé et qui met l'accent sur la compréhension du contexte politique des pays pour comprendre le processus d'élaboration de la politique de santé, nous permet d'étudier ces éléments en profondeur en lien avec les pays de cette étude.

3.5. Les niveaux de l'analyse

Notre cadre conceptuel (*voir* schéma 2) identifie tout d'abord deux niveaux d'analyse : l'organisation de l'État (1) et le sous-système ou domaine spécifique de la santé (2) (Sabatier & Jenkins-Smith, 1999). Chaque niveau est influencé et influence l'autre et est influencé par les événements externes (placés à droite sur la figure) ainsi que par les acteurs internationaux. Ces derniers – que nous avons placés à gauche des niveaux d'analyse dans la semi-sphère des organisations internationales (Walt, 1994) – influencent chacun des deux niveaux d'analyse et ont une influence autant sur la mise à l'agenda, que sur la politique produite. Notre cadre conceptuel postule que :

Au niveau de **l'organisation de l'État** :

1. La structure constitutionnelle de base ainsi que les valeurs sociétales influencent la façon de concevoir les problèmes et d'identifier des ressources pour les résoudre (Sabatier & Jenkins-Smith, 1999 ; 2009) ;
2. Cette structure est le cadre pour la discussion et le changement de la politique publique ;
3. Dans certains contextes, l'organisation de l'État peut être influencée par une coalition d'un sous-système en fonction de ses valeurs de base ;

Au niveau du **sous-système** :

4. Les acteurs nationaux (individus, coalitions, groupes institutionnels) les plus importants pour le changement de la politique sont placés dans le sous-système, ici le système de santé (Sabatier & Jenkins-Smith, 1999 ; 2009) ;
5. Ces acteurs/coalitions peuvent varier dans les différentes étapes de la politique ; ils ne sont pas les mêmes lors de l'étape de la mise à l'agenda que dans celles de la formulation, l'adoption et l'implantation de la politique (Kingdon, 1984; Sabatier & Jenkins-Smith, 1999), mais les coalitions les plus consolidées ont tendance à exercer leur leadership dans le sous-système à travers le temps ;
6. Les relations entre les différents acteurs ou coalitions ont des degrés de conflit et de consensus dissimilaires ;
7. Les coalitions d'autres sous-systèmes peuvent influencer et même définir les règles du jeu des sous-systèmes plus faibles ou moins consolidés ;
8. Dans certains cas, il peut y avoir dans un sous-système deux coalitions assez consolidées. Même s'il y a toujours une qui prédomine, des accords tacites peuvent permettre une cohabitation acceptable.

Au niveau des **organisations internationales** et des **événements externes** :

9. Le rôle des organisations internationales n'est pas mineur, mais influe sur les deux niveaux d'analyse (Walt, 1994) avec des caractéristiques différentes selon le type d'organisation ;
10. Les événements externes tels les changements économiques et gouvernementaux ainsi que l'impact des politiques d'autres sous-systèmes constituent des éléments clés pour expliquer le changement de la politique (Sabatier & Jenkins-Smith, 1999 ; 2009).

Ensuite, nous présentons le détail de chaque niveau d'analyse et l'objectif poursuivi pour chacun d'eux. Le **premier niveau, macro**, réfère à l'**organisation de l'État** : structure constitutionnelle de base, valeurs socioculturelles fondamentales, distribution des ressources, attributs de base du problème.

L'analyse à ce niveau nous permet d'approcher le contexte organisationnel général des pays à l'étude et la problématique qui facilite ensuite la réalisation d'une « carte » des acteurs et des organisations clés. Il s'agit ici de : 1) identifier et décrire les principaux accords et valeurs autour desquels s'organise l'État et le système de santé ; 2) identifier des noyaux et des réseaux de pouvoir et leurs contradictions (Poulantzas, 1980) et 3) analyser l'espace public en tant que capacité de l'État à créer des ponts avec la société civile : existence des espaces publics de débat, forums citoyens, contrôle social (Habermas, 1974 ; Walt, 1994).

Le **deuxième niveau** d'analyse correspond au **sous-système ou domaine spécifique de la politique de santé** et de la prise de décision. C'est le niveau d'analyse le plus détaillé, mais qui nécessite l'analyse et les connaissances obtenues du niveau macro. Notre analyse nous permet : 1) d'identifier les acteurs (individus, coalitions, groupes institutionnels) du domaine (Sabatier & Jenkins-Smith, 1999 ; Kingdon 1984 ; Walt, 1994) ; 2) d'identifier et de présenter leurs valeurs et représentations par rapport à la politique, et à la promotion de la santé, et 3) d'identifier les fenêtres d'opportunités

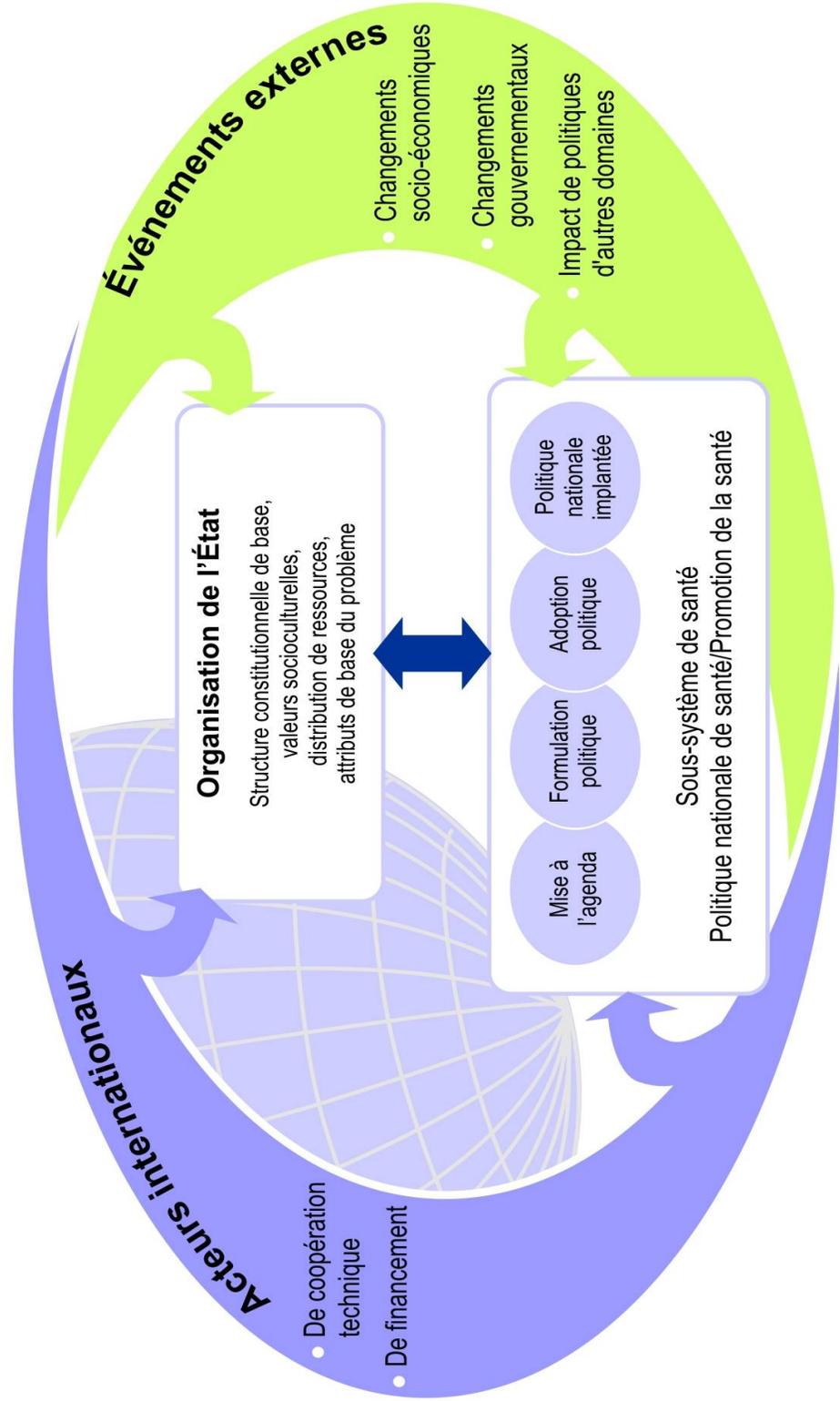
et les contraintes perçues par les différents acteurs pouvant expliquer l'étape de la mise à l'agenda (Kingdon, 1984).

Pour analyser les étapes de la formulation, l'adoption et l'implantation de la politique actuelle, nous suivons les mêmes procédures, c'est-à-dire : identification des acteurs, leurs valeurs et représentations par rapport à la promotion de la santé. À travers les entrevues et l'analyse de documents, nous envisageons l'approfondissement des connaissances et la compréhension du contexte et les relations entre les différentes organisations du sous-système.

La description et compréhension des événements externes au sous-système nous renseigne sur le contexte dans lequel ont eu lieu les processus d'élaboration de la politique de santé jusqu'au moment de notre étude en 2006. Nous présentons les principaux changements socio-économiques, gouvernementaux et les impacts des politiques issues d'autres domaines que celui de la santé sur l'orientation de la politique de santé.

Tel que nous l'avons anticipé, notre analyse aborde également le rôle des organismes internationaux dans la conformation de l'*agenda* et dans la compréhension de la promotion de la santé des pays étudiés. Nous avons approfondi les perceptions des acteurs par rapport au travail, à l'influence et aux tensions de ces organismes dans le contexte de la politique nationale de santé.

Schéma 2 : Cadre conceptuel de cette recherche – les niveaux de l'analyse



CHAPITRE 4 MÉTHODOLOGIE

4.1. Devis de recherche

Notre recherche s'est appuyée sur le **paradigme interprétatif** qui considère la réalité comme une construction sociale, dynamique et contextuelle (Devers, 1999 ; Denzin & Lincoln, 1994 ; de Souza Minayo, 1995 ; Lessard-Hébert & col. 1996). Étant donné la nature complexe et multi-déterminée du phénomène étudié, nous avons utilisé une **approche qualitative synthétique** en raison de sa capacité à considérer les relations interdépendantes entre les éléments qui le constituent (SPUR, 1990). Il s'agit d'une étude de **cas multiples** (Yin, 1989, 2003) à deux niveaux d'analyse : 1) l'organisation de l'État, et 2) le sous-système ou domaine spécifique de santé.

L'étude de cas est pertinente lorsqu'il s'agit de documenter un phénomène ayant lieu dans un contexte qui l'influence et qui lui transmet, en partie, sa propre dynamique. Puisqu'il y a plus de variables que d'unités d'observation, les études de cas ont recours à de multiples sources de données (Patton, 1990, 1999). Une grande partie de la recherche a été consacrée à l'identification des aspects plus importants du contexte afin de mieux comprendre le phénomène objet de l'étude (Devers, 1999 ; Walt, 1994). L'utilisation du devis d'étude de cas, dans le cadre d'une recherche qualitative, nous a permis d'avancer plus librement dans la collecte de données et dans la connaissance des contextes des deux pays.

Les deux cas retenus pour notre recherche, l'Argentine et le Brésil, ont des caractéristiques contrastantes et intéressantes à cause de : l'organisation du système de santé, la compréhension et la pratique de la promotion de la santé, la façon de visualiser les politiques publiques et leurs liens avec les organisations internationales. Ils présentent, en même temps, des défis et des intérêts similaires : la

lutte contre la pauvreté, l'inclusion des déterminants sociaux de santé dans l'action publique ; l'établissement d'accords dans des domaines divers, y compris celui de la santé.

Étant donné l'ampleur de l'objet de recherche – la politique nationale de santé – et le nombre d'éléments nécessaires dont il faut tenir compte – contextes politiques, socio-économiques, institutionnels, acteurs, etc. – nous avons considéré que le choix de deux cas était suffisant pour une meilleure compréhension des caractéristiques que la promotion de la santé acquiert dans des contextes différents. Ce choix nous a permis d'élaborer une carte des acteurs et des coalitions les plus saillants du sous-système de santé.

Nous avons visé à comprendre la manière dont la promotion de la santé est considérée dans la politique nationale de santé, tant dans les documents officiels que dans les discours et les pratiques des acteurs. Nous avons décidé d'avoir un regard « national » sur la promotion de la santé pour empêcher qu'il ne se détourne vers l'observation de programmes ponctuels et délimités, ce qui arrive généralement en promotion de la santé dans des espaces tels que les municipalités ou les écoles, et pour pouvoir observer la définition de l'orientation de la promotion depuis les sphères et les espaces nationaux des gouvernements fédéraux de l'Argentine et du Brésil.

Notre recherche vise à produire des connaissances sur la manière dont différents pays font face à des problèmes similaires et mettent en place différentes réponses face à des défis similaires, ainsi que la singularité de certaines problématiques et de certaines pratiques selon le contexte des pays et les voies par lesquelles chacun d'eux pourrait s'enrichir de l'expérience de l'autre. Nous pensons que certaines de nos découvertes et la réflexion sur les modèles utilisés peuvent contribuer à enrichir le domaine de l'analyse de politiques publiques dans des pays en voie de développement, un aspect qui a été souligné par la littérature de ces dernières années (Walt, 2008 ; Gilson, L. et al., 2008).

4.2. À propos de la chercheuse et des acteurs interviewés

Mon rôle en tant que chercheuse par rapport aux pays étudiés mérite d'être considéré tout particulièrement étant donné que je suis originaire de l'un de deux pays, l'Argentine. Ceci pourrait signifier une connaissance majeure des groupes ou des acteurs individuels qui constituent les niveaux d'analyse identifiés. Il faut dire aussi que les deux pays ont des langues différentes (le portugais et l'espagnol) ce qui entraîne un certain impact sur le sens d'expressions similaires dans chaque pays. Ces deux caractéristiques devraient être prises en compte au moment d'évaluer la validité de cette recherche. Cependant, pour compenser cette situation et afin de mener à bien l'enquête sur le terrain et d'approfondir dans le contexte des deux pays, j'ai fait des séjours de quatre mois dans chacun d'eux. Au Brésil, le séjour s'est déroulé dans les villes de Rio de Janeiro et Brasilia, la capitale, où se tiennent la plupart des organisations fédérales et le bureau de l'OPS.

Mon expérience antérieure comme consultante à l'OPS et dans des espaces divers de la promotion de la santé en Amérique latine, m'a permis d'établir de nombreux liens avec des personnes du monde de la recherche du Brésil ce qui a rendu plus facile la réalisation des entrevues. Pareillement, la réalisation du 11^e Congrès mondial de santé publique à Rio de Janeiro, en août 2006, a favorisé la rencontre et l'entrevue ensuite de nombreux acteurs du monde scientifique. Le Bureau de l'OPS au Brésil m'a fourni des contacts pour les entrevues au Ministère de la santé et au Ministère du développement social et du combat contre la faim. En Argentine, le travail s'est concentré à Buenos Aires, la capitale. C'est là que se trouvent la majorité des acteurs du monde scientifique et les organisations gouvernementales nationales ; le Ministère de la santé a fourni les contacts pour la réalisation des entrevues.

4.3. Stratégie pour la collecte de données

Le tableau suivant présente les deux niveaux d'analyse ainsi que les acteurs internationaux avec les deux stratégies pour la collecte de données : l'analyse de documents et les entrevues individuelles semi-ouvertes.

Tableau 1 – Stratégies pour la collecte des données

SOURCES	Analyse de documents	Entrevues semi-ouvertes
Niveaux d'analyse et information recherchée		
1. <u>Organisation de l'État</u>		
✓ Organisation et mandats sur la santé	X	
✓ Réforme du système de santé	X	
✓ Structures existantes de santé publique et de promotion	X	
✓ Politiques produites pendant la période analysée	X	
2. <u>Sous-système/domaine de la santé</u>		
Acteurs institutionnels :		
✓ Universités (chercheurs liés à la PS)	X	X
✓ Ministère de la santé (Gestionnaires ou anciens gestionnaires de PS)	X	X
3. <u>Organisations internationales de coopération et de financement</u>		
✓ Banque mondiale (BM)		
✓ Banque interaméricaine de développement (BID)	X	
✓ Organisation panaméricaine de la santé (OPS)	X	
• Documents produits sur l'Argentine et le Brésil	X	
• Rapports nationaux de Promotion de la santé	X	
• Gestionnaires (Siège Washington)	X	X
• Gestionnaire responsable de la promotion de la santé (Au niveau du pays)		X

Les événements extérieurs au sous-système de santé tels que les changements de gouvernement national, les crises sociales, politiques ou économiques et les

politiques produites dans d'autres domaines ayant eu un impact important sur la santé, ont été examinés à travers une analyse documentaire détaillée.

4.3.1. Analyse de documents

Les documents analysés ont été tirés de sources diverses : sites gouvernementaux sur Internet, documents remis par les interviewés, documents officiels, soit gouvernementaux, soit des organismes de coopération et de financement. Notre recherche s'est appuyée sur des rapports officiels de la promotion de la santé de la période 1990-2006. Les documents analysés nous ont aidés à situer le phénomène d'étude dans le contexte historique nécessaire pour une meilleure compréhension. La sélection a été faite selon ces critères : documents officiels sur l'organisation de l'État par rapport à la santé et à la politique ayant trait à la promotion de la santé ou aux déterminants sociaux de santé ; documents produits par les organisations internationales ayant influencé la formulation de la politique de santé ; rapports de recherches produits par les universités.

L'analyse de documents nous a permis d'obtenir deux types de produits : a) une carte chronologique (temporelle) des moments clés des pays par rapport aux changements sociaux, politiques, économiques et gouvernementaux et b) une carte du contexte organisationnel national (acteurs, organisations, coalitions) en identifiant des modes différents de concevoir et de caractériser la promotion de la santé dans la politique nationale de santé et le pourquoi de cette conception, des contradictions chez les interviewés et des fenêtres d'opportunité identifiées par eux.

Les documents identifiés pour mener la triangulation ont été les suivants :

Argentine

1. « Politiques de santé » (2000). Élaboré par le gouvernement de l'Alianza dont le président était Fernando De la Rúa.

2. « Linéaments pour le Plan national de promotion de la santé et prévention de risques de maladie » (2001). Élaboré par le Sous-secrétariat de Programmes de prévention et de promotion
3. « Table du dialogue argentin » (2002). Élaboré par le ministère de la Santé pendant le gouvernement intérimaire de Eduardo Luis Duhalde
4. « Accord fédéral de santé » (2003). Élaboré par le ministère de la Santé
5. « Les bases du plan fédéral de santé 2004-2007 ». Élaboré par le ministère de la Santé

Brésil

1. « Promotion de la santé, un nouveau modèle de soins » Projet de 1998 entre le ministère de la Santé et le PNUD (BRA 98/006)
2. « Référentiels pour l'élaboration de la politique nationale de promotion de la santé » Document de 2002 (RPNPS/02)
3. « Politique nationale de Promotion de la santé » Document-texte de la politique de 2006 (PNPS, 2006)

(Les documents sont présentés dans notre bibliographie)

Entrevues individuelles et groupales

Les entrevues individuelles ou groupales ont été au cœur de notre recherche. Dans un premier moment, nous avons réalisé, dans les deux pays, des entrevues exploratoires avec des acteurs clés qui nous ont permis de mieux identifier les acteurs que nous avons besoin de rencontrer ainsi que les milieux d'où ils devaient venir. Les entrevues exploratoires étaient ouvertes ; elles ont servi à concevoir la grille de questions utilisées dans les entrevues semi-ouvertes.

Les critères utilisés pour sélectionner les personnes interviewées ont été : 1) être ou avoir été fonctionnaire du ministère de la Santé dans des dossiers concernant la promotion de la santé ; ou 2) être chercheur d'une université avec responsabilités et expérience en matière de promotion de la santé à travers des projets ou des politiques ; ou 3) être ou avoir été représentant ou membre d'une organisation

nationale ou internationale agissant en promotion de la santé pendant la période à l'étude (1990-2006). Ces critères ont été discutés avec les organisations qui ont établi les contacts dans chaque pays, le ministère de la Santé en Argentine et l'OPS au Brésil. Suite aux discussions, certaines personnes ont été suggérées ; ils nous ont donné une liste des courriels et des téléphones pour les contacter et nous les avons contactés pour solliciter leur participation à la recherche. Aucune des personnes contactées n'a refusé d'être interviewée.

Les acteurs interviewés appartenaient fondamentalement à deux univers : a) le niveau national représenté par les Ministères de la santé et b) l'univers de la recherche universitaire représenté par des professeurs d'université. Les deux univers sont intimement liés puisque dans plusieurs cas, certains acteurs du monde universitaire ont des fonctions de gestion – dans un nombre plus important au Brésil qu'en Argentine - aux Ministères de la santé ou participent à des recherches financées par le niveau national. Au tout début, nous avons identifié comme possible source d'informations des journalistes travaillant dans le domaine de la santé. Or, à partir des entrevues exploratoires, nous avons considéré que ce domaine méritait une recherche en soi et qu'il dépassait les objectifs et la portée de notre recherche. En ce qui concerne les organisations internationales, il a été difficile d'établir des contacts et d'organiser une entrevue avec des représentants de la Banque mondiale et de la BID dans les deux pays. Pour cette raison, nous avons pris la décision d'aborder ces organisations à travers l'analyse documentaire. Dans le cas de l'OPS, nous avons pu interviewer des représentants du domaine de la promotion de la santé et ces entrevues ont été incorporées à l'analyse.

Nous présentons ci-dessous un tableau détaillant – selon l’institution et le secteur - les entrevues réalisées dans chaque pays et celles qui ont été retenues pour l’analyse :

Tableau 2 - détail des entrevues réalisées

	Nombre de personnes interviewées (y compris les entrevues exploratoires)	Nombre d’entrevues retenues
BRÉSIL		
Ministères (de la Santé, du Développement social et du combat contre la faim ; IPEA)	7	7
Universités (USP – UFB – Unicamp – ENSP/Fiocruz)	10	8
ONG	1	1
Journalistes ENSP/Fiocruz	2	-
Conseillère/experte en PS	1	1
ARGENTINE		
Ministère (Santé)	7	6
Universités (UNLA – Maimónides – UBA)	4	3
Organisation Panaméricaine de la Santé (OPS)		
	2	2
TOTAL	34	28

Nous avons réalisé 34 entrevues, dont 6 ont été exploratoires, distribuées comme suit : au Brésil, des entrevues exploratoires (non retenues pour l’analyse), n=4 ; total d’entrevues retenues n=17 ; en Argentine, des entrevues exploratoires (non retenues pour l’analyse), n=2 ; total d’entrevues retenues, n=9 ; aux organisations internationales, n=2. Au total, 28 entrevues ont été retenues pour l’analyse.

Les entrevues se sont déroulées de mai à décembre 2006 ; au Brésil, entre mai et août, et en Argentine, entre septembre et décembre. Elles ont été enregistrées ; leur durée moyenne étant de 45 à 60 minutes. Chacun des interviewés a reçu une lettre lui expliquant les axes de la recherche et lui demandant son consentement à y participer.

À partir des entrevues, nous avons cherché à : obtenir une description/typologie détaillée des perceptions des acteurs par rapport à l’organisation de l’État en matière

de santé ; identifier les contradictions et les tensions perçues dans les documents pour les comparer à celles des interviewés ; observer et clarifier les liens qui s'établissent entre les acteurs des différents secteurs ou institutions ; identifier les noyaux et les réseaux de pouvoir ainsi que leurs contradictions. En outre, nous avons cherché à observer la perception que les interviewés avaient de la promotion de la santé existante ; les changements qu'il serait nécessaire d'introduire dans la politique afin d'incorporer les déterminants sociaux de santé ; la perception des obstacles empêchant les changements ; les discours sur la promotion et les déterminants ainsi que sur la politique, en identifiant les tensions et les contradictions entre ce qui est promu dans les documents (politiques, programmes, etc.) et ce qui – d'après les interviewés – est réellement mis en marche. Nous avons retenu et transcrit vingt huit entrevues, en faisant attention à tous les détails, comme les expressions, les gestes et les silences des interviewés, consignés entre parenthèses dans notre transcription.

Dans la plupart des cas, les entrevues ont été individuelles ; cependant, dans deux cas, nous avons réalisé des entrevues groupales étant donné qu'il s'agissait d'équipes des ministères de la santé. Au Brésil, nous avons interviewé deux personnes en même temps au ministère de la Santé. En Argentine, nous avons interviewé trois personnes d'une équipe de promotion de la santé du ministère de la Santé. Ces entrevues ont gardé les caractéristiques d'une entrevue individuelle et ne peuvent pas être considérées comme groupes focaux, qui eux nécessitent un minimum de 5 ou 6 personnes et une autre dynamique. Dans chaque pays, on a cherché la saturation empirique des sujets abordés par les interviewés et les entrevues ont cessé dès que nous n'avons plus obtenu de données susceptibles d'enrichir ou de contredire nos analyses (Gomes et coll., 2005).

4.4. L'analyse des données

Pour l'analyse des données, nous avons utilisé une orientation herméneutique-dialectique telle qu'adaptée par Minayo (1997 ; 2005) – en se basant sur Gadamer (1999) et Habermas (1987) – pour l'analyse qualitative. L'herméneutique, entendue

comme la recherche de la compréhension du sens qui a lieu dans la communication entre les êtres humains, considère le langage quotidien de l'homme commun comme le noyau central de la communication, en reconnaissant qu'elle a des limites. Herméneutique et dialectique sont des moments indispensables dans la production de rationalité. D'après Minayo :

« l'union entre les deux mène l'interprète à comprendre le discours, la parole, le témoignage comme résultat d'un processus social et de connaissance, les deux étant le résultat de multiples déterminations mais avec une signification spécifique. Le discours résultant est la représentation sociale d'une réalité qui se montre et se cache dans la communication, où l'auteur et l'interprète font partie du même contexte éthico-politique et où l'accord subsiste en même temps que les tensions et les perturbations sociales. » (Minayo, 1997 : 191)

Étant donné que nous avons cherché à identifier la manière dont on comprend la promotion de la santé et à savoir quelles sont les perceptions des acteurs par rapport à la promotion et à la politique nationale de santé, nous considérons la méthode dialectico-herméneutique comme un outil précieux permettant la recherche du sens dans les discours analysés tout en tenant compte de leur spécificité historique. Comprendre le contexte socio-historique et culturel des pays a été le pas préalable à l'analyse des entrevues et sous-jacent à tout le processus de la recherche.

Une fois les entrevues transcrites, nous avons procédé à plusieurs lectures successives. L'analyse elle-même peut se diviser en deux moments : un premier moment, descriptif, et un second moment, analytique. Le premier a constitué le moment de la sélection des données principales ; nous avons noté à côté du texte les questions plus saillantes des discours et les éléments susceptibles de constituer des catégories thématiques visant à identifier des noyaux de sens. Certains de ces thèmes avaient été identifiés par la recherche et étaient présents dans les questions, alors que d'autres sont apparus en rapport avec la réalité de chaque pays (comme l'impact de la crise de 2001 en Argentine sur la santé publique ou la mise en marche au Brésil de la politique nationale de promotion de la santé – PNPS – qui venait d'être décrétée en mars 2006).

Notre première classification a identifié les catégories thématiques suivantes : 1) compréhension de la promotion de la santé ; 2) rôle de l'État en promotion ; 3) obstacles et forces ; 4) rôle des organismes internationaux. En outre, nous avons identifié et noté tout ce qui avait été mentionné au cours des entrevues : perceptions, thèmes récurrents, mots clés, tensions, alliances, acteurs et contextes. L'analyse des entrevues et celle des documents ont été réalisées en même temps, comme en tandem ; de cette manière, nous avons groupé par thèmes les informations des entrevues avec celles des documents, et ce afin d'identifier et de décrire le processus qui va de l'établissement de l'agenda jusqu'à l'élaboration et la mise en marche de la politique, en portant une attention spéciale aux fenêtres d'opportunité pour son adoption et son implantation.

Comme nous l'avons signalé plus haut, les entrevues ont été au cœur de la recherche ; elles ont enrichi l'information obtenue dans les documents concernant le contexte, l'organisation de l'état en matière de santé et les principaux événements qui ont influencé le sous-système. Cependant, les citations ont été utilisées dans trois thèmes clés : la compréhension de la promotion de la santé, les thèmes critiques/importants de chaque pays (en Argentine, la crise de 2001 et ses effets sur la promotion ; au Brésil, la tension entre le mouvement de la santé collective et celui de la promotion de la santé face à la mise en marche de la PNPS) et finalement, le rôle des organismes internationaux de coopération ou de financement.

Le second moment, analytique, a comporté la lecture des résultats obtenus à partir du cadre conceptuel tout en identifiant les acteurs, les coalitions, leur composition et leur évolution dans le temps. Au cours de ce deuxième moment, nous avons groupé les acteurs en fonction de leur appartenance à une coalition déterminée afin de mettre en contraste les discours des coalitions et d'identifier les similitudes et les différences. Plusieurs des résultats du premier moment de l'analyse ont été éclaircis et réinterprétés au cours de cette seconde étape.

Finalement, nous avons fait la triangulation des données obtenues dans les entrevues, les documents analysés et le cahier de bord. Pour chaque constat de l'analyse qui nous semblait potentiellement important à l'explication, nous sommes allée chercher sa confirmation dans l'analyse des documents et/ou du cahier de bord.

Cette dernière stratégie nous a permis d'établir un dialogue entre les différentes sources d'information. Elle a également enrichi la compréhension de la multiplicité d'éléments et d'acteurs qui constituent la scène de la promotion de la santé dans ces deux pays.

CHAPITRE 5 LE CAS DE L'ARGENTINE

*« La promotion de la santé en réalité élargit les perspectives du fait de te faire sortir du ciel protecteur où l'on pense la santé à partir de la santé, pour la santé, dans une espèce de secteur... endogamique, prisonnier »
(Interviewé, chercheur santé publique)*

*« En premier lieu ceci : Qu'entendons-nous par le concept de santé ou quelle vision de santé nous voulons pour les Argentins ? C'est un débat qui est dans l'attente »
(Interviewé, gestionnaire du ministère de la Santé)*

5.1. LE CONTEXTE

5.1.1. Information générale

L'Argentine a une surface de 2 791 810 km² dans le continent américain et soutient des droits de souveraineté sur 969 464 km² dans le secteur antarctique. Constitué de 23 provinces et une ville autonome - Buenos Aires, capitale et siège du gouvernement national - le pays se divise en cinq régions : le Nord-Ouest (NOA), le Nord-Est (NEA), Cuyo, Centro ou Pampeana et le Sud. D'après le recensement de 2001, il y a 37 944 014 habitants. Le pays partage des frontières avec le Brésil, le Chili, le Paraguay, le Pérou et l'Uruguay (OPS, 2007).

L'organisation du pays

En 1853, suite à un processus émaillé de disputes entre groupes aux positions différentes, on élabore la première Constitution Nationale de la République Argentine. Inspirée de la jurisprudence et de la doctrine politique du fédéralisme américain, elle établissait un système républicain de division des pouvoirs (exécutif, législatif et judiciaire), un important degré d'autonomie pour les provinces et un pouvoir fédéral fort, mais limité par un Congrès bicaméral. De plus, elle établissait

un système présidentieliste. Le texte final de la Constitution posait comme questions majeures, entre autres, la construction de l'identité nationale, la promotion du bien-être général et l'assurance de la liberté pour tout homme désirant habiter sur le sol argentin. Par ailleurs, la Constitution a aboli l'esclavage, les majorats et les titres de noblesse en fixant l'égalité juridique. Pour certains historiens, cette Constitution montrait la force des classes illustrées et de la bourgeoisie nationale - détentrice du capital et des contacts en Europe pour l'exportation de biens - et oubliait la population rurale et analphabète¹⁷. Il faudra attendre que l'immigration devienne plus importante et produise des mobilisations contre l'oligarchie pour que la situation change. La Constitution de 1853 a subi plusieurs réformes : parmi les plus importantes, mentionnons celle de 1949 – pendant la première présidence de J.D. Perón – qui introduisait un nombre important des droits sociaux et des politiques sociales. Cependant, elle n'a été en vigueur que peu de temps, car, après le coup d'État de 1955, elle a été abolie par le gouvernement militaire¹⁸. En 1994, pendant la présidence de Menem, une nouvelle réforme a eu lieu. C'est elle qui est encore en vigueur de nos jours.

Entre 1870 et 1916, l'Argentine a vécu des changements fondamentaux dans sa structure économique et sociale qui lui ont donné son caractère de pays producteur de viande et de céréales et qui le plaçaient au premier rang au monde avec les États-Unis et l'Australie (Hernandez, 2004). Pendant cette période, l'Argentine fut gouverné par une oligarchie illuministe-positiviste¹⁹ qui a promu l'immigration pour peupler le pays : quatre millions de personnes sont arrivées au pays, provenant de l'est et du sud de l'Europe. Ils avaient comme garantie l'éducation publique gratuite, ce qui assurait l'intégration des nouveaux arrivants à l'identité nationale. En dehors de quelques mesures isolées concernant les égouts dans quelques villes, il n'y avait pas, à cette époque, de politiques de santé d'État. Par ailleurs, le suffrage universel

¹⁷ J.P. Feinmann (1982). *Filosofía y Nación*. Buenos Aires: Legasa. ISBN 950.

¹⁸ Elle incluait les droits sociaux de deuxième génération, le droit au travail, la justice sociale et le rôle actif de l'État, et marquait la fonction sociale de la propriété et de l'économie de marché. On y a incorporé le droit au logement, la santé physique, la sécurité sociale et l'éducation publique et gratuite, entre autres.

¹⁹ L'idéal positiviste des élites argentines envisageait d'orienter l'ensemble de la société vers les sciences et surtout la biologie et la sociologie. Il s'agissait d'un groupe d'intellectuels formés en Europe et appelés « La génération des 1880 » ; ils exerçaient une influence importante autant sur le pouvoir législatif qu'exécutif. Pour plus d'informations, voir Hernandez, M. (2004 : 89-90).

pour les hommes est arrivé en 1916 permettant la mise au pouvoir du parti Radical, composé éminemment de la classe moyenne (Escudero, 2003 ; Hernández, 2004). Selon Escudero :

“Health policies were still lacking, but this did not matter too much in a country where employment was universal, salaries were high, innumerable mutual societies and the first labor unions took care of the health of their members, and extended families (...). Until the 1930s, Argentina’s infant mortality rate was lower than those of Italy or Spain. The cutoff year for this state of affairs was 1930.” (Escudero, 2003)

Pendant le XX^e siècle, l’Argentine a vécu six coups d’État²⁰ qui ont rendu difficile la construction d’un état démocratique aux institutions solides. Au cours des trente dernières années, déjà sous des gouvernements démocratiques, le pays a souffert de crises multiples : institutionnelles, politiques, économiques et sociales. Parmi les plus importantes, celle de 1988-1989, connue sous le nom d’« Hyperinflation », a eu comme conséquence la remise anticipée du pouvoir du président Alfonsín au président Menem, et celle de la récession qui a débuté en 1998 – deuxième mandat de Menem – et s’est terminée avec la chute du gouvernement du président De la Rúa en décembre 2001. Tel que le signalent Spiller et Tommasi (2008) : « From the 1930 coup until 2007, there was only one transfer of power from one president to the next (from Menem to De la Rúa in 1999) that strictly followed constitutional norms ».

Cette dernière grande crise paraît avoir synthétisé toutes les autres, car il s’est produit un « avant » et un « après » en raison de sa férocité, mais aussi du manque de crédibilité des institutions, des politiciens et des modèles de société possibles aux yeux de la population (Escudero, 2003 ; Hernández, 2004). La crise a forcé un constat affligeant : dans la période 1998-2003, la pauvreté a augmenté de 26% à 47,8% et l’indigence de 6,9% à 27,7%. La pauvreté et l’indigence se sont installées dans le pays avec de grandes disparités entre les régions les plus favorisées et les moins favorisées (OPS, 2004).

²⁰ Les dates exactes des coups d’État ont été : septembre 1930, juin 1943, septembre 1955, mars 1962, juin 1966 et mars 1976. Cette dernière dictature a duré 8 ans et a fait preuve d’une férocité inégalée par les autres. Au total, les dictatures sont restées au pouvoir pendant 25 ans au XX^e siècle, c’est-à-dire un quart de siècle.

Les valeurs sociétales

Depuis les origines du pays, il existe de très fortes tensions entre des valeurs opposées et parfois exclusives. À travers l’histoire et à des moments politiques difficiles, la coalition au pouvoir, fût-elle militaire ou démocratique, a essayé la « refondation » des bases institutionnelles ou politiques qu’elle trouvait appropriées à ses fins et à ses intérêts. Identifier les valeurs qui caractérisent cette société peut nous échapper dans un tel scénario. Cependant, il est clair qu’aucun gouvernement n’a eu la *continuité* au centre de ses intérêts. Nous pouvons quand même, à partir de l’analyse de la littérature existante, signaler quelques principes présents depuis le début tels que le droit à l’éducation publique gratuite, le droit au vote et à l’égalité juridique comme les traits d’une société qui essaie de se donner un départ d’égalité pour tous ses habitants en vue de la participation et de l’accès aux biens. L’éducation universelle a été un droit citoyen très fortement défendu tout au long de l’histoire du pays.

Par rapport aux tensions, nous les observons dans les rapports suivants : oligarchie-nouveaux arrivants, universalité-particularité, gouvernements démocratiques-dictatures, fédéralisme-autonomie provinciale, droits collectifs-droits individuels (Di Tella, 2010). Tout cela a donné lieu à une fragmentation et à une polarisation quasi structurelle observable tout le long de l’histoire du pays, à presque tous les niveaux de l’État y compris celui de la santé, ainsi que dans les organisations de la société civile tel que nous le verrons par la suite.

5.1.2. Origine et trajectoire du domaine de la santé publique

Fin XIX^e siècle – Années 1930

Vers la fin du XIX^e siècle, les premiers mouvements d’organisation du système de soins et la construction de quelques hôpitaux publics et ceux des collectivités

d'immigrants²¹ apparaissent. La figure centrale du système était le médecin que l'on distinguait comme « notable ». Il s'agissait de personnes appartenant à l'élite sociale, ayant beaucoup de prestige et d'influence sur l'orientation des politiques d'État encore très embryonnaires. Deux organisations favorisaient ce prestige : l'École de médecine de l'Université de Buenos Aires (UBA) et l'Académie nationale de médecine dont les membres étaient prestigieux étant donné que la médecine faisait partie d'un petit nombre de professions reconnues à cette époque. Au début du XX^e siècle, le pouvoir et le prestige associés à l'exercice de la médecine sont des traits reconnus autant par la société que par l'État (Belmartino, 2005a).

Le souci pour définir les bases doctrinaires des services de soins médicaux s'est manifesté dans les années 1920. Jusqu'alors, l'État avait eu un rôle très faible exercé à partir du Département national d'hygiène (créé en 1891)²² qui avait des fonctions de police sanitaire, mais sans responsabilité directe dans la fourniture de soins. Dans les années 1930, en accord avec la discussion internationale sur les politiques sociales, apparaissent des idées d'intégration de pratiques préventives, de prévision, d'assistance sociale et de soins médicaux. Vers la fin des années 30 et le début des années 40, le besoin de l'intervention de l'État se fait sentir ; ainsi naissent les premières organisations liées aux groupes des collectivités arrivées au pays qui s'appelleront « mutuelles » et seront l'antécédent des assurances de santé syndicales de la fin des années 40 et 50 (Belmartino, 2002, 2005ab).

Les *associations mutuelles* constituaient une forme d'organisation de prévision solidaire destinée à financer – entre autres – les soins médicaux ; les personnes se regroupaient selon leur nationalité d'origine, leur appartenance à un syndicat, leur adhésion à une religion ou à une organisation politique. Ce fonctionnement de type mutuel a commencé à être utilisé par les secteurs d'une même branche d'activités –

²¹ Les dates de création des hôpitaux des collectivités montre clairement les principaux groupes migratoires de la fin du XIX^e siècle et du début du XX^e siècle : 1857, Société espagnole de bienfaisance ; 1877, Hôpital Espagnol ; 1878, Hôpital Allemand ; 1886, Hôpital Britannique ; 1887, Hôpital Français ; 1901, Hôpital Italien ; 1916, Hôpital Juif.

²² La première institution de santé publique créée en Argentine fut en 1883 la Direction d'assistance publique de Buenos Aires sous la commande des médecins hygiénistes et à l'initiative du médecin José Maria Ramos Mejia. En 1880, le gouvernement national avait présenté un projet de loi pour créer le Département national d'hygiène, mais il a dû attendre jusqu'en 1891 pour voir sa concrétisation. (Hernandez, 2004)

membres de syndicats, employés d'entreprises, institutions privées et institutions de l'État – ayant pour but le financement des soins médicaux. Pour Hernandez (2004), ce mode de fonctionnement des 'mutuelles' constitue une des bases de l'organisation du système de services de santé argentin et reste le trait différentiel par rapport aux autres pays de la région latino-américaine étant donné la grande masse des travailleurs salariés immigrant d'Europe.

Un autre espace était celui de la « bienfaisance » avec trois acteurs principaux : au niveau de l'État, le Département national d'hygiène et l'Assistance publique et administration sanitaire municipale ; au niveau de la société, les « dames vénérables », qui consacraient du temps à ce travail. La bienfaisance et les hôpitaux publics étaient financés par la Loterie nationale et par des versements spécifiques dans le budget de l'État. L'existence des hôpitaux des collectivités et des hôpitaux publics, des mutuelles, des institutions de bienfaisance et des médecins privés pour l'assistance médicale ne pouvait produire que la superposition des fonctions, avec comme conséquence une mauvaise utilisation des ressources. Cette multiplicité des formes organisationnelles a favorisé peu à peu la fragmentation du système naissant (Belmartino, 2002, 2005a, 2007).

À l'origine du champ de la santé publique, nous pouvons identifier deux acteurs fondamentaux : les médecins et les associations mutuelles aux identités différentes. Leurs intérêts divers et parfois opposés sont observables tout le long de la construction du système dans des tensions entre particularisme et universalisme, régulation corporative et intervention étatique, unification et fragmentation des juridictions, et couverture de la population.

La santé publique, appelée « hygiène sociale », comprenait le social sous deux acceptions : 1) reconnaissance des maladies sociales comme l'alcoolisme, les maladies vénériennes, les toxicomanies, la prostitution et 2) les maladies comme danger, menace, relâchement des mœurs, dommage moral. Ces maladies étaient considérées comme le résultat de comportements individuels déviés qui mettaient à

risque la santé du collectif (Belmartino, 2007). Hygiène sociale et morale s'identifient, l'une renforçant l'autre. La tuberculose constitue une exception, cependant ; pour l'éradiquer, il faudra améliorer le logement ouvrier, les conditions de travail, l'alimentation et l'isolement des malades. Pour répondre à cette situation, deux mouvements sont apparus : d'une part, une stratégie éducative servant à « corriger » les comportements déviés et, d'autre part, la médicalisation des questions sociales.

Années 1940 – 1960

L'éducation corrective et la médicalisation du social commenceront à configurer de nouveaux référents de santé-maladie-soins. Ces nouvelles représentations sociales de la maladie et des soins médicaux se consolident dans les années 1940 et accompagnent le changement des rapports État-société avec une plus large intervention de l'État dans le social. En juin 1943, un coup d'État a lieu ; en octobre, la *Direction nationale de santé publique et d'aide sociale* est créée sous l'égide du ministère de l'Intérieur. Le nouvel organisme réunit différentes organisations publiques auparavant dispersées : le secteur de la bienfaisance, les hôpitaux, l'aide sociale, l'hygiène et la salubrité. Cela fonctionnera ainsi jusqu'en 1944 où l'*Institut national de prévision sociale* est créé, avec quelques attributions en matière de soins telles que la médecine préventive et curative, la réhabilitation et la rééducation. L'Institut fonctionne sous l'égide du secrétariat du Travail et de Prévision du ministère du Travail, un secrétariat hégémonique en ce qui concerne la santé des travailleurs et la régulation du travail des médecins et dont le directeur était J.D. Perón. De cette façon, le gouvernement militaire soustrait les actions de l'assistance sociale de la Direction nationale de santé publique pour les placer sous l'égide de Perón qui a, à partir de ce moment-là, le contrôle des hôpitaux de l'assistance sociale et ceux de la Société de Bienfaisance. Une séparation importante des actions préventives et curatives en résulte, alors que celles-ci viennent à peine d'être articulées pour la première fois (Hernandez, 2004).

Suite aux élections de 1946, J.D. Perón est élu président de la République (1946-1952) avec l'appui très fort des syndicats dont il s'était rapproché depuis le Département du travail pendant le gouvernement militaire. J.D. Perón a été élu Président de la République argentine à trois reprises. Le premier mandat a eu lieu entre 1946 et 1952 ; il a été réélu pour la période 1952-1958, qu'il n'a pas complétée en raison du coup d'État militaire qui l'a renversé le 16 septembre 1955. Finalement, après 18 ans d'exile, il est retourné au pays et il a été élu pour la troisième fois le 23 septembre 1973 pour la période 1973-1979. Cette fois, il n'a pas pu compléter son mandat à cause de sa mort en juillet 1974. Il a créé le Parti Justicialiste (PJ) qu'on appelle aussi Parti Péroniste du nom de son fondateur. Pendant son premier gouvernement, des changements de rapports État-société commencent à se produire, alors que naît l'État-providence dans presque tout le monde après la Seconde Guerre mondiale. Dans le champ de la santé publique, l'État met en marche des politiques vouées à centraliser et à normaliser les institutions de soins médicaux (Belmartino, 2002). Les soins et la prévention se superposent dans la consolidation des projets de la sécurité sociale (Belmartino, 2005b, 2007) et les syndicats acquièrent un pouvoir immense en obtenant le contrôle et l'administration des fonds comme nous le verrons plus loin (Acuña & Chudnovsky, 2002). Ceci devient la caractéristique différentielle du gouvernement de J.D. Perón par rapport au gouvernement militaire précédent dont il fait partie et à partir duquel il établit des accords avec les syndicats. Dans son premier gouvernement, le parti péroniste se consolide surtout à partir de l'incorporation des masses ouvrières au système politique (Hernandez, 2004).

Le gouvernement de Perón crée en 1946 le *Secrétariat de la santé publique* avec le statut de ministère. Le Dr. Ramon Carrillo, médecin sanitariste qui deviendra une figure symbolique fondamentale dans la santé publique en Argentine, est chargé de sa direction et de définir le lien entre la nation et les provinces dans une perspective unificatrice. *L'universalité et l'intégralité* sont identifiées comme les piliers du système. La politique sanitaire de Carrillo s'appuie sur trois principes : tous les hommes ont le même droit à la vie et à la salubrité, il ne peut pas y avoir de politique sanitaire sans politiques sociales et finalement, les réussites de la technique médicale

ne servent à rien si celle-ci n'est pas capable d'atteindre le peuple au moyen de dispositifs adéquats (Argentine, Honorable Chambre des Députés de la Nation, s/f).

Cependant, depuis l'origine du système, deux référents importants dans l'élargissement de la base politique du gouvernement péroniste n'ont pas caché leurs propres intérêts en matière de soins médicaux : le mouvement syndical et la Fondation Eva Perón, dirigée par l'épouse du président. Ils ont d'ailleurs fait obstacle au travail de Carrillo. Le gouvernement de J.D. Perón n'a jamais été intéressé à avoir un système universel de santé, mais plutôt à avoir plus de pouvoir politique visant la consolidation du parti « justicialiste/péroniste » et pour cela il a compté avec l'appui des syndicats et des masses ouvrières jusqu'alors peu organisées et marginalisées des prises de décision. La fondation Eva Perón pour sa part visait à incorporer dans le secteur de la bienfaisance – jusqu'alors organisé par les femmes de la haute société – à d'autres secteurs avec l'objectif de briser le « monopole » de la bienfaisance exercé par cette classe sociale. Ainsi, ces deux institutions, syndicats et fondation E. Perón, répondaient-elles bien aux intérêts du gouvernement en augmentant la base politique du président et en incluant les classes sociales jusqu'alors peu participatives ; elles focalisaient le système de santé à celles-ci au lieu de le faire à toute la population (Hernandez, 2004). Belmartino explique comment depuis le début, il n'y a jamais eu de système de santé unique pour toute la population :

« La Fondation Eva Perón a pris en charge la planification et la construction de services comme une activité parallèle et indépendante du ministère de la Santé. Les syndicats les plus puissants et les mieux organisés ont trouvé dans le gouvernement une réponse aux inquiétudes associées à la couverture des soins médicaux stimulée par l'activité mutualiste d'origine corporative. (...) L'appel au principe de **solidarité groupale** – à la base des mutuelles et des assurances de santé – **constitue l'une des limitations structurelles qui vont faire obstacle au projet d'universalité posé à l'origine pour le système.** » (Belmartino, 2005:161)

Le principe de solidarité groupale – maintien d'une population captive selon l'appartenance à un secteur de travail – à la base du fonctionnement des Assurances de santé syndicales, s'est inspiré des mutuelles du début du siècle, ce qui a renforcé

un système déjà fragmenté en résignant les principes d'universalité et d'accessibilité égalitaire. Les syndicats ont organisé leurs propres services de soins médicaux à travers les Assurances de santé (*Obras sociales*) auxquelles les travailleurs et les employeurs de chaque secteur devaient s'affilier et faire un apport monétaire (Belmartino, 2002, 2005ab, 2007). Ces services se sont organisés parallèlement à ceux qui se configuraient dans le système public. Hernandez (2004) signale que :

« Il est clair qu'entre 1943 et 1955, les services de santé se sont répandus. Mais dans une perspective de long terme (...), il est possible d'affirmer que pendant le péronisme se sont consolidés des processus antérieurs ; il en a résulté plus une consolidation de la fragmentation des services selon la capacité de paiement des personnes que le développement d'un système de sécurité social de couverture universelle. » (261)

Ce mode de fonctionnement fragmenté a été renforcé par les différents gouvernements (démocratiques ou non démocratiques) qui ont cherché à compter sur l'appui des syndicats pendant leur action de gouvernement ; cet appui existait tant que l'organisation du sous-secteur de la sécurité sociale syndicale n'était pas mise en danger.

D'après certains auteurs, depuis l'origine du système s'est établi en Argentine une dynamique de la politique des services de santé, qui allait persister à travers le temps et qui consistait dans la confrontation entre la rationalité technique et la rationalité politique qui privilégie les objectifs de la lutte politico-partisane au-delà des besoins du domaine de la santé (Belmartino, 2002, 2005b; Acuña & Chudnovsky, 2002; Vilosio, 2008). Il en a résulté le déplacement en arrière-plan des valeurs considérées comme les bases du système : l'universalité et l'intégralité (Belmartino, 2002, 2005ab).

La crise fiscale de l'État, qui à partir des années 1950 deviendra endémique, a permis aux gouvernements postérieurs au coup d'État de 1955 de réduire l'action de l'État partout où l'activité privée pouvait intervenir. Cela a favorisé la dégradation du

secteur public dans les années 1960. En effet, les autorités ne manifestaient presque aucun intérêt à réguler de nouvelles formes de financement et d'organisation des services médicaux qui sont restés sous le contrôle de deux grands ensembles d'organisations à base corporative : celui qui regroupe la sécurité sociale, soutenue par la Confédération générale du travail (CGT), réunissant tous les syndicats du pays et celui constitué par les organisations médico-syndicales et hospitalières. Tous les deux vont garder le contrôle oligopolistique de l'offre (Belmartino, 2005ab).

5.1.3. Organisation de l'État en matière de santé

En Argentine, par disposition constitutionnelle, les provinces sont les unités technico-administratives responsables des soins et de la protection de la santé de la population. Généralement, les municipalités gèrent leurs propres ressources et ont des attributions pour programmer et agir en santé de manière indépendante (OPS, 2007). Le Conseil fédéral de santé (COFESA) – créé en 1981 lors de la dernière dictature militaire – est l'espace d'articulation institutionnelle pour la construction de consensus en vue de l'établissement de buts et de l'adoption de politiques et de décisions partagées entre des secteurs et des juridictions : « On compte parmi ses fonctions celles de l'analyse des problèmes de santé se trouvant dans tout le pays et dans chacune des provinces, l'identification de leurs causes et la recommandation des cours d'action visant à établir une politique sectorielle stable. » (Acuña & Chudnovsky, 2002). Il est constitué par le ministre de la Santé de la Nation et les ministres de la Santé de chaque province. Cependant, il faut signaler qu'il ne dispose ni de ressources propres ni d'un espace de fonctionnement ; il n'est pas non plus dans le budget de la Nation en tant qu'entité (Arce, 2003).

Le système de santé public (sous-secteur public) est financé par les impôts recouverts par l'État national. Dans certaines villes (comme la ville de Buenos Aires), les habitants font aussi leur apport au système municipal de santé (Vilosio, 2008).

En ce qui concerne le ministère de la Santé publique, il a été, depuis sa création, sous l'influence permanente des mésaventures politiques du pays, provoquant soit sa dissolution, soit son inclusion dans le « ministère du Bien-être social » (tel qu'il est arrivé lors de certaines dictatures), soit son utilisation comme arène de batailles politiques entre les différents courants de pouvoir. Il est intéressant de souligner que depuis la réouverture démocratique de 1983 jusqu'à la démission du Président De la Rúa en décembre 2001, il a été appelé *ministère de la Santé et de l'Action sociale*. Pendant la présidence intérimaire d'Eduardo Duhalde – dans la période de crise du début de 2002 – les deux fonctions ont été unifiées et le *ministère de la Santé et de l'Environnement* a été créé ; il a fonctionné sous cette dénomination jusqu'en 2006 où, à nouveau, ont été créés le *ministère de la Santé* d'une part et le *secrétariat de l'Environnement* de l'autre.

D'après le « Rapport du pays » présenté à l'OPS (Organisation panaméricaine de la santé), le ministère de la Santé a pour rôle principal la négociation intersectorielle, l'établissement des politiques publiques et leur cadre légal, le suivi et la diffusion du savoir, entre autres. Dans le rôle de leadership, la Surintendance des services de santé (SSS), créée en 1996, a une fonction très importante de fiscalisation sur trois éléments : a) le Programme national de garantie de la qualité de *l'assistance* médicale, b) le régime du libre choix de la sécurité sociale et c) les normes pour les hôpitaux publics autogérés (OPS, 2007 ; Belmartino 2005a). La création de la SSS était une recommandation de la Banque mondiale tel qu'on le verra plus loin. Ses fonctions sont très liées aux lignes de la réforme promue pendant les années 90. Il s'agit d'un organisme décentralisé avec personnalité juridique et autarcie administrative, économique et financière. Il peut agir comme organisme de supervision, fiscalisation et contrôle des agents du Système national d'assurance de santé et il peut donc élaborer des normes pour que le système fonctionne (Belmartino, 2005). Cependant, certains auteurs signalent qu'en pratique, le rôle du niveau central est très circonscrit et qu'il n'intervient presque pas dans la politique nationale de santé (Acuña & Chudnovsky, 2002) ; pour d'autres, le pouvoir du ministère de la Santé est dans « l'administration des ressources du financement

international (Banque mondiale et Banque interaméricaine de développement plus spécialement) qui lui permettent d'imposer des programmes dans les juridictions provinciales et municipales, responsables de la prestation des services » (Acuña & Chudnovsky, 2002).

Pour résumer, il existe au niveau fédéral trois institutions responsables de l'organisation du système : le COFESA (rencontre entre le ministre national de Santé et les ministres provinciaux), la SSS et le ministère de la Santé de la Nation.

5.1.4. Les réformes en Argentine : les années 1970, 1980 et 1990. Institutionnalisation d'un modèle fragmenté

L'analyse de l'organisation du secteur de la santé en Argentine ne manque pas de rappeler qu'il ressemble à un casse-tête ; un casse-tête auquel il manque des pièces et où d'autres semblent se répéter.

En ce qui concerne la littérature qui existe sur le sujet, la même situation existe. À quelques exceptions près, la plupart des sources répètent partout les mêmes observations et recommandent les mêmes solutions. Dans notre analyse, nous avons trouvé des textes gouvernementaux avec des propositions ou des diagnostics dont nous retrouvons des paragraphes entiers chez différents auteurs. Il est très difficile de trouver des auteurs ou des organisations ayant approfondi, en utilisant des outils théoriques solides, la compréhension du parcours du système.

Le sous-système de la santé

Les auteurs analysés soulignent que l'année 1970 (gouvernement militaire) est un moment clé pour l'institutionnalisation du modèle dominant dans l'organisation du système de santé argentin. La loi 18.610 étend la couverture de la sécurité sociale à tous les travailleurs, selon leur activité, et institutionnalise le système tripartite avec trois sous-secteurs : public, sécurité sociale, privé (Belmartino, 2002, 2005, 2007 ; Acuña & Chudnovsky, 2002 ; Cetrángolo & Devoto, 2002). Dans cette même

logique, avec la loi 19.032 une institution spéciale a été créée : l'Institut national de services sociaux pour les retraités et les pensionnés (INSSJP), connu comme PAMI, qui regroupe les personnes âgées en leur offrant des services de santé et d'autres services sociaux (Cetrángolo & Devoto, 2002). Dans une tentative de mieux ordonner le système, on a créé au ministère de la Santé et du Bien-être l'*Institut national de la sécurité sociale* (INOS) chargé de coordonner, planifier et contrôler les investissements des ressources et le fonctionnement technique et administratif. En 1971, cet organisme est passé sous l'égide du ministère du Travail, ce qui donnera encore plus de pouvoir aux syndicats groupés dans la CGT (Confédération générale du travail) qui avaient un accès direct au ministre du Travail (Belmartino, 2005a).

Le réseau des services de l'État, du sous-secteur public, auparavant hégémonique, se consacre exclusivement à la population pauvre sans aucun type de couverture (Cetrángolo & Devoto, 2002) ; pour leur part, dans le sous-secteur de la sécurité sociale, quelques-unes des institutions ont plus d'affiliés que d'autres et par conséquent, plus d'argent que d'autres :

« Les autorités qui ont sanctionné la loi 18.610 étaient tout à fait conscientes des insuffisances du modèle qu'elles promouvaient. Afin d'en neutraliser les tendances les plus discordantes, on a créé un organisme régulateur, l'*Institut national de la sécurité sociale* (INOS), chargé de promulguer des normes communes et de gérer un *Fonds solidaire de redistribution* visant à atténuer les différences de ressources causées par les situations de travail spécifiques à chaque activité. » (Belmartino, 2005b: 162)

Selon Belmartino (2005ab), l'INOS n'a pas eu de capacité de régulation ; par ailleurs, de nombreuses réformes au cours des années (1973, 1978, 1985) ont tenté de le modifier, se heurtant toujours à l'opposition des syndicats réunis dans la CGT. En 1989, sous la présidence démocratique d'Alfonsín, un nouvel organisme a été créé pour coordonner les institutions de services de santé de la sécurité sociale : l'*Administration nationale de l'assurance de santé* (ANSSAL), qui reproduira l'inefficacité de l'INOS par rapport à la régulation et fera l'objet de conflits syndicaux très durs.

En décembre 1983, au moment de la réouverture démocratique, le gouvernement a fait un diagnostic de la situation du secteur de la santé et a identifié comme problèmes majeurs la fragmentation institutionnelle, le haut degré d'inefficacité, la sous utilisation et la sur utilisation des ressources. En 1988, une des réformes de l'État a proposé d'approfondir la décentralisation administrative et de créer *l'Assurance nationale de santé*. Cette dernière rendrait possibles la modernisation, la coordination et la rationalisation du système ayant comme axe les Soins primaires de santé (APS) à travers des actions de prévention et de promotion. De plus, l'assurance servirait à ordonner le secteur de la santé dans son ensemble (Novick, s/f). Les lois 23.660 et 23.661 ont abrogé la loi 18.610 de la sécurité sociale de 1970 et ont créé l'Assurance nationale de santé, une tentative de constituer un système universel de santé, avec un fort critère de justice distributive qui comprendrait toute la population nationale (Cetrángolo & Devoto, 1999 ; 2002).

Cependant, en 1989, la remise anticipée du pouvoir du Président Alfonsín au Président Menem a marqué l'entrée formelle du pays dans une série de réformes encadrées par le modèle libéral au plus haut degré. Trois questions clés figuraient parmi les priorités de l'agenda du gouvernement de Menem : 1) la privatisation des entreprises publiques (de l'eau, de l'électricité, du gaz, de la téléphonie et de l'exploitation du pétrole), 2) la réforme du travail et 3) la réforme de la santé. Dans le domaine de la santé, les lois citées ci-dessus ont été l'antécédent de la dérégulation de la sécurité sociale – avec l'introduction de mécanismes de marché – mis en œuvre dans les années 1990 à travers le décret n° 9/1993 (Cetrángolo & Devoto, 2002 ; Belmartino, 2005a). Le noyau de la réforme de la santé des années 1990 était la concurrence entre institutions selon un rapport qualité-prix afin de garantir l'optimisation des ressources adéquate dans l'application des ressources du système. Quant à l'État, son action a été réduite à l'accréditation et à la catégorisation des installations (Belmartino, 2005a).

En 1993, les traits fondamentaux de la réforme, ayant comme principe le libre choix de la sécurité sociale par les utilisateurs, commençaient à se définir (Cetrángolo &

Devoto, 1999 ; 2002). La dérégulation de la sécurité sociale, ligne principale de la réforme du secteur en Argentine, a bénéficié d'un financement de la Banque mondiale à raison de 360 millions de dollars. D'autres composantes des réformes ont été : 1) la création d'hôpitaux d'autogestion (les hôpitaux sont autorisés à recevoir de la part de personnes en capacité de le faire, le paiement pour les services, comme complément de leurs revenus/budget et que les hôpitaux eux-mêmes peuvent gérer) ; 2) la création en 1996, dans quelques provinces, d'Assurances Publiques Provinciales restée en suspens à cause de la crise de 2001 ; ce projet a été financé d'abord par la BID et ensuite par la BM (Belmartino, 2005). Le décret 9/1993 – cherchant à établir un équilibre politique délicat – reconnaissait l'importance de la sécurité sociale dans l'histoire du pays, mais signalait que la dérégulation et la concurrence qu'il allait favoriser contribueraient à « stimuler le contrôle sur la qualité des prestations à partir du rôle actif des bénéficiaires, tout en libérant l'État pour qu'il puisse diriger sa capacité de contrôle vers des aspects du système que les utilisateurs ne peuvent pas contrôler d'eux-mêmes » (Argentine, Décret 9/1993, Pouvoir Exécutif National).

En 1996, suite à une recommandation de la Banque mondiale, ladite Surintendance des Services de Santé (SSS) a été créée afin de prendre en main la régulation, en remplacement de l'ANSSAL, trop politisée. La SSS est un organisme décentralisé avec de la personnalité juridique et de l'autarcie administrative, économique et financière. Elle peut agir comme organisme de supervision, fiscalisation et contrôle des agents du Système national d'assurance de santé et élaborer alors des normes pour que le système fonctionne (Belmartino, 2005a). Cependant, la SSS – elle-même dirigée par un membre puissant de la CGT – n'a pas non plus été capable d'échapper au compromis avec les directions syndicales (Belmartino, 2005a). Au cours des années, sous différentes dénominations – INOS, ANSSAL, SSS²³ – et sous des gouvernements de couleur politique différente, l'essai d'organiser et de réguler la

²³ L'INOS (1970) a été créé par la Loi 18.610 ; l'ANSSAL (1989) par la Loi 23 661 et la SSS (1996) par le Décret 1615.

sécurité sociale semble avoir toujours rencontré, dans les directions syndicales elles-mêmes, un obstacle majeur à son implantation.

Influence d'autres sous-systèmes

Selon Belmartino (2005a), dans la première moitié des années 1990, il y avait en Argentine une « équipe de change » jouissant non seulement d'un emplacement stratégique à l'intérieur du réseau de l'État (ministère de l'Économie), mais encore de la capacité technique à établir une stratégie de réforme et à se faire des adeptes ; sa mission consistait en « *obtenir l'appui ou démanteler la résistance des autres fractions à l'intérieur du gouvernement même* » (Belmartino, 2005a : 222). Les réformistes du gouvernement de Menem n'avaient pas de perspective de transformation universelle, comme on avait pu le voir dans le premier gouvernement démocratique d'Alfonsín. Ils avaient des objectifs liés à l'organisation du système pour que l'utilisation des ressources soit plus efficace : conserver les traits solidaires pour la conformation d'un *pool* de risque ; favoriser l'existence de subventions croisées à l'intérieur pour éviter la sélection du risque ; garantir une couverture minimale à toute la population ; promouvoir la concurrence entre les compagnies d'assurances – pour la captation de la demande de couverture – et entre les institutions pour les contrats de fourniture de services. En même temps, les réformistes reconnaissaient la singularité du marché de la santé et le besoin de l'action correctrice de l'État (Belmartino, 2005a).

Dans la deuxième moitié des années 1990, cette équipe a perdu son hégémonie, d'une part parce que le gouvernement avait d'autres projets de changement et d'autre part, à cause de la nécessité d'établir des alliances électorales avec les secteurs les plus divers²⁴, ce qui demandait de conserver une grande ambiguïté par rapport aux politiques futures (Belmartino, 2005a).

²⁴ Menem voulait être réélu, ce que la Constitution de 1853 ne permettait pas. Il en a donc promu une réforme en 1994. Pour le processus de cette réforme, il a dû compter sur l'appui d'un important spectre politique.

Quant à la réforme du travail, elle n'a pas été facile non plus. Avec au centre de l'action le ministère de l'Économie, cette réforme visait la *flexibilisation* du travail dans le but d'obtenir une augmentation de la compétitivité dans le marché du travail. Plusieurs droits acquis historiquement par les travailleurs ont été changés en profondeur, parmi lesquels les contrats avec période probatoire de trois mois sans indemnité de licenciement ni de protection à terme. De plus, les négociations collectives (une modalité de rencontre entre travailleurs et employeurs) ont été réformées pour donner plus de pouvoir aux employeurs²⁵. Pendant la période 1989-1995, cinq ministres du Travail se sont succédé, ce qui montre le niveau de conflit entre le gouvernement et les syndicats. En 1991, la « Loi de l'emploi » a commencé à fonctionner (Loi 24.013), la prémisse étant qu'en diminuant les niveaux de protection et en permettant aux employeurs d'embaucher pour un délai défini, sans indemnité terminale, il se produirait une augmentation de l'offre d'emploi. Pour certains auteurs, cette réforme peut être définie comme « une réforme bloquée » par la difficulté de mettre en place certains changements (Etchemendy et Palermo, 1998, dans : Belmartino, 2005a). Cependant, il faut signaler qu'au moment de la mise en place de la loi, le taux de chômage était de 7% ; un an plus tard, il atteignait 13%.

Cette réforme s'avère importante pour notre recherche étant donné que, face à l'intérêt principal du gouvernement de mettre en place la réforme du travail, la menace de dérégulation de la sécurité sociale servait à négocier – à différents moments – avec les syndicats et à arriver à mettre en place certains points de la flexibilisation du travail. Acuña & Chudnovsky (2002) identifient dans les allers et retours du sous-secteur de la sécurité sociale des mesures apparemment partielles permettant des repositionnements, des alliances et des transactions d'acteurs. Pour ces auteurs :

« Nous avons par conséquent, un système de santé constitué d'un secteur public qui prétend offrir la couverture de santé à toute la population, mais qui n'arrive pas aux secteurs les plus démunis, d'un sous-secteur de sécurité sociale qui prétend offrir la couverture aux travailleurs, mais qui ne couvre

²⁵ Ils pourront exiger à l'employé de travailler dans d'autres tâches que celles définies par son contrat ; des changements dans l'horaire de travail permet à l'employeur de ne pas payer les heures supplémentaires ; fractionnement du paiement du treizième mois et liberté pour donner des vacances à n'importe quel moment de l'année

pas ceux qui grossissent le nombre croissant des chômeurs et surtout, les travailleurs informels et finalement, d'un sous-secteur privé qui vise naturellement les couches sociales ayant un plus grand pouvoir d'achat. Or, ce dernier secteur, comme conséquence non cherchée par l'action/inaction de la sécurité sociale, est en train de réussir une plus large insertion comme prestataire dans le sous-secteur de la sécurité sociale et de ce fait, il s'estompe comme concurrent et donc, comme source d'une plus grande efficacité systémique. » (Acuña & Chudnovsky, 2002)

Les résultats de la réforme de santé

Pour ce qui est des résultats de la réforme, nous incluons ceux qui sont en rapport avec la réforme de la sécurité sociale que nous avons présentée. Les textes qui viennent d'être analysés abordent également les résultats sur le fonctionnement des hôpitaux d'autogestion et sur les relations entre les professionnels médicaux et la population. Inclure ces résultats dans le présent travail excéderait les limites.

Résultats de la réforme de la sécurité sociale :

- Réduction de la population bénéficiaire étant donné les changements du marché du travail et la chute du nombre de travailleurs salariés.
- Les changements dans les modalités de contrat ont fait que les associés ont moins de choix parmi les professionnels et les services offerts par chaque prestataire de la sécurité sociale.
- L'introduction de *gatekeepers* - qui a commencé tardivement pour rationaliser la consommation et réduire les coûts - aura une présence minimale dans le système.
- La politique de contrôle des coûts est orientée fondamentalement vers les copayements, ce qui stratifie encore plus la population en fonction de sa capacité de paiement.
- Le recours de plus en plus croissant des bénéficiaires de la sécurité sociale à des services du secteur public montre une stratification de la population selon les revenus.
- Les résultats du processus de dérégulation ont été ambigus et ils n'ont pas réussi à satisfaire les réformateurs : a) le nombre d'institutions de la sécurité

sociale est passé de 361 en 1994 à 290 en 1999 ; b) dans ce groupe, il faut distinguer les institutions syndicales (un total de 234, avec 10 millions de bénéficiaires) de celles qui regroupent le personnel dirigeant des entreprises (un total de 23, avec 1 million trois cent mille bénéficiaires). Le budget de ce deuxième groupe est presque trois fois plus grand que celui du premier (Belmartino, 2005a).

Pour Belmartino, après la réforme de la sécurité sociale, subsiste une énorme dispersion de bénéficiaires dans les différentes institutions syndicales, ce qui reproduit la structure antérieure à la réforme : 10% des institutions réunissent plus de cent mil bénéficiaires, tandis que 56% en ont moins de dix mil (Belmartino, 2005a).

À partir d'une analyse institutionnelle permettant d'identifier les opportunités et les limites des contextes institutionnels où les décideurs défendent leurs agendas, Belmartino souligne que dans le cas de l'Argentine, il s'agit d' :

« (...) une histoire de fragmentation et d'autodétermination de la part des principaux agents du système ; une forte résistance à la régulation de l'État et un gouvernement partagé entre des propositions différentes, avec peu de capacité pour offrir un front cohérent, pour démontrer l'efficacité technique indispensable et pour assurer la validité de ses décisions par-dessus les résistances et les barrières dressées par les acteurs qui jouent des rôles principaux dans le secteur. » (Belmartino, 2005b: 169)

Selon un de nos interviewés :

« L'Argentine a une fragmentation non seulement formelle ; à l'intérieur de chaque sous-secteur, les politiques ne sont pas coordonnées, elles sont plutôt antagonistes. Ces dernières années, les gouvernements se sont très bien gardés de mettre dans une même main le ministère de la Santé ou le PAMI, ou la Surintendance des services de santé...essentiellement parce que ce sont des instances de gouvernement qui utilisent des fonds, des ressources, et... dans la politique réelle, utiliser des ressources signifie financer la politique du parti avec les ressources de l'État. C'est ce qui explique que le PAMI, qui en théorie devrait s'en rapporter au ministre de la Santé, n'a aucune connexion avec le ministère et joue son propre jeu (...). Ce sont des structures différentes et on les maintient délibérément sur un plan isolé ou de confrontation. » (A10, Gestionnaire ministère de la Santé, 1999-2001)

Vers la fin des années 1990, les résultats ont montré l'échec des deux principales lignes de réforme préconisées pendant cette période : la réforme du travail et celle du système des services de soins médicaux (Belmartino, 2005a).

Les processus de réforme de l'État, y compris dans le secteur de la santé, mis en œuvre en Argentine dans les années 1980 et 1990, sont l'exemple, au niveau mondial, de l'échec des propositions de réforme néolibérales encouragées par le Fonds monétaire international (FMI), la Banque mondiale (BM) et la Banque interaméricaine de développement (BID), parmi d'autres agences (Iriart & col, 2001 ; Belmartino, 2005b). Cet échec a été même reconnu par certains représentants des équipes travaillant à la réforme (Santiago, 2000, dans : Belmartino, 2005b ; Giordano & Colina, 2000) et il a été un des facteurs de la crise de 2001. Les politiques de réforme n'ont fait qu'augmenter et approfondir la carte des inégalités dans le pays, élément qui constitue actuellement une donnée incontournable pour aborder la scène politique de la santé publique en Argentine.

Le diagnostic du système de santé est resté presque tel quel au cours des différents gouvernements et on pourrait le résumer en disant que le secteur est fragmentaire, hétérogène, inefficace et inéquitable. Les causes sont différentes selon l'optique des auteurs abordés et peuvent se retrouver dans l'organisation déficiente, les crises économiques, la configuration du système, le fédéralisme argentin, le choix de mauvais instruments, l'absence de concurrence, parmi les plus importantes. Pour faire face à cette situation, les administrations ont recouru à plusieurs reprises aux *soins primaires de santé*, tenus comme axe du système pendant le premier gouvernement démocratique et repris après, aussi bien dans le gouvernement de De la Rúa que dans celui de Kirchner, comme nous le verrons par la suite ; à l'exception du gouvernement de Menem pendant lequel ils ont eu un rôle plus marginal au système, conçus à peine comme une stratégie qui pourrait contribuer à la restructuration des sous-secteurs.

Pour mettre fin à ce point dédié aux réformes en Argentine, signalons qu'elles ont visé presque toujours à augmenter la couverture des soins et qu'elles ont considéré l'équité seulement sous l'aspect de l'accès aux soins et non pas comme l'opportunité pour tous les individus de développer pleinement leur potentiel de santé, en agissant sur la réduction des différences inutiles, évitables et injustes (Whitehead, 1991 ; Evans y col. 2001 ; Braveman & Gruskin, 2003). Ces réformes n'ont pas envisagé non plus l'incorporation d'autres secteurs dont les politiques pouvaient améliorer la santé de la population.

Attributs de base du problème

Si nous résumons les principales idées contenues dans la littérature concernant la constitution du modèle de soins en Argentine, nous pouvons identifier au moins quatre éléments qui ont agi comme limitations structurelles du système en l'empêchant d'avancer vers un système de santé universel : 1) la logique de la solidarité groupale à la base des mutuelles et de la sécurité sociale syndicale ; 2) une autorité sanitaire faible ayant de multiples agendas et des intérêts opposés coexistants, ce qui a créé une tension entre la rationalité technique et la rationalité politico-partisane encore irrésolue de nos jours ; 3) un secteur privé qui s'est développé sans ou avec très peu de régulation ; 4) le modèle médical qui domine dans la conception du système et la représentation sociale du processus santé-maladie-soins de la population. Ces deux derniers étaient encouragés non seulement par les organismes de crédit internationaux, mais encore par les techniciens à l'intérieur du secteur de la santé nationale. Il en résulte l'acceptation de l'idée que le droit à utiliser un service est en rapport avec la capacité de paiement de celui qui en a besoin et non pas avec un droit de citoyenneté.

La promotion de la santé est mentionnée à plusieurs reprises et n'est jamais définie, mais elle est conçue sous la forme d'actions ponctuelles visant des facteurs de risque des populations pauvres – ces dernières étant exclues des sous-secteurs soit de la sécurité sociale, soit du privé. En fait, ces actions servaient à baisser les coûts du système et à améliorer l'utilisation des rares ressources.

Le résultat de cette situation est un système comme celui qui existe actuellement en Argentine, fragmenté et inéquitable, tel que le reconnaissent les différents acteurs (Belmartino, 2005ab, 2007 ; Cetrángolo & Devoto, 2004 ; Acuña & Chudnovsky, 2002 ; Iriart & col, 2001). Tout le long de l’histoire, il ne semble pas y avoir eu de discussion profonde ni sur la conception de la santé que la société veut se donner ni sur le type de système dont elle a besoin.

Tableau 3 – L’organisation du système de santé en Argentine par rapport aux gouvernements au pouvoir (XX^e et XXI^e siècles)

	Présidents	Principales formes organisatrices	Axes/lignes d’action
1920-30	1916-22 H. Yrigoyen 1922-28 M.T. de Alvear 1928-30 : coup d’état H.Yrigoyen 1930-32 Gouvernement militaire 1932-38 : A.P. Justo	Création des organisations mutuelles, hôpitaux publics et des collectivités. Axe: médecins “prestigieux”. État : faible présence à travers le Département national d’hygiène.	On établit les bases de l’organisation du système de santé. La bienfaisance est dans les mains des Dames Vénérables et de certaines coopératives de médecins. L’État exerce des activités d’hygiène et le rôle de police sanitaire sans lien direct avec la fourniture de soins. Ce sont les médecins qui déterminent ce qui est bon ou mauvais en matière de santé et qui sont chargés directement des soins.
1940	1938-42 R. Ortiz (rénonce) 1942-43 R. Castillo (coup d’État) 1943-46 Gouvernement militaire 1946-1951 J.D. Peron	Reconnaissance du besoin d’une plus grande intervention de l’État. Légalisation des mutuelles par Loi 1943 : Création de la Direction nationale de santé publique et de l’assistance sociale Création de nouvelles institutions de santé, antécédents de ce qui va s’appeler la sécurité sociale. Fondation Eva Perón 1949 : Secrétariat de la santé publique (avec statut de Ministère)	L’État intervient dans le financement, la régulation et la provision de services. Défense d’un mécanisme solidaire dans la couverture de santé. Tensions : entre universalisme et particularisme, intervention étatique et régulation corporative (médicale), unification et fragmentation des juridictions et de la couverture de la population.
1950-60	1951-1955 J.D. Perón (destitué) 1955-1958 Gouvernement militaire 1958-1962 A. Frondizi (destitué) 1962-63 J.M. Guido Normalisateur 1963-1966 A.H. Illia (destitué) 1966-1973 Gouvernement militaire	Consolidation comme mode de fonctionnement de la sécurité sociale/mutuelles d’une part, et des organisations syndicales médicales d’autre part. Coup d’État de 1966 ; essaiera d’attribuer à l’État un rôle d’organisateur.	Préoccupation concernant la durabilité financière du système. Instabilité de l’action de l’État en matière de santé.
1970-80	1973-73 H.J. Campora	Gouvernement militaire ; (1970) étend la sécurité	

	<p>(démissionne)</p> <p>1973 R.A. Lastiri (normalisateur)</p> <p>1973-74 J.D. Perón (meurt)</p> <p>1974-76 I. Martínez de Perón (destituée)</p> <p>1976-1983 Gouvernement militaire</p> <p>1983-1989 R.R. Alfonsín (démissionne)</p>	<p>sociale à tous les travailleurs dépendants.</p> <p>1970 : Création de l'INSSJP (PAMI) services sociaux pour les personnes âgées Création de l'Institut national de la sécurité sociale (INOS)</p> <p>Institutionnalisation des trois sous-secteurs : public, sécurité sociale, privé.</p> <p>1981 : Création du COFESA</p> <p>1989 : Suppression de l'INOS remplacé par l'Administration nationale de l'assurance de santé (ANSSAL)</p>	
1990-2006	<p>1989-1999 (deux mandats) C.S. Menem</p> <p>1999-2001 F. De la Rúa (démissionne)</p> <p>2001 A. Rodriguez Saa</p> <p>2001-2002 E. Caamaño</p> <p>2002-2003 E. Duhalde</p> <p>2003-2007 N. Kirchner</p>	<p>La crise de "l'hyperinflation" ouvrira les portes à une série de réformes de couleur néolibérale.</p> <p>1996 : Création de la Surintendance de services de santé (SSS) et remplace l'ANSSAL</p> <p>Conformation de la Table ronde du dialogue argentin</p>	<p>Dérégulation de la sécurité sociale syndicale. Création des hôpitaux d'autogestion Création des assurances publiques provinciales</p> <p>Approfondissement de la décentralisation du système.</p> <p>Essai de régulation du secteur privé.</p> <p>Entrée de capitaux multinationaux dans le domaine de la santé.</p> <p>Élaboration de la politique à partir du document « Politiques de santé » visant à introduire des changements dans le modèle néolibéral de la réforme implantée dans les années 1990. Ce projet ne sera pas mis en application à cause de la crise de 2001.</p> <p>Déclaration d'état d'urgence sanitaire nationale</p> <p>Essais de stabilisation du ministère et de l'action en santé publique Présentation de la Politique à partir du document « Plan fédéral de santé »</p> <p>Mise en place de la politique nationale des médicaments Renforcement des soins primaires de santé Revitalisation du COFESA</p>

5.2. ÉVOLUTION DU SOUS-SYSTÈME DE LA SANTÉ : LA POLITIQUE NATIONALE DE SANTÉ À L'ÉGARD DE LA PROMOTION DE LA SANTÉ

Dans la section antérieure du chapitre, nous avons présenté brièvement l'organisation de l'État, la constitution du système de soins, ses acteurs, l'influence d'autres sous-systèmes et quelques-uns des événements externes au sous-système de santé tels que les réformes et les changements de gouvernements tout en considérant les valeurs qui ont constitué le système et les réformes.

Dans cette section, nous présenterons les différentes étapes de la politique de santé : la mise à l'agenda, la formulation et la mise en place, en mettant l'accent sur la compréhension et le discours sur la promotion de la santé aussi bien dans les documents de la politique que chez les acteurs interviewés. Pour aborder le sous-système de santé, nous avons tenu compte de la prémisse du modèle de Sabatier et Jenkins-Smith qui pose la nécessité d'inclure des catégories d'acteurs parmi lesquels on distingue, entre autres, les chercheurs et les gestionnaires du gouvernement (que ces auteurs appellent acteurs) responsables de l'élaboration ou de la mise en place des politiques.

Cette section est divisée en deux sous-sections : la première est dédiée à la mise à l'agenda et à la formulation et adoption de la politique ; la seconde sous-section présente l'analyse de la promotion de la santé dans la politique nationale mise en place à travers les documents officiels du ministère de la Santé et les entrevues à propos du diagnostic réalisé sur la situation de la santé ou du système de soins, la compréhension de la promotion de la santé et les obstacles perçus par les acteurs interviewés pour son développement.

Un troisième point de ce chapitre couvre le rôle des organismes internationaux dans le développement et la compréhension de la promotion de la santé dans le pays. Finalement, le dernier point est consacré aux principales conclusions du cas étudié à la lumière du cadre conceptuel utilisé.

5.2.1. Mise à l'agenda et formulation de la politique

Mise à l'agenda

À la fin de 1999, le nouveau gouvernement de l'Alianza²⁶, avec Fernando De la Rúa comme président, commençait son mandat. Le gouvernement justicialiste/péroniste de Menem sortait de la scène politique usé par le haut degré de corruption et par la rigidité du modèle néolibéral qu'il avait appliqué et qui n'avait pas montré de résultats positifs, aggravant la crise commencée en 1998. À cause de l'échec des politiques néolibérales mises en place dans les années 1990, une sorte de consensus a commencé à se constituer dans les différents milieux, lié au besoin d'élaborer des politiques sociales élargies et d'un rôle plus important de l'État dans le champ du social ; ce consensus a fonctionné comme une fenêtre d'opportunité pour un changement dans le discours sur la santé et dans l'orientation de la politique.

Rappelons que pour Kingdon, la fenêtre d'opportunité pour qu'une politique ait lieu requiert la confluence de trois courants : le courant du problème (le gouvernement doit montrer qu'il y a consensus sur le problème et qu'un changement semble possible), le courant de la politique (*politics*) (motivation chez les partis politiques, humeur politique nationale, changements administratifs ou groupes de pression, formation de coalitions) et le courant des politiques (*policy*) (idées, propositions et alternatives « dans l'air du temps » permettant la sélection des problèmes et des propositions qui aboutiront à la politique publique).

Quelles idées/alternatives étaient dans l'air du temps à ce moment-là ? Essayant d'identifier les trois courants de Kingdon pour la mise à l'agenda, nous pouvons signaler que dans la sphère internationale, le mouvement promoteur des Soins

²⁶ « L'Alliance pour la production, le travail et l'éducation » s'est constituée le 2 août 1997 comme un front contre la politique du Président Menem. Elle était dirigée par le parti de « l'Union Cívica Radical » (UCR) et le « Front pour un pays solidaire » (FREPASO), un détachement de divers secteurs du parti justicialiste/péroniste.

primaires de santé (APS) reprenait sa force²⁷. En septembre 2005, l'OPS a mis au point *Renewing Primary Health Care in the Americas*, document de position qui définit l'approche et donne les grandes orientations stratégiques et programmatiques sur lesquelles seront érigés les systèmes de santé dans l'optique du renouveau de la vision. La nouvelle vision de l'OPS/OMS se démarque des approches adoptées depuis 1978 aux soins de santé primaires. Elle rejette l'idée d'une enveloppe définie d'interventions de santé visant des groupes spécifiques de la population, cherchant davantage à transformer le système de santé dans son entier. Elle épouse les principes de l'équité, de la solidarité et du droit de chacun à atteindre le meilleur état de santé possible. Elle met aussi en avant la qualité des services et la viabilité. Elle reconnaît les rôles des secteurs public, privé et à non but non lucratif ainsi que l'importance des fonctions du système de santé autre que la prestation des soins médicaux. Le document présente trois valeurs centrales (Droit au niveau de santé le plus élevé possible; équité et solidarité), sept principes (réponse aux besoins de la population; orientation sur la qualité; responsabilisation du gouvernement; justice sociale; durabilité; participation et intersectorialité) et 13 éléments essentiels qui sont les fondements des systèmes de santé basés sur les soins de santé primaires (actions intersectorielles; couverture et accès universels; premier contact; soins intégraux, intégrés et continus; orientation familiale et communautaire; accent sur la promotion et la prévention; soins appropriés; mécanismes de participation active; cadre politique, légal et institutionnel solide; politiques et programmes pro-équité; organisation et gestion optimales; ressources humaines appropriées et ressources adéquates et durables) (OPS, 2005). Il a surgi comme un discours de légitimation du changement nécessaire dans le secteur et dans la société. Les idées contenues dans ce mouvement peuvent être identifiées comme le **courant des politiques (policy)**.

Le **courant du problème** a été caractérisé par le faible résultat des politiques de réforme du secteur de la santé mises en place dans les années 1990 : a) le financement public est resté tel quel et la dépense privée élevée s'est maintenue ; b) les assurances privées ont augmenté ainsi que les dépenses des familles ; c) la

²⁷ Pour plus d'information Voir: *Organisation Panaméricaine de la santé, (2005). Renovación de la Atención Primaria de la Salud en las Américas; Documento de Posición de la Organización Panamericana de la Salud (pp.36).*

couverture a diminué ; d) la capacité institutionnelle publique et de régulation s'est affaiblie et s'est fragmentée davantage ; e) les processus de décentralisation ont augmenté l'iniquité dans le pays et f) l'accent mis sur le coût-efficacité dans le choix des actions de santé a conditionné le principe de solidarité et d'équité qui a essayé de guider le système. Le consensus déjà mentionné entre les partis politiques et les acteurs du nouveau gouvernement de l'Alianza quant à la nécessité du changement peut être identifié comme le **courant de la politique (*politics*)** : l'Alianza prétendait se constituer comme une coalition réunissant un large éventail d'acteurs qui s'opposaient aux politiques néolibérales appliquées pendant la décennie précédente. Le ménémisme, de son côté, était politiquement discrédité, ce qui l'empêchait de se constituer comme une force d'opposition au changement. Les syndicats eux aussi étaient affaiblis à cause des réformes et de la diminution du nombre de travailleurs salariés associés aux syndicats.

Il est important de souligner que pour Kingdon, plus une communauté politique est fragmentée, plus la possibilité d'un changement brusque de politique existe. Pour Sabatier, les événements externes ont un impact décisif sur le changement de la politique : les résultats des réformes (de l'État, mais aussi du secteur de la santé) mises en place en Argentine et la crise qui avait commencé à s'approfondir en 1998 ont polarisé fortement la scène politique du pays. Dans ce contexte, les trois courants mentionnés plus haut : du problème, de la politique et des politiques ont convergé, ce qui a permis au discours sur les Soins primaires de la santé d'être adopté et considéré comme central pour la poursuite d'un « nouveau modèle » ; en même temps, cette convergence proposait un changement plus grand dans l'orientation du système qui n'a pu être repris qu'après la crise de 2001.

Formulation de la politique

En 2000, le gouvernement de l'Alianza a élaboré un document appelé « *Politiques de santé* » qui allait fonctionner comme politique du secteur. Dans ce document on constate que : 1) les politiques des années 1990 ont eu comme conséquence l'augmentation de l'iniquité et de la pauvreté dans le pays, 2) des facteurs liés aux

aspects de la société et son organisation ont une incidence directe sur le processus santé-maladie et 3) le système de soins est fragmenté et le modèle de soins est dirigé à la maladie au détriment des programmes de promotion, de prévention et de soins primaires de santé :

« L'un des principaux changements qui s'est produit dans le pays tout le long des dernières années a été **l'augmentation de l'iniquité et l'accroissement de la pauvreté et des problèmes d'emploi qui nuisent à la qualité de vie de toute la société**. La prévalence de la pauvreté selon les revenus touche, en 2000, le tiers de la population, proportion similaire pour ceux qui souffrent des problèmes d'emploi (chômage et sous-emploi) 20 % des foyers ont des nécessités de base insatisfaites (NBI), alors que l'indice de développement humain élaboré par le Programme des Nations Unies pour le développement (PNUD) de 1998 situe l'Argentine au 36^e rang sur un total de 174 pays du monde » (MSAL, 2000 : 7)

« ... **les facteurs qui ont une incidence sur les processus de santé-maladie d'une population sont liés à des aspects centraux de la structure et de l'organisation sociale**, tels que le niveau de richesse et les caractéristiques de sa distribution, les conditions de logement et du milieu, la nourriture, l'éducation et l'emploi, parmi d'autres aspects » (MSAL, 2000 : 8)

«... la fragmentation traditionnelle des sous-secteurs public, privé et de la sécurité sociale, avec leurs institutions et leurs établissements ayant un degré minimum de complémentarité et d'articulation (...) **le modèle de soins dirigé à la maladie au détriment des programmes de promotion et de prévention et du développement de réseaux de soins primaires...** » (MSAL, 2000 : 9)

Or, dans ce diagnostic, 1) on constate la profondeur de la crise et son impact sur les conditions de vie de la population, 2) on reconnaît que des facteurs tels que le niveau de richesse et sa distribution, le logement, etc. ont une forte incidence sur l'état de santé de la population et 3) on signale la prépondérance des actions visant la maladie au détriment des actions de prévention et de promotion, conséquence directe du modèle de soins qui prédomine dans l'organisation du système.

Le gouvernement de l'Alianza est déterminé à appliquer effectivement le droit à la santé à partir des « *principes d'équité, de solidarité et de durabilité des actions envisagées* » à travers différentes stratégies ayant pour objectif le « *changement du modèle de soins, avec le renforcement des soins primaires et l'incorporation du médecin de famille et en favorisant la réorganisation du système des services de*

santé et des systèmes de financement » (MSAL, 2000 : 15). On identifie quatre politiques majeures qui visent à : a) garantir la couverture de santé pour toute la population ; b) renforcer le leadership du secteur ; c) promouvoir l'articulation et l'intégration intra- et intersectorielle et d) renforcer la formation des ressources humaines pour la recherche (MSAL, 2000). Ce document devient politique avec le décret 455/2000 « Cadre stratégique-politique pour la santé des Argentins ».

Depuis le discours, le nouveau modèle proposé représente un changement par rapport aux politiques de la décennie précédente, mais il ne réussit pas à avancer dans un sens critique. Les Soins primaires de santé (APS) – considérés comme axe du modèle – et la promotion de la santé sont définies dans leur conception la plus restreinte ou bien ils se superposent à l'égard de leurs buts, leur focalisation et leurs stratégies : les Soins primaires de santé ont été établis en priorité à partir d'un « *nouveau paradigme fondé sur une conception intégrale de la santé, visant à développer des styles de vie sains et des comportements de soins de soi, dans un espace proche des personnes et des familles* » (MSAL, 2000 : 19).

Dans le domaine plus large du secteur de la santé, la politique de l'Alianza se proposait de réorganiser – à partir du modèle basé sur les Soins primaires de santé (APS) – les trois sous-systèmes : public, privé et de la sécurité sociale. Cependant, les fortes tensions à l'intérieur même du pouvoir exécutif, la faiblesse institutionnelle et l'opposition des forces syndicales et des secteurs liés à des intérêts privés ont constitué de graves obstacles pour mettre en place ce modèle. Il est important de rappeler qu'en Argentine, les provinces sont les unités technico-administratives responsables des soins et de la protection de la santé de la population. Pendant le gouvernement de l'Alianza, la plupart des provinces, notamment les plus riches, étaient gouvernées par le parti de l'opposition, justicialiste/péroniste, ce qui a exercé une forte contrainte sur les accords avec la Nation. De la même manière, le sous-secteur de la sécurité sociale conduit par les syndicats avec la CGT, a été toujours sous l'autorité du parti justicialiste/péroniste, constituant une opposition quasi permanente aux politiques des gouvernements ne représentant pas ce parti politique.

Dans la réorganisation du système, le gouvernement a accordé une place centrale au programme Médecin de famille, ce qui a renforcé la figure du médecin en tant qu'organisateur du système de soins et s'est avéré un obstacle pour l'intégration d'autres acteurs au domaine de la santé publique.

Il est intéressant d'observer la contradiction existant entre la définition de ce qui implique une « vie saine » et les actions qui se dégagent de la politique du gouvernement énoncée dans le document « *Politiques de santé* » :

« Le concept de **vie saine** implique une vision intégrale et large de la santé et **requiert le développement de politiques et d'actions** en rapport aussi bien avec le contrôle et la prévention des maladies qu'avec les risques pour la santé et l'encouragement ou la promotion de conditions de vie saines. Cette conception demande des autorités publiques l'implication **de ressources sectorielles et extrasectorielles** en quête de **politiques saines** dans les différents aspects de l'activité humaine, **notamment dans les domaines de l'Éducation et de l'Infrastructure et l'Environnement.** »
(MSAL, 2000 : 37)

Dans ce paragraphe figure l'unique référence aux politiques saines de tout le document. Celles-ci n'y sont pas définies, mais sont toutefois mentionnées la responsabilité de l'autorité publique dans leur élaboration et la nécessité d'y incorporer d'autres secteurs. De plus, au moment de définir les domaines dans lesquels travaillerait le Sous-secrétariat des Programmes de prévention et de promotion, sont citées : 1) les maladies transmissibles : la tuberculose, la dengue, la maladie de Chagas, la lèpre, le choléra, le SIDA et 2) les maladies non transmissibles : le cancer, les maladies cardiovasculaires, les maladies pulmonaires obstructives chroniques et le diabète. Sur ces dernières, il est dit qu'elles « *sont fortement associées aux modes de vie inadéquats (tabagisme, alimentation inadéquate et sédentarisme)* » (p. 40). La faisabilité d'une grande partie du travail dans ces domaines a été véhiculée à travers le Projet de vigilance de la santé et le contrôle des maladies, VIGI-A, (financé par la Banque mondiale), incluant des

activités de prévention des programmes Carmen²⁸ et Villes et villages en santé²⁹. On considère même la réalisation d'une Enquête nationale de santé sur les facteurs de risque, prévue pour l'année 2002, dont les résultats permettraient d'ajuster les programmes de prévention et de contrôle des risques (MSAL, 2000). Cette enquête a été finalement menée trois ans plus tard que prévu en raison de la crise de décembre 2001 et du changement de gouvernement.

Place de la Promotion de la santé dans la politique

Depuis le Sous-secrétariat de Programmes de prévention et de promotion dans la période 1999-2001 – selon les recommandations de l'OPS qui demandait aux pays de la région d'élaborer des Plans nationaux de promotion – le document a été élaboré « *Linéaments pour le Plan national de promotion de la santé et prévention de risques de maladie* ». La promotion, qui y est définie de façon large et avec mention des déterminants de santé, reste limitée à l'adoption de modes de vie sains ; la nécessité d'intervenir dans les conditions de vie y est décrite, mais elle est opérationnalisée à travers des actions de prévention ; l'influence sur la qualité de vie aurait lieu dans le changement des comportements individuels ; l'État ou l'autorité publique ne sont pas mentionnés comme responsables et acteurs fondamentaux pour son développement. Cette manière de concevoir la promotion de la santé est encadrée dans ce que nous appelons *conception programmatique* :

« On comprend par **Promotion de la santé** une stratégie qui implique un processus de travail et de construction collective avec les gens, établissant des liens avec leur milieu et augmentant la responsabilité sociale à travers la participation communautaire et le travail intersectoriel. **Son centre d'attention est lié à un plus grand contrôle sur les déterminants de la santé et orienté vers l'adoption de modes de vie sains**, selon les valeurs et les préférences de la population. » (MSAL, 2001)

« (...) **la promotion** vise à influencer sur la qualité de vie, sur les conditions dans lesquelles vivent les gens et sur les interactions entre les groupes de

²⁸ Le programme CARMEN : ensemble d'actions en vue de la réduction et le maniement des maladies non transmissibles – Il a commencé à être mis en œuvre dans quelques municipalités de la province de Buenos Aires à la fin des années 90 ayant obtenu un certain succès dans son développement.

²⁹ Le programme VVS a été lancé par l'OMS à la fin des années 80 et proposé en Amérique latine à partir de la moitié des années 90. La proposition consistait à considérer la santé comme prioritaire dans l'agenda des gouvernements municipaux.

populations et leur milieu. La prévention, par contre, vise à éviter les risques de tomber malade avec toutes les conséquences en termes de maladies ou d'autres types de dénouement. » (MSAL, 2001)

Dans le domaine de la promotion de la santé, le Plan se proposait de renforcer et de développer la promotion dans l'agenda des politiques publiques et de consolider les programmes de prévention déjà existants. D'après un fonctionnaire de ce gouvernement :

« ...Je crois que nous avons donné le coup de pied initial. (...) On a commencé à parler de promotion à partir d'institutions de santé publique et on a commencé à y impliquer des gens et je crois que nous avons été une partie négligeable d'un mouvement qui a démarré. On a convoqué une Commission nationale consultative, on a rédigé un Plan national... On peut dire 'le plan ne sert à rien', mais la discussion d'idées et de concepts a été bonne et on a décidé une réunion au Conseil fédéral de la santé [COFESA]. On a bien apporté sa petite pierre à l'édifice. » (A 10, Gestionnaire ministère de la Santé, 1999-2001)

Changements externes au sous-système : la crise de 2001-2002

La chute du gouvernement de l'Alianza, à peine deux ans après son élection, ne permet pas d'établir quelles auraient été les possibilités pour les changements proposés dans un contexte où l'on ne comptait pas sur une corrélation de forces nécessaire pour leur mise en place. La crise du gouvernement de De la Rúa a eu à sa base des divergences profondes, à l'intérieur même du pouvoir exécutif, sur la politique économique à appliquer et sur les secteurs sociaux importants avec lesquels établir des alliances ; parmi ces derniers, les secteurs financiers ayant des intérêts dans le domaine de la santé et le syndicalisme s'avèrent être les acteurs fondamentaux pour la non-faisabilité du changement proposé :

« (...) Nous faisons partie d'un gouvernement qui a démarré harcelé et qui a fini harcelé, à cause de ses propres intrigues internes d'une part, et de l'opposition d'autre part, et qui a duré la moitié de ce qu'il devait durer (...). Dans notre gestion, notre ministre avait une vision plus médicalisée : il préférait les hôpitaux aux municipalités et aux ONG. » (Gestionnaire ministère de la Santé, 1999-2001)

La crise profonde de 2001 a paralysé le pays et a laissé sans gouvernail le ministère de la Santé. Le décret 486/2002 a déclaré l'état d'urgence sanitaire nationale de mars

à décembre 2002³⁰. En janvier 2002, un gouvernement provisoire s'est constitué et a nommé Eduardo Duhalde président. Celui-ci appartenait au parti justicialiste/péroniste et a été chargé de stabiliser le pays avant d'organiser l'élection présidentielle. Ce président a lancé la « Table ronde du dialogue argentin » qui prétendait formuler un plan stratégique du pays à travers le fonctionnement de « tables rondes » sectorielles. Ces dernières étaient constituées des différents secteurs sociaux nationaux et des organismes de coopération internationale comme l'UNICEF, l'OPS, et les Nations Unies. L'Église y avait un rôle prépondérant et a essayé de conduire l'agenda, y compris le secteur de la santé (MSDA, 2002; Ugarte, 2003).

La Table ronde sectorielle de la santé décrivait la situation du secteur de la manière suivante :

« La situation sanitaire nationale n'échappe pas à la profonde crise économique et sociale que traverse notre pays. La gravité extrême que les acteurs du secteur et la société dans son ensemble ont trouvée dans cette scène en particulier est en train de conduire à son effondrement un système qui, dans la dernière décennie, conservait encore son fonctionnement, bien que de manière désarticulée, fragmentée et inharmonieuse (...). Malgré l'important réseau de ressources sanitaires publiques et privées du pays, la dispersion des objectifs et des efforts a empêché que l'ensemble des prestations atteigne le caractère systématique qu'exige toute action ordonnée et efficiente. » (MSDA, 2002 : 5)

Le fonctionnement de la Table ronde du dialogue argentin a perdu sa force à mesure que le gouvernement de Duhalde devenait plus fort. Pour la définition de la politique du secteur, le nouveau ministre de la Santé, Ginés González García, se montrait plus intéressé à élaborer un agenda qui attribuait un rôle plus grand à des organisations fédérales comme le COFESA (considéré comme l'espace clé pour l'établissement de consensus entre le niveau national et les provinces), tout en diminuant le rôle de l'Église et des syndicats. Ce nouveau ministre s'est appuyé sur une reconnaissance assez importante de son parcours dans la région latino-américaine depuis son institut ISALUD engagé dans l'étude et l'analyse économique des réformes de systèmes de santé en tant que consultant de l'OPS à plusieurs reprises. Il possédait donc de

³⁰ Ce décret sera prolongé d'un an.

l'expertise technique et de l'appui même au niveau régional, ce qui lui a permis de mettre en place plusieurs actions et mesures visant la stabilisation du ministère. Une nouvelle coalition dans le domaine sanitaire argentin s'est alors peu à peu constituée, répondant ainsi au leadership du ministre de la Santé.

En 2002, le Conseil national de coordination de politiques sociales (CNCPS) a été créé ; il dépendait de la présidence de la nation et fonctionnait comme « *un espace d'articulation de la planification et de la coordination de la politique sociale nationale pour améliorer la gestion du gouvernement à travers la formulation des politiques et la définition des cours d'action articulés et intégraux, en optimisant l'attribution des ressources, la transparence des actions et le contrôle social* » (<http://www.politicassociales.gov.ar/>). Le CNCPS est composé des huit ministres nationaux et d'un secrétaire : le ministre du Développement social ; du Travail, de l'emploi et de la sécurité sociale ; de l'Éducation ; des Sciences, de la technologie et de l'innovation productive ; de la Santé ; de l'Économie et de la production ; de la Justice, de la sécurité et des droits de l'homme ; de la Planification fédérale, de l'investissement public et des services ; et du Secrétariat national de l'enfance, de l'adolescence et de la famille.

5.2.2. Mise en place de la politique nationale

En mai 2003, Nestor Kirchner, du parti justicialiste/péroniste, est élu président de la nation pour la période 2003-2007. Gonzalez García a été à nouveau confirmé dans son poste de ministre de la Santé. Au début mars 2003, l'Accord fédéral de santé a été signé, alors appelé Accord de San Nicolas ; il identifiait six politiques d'État à mettre en place au cours de ce mandat : a) politique nationale de médicaments ; b) santé mère-enfant ; c) assurance publique de santé ; d) programmes protégés (vaccins, HIV-SIDA, lait et actions de prévention, promotion et éducation pour la santé ; e) renforcement des soins primaires de santé et f) Comité fédéral de santé, COFESA (MSAL, 2003). Ces politiques ont été reprises dans le document « *Bases du Plan fédéral de santé* » présenté au milieu de 2004.

Pareillement à la politique de l'Alianza, aucune discussion profonde sur le système de santé et son organisation n'a été proposée, mais le même diagnostic historique de fragmentation sur lequel on organisait les propositions pour « corriger » cette situation a été appliqué. De même, l'organisation du système en trois sous-secteurs, base de la fragmentation, n'a pas été remise en question. La crise a eu deux corrélats : d'une part, elle a représenté une fenêtre d'opportunité pour le changement du discours sur l'APS (Soins primaires de santé) qui a été finalement incorporée. D'autre part, elle a renforcé le modèle médical – modèle historique de l'organisation du système en Argentine – en attribuant les crédits ou des prêts internationaux à de nouvelles priorités de l'urgence sanitaire : a) la garantie de l'accès aux médicaments³¹ ; b) la garantie de prestations de base essentielles³² et c) l'intervention de l'Institut national des services sociaux pour les retraités et les pensionnés (PAMI) (Décret 486/2002).

Le Plan fédéral de santé (PFS) identifiait les limitations des politiques mises en marche dans les années 1990 qui ont eu comme conséquence l'augmentation des iniquités à cause de la prééminence des objectifs financiers sur les besoins du secteur de la santé, de l'absence d'un plan institutionnel et financier pour mener à bien la décentralisation et enfin, de l'absence d'un consensus social et politique :

« (...) Les objectifs financiers l'ont emporté sur les demandes du secteur en vue de l'amélioration de l'efficacité et de l'équité. **L'absence d'un design institutionnel et financier qui accompagnerait le processus de décentralisation, sans le consensus social et politique indispensable, a provoqué l'approfondissement des disparités existantes...** » (MSAL, 2004 : 14)

On reconnaissait le rôle des déterminants sociaux sur l'état de santé de la population, mais ils n'ont été ni définis en tant que tels ni identifiés comme prioritaires de l'action ; ils ne sont pas non plus repris dans le document :

³¹ Cette action sera mise en œuvre à travers la création de deux sous-programmes : l'assurance de médicaments d'utilisation ambulatoire pour des chefs de foyer et de médicaments génériques pour les soins primaires de santé (Décret 486/2002 d'Urgence sanitaire nationale : 4)

³² Elles doivent être accordées en priorité au Système national de la sécurité sociale et à l'Institut national de sécurité sociale pour les retraités et les pensionnés (PAMI) (Décret 486/2002 d'Urgence sanitaire nationale : 5)

« (...) L'état de santé de la population ne dépend exclusivement ni de l'accès aux services de santé, ni du modèle des soins des maladies, ni du mode de financement. **Il existe de nombreux facteurs extrasectoriels qui ont une grande incidence sur la santé et dont il faut tenir compte au moment de concevoir des politiques orientées au secteur.** Parmi eux notamment, les aspects liés **au logement, à l'éducation, à l'alimentation, à l'emploi et au mode de vie et la qualité environnementale.** » (MSAL, 2004 : 15)

À l'égard du modèle de soins, la nécessité d'un changement qui devait viser à modifier l'iniquité à travers l'accès aux soins s'est fait sentir. L'APS (Soins primaires de santé) a été considérée comme base de l'organisation ; le niveau central fédéral est resté faible dans l'établissement de priorités et d'accords avec les provinces :

« **Nous voulons modifier notre modèle de soins.** Nous le souhaitons plus orienté vers la prévention, **en coïncidence avec des politiques saines** pour tous, avec de vrais soins de notre corps et la promotion de milieux sains (...). **Que le système de soins soit le plus universel possible, avec les restrictions normales en la matière.** » (MSAL, 2004 : 9)

« Modifier l'iniquité équivaut à offrir l'accès. » (MSAL, 2004 : 10)

« Vingt-cinq ans après la Déclaration d'Alma-Ata, et malgré sa présence permanente dans l'énoncé des politiques, la stratégie de soins primaires de santé n'a pas encore été consolidée comme base de l'organisation du système sanitaire... » (MSAL, 2004 : 16)

« Les soins primaires de santé seront la priorité absolue et **les actions de promotion et de prévention obtiendront une affectation croissante de ressources.** » (MSAL, 2004 : 23)

« **Notre pays a une organisation fédérale très forte en matière d'autonomie provinciale, mais très faible dans la définition des priorités fédérales des politiques sectorielles et dans des instances de coordination.** Il devient évident, de cette manière, qu'une révision urgente des responsabilités des différents niveaux de gouvernement en matière de soins publics est nécessaire et que des réformes profondes doivent être adoptées. Dans cette logique, une politique de réforme primordiale doit se traduire par la conception d'un **nouveau modèle sanitaire** basé sur la construction de réseaux de soins et qui reconnaît sa base fondamentale dans la stratégie de soins primaires. » (MSAL, 2004 : 21)

Notre analyse des documents produits, l'un au cours de la présidence de De la Rúa et l'autre de la présidence de Kirchner, « Politiques de santé » et « Plan fédérale de santé » respectivement, nous permet de considérer que la politique nationale de santé de ce gouvernement a repris la proposition de la politique du gouvernement de l'Alianza, interrompue en raison de la chute du président De la Rúa et a réussi son implantation. Les différences entre les deux propositions se trouvent dans la base de légitimité et le jeu de forces et d'alliances que le ministre González García a réussi à construire.

La Promotion de la santé dans la politique : la vision des interviewés

L'analyse des entrevues montre que la compréhension de la promotion de la santé – comme pour les gouvernements précédents – continue d'être focalisée sur le changement comportemental et sur les facteurs de risque. On y constate aussi que les actions de promotion et de prévention se superposent ; la plupart des acteurs la perçoivent comme une question diffuse sur laquelle il n'y a pas eu de débat. En général, il s'agit d'un discours unique qui vise au changement comportemental des individus. Prenons le temps d'approfondir notre compréhension de leur discours :

*« ... **discipline nouvelle** qui est la somme de beaucoup de vides et d'interstices qui viennent d'autres **additions de concepts**, du concept de santé, qu'on ne finit pas de caractériser correctement (...). Ça peut être des conditions de santé de la population pour améliorer sa qualité de vie, ça peut être une discipline qui étudie des formes plus saines ou des outils ou des mécanismes d'intervention pour rendre la vie plus saine (...); pour d'autres, c'est la confusion avec des mesures de prévention (...). Vue de n'importe quel côté, **la promotion de la santé peut être plusieurs choses** » (A1 - Gestionnaire ministère de la Santé, 2003-2006)*

*« ...**des actions qui sont en rapport avec informer, communiquer** et les actions dans les soins de la santé en rapport avec les indications signalant quelles sont les règles qui contribuent au maintien de la santé et quelles sont les conditions des déterminants qui font que l'on puisse maintenir un équilibre et une situation de bonne santé dans un contexte donné et qui soient aussi en rapport avec l'interaction dans ce cadre social et avec le système de santé ; **quelles sont les possibilités que l'on a de pouvoir changer la condition de santé par rapport à ces comportements.** » (A2 - Gestionnaire ministère de la Santé, 2002-2003. Membre de la Commission de Santé du Congrès)*

*« ... Comme **l'ensemble... de pratiques...** et d'utilisations nécessaires et appliquées pour contribuer à construire une condition saine pour les personnes et les communautés. **La promotion est encore quelque chose d'imprécis pour les non-***

spécialistes (...). Ce qui contribue, ce sont les actions qui ont eu un impact réel sur la société comme l'incorporation de meilleures pratiques concrètes dans la vie quotidienne ; que ce soit la prévention du tabagisme ou les programmes sur la consommation d'alcool, ce sont des aspects qui ont un développement plus significatif que d'autres qu'on a du mal à internaliser comme des pratiques réelles ; par exemple, les phénomènes de participation communautaire en rapport à des aspects prioritaires pour la santé d'une communauté et les outils pour y faire face. C'est encore une pratique fragmentée, non assimilée. » (A3 - Gestionnaire ministère de la Santé, 1999-2006)

« ... c'est l'ensemble d'activités et d'attitudes destinées à obtenir un plus grand développement personnel et social des individus en termes d'une conception intégrale de la personne humaine [la promotion de la santé]... n'a pas été promue par le contexte ... le contexte en Argentine n'a pas signalé le thème de la promotion comme central. » (A4 – Chercheur universitaire)

*« ... je dirais que **c'est empêcher la maladie ... prévention et promotion**, c'est-à-dire, nous sommes en train de travailler en promotion de la santé avec une vision intégrale dans laquelle ce qui constitue la santé ce ne sont pas seulement les acteurs, mais encore l'environnement, la sécurité, l'éducation, tout ce que nous sommes en train de voir comme des déterminants de la santé. Nous essayons que chaque citoyen ait un environnement sain pour une meilleure qualité de vie. **C'est très différent de la prévention**, qui signifie empêcher la maladie, ce qui est bien sûr d'une importance fondamentale, mais **la promotion c'est donner à un corps sain un milieu sain**. » (A5 - Gestionnaire ministère de la Santé, 2003-2006)*

*« ... **stratégie de nature politique institutionnelle** qui cherche à poser un nouveau champ de problèmes et de gestions et à formuler des linéaments permettant le rapprochement avec des questions de nouvelles stratégies où la participation du domaine de la santé commence à être importante, mais fondamentale par rapport à d'autres zones ou secteurs primordiaux pour la vie sociale. Je peux aussi comprendre la promotion comme **un niveau d'intervention (...)** il y a un **ensemble d'interventions** que nous pouvons désigner comme **non-spécifiques qui mènent davantage à travailler dans des aspects liés au comportement face au changement environnemental, face aux milieux où les personnes vivent** et qui se différencient des interventions plus spécifiques que l'on associe généralement avec les niveaux de prévention, dirigées plutôt à éviter la maladie. On peut aussi comprendre la promotion comme un **ensemble de programmes (...)** visant la **prévention de maladies cardiovasculaires** et autres questions de grande importance épidémiologique qui rentrent dans ce que nous appellerions programmes de promotion » (A6 – Chercheur universitaire)*

*« ... **générer des capacités** chez les personnes afin de pouvoir travailler sur ces questions qui ont de l'influence sur leur santé. » (A8 - Gestionnaire ministère de la Santé, 1999-2006)*

« D'un point de vue plus pratique que théorique (...) la promotion de la santé était [dans la période 1999-2001] le travail pour renforcer ou commencer à développer des initiatives, des idées, des actions servant à orienter les groupes communautaires pour adopter des attitudes, des comportements et des modes de

vie qui éviteraient des risques de santé, en focalisant sur les grands problèmes émergents. » (A10 - Gestionnaire ministère de la Santé, 1999-2001)

Un seul interviewé signale les déterminants sociaux et l'autodétermination des personnes comme des questions clés de la promotion de la santé :

*« ... processus par lequel on vise deux questions fondamentales : 1) **travailler en visant les déterminants sociaux** pour créer plus de santé et 2) travailler en visant les capacités individuelles des personnes, bref, ce serait **travailler pour** ou **viser à encourager l'autodétermination des personnes en ce qui concerne la responsabilité de leur propre santé.** » (A7 - Gestionnaire ministère de la Santé, 1999-2006)*

À partir des entrevues, nous pouvons conclure que la promotion de la santé est conçue comme : a) une somme de concepts ; b) des actions d'information et de communication ; c) un ensemble de pratiques, d'activités, d'attitudes, de programmes (visant la prévention de maladies) ; d) une stratégie de nature politico-institutionnelle ; e) un moyen facilitateur du lien avec d'autres domaines ; f) un niveau d'intervention ; g) un processus qui vise à l'autodétermination des personnes en ce qui concerne la responsabilité de leur propre santé.

À l'exception de l'interviewé qui mentionne les déterminants sociaux et l'autodétermination des personnes par rapport à la santé, la question centrale tourne autour des changements comportementaux ou les modes de vie individuels ou de groupe. Aucun interviewé n'a parlé de la responsabilité de l'État dans le développement de la promotion de la santé ni de la nécessité d'introduire des changements dans les structures sociales de la société comme éléments clés de la promotion.

Certains interviewés reconnaissent les conséquences de cette conception, le manque d'un débat/accord sur ce que l'on comprend par promotion, l'accès de celle-ci limité à certains secteurs de la société qui ne sont pas les plus touchés par les iniquités, et les risques d'accorder à la promotion de la santé une fonction utilitariste comme « vaccin » contre les maladies chroniques :

« Il n'y a jamais eu de débat sérieux sur ce que nous entendons par promotion de la santé ; la plupart d'entre nous répètent ce que disent les livres, mais ce que tous les fonctionnaires du ministère ont internalisé et ce qui est versé vers l'extérieur, jusqu'à présent, est plutôt en rapport avec un changement de comportements, avec la promotion de comportements et de milieux sains et avec ça, il y a toujours des politiques associées à des mesures de prévention. Tout mélangé. Je ne peux pas te dire qu'il y a une définition et un accord univoque au niveau national. » (A1 - Gestionnaire ministère de la Santé, 2003-2006)

« ... le thème de la promotion, ce n'est pas seulement promouvoir des comportements sains, le sel, le tabac, etc., mais il s'agit de créer des conditions de vie et de développement qui permettent une promotion de la santé réelle, l'accès au travail, au logement, à l'éducation, etc., une société plus égalitaire et plus juste. Autrement, on promeut certains secteurs de la société sans tenir compte des autres secteurs où les déterminants de santé conditionnent absolument le développement comme personne et comme membre de la société. » (A2 - Gestionnaire ministère de la Santé, 2002-2003. Membre de la Commission de Santé du Congrès)

« Beaucoup de gens essaient de penser en termes de promotion de la santé – à mon avis incorrectement – en ignorant l'importance de la pauvreté ou des niveaux d'iniquité de la société. Et dans la mesure où cela arrive, tu finis par travailler pour la classe moyenne. Et tu n'arrives pas à 30 ou 40% de la population. » (A3 - Gestionnaire ministère de la Santé, 1997-2006)

« ... la promotion a un niveau très élevé de non-spécificité face à la spécificité des actions émergentes de protection (...) dans plusieurs cas, elle est restée liée à l'idée d'éducation pour la santé, très à la mode à l'époque de l'économie du développement (...) En général, la promotion en Argentine est mobilisée par le phénomène du vieillissement et des maladies chroniques (...). On est en train de faire une lecture qui tend à simplifier : tous veulent 'recevoir le vaccin de' (...) et parfois la promotion apparaît comme le vaccin contre les maladies chroniques » (A11 – Chercheur universitaire)

Par rapport aux **obstacles** à la promotion de la santé, les interviewés citent la crise du pays avec comme conséquence : la dévalorisation des institutions ; le modèle médico-hégémonique ou le manque de discussion sur ce que l'on entend par santé ; le manque de formation de ressources humaines et l'écart entre la théorie et la pratique ; le manque de ressources financières pour la promotion et le secteur privé qui coopte la promotion. Quelques-uns signalent l'impossibilité de faire de la promotion de la santé en contexte de crise :

« On ne peut pas parler de promouvoir des habitudes, des comportements ou des modèles de socialisation plus sains quand les gens ont faim ou qu'il n'y a pas de perspective pour l'avenir. Il y a une contradiction, il est difficile de penser en termes de promotion. » (A3 - Gestionnaire ministère de la Santé, 1997-2006)

« Ce qui n'est pas mûr en Argentine c'est le processus de construction d'une société démocratique. Dans ce cadre, la construction d'une société saine et l'emploi d'outils de promotion de la santé est une composante, importante, mais pas essentielle. » (A3 - Gestionnaire ministère de la Santé, 1997-2006)

« ... on ne peut pas parler de promotion (...) quand nous passons de 15% à 55% de pauvres ! Plutôt que de promouvoir la santé, il faut donner à manger aux gens » (A4 - Chercheur universitaire)

« ... dans la mesure où le pays ou la société traverse des crises économiques et sociales tellement profondes, il est possible que l'emphase mise sur la solution des problèmes soit centrée sur des questions de solution urgente. C'est-à-dire, si en 2001, les thématiques qui apparaissaient étaient de l'ordre de l'accès aux médicaments essentiels, la malnutrition, le manque de couverture pour les malades chroniques, etc., il n'est pas facile de penser à des stratégies qui demandent un investissement à moyen et à long terme ; les questions pressantes ou de solution urgente occupent tout le travail. » (A6 – Chercheur universitaire)

« La crise économique, la question de l'iniquité et je pense que la dévalorisation des institutions, tout cela n'est pas bon pour la promotion de la santé. » (A4 - Chercheur universitaire)

Par rapport au manque de discussion sur la santé et au modèle médical :

« En premier lieu ceci : **Qu'entendons-nous par le concept de santé ou quelle vision de santé nous voulons pour les Argentins ? C'est un débat qui est dans l'attente** et c'est en nous mettant d'accord que nous pourrions parler de promotion de la santé. **Je ne vais pas dire ce qui est évident à propos du modèle médico-hégémonique et hospitalo-centrique parce que nous le connaissons tous.** » (A1 - Gestionnaire ministère de la Santé, 2003-2006)

« ... le premier obstacle qui me vient en tête, c'est le modèle médical comme modèle de santé en vigueur, aussi bien dans les équipes que dans la communauté qui admet ces modèles. La maladie est par-dessus la santé... elle fait partie de l'imaginaire et des cultures et, comme nous le disons souvent, on a beau travailler réellement, les paradigmes cohabitent... Un autre obstacle à la promotion est le manque de ressources, non seulement humaines, mais aussi financières. » (A9 - Gestionnaire ministère de la Santé, 1999-2006)

Par rapport à la formation de ressources humaines et à la dévalorisation des institutions :

« ... un autre grand obstacle a rapport avec la **formation de ressources humaines**. Nous tous, professionnels de la santé, nous avons une grande déformation dans ce sens et cela se reflète à tous les niveaux, depuis l'assistance jusqu'à la gestion. » (A7 - Gestionnaire ministère de la Santé, 1999-2006)

« Je crois que dans notre cas, il y a un **problème institutionnel** très sérieux : le citoyen ne se fie ni à la justice ni au pouvoir législatif ; il est difficile dans ce

contexte de parler de la possibilité d'une politique liée à la vie saine venant de l'État. » (A10 - Gestionnaire ministère de la Santé, 1999-2001)

Les interviewés mentionnent la cooptation de la promotion de la santé par le secteur privé :

*« ... il y a un champ en rapport avec l'offre de services privés qui est très segmentée, partielle et qui vise à des découpages très partiels qui **lient la promotion à l'amélioration du comportement nutritionnel ou la promotion à la prévention spécifique de maladies.** » (A6 – Chercheur universitaire)*

*« ... je ne crois pas que le sujet de la promotion de la santé soit actuellement un sujet ayant un impact sur la population argentine. **Je crois que les sujets de la promotion de la santé sont plutôt posés depuis le marketing de l'industrie du bien-être,** comme on l'appelle en ce moment, que depuis la politique sanitaire gouvernementale. » (A10 - Gestionnaire ministère de la Santé, 1999-2001)*

*« ... j'ai l'impression que **lorsqu'on parle de promotion de la santé, il y a deux pôles : une expérience pratique des types qui, sans beaucoup de formation théorique, ont participé à un projet de promotion avec plus ou moins de succès, et un autre pôle plus théorique des livres, où l'on t'explique la quadrature du cercle, comment sont les gens avec qui tu habites ; des fois c'est bon, mais on ne peut pas justifier des livres aussi gros.** » (A10 - Gestionnaire ministère de la Santé, 1999-2001)*

*« ... ce qui est étrange dans tout cela, c'est qu'**il y a une espèce de promotion de la santé utilitariste qui est en train de travailler et une autre promotion qui est en rapport avec une meilleure insertion du dialogue entre la santé et la vie quotidienne (...)** avec la qualité de vie, la santé mentale, **qui à mon avis, est très en retard en Argentine.** » (A11 – Chercheur universitaire)*

Le peu de clarté de la promotion de la santé et l'absence de priorité apparaissent aussi comme des obstacles :

*«... **on ne peut pas dire que la promotion de la santé en Argentine ait un développement significatif, comparé à d'autres secteurs avec une plus grande tradition dans le domaine de la santé comme le réseau des soins de santé ... Ça dépend aussi de qui l'on décide rentre dans la promotion et ne rentre pas. Par exemple, un programme d'immunisation, c'est de la promotion ou pas ? Historiquement, on tend à y penser comme quelque chose d'extérieur à la promotion de la santé. La promotion est encore quelque chose de très imprécis pour les non-spécialistes.** » (A3 - Gestionnaire ministère de la Santé, 1997-2006)*

*« **Le contexte en Argentine n'a pas établi le sujet de la promotion comme central.** » (A4 - Chercheur universitaire)*

*« ... j'ajouterai aux obstacles... je ne sais pas si **le peu de visibilité** ou que les **résultats d'impact ne sont pas tangibles ni visibles...** parce qu'à long terme (...)*

Peut-être parce qu'elle n'est pas une politique prioritaire du ministère de la Santé (...) Parce que, pourquoi ce n'est pas une politique prioritaire pour le ministère de la Santé ? Parce qu'elle devrait être posée aussi dans d'autres secteurs de gouvernement. » (A8 - Gestionnaire ministère de la Santé, 1999-2006)

« ... je crois que ce gouvernement a filé un coup de main plus politique au développement de la promotion de la santé. De toute façon, je ne crois pas que la promotion soit un sujet de première importance dans l'agenda de personne... ni du ministre de la Santé ni des ministères juridictionnels. » (A10 - Gestionnaire ministère de la Santé, 1999-2001)

« ... la promotion de la santé exige qu'on réfléchisse sur le pourquoi des maladies, la forme... il faut se situer en dehors du milieu des services de santé. Actuellement, il y a des pays pour lesquels la santé publique est tellement à l'intérieur des services de santé qu'en réalité ils n'arrivent pas à comprendre la promotion. » (A11 - Chercheur universitaire)

Les obstacles mentionnés ont des liens très forts entre eux et ils se donnent du sens les uns les autres : la crise a installé la nécessité de répondre avec un accès plus large aux soins de la maladie tout en renforçant le modèle médical existant dans le secteur de la santé. À son tour, ce modèle médical fonctionne comme une barrière contre une discussion plus poussée à propos de ce que l'on comprendra par « promotion de la santé » ; sans aucune discussion sur ce point, on ne peut ni définir le type de ressources humaines dont on a besoin ni les axes de leur formation dont il faudrait tenir compte. On ne peut pas prévoir de financement pour ce qui n'a pas d'entité propre dans le système et qui est plutôt un ensemble « indéfini » d'actions de prévention. Finalement, le secteur privé se sert des représentations sur la santé et la maladie, que le système lui-même favorise, pour utiliser la promotion de la santé comme un outil de marketing qui vise au changement des comportements individuels.

La promotion de la santé n'est pas arrivée à s'installer dans le discours des acteurs de la santé publique en tant qu'outil valable pour le « changement de modèle proposé » ; elle est restée subordonnée aux soins primaires de santé (APS) – focalisés sur les services – qui deviendront l'axe de la politique de cette période. L'autorité sanitaire a cherché à la mettre en place à travers l'établissement de consensus dans le COFESA et la construction de leadership depuis le ministère.

L'adoption de l'APS et la stabilité institutionnelle du ministère national apparaissent dans les entrevues comme les réussites les plus importantes de cette période :

« ... en ce moment, il y a un leadership politique en matière de santé qui est irréfutable, n'est-ce pas ? Parce que ce que l'on a réussi en trois, quatre ans a été étonnant et je le dis parce que j'ai suivi le parcours du ministère ces 20 ou 30 dernières années et on a fait vraiment des choses étonnantes, où les provinces ont suivi... et on a à nouveau revitalisé un organisme fédéral comme le COFESA. Alors le pouvoir politique national a une importance énorme en matière de leadership, de conduction. » (A6 – Chercheur universitaire)

« ... il me semble que la protagoniste est l'APS et si bien elles ne s'excluent pas [la Promotion de la santé et les Soins primaires de santé], ce fut le nœud que ce gouvernement a eu pour transformer une situation de santé très problématique dans le pays, et la promotion de la santé est restée plus... je ne sais pas si tu as vu qu'il y a eu une enquête sur les facteurs de risque qui fait partie d'un plan national de comportements sains... par là... comme dans des espaces... parce que là, ce n'est pas 'la' promotion mais la prévention de non-transmissibles... comme l'espace partagé... qui n'est pas mal non plus (...) Comme en 2000, bon ou mauvais, tu avais un plan national de promotion de la santé, aujourd'hui tu as un plan fédéral de santé. Si tu le lis, il ne transmet pas une perspective de promotion. Mais il a des bras ; la promotion y est pensée comme un outil pour renforcer l'APS, non pas comme une stratégie en soi, mais comme quelque chose qui vient renforcer. » (A9 - Gestionnaire ministère de la Santé, 1999-2006)

« Je crois que les politiques publiques doivent traduire la réalité des pays. Et la réalité sanitaire de notre pays était dans un tel état qu'il fallait prendre d'autres considérations, d'autres mesures. Je crois que le plan fédéral est plus ajusté, que si je le lis, il ne me satisfait pas tout à fait parce qu'il est trop médical, [mais] aujourd'hui nous pouvons voir qu'il a été adapté à cette situation d'urgence que nous avons vécue. » (A9 - Gestionnaire ministère de la Santé, 1999-2006)

« ... le gouvernement actuel a pris comme axe... d'abord qu'il a réussi à générer un programme fédéral de santé, lequel, malgré tout ce qu'on peut en dire, a été signé par tous les ministres, par toutes les provinces. Ensuite, il a lancé quelques programmes spécifiques ; principalement, il a mis l'axe dans l'APS et par exemple, dans le programme que nous avons de santé sociale et communautaire, il y a là une formation systématique en termes d'une attitude de rénovation dans le système de soins : lien avec la communauté, promotion de la santé, soins primaires de santé (APS), intersectorialité...réunions entre infirmiers, médecins, psychologues... tout cela, ils sont en train de travailler et d'apprendre tous ensemble avec un regard différent (...) dans le domaine de la santé publique, le ministre Ginés [González García] incorpore, ou nous écoute, des gens qui ne sont pas de la même appartenance [politique] que lui et il va tout droit dans la discussion. » (A4 – Chercheur universitaire)

Cette reconnaissance de leadership apparaît même chez des techniciens du gouvernement antérieur à l'Alianza :

*« Le gouvernement actuel est né avec très peu de légitimité électorale mais, très rapidement, il est devenu politiquement fort. Aujourd'hui, le gouvernement est très fort, le ministère [de la Santé] a une capacité omniprésente dans tout le pays. »
(A10 - Gestionnaire ministère de la Santé, 1999-2001)*

Nous avons présenté jusqu'ici les principales caractéristiques du sous-système de santé à travers les étapes qui ont conduit à la mise en place de la politique. Par la suite, nous avons montré la place de la promotion de la santé autant dans les documents officiels que chez les interviewés. Dans ce qui suit, nous présentons brièvement le rôle des organismes internationaux par rapport à la promotion.

5.3. RÔLE DES ORGANISMES INTERNATIONAUX

« Les organismes internationaux sont des acteurs importants de la politique domestique en Argentine. Notamment, ceux qui réunissent le double rôle de financement et de coopération technique comme c'est le cas des banques et je dirais que je ne suis pas étonné que l'on n'ait pas beaucoup mis l'emphase sur la promotion de la santé si on compare avec les réformes structurales du secteur (...). Ils sont fortement orientés par la logique de l'économie de la santé qui, en termes généraux, ne trouve pas les voies adéquates pour travailler les questions de promotion. » (A 11 – Chercheur universitaire)

Dans le chapitre d'introduction, nous avons signalé l'influence des organismes internationaux de coopération et de financement sur les réformes structurelles et sur le secteur de la santé en Amérique latine dans les années 1980 et 1990. Les agendas des pays de la région étaient fortement marqués par des lignes prioritaires de prêts et de crédits, principalement de banques (BID et BM/BIRF) et du FMI. Dans le domaine de la promotion de la santé, cette influence n'a pas été mineure et elle s'observe aussi bien dans le discours des interviewés que dans les documents produits par les agences et le pays.

En Argentine, les organismes cités dans les entrevues ont été : l'OPS/OMS, la Banque mondiale, les CDC, le PNUD, la Coopération allemande (GTZ) et la Croix rouge internationale. Les interviewés font mention des quatre derniers pour la période postérieure à la crise de 2001. Trois sujets sont récurrents dans les entrevues : l'imposition de l'agenda, les contradictions à l'intérieur des organisations et les bénéfices perçus par les acteurs.

L'imposition de l'agenda peut être observée dans l'identification des sujets sur lesquels le pays devait travailler ; ils répondaient plus aux intérêts des organisations qu'aux priorités nationales, comme c'est le cas des facteurs de risques. Il est

important de souligner que cette imposition comptez, pour les interviewés, avec le consentement des fonctionnaires nationaux.

En octobre 2000, durant le gouvernement de l'Alianza, le décret 865/2000 du Pouvoir exécutif national était signé, créant le programme VIGI-A (Projet de Vigilance de la santé et du contrôle des maladies), moyennant un prêt de la BIRF (Banque internationale de reconstruction et de développement, appartenant à la Banque Mondiale) de 52 500 000 US\$.

Pour sa mise en place, le *Sous-secrétariat de Programmes de prévention et de promotion* a été créé « avec un accent spécial sur les tâches de prévention, décentralisation et formation de ressources humaines » (Décret 865/2000 :1). Le Sous-secrétariat faisait concurrence à la *Direction de promotion et de protection de la santé* qui existait déjà dans le ministère, tant par rapport aux ressources financières que par rapport à l'infrastructure, comme nous le verrons dans les entrevues ci-après.

Le programme VIGI-A avait quatre composantes : vigilance de la santé, prévention et contrôle des maladies, promotion sociale et gestion. Les actions de promotion de la santé, focalisées sur les comportements à risque, comme la consommation de tabac et l'alcoolisme, ont été menées à partir de la composante de promotion sociale ainsi que dans le cadre du programme Villes et villages en santé (Ruiz & Dakessian, 2004).

Le Programme VIGI-A mérite d'être abordé dans notre recherche étant donné qu'il a été cité par une grande partie des interviewés et qu'il apparaît, dans notre analyse, comme l'espace le plus important à partir duquel une certaine promotion programmatique de la santé a été encouragée, circonscrite au changement comportemental et ignorant les déterminants sociaux de la santé et la discussion sur ceux-ci. Le discours qui s'est installé pendant ce temps-là sur les dangers des facteurs de risque individuels, avec un accent très fort sur la culpabilisation individuelle, a fonctionné comme un écran empêchant une discussion plus urgente

que l'Argentine se devait de faire à l'égard des inégalités et des iniquités en santé, de plus en plus profondes.

Pour quelques-uns des interviewés, l'efficacité du VIGI-A était douteuse :

*« Le VIGI-A, à mon avis, est dans la situation suivante : **on a construit une structure parallèle au ministère, en concurrence avec celui-ci, et qui a réussi, dans certains secteurs, à détruire ce que le ministère possédait déjà** pour le remplacer par quelque chose qui à ce moment-là, quand le VIGI-A s'en va, ne donne pas de meilleurs résultats que ce que l'on avait. » (A3 - Gestionnaire ministère de la Santé, 1997-2006)*

*« (...) J'ai été un des évaluateurs du programme VIGI-A comme consultant ; je n'ai pas les résultats finals, mais **je pense que l'avenir de tout ce que l'on y a investi est incertain.** » (A4 – Chercheur universitaire)*

*« **Le VIGI-A avait une composante de promotion de la santé ; j'ai fait des efforts soutenus pour qu'on puisse travailler main dans la main et ce fut une succession de frustrations pour moi et pour tout mon personnel (...).** Je voyais avec horreur que nous ne pouvions pas avancer avec certains projets qui n'obtenaient pas de financement et puis on dépensait des milliers de 'pesos' pour confectionner des T-shirts à jeter par la fenêtre avec l'inscription Non au tabac ». (A3 - Gestionnaire ministère de la Santé, 1997-2006)*

Les interviewés signalent des questions concernant le financement du VIGI-A ou la difficulté à établir des ponts entre des programmes déjà existants :

*« L'attitude la Banque mondiale était, à ce moment-là, de restreindre les fonds parce qu'ils se sont rendu compte tout à coup que **l'Argentine (avec le VIGI-A) avait déjà dépensé toute la composante internationale et qu'il fallait verser la [composante] nationale (...)** [qui] n'existait pas et n'a jamais existé. Même dans ce budget, ce que l'on a destiné à la promotion de la santé a été très peu, mais c'est quelque chose. » (A10 - Gestionnaire ministère de la Santé, 1999-2001)*

*« [La Banque mondiale], je n'ai pas eu de relations avec eux. On connaît une partie de leurs produits parce qu'ils ont financé quelques-unes des initiatives des dix dernières années, le VIGI-A par exemple. Si je ne peux pas émettre d'opinion sur ces choses-là, c'est parce qu'**en réalité je n'ai jamais su jusqu'à quel point ce qui s'y passait était la volonté des fonctionnaires nationaux ou venait du conditionnement imposé avec le financement**, parce que je ne participais pas à la négociation. » (A3 - Gestionnaire ministère de la Santé, 1997-2006)*

Un seul interviewé parle du VIGI-A positivement :

*«... Avec VIGI-A, nous avons donné 10 bourses à des municipalités pour entreprendre des **recherches sur l'alcoolisme, sur la santé reproductive, sur la***

grossesse adolescente... quand tu as tous ces résultats (...), l'expérience s'étend à toutes les municipalités, c'est très positif. » (A5 - Gestionnaire ministère de la Santé, 2003-2006)

Dans la période de l'après-crise de 2001, l'axe du travail sur l'approche comportementale s'est élargi, avec la réalisation en 2005 de l'enquête nationale sur les facteurs de risque financée par la BM et opérationnalisée dans ses aspects techniques par les CDC. Cette enquête a fini par consolider une promotion de la santé qui envisage le changement de comportements. Certains interviewés l'identifient comme une imposition, alors que d'autres l'attribuent à une similitude des problématiques américaine et argentine :

*« ... [Les priorités], je pense qu'elles vont selon l'air du temps politique qu'imposent les pays centraux et c'est là qu'ils trouvent les thèmes. **L'obésité est un problème pour les pays centraux.** (...) **En général, la raison en est politique et non pas un problème de santé.** Ceci ne veut pas dire que le contrôle du tabac n'est pas nécessaire par exemple, mais plutôt penser quelles sont pour nous les priorités. Autrement, nous finissons par aborder les problématiques d'un secteur de notre société qui ressemble beaucoup aux pays développés mais où l'immense majorité reste en dehors de cette réalité-là. » (A2 - Gestionnaire ministère de la Santé, 2002-2003. Membre de la Commission de Santé du Congrès)*

« ... Nous avons mené l'enquête nationale de nutrition et celle des facteurs de risque. (...) Nous en avons parlé avec les autorités des États-Unis où les gens ont des problèmes de nutrition, de sédentarité, de manque d'activité et nous pensons travailler ensemble. Nous venons de signer avec le Secrétaire de la santé nord-américain, il y a très peu de jours, quand nous étions aux USA, un accord pour travailler sur tous ces types de facteurs de risque qui sont très préoccupants parce qu'ils sont une bombe sanitaire... » (A5 - Gestionnaire ministère de la Santé, 2003-2006)

« Avec les CDC, nous avons fait une réunion cette année avec le ministre [de la Santé de l'Argentine] et une directrice ... pour travailler ensemble tous les sujets d'intérêt commun et nous avons retenu une série de sujets, mais on a signé à ce moment l'accord avec le Secrétaire de la santé des USA pour qu'il donne le cadre du travail. » (A5 - Gestionnaire ministère de la Santé, 2003-2006)

« ... On cherche des appuis, de l'OPS pour d'autres choses et de la GTZ qui finance un programme national d'adolescence... en train de finir... (...) On suppose que l'année prochaine va débiter un méga projet de tout le ministère financé par la Banque mondiale qui s'appelle FESP [Fonctions essentielles de Santé Publique] et qui va travailler sur 10 ou 12 programmes et c'est là que nous avons réussi à faire entrer les municipalités. (...) Mais ce programme n'a pas de vision sur la promotion de la santé. » (A8 - Gestionnaire ministère de la Santé, 1999-2006)

Par rapport aux contradictions du travail des organismes internationaux dans le pays, nous observons qu'il y en a de toutes sortes, depuis les manigances à l'intérieur des organismes qui fragmentaient le travail du pays, jusqu'aux changements dans les actions qu'eux-mêmes proposaient un temps plus tard, en passant par des situations de travail parallèles au ministère de la Santé, tel que le raconte l'ancien Sous-secrétaire de Programmes de prévention et de promotion de la santé :

*« (...) Quand nous sommes arrivés, nous nous sommes trouvé face à une situation qui était assez ridicule de mon point de vue : il y avait un concept de Villes et villages en santé complètement séparé d'un autre qui était Carmen. **L'OPS même nous offrait, par des voies absolument séparées, voire opposées et avec des divergences, deux stratégies avec des questions opératives, des évaluations et je dirais même des techniciens responsables différents.** Sans entrer dans les détails, nous avons dit 'pour nous, la promotion de la santé est un concept englobant et grand et nous allons nous servir des deux concepts [Villes et villages en santé et Carmen]), nous n'allons pas différencier deux structures pour deux programmes. **Si l'OPS a un problème interne, c'est leur problème à eux, nous allons nous servir de tout ce qu'il y a dans le même sac.**' » (A10 - Gestionnaire ministère de la Santé, 1999-2001)*

*« **La Banque mondiale ne s'intéressait pas à ces choses-là, puis ils ont changé et ils ont décidé qu'il fallait appuyer fortement l'Argentine et ils ont commencé à nouveau à donner des crédits [après la crise de 2001] et je comprends que la Banque mondiale ait changé son point de vue et qu'elle ait même commencé à financer des biens d'usage comme le programme Remédier et à mettre l'accent sur la promotion de la santé et la qualité de vie.** » (A10 - Gestionnaire ministère de la Santé, 1999-2001)*

Des représentants de l'OPS rencontrés lors des entrevues évoquent également les mêmes contradictions :

« Le sujet de l'OPS est pour moi difficile à analyser (...). Avec l'Argentine, spécifiquement, on manquait de personnel formé pour la représentation qui puisse s'articuler exactement avec les besoins du pays. Et ne pas seulement répondre, mais articuler des idées, des experts, etc. et diffuser l'expérience du pays à l'extérieur. » (O12)

« ... En général, dans l'OPS, il n'y a pas de modèle de gestion qui aide le Bureau régional à travailler de manière coordonnée avec les bureaux du pays ... Il y a en général un gap énorme... On t'envoie le programme bisannuel à la fin de l'année pour que tu fasses des commentaires, mais le programme est déjà dans le système et personne ne veut y faire de changements ni rien... le système est très pervers. Il n'y a pas de bon orchestre pour planifier ensemble. » (O12)

En matière de bénéfices, l'OPS a été citée par les interviewés comme un organisme qui offre la possibilité d'accéder à l'information et qui a un rôle de facilitateur pour l'établissement de compromis et pour la mise en place de programmes de promotion de la santé :

*« Essentiel [rôle des organismes internationaux]. Ce sont les seuls à avoir la possibilité de générer des compromis... OPS/OMS, le PNUD (...) **L'OPS** a été un espace de réflexion importante parce que c'était **le seul endroit où nous pouvions penser à ces choses-là**. Ils introduisent des sujets dans l'agenda et produisent un travail de base comme par exemple développer les Villes et villages en santé. Ils offrent un point de départ. » (A3 - Gestionnaire ministère de la Santé, 1997-2006)*

*« **Notre associé fondamental au sujet de la promotion de la santé est l'OPS** et je dirais qu'elle est aussi en train d'améliorer son appui afin d'être plus efficace. » (A5 - Gestionnaire ministère de la Santé, 2003-2006)*

*« Là où ils tiennent leur parole (...), c'est quand ils fournissent des informations, des bibliographies et ça c'est très bon. Il y avait des choses très intéressantes à lire. **Avec l'OPS, il y avait un lien très étroit avec notre gouvernement. L'OPS venait d'un rapport très mauvais avec le gouvernement précédent [années 90] et nous nous sommes beaucoup écartés d'eux.** Ce que l'on a fait avec Villes et villages en santé a été bon. » (A10 - Gestionnaire ministère de la Santé, 1999-2001)*

Dans la section suivante, nous faisons une lecture préliminaire à partir de notre cadre conceptuel, ce qui nous permet de mieux comprendre les caractéristiques des deux niveaux d'analyse et les événements externes qui ont influé sur la politique de santé et sur la promotion de la santé. Cette lecture préliminaire met en lumière les éléments clés de chaque niveau de l'analyse et nous permettra d'établir une comparaison entre nos deux cas dans le chapitre 7.

5.4. LECTURE PRÉLIMINAIRE À PARTIR DU CADRE CONCEPTUEL

Ce dernier point du chapitre présente en détail les caractéristiques plus saillantes de l'organisation de l'État et du sous-système de santé -ses acteurs et coalitions- ainsi que les événements externes et le rôle des organisations internationales sous l'angle du cadre conceptuel. Les principaux résultats sont analysés à la lumière du cadre conceptuel et une conclusion du cas de l'Argentine est approchée.

5.4.1. Le sous-système de santé (niveau 2 de l'analyse)

Les coalitions et autres acteurs

On observe dans le sous-système de santé quatre coalitions fondamentales dont quelques-unes existent depuis l'origine du système, comme celle de la sécurité sociale dirigée par les groupes syndicaux (Co.SS). Avec peu de variations dans le temps, cette coalition revendique comme valeurs fondamentales la « solidarité groupale » au détriment de l'universalité et la « fragmentation » au détriment de l'intégralité. Elle a peu d'intérêt à changer des conditions qui pourraient constituer une menace pour son mode de fonctionnement historique. En même temps, quel que soit le parti au pouvoir, il doit pouvoir trouver un consensus avec elle. Cette coalition, qui n'est sans doute pas homogène en son sein, et que nous identifions dans la Confédération générale des travailleurs (CGT), fonctionne comme un pouvoir parallèle ayant la capacité de freiner toute réforme qui menace ses valeurs centrales.

Dans les années 1980, le secteur privé s'est constitué en coalition (Co.SP) qui, de plus en plus, a établi des ponts avec la coalition syndicale. Les services offerts par la coalition syndicale ont été externalisés en faveur du secteur privé; cette formule a permis aux deux de continuer à avoir du pouvoir dans le sous-système et de maintenir une politique de santé fragmentée, tout en les favorisant, et orientée vers l'assistance à la maladie.

Dans la deuxième partie des années 1990, une telle coalition née des institutions du sous-système de santé (comme par exemple le ministère de la Santé) et pouvant s'imposer à la coalition économique centralisée au ministère de l'Économie tout en dominant le sous-système de santé avec très peu d'opposition, n'a pas pu être constituée.

Le gouvernement de l'Alianza, à la fin des années 1990, a toutefois essayé de se constituer en coalition (Coalition Gouvernement Alianza : Co.GA), s'opposant aux idées néolibérales de la décennie et ayant comme valeurs centrales la mise en marche des politiques sociales avec un rôle plus important de l'État, l'universalisation du système et une meilleure organisation de la sécurité sociale ; pourtant, cette coalition n'est pas arrivée à se consolider comme telle, ni au niveau du gouvernement national, ni dans le sous-système de santé. En effet, le gouvernement s'est effondré avant de produire un quelconque changement dans le sous-système.

La crise de 2001 a permis de repositionner quelques acteurs et quelques groupes, ainsi que d'affaiblir d'autres comme les acteurs syndicaux frappés par le chômage. Par conséquent, le nombre d'affiliés a baissé, une baisse attribuable également à une gestion parfois douteuse des institutions de la sécurité sociale.

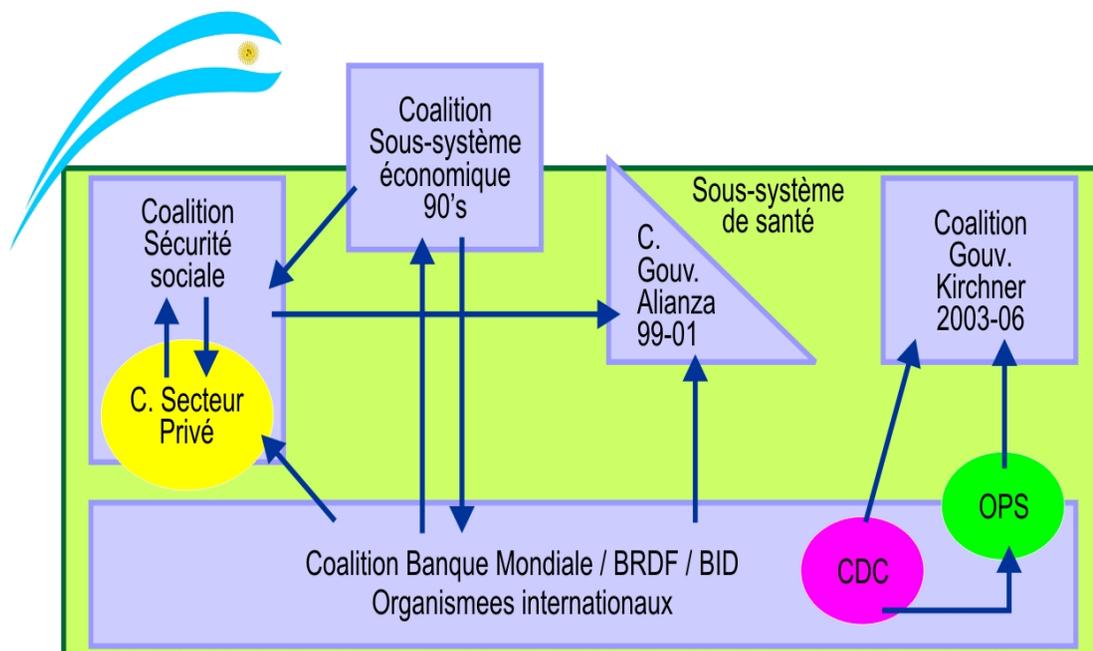
Dans ce contexte, une nouvelle élite est apparue, menée par le ministre de la Santé García González. Celui-ci avait fait, depuis son Institut universitaire ISALUD, un travail reconnu dans l'analyse de réformes et de systèmes de santé dans différents pays de l'Amérique latine (il s'agissait en général de contrats entre ISALUD et l'OPS). Cette nouvelle coalition (Coalition Gouvernement Kirchner, Co.GK) a eu un caractère beaucoup plus technique que celles qui avaient existé par le passé dans le secteur, ce qui lui a permis – dans le contexte de la crise – de reprendre les propositions de santé entamées par le gouvernement de l'Alianza – techniquement et socialement pertinentes – et de réussir à les installer comme orientation de la politique. Cependant, ils n'ont pas visé l'universalisation du système de santé.

Dans les années 2000, le sous-système économique a fait preuve de moins d'ingérence dans celui de la santé. La Co.GK a cherché à consolider son statut d'acteur clé dans le sous-système de santé, cette fois-ci en présence d'une corrélation des forces favorable et avec un certain appui de la coalition syndicale, affaiblie temporairement par la crise, ainsi que l'approbation des organismes internationaux de rediriger le financement, face aux nouvelles priorités de l'urgence sanitaire.

Le secteur universitaire ne semble pas être un acteur important dans la promotion de la santé, ce qui est dû en partie à la prépondérance d'une formation centrée sur le secteur des services de soins (qui répond aussi à la vision biomédicale du système). Les acteurs des universités qui abordent la promotion de la santé le font à partir de l'agenda du ministère de la Santé, sans viser à se constituer en une coalition capable d'influencer les autres acteurs vers une conception plus large de la promotion.

Par ailleurs, nous avons réalisé une carte des acteurs et des coalitions principales identifiés dans notre analyse (*schéma 3*) ; il présente le détail des liens entre le sous-système de santé et les organismes internationaux. Chaque coalition a la forme d'un carré ; cependant, dans le cas de l'Alianza et étant donné qu'elle n'est pas arrivée à se constituer comme coalition, nous avons choisi le triangle, un carré « à mi-chemin ». Les organismes internationaux sont placés à l'intérieur du sous-système étant donné leur influence sur l'orientation de la politique de santé du pays. Les flèches indiquent l'influence exercée par les uns sur les autres aux différents moments :

Schéma 3 – Argentine : Les acteurs et le sous-système



5.4.2. L'organisation de l'État (niveau 1 de l'analyse)

Nous avons présenté la constitution historique du secteur de la santé et du ministère de la Santé ; nous avons analysé l'organisation de l'État et nous en avons identifié les paramètres relativement stables ainsi que les valeurs sociales les plus importantes à travers le temps. Par rapport à ce premier niveau d'analyse, nous pouvons dégager un des traits majeurs : l'instabilité. Celle-ci s'observe dans les différents niveaux de l'État et de ses institutions. Elle entraîne par ailleurs une fragmentation qui, dans le cas de l'organisation du système de soins, se consolide avec les années et les réformes.

L'organisation fédérale du pays est perçue, aussi bien dans les documents que chez les gestionnaires nationaux ou universitaires, comme un obstacle fréquent empêchant l'établissement d'accords et de consensus entre le niveau central national et les

provinces. À cela nous devons ajouter les tensions signalées au début du chapitre et qui se reflètent dans une polarisation très forte des idées. Cette organisation fédérale désarticulée, à laquelle s'ajoutent la fragmentation presque structurelle de l'État et la polarisation politique, rend difficile la création d'espaces de débat État-société pour l'identification de priorités et l'établissement, à moyen et à long terme, d'accords de santé, entre autres.

5.4.3. Événements externes

Comme on l'a déjà mentionné, la succession des gouvernements dictatoriaux pendant le XX^e siècle n'a pas contribué à la stabilisation de la démocratie ni à son avancement. De plus, les crises gouvernementales – déjà en démocratie – et l'instabilité politique associée à celles-ci ont été les événements externes ayant eu un impact important sur le sous-système de santé.

Le processus de réforme de l'État entamé dans les années 1980 et poursuivi pendant le gouvernement de Menem dans les années 1990, a produit des changements majeurs dans les principes qui guidaient la société jusque-là. La nouvelle constitution nationale écrite en 1994 a eu des effets directs sur l'organisation de l'État et sur des paramètres considérés comme relativement stables par Sabatier tels que les valeurs sociétales, l'organisation juridique ou la distribution des ressources naturelles. Les valeurs sociétales, toujours en tension, en général tournées vers les droits collectifs, se sont orientées vers une logique particulariste des droits individuels et de consommation. La répartition des ressources naturelles a été elle aussi altérée de façon fondamentale avec la privatisation de la plupart des entreprises de services publiques et la permission d'exploiter certains territoires protégés jusqu'alors.

Les crises ont entraîné l'affaiblissement et la perte de légitimité des partis politiques et des institutions, y compris le ministère de la Santé. La crise de 2001 – tel qu'on l'a signalé dans l'introduction – a été paradigmatique étant donné sa férocité et le nombre de problèmes qu'elle a mis en évidence : crise de légitimité des institutions

et des partis politiques, fragmentation encore plus profonde au sein de la société, écarts de plus en plus profonds entre les riches et les pauvres.

Finalement, le rôle joué par les organismes internationaux comme le Fonds monétaire international et les banques (BM, BID) a eu une influence directe sur l'organisation de l'État et du sous-système de santé tel que nous le verrons ci-dessous.

5.4.4. Les organismes internationaux

L'action des organismes internationaux pendant les trente dernières années a visé la mise en œuvre de leurs agendas sans tenir compte des besoins du pays, avec l'aval des fonctionnaires et des preneurs de décisions nationaux. Cette action s'est exercée de façon très marquée pendant les années 1990, avec une logique économique s'imposant comme unique discours qui a subsumé le discours de santé et mis en œuvre sa vision pour la réorganisation du système.

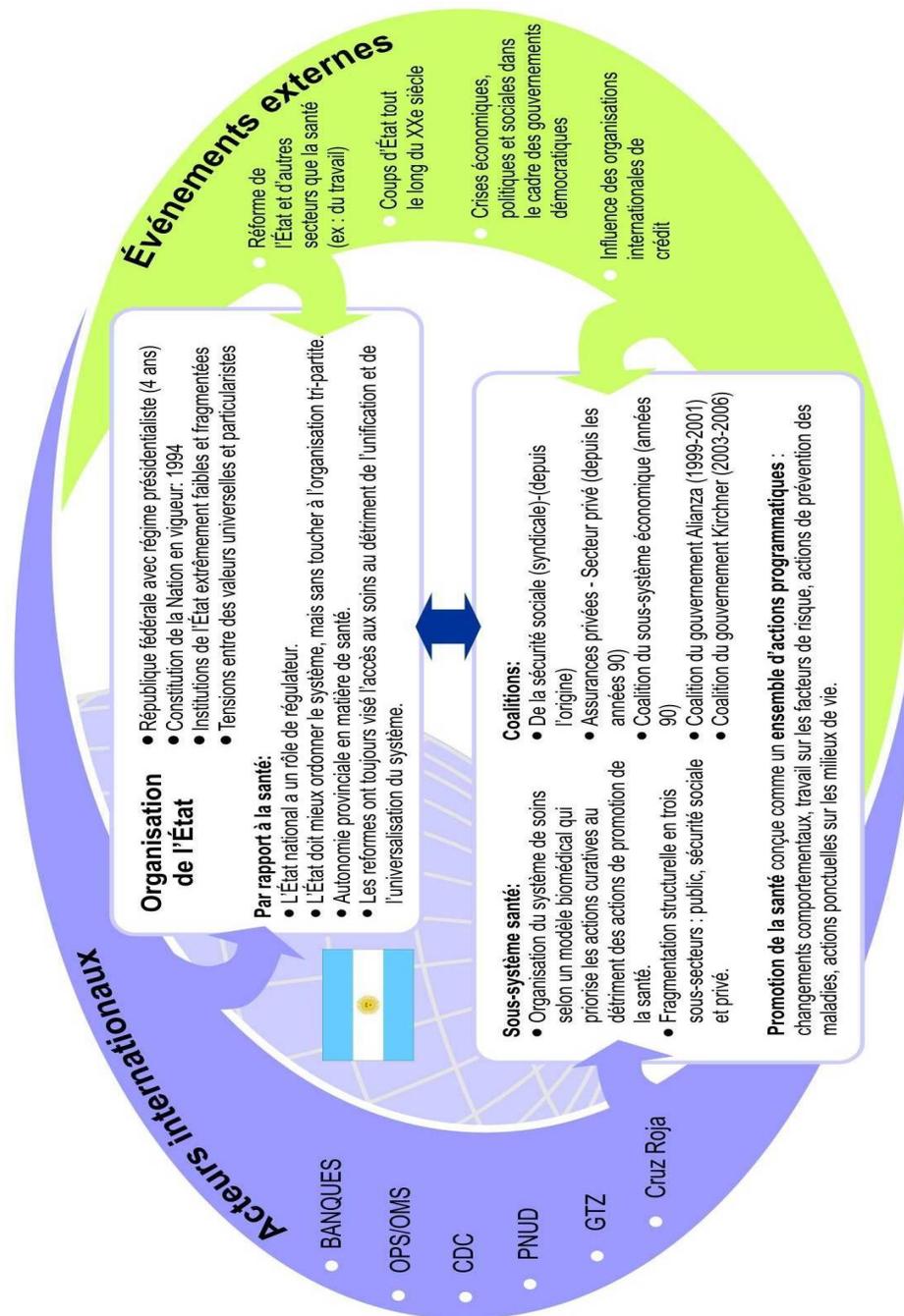
Parallèlement, la gestion des ressources de la coopération internationale par le ministère national de la Santé a été utilisée comme moyen d'imposer aux provinces les lignes d'action du niveau fédéral : les organismes internationaux imposent d'abord leur agenda au gouvernement national qui à son tour impose son propre agenda aux provinces comme condition pour le transfert du financement.

Dans le domaine de la santé publique argentine, les organismes internationaux peuvent être identifiés comme une coalition qui a exercé son influence et imposé son agenda. Au cours de la période analysée, y compris les années 1990, nous pouvons distinguer une coalition principale constituée par les banques BM/BIRF et BID (Coalition BBs) et un acteur technique plus faible, l'OPS, qui a adapté sa coopération aux axes imposés par les lignes de crédit et prêts des banques.

La coalition des banques (Co. BBs) a évolué à travers le temps. En 2006, au moment de la réalisation de cette étude, elle avait incorporé, en termes de promotion de la santé, le CDC comme agent technique des lignes de travail établies pour les prêts (Co. BBs/CDC). Le CDC opère comme un acteur « invisible » dans le sous-système de santé alors que la BM est l'acteur visible de la coalition. L'influence de la coalition des banques et du CDC renforcera le mode étroit de conception de la promotion de la santé que nous avons appelé programmatique.

Le schéma 4 présente notre cadre conceptuel avec les résultats de l'analyse que nous venons de décrire ; nous y présentons les deux niveaux d'analyse : 1) l'organisation de l'État avec ses principales valeurs et ses paramètres relativement stables à travers le temps et son organisation par rapport à la santé, et 2) le sous-système de santé avec les principales coalitions et acteurs qui ont influencé l'orientation de la politique de santé et qui ont eu de l'impact sur la compréhension de la promotion de la santé. Y sont également représentés les principaux événements externes qui ont eu une forte influence sur le changement de la politique dans le sous-système de la santé et les principaux acteurs internationaux identifiés dans l'analyse. Les organismes internationaux sont situés autant comme des entités extérieures aux niveaux d'analyse que dans la fenêtre des événements externes comme acteur/coalition étant donné les actions qu'ils ont promues et qui ont exercé une influence sur le sous-système et sur l'organisation de l'État.

Schéma 4 – Argentine : Cadre conceptuel et résultats de l'analyse



5.4.5. Conclusions du chapitre

Tout le long du chapitre, nous avons présenté des analyses qui montrent la fragmentation du système de soins. Nous n'avons trouvé, au cours de notre analyse, aucune proposition – même pas chez les acteurs interviewés – qui ait mis en question cette fragmentation ; elle est plutôt perçue comme une situation que l'État doit ordonner sans en modifier les racines.

L'organisation tripartite et la multiplicité d'institutions à caractère autonome existantes dans le sous-système rendent encore plus considérable cette fragmentation qui devient ainsi structurale au système. Chaque sous-secteur paraît fonctionner en parallèle avec l'autre, avec peu de rapport entre eux et sans information sur l'impact que le développement de l'un peut avoir sur l'autre.

Le système de soins est organisé selon le modèle biomédical, établissant comme priorité les services d'assistance à la maladie ; les questions de santé sont abordées sous l'angle de ce modèle. Les réformes ont presque toujours visé à augmenter l'accès au système de soins, tout en considérant cette augmentation comme une réussite vers l'équité. Au moment de la réalisation de cette recherche, en 2006, et avec la revitalisation du COFESA, cette situation a été renversée partiellement, mais elle ne s'est pas ouverte aux espaces de débat citoyen ni au changement de la logique médicale qui dirigeait la prise de décisions dans le système.

La tension dont nous avons parlé au début de ce chapitre, entre rationalité technique et rationalité politique, semblerait avoir cédé dans la plupart des cas à cette dernière en ignorant le rôle du technique au moment d'évaluer les priorités du pays en termes de santé. Cette situation montre la dépendance extrême subie par la politique de santé par rapport à la force que détient le parti politique au pouvoir dans le gouvernement national. Notre analyse indique que lorsqu'un gouvernement commence à perdre son hégémonie ou sa légitimité – comme c'est le cas du gouvernement de Menem à la fin des années 1990 – ou lorsqu'il n'arrive pas à se

consolider comme – c'est le cas de l'Alianza entre 1999 et 2001 –, le secteur de la santé succombe presque immédiatement. Par conséquent, ce genre de situation se caractérise souvent par la discontinuité de la politique ou la perte de l'orientation et des objectifs techniques recherchés. En somme, le secteur de la santé montre une très forte dépendance selon que la coalition au pouvoir dans le gouvernement national est plus ou moins solide.

Finalement, les réformes successives ayant donné lieu à la présence de plus en plus forte des assurances privées font que la représentation santé-maladie-soins paraît liée à la capacité de paiement de la population et non comme un droit qui lui revient. La santé est devenue un bien de consommation et les usagers, des « consommateurs ». Dans cette relation, ces derniers ont droit à la protection de leur santé. Étant donné la place si importante que l'éducation publique gratuite a comme valeur sociétale et comme droit universel en Argentine, il est étonnant d'observer que la santé n'ait pas réussi à s'installer dans la société argentine en tant que droit de citoyenneté.

Comme nous l'avons énoncé ci-dessus, la crise de l'année 2001 a eu deux corrélats : d'une part, elle a fonctionné comme fenêtre d'opportunité pour le changement de l'orientation de la politique et sa mise en œuvre, avec l'APS comme axe du système ; d'autre part, elle a renforcé le modèle biomédical comme réponse à l'urgence sanitaire. Dans ce contexte, la promotion de la santé n'a réussi à s'installer dans l'agenda du gouvernement que pour des actions de prévention de maladies chroniques non-transmissibles ou comme un changement comportemental face aux facteurs de risque.

Notre analyse montre que depuis la fin des années 1980, lorsque la promotion de la santé entre dans le discours de la santé, la manière dont elle est conçue a très peu changé. À travers les années et les réformes mises en œuvre, soit dans le cadre d'un modèle néolibéral, soit dans le cadre d'un modèle plus progressiste comme celui de l'après-crise, la promotion de la santé a été comprise et mise en œuvre comme une filiale des soins primaires de santé (APS), eux aussi envisagés de façon étroitement

médicale. Elle a été ainsi dédiée à l'organisation des services de soins en se présentant par conséquent comme un ensemble d'actions programmatiques : changements comportementaux, travail sur les facteurs de risque, actions de prévention des maladies, quelques actions ponctuelles sur les milieux de vie à travers le programme VVS, comme nous venons de le décrire. Telle qu'elle est comprise en Argentine, la santé est un sujet à être abordé pour guérir la maladie ou pour améliorer l'accès aux soins. Tout ce qui contribue à la santé en lien avec des questions sociales reste l'affaire du ministère de l'Action sociale dont la cible ne vise que les populations pauvres, exclues, sans considérer l'ensemble de la population du pays.

Dans le contexte décrit, la promotion de la santé programmatique a suivi deux axes de travail : l'action sur des changements comportementaux liés en général aux facteurs de risque comme le tabac et l'alcool, l'activité physique et la bonne alimentation ou des actions de prévention de maladies. Ces actions pourraient avoir lieu dans les espaces municipaux ou les milieux de travail.

L'Argentine se doit encore de mener des discussions en profondeur non seulement sur le système de santé nécessaire dans le pays, mais sur la santé dont la population veut jouir. Pour ce faire, une discussion visant l'universalisation du système et la fin de la fragmentation structurelle est incontournable. À ce moment-là, une place privilégiée dans l'agenda de l'État devrait être accordée à la considération des déterminants structureaux –issus de tous les secteurs de la société – qui contribuent à la santé.

CHAPITRE 6 LE CAS DU BRÉSIL

6.1. LE CONTEXTE

6.1.1. Information générale

Le Brésil est un pays continental qui s'étend sur 8,5 millions km², occupant presque la moitié de l'Amérique du Sud (46%). Il possède par ailleurs 20% de la biodiversité du monde. Avec une population d'un peu plus de 180 millions d'habitants, le pays se situe à la cinquième place au monde pour le nombre d'habitants (recensement 2007, www.brasil.gov.br). Le pays est divisé en cinq régions : Nord, Nord-est, Sud, Sud-est et Centre-Ouest (OPS, 2007).

L'organisation du pays

Le Brésil est une république fédérative avec un système de gouvernement présidentiel et constitutionnel ; son organisation politico-administrative comprend l'Union (l'État national avec les trois pouvoirs indépendants : législatif, exécutif et judiciaire), 26 États, 5553 municipalités et le District fédéral (Brasilia), siège du gouvernement.

Le pays a eu huit constitutions nationales dont la première date de 1824. Il s'agissait alors d'une carte impériale donnée par l'Empereur Pedro I où l'on établissait la forme unitaire de gouvernement ainsi que la forme monarchique ; la religion catholique y était établie comme officielle. Le droit de vote était donné à ceux qui pouvaient montrer un certain revenu. Après la proclamation de la République en 1889, une nouvelle constitution a été rédigée en 1891. Elle instituait la fédération de l'État et la forme républicaine de gouvernement. La religion catholique n'était plus officielle et la séparation de l'État et de l'Église y était définie. Le gouvernement était divisé en trois pouvoirs : législatif, exécutif et judiciaire. D'autres constitutions

ont été rédigées : en 1934, dans le cadre du gouvernement de Gétulio Vargas ; en 1937, comme résultat du coup d'État de Vargas en vue de sa permanence au pouvoir. Cette dernière réduisait les droits individuels et interdisait le droit au vote des analphabètes et des indigents. D'autres réformes ont été rédigées en 1946 et en 1967. Cette dernière, dans le cadre de la dictature qui a duré vingt ans, arrêta les droits politiques et individuels. Il faudra attendre 1988 pour avoir une nouvelle constitution, cette fois-ci dans le cadre de la re-démocratisation du pays. Pour la première fois dans l'histoire du Brésil, cette constitution donnait le droit au vote aux analphabètes et aux indigents (Escorel & Moreira, 2009).

Tel qu'on vient de le voir, pendant la première partie du XX^e siècle, le pays s'est caractérisé par l'alternance de gouvernements de type populiste (Getulio Vargas 1930-1945 ; 1950-1954) et militaires (1964-1985). C'est vers le milieu des années 1980 que le pays a repris le chemin de la démocratie : « Le régime démocratique n'a repris qu'en 1985 après une transition politique très lente, graduelle et conventionnée. » (Escorel & Teixeira, 2009 : 379) Cette décennie-là a vu plusieurs tentatives ratées de stabilisation de l'économie du pays ; l'échec sur le terrain économique a généré en contrepartie une grande effervescence sur le terrain politique, favorisant ainsi en 1987 l'ouverture de l'Assemblée nationale constituante (Congrès national). En 1990, les premières élections directes pour l'élection de Président ont été menées à bien et Fernando Collor, du Parti de la reconstruction nationale (PRN), a été élu président. Accusé de corruption au milieu de 1992, il a été obligé à quitter le pouvoir par le Congrès national. Il a démissionné en décembre de cette même année, puis été remplacé par son vice-président (Escorel, 2009).

Le milieu des années 1990 a marqué le début d'une plus grande stabilité politique et économique ayant pour référents les deux mandats de Fernando Henrique Cardoso³³ (1995-2003), l'élection de Lula³⁴ en 2002 et sa réélection en 2006. Sur le plan économique, le plan Réal, mis en place en 1994 par F.H. Cardoso, quand il était

³³ Parti de la Démocratie sociale brésilienne, PSDB

³⁴ Parti des Travailleurs, PT

encore ministre de l'Économie, a donné de la stabilité à l'économie brésilienne, dans un modèle d'économie libérale et permis à F.H. Cardoso de se lancer dans la présidence du pays.

Ces quinze dernières années, le Brésil s'est trouvé parmi les pays les plus remarquables pour l'importance de son développement et sa modernisation. Il a acquis une place parmi lesdites « économies émergentes », avec l'Inde et la Chine. Cependant, ce développement ne s'est pas traduit par une meilleure distribution du revenu ; il n'a fait que mettre en évidence un trait à la fois historique et actuel : celui des inégalités sociales, culturelles et économiques ; et ceci, non seulement au niveau des ethnies, mais au niveau des régions, avec un Nord-Est pauvre et un Sud-Est (État de Sao Paulo) riche³⁵. Le « Rapport du pays » présenté à l'OPS en 2007 dit qu' :

« ... on admet, cependant, que l'inégalité des revenus, à l'échelle nationale, continue d'être extrêmement élevée et qu'il faudrait encore 20 ans pour que l'inégalité au Brésil se rapproche de la moyenne qui prime dans les pays ayant un degré de développement similaire. » (OPS, 2007)

Parmi les changements inquiétants de la société brésilienne, le rapport signale « l'augmentation de la pauvreté et de l'exclusion sociale dans les régions métropolitaines »³⁶ (OPS, 2007).

Les valeurs sociétales

La Constitution de 1988 établissait clairement dans son préambule ses buts en signalant la conformation d'un État démocratique visant à assurer l'exercice des droits sociaux et individuels, la liberté, la sécurité, le bien-être, le développement, l'égalité et la justice comme les valeurs suprêmes d'une société fraternelle, pluraliste et sans préjugés. Ses fondements sont la souveraineté, la citoyenneté, la dignité de la personne humaine, les valeurs sociales du travail et de la libre initiative et le

³⁵ Le rapport du PNUD de 2007 situe le Brésil à la 11^e place. Une place parmi les pays ayant la plus grande concentration de revenus (CNDSS; Brésil, 2008).

³⁶ Entre 1993 et 2002, le chômage a augmenté dans les grandes villes en général et dans le sud-est en particulier, où le taux de chômage est monté de 9,3% à 13,2% respectivement ; au niveau national, ce taux a été de 6,3% à 10%. Selon ce rapport, l'expansion de la pauvreté urbaine ne trouve pas de réponse servant à améliorer l'efficacité des politiques gouvernementales. Pour plus d'information, voir : Instituto de Pesquisa Econômica e Aplicada (IPEA) : O Estado de uma Nação. Chapitre III : Pobreza e Exclusao Social ; 2005.

pluralisme politique. Parmi ses objectifs, nous tenons à signaler l'éradication de la pauvreté et de la marginalisation ainsi que la réduction des inégalités sociales et régionales. La Constitution vise à promouvoir le bien-être de tous, sans préjugés par rapport à l'origine, la race, la couleur, l'âge ou n'importe quelle forme de discrimination (Brésil, CRFB, 1988).

Nous observons dans cette nouvelle constitution un changement fondamental : elle introduit l'inclusion de toute la société brésilienne et non plus des seuls secteurs ayant plus de pouvoir ou d'éducation que d'autres. Les valeurs collectives et universelles, sous la forme de droits, ont une place très importante qu'on ne voyait pas dans les constitutions précédentes.

À la fin des années 1980, la société brésilienne a connu une refonte démocratique profonde qui, tel qu'on le verra le long de ce chapitre, a visé – malgré quelques tensions à des moments différents et parfois une attention portée uniquement sur la stabilité économique macro – l'avancement de la démocratie et la consolidation de ses institutions. La *continuité* dans l'orientation des politiques peut être considérée comme un trait caractéristique du milieu des années 1990 à nos jours, malgré les changements des coalitions au pouvoir.

6.1.2. Origine et trajectoire du domaine de la santé publique

Pour présenter l'origine du domaine de la santé publique dans ce pays, nous avons distingué trois étapes. Cette distinction est arbitraire et répond à l'intérêt de faire ressortir les traits les plus importants du domaine avant 1980 lorsque les mouvements réformistes ont commencé à grossir. Nous avons cherché à donner plus de place à l'analyse des années 1980 et 1990, nous permettant ainsi d'avancer dans l'analyse de la période de notre étude 1990-2006. La première étape va du début du XX^e siècle aux années 1980 ; la deuxième coïncide avec les réformes de la fin des années 1980, dans le cadre de la réouverture démocratique, résultat d'une longue lutte du mouvement pour la réforme sanitaire ; et la troisième étape se déroule tout

au long des années 1990, où l'on observe une tension entre l'application du modèle néolibéral de développement du pays et l'élévation de la santé en un droit citoyen promu par le Mouvement sanitaire, à travers la mise en place d'un système universel de santé.

Ces étapes se superposent et s'entrelacent dans des mouvements divers sans qu'elles soient clairement délimitées, dans un processus de rétro-alimentation lié aux événements historico-sociaux et économiques de la société brésilienne.

Les années 1920 - 1980

La première étape est caractérisée par la mise en place de politiques fragmentées et par la conformation d'un système de protection sociale qui – accompagnant des systèmes similaires latino-américains – a été décrit comme « méritocratique-particulariste, hautement stratifié et corporatif » (Draibe, 1989). Draibe signale que ces systèmes sont « imparfaits » et « déformés » pour des raisons structurelles : iniquités énormes et exclusion sociale caractéristiques des pays latino-américains, aussi bien *institutionnelles* qu'*organisationnelles* : haut degré de centralisation, faible capacité de régulation et de mise en place de politiques dans les différents niveaux, corporatisme des groupes professionnels et faible tradition participative de la société (Draibe, 1989 ; 1997).

Dans les années 1920, le Département national de la santé (DNS) a été créé sous la dépendance du ministère de l'Éducation d'où l'on menait des actions de santé publique. En même temps, la médecine prévisionnelle s'installait dans le ministère du Travail, de l'Industrie et du Commerce. À partir de celle-là, les soins médicaux individuels se sont constitués et étendus, dès les années 1930. Les Instituts des retraités et pensionnés, (IAPs), créés en 1933 par le gouvernement de Vargas et organisés selon des catégories professionnelles – ayant pour condition l'insertion dans le marché du travail formel – avaient des plans d'assistance différenciés par rapport à la couverture, à l'étendue et à la modalité de la prestation/achat des services

(Escorel & Teixeira, 2009). Cette fragmentation politique et institutionnelle a opéré pendant presque tout le XX^e siècle avec seulement quelques changements mineurs.

Pendant la période de la démocratie populaire de Vargas (1946-1963), la modalité de protection sociale par groupe occupationnel – dont les bénéficiaires sont conditionnés par les contributions et l’affiliation des individus à telle ou telle catégorie occupationnelle – peut être représentée par ce que l’on connaît comme le **modèle de la sécurité sociale**. Chaque catégorie devra négocier ses bénéfices avec le gouvernement selon la capacité qu’elle aura d’exercer une pression sur celui-ci. Pour Fleury (2007 ; 2009), cette situation fait que les droits sociaux soient conditionnés par l’insertion des individus dans la structure productive, donnant lieu à une « *citoyenneté régulée* »³⁷ par la situation de travail. Pour ces auteurs, le concept de citoyenneté régulée est essentiel pour comprendre la question sociale au Brésil pendant la période Vargas. En effet, il réfère à une modalité de citoyenneté dans laquelle la base des droits n’est pas dans des valeurs politiques universelles, mais dans un système stratifié selon la catégorie de travail définie par une norme légale. Étaient considérés comme citoyens ceux qui travaillaient dans des professions reconnues et définies par la loi et qui avaient accès à la carte professionnelle ou qui appartenaient à un syndicat publique. Ceux qui ne faisaient pas partie de ces catégories étaient classés comme pré-citoyens (Escorel & Teixeira, 2009 ; Fleury, 2007 ; 2009). Pour Fleury (2007 ; 2009), pendant toute cette période, l’expansion de la sécurité sociale a fait partie du jeu politique d’échange de bénéfices, en légitimant des gouvernants à travers le bénéfice octroyé à des travailleurs ayant un grand pouvoir de négociation.

En 1953, le ministère de la Santé a été créé suite à la réorganisation du ministère de l’Éducation. Ce changement n’a pas entraîné la réunification des questions de santé, mais il a forcé le passage des actions jusque-là exécutées par le Département national

³⁷ L’auteure tire cette dénomination de Wanderley dos Santos, *Cidadania e Justiça*, Rio de Janeiro : Campus (1979).

de la santé et qui s'adressaient à la population pauvre et exclue, à l'intérieur du ministère de l'Éducation. La médecine prévisionnelle a continué à fonctionner dans le ministère du Travail, de l'Industrie et du Commerce. Pour certains auteurs, la création du ministère de la Santé a constitué une monnaie d'échange contre des faveurs politiques dans le cadre du gouvernement de Vargas qui traversait une période d'instabilité politique (Hamilton & Fonseca, 2003, Dans : Machado, 2005). Pendant ses dix premières années d'existence, quatorze ministres de la Santé différents se sont succédé (Escorel & Teixeira, 2009).

Cette situation montre la tension entre le niveau technique et le niveau politico-partisan et inaugure la priorisation et l'utilisation de la dimension politico-partisane pour la définition des politiques du secteur (Machado, 2005). Les actions du nouveau ministère de la Santé ont été consacrées à la lutte contre les endémies et les épidémies. Peu à peu, les actions se sont étendues à la santé collective et à quelques projets qui envisageaient la prestation de services d'assistance, bien que toujours sous la logique de santé publique traditionnelle ; il s'agissait d'une conception universaliste de programmes orientés vers des groupes de population définis selon les problèmes de santé (tuberculose, cancer) ou les caractéristiques sociodémographiques (femmes, enfants). Cette logique a fonctionné de 1950 à 1980 presque sans changements ou, comme nous le verrons par la suite, avec des réformes qui ont conservé la fragmentation (Machado, 2005).

Pendant les années 1960 et 1970, et dans le cadre du gouvernement autoritaire, d'importants changements se sont produits dans l'assistance médicale prévisionnelle : a) en 1966, l'unification des IAPs avec la création de l'Institut national de Prévoyance sociale – INPS ; b) en 1974, la création du ministère de la Prévoyance et de l'Assistance sociale et le retrait du débat sur la Prévoyance sociale du ministère du Travail ; et c) en 1977, la création de l'Institut national d'assistance médicale de la Prévoyance sociale – INAMPS (ancien INPS), qui commence à diriger la politique d'assistance médicale dans le domaine de la prévoyance. En 1975, la loi 6.229 qui a créé le système national de santé est promulguée. Mais même

si elle représentait la première ébauche de politique de santé unifiée, elle ne remettait pas en question l'existence de deux ministères - celui de la Santé et celui de la Prévoyance – tous les deux agissant en santé. Elle se bornait à essayer de définir des attributions différenciées pour chacun sans vraiment rendre effective l'unification de la politique (Carvalho, 1999 ; Andrade, M.L.O., 2001 ; Machado, 2005).

D'après Machado, les réformes des années 1970 ont donné un rôle secondaire au ministère de la Santé publique (MS) et ont fortifié le sous-secteur d'assistance médicale prévisionnelle sous la commande de l'INPS, par la suite INAMPS, qui a eu un rôle important dans la conduite de la politique de santé du pays ainsi qu'un plus grand pouvoir politique et financier que le ministère de la Santé. Pendant la période dictatoriale, les essais de concevoir une politique nationale de santé unique se sont avérés faibles et mal organisés entre les politiques de la santé publique et celles de l'assistance prévisionnelle (Machado, 2005).

De cette manière, jusqu'aux années 1980, ce n'est pas une politique nationale de santé intégrée, mais deux sous-secteurs contrôlés par des organismes fédéraux différents – le ministère de la Santé et l'INAMPS/MPAS – qui agissaient selon des logiques différentes et dont les conséquences seront différentes. Ayant comme caractéristique commune le haut degré de centralisation financière et de décision, c'est depuis l'INAMPS que s'est configuré le modèle de soins appelé médical-assistanciel privatiste qui deviendra hégémonique par la suite.

Cette dichotomie dans le fonctionnement et l'organisation du domaine de la santé publique a été fortement remise en question par le Mouvement de réforme sanitaire, surgi en plein gouvernement dictatorial et devenu très fort dans les années 1980, dans le contexte de démocratisation du pays tel que nous le verrons par la suite.

6.1.3. Organisation de l'État en matière de Santé

Les années 1980: le Mouvement de la Réforme sanitaire et la re-démocratisation du pays

Les origines du Mouvement sanitaire datent des premières années de la dictature militaire. Avec la fermeture des voies d'expression, l'université est devenue le principal bastion de contestation face au gouvernement dictatorial ; dans les facultés de médecine et sous la recommandation de l'OPS ont été créés les départements de médecine préventive, véritables bastions depuis lesquels une pensée critique de la santé s'est constituée et s'est répandue. Dans le but de comprendre des processus comme « la détermination sociale de la maladie » et « l'organisation sociale de la pratique médicale », les tenants de la réforme se sont servi de la méthode historico-structurale, à base marxiste (Fleury & Mendonça, 1989).

Le Mouvement sanitaire brésilien s'est inspiré de la conception marxiste de l'État et a construit ses bases théoriques avec l'élaboration d'une lecture critique du domaine de la Santé collective (Fleury, 2009). Il ne s'est pas limité au domaine universitaire, mais il a cherché à produire de la recherche scientifique visant de nouvelles pratiques politiques et la diffusion d'une nouvelle conscience sanitaire (Fleury & Mendonça, 1989)³⁸. Le mouvement, constitué notamment d'une élite intellectuelle – s'ouvrant peu à peu aux organisations syndicales et aux mouvements sociaux – a trouvé, chez les médecins, ses plus grands promoteurs :

« Les médecins ont été le premier secteur de travailleurs à défier le gouvernement militaire et à convoquer une grève générale pour obtenir de meilleures conditions salariales, tout en situant les revendications corporatives dans le contexte des luttes pour un système de santé plus démocratique, c'est-à-dire, moins subordonné aux intérêts des entreprises,

³⁸ Fleury et Mendonça (1989) signalent que le mouvement s'est inspiré de l'expérience de la réforme italienne et a cherché des mécanismes à travers lesquels diffuser ses idées de changement : il a créé le Centre Brésilien d'Études de Santé, CEBES, qui a édité la revue « Santé et débat » depuis laquelle on produisait des publications, des événements, des conférences, etc. et qui a mené la lutte plus générale pour la démocratisation du pays (pour plus de renseignements, voir *Reformas Sanitarias na Italia e no Brasil: comparações* Dans: *Reforma Sanitaria, em busca de uma teoria*, Sonia Fleury Teixeira Organizadora. Cortez Editora. Abrasco)

avec de meilleures conditions de soins pour la population, dans de meilleures conditions de travail et de revenus des professionnels. » (Fleury & Mendonça, 1989 : 205)

Pour les acteurs de la réforme sanitaire, l'État était considéré comme un champ et un processus stratégique de luttes où l'universalisation de la santé figurait à la base de la lutte pour la démocratie qui apparaissait comme une condition pour la garantie de la santé, en tant que droit humain fondamental et de citoyenneté (Machado, 2005 ; Fleury, 2009). L'agenda de la réforme sanitaire présupposait un nouveau rôle de l'État avec un fort compromis à se porter garant de la santé, ce qui a impliqué l'expansion de son activité dans plusieurs domaines.

Mais le mouvement sanitaire avait aussi des faiblesses dont la principale était sa difficulté à élargir le mouvement en y incorporant la population exclue par la politique menée par les gouvernements dictatoriaux. Ce secteur de la population présentait un niveau très bas d'organisation et de participation. Malgré cela, les représentants du Mouvement ont continué à travailler en vue de politiser la discussion de la santé et pour inclure dans la discussion un éventail à chaque fois plus large de secteurs. La réalisation de symposiums où des entrepreneurs, la bureaucratie et le mouvement sanitaire se trouvaient en égalité de conditions, a ouvert le chemin à la réforme. Quand, au début des années 80, la crise financière de la Prévoyance sociale est devenue évidente, avec comme conséquence la crise du modèle, le Mouvement sanitaire a été le seul groupe en condition d'offrir une alternative concrète pour la reformulation du système de santé (Fleury & Mendonça, 1989).

« Tout au long des années précédentes, le Mouvement sanitaire avait construit peu à peu cette condition, en consolidant un projet technico-politique clairement formulé autour d'un ensemble de directives et de principes organisateurs d'un système public universel et intégral de soins de santé. Simultanément, une trame complexe de relations politiques a commencé à se tisser. Bien que située à l'extérieur de l'organisme principal de la direction de la politique de santé – la Prévoyance – cette trame de relations politiques laissait voir de plus en plus qu'elle ne pourrait pas continuer plus longtemps sans être tenue en compte dans le processus de la formulation et la mise en place de cette politique. » (Fleury & Mendonça, 1989: 207)

Deux événements ont été fondamentaux pour que le droit à la santé se concrétise et pour qu'un système universel se constitue : 1) la réalisation de la 8^e Conférence nationale de santé en mars 1986 et 2) les travaux de l'Assemblée Nationale constituante (Congrès national) avec l'élaboration de la Constitution Fédérale de 1988 ; tous deux, fortement liés entre eux. Les Conférences nationales de santé ont constitué une modalité de fonctionnement du domaine sanitaire brésilien inauguré en 1941 lors de la première conférence, quand le domaine de la santé était encore subordonné au ministère de l'Éducation. La deuxième conférence a eu lieu neuf ans plus tard ; ainsi que la première, elle s'est consacrée à délimiter l'espace institutionnel de la santé. La troisième conférence, s'est tenue treize ans plus tard, en 1963, et pour la première fois, des tentatives de discussion ont été faites à propos de la situation sanitaire du pays, de la distribution des ressources humaines, des rôles des différents niveaux et de l'établissement d'un plan national de santé.

Les conférences suivantes auront lieu dans le cadre du gouvernement militaire (1967 ; 1975 ; 1977 et 1980). La 8^e Conférence nationale de santé a été la première à avoir lieu dans un contexte de démocratisation de la société. C'est là qu'un véritable programme de Réforme sanitaire a été lancé, en commençant par l'analyse exhaustive des demandes spécifiques en matière de santé. Pour Fleury et Mendonça (1989), c'est là aussi que s'est constitué un espace d'accord politique fondamental entre les différentes forces qui participaient au mouvement de la réforme. Les principaux sujets de discussion de la conférence ont été : la santé comme droit de citoyenneté, la reformulation du système national de santé et le financement du secteur. La caractéristique distinguant cette conférence des précédentes a été la participation étendue de secteurs organisés de la société et des utilisateurs et la réalisation d'une série de pré-conférences étatiques (niveau provincial) et municipales qui ont contribué en sélectionnant les thèmes prioritaires de chaque région pour leur discussion postérieure à l'occasion de la conférence nationale (Andrade, M.L.O., 2001). Les actes de la 8^e Conférence ont défini le droit à la santé et le devoir de l'État de l'offrir à tous ses citoyens.

La réalisation de la Conférence a été suivie de la création du Conseil national de secrétaires municipaux de santé (CONASEMS) et du Système unifié décentralisé de santé (Suds), en juillet 1987. Ce dernier, antécédent du SUS, a redéfini les principes d'intégration, d'intégralité, de hiérarchisation, de régionalisation du système de santé et de contrôle social. Le Suds apparaît aussi comme l'antécédent de l'unification de l'assistance médicale – divisée jusqu'alors entre le ministère de la Santé et de la Prévoyance – à travers l'application d'accords entre l'INAMPS et les Secrétariats étatiques de santé. Pour sa part, le CONASEMS a permis l'entrée des acteurs locaux sur la scène de la prise de décisions en santé et il a consolidé la décentralisation des actions des services de santé (Andrade, M.L.O., 2001).

Parallèlement, débutaient en 1987 les travaux de l'Assemblée nationale constituante ; ils ont donné lieu à toute une effervescence démocratique qui a eu pour effet l'élaboration de la Constitution fédérale de 1988 posant la santé comme un droit de citoyenneté et un devoir de l'État et créant le SUS³⁹. Cette constitution a signifié une transformation profonde dans le registre de la protection sociale brésilienne, en consolidant avec une loi majeure les pressions qui se faisaient sentir depuis une décennie. La Constitution de 1988 était avant-gardiste en cela qu'elle garantissait explicitement un ensemble de droits sociaux dans un Chapitre appelé « d'Ordre social » :

« L'inclusion de la prévoyance sociale de la santé et de l'assistance dans la sécurité sociale introduit la notion de **droits sociaux universels faisant partie de la condition de citoyenneté**, alors qu'auparavant ils étaient restreints à la population bénéficiant de la prévoyance (...). Le nouveau modèle constitutionnel de la politique sociale, est caractérisé par l'universalité de la couverture, la reconnaissance des droits sociaux, la réaffirmation du devoir de l'État, la subordination des pratiques privées à la régulation en fonction de l'importance publique des actions et des services dans ces domaines, une perspective publiciste de cogestion gouvernement/société, un accord organisationnel décentralisé. » (Fleury, 2007:149)

³⁹ Pour plus de renseignements sur la création du SUS et les législations correspondantes, on peut lire Andrade, Luiz Odorico Monteiro de (2001), SUS Passo a Passo: Normas, gestao e financiamento. Editora Hucitec, Edicoes Uva. Sao Paulo-Sobral. Saude em debate Nordeste.

Le droit à la santé est atteint « moyennant des politiques sociales et économiques visant la réduction de risques de maladie et d'autres problèmes et l'accès universel et égalitaire aux actions et services pour sa promotion et sa récupération » (Brésil, CRFB, 1988, Articles 196 et 198). Le système unique (SUS) constitué par le réseau de services publics a été réglementé en juillet 1990 avec les lois 8.080 et 8.142. Ses principes de base sont l'universalité, l'équité et l'intégralité des soins ; par ailleurs, trois piliers sont le fondement de l'organisation : la hiérarchisation, la participation populaire et la décentralisation politico-administrative.

La Constitution a établi que le financement du SUS a « la garantie du budget de la sécurité sociale, de l'Union (État National), des États, du District fédéral et des Municipalités en plus d'autres sources » (Brésil, CRFB, 1988, Articles 196 et 198).

Les protagonistes de la réforme sanitaire ont fait un gros compromis en soutenant une conception sociale de la santé qui remettait en question le modèle médical-hégémonique⁴⁰ et considérait le processus de santé/maladie comme extérieur au contexte de sa détermination sociale. La définition de « modèle médical hégémonique » a été mise en théorie par E. Menendez (1978) pour référer à « une construction sociale dans laquelle interviennent autant le personnel (notamment des médecins) que la société hégémonique et les différents secteurs sociaux qui se constituent en tant que formation sociale ». La négation du caractère social et historique des processus de santé/maladie est une des caractéristiques de ce modèle. Pour ces acteurs, le modèle qui avait primé jusque-là était en crise dans plusieurs domaines : la connaissance et la pratique médicale, l'état sanitaire de la population et les résultats que montrait le système des prestations des services de soins.

Pour Fleury, l'axe central du processus de réforme brésilien et du SUS passait par le précepte « *Santé : droit de tous et devoir de l'État* » lequel comprenait deux

⁴⁰ Pour plus d'information, voir : « El modelo médico y la salud de los trabajadores » – Dans: Basaglia et al. La salud de los trabajadores - Aportes para una política de la salud, México, Editorial Nueva Imagen, 1978.

principes fondamentaux : a) la garantie des soins universels, et b) le rôle de l'État pour assurer la santé en l'identifiant comme le faiseur préférentiel, responsable de réglementer et de financer les actions de santé à partir du SUS. Pour cette auteure, quatre principes ont guidé la réforme sanitaire : 1) le principe *éthico/normatif*, qui considère la santé comme un droit humain ; 2) le principe *scientifique*, qui considère la détermination sociale du processus santé/maladie ; 3) le principe *politique*, qui conçoit la santé comme un droit universel inhérent à la citoyenneté dans une société démocratique et 4) le principe *sanitaire*, qui comprend la protection de la santé de manière intégrale, depuis la promotion, en passant par l'action curative et la réhabilitation (Fleury, 2009).

l'État aura de la responsabilité et la conduite dans : a) la formulation de politiques et de planification, dirigée aux besoins de santé, dans un processus plus démocratique de partage de décisions avec la société ; b) le financement, en exigeant l'expansion des frais publics et de la promotion de l'équité ; c) la régulation, parce qu'il affirme l'idée de direction unique du système dans chaque sphère, sous la responsabilité de l'organisme exécutif sectoriel respectif, ce qui octroie un grand poids à l'autorité sanitaire (ministère de la Santé) ; d) la prestation de services, puisqu'il part de la critique du modèle médical assistanciel privatiste antérieur et suppose l'importance de l'expansion de l'offre publique pour l'élargissement de l'accès et le changement du modèle de soins (Machado, 2005).

Résultats de la Réforme sanitaire

Pour résumer cette étape fortement « réformiste », voici les contreforts de la réforme sanitaire : 1) les réformateurs ont identifié le lien fondamental entre la réforme du secteur et l'État ; 2) l'incorporation de la santé comme droit de citoyenneté dans la Constitution fédérale a repensé le rôle de l'État en matière de santé et a considéré la santé comme une question relevant de l'État plutôt que d'un gouvernement ; 3) la réforme proposée a impliqué la création de multiples instances institutionnelles qui ont démocratisé les décisions sur la santé dans le pays à différents niveaux : fédéral, étatique et municipal, grâce aux Conseils de santé qui existaient dans chaque sphère

du gouvernement et qui étaient composés de 50% de membres de l'État et 50% de membres de la société civile ; 4) la 8^e Conférence nationale de santé a entamé une modalité périodique et non plus sporadique de discussion politique sur les directions de la santé dans le pays, tout en fortifiant la société organisée qui participe à la construction des orientations politiques du système⁴¹ ; 5) la création de mécanismes de décentralisation, concertation et participation a généré de nouvelles capacités et des pouvoirs locaux (Fleury & Mendonça, 1989 ; Andrade, M.L.O., 2001 ; Machado, 2005 ; Fleury, 2007 ; 2009).

Sa mise en place dans les années 1990 a apporté de nouvelles tensions et des défis que nous abordons dans la section suivante.

⁴¹ Les Conférences nationales de santé ont lieu tous les quatre ans.

6.1.4. Les réformes de l'État et la Réforme sanitaire

Les années 1990: tensions du modèle néolibéral

Événements externes : Changement de la coalition au pouvoir

Après la chute du Président Collor en 1992, Itamar Franco⁴², son vice-président, a pris la présidence jusqu'en janvier 1995, date à laquelle Fernando Henrique Cardoso⁴³ a gagné les élections et était réélu pour un deuxième mandat jusqu'à la fin de 2002. Son premier mandat a établi les bases sur lesquelles s'est développée l'économie brésilienne, dans un cadre d'économie néolibérale. Dans ce contexte, le mouvement pour la réforme sanitaire a cherché à donner un cadre juridique au SUS, et ce, malgré de fortes luttes idéologiques.

Influence d'autres sous-systèmes

Le Brésil n'a pas été étranger aux réformes de l'État mises en place en Amérique latine⁴⁴. Comme dans d'autres pays de la région, le projet libéral s'est battu pour la réduction de la présence de l'État aussi bien au niveau de l'économie qu'au niveau des politiques sociales. Pour ce faire, certaines entreprises d'État ont été privatisées, les bénéfices sociaux ont été réduits et des mécanismes de marché, comme la concurrence administrée, ont été introduits pour l'organisation des services sociaux (Fleury, 2007).

La politique publique a eu comme objectif central la stabilité de l'économie. Par rapport au niveau culturel et social, l'individualisme et la consommation se sont accentués au détriment de la solidarité ; les élites se sont orientées de plus en plus vers le modèle nord-américain de société de consommation. Dans le domaine des politiques sociales, un modèle s'est formé fondé sur l'individualisation du risque à partir de l'offre d'assurances dans les champs de la santé et de la retraite, offre qui

⁴² Les deux du parti de Reconstruction nationale (PRN), conservateur.

⁴³ Parti de la Démocratie sociale Brésilienne (PSDB), du centre.

⁴⁴ Ce point a été développé au chapitre 1 de l'introduction.

s'est accrue énormément sans aucun type de régulation de la part de l'État. Celle-ci se fera seulement quand le marché sera plus fort (Fleury, 2007) :

« Pour la population plus pauvre, le principe de l'individualisation des risques se fera dans des programmes de protection focalisés (...) la politique sociale commence à fonctionner comme un mécanisme simultané de promotion et de contrôle social, détachée de la condition de l'exercice d'un droit social. » (Fleury, 2007 : 153)

Les modèles de protection de type assistanciel, actions urgentes adressées à des groupes de pauvres les plus vulnérables, constituent ce que Fleury appelle une « *citoyenneté inversée* » : l'individu doit prouver qu'il a échoué dans le marché pour devenir l'objet de la protection sociale. Il s'agit de mesures compensatoires qui finissent par stigmatiser et empêchent la conformation de sujets de droit (Fleury, 2009).

Le long de toute cette période des années 1990, une certaine tension existe dans laquelle l'élément saillant est la coexistence de deux agendas de réforme : la réforme néolibérale de l'État et celle du Mouvement de réforme sanitaire qui fonctionnait comme contrepoids – et comme coalition déjà devenue acteur clé dans le domaine de la santé – s'opposant à la mise en place du modèle néolibéral dans le secteur de la santé (Machado, 2005; Fleury, 2009). Ces réformes néolibérales étaient en train d'être mises en place dans différents pays d'Amérique latine et, comme nous l'avons vu, fortement en Argentine. Le Brésil s'est distingué par le fait d'avancer vers un système universel de santé, malgré les contradictions et les dilemmes du cadre néolibéral dans lequel il s'est construit, alors que la plupart des pays de la région étaient en train de fragmenter encore plus leurs systèmes de santé déjà faibles.

Pour Almeida, M.H.T. (2004), pendant le mandat de F.H. Cardoso (1995-1999), la stabilité monétaire, résultat de l'application du *Plan Real*, a permis une plus grande prévisibilité de ressources pour le domaine social. L'apprentissage institutionnel des années 1980 et du début des années 1990 a permis de créer des motivations pour la décentralisation des responsabilités et la coopération entre les différents niveaux du gouvernement et a encouragé la municipalisation de l'assistance sociale et du réseau

de base de santé, consolidée vers la fin des années 1990. La décentralisation, largement encouragée par les projets de réforme libéraux, était la ligne fondamentale de l'agenda du mouvement sanitaire. Dans le contexte des années 1990, elle est devenue l'élément de consensus entre les deux agendas de réforme, ce qui explique la priorité qui lui a été accordée dans les actions du gouvernement (Machado, 2005).

Le deuxième mandat de F.H. Cardoso (1999-2002) a continué de mettre l'accent sur les politiques universelles, se concentrant spécialement sur l'éducation et les soins de première ligne. Pendant la période 1999-2002, l'analphabétisme a baissé, l'accès aux différents niveaux d'éducation s'est amélioré, la mortalité infantile et la proportion des pauvres et des démunis ont diminué. Cependant, l'amélioration obtenue par ces politiques contrastait avec la persistance des iniquités entre les classes sociales et entre les différentes régions (Almeida, M.H.T., 2004).

En janvier 2003, Luiz Inacio Lula da Silva (Lula) a assumé la présidence du Brésil. Son arrivée au pouvoir a marqué un changement indéniable par rapport aux élites qui avaient gouverné le pays dans le passé. Fondateur du Parti des travailleurs (PT) – alliance à nature progressiste – il a constitué pendant 20 ans un contrepoids aux politiques néolibérales et avait pris le pouvoir avec la promesse de produire des changements profonds à l'orientation des politiques sociales. Pendant la campagne électorale, le PT a fait connaître deux documents à propos des politiques sociales : 1) Le projet « Faim zéro »⁴⁵ qui consistait en une combinaison de politiques assistancielles avec des actions plus larges d'encouragement à l'agriculture familiale, et 2) le document « Politique économique et réformes structurelles » préparé par une équipe du ministère de l'Économie, d'orientation libérale et qui n'appartenait pas au PT, où la réforme prévisionnelle apparaissait comme le centre de la politique sociale et où l'on donnait de l'importance à l'élaboration de politiques destinées aux plus pauvres.

⁴⁵ Ce projet envisageait trois ensemble d'initiatives : des politiques structurales (emploi et revenus, prévoyance sociale universelle, encouragement à l'agriculture familiale, réforme agraire, bourse-école de revenu minimum), des politiques spécifiques (programme coupon-alimentation, dons de panier basique alimentaire, programme d'alimentation du travailleur, lutte contre la malnutrition infantile et maternelle, éducation pour la consommation et éducation alimentaire, entre autres) et des politiques pour les zones rurales, les villes petite et moyennes et les grandes villes (cf. Instituto Cidadania. Projeto Fome Zero – Uma proposta de política de segurança alimentar para o Brasil. Sao Paulo, 2001. En: Almeida T.M.H., 2004).

D'après Almeida, M.H.T., ce dernier document s'inspirait d'un texte préparé par l'Université de Princeton, appelé « l'Agenda perdu » qui reprenait des sujets d'agendas préalables de réforme sociale, mais avec un traitement très proche de celui que préconisaient la Banque mondiale et l'idéologie néolibérale. De cette façon, Lula a commencé à gouverner avec deux agendas possibles pour le domaine social, qui ne comptaient pas nécessairement sur le consensus des membres du PT et de leurs alliés (PL ; PCB ; PMN ; PCdoB)⁴⁶. La première proposition (Faim zéro) venait du sein du parti, mais elle était extrêmement complexe et avait besoin de s'articuler autour de plusieurs ministères et de plusieurs niveaux gouvernementaux. La seconde venait de l'extérieur du parti et a été fortement critiquée par les cadres intellectuels du parti : « la vérité c'est que, au-delà des messages de campagne, le PT n'avait pas formulé, lors de ses années dans l'opposition, un diagnostic plus profond des défis dans le domaine social, capable d'obtenir le consensus du parti et d'établir des priorités d'actions claires » (Almeida, M.H.T., 2004 : 13).

Sous-système de santé

Au cours des années 1990, deux grands changements se sont produits dans le domaine de la santé : 1) en 1990, le ministère de la Santé est devenu la seule autorité en matière de santé du pays, en surmontant la dichotomie historique qui existait en matière de soins⁴⁷. Le ministère est devenu la seule autorité sanitaire nationale pour la première fois dans l'histoire brésilienne (Machado, 2005 ; Escorel, 2009) ; 2) dans le cadre du SUS, en 1994, le Programme de santé de la famille (PSF) a été créé : une stratégie de priorisation des soins de première ligne qui se différenciait des propositions de la Banque mondiale, avec un panier de prestations de base tout en mettant l'accent sur l'élargissement de l'accès, l'organisation de la porte d'entrée au système, la restructuration du système de santé, le changement des pratiques et du modèle de soins.

⁴⁶ PL : Parti libéral - PCB : Parti Communiste brésilien – PMN : Parti de la mobilisation nationale - PCdoB : Parti communiste du Brésil.

⁴⁷ Cette unification se produit à travers la *Loi Organique de santé* (Loi 8080 du 19 septembre 1990) par laquelle l'Instituto Nacional de Asistencia Médica de la Previdência social (INAMPS) est incorporée au Ministère de la santé (Dans : Machado : 2007).

Tableau 4 – L’organisation du système de santé au Brésil par rapport aux gouvernements au pouvoir (XX^e et XXI^e siècles)

	Présidents	Principales formes organisatrices	Axes/lignes d’action
1920-30	<p>1922-26 Artur Bernardes (Parti républicain Mineiro)</p> <p>1926-30 Washington Luis (Parti républicain Paulista)</p> <p>1930 Militaires</p> <p>1930-1945 Getulio Vargas (Alliance libérale)</p>	<p>Création du Département national de santé</p> <p>Se constituent les soins médicaux individuels curatifs</p> <p>1930 : Création du Ministère de la santé et de l’Éducation</p> <p>1933 : Création des Instituts des retraités et pensionnés (IAPs). Protection par groupe occupationnel</p> <p>1937 : Création du Département national de santé et d’assistance médico-social chargé de coordonner les départements de santé des États</p>	<p>Actions fragmentées d’hygiène traditionnelle</p> <p>Emphase dans l’augmentation de l’offre de services médicaux pour les travailleurs axée sur : la santé publique et la médecine prévisionnelle</p> <p>1935 : Reprise des campagnes sanitaires contre la fièvre jaune et pour la protection de la santé mère-enfant</p>
1940	<p>Continuation Getulio Vargas</p> <p>1945-46 José Linhares (sans parti)</p> <p>1946-51 Eurico Dutra (Parti social démocratique)</p>	<p>1941 : Mise en marche des Conférences nationales de santé (CNS)</p> <p>1942 : Création du Service Spécial de santé publique</p>	<p>Accès à la santé selon groupe occupationnel reconnu dans la loi.</p> <p>Campagnes préventives contre les maladies transmissibles Pouvoir centralisé de l’action en santé publique</p> <p>1948 : Lancement du Plan Salte (santé, alimentation, transport et énergie) mise en marche à partir de 1950. L’action en santé publique sera centralisée et autoritaire</p>
1950-60	<p>1951-54 Getulio Vargas (parti travailleur brésilien)</p> <p>1954-55 Café Filho (parti social progressiste)</p> <p>1955-56 Nereu Ramos (parti social démocratique)</p>	<p>1953 : Création du ministère de la Santé en tant qu’autonome de l’éducation</p> <p>La médecine prévisionnelle continue dans le ministère du Travail, de l’Industrie et du Commerce</p>	<p>Actions contre les épidémies et les endémies avec quelques actions de prestation de services d’assistance</p> <p>Conception universaliste de programmes orientés vers des groupes de population définis selon les problèmes de santé (tuberculose, cancer) ou les caractéristiques sociodémographiques (femmes, enfants)</p> <p>Le sanitarisme développementaliste commence à se développer (idée que le niveau de santé de la population dépend du degré de développement économique)</p>

	<p>1956-1961 Juscelino Kubitschek (parti social démocratique)</p> <p>1961 (janvier-août) Janio Quadros (parti travailleur national). Renonce 8 mois après</p> <p>1961 (août-septembre) Ranieri Mazzilli (parti social-démocratique)</p> <p>1961-1964 Joao Gulart (parti travailleur brésilien)</p> <p>1964 (avril) Ranieri Mazzilli (parti social démocratique)</p> <p>1964 – Coup d’État militaire</p>	<p>1956 Création du Département national des maladies rurales endémiques (DNERu)</p> <p>Instabilité importante dans les institutions de santé publique. Entre la renonciation de Quadros et le coup militaire, six ministres de la Santé se succèdent à la direction du ministère.</p> <p>1966 : Unification des IAPs et création de l’Institut national de prévoyance sociale - INPS</p>	<p>Objectifs de la politique de santé subordonnés au progrès et à l’enrichissement du pays</p> <p>Développement majeur du groupe sanitariste développementiste</p> <p>Pendant la première décennie des militaires, l’accent est mis sur la prévoyance sociale pour ce qui est du système étatique de santé. Le ministère de la Santé est fortement affaibli.</p>
1970-80	<p>1964-1985 Gouvernement militaire</p> <p>1985-1990 Jose Sarney (parti du mouvement démocratique brésilien)</p>	<p>1974 : Création du ministère de la Prévoyance et de l’Assistance sociale</p> <p>1975 : Loi 6.229 – Création du système national de santé, mais il continue à y avoir deux ministères (Santé et Prévoyance) qui agissent en santé</p> <p>1977 : Création de l’Institut national d’assistance médicale de la prévoyance sociale</p> <p>1987/88 : Création du Conseil national de secrétaires municipaux de santé - CONASEMS</p> <p>1987 : Création du Suds, antécédent du SUS</p>	<p>À la fin des années 1970 commence à surgir le Mouvement sanitaire</p> <p>1975-1977 : On approuve des propositions pour mener des programmes qui incluent la participation sociale des communautés</p> <p>Années 1980 : Consolidation du Mouvement sanitaire, promoteur de la réforme du secteur</p> <p>1986 : Réalisation de la 8^e Conférence nationale de santé qui a considéré la santé comme droit de citoyenneté et devoir de l’État</p>

1990-2006	<p>1990-1992 Fernando Collor (parti de la reconstruction nationale) <i>Destitué par le Congrès national</i></p> <p>1992-1995 Itamar Franco (parti de la reconstruction nationale)</p> <p>1995-2003 Fernando Henrique Cardoso (parti de la sociale démocratie brésilienne)</p> <p>2003-2011 Luis Inacio Lula da Silva</p>	<p>1990 : le SUS est réglementé par les lois 8.080 et 8.142</p> <p>Le ministère de la Santé devient la seule autorité en matière de santé</p>	<p>Les principes de base seront : l'universalité, l'équité et l'intégralité des soins avec participation populaire et décentralisation politico-administrative</p> <p>L'État devient responsable pour la santé de la population</p> <p>Tensions entre les réformes néolibérales de l'État des années 90 et la mise en marche du SUS</p> <p>Accent mis sur les politiques universelles avec focalisation sur l'éducation et les soins de première ligne avec la création en 1994 du programme Santé de la famille</p>
------------------	--	---	--

Dans la section suivante, nous développons l'évolution de la politique nationale de santé par rapport à la promotion et nous reprenons la dernière partie du mandat de F.H. Cardoso et le premier mandat de Lula pour mieux comprendre la promotion de la santé au Brésil.

6.2. ÉVOLUTION DU SOUS-SYSTÈME DE SANTÉ : LA POLITIQUE NATIONALE DE SANTÉ À L'ÉGARD DE LA PROMOTION DE LA SANTÉ

« L'arrivée au Brésil de la promotion de la santé coïncide avec le processus de reformulation du système de santé, dont le grand défi, une fois promulguée la nouvelle Constitution Fédérale, se présentait dans la direction de la reconstruction des pratiques et des stratégies d'intervention en santé, identifiées comme inadéquates, surtout face à un concept de santé élargi, consolidé dans la base juridico-légale du SUS. Son émergence dans le domaine du Système unique de santé se produit dans un contexte de critique du statu quo dans le champ sanitaire. Elle apparaissait comme une stratégie de transformation des services, des pratiques et des savoirs sur la santé. » (Pasche & Hennington, 2006 : 28)

Dans la première partie du chapitre, nous avons présenté brièvement l'organisation de l'État, la constitution du domaine de la santé publique et nous avons décrit quelques-uns des événements externes les plus saillants qui ont influencé le domaine de la santé, comme le processus de démocratisation du pays, la stabilisation économique du gouvernement de F.H. Cardoso et l'arrivée au pouvoir de Lula. Parallèlement à ces événements, nous voyons se constituer le mouvement pour la réforme sanitaire.

Dans cette section, nous présentons les différentes étapes de la politique de santé : la mise à l'agenda, la formulation (et l'adoption) et la mise en place, en mettant l'accent sur la compréhension et le discours sur la promotion de la santé aussi bien dans les documents de la politique que chez les acteurs interviewés. Pour aborder le sous-système de santé, nous avons tenu compte de la prémisse du modèle de Sabatier et Jenkins-Smith qui pose la nécessité d'inclure des catégories d'acteurs parmi lesquels on distingue, entre autres, les chercheurs et les gestionnaires du gouvernement (que ces auteurs appellent acteurs) responsables de l'élaboration ou la mise en place des politiques.

Cette section est divisée en deux sous-sections, la première dédiée à l'élaboration de l'agenda et à la formulation et adoption de la politique. La deuxième section

présentera l'analyse de la promotion de la santé dans la politique nationale mise en place à travers les documents et les entrevues à propos du diagnostic réalisé sur la situation de la santé ou du système de soins, la compréhension de la promotion de la santé et les obstacles perçus par les acteurs interviewés pour son développement.

Un troisième point à développer dans ce chapitre sera dédié au rôle des organismes internationaux dans le développement et la compréhension de la promotion de la santé dans le pays. Finalement, le dernier point sera consacré aux principales conclusions du cas étudié à la lumière du cadre conceptuel utilisé.

6.2.1. Mise à l'agenda et formulation de la politique

Entre 2000 et 2006, on observe deux grands moments relatifs à la promotion de la santé : 1) elle est institutionnalisée dans le ministère de la Santé (Secrétariat de politiques de santé : SPS) produisant – vers la fin du gouvernement de F.H. Cardoso – un document de « *Référentiels pour l'élaboration de la politique nationale de promotion de la santé* » et 2) en mars 2006, vers la fin du premier mandat de Lula, la *Politique nationale de promotion de la santé* (PNPS) est annoncée. Voyons comment s'est déroulé ce processus et quels ont été ses antécédents les plus importants.

Mise à l'agenda

Comme nous l'avons vu ci-dessus, la réforme sanitaire brésilienne a eu en son sein la préoccupation des déterminants sociaux, structureaux et culturels de la santé. La 8^e Conférence nationale de santé a permis l'introduction, bien que sans la nommer ainsi, de la promotion de la santé. L'incorporation dans la Constitution fédérale de 1988 de la santé comme production sociale, déterminée par les politiques économiques et de développement du pays, a été à la base de la discussion sur la promotion de la santé au Brésil.

La tension qui existait dans les années 1990 entre le projet de réforme sanitaire et la réforme de l'État dans le cadre d'un gouvernement néolibéral a fait que le

mouvement réformiste sanitaire s'est fragilisé et qu'il a concentré ses efforts sur l'organisation des services de santé, la décentralisation – commune dans les deux agendas – et la recherche de financement, tout en résignant la composante de promotion qui n'a pas fait partie de l'agenda et qui n'a été récupérée que vers la moitié de la décennie.

En 1998, le ministère de la Santé signe un accord de coopération internationale avec le PNUD appelé « *Promotion de la santé, un nouveau modèle de soins* »⁴⁸ (BRA 98/006) ; l'objectif final du projet était l'élaboration d'une politique nationale de promotion de la santé. Pendant le second mandat de F.H. Cardoso, le projet sera envoyé au Secrétariat de politiques de santé (SPS), créé en 1997, dont la mission était de « Promouvoir la formulation et la mise en place de politiques de santé et son évaluation, dans la perspective de la promotion de la santé, pour élever la qualité de vie de la population. » (BRA 98/006 : 2)

Jusqu'à ce moment-là, la promotion de la santé avait avancé au Brésil par de multiples projets locaux qui n'avaient pas de coordination définie au niveau fédéral et qui affrontaient de graves difficultés pour l'obtention de financement. Son institutionnalisation dans la SPS lui a accordé un caractère transversal s'appliquant aux différentes lignes d'action du ministère et lui donnant un rôle central dans la réorganisation du modèle de soins.

Une observation plus détaillée des composantes du projet BRA 98/006 nous permettra d'identifier l'étape de la formulation de la politique ainsi que la conception de promotion que les concepteurs du projet proposaient.

Formulation de la politique – Première étape 1998-2000

Dans son introduction, le projet BRA 98/006 signale la difficulté à transformer un modèle de soins fortement centré sur l'aspect curatif et identifie le programme de

⁴⁸ Projet BRA 98/006 élaboré par une équipe du PNUD, de l'Université ABC et du Secrétariat des politiques publiques de santé du ministère de la Santé.

santé de la famille (PSF) comme une des stratégies mises en place pour transformer ce modèle :

« La conformation d'un nouveau modèle de soins demande aussi le déclenchement d'un processus extrêmement vaste et complexe, qui va au-delà du secteur de la santé, concernant d'autres secteurs et la population en général, tant dans leur dimension individuelle que collective. Par conséquent, **le ministère de la Santé a adopté la promotion de la santé comme axe de base** ; celle-ci **prend ainsi le caractère de politique publique stratégique**, capable de stimuler ce processus, moyennant lequel on cherche actuellement à **transformer le modèle de soins** de santé en pratique. » (BRA 98/006, 1998 : 1)

Le nouveau modèle de soins devrait considérer « tous les secteurs comme coresponsables de la production de santé » sous l'optique de la promotion de la santé et à travers la formulation de la politique nationale de promotion de la santé. La promotion est entendue comme « un processus social et politique qui se développe au moyen d'actions reliées entre elles et articulées entre les secteurs gouvernementaux et la société ».

L'objectif général du projet proposait :

« Utiliser tout le potentiel des activités de promotion de la santé comme instrument de développement social, en cassant les barrières traditionnelles et en promouvant l'intersectorialité des actions intragouvernementales, entre les organisations gouvernementales et non gouvernementales, en intégrant le secteur public et privé, en promouvant la santé et en élevant la qualité de vie des personnes avec équité et justice sociale. » (BRA 98/006, 1998 : 19)

Le projet était ambitieux tant du point de vue de la compréhension de la promotion que de celui des résultats attendus à partir de sa mise en place, parmi lesquels on distingue : 1) formulation et mise en place de la politique nationale de promotion de la santé ; 2) réorientation technico-opérationnelle des programmes de santé du ministère de la Santé ; 3) définition des indicateurs des résultats de santé et stimulants financiers pour le développement des actions de promotion de la santé ; 4) établissement de nouvelles formes d'investissement en santé au niveau municipal ; 5) population sensible aux comportements sains, impliquant la valorisation de la prise de soins de soi ; 6) mise en place de propositions de milieux sains par rapport au logement, aux écoles et au travail, et de préservation de l'environnement et 7)

Conseils de santé instrumentalisés et sensibilisés à la promotion de la santé (BRA 98/006, 1998 : 13).

Le projet n'établissait pas la mise en place de nouveaux programmes, mais la réorientation de ceux déjà existants dans l'optique de la promotion de la santé entendue comme un compromis des différents secteurs du gouvernement chargés d'élaborer des politiques sociales. Les styles de vie y étaient mentionnés comme une composante en plus parmi celles dont le traitement était nécessaire, dans un éventail plus large d'interventions stimulant la participation et l'installation d'une nouvelle culture en santé. Les déterminants sociaux de santé n'y étaient pas encore explicitement traités, mais il était précisé que le projet visait les politiques publiques intersectorielles ayant un impact positif sur la santé de la population (BRA 98/006, 1998).

Le projet identifiait quelques risques possibles quant à sa mise en place. Aux fins de notre recherche, nous avons choisi ceux qui se réfèrent à la formulation et à la mise en place de la politique de promotion de la santé : a) manque de tradition des travaux inter- et intrasectoriels ; b) priorité de la composante assistancielle des programmes de santé ; c) possibles divergences politico-partisanes ; d) méconnaissance des concepts modernes de promotion de la santé et e) changements fréquents de la gestion du projet (BRA 98/006, 1998 : 38).

Le dernier de ces risques n'a pas mis longtemps à se confirmer ; depuis la signature de coopération en 1998 et jusqu'à la fin de 2002, la gestion a connu une importante discontinuité, avec trois ministres de la Santé différents et par conséquent, des changements de cabinet, provoquant des retards dans le développement du projet BRA 98/006. À la fin de 2002 et déjà à la fin du gouvernement de F.H. Cardoso, on présente le document « *Référentiels pour la construction de la politique nationale de promotion de la santé* » (RPNPS/02).

Formulation de la politique – Deuxième étape : 2000-2002

Le RPNPS/02 reprend quelques-unes des questions du projet du PNUD tout en examinant les éléments qui limitent l'action du SUS, tels que la perspective fortement biomédicale qui prime dans son organisation et sa mise en place. Il fait un parcours détaillé des fondements juridiques de la création du SUS ainsi que de ses réglementations⁴⁹, considérés comme le cadre pour la formulation de la politique nationale de promotion de la santé et signale que :

« ces aspects, appréhendés dans le sauvetage historique de l'institutionnalisation juridico-légale de la politique de santé, mettent en évidence les potentialités pour la construction d'une politique de promotion ayant pour objectifs principaux : 1) rendre les conditions politiques, économiques, sociales, culturelles, environnementales et de comportement favorables à la santé des individus et de leurs communautés dans le présumé éthique de défense de la vie et du développement humain et 2) réduire les iniquités par rapport à l'accès aux opportunités pour le développement maximal du potentiel de santé. » (RPNPS/02 : 9)

En matière de déterminants sociaux, un pas a été fait par rapport au projet de 1998 en signalant la nécessité de concevoir une gestion de promotion de la santé basée sur les déterminants sociaux de la santé-maladie, les perceptions et les représentations sociales qu'en avaient les personnes, les professionnels et les gestionnaires. Le document signale que de cette manière, les problèmes pouvaient être analysés dans une perspective multiple et plurielle se servant aussi des grandes théories qui traitaient des questions sociales comme l'exclusion, la pauvreté, le développement et la violence (RPNPS/02 : 12).

Le SUS est identifié comme un catalyseur et facilitateur de l'intersectorialité des entités de gouvernement qui doivent développer des actions de promotion de la santé. Le document proposait : 1) la création d'une Commission nationale de promotion de la santé pour identifier les problèmes prioritaires et les potentialités

⁴⁹ « La législation infra-constitutionnelle (lois 8080/90 et 8142/90) (...) indique la forme et les mécanismes pour la participation de la communauté à la gestion du système et les conditions pour la promotion, protection et récupération de la santé dans un contexte intégral de soins et la gestion décentralisée des actions et des services. Les normes accordées au niveau national qui régulent le processus de décentralisation et la réorganisation du modèle de soins, introduisent, avec plus ou moins de force, la perspective de la promotion de la santé » dont la plus explicite est la Norme Opérationnelle de Base du SUS NOB 01/96. Cette dernière institutionnalise les programmes des Agents communautaires de santé (PACS) et Santé de la famille (PSF) comme des stratégies nécessaires pour la réorganisation du modèle de soins (RPNPS/02 : 6).

afin de définir des stratégies et des politiques de promotion ; 2) l'approfondissement du débat sur la santé dans tous les secteurs ; 3) l'inclusion de la promotion de la santé dans l'agenda politique national comme le thème prioritaire de l'agenda sectoriel grâce au Conseil national de santé (CNS), à la Commission intergouvernementale tripartite (CIT), au Conseil national de secrétaires de la santé (CONASS) et aux Conseils nationaux de secrétaires municipaux de santé (CONASEMS). Il y est précisé que la promotion ne doit être ni un niveau plus haut de soins ni un programme, mais une structure organisationnelle stimulant des actions qui poussent vers le service du développement humain et du processus d'émancipation du pays (RPNPS/02 : 14).

Pour résumer, vers la fin du mandat de F.H. Cardoso, en 2002, l'agenda de santé a identifié le rôle central de la promotion de la santé autour des éléments suivants : 1) caractère transversal et rôle de réorganisatrice du modèle de soins ; 2) tous les secteurs du gouvernement sont coresponsables de la production de santé ; 3) la promotion comme instrument de développement social ; 4) les programmes existants doivent être réorientés techniquement et logistiquement dans une optique de promotion de la santé ; 5) elle favorise l'installation d'une nouvelle culture en santé et l'approche des problèmes dans une perspective multiple et plurielle.

Ces éléments configuraient une véritable fenêtre d'opportunité pour que la promotion de la santé devienne la figure de proue de la politique nationale de santé.

Changement de la coalition au pouvoir et dans le sous-système

Cependant, de nouvelles tensions sont apparues sur la scène de la promotion de la santé. En janvier 2003, avec la prise en charge de la présidence par Lula, plusieurs changements ont opéré dans l'espace de la promotion au ministère de la Santé. Ces changements ont porté sur trois aspects : la place tenue par la promotion de la santé dans l'organigramme du ministère, les gestionnaires responsables de la mener à bien et finalement - conséquence des deux autres – la compréhension de la promotion.

La SPS a cessé d'exister et la gestion de la promotion de la santé a été remise au Secrétariat exécutif (SE), premier échelon sous le ministre. La nouvelle équipe de santé du ministère avait un grand nombre de représentants du mouvement sanitaire, de la santé collective, qui a conçu la réforme du secteur. Selon quelques-uns de nos interviewés, le but de remettre la promotion au SE était d'approfondir la transversalité de la promotion dans tous les programmes et d'élaborer la politique nationale de promotion, ce qui n'est pas arrivé :

*« ... le groupe technique de promotion du ministère qui avait une identité à l'époque [gouvernement de F.H. Cardoso] a recueilli la somme des expériences dans la région et c'est là que l'OPS a appuyé et les discussions internes de la propre réforme sanitaire et avec ça, on a articulé une politique que l'on supposait devoir se divulguer largement pour la discussion... c'est le document originaire de politique, mais il n'y a pas eu assez de temps pour la discussion à toutes les instances et c'est là que l'autre gouvernement est arrivé [gouvernement de Lula] et il a ignoré ce processus. Intéressant, n'est-ce pas ? Mais qui est resté ? L'OPS et le noyau des universités qui appartenaient à l'autre processus ; **les autres gens du ministère ont changé, tous. Non seulement les gens, mais aussi la structure du ministère, et la promotion** – c'est ma perception – **s'est sauvée parce qu'il y avait quelques ressources d'un prêt de la BM qui étaient pour la promotion de la santé.** Cela a fait qu'ils ont eu à mettre la promotion quelque part. **Et comment cela a été décidé ? (...)** Par la capacité ou le pouvoir de chacun des différents secrétaires qui voulaient ces ressources. Alors, il y a eu une dispute et finalement, elle est restée dans le secrétariat à l'exécutif. » (O1.1)*

*« Les dirigeants qui ont accédé au ministère avaient beaucoup d'expérience municipale et dans cette expérience, ils étaient très pragmatiques. Alors, **il y avait beaucoup à faire dans l'immédiat et il fallait administrer un système qui est très compliqué ; ceci n'a pas permis que la politique [de promotion] devienne une priorité.** C'est une interprétation. Une autre interprétation possible, c'est que **cette formulation de politique avait déjà une empreinte très forte du Secrétaire de politique de santé du gouvernement antérieur.** Alors, par exemple - une illustration pour cette deuxième hypothèse - quand on a établi les axes thématiques de la 12^e Conférence nationale de santé, le mot « promotion » n'y apparaissait pas. Le mot était « intersectorialité », mais pas « promotion » qui **venait du gouvernement antérieur.** Il y a eu une discussion sur l'intersectorialité dans cette conférence, mais surtout sur les soins de première ligne et l'organisation des services de santé. La promotion de la santé n'a pas tellement avancé par rapport aux recommandations de cette conférence » (B17 - Chercheur Université).*

*« J'avais préparé une dissertation (...) fortement critique de la promotion de la santé comme nous en avons discuté à l'époque (...) : dépolitisée, au service de l'État minimal, qui culpabilise les individus et qui n'investit que dans les styles de vie. C'est là que ma directrice de maîtrise m'invite à faire avec elle ce projet [PNUD]. Alors, on a fait tout ce travail de 2003 à 2004 ; d'abord de luttes ; **travaillant en promotion, aucun de nous ne venait de la promotion, personne, ni***

chercheurs, ni travailleurs. [Dire que] la promotion allait requalifier le SUS, allait le transformer en une meilleure chose, lui donner du sens (...); c'était une pomme de discorde parce que finalement les personnes qui avaient conçu les amendements pour la Constitution [de 1988] étaient au pouvoir, ils étaient en train de prendre en charge le SUS et ils avaient un projet dans lequel le discours de la promotion n'avait pas de place. Ils sentaient que c'était un manque de respect pour la tradition de la santé collective au Brésil, d'importer un discours et de vouloir que ce discours soit destiné à qualifier cette riche expérience que l'on avait construite. » (B18 - Gestionnaire ministère de la Santé 2002-2006)

« Le secrétaire exécutif du ministère de la santé était une personne de la santé collective et bien des fois, dans ce milieu, la compréhension de la promotion se fait depuis une perspective comportementaliste de styles de vie. Je crois que lui, il l'a vu comme une proposition qui venait du dehors du Brésil et avec le nationalisme, il y a eu une réduction de la promotion dans une perspective plus comportementaliste et avec une proposition externe au Brésil qui coopte et qui diminue le rôle d'une proposition de promotion que l'on était déjà en train de discuter au Brésil (...) Une proposition plus large qui était notre vision de la promotion de la santé » (B14 - Chercheur université)

Les tensions dans la compréhension de la promotion de la santé

La promotion de la santé a été vue comme un thème « importé » du monde anglo-saxon (notamment canadien) ayant peu de rapport avec la réalité brésilienne, dont le système de santé ne garantissait pas encore l'accès à l'ensemble de la population. Pour certains représentants du mouvement sanitaire, mettre l'accent sur une promotion qui a besoin de se développer en dehors des services de soins mettait en risque le développement du système, ce que certains associaient au discours et à l'action de la Banque mondiale et les politiques d'ajustement, et d'autres, à des discours vides n'ayant aucun rapport avec le processus historique brésilien :

*« [la promotion de la santé est] ... un sujet à la mode ! (...). À l'égard du Brésil, je crois qu'il faut définir deux choses : la promotion est une tentative de reconstruire le paradigme, la manière de penser la santé et la maladie ; nous avons un mouvement similaire en Amérique latine, contemporain, celui de la santé collective, avec la 8^e Conférence nationale de santé au Brésil en 1986 qui coïncide avec Ottawa [Première Conférence mondiale de promotion de la santé]. Ce sont des mouvements qui se ressemblent beaucoup en ce sens qu'ils démontrent l'importance de la détermination sociale du contexte dans le processus santé-maladie et la nécessité d'interventions intersectorielles. Jusque-là, les ressemblances. **Le mouvement de promotion de la santé est plus pragmatique, plus systémique, plus anglo-saxon et le nôtre est plus influencé par le marxisme, le structuralisme, les sciences politiques, je crois que c'est ça. Au Brésil, il a pris le nom de santé collective et il s'est produit dans le cadre de la réforme sanitaire ; c'est une***

différence avec le Canada. Nous avons vu l'importance de la détermination sociale, nous avons aussi perçu l'importance d'avoir accès aux services de santé et de modifier le système de soins et de gestion des services de santé. Parce que quand il entreprend la promotion de la santé, le Canada a déjà accès aux services ! Lorsque nous importons donc la promotion avec plusieurs théoriciens et intellectuels, il y a une question très importante que nous n'avons pas ici ni en Amérique latine qui est celle de la garantie de l'accès aux soins de première ligne... le diabétique doit avoir de l'insuline, le traitement individuel de l'hypertension artérielle, et pas seulement faire face au thème de la pauvreté, de l'iniquité sociale, des déterminants plus généraux » (B13 – Gestionnaire ministère de la Santé 2003-2004 - Chercheur université)

« Je pense que la promotion au Brésil a plutôt un sens plus [‘torcionador’, mot incompréhensible], c’est plus un complément de l’ajustement économique. » (B13 – Gestionnaire ministère de la Santé 2003-2004 - Chercheur université)

« Dans la politique de la réforme sanitaire, la santé est directement liée à une conception de la santé comme qualité de vie. (...) dans notre conception, en tant que membres de la réforme sanitaire, la promotion de la santé est constituante, base constituante ; c’est pourquoi notre discours est un peu différent du discours international qui a une action très prescriptive sur les pratiques de promotion, une promotion de la santé plus hygiéniste et non pas comme base constituante : ‘boire beaucoup d’eau c’est bon, ne pas boire c’est mauvais ; faire du vélo c’est bon, ne pas en faire c’est mauvais’, etc. un ensemble de discours prescriptifs. » (B5 - Gestionnaire au ministère de la Santé 2003-2006)

« Nous avons eu au Brésil une expérience très mobilisée par l'idéologie et la politique canadienne de promotion, des initiatives en rapport à « Villes et villages en santé ». Ce sont des initiatives étendues qui prennent la santé comme objectif des gouvernements locaux. Je crois que le processus national brésilien a beaucoup à apprendre au monde parce que ces politiques n’entrent pas au centre du principal problème de santé de nos pays qui est le système de services de soins. Un système qui n’inclut pas. Ce que je veux dire c’est que cela ne me convainc pas. La promotion de politiques saines ne suffit pas si vous n’avez pas un système de services de soins efficace. Ce discours qui dit que nous allons promouvoir la santé... est peu convaincant si, simultanément et prioritairement, on ne fait pas attention à l'accès aux soins qualifiés et intégraux. » (B5 - Gestionnaire au ministère de la Santé 2003-2006)

« Je ne veux pas être puriste... notre pensée n’est pas absolue, mais il ne s’agit pas non plus d’expulser notre patrimoine historique et de mettre en place un discours qui, à mon avis, du fait de son manque d’historicité dans le pays, est un discours qui tend à devenir un discours vide. » (B5 - Gestionnaire au ministère de la Santé 2003-2006)

« Il y avait à ce moment-là une discussion très grande sur la question de traiter la promotion comme le paradigme de toute la santé et cela constitue un problème, car le Brésil a d’autres lignes en Santé collective, en santé publique (...) il y a une polyphonie très compliquée pour dire que la promotion allait qualifier quoi que ce soit. Régler la santé est une chose et vouloir que la santé soit au centre de toutes les

politiques c'en est une autre, il y a des spécificités. » (B18 - Gestionnaire ministère de la Santé 2002-2006)

Ces attitudes ont trouvé une contrepartie dans la vision et la compréhension des leaders de la promotion de la santé qui considéraient que la mise en place du SUS avait consommé une grande partie des idéaux nés de la réforme dans le travail avec les services de soins, en résignant une conception plus étendue de santé :

*« À mon avis, l'organisation du SUS, sur lequel a débouché le mouvement de santé collective, est restée prisonnière de l'assistance, de la prestation de services. C'est là, je crois, que la promotion de la santé au Brésil a perpétué cette tradition de la réforme brésilienne de travailler sur les déterminants, la participation, etc., mais **le SUS a enfermé quelque peu le groupe de la réforme dans 'plus de ressources pour l'assistance, plus de ressources pour... etc.'** La promotion de la santé ouvre la possibilité de renouveler la réforme sanitaire brésilienne. » (B15 - Chercheur université)*

Certains interviewés ont signalé que la promotion avait incité au débat sur les limites de la réforme sanitaire et les changements qu'il fallait mettre en place :

*« Quand la promotion arrive, en disant des choses que la réforme sanitaire disait, elle aussi est critiquée par la gauche... à quoi bon inventer toujours de nouveaux noms pour les choses, santé collective, réforme sanitaire... un nouveau nom, un nouvel habit pour de vieilles choses. (...) C'est là où **je pense que la promotion de la santé continue d'être celle qui peut apporter un débat, faire un appel à un processus de réflexion pour le changement, en reprenant beaucoup de choses qui 20 ans auparavant étaient dites au Brésil sous un autre nom.** » (B1 - Chercheur université)*

Il semblerait également que cela ne suffise pas d'avoir un système universel si les efforts ne portent pas en même temps sur le modèle de soins existant :

*« Je crois que **dans un système universel, la question n'est pas s'il est universel ou pas, mais s'il est saisi par un modèle de soins, de production de santé qui est médical... Si c'est ainsi qu'il est saisi, dans ce sens, c'est un obstacle pour une vision différente. Cela ne facilite pas l'incorporation d'un système plus étendu de production de santé.** » (B1 - Chercheur université)*

À la fin de 2003, le SE a convoqué à une première réunion de chercheurs, institutions universitaires et gestionnaires reconnus pour leur travail en promotion de la santé. À cette réunion, la tension a été très vive entre les représentants du mouvement de promotion de la santé, regroupant quelques universités et faisant partie du Groupe de travail de promotion de la santé Abrasco (GT Association brésilienne de post

université en santé collective), et les représentants du mouvement de la santé collective, avec la présence de celui qui en était alors le secrétaire exécutif. Lorsque les premiers ont dit que la promotion pouvait « qualifier » le SUS, les deuxièmes ont fortement réagi et ont considéré que cela était intolérable par rapport à l'histoire du mouvement sanitaire. Suite à ces affrontements, le Secrétaire exécutif à la santé a dû démissionner. À la fin de 2004, la promotion de la santé a quitté le SE pour être transférée au Secrétariat à la vigilance en santé (SVS). En septembre 2005, le ministère de la Santé a défini un *Agenda d'engagement pour la santé* selon trois axes : a) le Pacte de défense du système unique de santé (SUS) ; b) le Pacte de défense de la vie et c) le Pacte de gestion. Dans le Pacte de défense de la vie, six priorités ont été définies et pour la promotion de la santé, dans les termes suivants :

« Élaborer et mettre en place la Politique nationale de promotion de la santé, avec **l'accent mis sur l'adoption de comportements sains de la part de la population brésilienne, de façon à internaliser la responsabilité individuelle de la pratique d'activités physiques régulières, de l'alimentation saine et du combat contre le tabagisme.** » (MS, 2005)

On peut y observer le changement dans la conception de la promotion de la santé que nous traiterons un peu plus loin.

La Promotion de la santé dans la politique : la vision des interviewés

De nouvelles ententes et mésententes ainsi que de multiples négociations ont eu lieu au cours de l'année précédant la promulgation le 30 mars 2006 de la Politique nationale de promotion de la santé (PNPS), décret n° 687. Avant d'en présenter le contenu, il semble pertinent de s'arrêter un peu sur la conception de promotion de la santé perçue par les acteurs interviewés pendant notre recherche afin de la mettre en contraste avec la PNPS décrétée.

À première vue, et au regard de la polarisation des positions présentées jusqu'ici, il serait justifié de penser que des positions tellement différentes reflètent des conceptions différentes à l'égard de ce que l'on entend par promotion de la santé et

ses domaines d'action. Cependant, il se dégage de l'analyse des entrevues un consensus important sur la compréhension de la promotion de la santé aussi bien de la part des représentants de la santé collective que de ceux qui s'identifient avec la promotion de la santé. Les changements comportementaux individuels ne sont pas évoqués en tant qu'élément caractérisant la promotion ; bien au contraire, celle-ci est largement conçue comme capable de transformer la réalité, en agissant sur les déterminants sociaux de santé en vue de l'amélioration de la qualité de vie. Nous présentons ci-dessous les conceptions de la promotion des différents interviewés selon qu'ils sont des représentants de la SC, de la PS, ou qu'ils n'appartiennent à aucun de ces mouvements parce qu'ils sont externes au secteur de la santé.

Pour les représentants de la SC, la promotion peut être entendue comme :

« La promotion de la santé, pour moi, [est] une politique pour agir sur les déterminants qui sont en rapport avec le processus santé/maladie (...) il doit y avoir de l'articulation entre les différents secteurs, une structuration des services de santé, une qualification des professionnels, la poursuite de l'autonomie des individus, des sujets et des politiques concernant l'environnement, des milieux d'une meilleure qualité de vie. » (B6 – Gestionnaire au ministère de la Santé 2003-2006)

« C'est la capacité des individus ou des collectivités de pouvoir élaborer des projets en accord avec leurs désirs, d'imaginer l'avenir. » (B12 - Gestionnaire au ministère de la Santé 2002-2006)

« Un sujet à la mode ! (...) La promotion est une tentative de reconstruire le paradigme, la forme de penser la santé et la maladie. » (B13 – Gestionnaire ministère de la Santé 2003-2004 - Chercheur université)

« L'idée de promotion de la santé aujourd'hui, au Brésil, est très liée aux déterminants et à l'autonomie et l'émancipation des sujets. » (B17 - Chercheur Université)

Pour les promoteurs de la santé :

« Définition de promotion de la santé pour le Brésil (...) idée de santé comme production sociale, deuxième idée... la santé comme outil et moyen de vivre la vie, troisième, l'idée de la santé comme droit fondamental, la santé comme impératif éthique (...) la santé est en rapport avec la catégorie d'autonomie (...) deux principes fondamentaux... une idée d'autonomie des individus et l'idée d'équité... distribution d'autonomie dans la société et équité qui n'est pas seulement une question d'accès, mais de résultats. » (B1 - Chercheur université)

« *Résultat du développement (...) pour nous, c'est là une dimension de construction de promotion de la santé.* » (B1 - Chercheur université)

« *Le concept de promotion (...) prend la santé dans une perspective de qualité de vie (...) tel que nous l'avons travaillé au système municipal de santé avec une perspective intersectorielle, qui considère la santé comme une production sociale ; dans notre perspective, la promotion entre comme un agenda intersectoriel fort travaillant pour la qualité de vie.* » (B2 - Gestionnaire et chercheur en promotion de la santé)

« *Au Brésil, la promotion a deux caractéristiques : la question de déterminants liés aux iniquités et à la pauvreté ; l'autre question, c'est qu'elle apparaît liée au SUS et quand elle le fait, elle apparaît comme un projet national de santé (...). Depuis sa conception, le SUS envisage la promotion de la santé non pas comme des soins pour des pauvres, mais comme une porte d'entrée au système, l'intégralité, l'universalité, la participation.* » (B3 - Chercheur université)

« *C'est promouvoir l'accès équitable de la population aux grands droits de l'être humain, aux biens qui constituent la qualité de vie : culture, transport, loisirs, travail, revenu, logement, assainissement, éducation et aussi de bons services de santé. La promotion est liée essentiellement à l'équité et à l'accès à ces biens et pour arriver à la promotion, il faut travailler sur deux pôles : celui du gouvernement, où normalement on travaille par politiques publiques intégrées, intersectorielles et saines et d'autre part, celui de la participation de la communauté (...) à ces décisions.* » (B10 - ONG)

« *Processus qui a besoin d'une action intersectorielle : santé, environnement, éducation, et qui se préoccupe par la participation de la population et tout ce processus d'intégration dans un rapport de l'État avec ses citoyens, visant à l'amélioration des conditions de vie et de santé de la population.* » (B14 - Chercheur université)

« *Promouvoir la santé c'est identifier les potentialités, la vie et les ressources, sans confronter avec la maladie, c'est récupérer notre capacité de pointer et de chercher où se trouvent la potentialité, les ressources.* » (B15 - Chercheur université)

« *J'aime toujours la définition de la charte d'Ottawa comme un processus de formation. Et là, la formation n'est pas un cours, mais une formation politique, culturelle, idéologique des personnes et des communautés, pour être capables d'agir sur les déterminants sociaux de santé.* » (B16 - Chercheur université)

Un interviewé de la promotion de la santé parle de son scepticisme à propos de l'existence d'une seule conception de la promotion en signalant la forte dépendance que cette conception aura du paradigme prédominant :

« *Je ne crois pas qu'il existe une seule définition de promotion. Cela dépend de la culture et du concept de santé que l'on a. Je ne saurais pas donner une définition. Cela dépend aussi du paradigme que l'on a. Au Brésil, il n'y a pas de consensus.* » (B8 - Conseiller en promotion de la santé)

Des représentants d'autres secteurs :

*« La promotion est **liée à la qualité de vie** qui implique la création de conditions d'emploi, d'environnement et d'assainissement de la famille et de la communauté et d'assistance préventive dans tous ses aspects y compris les aspects culturels et de socialisation. » (B4 – Gestionnaire au ministère de l'Agriculture 2006)*

*« C'est **fournir des moyens pour que la population puisse avoir une meilleure vie** grâce à l'information, grâce à des instruments pour qu'elle puisse d'elle-même faire les transformations nécessaires pour sa santé (...), ce que le gouvernement peut améliorer de l'environnement pour que les personnes vivent mieux. » (B9 – Gestionnaire au ministère de la Santé)*

*« Je vois la question de la promotion comme quelque chose plutôt large avec des choses qui sont en dehors du champ strict de la santé. **Il faut travailler avec d'autres secteurs qui s'occupent du revenu, de l'emploi...la qualité de vie.** » (B11 gestionnaire- Institut de recherche économique et social, IPEA)*

Dans le discours des interviewés, quelle que soit leur appartenance (Promotion de la santé ou Santé collective), il existe un lien très fort entre la conception de promotion et la conception de santé soutenue par la réforme sanitaire. Nous pourrions y voir une superposition de sens où « santé » et « promotion de la santé » sont interchangeables. D'après l'analyse des entrevues, la promotion apparaît comme : a) un essai de reconstruire le paradigme du processus santé-maladie ; b) une production sociale, un outil et un moyen de vivre la vie ; c) un droit fondamental et impératif éthique ; d) un élément favorisant l'équité tant dans l'accès aux biens et aux droits que dans les résultats de l'amélioration de la qualité de vie ; e) vouée au travail avec les déterminants sociaux de santé étendus (logement, revenu, culture, transport, travail, assainissement, éducation, services de santé, etc.) ; f) fondamentalement intersectorielle ; g) un processus de formation politique, culturelle et idéologique qui vise à l'autonomie des sujets et des communautés, parmi les attributs les plus nommés.

Comme nous l'avons signalé plus haut, les changements comportementaux individuels ou l'adoption de styles de vie sains, liés à l'alimentation, à l'activité physique et au tabac, n'ont été mentionnés par aucun des interviewés dans leur définition de la promotion de la santé. Six interviewés notent que le grand problème

du Brésil est l'iniquité et que la promotion doit, au moment de définir ses actions, focaliser principalement sur l'équité. Enfin, la promotion est perçue comme un outil qui facilite l'amélioration du rapport entre l'État et ses citoyens.

De l'analyse des entrevues, il se dégage une compréhension large de la promotion de la santé qui devrait tenir compte bien davantage du travail avec d'autres secteurs du gouvernement et non seulement du travail avec le secteur de la santé, les déterminants sociaux de la santé et l'équité comme centre de la promotion. Ce sont ces éléments-là que nous identifions comme fondamentaux pour envisager la promotion de la santé comme la force directrice d'une politique nationale de santé. Cependant, ils ne sembleraient pas être ceux qui ont guidé l'élaboration de la PNPS. Voyons-en maintenant le contenu.

6.2.2. Mise en place de la politique nationale

Dans l'introduction de la PNPS, la promotion de la santé est définie comme une :

« ... stratégie de l'articulation transversale dans laquelle on rend visibles les facteurs qui mettent en danger la santé de la population et les différences entre nécessités, territoires et cultures présentes dans notre pays. Le but est la création de mécanismes de réduction des situations de vulnérabilité, de défense radicale de l'équité et pour l'incorporation de la participation et du contrôle social dans la gestion des politiques publiques. » (PNPS, 2006 : 5)

Dans cette introduction de la politique, la promotion est envisagée comme : 1) **une stratégie de production de santé** ; 2) une possibilité de focaliser sur des aspects qui déterminent le processus de santé/maladie (violence, chômage, sous-emploi, manque d'assainissement de base, logement inadéquat et/ou pas de logement, difficulté d'accès à l'éducation, faim, urbanisation désordonnée, qualité de l'air et de l'eau menacée, détériorée) **en favorisant des formes plus larges d'intervention en santé** ; 3) **une stratégie d'articulation transversale** ; 4) **un mécanisme de renforcement et mise en place d'une politique transversale** permettant le dialogue entre les différentes instances du secteur sanitaire et d'autres secteurs du gouvernement, le secteur privé et la société (PNPS, 2006).

L'objectif général de la politique est défini ainsi :

« Promouvoir la qualité de vie et réduire la vulnérabilité et les risques de la santé liés à leurs déterminants et aux éléments qui conditionnent – modes de vie, conditions de travail, logement, environnement, éducation, loisirs, culture, accès aux biens et aux services essentiels. » (PNPS, 2006 : 7)

Le texte de la politique reconnaît que l'analyse de la littérature dans le domaine montre la prédominance des études dédiées aux comportements des sujets et qu'il est crucial de faire d'autres études ayant en vue des stratégies plus étendues comme l'intégralité, l'équité, la responsabilité sanitaire, la mobilisation et la participation sociales, l'intersectorialité, l'information, l'éducation, la communication et la durabilité. Dans un mouvement paradoxal de cette reconnaissance, les concepteurs de la politique identifient le rapport étroit entre la promotion et la vigilance en santé à un mouvement intégrateur d'agendas gouvernementaux qui facilitent le rôle citoyen et la participation sociale.

En plus de considérer la divulgation et la mise en place dans les différents niveaux et espaces du gouvernement, la politique a identifié quelques actions spécifiques : 1) alimentation saine ; 2) pratique corporelle/activité physique ; 3) prévention et contrôle du tabagisme ; 4) réduction de la morbi-mortalité par l'alcool et les drogues et par des accidents de la circulation ; 5) prévention de la violence et encouragement à la culture de la paix et 6) promotion du développement durable.

On reconnaît la promotion de la santé comme « une partie fondamentale de la recherche d'équité » et d'amélioration de la qualité de vie et de la santé. Parmi ses stratégies de mise en place, on distingue : a) l'insertion d'actions de promotion de la santé à tous les niveaux de soins, **en mettant l'accent sur les soins de première ligne qui doivent se traduire dans des actions de soins du corps et de la santé, d'alimentation saine et de prévention et contrôle du tabagisme** ; b) la requalification des professionnels pour le domaine ; c) l'appui aux États et aux municipalités ; d) la création du réseau de Villes et villages en santé ; e) l'appui au développement d'études d'impact sur la santé en considérant des actions de

promotion et f) l'appui à la construction d'indicateurs pour le programme Écoles promotrices de santé (alimentation, activité physique et environnement libre de tabac).

Quelques observations sur la PNPS

Quelles questions se sont perdues dans le processus d'élaboration de la politique depuis la signature de l'accord de coopération avec le PNUD en 1998, en passant par le document RPNPS de 2002 jusqu'à la PNPS en 2006 ?

En premier lieu, et en tant qu'élément le plus saillant, la promotion de la santé n'est plus considérée comme une politique publique stratégique pour changer le modèle de soins prédominant. Elle n'est pas non plus considérée comme un processus social et politique, comme c'était le cas pour le projet BRA 98/006 du PNUD. Dans la politique décrétée, la promotion de la santé ne réachemine déjà plus les programmes de santé existants vers un changement de modèle de soins ; bien au contraire, elle reste encadrée dans les soins de première ligne et à l'intérieur de ceux-ci, dans des actions préventives focalisant sur les risques de maladie.

Les déterminants structureaux sont mentionnés, mais ne sont pas envisagés par les stratégies que propose la politique. L'équité, mentionnée comme objectif de la Constitution fédérale de 1988 et de la PNPS, n'est pas reprise dans l'évaluation de l'impact des actions proposées par la politique. Des six actions spécifiques identifiées, cinq sont en rapport avec des changements de comportements. À aucun moment il n'est mentionné la nécessité de contrôler si les actions mises en œuvre par la PNPS contribuent à la diminution des disparités de santé dans la société brésilienne, objectif fondamental du RPNPS/02.

Les entrevues pour notre recherche ont été conduites en même temps que la PNPS était lancée ; d'ailleurs, la polarisation rencontrée dans le discours des interviewés reflète *la ligne de partage des eaux* qui s'est produite au moment de sa mise en place. Nous présentons par la suite, quelques-uns de ses plus durs opposants. Parmi

ceux-ci se trouvent des chercheurs du domaine de la promotion, mais aussi l'ancien Secrétaire exécutif du ministère, à l'origine de la forte polémique du début du gouvernement de Lula à l'égard de la promotion de la santé versus le mouvement de la santé collective. Observons en premier lieu la position des tenants de la promotion :

« La promotion, le mouvement de la promotion se présente comme un nouveau signe, mais cela n'a pas de consensus. Tant et si bien que par exemple dans la politique brésilienne, on vient d'approuver un document appelé politique nationale de promotion et c'est quoi ? Tel qu'il est aujourd'hui, c'est pour les maladies chroniques... il ne parle presque pas d'autres choses. » (B1 - Chercheur université)

« Quelle critique je peux faire à cette politique ? [PNPS] la forme dont la politique a été lancée affaiblit la force du terme dans une perspective plus étendue et c'est là une discussion que nous devons avoir au Brésil et qui est très forte. Tout reste réduit à la conception proposée par Level et Clark de la période pré-pathogénique... si vous prenez l'infarctus, qu'est-ce que la promotion peut faire dans la période pré-pathogénique de l'infarctus ? Tout cela devient promotion de la santé et finit par réduire la promotion aux styles de vie ou à la prévention de la maladie. Tension paradigmatique entre le modèle de promotion et celui de la biomédecine ; parce qu'on ne peut pas discuter de la promotion sans établir des parallèles historiques et ce concept historique doit être replacé dans son contexte. Le débat de la promotion au Brésil finit par être marginal ; d'une part, avec les acteurs qui étaient pour une formulation plus large de promotion, santé comme stratégie et perspective qui dépasse la santé/maladie et dont l'action sera intersectorielle. On ne peut pas parler de promotion sans discuter du modèle macroéconomique existant. » (B2 - Gestionnaire et chercheur en promotion de la santé)

« Le ministère a choisi une politique qui est plus près de l'idée de vigilance de santé que de promotion de la santé et qui situe la promotion dans le Département de vigilance de santé en la transformant en une politique marginale du système comme un tout. Elle finit par être plus la politique qui encourage certains procédés dans les municipalités, dans les domaines de mobilité physique en nutrition, tabac... et je crois qu'ils finissent par réduire la promotion de la santé. » (B2 - Gestionnaire et chercheur en promotion de la santé)

« Le terme 'promotion de la santé' en portugais est très fort... par conséquent, cette promotion est liée à une question structurelle de transformation sociale qui produit de la santé, non seulement dans un service de santé, mais lorsque celui-ci fait partie de la promotion de la santé. Quand vous restreignez la politique de promotion à la politique de services de santé le terme s'appauvrit et c'est ce qui arrive aujourd'hui au Brésil. » (B2 - Gestionnaire et chercheur en promotion de la santé)

Une critique par rapport à la PNPS est également émise par un représentant de la Santé collective :

« C'est beaucoup de discours et peu de pratique. C'est un discours politiquement correct avec des recommandations identiques (...) Le programme est sorti très réduit et victorien, typique du discours victorien, c'est la question des styles de vie. Le Brésil a 47 000 morts par accidents de la route et on fait une politique sur le tabac ! C'est ridicule ! 'Ne mangez pas, ne fumez pas, marchez tous les jours' c'est ridicule ! Je veux dire, c'est important mais c'est si petit face aux problèmes du Brésil comme la tuberculose, le HIV, la violence...sans avoir l'accès universel... c'est très compliqué. Alors ça donne un programme faible, erroné, je n'aurais pas fait ça. J'avais pensé la promotion autour de comment allons-nous obtenir que le système de santé intervienne sur les déterminants sociaux et économiques généraux. »⁵⁰ (B13 – Gestionnaire au ministère de la Santé 2003-2004, Chercheur université)

La promotion de la santé est limitée au système des services ou à une existence programmatique de changements comportementaux :

« D'une certaine manière, ces acteurs qui dans les années 90 ont considéré que le SUS était la politique de promotion de la santé, ont fini par gagner et je crois que ce qui nous reste, c'est que la politique de promotion de la santé au Brésil, c'est la propre mise en place du SUS. Le SUS est une grande stratégie promotionnelle. Le concept a été mal travaillé au Brésil. Le concept de promotion est beaucoup plus large que la politique nationale de promotion, mais le débat s'est appauvri et il a fini par perdre de la force. » (B2 - Gestionnaire et chercheur en promotion de la santé)

« La PNPS du Brésil, c'est ce qui a de plus traditionnel et de plus conventionnel possible. Si l'on n'incorpore pas la question des déterminants sociaux de santé, nous sommes absolument conventionnels 'arrêtez de fumer, nous allons corriger les comportements alimentaires'... Ça passe par là... Ce n'est pas que ce ne soit pas nécessaire, mais c'est aborder la réalité de façon segmentée par des initiatives qui ne défendent pas des intérêts sectoriels. » (B16 - Chercheur université)

Malgré les critiques, la plupart des interviewés considèrent que la PNPS constitue un progrès et une fenêtre d'opportunité pour envisager la promotion de la santé dans un sens large. La création de la Commission nationale de déterminants sociaux de santé (CNDSS), au début de 2006, est vue par certains interviewés comme un espace d'où l'on peut continuer à encourager une promotion de la santé étendue ayant pour base les déterminants structureaux de la société. Quelques-uns reconnaissent même que le ministère de la Santé est un espace limité pour le développement de cette promotion

⁵⁰ La PNPS inclut un point qui vise la diminution des accidents de la route.

qui a besoin de se situer à un niveau plus haut pour recouvrir les multiples secteurs de la société :

*« La promotion doit être formulée et décidée à un niveau supra sectoriel. Nous avons ici les fonctions essentielles de santé publique et il y a eu un processus d'évaluation et la promotion était l'une des choses qui apparaissaient tout le temps ; cependant, le ministère ne pouvait pas répondre à plusieurs questions ; alors notre idée a été que la politique de promotion et de qualité de vie ne peut pas être reliée au ministère de la Santé. **Même si c'est le commencement, si le ministère de la Santé se laisse pénétrer par l'idéologie de la promotion, il peut commencer à se laisser orienter par des stratégies promotionnelles.** Au Brésil, la Commission de DSS (Déterminants sociaux de la santé) a adopté un décret ; le groupe est presque un gouvernement parallèle. Le design serait celui-là je crois, pour un pays de promotion de la santé. » (B1 - Chercheur université)*

« Une politique de promotion ne se fait pas dans le secteur de la santé. Il y a une contribution du secteur de la santé à la discussion d'une politique de promotion qui serait interministériel, comme une politique du gouvernement dans un cadre plus grand. Alors... je crois que c'est positif que le ministère ait produit quelque chose et c'est une production importante et il existe la possibilité de financement des actions, mais elle est loin d'être une politique de promotion résultant d'une interaction de différents secteurs. » (B8 – Conseiller en promotion de la santé)

Les gestionnaires du Secrétariat à la vigilance en santé justifient que la promotion est restée dans la SVS quand ils disent qu'elle fonctionne comme le SE par rapport à la composante promotion :

*« **Quand la promotion était au Secrétariat [exécutif], c'était pour répondre à cette attente qu'elle devait être transversale, intégratrice dans toutes les pratiques...** Alors, quand elle est passée au Secrétariat de vigilance, il y a eu le sentiment qu'on la réduisait... dans certains groupes des universités plus liés à la promotion, le propre groupe Abrasco ; une réduction de la promotion à la prévention de maladies chroniques et je crois que nous avons pu créer une autre ambiance et bien montrer que la promotion est située dans la coordination de prévention de maladies, mais que **nous fonctionnons plutôt comme le secrétariat exécutif.** » (B7 - Gestionnaire au ministère de la Santé 2003-2006)*

Ces gestionnaires rendent compte du processus de formulation et de négociation de la PNPS dans un contexte de changements ministériels. Ils signalent : les allers et retours du texte de la politique, les changements ministériels et de l'agenda qui se sont révélés être des obstacles pour arriver à une version finale, l'influence de la stratégie globale de l'OMS dans la définition de la politique et les tensions avec les

organisations des secrétaires municipaux de santé et des responsables de santé au niveau étatique/provincial :

« Cela n'a pas été facile... Nous avons eu une première version les premiers six mois [jusqu'en juillet 2005] et le ministre a changé et donc la version a changé du point de vue de l'agenda... non pas du point de vue du cadre conceptuel qui est le même. Mais on a proposé un agenda plus large, matriciel même de presque tous les secteurs du Ministère... On a fait six entrevues avec d'autres secteurs du Ministère... pour chercher à récupérer ce que l'on avait fait pour construire la promotion. Avec le changement de ministre, on a eu un problème interne à négocier... reprendre les négociations... ce qui a changé, c'est l'importance de la promotion dans son contexte, dans les soins de première ligne. On a défini de nouvelles priorités pour l'agenda. Nous y avons travaillé sur trois questions qui étaient essentiellement la Stratégie globale : alimentation saine, activité physique et prévention du tabagisme. Trois grandes priorités. C'est là que nous avons rencontré le CONASEMS et le CONASS pour faire un pacte et ils n'en ont pas été d'accord ; ils sentaient une réduction et ils ont dit qu'ils voulaient un agenda plus large, non seulement la Stratégie globale et la prévention du tabagisme, mais la culture de la paix, la prévention des drogues, la prévention d'accidents et de la violence et la nécessité d'une communication sociale que nous voulions inclure. Ce fut un autre moment de négociation d'où est sortie une troisième version ! Et puis, une autre année et demie... et lorsqu'elle a été approuvée, nous avons établi quelques priorités, que nous avions établies précédemment plus une alimentation saine, l'activité physique, le contrôle du tabac, la prévention de la mortalité par accidents de la route, la culture de la paix, la promotion du développement durable et la diminution de la morbi-mortalité à cause de la drogue. C'est le consensus que l'on a approuvé maintenant, le 30 mars 2006, la politique nationale de promotion de la santé. » (B7 - Gestionnaire au ministère de la Santé 2003-2006)

D'autres gestionnaires signalent :

« Quand je suis arrivé ici [au ministère de la Santé], en 2002, la promotion n'était qu'un projet avec un début, un milieu et une fin... et ce projet n'a pas eu d'influence sur la politique. Il y a eu un débat qui affirme que la promotion doit être une structure différente du Ministère ce qui a été considéré comme faux. La question n'est pas là. On était dans une impasse : ou la promotion c'est tout, ou la promotion ce sont de petites actions qui peuvent exister ou pas... C'est là qu'on a commencé à discuter et à construire la politique de promotion de la santé. Au Brésil, cette politique a été présentée et elle est devenue une partie du Secrétariat de vigilance en santé et cela apporte de nouveaux débats... Est-ce que la promotion, du fait d'être conduite par un Secrétariat de vigilance en santé, portait sur elle le stigmate de la question du danger de ségréguer des populations à risque ? Ou de considérer et d'étiqueter comme sain ou non sain ?... Bon, ça alors, c'est aussi matière à débat. » (B12 - Gestionnaire au ministère de la Santé 2002-2006)

« Avant, il y avait une sorte de séparation très marquée entre ce qui était le secteur de la santé et ce qui était la promotion de la santé, en dehors du secteur. Et dans le secteur de la santé, étant donné le discours préventif très fort, la promotion finissait par devenir un discours sur le changement de comportements. C'est une tension

éternelle de la promotion (et) cela a une importance relative, mais cette importance devient minimale quand on parle de promotion de l'équité ou d'accès à l'information (...) Et ça aussi, c'est de la promotion. Je crois qu'il y a eu une maturation du groupe de promotion et aussi des gens du ministère dans le sens de comprendre les défis, d'obtenir un contrat commun. » (B18 - Gestionnaire ministère de la Santé 2002-2006)

Pour certains représentants de la promotion, la PNPS permettra d'identifier des questions pour la recherche en promotion de la santé, contribuera à la légitimer et constituera un guide pour le travail en promotion :

*« Je crois que la **politique nationale a un rôle beaucoup moins opérationnel et beaucoup plus conceptuel**. Elle a un rôle de réglementation parce qu'elle va établir des zones pour agir, elle va permettre des champs de recherche, des programmes plus concrets, etc., alors le premier problème concret qu'elle retrouve est celui de la non-existence d'actions concrètes en promotion. » (B10 - ONG)*

*« [La politique] **ouvre un espace de légitimité pour la promotion** ; à partir de cet espace, on peut travailler avec d'autres perspectives. Par exemple, à l'USP (Université de Sao Paulo), profitant de l'une de ces questions, nous essayons de construire un panel d'évaluation des programmes de maladies non-transmissibles dans la municipalité de Sao Paulo. Dans quelle perspective ? Dans celle de la promotion qui parle des déterminants, de participation, d'empowerment, d'émancipation, de démocratisation et eux, ils résistent, mais nous sommes parvenus jusque-là à négocier et à continuer à travailler. C'est un processus et jusqu'à présent, les projets n'ont pas cette caractéristique dans la mesure où nous faisons une évaluation participative ; nous travaillons dans cette direction qui nous intéresse. » (B14 - Chercheur université)*

*« L'iniquité, c'est le grand problème du Brésil. Quand on parle de promotion donc, dans un pays comme le Brésil, on parle beaucoup moins de comportement ou de styles de vie, de tabagisme et d'alimentation et on parle beaucoup plus de politiques d'équité, d'accès de la population à ses droits fondamentaux (...) La politique a ce regard, travaille sur cette question-là, je ne sais pas si en détail, mais elle l'incorpore, prend l'équité comme une question concrète. Et l'on prend aussi des questions comme la participation de la communauté, la formation et l'autonomisation de la population, un regard sur les iniquités sociales, mais ensuite, il y a une fragmentation dans certaines activités comme le tabagisme, l'activité physique, l'alimentation et un peu le développement (...) J'aurais mis peut-être un peu plus l'accent sur la question de l'équité, prendre et essayer qu'elle soit tout le long de la politique. Et il manque peut-être un peu de tout ça, mais je crois qu'elle en tient compte d'une certaine manière. Comment tout cela sera opérationnalisé dans la pratique est aussi un mystère parce qu'elle vient de sortir cette politique, mais **pour commencer, c'est un bon guide**. » (B10 - ONG)*

La PNPS est aussi perçue comme une fenêtre d'opportunité, comme produit du consensus entre des groupes différents :

« Ce n'est pas la meilleure politique que le gouvernement pourrait faire, mais un ensemble de fenêtres d'opportunité pour travailler la promotion de la santé et une chose plus importante : on a affecté 1 million de reales dans le cadre de cette politique nationale pour travailler sur l'évaluation et ceux qui sont en train de travailler sur cette évaluation, ce sont 10 groupes institutionnels qui sont les gens de la promotion qui établissent les critères pour évaluer la promotion : durabilité, participation sociale, déterminants de développement... alors... ça. » (B15 - Chercheur université)

« Quand je discute et je débats à propos de cette politique [PNPS], je dis toujours qu'elle constitue un accord de groupes ; alors en tant qu'accord de groupes, elle doit envisager aussi bien ceux qui ont une vision plus restreinte de la promotion, plus nord-américaine, par exemple, que ceux qui ont une vision plus étendue de la santé et qui par conséquent, se battent dans ce processus pour y inclure des aspects qui vont au-delà du secteur de la santé. Cette politique résulte d'une corrélation de forces donnée et on dirait que ce ne sont que des aspects comportementaux (...). Mais lorsque le document postérieur de la politique est sorti, fin mai, nous nous sommes sentis plus soulagés ; il a cette composante comportementale qui a aussi beaucoup à voir avec la propre configuration du ministère de la Santé (...), mais il apporte aussi un ensemble d'autres visions qui vont au-delà de la question des comportements... Je crois que ce n'est pas encore prêt, c'est un processus continu de lutte. » (B17 - Chercheur Université)

Et même si elle reste limitée par le cadre de la Convention-cadre ou de la Stratégie globale elle peut ouvrir un espace pour faire d'autres choses :

« La SVS est reconnue parce qu'elle a valorisé la connaissance universitaire, de ce qui est scientifique, c'est dans son mandat et c'est là son attrait (...) Ce fut le moment décisif pour qu'on puisse accorder un agenda qui parle d'activité physique, mais pas dans le sens d'avoir à en faire 30 minutes par jour, mais en pensant à la planification et à la mobilité urbaine. Ce fut un moment de déstabilisation intéressant qui a fait qu'elle [la PNPS] n'est pas introduite de façon aussi verticale ; bien sûr, il faut tout de même informer des progrès à la Convention Cuadro, à la Stratégie globale (...) Une chose est vraie, je serais en train de mentir si je disais qu'au moment de la mise en place, le point central est le développement durable. Non. Le développement durable y est parce que les secrétaires municipaux ont appuyé la politique et ils ne l'auraient approuvée que si elle comprenait ce point. Par derrière cet espace très traditionnel, on peut faire plusieurs autres choses. » (B18 - Gestionnaire ministère de la Santé 2002-2006)

Cette fenêtre d'opportunité est aussi considérée par le conseiller de l'OPS au Brésil qui voit – même en reconnaissant le biais comportemental – des possibilités de financement pour la promotion, l'accord entre les différents niveaux des institutions de santé pour sa mise en place et l'articulation entre des secteurs du ministère de la Santé :

« Il y a cinq ans, il n'y avait rien sous le nom de promotion de la santé au ministère de la Santé. Maintenant, il y a une politique nationale de promotion ; un décret qui lui donne des ressources et qui a été négocié dans tous les espaces de négociation et d'établissement d'accords, CONASEMS, CONASS, Conseil national de la santé (CNS), et autres. Avec tous les problèmes qu'elle a, avec les biais comportementaux qu'elle a et la question des maladies chroniques et tout cela...qu'est-ce qu'il faudrait faire ? À notre avis, ces choses qui sont là, dans la promotion et ce qu'on va générer comme proposition pour cela va ouvrir une brèche qui peut s'accroître pour élargir l'espace de discussion sur la promotion. » (OI.1)

« Je crois que ce que l'on a gagné... bon, dans le gouvernement précédent, la promotion a eu une petite boîte, mais elle n'a pas eu en pratique des conditions d'entrée dans d'autres secteurs du ministère de la Santé plus explicitement. Elle est restée presque en parallèle. Maintenant non, la promotion s'articule dans chacune de ses lignes d'action avec d'autres lignes et programmes du ministère de la Santé (...) Avant, il y avait un discours de promotion qui n'avait même pas cette articulation avec les autres programmes parce que le programme de nutrition n'est pas celui du secteur de vigilance en santé, celui du tabac non plus... ce sont d'autres secteurs du ministère. Alors, ce que l'on a essayé de faire avec la PNPS, c'est justement de mettre dans un cadre tout ce que d'une manière ou d'une autre est en rapport avec la promotion et de lui donner une certaine cohérence. » (OI.1)

Comme nous l'avons signalé précédemment, la création de la CNDSS est vue comme une réponse au manque de vision élargie de la promotion dans le gouvernement. Le président de cette commission signalait ceci :

« Le dernier point de la politique est la promotion du développement durable, mais c'est tout ce qu'il y a. C'est dans ce vide que nous avons décidé de lancer la Commission de déterminants sociaux de santé (CNDSS) et nous voulons que la perspective de la commission fasse partie de la politique de promotion, de cette promotion radicale. C'est pour cela que nous tenons à dire que cela n'a pas de sens d'avoir une politique de promotion qui ne considère pas sérieusement les thèmes que la CNDSS est en train de traiter. » (B16 - Chercheur université)

Pour cet interviewé, la création de la CNDSS montre, d'une part, le vide dans le domaine sanitaire par rapport à une promotion travaillant avec les déterminants sociaux de la santé, et d'autre part, elle montre la préoccupation du gouvernement à structurer une politique nationale qui soit promotrice :

« Quand on constitue une Commission nationale de déterminants sociaux, quand on a une politique nationale de promotion de la santé, il s'agit alors d'un gouvernement qui essaie de structurer une politique nationale de promotion. Or, à partir de là, les choses doivent aller au niveau local. Si nous réussissons la

construction d'une proposition politique hégémonique de la responsabilité à l'égard des conséquences des politiques publiques sur la santé... alors là, c'est un processus très raffiné et qui dépend aussi sur le plan national d'une compréhension de la santé de la part du pouvoir central par rapport à la santé. » (B16 - Chercheur université)

Le discours des représentants des coalitions

Au fil des entrevues, les interviewés ont identifié différents acteurs. Dans certains cas, par de fortes critiques de leurs positions. Ceux qui sont encadrés par le mouvement de la réforme sanitaire, plus liés à la santé collective, parlent des représentants de la promotion de la santé comme des « fondamentalistes » et/ou des « radicaux » ; pour leur part, ceux-ci traitent les représentants de la santé collective de « comportementalistes » :

*« Il existe un groupe qui est fortement imprégné d'un discours de promotion à l'écart de l'expérience et de l'histoire brésilienne en santé. Ce groupe ne valorise pas toute la base conceptuelle et politique du processus de réforme sanitaire et ne reconnaît pas le SUS comme une stratégie de promotion (...). Ce groupe est dans les universités... peut-être dans l'USP, à l'école d'hygiène publique ... un noyau... dans quelques municipalités... il a été capitalisé par l'histoire des Villes et villages en santé... et il y a un organisme auquel j'appartiens, ABRASCO, où il y a un GT [groupe de travail en promotion] qui a une certaine hégémonie de cette pensée qui croit qu'une politique de promotion pour le Brésil doit être éloignée du SUS ou qui ne reconnaît pas le SUS comme une conquête pour la promotion de la santé (...). **Je les considère comme des fondamentalistes de la promotion**, avec un discours ayant pour nord...c'est presque comme si au lieu de construire des postes de santé, vous devriez construire des pistes de danse pour les petits enfants à 6 h de l'après-midi... J'utilise cette caricature pour dire à quel point ces deux discours sont dissociés. **C'est comme si le fait d'avoir un bon système de services de soins n'est pas une stratégie de promotion et qu'au lieu d'investir dans le SUS, il faudrait investir en sentiers-vélos...** Vous avez compris ? Je fais une caricature, mais c'est comme ça que cela marche...et il s'agit d'un discours très pervers qui a gagné un statut important dans le mouvement de santé au Brésil, mais heureusement, cette politique de promotion (PNPS) vient donner une réponse à cette position, comme renforcement d'une fonction du SUS de promouvoir la santé et une localisation du terme promotion dans le contexte de la santé brésilienne... Elle essaie de **neutraliser** cette polarisation de ce que j'appelle 'les fondamentalistes de la promotion' qui est un fondamentalisme qui rejette le système de services de soins et ça c'est un malentendu. » (B5 - Gestionnaire au ministère de la Santé 2003-2006)*

« Ce que n'ont pas compris ceux qui défendent la santé collective, c'est que promouvoir la santé n'est pas promouvoir la santé de ceux qui sont les plus sains, ce n'est pas vouloir un monde de bien-être complet, bio-psycho-social, mais un monde ayant de la place pour la douleur lorsqu'elle doit venir, mais comme

dernière option. Dans ce sens, il n'existe pas la possibilité de penser à une politique de promotion sans tenir compte de la CNDSS. Il doit y avoir de l'articulation ! Il doit y avoir d'autres technologies et pour cela la promotion devra dialoguer avec d'autres discours de la santé collective du Brésil, comme l'humanisation, la médecine généraliste élargie... en mettant au centre de la scène le sujet et son histoire. » (B18 - Gestionnaire ministère de la Santé 2002-2006)

« Le Secrétaire exécutif du ministère de la Santé était une personne de la santé collective et dans ce milieu, bien des fois, la compréhension de la promotion se fait dans une perspective comportementale de styles de vie. » (B14 - Chercheur université)

Le CONASEMS et le CONASS sont considérés comme des acteurs clés dans le processus d'élaboration de la PNPS en s'opposant bien souvent à une réduction de la promotion de la santé, tel qu'il a été signalé par le conseiller de l'OPS et par un gestionnaire du ministère :

« Le CONASS et le CONASEMS ont participé au processus d'élaboration de la PNPS. (...) Ils ont été les acteurs principaux pour maintenir le débat au sein du ministère de la Santé. (...) Au Brésil, on a résolu ce qui n'est pas résolu même pas à l'OPS au niveau régional : la politique de promotion est dans le cadre ou sous le parapluie de la politique nationale de santé. Elle n'est ni au même niveau, ni intersectorielle ni rien ; la promotion de la santé est une politique parmi d'autres politiques en dessous de la politique nationale de santé. » (O1.1)

« Le développement durable y est parce que les secrétaires municipaux ont soutenu la politique et ils ne l'auraient approuvée que s'il y était. Derrière cet espace très traditionnel, on peut faire beaucoup d'autres choses. » (B18 - Gestionnaire ministère de la Santé 2002-2006)

L'analyse des entrevues permet d'établir le tableau 5 qui montre – sur le total des interviewés – leur position pour ou contre la PNPS :

Tableau 4 – Position des acteurs par rapport à la PNPS/06

Interviewés	Pour	Contre	Fenêtre d'opportunité
B1		X (PS)	
B2		X (PS)	
B3			
B4			
B5	X (Min)		
B6	X (Min)		
B7	X (Min)		
B8			X (PS)
B9			
B10			X (PS)
B11			
B12	X (Min)		
B13		X (SC)	
B14			X (PS)
B15			X (PS)
B16		X (PS)	
B17	X		X (SC)
B18	X (Min)		X (SC)
TOTAL	6	4	6

Min = Ministère/Niveau
 PS = Promotion de la santé
 SC = Santé collective

Du total des 18 interviewés, 14 s'engagent dans la discussion sur la politique nationale de PS Vs. le mouvement de la santé collective Réforme
 De ces 14 :

6 sont pour (n=5 niveau national-MS)
 4 sont contre (n=3 PS ; n=1 SC)
 6 la voient comme fenêtre d'opportunité (n=4 PS; n=1 niveau national; n=1

La PNPS, telle qu'elle a été décrétée, est restée dans le cadre de deux grandes stratégies encouragées par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) : la Stratégie globale, mise en marche en 2002 (alimentation saine, activité physique et santé) et la Convention-cadre de lutte contre le tabac⁵¹ (approuvé en 2003, il est entré en vigueur en 2005).

⁵¹ « La Convention-cadre de l'OMS pour le Contrôle du tabac (CMCT OMS) est le premier traité négocié sous les auspices de l'Organisation mondiale de la santé. L'Assemblée mondiale de la santé l'a approuvé le 21 mai 2003 et il est entré en vigueur le 27 février 2005. Depuis, il est devenu l'un des traités le plus largement adopté dans l'histoire des Nations Unies, et à ce jour, il a été souscrit par 166 pays. » (<http://www.who.int/fctc/es/>)

Lesdites stratégies ont fonctionné comme fenêtre d'opportunité pour la nouvelle politique nationale de promotion de la santé. Mais, quels ont été les courants en jeu pour ce résultat?

Rappelons que pour Kingdon, la fenêtre d'opportunité nécessaire à l'émergence d'une politique a besoin de la confluence de trois courants : le **courant du problème** : le gouvernement doit montrer qu'il y a un consensus sur le problème et que l'on peut percevoir qu'un changement est possible ; le **courant de la politique (*politics*)** : motivation chez les partis politiques, humeur politique nationale, changements administratifs ou groupes de pression, formation de coalitions et le **courant des politiques (*policy*)** : idées, propositions et alternatives « dans l'air du temps » permettant la sélection des problèmes et des propositions qui aboutiront à la politique publique.

Au niveau du **courant du problème**, il était clair que le système de soins avait pris trop de place dans l'organisation du SUS et que les questions sociales liées à la santé avaient été laissées de côté dans l'urgence de résoudre l'attention. Un certain consensus existait autour du besoin de mieux développer ces questions sociales pour produire de la santé. Cependant, il n'y avait pas de consensus sur la question de savoir si la promotion de la santé devait être la stratégie à choisir. Dans le **courant de la politique (*politics*)** à partir de 2003, il s'est produit un changement dans l'élite qui a gouverné le pays. La coalition de la promotion de la santé qui s'était consolidée dans la deuxième moitié des années 90 sous le gouvernement de F.H. Cardoso exerçait une certaine pression pour installer la promotion en tant que figure de proue de la politique nationale de santé. Du côté du nouveau gouvernement, l'arrivé à la direction du ministère de la Santé des leaders du Mouvement de la santé collective, défenseurs du SUS et ayant un certain scepticisme par rapport à la promotion de la

santé, a mis en péril l'unité du mouvement de la réforme dans lequel se trouvent autant les tenants de la promotion que ceux de la santé collective.

Dans le **courant des politiques (*policy*)** et dans l'agenda de l'OMS, il existait deux grandes stratégies que nous avons déjà mentionnées : la Convention-cadre de lutte contre le tabac et la Stratégie globale avec comme axe l'alimentation saine, l'activité physique et la santé. Un troisième élément international prenait de plus en plus de place : la recommandation de l'OMS de créer dans les pays des commissions nationales de déterminants sociaux de santé. Le Brésil, qui a conduit une réforme à l'encontre des réformes plutôt manquées menées en Amérique latine, est devenu un exemple, dans la région, d'une politique sanitaire possible avec la création d'un système universel de santé. Le pays a eu depuis toujours un rôle important dans les organisations internationales de santé tel que l'OPS/OMS. Ces « propositions » internationales arrivaient au pays comme une « solution » qui contentait les différents acteurs : selon les membres de la coalition de la santé collective, les stratégies de la Convention-cadre et globale donnaient une place à la promotion sans menacer le SUS ; selon les membres de la coalition de la promotion, la création d'une commission de déterminants sociaux de santé représentait l'opportunité de placer la promotion dans un niveau supra étatique et permettait le défi de considérer toutes les politiques de l'État dans une optique de la promotion.

Il est important de souligner ici qu'il ne s'agissait pas d'une imposition de la part des organismes internationaux, mais d'une solution de compromis qui contentait les différents intérêts et les groupes de pouvoir protagonistes du sous-système de santé.

Nous abordons ci-après le rôle des organismes internationaux au Brésil à partir des entrevues et de l'analyse des documents.

6.3. RÔLE DES ORGANISMES INTERNATIONAUX

« Heureusement, les organismes internationaux au Brésil ont moins d'influence que dans les autres pays de l'Amérique latine. Le mouvement sanitaire ici s'est organisé contre les directives de l'OMS qui nous disait qu'il fallait faire des systèmes locaux de soins (SILOS) et après la promotion de la santé et nous voulions un système comme celui des Anglais, universel, intégral » (Ancien gestionnaire du Brésil- interviewé)

[Sur le rôle des organismes internationaux] « Je crois qu'un rôle idéologique. Mettre à l'agenda des gouvernements, nourrir tout cela avec du matériel, des publications, des événements, des rencontres ; un processus de cooptation, de formation, d'entraînement, de diffusion. Je crois qu'ils ont eu le rôle de régler l'agenda. [Cependant] je pense que le ministère de la Santé du Brésil est fort... » (B15 - Chercheur université)

L'une des questions de notre recherche examinait le rôle des organismes internationaux de coopération ou de financement en matière de promotion de la santé. Du total des 18 interviewés, 10 ont examiné en profondeur cette question. Quelques-uns se réfèrent au rôle des organismes internationaux au niveau plus élargi de la réforme sanitaire, tandis que d'autres se réfèrent plus ponctuellement à leur rôle dans le domaine de la promotion de la santé.

Au Brésil, les organismes mentionnés au cours des entrevues ont été : le PNUD⁵², la Banque mondiale, l'OPS/OMS, le CDC. Pour des questions plus ponctuelles et pour répondre aux questions de l'interviewer, l'UIPES⁵³ et la Coopération canadienne (ACDI)⁵⁴ ont été mentionnés.

En ce qui concerne la réforme sanitaire, notons les propos suivants :

« Nous sommes allés à contre-courant ; ce n'est que depuis deux ou trois ans que l'OPS appuie ces systèmes de santé pour des raisons idéologiques. La guerre froide et tout cela a influencé de manière voilée, un peu décalée par le discours néolibéral et alors, on ne pouvait pas parler de systèmes publics universels, de systèmes de santé. » (B13 - Chercheur université)

⁵² Programme des Nations Unies pour le développement.

⁵³ Union internationale de promotion de la santé et de l'éducation pour la santé ; la question portait sur le rôle de cet organisme en matière de promotion au Brésil dans le cadre de l'entrevue avec la coordonnatrice sous-régionale pour ce pays.

⁵⁴ Deux interviewés ont signalé que le premier projet réalisé au Brésil s'est fait grâce à un accord de coopération entre l'ENSP/Fiocruz et l'ACDI (Coopération canadienne).

En ce qui concerne la promotion de la santé, l'organisme le plus cité est l'OPS/OMS. Pourtant, des cinq interviewés qui citent cette organisation, quatre soulignent le leadership exercé par le conseiller de promotion OPS/Brésil qui travaillait à cette période-là. Ce conseiller, reconnu dans la région latino-américaine pour son parcours en promotion, s'est rapidement intégré au mouvement de promotion de la santé brésilienne et a fait partie de l'équipe qui a élaboré le document « *Référentiels pour la construction de la politique nationale de promotion de la santé* » (RPNPS/02) pendant le gouvernement de F.H. Cardoso. Avec le changement de gouvernement et au cours du mandat de Lula en 2003, il deviendra un acteur clé pour établir des ponts et des accords entre les différents acteurs ayant le rôle de ce que Sabatier & Jenkins-Smith appellent « Policy broker ». Un interviewé remarque que le Brésil discute davantage des propositions réalisées par les organismes comme l'OPS et qu'il arrive même à introduire des changements à l'agenda proposé :

« Je crois que l'OPS a joué un rôle de facilitateur... par une question fortuite, parce que nous avons eu un conseiller, Miguel Malo, un militant du domaine de la promotion... alors, l'OPS a joué un rôle décisif pour la réalisation de rencontres, de financement de projets, etc. Je ne sais pas si l'OPS aurait joué ce rôle s'il n'y avait pas eu Miguel Malo. » (B10 - ONG)

« Je crois que l'OPS a joué un rôle déterminant, très important. À l'OPS Washington, des personnes comme Maria Teresa [Cerqueira, responsable de la promotion de la santé à l'OPS Washington] et les représentants [de l'OPS au Brésil] nous ont beaucoup aidés à mettre en place des choses, surtout quand nous avons commencé à travailler sur cette proposition. Aujourd'hui, nous avons le renfort que nous a donné Miguel Malo et qui nous a permis d'avoir de l'influence sur le ministère avec le financement du CDC au Secrétariat à la vigilance en santé » (B14 - Chercheur université)

« L'OPS joue un rôle très intéressant avec Miguel Malo, étant donné qu'il avait déjà contribué avec la gestion antérieure à la formulation et n'a pas cessé d'y travailler, en encourageant. » (B17 - Chercheur Université)

« Il y a eu un rôle très intéressant de l'OPS, de Miguel [Malo] qui avait une capacité de souplesse et d'articulation, une capacité de convaincre les deux parties que si le Secrétariat à la vigilance coordonnait la Stratégie globale d'alimentation et d'activité physique, on ne pouvait pas parler d'une stratégie globale séparée d'une politique de promotion. Pour le Secrétariat, accorder sur ces sujets des facteurs de risque des [maladies] chroniques c'était une fenêtre d'opportunité et d'autre part, convaincre que l'articulation des facteurs de risque tels que le sédentarisme et parler d'activité physique, c'était une opportunité pour que la

***promotion ne disparaisse du Ministère** (...) bien sûr, il faut tout de même rapporter les progrès à la Convention-cadre et à la Stratégie globale, même encore parce que mon secrétaire est le représentant du Ministère dans plusieurs de ces instances internationales, OMS, OPS, etc. » (B18 - Gestionnaire ministère de la Santé 2002-2006)*

« Nous avons cette dualité et nous marchons plus lentement. Les autres pays acceptent certaines propositions de l'OPS plus facilement, avec moins de discussion. (...) Parfois, les personnes adoptent l'agenda de l'OPS avec des modifications. » (B14 - Chercheur université)

Le CDC est cité par trois interviewés qui lui attribuent un rôle fondamental dans la création du Secrétariat à la vigilance épidémiologique en 2003. Ce rôle clé comprenait tant le financement d'actions que la structuration de la logique de vigilance épidémiologique du pays. Le CDC apparaît aussi lié à la BM et il semblerait qu'il fonctionne comme son bras technique :

« J'ai participé davantage au processus de promotion du gouvernement précédent avec CEPEDOC⁵⁵, nous avons travaillé très proche de l'autre gestion. (...) [La première version de la politique] a été formulée par le Secrétariat de politiques (SPS) qui était lié aux soins de première ligne ; c'était une formulation plus large. Moi personnellement, j'ai accompagné, mais comme le Secrétariat de politiques n'existait plus et qu'il y avait le programme de promotion, elle est restée dans le Secrétariat à la vigilance. Cela a apporté l'agenda de prévention. La coordonnatrice, Deborah Malta, a fait un très grand effort pour faire venir la discussion sur la promotion de la santé, sur le développement durable ; je crois que cela a été une influence grande, avec des ressources du CDC ; d'une certaine manière, a apporté une base de sustentation à cette politique qui travaille avec des facteurs de risque et qui a une logique de prévention. Le truc du développement durable, des déterminants, est un peu accessoire à la politique. » (B15 - Chercheur université)

« Au Secrétariat à la vigilance, ils valorisent beaucoup la promotion comme changement de comportement et ils ont adopté la proposition du CDC mais ils n'ont pas réussi à soustraire de la proposition de la politique ce mouvement qui s'était créé au Brésil de promotion de la santé dans la perspective des déterminants de santé, de la démocratisation, de la recherche de l'équité et de la justice sociale, parce qu'il y a un groupe au Brésil lié à la recherche, aux services, qui est très fort. » (B14 - Chercheur université)

« Le Secrétariat à la vigilance en santé a un lien très étroit avec le CDC parce que toute la logique du service de vigilance dans le pays a été très influencée par le CDC. Eduardo Simon est un brésilien qui coordonne un secteur du CDC et il est de Pernambuco. (...) Le CDC a joué un rôle important dans la construction du

⁵⁵ Centro de Estudos, Pesquisa e Documentação – Cidades Saudáveis. Organisé à partir de la Faculdade de Saúde Pública da USP, São Paulo (<http://www.cidadessaudaveis.org.br/>)

Secrétariat⁵⁶, méthodologique, de comment on fait la vigilance, quelles en sont les méthodes, les techniques. (...) Cette coopération à ce jour... puisqu'Eduardo est conseiller ad hoc pour la BM, pour l'évaluation d'un projet que nous avons avec la BM, un projet d'installation du système de vigilance au Brésil. Ce que cela a d'important en ce moment, c'est que le Secrétariat à la vigilance prend soin de beaucoup des buts du millénium : paludisme, tuberculose, HIV, mortalité maternelle, etc., et en raison de certains intérêts du CDC, le champ des chroniques est en train de s'accroître au ministère de la Santé. Au début du projet, les chroniques n'y étaient pas ; la deuxième partie du projet a déjà une composante des chroniques. La proposition de 2003 avait un objectif et du financement pour les chroniques. C'est dans ce sens que la BM a réglé que la promotion de la santé irait dans cette composante-là. Et à présent, on est en train de discuter le document d'un projet de coopération avec un objectif très explicite et un autre objectif de formation permanente, les deux de promotion de la santé. » (B18 - Gestionnaire ministère de la Santé 2002-2006)

La Stratégie globale et la Convention-cadre sont reconnues comme les grandes inspiratrices des contenus de la PNPS :

« C'est l'influence de la Stratégie globale d'activité physique et d'alimentation, tabac, etc. de l'OMS qui a permis la sortie de cette politique, et comme le Brésil a eu une forte participation à la création de la Convention-cadre où notre ambassadeur a été un champion... Je me rappelle l'arrivée ici de la nomenclature de l'OMS... On était en train de discuter de cette stratégie et comme le Brésil n'avait rien, même pas d'activité physique... cela a été incorporé par le Ministère. » (B16 – Chercheur université)

« Ce sont les conférences mondiales mêmes qui ont contribué à cette question du cadre conceptuel ou par exemple, la Convention-cadre avec la question du tabac ou la Stratégie globale... Ces deux programmes, ils ont de la répercussion dans les pays ; par exemple, les Buts du Millénium sont accompagnés par le pays... par le président. Il y a un échange avec les organisations, avec l'OPS, ils apportent de nouveaux concepts et de nouvelles discussions et inversement aussi, je crois que le Brésil peut appuyer d'autres pays - le Paraguay, la Bolivie - du Mercosur. Le Brésil a un grand leadership dans cette région-là. » (B6 et B7 Gestionnaires au ministère de la santé 2003-2006)

« Je crois que le grand cadre de la politique de la promotion pour l'alimentation a été la discussion a propos du nombre élevé d'obèses et l'approbation de la Stratégie globale. En réalité, le Brésil a devancé un peu cette Stratégie globale parce que depuis 99, il travaille avec cette question de l'alimentation saine. » (B9 – Gestionnaire au ministère de la Santé 2003-2006)

Un interviewé explique que ce mode de concevoir la promotion facilite l'obtention de financement international :

⁵⁶ Secrétariat à la vigilance épidémiologique créé en 2003.

*« La **promotion** de cette forme a du financement. Elle est devenue une industrie pour les intellectuels, les chercheurs et les activistes. Si vous avez un programme de promotion, vous recevez de l'argent international, si vous n'en avez pas, vous ne recevez pas d'argent. C'est devenu une mode qui a des ressources et on a créé une spécialisation. (...) Prenez par exemple le tabac, chaque municipalité a son programme de promotion qui dépend du Ministère, de l'OMS, de l'UNESCO... et si vous n'aviez pas ce programme, l'argent n'arriverait pas. » (B13 – Chercheur université)*

Un seul interviewé a remarqué que les organismes internationaux n'ont pas eu d'influence sur la promotion :

« Aucune. Il n'a y eu aucune influence. La promotion n'a pas été un agenda acheté. Je crois qu'il y a eu un débat sur la construction d'un système au Brésil dans un dialogue entre les services et l'académie, entre les acteurs de la réforme sanitaire plutôt que l'imposition d'un agenda. » (B2 - Gestionnaire et chercheur en promotion de la santé)

Tel que nous pouvons le lire dans le discours des acteurs et dans les documents produits, la promotion de la santé a eu un développement assez inédit ou en avance sur d'autres expériences de la région latino-américaine jusqu'au changement de gouvernement en 2003. À partir de ce moment, nous observons un changement dans l'orientation et la compréhension de la promotion. Le rôle des organisations internationales dans ce changement n'est pas mineur. On peut retrouver ses traces dans le fait que la promotion ait été placée dans le Secrétariat à la vigilance en santé (créé avec une forte influence du CDC) et dans l'analyse des documents officiels produits à partir de 2003, notamment dans la PNPS mise en place en 2006.

Dans le point suivant, nous faisons une lecture préliminaire à partir de notre cadre conceptuel qui nous permet de mieux comprendre les caractéristiques des deux niveaux d'analyse et les événements externes qui ont eu de l'influence sur la politique de santé et sur la promotion de la santé. Cette lecture préliminaire met en lumière les éléments clés de chaque niveau de l'analyse et nous permettra d'établir la comparaison -à partir des prémisses du cadre conceptuel- entre nos deux cas, dans le chapitre 7.

6.4. LECTURE PRÉLIMINAIRE À PARTIR DU CADRE CONCEPTUEL

Ce dernier point du chapitre présente en détail les caractéristiques plus saillantes de l'organisation de l'État et du sous-système de santé -ses acteurs et coalitions- ainsi que les événements externes et le rôle des organisations internationales sous l'angle du cadre conceptuel. Les principaux résultats sont analysés à la lumière du cadre conceptuel et une conclusion du cas du Brésil est approchée.

6.4.1. Le sous-système de santé (niveau 2 de l'analyse)

L'universalisation de la réforme

Le trait remarquable de l'analyse du **sous-système de santé** est l'important processus de réforme sanitaire mis en place au cours des vingt dernières années. Ce processus avait pour horizon la construction d'un système universel de santé (SUS) ayant l'équité comme élément central à partir duquel s'organisent les politiques, les actions et les programmes. La Réforme sanitaire a réussi à installer la santé comme une question d'État dans l'agenda politique du Brésil, ce qui a même servi de référence et d'inspiration pour des réformes dans d'autres secteurs tels que la sécurité sociale et la propre réforme de l'État.

Le mouvement de la Réforme sanitaire, à contre-courant des réformes sectorielles mises en place dans la plupart des pays latino-américains, a réussi à donner au secteur de la santé de la stabilité et de l'institutionnalisation, ce qui lui permet une certaine indépendance du gouvernement national. En 1990, la décision pour que le ministère de la Santé agisse comme seule autorité sanitaire nationale a aussi encouragé la consolidation du secteur sanitaire, même si la tension entre rationalité technique et politique n'a pas été résolue. Tel que nous l'avons vu dans l'analyse des entrevues et de la littérature, elle continue toutefois d'être résolue très fréquemment vers le politique-partisan ou en fonction du pouvoir détenu par le responsable d'un secrétariat. Cependant, il est important de souligner qu'au Brésil, depuis la fin des

années 1980 et même avec les tensions néolibérales des années 1990, le sous-système de santé a été commandé par l'idéologie et les principes de la Réforme sanitaire qui, avec des marches et des contremarches, a cherché à élargir et à consolider l'universalité du système.

La réforme, qui soutient la détermination sociale de la santé et souligne la nécessité d'élaborer des politiques sociales et économiques en faveur de la santé depuis tous les secteurs de la société, a une conception de la santé à la base d'une discussion élargie sur celle-ci. Malgré cela, cette discussion n'a pas toujours lieu et nos analyses montrent qu'à différents moments politiques, elle a été plus ou moins ignorée.

Le modèle biomédical – qui continue d'exister en tant que logique de l'organisation du système – est plus perméable à la recherche d'alternatives en dehors des soins et à des approches sociales larges qui incorporent les déterminants sociaux de santé ; en partie peut-être par la forte présence de médecins au cœur de la réforme. Cela peut être observé tant dans le discours des interviewés que dans les documents analysés. La tension entre le modèle biomédical et une conception plus élargie de la santé n'est pas toujours résolue en faveur du premier, ce qui permettrait d'identifier des possibilités futures de travail dans d'autres scènes qui n'ont pas été explorées jusqu'à présent.

Les coalitions

Tel que nous l'avons signalé dans la première partie de ce chapitre, le mouvement pour la réforme sanitaire s'est peu à peu imposée, au cours des années, comme une véritable coalition réformatrice. Cette coalition n'était pas homogène et, même s'il y avait en son sein certaines valeurs partagées par ses membres (la santé comme droit de citoyenneté et socialement déterminée, l'État comme responsable de la santé des populations), elle a eu, à travers le temps, des lignes différenciées en fonction des événements externes au sous-système et des propres changements, mais aussi du renouvellement de ses membres. Très rapidement, un clivage se profile entre ceux qui postulaient la nécessité de réformer d'abord les services de soins pour travailler

ensuite sur d'autres déterminants de santé (réforme intrasecteur avec focalisation sur les soins) et ceux qui considéraient comme urgente la nécessité de travailler en dehors de l'organisation des services de soins pour atteindre une véritable réforme sanitaire visant les déterminants structureaux de la société qui ont de l'impact sur la santé (réforme multisecteur). C'est de ce deuxième groupe que surgiront les initiatives d'une promotion de la santé en tant que force directrice liée aux déterminants sociaux de santé.

Au moment de notre recherche en 2006, on observe deux coalitions, conséquence d'une division à l'intérieur de la grande coalition du mouvement sanitaire : la *coalition de la santé collective* (Co.SC) qui réunit un nombre important des gestionnaires actuels du ministère de la Santé (2003-2006), de la SVS et du Secrétariat de Gestion participative (SGP), nombre d'entre eux étant des leaders du mouvement de la réforme et des membres d'universités (parmi lesquelles, Unicamp⁵⁷, UFB⁵⁸)⁵⁹. Une valeur fondamentale de cette coalition est l'accent mis sur l'organisation du SUS et des services de soins et l'idée que la promotion doive se donner à l'intérieur de ce cadre. Même si l'importance de l'intersectorialité y est mentionnée, elle est réduite à l'accord et au travail avec d'autres secteurs et d'autres secrétariats à l'intérieur même du ministère de la Santé tels que le programme de lutte contre le tabac, le programme de nutrition et celui d'activité physique.

La deuxième coalition, que nous appellerons de *coalition de promotion de la santé* (Co.PS), s'est formée au début des années 1990 et s'est consolidée vers la fin de la décennie, pendant la dernière étape du gouvernement de F.H. Cardoso. Tel que nous l'avons dit plus haut, cette coalition a réussi à institutionnaliser la promotion de la santé sous l'égide de la SPS et a été fondamentale pour la définition de l'agenda et les premières propositions d'une politique nationale de promotion de la santé. Notre recherche identifie comme acteurs principaux de la Co.PS des anciens gestionnaires

⁵⁷ Université de Campinas

⁵⁸ Université fédérale de Bahia

⁵⁹ D'autres universités participent à cette coalition, mais nous avons choisi de ne mentionner que celles que nous avons interviewées.

du ministère de la Santé (1995-2003) situés dans la SPS, des membres d'universités (parmi celles-ci: USP⁶⁰, ENSP/Fiocruz⁶¹)⁶², le groupe de travail d'Abrasco (GT.Abrasco), des représentants du CONASEMS et du CONASS⁶³ et une O.N.G., CEDAPS⁶⁴. L'intersectorialité et le besoin de construire la promotion de la santé en dehors du secteur des services de soins apparaissent comme des valeurs essentielles soutenues par les représentants de cette coalition. Les tenants de la promotion considèrent que ce secteur comporte une très grande restriction au développement de la promotion de la santé notamment pour deux raisons : 1) la promotion de la santé ne peut pas concourir pour le financement face à la demande de plus en plus grande de ressources pour les soins et 2) si elle reste dans le secteur des services de soins, elle sera réduite à des actions ponctuelles dont la plupart seront dirigées au changement comportemental.

Nous avons réalisé une carte des acteurs et des coalitions principales identifiés dans notre analyse (*schéma 5*). Dans la figure, les deux coalitions principales du sous-système, Co.PS et Co.SC, ont la forme d'un carré et figurent en dessous du gouvernement sous duquel elles se sont chacune le plus développées ; l'OPS, le Conasems et le Conass ont fonctionné comme facilitateurs (*policy brokers*) pour les accords entre les deux coalitions. Ils sont alors placés entre les deux coalitions. Les organismes internationaux n'arrivent pas à s'installer dans le sous-système, mais restent dans les limites en exerçant leur influence. Les flèches indiquent l'influence exercée par les uns sur les autres aux différents moments :

⁶⁰ Université de Sao Paulo

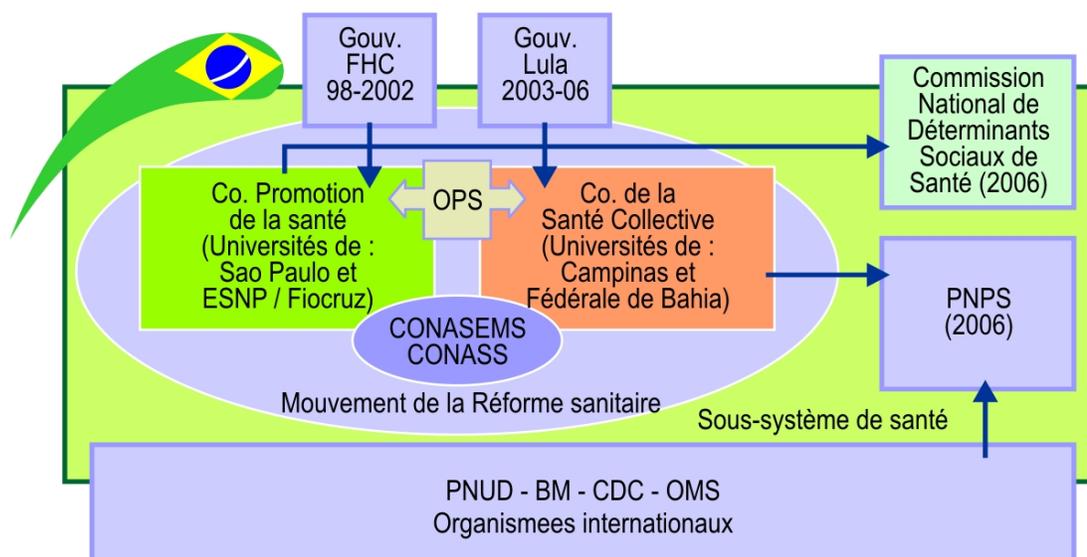
⁶¹ École nationale de santé publique/ Fiocruz – Rio de Janeiro

⁶² D'autres universités participent à cette coalition, mais nous avons choisi de ne mentionner que celles que nous avons interviewées.

⁶³ Conseil national des secrétaires de santé.

⁶⁴ Centro de Promoção de Saude : <http://www.cedaps.org.br/> Nous avons interviewé le directeur qui nous a dit qu'il s'agit de la seule O.N.G. du pays travaillant en promotion de la santé.

Schéma 5 – Brésil : Les acteurs et le sous-système



Comme nous pouvons l'observer dans la composition des deux coalitions identifiées dans notre recherche, le secteur universitaire a un rôle prééminent dans le domaine de la santé publique et influence fortement les politiques qui sont élaborées au ministère de la Santé. Il existe au Brésil un échange important entre le monde universitaire et celui de la gestion du MS, avec des accords de coopération et des techniciens qui participent aux deux espaces. Certains centres de recherche, comme la Fiocruz qui est une fondation publique, sont inclus dans l'organigramme du MS ; ils opèrent en tant que conseillers des directions de la politique nationale de santé.

Dans le domaine de la promotion de la santé, les universités semblent avoir un rôle essentiel dans la diffusion des idées de promotion et dans la recherche d'espaces pour qu'elle puisse se développer. Notre recherche révèle que les universités sont les grandes responsables de la considération dont la promotion a bénéficié au MS au cours des années.

Certains interviewés remarquent qu'au début du gouvernement de Lula, en 2003, et contre toute attente d'une grande partie des représentants de la promotion de la santé,

nombre d'entre eux étant sympathisants du PT, il se produit un renforcement de la logique des services de santé ; en effet, ce qui avait été fait jusque-là dans la quête d'une promotion de la santé étendue servant à réorienter le modèle de soins, est identifié comme « étendard » de la gestion antérieure (F.H. Cardoso) et par conséquent, laissé de côté. La coalition de la Santé collective n'a pas tardé à se consolider et à s'opposer à celle de la promotion qui était en train d'opérer dans le sous-système toujours de façon plus déterminée.

Or, comme nous l'avons vu ci-dessus, il n'existe pas de grands désaccords dans l'analyse du discours des interviewés par rapport à la conception de la promotion de la santé. Au contraire, les uns et les autres signalent la possibilité qu'elle offre de changer le paradigme de la conception de la santé ; de plus, les uns et les autres reconnaissent les limitations du secteur de la santé pour produire de la santé au sens large et la nécessité que d'autres secteurs du gouvernement s'engagent dans ce but. Les uns et les autres critiquent fortement une approche comportementale ou normative de la promotion.

Le contenu de la PNPS, tel qu'il est resté, est ainsi plus le résultat de l'agenda international que de l'agenda national, même s'il avait le soutien des représentants nationaux, aussi bien des gestionnaires que des chercheurs. La politique a permis, d'une part, d'identifier et d'attribuer du financement pour la promotion de la santé, mais d'autre part, elle l'a limitée au changement comportemental. Cette restriction a satisfait les représentants de la Co.SC – en laissant de côté la critique à la logique comportementale – étant donné que la promotion est restée dans les limites du SUS et qu'elle ne présentait plus la menace d'avoir à réorienter le système ou à « évaluer » le SUS. Du côté des promoteurs de la santé, nous observons qu'ils perçoivent le financement de la promotion de la santé comme autant de fenêtres d'opportunité qui - selon eux – peuvent être orientées vers des interventions visant le développement et non pas seulement les comportements.

À partir des entrevues, nous pouvons observer qu'aucun de ces acteurs ne considère la PNPS comme un risque ou un obstacle au développement de la promotion dans le sens des déterminants sociaux de santé. La création de la CNDSS semblerait être le résultat de cette croyance ; elle montre à son tour la force des représentants de la coalition de la promotion qui l'ont identifiée rapidement comme fenêtre d'opportunité pour l'approche des déterminants sociaux de la santé.

La question qu'il importe de se poser à ce point de notre analyse est la suivante : si les fondamentalistes/radicaux de la promotion aussi bien que les représentants de la santé collective critiquent la conception d'une promotion liée aux changements de comportements/styles de vie, qu'elle soit importée ou nationale, comment expliquer le contenu de la PNPS telle qu'elle a été lancée en mars 2006, ayant ces changements en vue ? Plus encore, comment la politique peut-elle être considérée comme une fenêtre d'opportunité par les représentants de la coalition de promotion de la santé ?

Nous pouvons dégager deux hypothèses à partir de notre recherche : selon la première, les acteurs du mouvement pour la réforme sanitaire ont appris avec le temps, depuis sa conformation en pleine dictature et face à l'offensive du néolibéralisme des années 1990, que le meilleur outil pour la survivance des principes fondamentaux qui régissent le SUS et la propre réforme est le consensus. La polarisation qui devenait de plus en plus profonde, entre les tenants de la promotion de la santé et les représentants de la santé collective, mettait à risque la solidité du mouvement et l'installait au bord de la fracture ; cela générait d'une certaine manière une fausse opposition entre les fractions, les deux défendant la santé comme un droit de citoyenneté et la détermination sociale du processus santé-maladie.

Dans cette situation de risque de fracture se formule notre deuxième hypothèse qui voit dans les initiatives de la coopération internationale « une solution de compromis » face à la polarisation des coalitions. Entre 2002 et 2005, l'OMS a diffusé et mis sur pied deux stratégies adressées l'une à la lutte contre le tabac et

l'autre à l'alimentation saine, l'activité physique et la santé. Ces initiatives sont, respectivement, la Convention-cadre et la Stratégie globale.

Tel que nous l'avons signalé dans la section dédiée à la mise à l'agenda à propos des courants proposés par Kingdon, les deux initiatives ont constitué une fenêtre d'opportunité pour calmer la situation de crise qui s'était installée entre les deux coalitions du mouvement sanitaire brésilien.

6.4.2. Organisation de l'État (niveau 1 de l'analyse)

Tout le long du chapitre, nous avons présenté la conformation historique du secteur de la santé et du ministère de la Santé. Nous avons également analysé l'organisation de l'État et en avons identifié les paramètres relativement stables, telles les valeurs sociétales les plus importantes à travers le temps. Dans l'analyse de ce premier niveau, nous pouvons signaler comme trait principal la recherche de la continuité et l'approfondissement de la démocratie à travers le renforcement des institutions. En ce qui a trait à la considération de la santé à ce niveau, elle apparaît en tant que valeur socioculturelle – peu variable dans le temps et autour de laquelle s'est constitué le système de santé brésilien –, comme un droit de citoyenneté et comme un devoir de l'État. Ce dernier règle le secteur privé qui reste subsidiaire au secteur public⁶⁵. L'organisation fédérale du pays n'apparaît pas comme obstacle, mais comme facilitatrice pour la quête des accords et de consensus.

Une autre valeur relevée à ce niveau d'analyse est celle qui considère la santé comme une responsabilité partagée entre les différents niveaux : fédéral, étatique et municipal. Bien que le Brésil soit un pays fédéral, le processus de décentralisation brésilien a réussi à se procurer les organisations nécessaires aux différents niveaux, de manière à pouvoir garantir des processus plus démocratiques de discussion, d'attribution et de partage de responsabilités, et d'accès au financement. Citons par

⁶⁵ Il en est ainsi au moins dans la Constitution de 1988. Notre recherche n'a pas approfondi sur le rôle du secteur privé. Il aurait fait partie de notre analyse s'il avait été posé dans les entrevues comme secteur dont il faudrait tenir compte pour la compréhension de la promotion de la santé de ce pays, mais nos interviewés ne l'ont pas mentionné.

exemple la conformation de conseils de la santé aux trois niveaux de gouvernement avec tous les acteurs représentés, y compris les usagers (50% de la composition). Le *Conseil national de santé* (CNS) a été revitalisé et il s'est vu attribuer de nouvelles fonctions. Le CNS, conformé comme un espace de délibération de la politique nationale de santé, a recommandé la création de la *Commission intergouvernementale tripartite* (CIT) formée par des représentants du MS, des États (indiqués par le CONASS) et des municipalités (indiqués par le CONASEMS) et qui a commencé à fonctionner en 1991. La CIT, à caractère fondamentalement technique et sans attributions légales, est devenue un espace de négociation et d'établissement de pactes entre des gestionnaires de la politique sanitaire nationale (Machado, 2005; Escorel & Moreira, 2009). La revitalisation des Conférences nationales de santé pendant la période démocratique et soutenues dans le temps, constitue un autre progrès dans la création d'espaces de débat citoyen et de rencontre entre les gestionnaires et la société organisée.

6.4.3. Événements externes

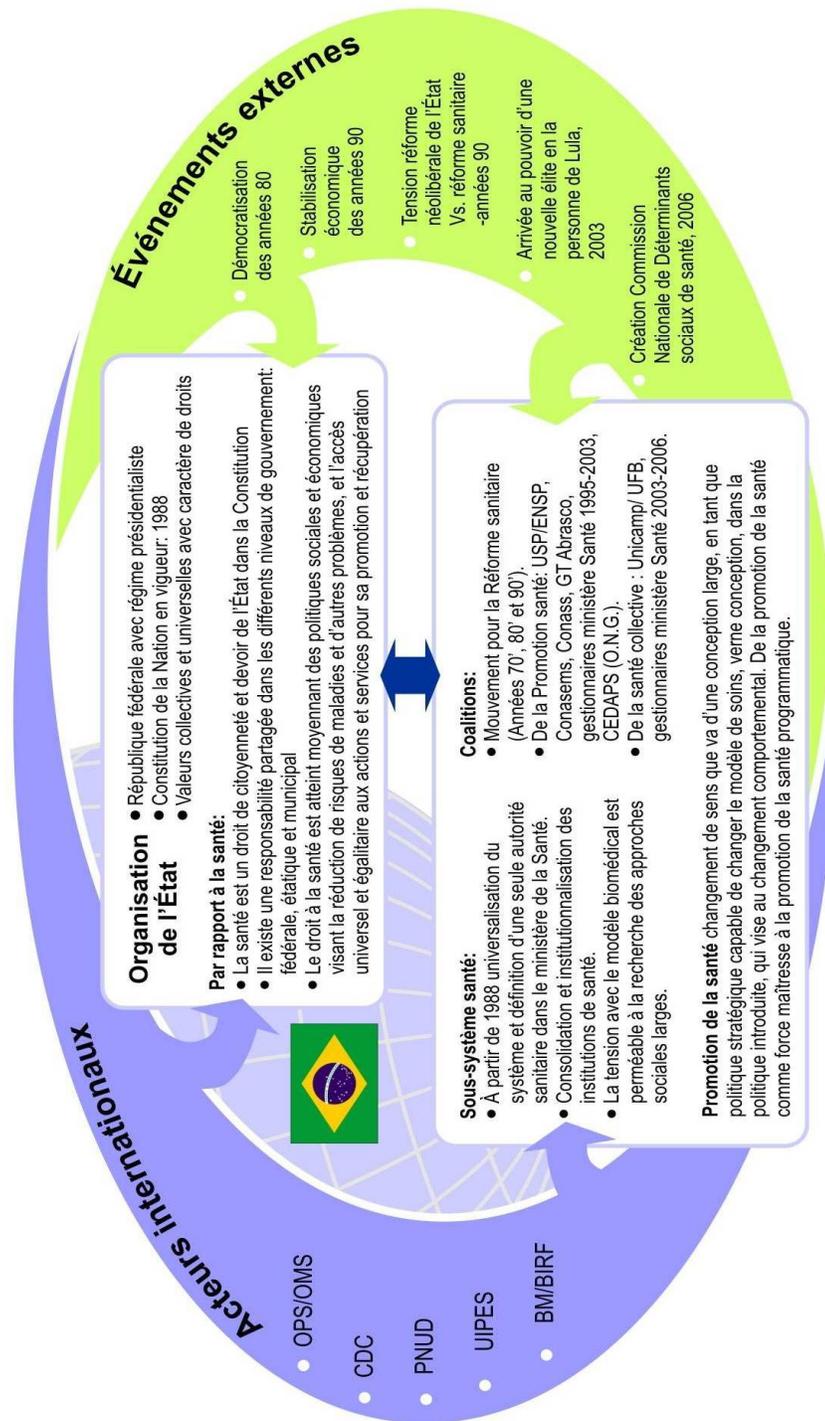
Quatre événements externes peuvent être identifiés comme ayant eu un impact important sur le sous-système de santé : 1) le processus de démocratisation des années 1980 ; 2) la stabilisation économique des années 1990 et les tensions liées à la réforme de l'État ; 3) l'arrivée au pouvoir d'une toute nouvelle élite en la personne de Lula en 2003 et 4) la création, en mars 2006, de la Commission nationale de déterminants sociaux de santé (CNDSS).

Le processus de démocratisation du pays dans les années 1980 a donné une place centrale à la lutte pour la santé qui en est devenue un symbole. La santé était considérée comme un outil pour la démocratisation, ce qui s'est reflété dans la Constitution fédérale de 1988. Pendant les années 1990, la stabilité économique du pays a eu comme corrélat la possibilité de la planification à moyen terme. En même temps, la réforme de l'État de type néolibéral était en conflit avec la réforme sanitaire du sous-système de santé. En 2003, l'arrivée du PT à la présidence a produit

un changement des élites qui, par le passé, détenaient le pouvoir dans la société brésilienne. Au début de 2006, la création dans le pays de la CNDSS a été le symbole de la préoccupation du gouvernement vis-à-vis de l'incorporation des déterminants de santé à la politique d'État et en même temps, elle a montré le pouvoir de négociation de certains membres de la coalition de la Promotion de la santé.

Le schéma 6 comporte notre cadre conceptuel accompagné des résultats de l'analyse décrite ci-dessus ; nous y présentons les deux niveaux d'analyse : 1) l'organisation de l'État avec ses principales valeurs et ses caractéristiques stables, diachroniquement, ainsi que son organisation par rapport à la santé et 2) le sous-système de la politique de la santé avec les coalitions et les acteurs qui ont influencé l'orientation de la politique nationale de la santé et qui ont eu un impact sur la compréhension de la promotion de la santé. Y sont également reportés les principaux événements externes qui ont eu une forte influence sur le changement de la politique et les principaux acteurs internationaux identifiés dans l'analyse :

Schéma 6 – Brésil : Cadre conceptuel et résultats de l'analyse



6.4.4. Conclusions du chapitre

À la lumière de notre cadre conceptuel, nous pouvons distinguer trois moments de la politique de promotion de la santé avec une formulation différente pour chacun. Un premier moment correspond à la signature du projet PNUD en 1998 ; un deuxième moment correspond à la version préliminaire de la politique en 2002 et un troisième moment à la politique déjà élaborée et lancée en 2006. Les deux premiers moments peuvent être identifiés à la mise à l'agenda et à la première formulation ; le troisième moment comporte la reformulation (son adoption) et la mise en place de la PNPS. Dans chacun de ces moments, nous identifions des emplacements différents pour la politique à l'intérieur du MS ; respectivement : 1) le Secrétariat des politiques de la santé (SPS) ; 2) le Secrétariat exécutif (SE) et 3) le Secrétariat à la vigilance en santé (SVS).

À chaque moment, et selon le secrétariat respectif, nous observons différents acteurs. À partir de notre recherche, nous pouvons voir que dans les deux premiers moments, que nous avons unifiés dans la mise à l'agenda et première étape de la formulation, il y a eu une représentation plus grande des leaders de la coalition de la promotion de la santé (Co.PS) qui ont influencé les contenus des propositions surgies de ces processus. Ces contenus avaient un lien très fort avec les principes et les valeurs de la réforme sanitaire et étaient proposés comme un pas de plus vers la réforme qui était restée captive de l'organisation des services de soins.

Au troisième moment – celui de la reformulation, de l'adoption et de la mise en place de la politique – les membres de la coalition de la promotion de la santé n'ont pas participé au procès ; les acteurs fondamentaux de ces étapes sont en effet les représentants de la coalition de la Santé collective (Co.SC) dans la figure de gestionnaires des différents secrétariats du MS, sous le leadership de la SVS. Comme nous l'avons dit plus haut, le conseiller de l'OPS/Brésil a été un acteur clé agissant comme charnière entre les deux coalitions et empêchant la fracture du mouvement sanitaire. Les représentants du CONASEMS et du CONASS qui ont participé à ce

dernier moment ont servi de contrepoids et de pression dans le traitement des questions plus larges, comme le développement, plutôt que comme la possibilité réelle d'influencer les contenus avec lesquels la politique est sortie finalement.

Nous pouvons observer un changement de sens par rapport à la compréhension de la promotion au cours des années 1990 et jusqu'en 2006. Cette compréhension va d'une conception large, en tant que politique stratégique capable de changer le modèle de soins, vers une conception, dans la politique introduite, qui vise au changement comportemental.

Alors que plusieurs interviewés parlent du peu d'influence des organismes internationaux dans le pays, notre recherche montre que dans le cas de la promotion de la santé, ils ont joué un rôle non négligeable dans le changement de sens sur la promotion, la construction de l'agenda, la définition de la politique et le financement des actions.

CHAPITRE 7 ANALYSE TRANSVERSALE ET DISCUSSION

Pour viser à identifier la compréhension et la place de la promotion de la santé dans la politique nationale de santé de l'Argentine et du Brésil, nous avons élaboré un cadre conceptuel à partir de trois auteurs : Kingdon (1984), Sabatier & Jenkins-Smith (1999 ; 2009) et Walt (1994). En nous inspirant de ces auteurs, notre cadre conceptuel postulait dix prémisses par rapport aux deux niveaux d'analyse choisis ainsi qu'aux événements externes et au rôle des organisations internationales. L'analyse des deux niveaux d'analyse nous a permis d'identifier les caractéristiques saillantes de l'organisation de l'État, ainsi que les coalitions existantes dans les sous-systèmes de santé, leurs valeurs et leur considération de la promotion de la santé.

Dans le chapitre dédié à chaque pays, nous avons présenté l'organisation des États, l'évolution des constitutions nationales et leurs valeurs sociétales. Nous avons présenté et analysé l'évolution de la politique nationale de santé par rapport à la promotion de la santé tout en passant par la mise en place des systèmes de soins et leurs événements externes les plus saillants qui ont contribué au changement de la politique nationale de santé. Pour ce faire, nous avons utilisé une approche historique mise en avant par le modèle de Sabatier qui propose une perspective temporelle d'au moins une décennie. Nous avons fait une carte des acteurs les plus importants agissants dans les sous-systèmes et de leurs valeurs de base. Finalement, nous avons présenté quelques conclusions pour chaque cas analysé.

Le présent chapitre est divisé en trois sections : la première compare les deux cas de cette recherche, leurs caractéristiques particuliers et leurs traits communs ; la deuxième partie réfléchit sur l'utilité du cadre conceptuel, ses forces et ses faiblesses pour la recherche que nous avons menée. La dernière section du chapitre identifie la contribution de cette thèse autant à la littérature qu'au champ de la promotion de la santé en Amérique latine.

7.1 La comparaison des cas

Deux questionnements étaient à l'origine de notre intérêt d'entreprendre cette recherche : 1) Pourquoi dans deux contextes si différents la promotion de la santé est conçue et mise en place dans sa version la plus étroite qui envisage le changement comportemental individuel ? et 2) Étant donné qu'il a été démontré au niveau international que les politiques incluant les déterminants sociaux de santé ont un impact sur l'amélioration de la santé des populations, quelles sont les raisons pour lesquelles certains pays n'ont toujours pas entamé la discussion sur la question des déterminants sociaux de santé ? Ces deux questionnements ont donné forme à notre question de recherche : **Qu'est-ce qui explique la place et la compréhension de la promotion de la santé dans la politique nationale de santé de l'Argentine et du Brésil ?** Pour y répondre, nous avons élaboré un cadre conceptuel assez souple et identifié les deux niveaux de notre analyse. Nous avons considéré la promotion de la santé au niveau national de deux pays et ses possibilités de fonctionner avec une approche structurelle directrice de la politique nationale de santé qui incluerait d'autres secteurs dans la discussion sur la production de santé.

Notre cadre conceptuel, avec ses deux niveaux d'analyse, proposait une vision du phénomène allant d'une perspective plus générale (niveau de l'organisation de l'État) à une perspective plus détaillée (niveau du sous-système de santé). Nous avons posé que chaque niveau influence et est influencé par l'autre, par les événements externes ainsi que par les acteurs internationaux. C'est-à-dire que la promotion de la santé que l'on trouve dans un pays sera le produit de l'influence des différents facteurs en lien avec l'organisation de l'État, les événements de leur histoire politique, économique et culturelle, les rapports que le pays entretient avec les organisations internationales et les caractéristiques et les valeurs des groupes et des acteurs du sous-système de santé. Notre démarche a visé à observer, analyser et comprendre la façon dont ces niveaux influencent la place et la compréhension de la promotion de la santé dans la politique nationale de santé.

À partir de notre revue de littérature et avant de réaliser la collecte des données, nous avons situé l'Argentine dans la conception de promotion de la santé comportementale, et le Brésil, à l'opposé, dans une conception de la promotion plus structurelle dans la politique nationale de santé. Cependant, ce n'est pas la situation que nous avons rencontrée sur le terrain. En effet, nous nous attendions à un contraste plus grand entre les deux cas dans la manière de concevoir la promotion de la santé ; pourtant, ce ne fut pas le cas et l'on peut affirmer que la promotion de la santé – conçue dans une approche structurelle – ne fait pas encore partie du courant principal de la politique nationale de santé dans aucun des deux pays. Les raisons sont différentes dans chaque pays et nous allons les présenter dans la comparaison qui suit.

7.1.1. Niveau 1 : Organisation de l'État

Au niveau de l'organisation de l'État, nous postulons que :

11. La structure constitutionnelle de base ainsi que les valeurs sociétales influencent la façon de concevoir les problèmes et d'identifier des ressources pour les résoudre (Sabatier & Jenkins-Smith, 1999 ; 2009) ;
12. Cette structure est le cadre pour la discussion et le changement de la politique publique ;
13. Dans certains contextes, l'organisation de l'État peut être influencée par une coalition d'un sous-système en fonction de ses valeurs de base.

En ce qui est de l'organisation générale des pays, tous les deux ont un système républicain de division des pouvoirs (exécutif, législatif et judiciaire), avec un gouvernement présidentiel qui est au pouvoir pour 4 ans. Tous les deux ont un congrès bicaméral. Tous les deux sont fédéraux, mais avec des caractéristiques différentielles. En Argentine, le fédéralisme implique une autonomie très importante des provinces, ce qui parfois approfondit la fragmentation et le manque d'accord avec le gouvernement national. Et cela est plus important dans le champ de la santé

publique dont les provinces sont les responsables premières. Cette forme d'organisation est perçue comme un obstacle pour la construction d'une politique nationale unifiée de santé. Au Brésil, le fédéralisme est perçu et identifié comme un outil valide pour le partage des responsabilités et l'établissement d'accords entre l'État et les différents États (provinces) et municipalités.

Jusqu'aux années 1980, et de façon générale, l'évolution des deux pays est similaire. La similitude est présente dans l'existence des États très faibles par rapport à la régulation et très fragmentés par rapport à l'organisation, autant des différents piliers de l'État que du secteur de la santé. Les intérêts particularistes constituent le trait caractéristique pour les États des deux pays. Nous observons l'alternance entre des gouvernements militaires et civils, même si au Brésil les militaires restent au pouvoir pour de longues périodes de temps. Jusqu'aux années 1980, les deux pays montrent des tensions entre des valeurs sociétales polarisées et parfois contraposées. Au début des années 1980, tous les deux rentrent dans des processus de démocratisation.

La différenciation entre ces deux pays commence à se définir à partir de la fin des années 1980. Le Brésil choisit un processus d'élargissement des droits universels non sans obstacles et dans un contexte de politique économique libérale. L'Argentine, elle, choisit un modèle néolibéral ultra-orthodoxe avec des conséquences dans l'approfondissement des inégalités et de la pauvreté. En 1988, nous assistons au Brésil à l'élaboration et la mise en place de la nouvelle Constitution nationale, fait réellement révolutionnaire par rapport à l'histoire d'un pays construit jusqu'alors sur la base de l'exclusion de la majorité de sa population. Dans la Constitution de 1988, les droits collectifs et universels ont une place fondamentale et la santé acquiert le statut de droit de citoyenneté que l'État doit garantir moyennant des politiques sociales et économiques visant la réduction des risques de maladies et d'autres problèmes, ainsi que l'accès universel et égalitaire aux actions et services pour sa promotion et sa récupération. Elle a donc une place clé dans l'organisation de l'État.

Dans le cas de l'Argentine, tel que présenté, la fin des années 1980 est marquée par l'adoption d'une série de réformes orientées par la logique privatiste néolibérale du gouvernement de Menem. En 1994, la nouvelle Constitution nationale élaborée a comme objectif premier la réélection présidentielle. Dans cette nouvelle constitution, la santé est comprise comme un bien de consommation à protéger par les autorités, mais elle n'apparaît pas comme un droit universel (Argentine, CNA, 1994, Article 42 : 7). Au niveau de la santé, l'État a un rôle régulateur ; il doit mieux ordonner le système mais sans toucher l'organisation tripartite (sécurité sociale, public et privé) existante.

Avec le retour de la démocratie, chaque gouvernement a essayé de refondre les bases politiques et institutionnelles, ce qui a profondément fragmenté ces dernières et augmenté la polarisation dans les choix de société. Rappelons que Kingdon signale que plus une communauté politique est fragmentée, plus la possibilité d'un changement soudain d'agenda existe. Ce fait est plus que confirmé dans le cas de l'Argentine avec une alternance d'agendas fréquemment opposés et qui ont exclu la possibilité d'une planification à moyen et long terme par rapport au rôle de l'État, de ses institutions et de ses secteurs.

La fin des années 1990 et le début de 2000 sont pour l'Argentine un moment majeur de déstabilisation politique, sociale et économique de son histoire, avec comme résultat la chute du gouvernement du président De la Rúa à la fin de 2001. Pour le Brésil, cette même période constitue le moment de stabilisation de l'économie avec des conséquences dans la possibilité d'une planification à moyen et long terme pour les différents secteurs de gouvernement.

Cependant, la stabilisation de l'économie brésilienne est en syntonie avec la réforme libérale de l'État, et de fait constitue un véritable paradoxe pour l'analyse de la politique nationale de santé : en même temps que les politiques aspirent à une réduction de l'État et à l'entrée des capitaux privés, un mouvement contraire opère dans le champ de la santé publique avec l'élargissement des fonctions et des

responsabilités de l'État par rapport à la santé de la population ainsi que le renforcement des institutions du sous-système. L'adoption du modèle libéral au niveau de l'État depuis les années 1990 et consolidé au début de 2000 donne la place à de nouvelles tensions : en effet, ce modèle libéral limite et met en péril les objectifs de la réforme du sous-système de santé et le mouvement même de la réforme sanitaire en ayant des conséquences, entre autres, sur la compréhension et la place de la promotion de la santé dans la politique nationale de santé. L'État n'est plus tout à fait responsable de la santé de la population et dans ce sens, il n'est pas obligé d'élaborer des politiques publiques élargies qui visent les déterminants structurels, améliorant ainsi la santé. La création de la CNDSS en 2006 est un effort pour pousser l'État vers ce mouvement mais il ne faut pas négliger les difficultés à introduire des changements réels dans la logique du modèle libéral adopté. En 2006, il existe donc un État divisé entre ce qui est promu par la Constitution de 1988 par rapport à la santé et le modèle libéral adopté à ce niveau-là. Celui-là n'arrive pas alors à promouvoir des politiques publiques qui pourraient donner place à une promotion de la santé structurelle.

En Argentine, un fédéralisme qui ne permet pas l'établissement d'accords de longue durée, un État fragilisé et confronté à des valeurs opposées et avec des institutions faibles et captives des intérêts particularistes en dispute, vont à l'encontre de la possibilité de mettre en place des politiques élargies considérant la santé depuis différents secteurs de l'État. En effet, la promotion de la santé ne peut pas être comprise que comme une question individuelle qui appartient à la responsabilité de chaque « consommateur ».

Deux évolutions différenciées dans les deux pays sont ainsi observables : la brésilienne, vers une réorganisation visant le renforcement des institutions et les différents niveaux de gouvernement en établissant des responsabilités partagées et malgré le modèle libéral adopté au niveau de l'État ; et l'évolution argentine qui essaie vainement de surmonter la fragmentation de l'État et la faiblesse des

institutions et dont la Constitution renforce les droits individuels au-delà des droits collectifs.

7.1.2. Niveau 2 : Sous-système de santé

Au niveau du sous-système, nous postulons que :

1. Les acteurs nationaux (individus, coalitions, groupes institutionnels) les plus importants pour le changement de la politique sont placés dans le sous-système, ici le système de santé (Sabatier & Jenkins-Smith, 1999 ; 2009) ;
2. Ces acteurs/coalitions peuvent varier dans les différentes étapes de la politique ; ils ne sont pas les mêmes lors de l'étape de la mise à l'agenda que dans celles de la formulation, l'adoption et l'implantation de la politique (Kingdon, 1984; Sabatier & Jenkins-Smith, 1999), mais les coalitions les plus consolidées ont tendance à exercer leur leadership dans le sous-système à travers le temps ;
3. Les relations entre les différents acteurs ou coalitions ont des degrés de conflit et de consensus dissimilaires ;
4. Les coalitions d'autres sous-systèmes peuvent influencer et même définir les règles du jeu des sous-systèmes plus faibles ou moins consolidés ;
5. Dans certains cas, il peut y avoir dans un sous-système deux coalitions assez consolidées. Même si une est toujours prédominante, des accords tacites peuvent permettre une cohabitation acceptable.

Quand nous analysons les sous-systèmes de santé des deux pays, nous observons des similitudes dans les origines autant dans la conformation du système de soins que dans la prédominance du modèle médical dans l'organisation du sous-système. Dans les deux pays, à l'origine, la sécurité sociale a organisé l'attention à la santé de la population et a fait partie du jeu politique d'échange de faveurs dans différents gouvernements à travers l'histoire. Cependant, les similitudes s'arrêtent ici ; en effet, le mouvement de la réforme sanitaire du Brésil, né vers la fin des années 1960, et sa capacité à inclure la santé en tant que droit de citoyenneté dans la constitution de

1988 offre la possibilité au sous-système de santé brésilien de s'universaliser, et ce à l'encontre des réformes libérales en cours en Amérique latine, même au niveau de l'État brésilien.

Une analyse plus fine des sous-systèmes des deux pays met en lumière la faiblesse du sous-système argentin, une faiblesse qui répond à trois facteurs : la dominance des intérêts à caractère particulariste (la plupart du temps opposés), la faible valorisation des connaissances techniques pour la prise de décision – remplacée par la logique des faveurs politiques – et la fragmentation structurelle. Tous trois font du sous-système de santé un « objet » facilement dominé par d'autres sous-systèmes tel qu'on l'a vu dans les années 1990 avec la dominance des sous-systèmes des ministères de l'Économie et du Travail et même de la Coopération internationale. De plus, tel qu'on l'a signalé, le sous-système de santé montre une dépendance extrême par rapport à la force que détient le parti politique au pouvoir dans le gouvernement national. En l'existence de crises gouvernementales ou de perte d'hégémonie ou de légitimité du gouvernement, le secteur de la santé succombe presque immédiatement ainsi que la politique de santé et ses objectifs. Cependant, cette situation semblait avoir changé un peu au moment de notre recherche, et différents interviewés ont signalé le leadership du ministre de la Santé et une certaine stabilité institutionnelle du ministère comme étant les grandes réussites de la période 2003-2006.

Au Brésil, une même analyse nous montre une situation tout à fait différente. Dans son cas, nous avons un sous-système fort et solide autant dans sa capacité à influencer l'organisation de l'État que dans la valorisation du technique pour la prise de décision (au moins en ce qui concerne la réforme sanitaire). L'unification des actions de santé sous une seule et unique autorité, tel le ministère de la Santé au début des années 1990, fait toute la différence dans l'évolution de la politique de santé au Brésil, permettant ainsi la mise en place d'une véritable réforme sanitaire universalisante. Et cela, même dans un contexte de réforme libéral de l'État tel qu'on l'a mentionné plus tôt.

Il s'avère pertinent ici de mentionner la distinction que font les réformateurs brésiliens entre une « réforme sanitaire » et une « réforme administrative de la santé » (Fleury, 1989). Pour eux, cette dernière a comme axe le changement dans les processus administratifs ; à l'inverse, une réforme sanitaire a au cœur de son action le changement dans le niveau du pouvoir politique, c'est-à-dire dans l'État-même. Ce dernier devient alors un scénario pour la réforme du sous-système de santé. Cette conception de la réforme a été le trait distinctif de la réforme au Brésil. Par contre, dans d'autres pays de la région, notamment en Argentine, les réformes menées ont été de type administratif.

Ces deux types de réformes ont des conséquences sur la place et la compréhension de la promotion de la santé. Dans une réforme administrative comme celle de l'Argentine, on ne vise pas à changer ni la fragmentation ni le modèle médical dominant. Au contraire, les actions menées renforcent ce fonctionnement en ne permettant pas la discussion à propos des valeurs sous-jacentes à l'organisation du système de santé ni sur son changement en fonction des besoins de santé du pays. Au Brésil, la réforme sanitaire questionne le modèle préexistant et arrive à instaurer cette discussion au niveau de l'État. Il existe des tensions par rapport au modèle libéral de l'État, mais plusieurs instances de discussion et de construction du SUS avec des nouveaux acteurs sont mises en place. Les limites dans l'universalisation du système tendent à insister sur l'organisation des services de santé en dépit d'actions plus élargies. Cette concentration sur l'organisation des services mène à une réduction de la compréhension de la promotion de la santé, allant d'une conception élargie dans la politique de santé et réorientant les programmes du ministère à une « politique nationale de promotion de la santé » qui vise le changement des comportements. Nous avons soutenu dans le point dédié aux réformes (*Voir* Introduction) que le type de réforme de la santé adopté par un pays est décisif pour la notion de promotion de la santé et pour sa mise en place. Il faudrait ajouter à ceci que le type de réforme de l'État – pouvant aller à l'encontre de la réforme du secteur de la santé – a lui aussi des effets sur cette compréhension.

Caractéristiques des coalitions

Concernant les coalitions des sous-systèmes dans les deux pays, nous pouvons identifier d'importantes différences : En Argentine, c'est la coalition historique de la sécurité sociale appartenant aux syndicats qui domine avec une forte logique fragmentaire et peu d'intérêt à avoir une politique unifiée de santé. C'est exactement dans la fragmentation du sous-système qu'elle fonctionne le mieux. Ainsi, toute nouvelle coalition doit s'y conformer soit comme subsidiaire de la coalition majoritaire soit dans une tentative de contre-pouvoir, en général peu réussie. Au Brésil, nous observons l'existence d'une grande coalition, celle du mouvement de la réforme sanitaire. Cette coalition a comme valeurs fondamentales la considération de la détermination sociale de la santé et son universalisation en tant que droit. Les acteurs qui se joignent à cette coalition partagent donc ces valeurs de base. Même si le modèle médical prime dans la logique de l'organisation du sous-système, il est plus perméable que celui de l'Argentine à l'inclusion de différentes approches et d'autres disciplines pour aborder la santé.

Les milieux académiques ont un rôle d'influence important dans le changement de la politique de santé en ce qui concerne la promotion de la santé au Brésil. Leurs représentants maintiennent des échanges permanents avec les gestionnaires du ministère de la Santé et dans plusieurs cas, ils y détiennent des postes de gestion. Cela permet au sous-système de s'enrichir tant au niveau théorique que pratique en assurant l'adéquation de la théorie aux besoins de la mise en place des politiques réelles. En Argentine, cette situation n'est pas observée ; dans les milieux académiques, il n'y a ni discussions ni équipes de promotion de la santé. L'agenda qui domine vient du gouvernement qui à son tour met en place l'agenda international en insistant sur les changements de comportements au détriment de discussions sur les besoins de santé du pays. Il ne s'agit pas ici de dire que le travail des milieux académiques en promotion de la santé est inexistant, mais bien de signaler que celle-ci n'est pas entrée dans ce pays comme un champ important de contribution à la santé publique. En Argentine, c'est plutôt l'organisation des services de soins et l'accès qui sont priorités dans les espaces de formation et de gestion. Dans ce pays,

la promotion de la santé, à quelques exceptions près, est comprise comme stratégie pour le changement de comportements individuels où l'accent est mis sur la responsabilité des individus.

Au Brésil, la coalition du mouvement de la réforme sanitaire se sous-divise en deux coalitions : celle de la promotion de la santé et celle de la santé collective. Les valeurs centrales par rapport à la santé continuent d'être les mêmes et il est étonnant d'observer que la compréhension de la promotion se ressemble chez les acteurs interviewés dans les deux coalitions. Les différences se présentent au moment de l'opérationnalisation de la promotion ou de la discussion de sa place par rapport à la politique nationale de santé : la promotion de la santé doit-elle réorienter les programmes existants dans le ministère selon une logique de production de santé ou bien devrait-elle fonctionner comme une pièce de plus dans l'ensemble du SUS ? Étant donné que les gestionnaires du ministère soutenaient en 2006 cette deuxième position, il n'est pas étonnant que la mise en place de la PNPS ait lieu. La promotion de la santé est alors conçue comme une pièce de plus dans l'ensemble du SUS et s'aligne aux intérêts de l'agenda international de changements de comportements. Dans le chapitre de ce pays, nous avons signalé aussi que cela peut s'expliquer par l'intérêt du pays à adopter l'agenda international et de participer à des instances internationales ; mais nous pourrions aussi avancer une autre explication, en lien avec les tensions de la propre « universalisation » du système de santé qui peut être considérée comme incomplète. En effet, il existe au Brésil un secteur privé qui grandit de plus en plus et d'autres intérêts de l'industrie médicale qui font obstacle à une véritable universalisation du système. Cela crée des tensions et ne permet pas au ministère de la Santé d'avancer dans un projet positif et large de santé en le contraignant presque exclusivement à l'organisation des services de soins du SUS.

Dans les deux pays, la promotion de la santé finit par être conçue avec une approche comportementale en laissant de côté la responsabilité de l'État d'introduire des changements dans les structures de la société qui font obstacle à l'adoption des bonnes habitudes de vie et plus que cela, de mettre en place des politiques qui

cherchent à produire de la santé depuis les différents secteurs de la société en aillant comme but l'amélioration de la santé de l'ensemble de la population.

C'est ici que l'analyse du rôle des organisations de coopération et du financement internationales peut nous aider à mieux comprendre la place de la promotion de la santé dans les politiques nationales de santé de deux pays.

7.1.3. Les organismes internationaux

Au niveau des organisations internationales et des événements externes on postulait que :

1. Le rôle des organisations internationales n'est pas mineur, mais influe sur les deux niveaux d'analyse (Walt, 1994) avec des caractéristiques différentes selon le type d'organisation ;
2. Les événements externes tels les changements économiques et gouvernementaux ainsi que l'impact des politiques d'autres sous-systèmes constituent des éléments clés pour expliquer le changement de la politique (Sabatier & Jenkins-Smith, 1999 ; 2009).

Notre recherche montre une forte influence des organismes internationaux en matière de promotion de la santé. Cette influence est différente dans chaque pays avec certains points communs. Pour les similitudes, dans les deux pays, la promotion de la santé telle qu'on la trouve au moment de notre recherche en 2006 a été mise en place à travers des secrétariats de vigilance à la santé (Programme VIGI-A, en Argentine ; sous-secrétariat de la vigilance à la santé (SVS) au Brésil), tous deux créés grâce au financement de la BM et ayant comme bras technique le CDC qui apporte la logique de la vigilance à la promotion en la réduisant à la prévention des maladies chroniques et aux facteurs de risque de celles-ci. De plus, en Argentine le programme VIGI-A, dépendant du sous-secrétariat des Programmes de prévention et promotion, fonctionne comme structure parallèle aux structures de promotion déjà existantes dans le ministère en leur faisant concurrence (avec infiniment plus

d'argent). La crise de 2001 fragilise encore plus le sous-système et l'argent de la coopération internationale constitue le seul budget du ministère. Le ministre Ginés Gonzalez Garcia réussit à convaincre les financeurs de réorienter les programmes déjà existants vers l'urgence sanitaire du pays, mais cela ne suppose aucun intérêt du développement de la promotion de la santé : le modèle biomédical est renforcé autant par le parcours historique du sous-système que par l'urgence imposée par la crise.

Au Brésil, la situation est un peu différente. Les deux premières versions de la politique nationale de promotion de la santé (1998 ; 2002) ont été produites dans le cadre des projets de coopération internationale avec le PNUD. Ces projets élargis obéissaient aux intérêts et à l'agenda du mouvement de la promotion de la santé brésilienne. Avec le changement de gouvernement en 2003 et sa contrepartie dans les instances ministérielles, cet agenda n'est plus prioritaire ; il est associé à la gestion antérieure et en tant que tel, mérite d'être changé. Les projets de la Stratégie globale et de la Convention-cadre de l'OMS s'avèrent être, pour les fonctionnaires du gouvernement de Lula (représentants de la coalition de santé collective), une fenêtre d'opportunité pour empêcher la fracture du mouvement de la réforme sanitaire, sans toutefois menacer le SUS. À leur tour, les représentants de la promotion de la santé voient dans la création de la CNDSS la possibilité d'installer la discussion sur une promotion de la santé élargie et structurelle, dans le niveau même de l'État. Il est possible de voir ce mouvement comme un avancement du Brésil vers une promotion de la santé structurelle. Cependant, il faut reconnaître que cela peut supposer de nouvelles tensions étant donné l'écart existant entre cette promotion comportementale contenue dans la PNPS agissant dans le sous-système de santé et cette autre, élargie et structurelle, qui essaie de trouver une place au niveau supra-étatique.

Dans le champ de la promotion de la santé au Brésil, nous observons une capacité importante à négocier avec la coopération internationale et cela se fait aussi avec un intérêt du pays pour l'adoption de l'agenda des organisations internationales dans le but d'une reconnaissance et de la participation à des instances internationales telles

la Convention-cadre et la Stratégie globale. En Argentine, par contre, l'absence d'un mouvement consolidé de promotion de la santé et la vacuité des propositions sur celle-ci favorisent l'imposition de l'agenda international comme seule alternative de travail en promotion de la santé.

Dans les deux pays, le rôle de l'OPS en tant qu'organisation qui aide à la discussion et à l'établissement d'accords est fort remarquable. Même si cette organisation semble faible pour influencer l'action des banques, elle est reconnue par les acteurs interviewés comme facilitatrice du travail dans le champ de la promotion de la santé.

Le rôle du CDC est moins clair et il aura fallu rencontrer quelques-uns de ses représentants pour mieux comprendre l'intérêt de cette organisation pour le développement de la promotion de la santé en Amérique latine. Ce point constitue une faiblesse de notre recherche tout autant que l'impossibilité de rencontrer des représentants des banques de financement.

7.2. De la pertinence de notre cadre conceptuel

Au niveau théorique, l'apport des trois modèles utilisés s'est avéré fort pertinent. Le modèle proposé par Sabatier et Jenkins-Smith nous a permis d'entreprendre une analyse en profondeur des événements historiques de deux pays qui ont contribué à l'organisation des États et aux sous-systèmes de santé. La perspective d'une décennie proposée par ces auteurs nous a ouvert la porte pour aller encore plus loin jusqu'aux origines des champs de la santé publique dans les deux pays, ce qui a permis une plus grande compréhension des valeurs à la base même des sous-systèmes et de l'identification des principaux acteurs et coalitions agissant dans ceux-ci. En absence d'une analyse de la composante historique, nous aurions beaucoup perdu dans la compréhension de notre objet de recherche : la politique nationale de santé.

Un autre élément clé du modèle de Sabatier et Jenkins-Smith est la possibilité d'établir des liens entre les caractéristiques de l'organisation de l'État et celles des sous-systèmes. Il est clair, à partir de notre recherche, que l'organisation au niveau de l'État, l'évolution des constitutions nationales et les valeurs sociétales ont une influence fondamentale sur les sous-systèmes (dans notre cas, de la santé) et sur les possibilités plus au moins grandes d'un changement dans la politique (prémisse 1). Cette analyse nous a permis d'observer qu'une constitution nationale (Brésil) qui considère la santé en tant que droit collectif et multi-déterminée par des politiques issues de tous les secteurs de l'État donne un cadre plus élargi au sous-système pour la discussion à propos de la contribution de ces autres secteurs et cherche à établir des accords pour assurer ce droit. Quand cette constitution nationale (Argentine) n'intègre pas la santé en tant que droit, mais en tant que bien de consommation individuel associé à la capacité de paiement du « consommateur », nous nous trouvons dans un scénario tout à fait différent – et beaucoup plus réduit – en ce qui concerne la discussion et la possibilité de mettre en place des actions/politiques de santé collectives issues de différents secteurs qui pourraient améliorer l'état de santé de l'ensemble de la population d'un pays (prémisse 2). Mais s'il est clair qu'il existe une influence émanant de l'organisation de l'État sur le sous-système, il n'est pas moins clair que dans certains cas, en général liés à l'existence de sous-systèmes solides, l'influence d'une coalition d'un sous-système peut s'exercer sur l'organisation de l'État tel que l'on observe au Brésil avec le mouvement de réforme sanitaire qui a inspiré d'autres secteurs de l'État à mener des réformes semblables (prémisse 3).

Le modèle de Sabatier et Jenkins-Smith nous a aidée dans l'identification du sous-système en tant que niveau d'analyse et contenant les acteurs nationaux les plus importants pour le changement de la politique (prémisse 4). En utilisant leur modèle et celui de Kingdon, nous avons mené l'analyse des différentes étapes d'élaboration de la politique de santé en tenant compte des contextes politiques dans lesquels elle a lieu. En identifiant le moment de la mise à l'agenda comme un moment clé de rencontre entre les trois courants (du problème, de la politique et des politiques),

nous avons mieux saisi l'influence des coalitions par rapport au changement de la politique, l'identification du problème par les principaux acteurs des gouvernements ainsi que les voies de solution pour l'élaboration de la politique. Nous avons aussi confirmé notre prémisse numéro 5 qui postule que les acteurs varient dans les différentes étapes de la politique tel qu'on l'a vu dans les deux pays ; ceux qui ont adopté et implanté la politique ne sont pas les mêmes que ceux qui avaient participé à la mise à l'agenda ni aux étapes de la formulation. La coalition de la sécurité sociale en Argentine ainsi que celle du mouvement de la réforme sanitaire dans son ensemble au Brésil montrent jusqu'à quel point une coalition consolidée exerce son leadership dans le sous-système à travers le temps.

L'utilisation de ces modèles nous a permis d'identifier les degrés de conflit entre les coalitions et les différentes positions par rapport aux changements dans la politique de santé et de la promotion de la santé (prémisse 6) tel qu'on l'a présenté dans le chapitre de chaque pays. En Argentine, nous avons pu observer l'influence qu'y ont exercé d'autres sous-systèmes tels celui du ministère de l'Économie et celui du Travail, ce qui montre le manque de consolidation du sous-système de santé face à d'autres sous-systèmes plus consolidés ou avec plus de pouvoir à différents moments de leur histoire (prémisse 7). Finalement, pour ce qui est des coalitions dans les sous-systèmes, nous observons au Brésil deux coalitions assez consolidées – Co. promotion de la santé et Co. de la santé collective – qui ont réussi à établir des accords pour la cohabitation dans le sous-système ayant comme but la non-fracture du mouvement de réforme sanitaire et les valeurs à la base de celle-ci. En Argentine, par contre, il existe deux coalitions – Co. de la Sécurité sociale et Co. du secteur privé – dont la première est dominante et la deuxième fonctionne comme subsidiaire de celle-ci ; son but est le maintien de la fragmentation du sous-système (prémisse 8). De plus, dans ce pays, les organismes internationaux fonctionnent comme une véritable coalition au sein du sous-système.

L'utilisation du cadre conceptuel de Walt a été essentielle dans notre analyse du rôle des organisations internationales autant de coopération technique que de

financement. Nous avons pu identifier les caractéristiques de cette coopération selon l'organisme chargé de faire le lien avec les caractéristiques des sous-systèmes. En effet, elle semblerait être plus « coopérative », c'est-à-dire avec des rapports plus égaux, avec un sous-système solide comme celui du Brésil, et plus envahissante dans des sous-systèmes moins consolidés et qui ont besoin de l'argent de la coopération internationale pour leur fonctionnement, comme c'est le cas de l'Argentine. Face à des États fragmentés comme celui de l'Argentine, les organismes de crédit ont une influence autant au niveau du sous-système qu'à celui de l'organisation de l'État (prémisse 9). Nous avons pu observer que l'OPS joue un rôle reconnu, au niveau technique, de mise en commun et d'établissement d'accords entre différents paliers de la santé publique dans les deux pays, mais un rôle plus faible par rapport aux organisations qui détiennent le financement. Du besoin de financement existant en Argentine, nous pouvons déduire que le rôle des banques est différent dans les deux pays. Cependant, pour ce qui est de la promotion de la santé comportementale, elles arrivent à imposer leur agenda à travers la collaboration du CDC dans les deux pays même si cela répond à des raisons différentes, tel qu'on l'a vu.

La considération des événements externes pour la compréhension du changement de la politique est un des éléments clés de notre recherche. Notre démarche se serait avérée tout à fait différente si nous avions abordé seulement les sous-systèmes de santé comme des entités isolées. Tel que Sabatier et Jenkins-Smith le soutiennent, les changements économiques et gouvernementaux ainsi que l'impact des politiques d'autres sous-systèmes (Ex : réformes de l'État) constituent des éléments clés pour comprendre tant le changement de politique que son contenu (prémisse 10). Cet impact est plus important encore dans le cas des pays en développement et en pleine consolidation des institutions à tous les niveaux de leur État. Dans le cas de l'Argentine, la crise de 2001 constitue un événement majeur dans l'orientation que prendront la politique de santé et le sous-secteur dans son ensemble. Dans le cas du Brésil, l'arrivée au pouvoir d'une nouvelle élite sous la figure de Lula en 2003 a des impacts dans la façon d'aborder la promotion de la santé, mais aussi dans les

propositions finalement contenues dans la PNPS. Cependant, c'est le fait d'observer ces événements sur plusieurs années qui offre une plus grande compréhension : sur les valeurs d'une société, sur l'évolution de la Constitution nationale, sur les rapports de pouvoir existants entre les différents sous-systèmes, sur les possibilités qu'ont les acteurs pour changer ou maintenir une politique quelconque.

Nous avons mené la présente recherche en faisant appel aux outils théoriques du champ de l'analyse des politiques publiques et nous nous sommes donné un cadre conceptuel qui nous a aidée dans l'analyse, l'interprétation et la discussion des résultats. Nous aurions pu utiliser un cadre conceptuel plus directif et étroit ou même adopter le seul modèle proposé par Sabatier et Jenkins-Smith avec ses hypothèses à confirmer. Nous croyons cependant que la souplesse de notre cadre conceptuel nous a permis d'entamer une démarche solide et d'avoir de nouvelles compréhensions dans des contextes assez complexes, ce qui n'aurait pas été possible en ayant un cadre rigide.

La modélisation des théories pour notre cadre conceptuel donne à cette recherche son caractère original. Elle nous a permis de mener une analyse sur plusieurs années et de mieux comprendre le changement de la politique de santé à différents moments de son histoire ainsi que l'identification des acteurs les plus importants depuis l'origine des champs de la santé publique dans les deux pays. Nous avons aussi contribué à créer une démarche d'analyse de politiques publiques en dehors du système de soins capable d'améliorer les connaissances sur le changement de la politique nationale de santé par rapport à la promotion de la santé en tenant compte des dynamiques gouvernementales, champ peu exploré par la recherche tel que signalé dans notre revue de la littérature (Bryant, 2002 ; Bambra et coll., 2003 ; Glouberman, 2003 ; Bambra et coll., 2005 ; de Leeuw, 2005 ; Breton, 2005 ; Navarro, 2007 ; Raphael, 2008). Finalement, nous avons mené cette étude dans des pays en développement de la région latino-américaine où de telles analyses n'existent pas ; il en va de même pour toute considération de la promotion de la santé au niveau national et de l'appel au champ de l'analyse de politiques publiques pour le faire.

Notre cadre conceptuel, à la fois assez souple et rigoureux, pourrait s'avérer approprié pour mener d'autres recherches similaires portant sur la place et la compréhension de la promotion de la santé dans les politiques nationales de santé dans d'autres pays de l'Amérique latine.

Les limites de la démarche

Certains éléments peuvent limiter la contribution des résultats de notre recherche. La collecte de données au Brésil, menée au moment du lancement de la PNPS, a montré un moment de polarisation majeur qui n'était peut-être pas celui qui prédomine dans le sous-système. Cependant, cela nous a permis d'observer très clairement la position des différents acteurs et coalitions et leur capacité à l'établissement d'accords dans le sous-système. En Argentine, une plus grande stabilité au ministère de la Santé s'installe après la crise de 2001, mais ses effets se font sentir encore très fortement dans les discours des interviewés en empêchant d'identifier des opportunités de changement.

Au niveau des acteurs interviewés, nous avons eu accès à des acteurs précieux du champ de la promotion de la santé dans les deux pays, tant dans les ministères que dans les universités. Cependant, il aurait été intéressant de mener des entrevues avec des représentants des banques et du CDC pour mieux comprendre leur rôle et leurs intérêts. Comme cela n'a pas été possible en raison de la non disponibilité de ceux-ci aux dates de nos séjours dans les villes où nous avons mené la collecte des données, nous avons effectué leur analyse à partir des documents et du discours des autres interviewés mentionnés avant. De futures recherches sur le rôle de ces organisations dans le champ de la promotion de la santé pourraient s'avérer très importantes pour clarifier les enjeux du développement de la promotion.

La formulation de dix prémisses nous a aidée fortement dans l'analyse des cas. Cependant, il se peut que nous ayons négligé d'autres facteurs qui auraient pu nous donner plus d'information sur les contextes dans lesquels le changement de la

politique a lieu. Cela dit, il est important de remarquer que les prémisses nous ont permis de mieux observer et mieux comprendre les relations entre les niveaux nationaux et les sous-systèmes, l'influence des événements externes et les caractéristiques et la relation qu'établissent les organisations internationales avec les gestionnaires des deux pays.

Dans le cas de pays en plein processus de consolidation démocratique, l'appel aux théories et modèles d'analyse de politiques publiques avec intérêt sur le rôle et la compréhension de l'organisation de l'État constitue un élément clé dans l'avancement des connaissances autant du champ de la promotion de la santé que de celui de la santé publique.

7.3. Les contributions de cette thèse

Qu'elle est l'apport de cette recherche à la santé publique ? L'étude de cas sur la compréhension et la place de la promotion de la santé dans les politiques nationales de l'Argentine et du Brésil illustrent la complexité du processus d'élaboration des politiques et de l'orientation qu'une politique peut avoir à certains moments de l'histoire d'un pays. L'étude montre aussi la tension qui peut exister entre la politique menée depuis l'État et celle développée dans un sous-système. Mais l'apport le plus intéressant de cette recherche reste l'exemple de deux pays avec des fortes similitudes, tant dans l'organisation de l'État que dans les origines des sous-systèmes de santé, qui ont, à un moment donné de leur histoire, une toute nouvelle trajectoire l'un par rapport à l'autre. La présente recherche illustre également jusqu'à quel point cette trajectoire permet ou non le développement d'une promotion de la santé élargie avec intérêt sur les déterminants sociaux et structureaux de la société.

Les cas abordés confirment la lecture de plusieurs chercheurs (Raphael & Bryant, 2006 ; Navarro, 2007 ; Raphael, 2008 ; Low & Thériault, 2007 ; Wills et al. 2008) à propos de l'influence des contextes et de l'idéologie d'un gouvernement dans le choix d'un modèle de santé publique et donc de la façon de comprendre les facteurs

favorables à la santé de la population et l'élaboration des interventions. Cependant, les auteurs consultés classifient les modèles de santé publique selon qu'ils sont plus étroits, biologiques, ou plus élargis, qui considèrent la santé comme multi-déterminée. Notre recherche nous montre que dans les deux pays étudiés la division n'est pas si nette. En effet, nous constatons que des éléments des deux modèles peuvent coexister dans une espèce de « transition en tension », comme c'est le cas du Brésil où est promue une conception de santé multi-déterminée par des politiques issues d'autres secteurs ; cependant, au moment de leur opérationnalisation, on observe la mise en place d'interventions issues presque exclusivement du secteur de soins et orientées vers les soins répondant au modèle biomédical. Dans le cas de l'Argentine, il n'y a pas de transition, mais un modèle clairement plus étroit et individualiste, avec l'accent mis sur les dispositions biologiques et comportementales qui peuvent expliquer une mauvaise santé.

Il reste cependant qu'il n'est pas aisé d'adopter des modèles plus élargis de santé publique. Cette difficulté peut s'expliquer en partie par la compréhension existante sur l'iniquité en santé tel que le signale Vallgarda (2008). Cet auteur établit une distinction entre des politiques visant des populations défavorisées et qui répondent à un modèle d'État-providence, et des politiques visant la population dans son ensemble en lien avec des modèles plus universaux. Dans le premier cas, les inégalités seront considérées comme le problème d'une minorité exclue dont les comportements mènent à sa mauvaise santé. Le deuxième cas les considère comme un gradient qui touche à l'ensemble de la population et les raisons de ces inégalités se trouvent dans la distribution par les structures sociales du bien-être, du pouvoir et des chances. Ici, les interventions visent la mise en place de programmes universaux visant le changement des conditions de vie et des structures sociales qui génèrent des inégalités. Dans notre recherche sur la promotion de la santé, aucun de deux pays analysés n'a adopté cette dernière compréhension et tous deux mettent en place des politiques focalisées sur des populations à risque.

Les résultats de notre analyse vont dans le sens de la recherche menée par de Leeuw et Polman (1995) à propos de l'intégration de principes de promotion dans la politique nationale de santé en Allemagne ; ils nous permettent d'identifier l'importance du rôle du gouvernement national par rapport au développement et à la compréhension de la promotion de la santé. De plus, cette recherche montre que même s'il existe une influence du contexte et de l'idéologie du gouvernement sur la compréhension de la promotion et l'inclusion des déterminants sociaux de santé, c'est l'organisation de l'État qui sera déterminante dans la création des conditions pour le développement d'une promotion de la santé structurelle. Et cela est en lien avec les développements de Raphael (2008) qui signale le besoin de mieux comprendre le rôle de l'État pour l'amélioration des approches de politiques publiques dans le champ de la promotion. Les résultats de notre recherche montrent que si l'on veut expliquer l'évolution du champ de la promotion de la santé dans un pays donné, on doit s'intéresser aux questions suivantes : 1) Quel est le statut de la santé dans l'organisation de l'État ? Celle-ci est-elle considérée comme un droit collectif ou individuel ? 2) S'agit-il d'un État préoccupé par l'élaboration de politiques non fragmentées ? 3) L'État est-il intéressé à mobiliser différents secteurs qui pourraient agir sur la production de santé ? 4) Quelle a été la logique de fonctionnement de l'État par rapport aux politiques sociales ? et finalement, 5) Quels ont été les principaux acteurs des sous-systèmes et leur logique de fonctionnement ? En somme, alors que la littérature sur la promotion de la santé accorde encore très peu de place au rôle du niveau national et de l'État dans son développement, il est clair que ces derniers ont un impact fondamental sur la façon de comprendre et de mettre en place la promotion de la santé. Tel que le mentionnent Signal (1998), Farrant (1991) et Vallgarda (2008), ces questions nous laissent voir que pour que des politiques publiques saines soient développées, une grande transformation du processus politique et de ses structures est nécessaire dans la distribution des ressources et du pouvoir tant à l'intérieur d'une société qu'entre différentes sociétés.

Dans notre introduction, nous avons mentionné trois aspects clés des pays qui considèrent la promotion de la santé avec une approche structurelle : a) Le système

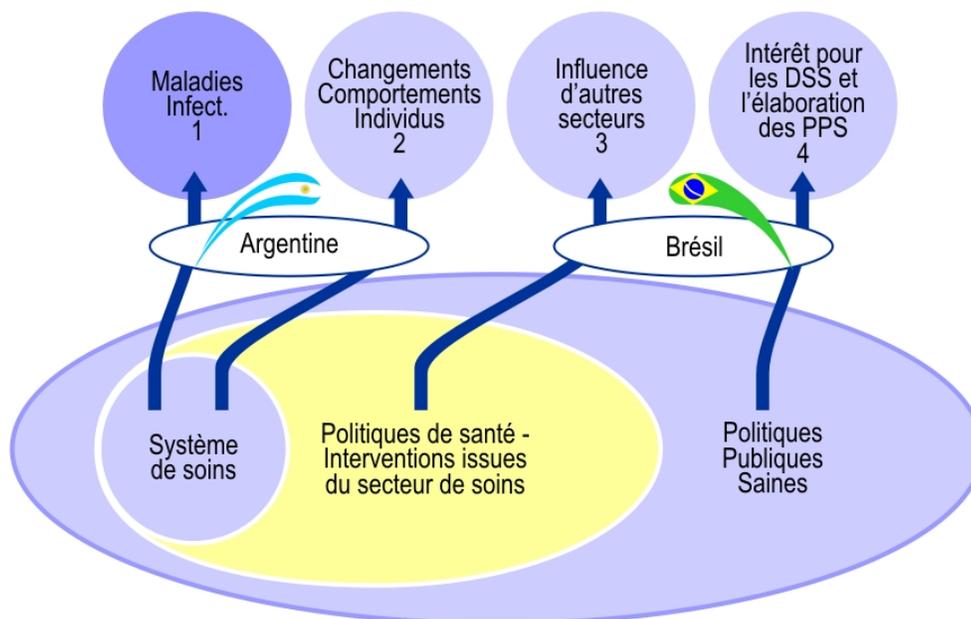
de santé a un caractère universel et garantit à tous les citoyens le droit à la santé (Carvalho, 2004 ; Evans & coll., 2001) ; b) La notion d'équité a une place centrale et l'action sur les déterminants sociaux de la santé est une condition pour atteindre le bien-être collectif (Akerman & coll., 2004) ; et c) L'accent est mis sur les causes des iniquités, leur identification et l'action sur elles (Whitehead, & coll. 2001). Ces aspects jouent dans l'organisation des pays tant au niveau de l'État qu'à celui des sous-systèmes de santé. Notre cadre conceptuel a été construit de manière à mener l'analyse en tenant compte de ces éléments. Notre démarche nous a permis de confirmer la nécessité de les considérer comme prioritaires pour qu'une promotion structurelle, qui oriente la politique nationale de santé, puisse avoir lieu. Nos résultats nous permettent d'affirmer qu'aucun des cas choisis ne réunit ces conditions, le Brésil en étant cependant plus proche que l'Argentine. Pour ce qui est du système de santé universel, il faudrait clarifier que c'est l'existence d'un seul et unique système pour l'ensemble de la population et non pas un système universel dédié à la population auparavant exclue qui coexiste avec plusieurs modalités d'assurances privées pour ceux qui peuvent payer. Évidemment, la constitution d'un système comme le SUS au Brésil est un premier pas dans un processus qui devrait avancer à la pleine universalisation. Concernant l'équité il existe au Brésil, dans le champ de la promotion de la santé, un intérêt pour l'aborder, mais les actions proposées par la PNPS ne l'incluent que comme discours sans toutefois qu'elle devienne un objectif à être évalué dans la politique : en ayant comme objet les changements de comportements, la possibilité d'identifier les causes des iniquités et l'action sur elles disparaît. En Argentine, le système n'est ni universel ni ne garantit le droit à la santé aux citoyens ; l'équité vise l'accès aux services de soins et les iniquités se résument au nonaccès à ces services.

Dans la conclusion de notre revue de littérature, nous avons distingué quatre moments du champ de la santé publique et de la conceptualisation de la promotion de la santé (*Voir* schéma 1) : des actions pour l'amélioration des conditions sanitaires comme moyen pour lutter contre les maladies infectieuses ; des actions d'éducation pour la santé dont le but est de changer le comportement des individus pour diminuer

la transmission des maladies infectieuses ; la reconnaissance des facteurs externes au système de soins avec impact sur la santé et le moment actuel dans lequel la santé est influencée par d'autres secteurs qu'elle cherche à son tour à influencer dans l'objectif de produire de la santé. Nous avons ensuite distingué trois sphères de politiques publiques du champ de la santé – système de soins, politiques de santé visant à influencer d'autres secteurs et politiques publiques saines – d'où sortent différents types d'interventions selon le moment évolutif du champ dans un pays donné.

Nous reprenons le schéma du chapitre 2 (*Voir Schéma 7*) pour placer les pays analysés dans cette évolution. En suivant la conceptualisation des moments, nous pouvons placer l'Argentine entre les moments 1 et 2 du champ de la santé publique avec des interventions issues du système de soins qui visent les maladies infectieuses et le changement de comportement des individus. Dans le cas du Brésil, le pays serait déjà placé entre les moments 3 et 4, avec la préoccupation d'influencer d'autres secteurs que celui de la santé et en incorporant la discussion sur les DSS. Cependant, le Brésil n'arrive pas encore à mettre en place des politiques publiques saines. Pour résumer, le champ de la santé publique dans les deux pays est à des moments différents et leurs actions en promotion de la santé peuvent être identifiées dans leur ensemble entre les moments 2 et 3. L'Argentine, plus dévouée aux changements de comportements individuels sans arriver encore à influencer sur d'autres secteurs, et le Brésil, intéressé aux DSS, restent tous deux incapables de s'installer pleinement au moment 4, menant toutefois des actions de moments 2 et 3.

Schéma 7 - Placement des pays dans le champ de la santé publique et de la promotion de la santé selon le type d'intervention



7.3.1. Contributions à la promotion de la santé en Amérique latine

Cinq questions doivent guider l'analyse de la promotion de la santé en Amérique latine actuellement : 1) Les processus de réforme de l'État des années 1990 et ses conséquences actuelles (type de réforme, valeurs sociétales, arrangements constitutionnels) ; 2) Les processus de réforme des systèmes de santé avec un regard sur la composante de décentralisation (réforme sanitaire ou administrative ?, quel modèle prédomine dans le champ de la santé publique ?) ; 3) La revalorisation des soins primaires de santé de la fin des années 1990 (quel impact dans le pays ?) ; 4) La tendance à la réduction des propositions élargies autant des politiques que des programmes ; et 5) Les défis actuels des systèmes de santé (travailler avec d'autres secteurs pour produire de la santé, incorporer et mieux maîtriser les déterminants sociaux et structureaux de santé).

Comme nous l'avons signalé dans l'introduction, en Amérique latine la promotion de la santé est entrée en scène pendant les années 1990, au moment de la mise en place de réformes qui promouvaient, entre autres, la décentralisation vers les municipalités. Le discours en était d'une plus grande responsabilité en matière de santé, mais, sous-jacent, il cachait la déresponsabilisation de l'État et ne prenait pas en compte la capacité financière et en ressources humaines des espaces locaux. Dans ce contexte-là, la promotion de la santé est soutenue par un discours de changement social, mais elle est réduite, dans son opérationnalisation, à des actions ponctuelles dans les espaces locaux (municipalités, écoles, lieux de travail) ou sur les changements de comportements des individus et des groupes à risque. Cette opérationnalisation s'explique par sa plus grande visibilité pour la population, une plus grande faisabilité pour les politiciens et une certaine « déresponsabilisation » de l'État face aux « mauvais comportements » de sa population. La mise en place de la promotion, sans préoccupation de lien avec le niveau national, a eu des conséquences sur la compréhension de la promotion telle qu'elle avait été définie, par exemple, dans la déclaration de Santafé de Bogota : « Le défi de la promotion de la santé en Amérique latine consiste à transformer les rapports exclusifs tout en conciliant les intérêts économiques et les buts sociaux de bien-être pour tous, ainsi qu'à travailler pour la solidarité et l'équité sociale, conditions indispensables pour la santé et le développement. » (Déclaration de Bogota, 1992)

La promotion de la santé a été de plus en plus fragmentée ; en outre, pour démontrer son efficacité, elle a été dépourvue du changement social proposé aux origines comme défi pour la région et s'est orientée vers des actions préventives sur des facteurs de risque capables de montrer des résultats à court terme. Ce mode étroite de compréhension de la promotion a un lien très fort avec les réformes des années 1990 menées en Amérique latine. Les faibles résultats de ces réformes pour les systèmes de santé de la région devraient mener à une remise en question de cette conception de la promotion et à une revalorisation du rôle du niveau national et de l'État en matière de promotion de la santé. Dans une logique des politiques fragmentées ou focalisées, tant au niveau de l'État que dans celui du sous-système, la promotion

reste restreinte au travail sur les facteurs de risque et le changement de comportements.

Le cas de la décentralisation au Brésil est paradigmatique pour observer un mouvement tout à fait différent des autres pays de la région. Dans ce pays, il existe un partage de la responsabilité en matière de santé à différents niveaux du gouvernement ; des espaces de concertation ont été créés et la capacité des niveaux locaux renforcée. De plus, tel que mentionné dans le chapitre sur ce pays (*Voir* chap. 6), la décentralisation a fait partie autant de l'agenda du mouvement de la réforme sanitaire que du gouvernement de Fernando Henrique Cardoso, ce qui a évité la confrontation de la politique de l'État avec celle du sous-système (cette confrontation apparaît par contre dans le cas de la réforme mise en place au niveau de l'État à l'encontre de l'universalisation du système de santé). La mise en place d'un système universalisant a permis de promouvoir le développement d'une promotion de la santé structurelle qui est arrivée à se poser comme directrice de la politique nationale de santé en 2002. Les limites de l'universalisation du système et le changement de l'élite au pouvoir en 2003 fonctionnent comme obstacles à ce développement. À partir de ce moment-là, la promotion de la santé est réduite et perd la possibilité de réorienter les programmes existants dans le ministère vers une logique de production de santé : elle n'a pas sa place dans la logique d'un État libéral.

Le cas du Brésil met en lumière le dilemme de la promotion de la santé : en effet, lorsqu'un sous-système de santé s'universalise, il laisse la place au développement d'une promotion de la santé structurelle, et la question des déterminants sociaux gagne en importance dans les discussions sur les actions du sous-système et de nouveaux scénarios sont envisagés. Cependant, ce mouvement universalisant doit tenir une place importante dans l'organisation de l'État pour réussir à se développer complètement. C'est-à-dire qu'un mouvement universalisant de toutes les politiques issues de l'État lui est nécessaire, ce qui va à l'encontre d'une réforme libérale dont l'objectif premier est la réduction de l'État et des politiques focalisées.

Vers la fin des années 1990, face aux résultats des réformes, des mouvements de revalorisation des ministères de la Santé s'organisent, comme celui des autorités clés dans l'orientation de la politique nationale. Un de ces mouvements est celui du renouvellement des soins primaires de santé (APS) dans la région latino-américaine. Ces derniers devraient dorénavant être conçus non plus comme des actions concentrées sur les populations pauvres, mais comme un ensemble d'actions dont les valeurs centrales sont : le droit au niveau de santé le plus élevé possible, équité et la solidarité pour toute la population. C'est dans ce cadre que la mise en marche d'une promotion de la santé serait envisageable – en partageant ces valeurs et en les considérant comme objectifs de l'action ; en effet, elle aborderait beaucoup plus que les changements de comportements auxquels elle a été réduite. En outre, la considérer avec une approche structurelle dans la politique nationale pourrait contribuer à la discussion dans le niveau de l'État sur le modèle pertinent de santé publique, les valeurs sur lesquelles la société désire construire son système de santé dans le nouveau siècle et sur les changements nécessaires à introduire pour y arriver.

Cependant, tout le long du XX^e siècle, nous observons en Amérique latine un mouvement de réduction des propositions élargies pour le travail en santé publique. Que ce soit les soins primaires de santé (APS) « sélectifs », l'équité en santé en tant qu' « équité dans l'accès aux services de soins », la promotion de la santé « comportementale » ou les déterminants sociaux compris eux aussi de façon étroite, il existe en réalité des difficultés probablement structurelles mais aussi politiques, qui font que de chaque proposition élargie émane une contrepartie réductrice. Sans nier la responsabilité des États pour ce type d'approche, il est important de signaler qu'il incombe aussi une partie de la responsabilité aux organismes internationaux qui ont promu tout le long des années des actions focalisées en dépit des actions élargies.

Les systèmes de santé en Amérique latine (et partout dans le monde) se sont développés autour du modèle biomédical, ce qui a du sens compte tenu des défis de santé du XIX^e et début du XX^e siècle. Cependant, ils ne répondent plus aux besoins actuels de santé et des changements sont nécessaires : les actions doivent dépasser

les soins pour incorporer des interventions visant un modèle plus social de santé publique. D'autres disciplines que la médecine, devraient jouer un rôle de plus en plus important pour aider le secteur de la santé publique à la réflexion sur sa contribution au changement. Quelles sont les amorces possibles des systèmes de santé pour travailler dans une perspective plus sociale de la santé ? Des analyses comme celle-ci sur la promotion de la santé pourraient aider à cette identification. À ce moment-là, identifier les obstacles autant historiques et structurels que conjoncturels pourrait aider à introduire des actions capables de changer graduellement la logique biomédicale prédominante dans le champ de la santé publique latino-américaine. Il faudrait aussi introduire des changements au niveau des États responsables par le passé de l'élaboration de politiques fragmentées, beaucoup plus dédiées à résoudre l'urgence de certaines situations qu'à une planification de longue durée. Tout cela devrait être aussi accompagné d'un changement dans la logique de la coopération internationale telle qu'elle est menée jusqu'à présent.

Les résultats de notre recherche montrent que dans le cas des pays en développement, il reste beaucoup de travail à faire par rapport à la compréhension de bénéfices que l'élaboration des politiques publiques saines pourrait avoir. Ce travail doit être fait autant au niveau de l'État qu'à celui des sous-systèmes visant à la constitution des coalitions capables de mener une telle tâche et à la consolidation des groupes déjà existants. Les milieux universitaires constituent des espaces clés pour le développement des connaissances, mais aussi pour devenir eux-mêmes des acteurs qui pourraient avoir une influence sur l'orientation de la politique d'un sous-système et sur la consolidation des coalitions existantes dans celui-ci tel qu'on l'observe au Brésil.

Les organisations internationales de coopération technique et du financement y ont un rôle à jouer : celui de renforcer les connaissances sur les modèles possibles des systèmes de santé et les bénéfices d'adopter un système universel, avec au cœur l'équité et les façons de l'incorporer, sans la réduire au seul accès aux services. Elles

pourraient aussi renforcer les connaissances sur les processus d'élaboration des politiques publiques saines qui mettent en rapport différents secteurs de la société et qui contribuent à la santé. Cependant, il ne faut pas nier que cette façon de procéder peut aller à l'encontre du paradigme néolibéral sous-jacent à ces organisations, tel qu'Irwin et Scali (2007) le soutiennent. La promotion de la santé continue d'être une excellente opportunité pour repenser les systèmes de santé du XXI^e siècle.

BIBLIOGRAPHIE

Adriano, J., Wernek, G., Santos, M., & Souza, R. (2000). A Construção de cidades saudáveis: uma estratégia viável para a melhoria da qualidade de vida? [Building healthy cities: a strategy to improve the quality of life?]. *Ciencia&Saúde Coletiva*, 5 (1), 53-62.

Acuña, C., Chudnovsky, M. (2002). *El sistema de salud en Argentina*. (Documento no. 60).

Akerman, M., Mendes, R. & Bogus, C. (2004). É possível avaliar um imperativo ético? [It is possible to assess an ethical imperative?]. *Ciencia&Saúde Coletiva*, 9 (3), 605-615.

Almeida, C. (2002). Health systems reform and equity in Latin America and the Caribbean : lessons from the 1980s and 1990s. *Cad. Saude Publica, Rio de Janeiro*, 18 (4), 905-925.

Almeida, M.H.T., (2004). A política social no governo Lula. *Novos estudos*, 70, 7-17.

Andrade, M.L.O. (2001). *SUS Passo a passo: Normas, gestão e financiamento*. Saúde em debate Nordeste. Editora Hucitec- Edicoes UVA.

Arce, H. (2003). *Diagnóstico sintético y líneas de acción política sobre el Sistema de Salud Argentino*. CEDES. Serie Seminarios Salud y Política Pública, auspiciado por la OPS.

Argentine. (s/f). Honorable Cámara de Diputados de la Nación, Secretaría Parlamentaria. *Plan Sintético de Salud Pública 1952-1958, Dr. Ramón Carrillo*.

_____ (1993). Bulletin Oficial, Poder Ejecutivo Nacional, Decreto 9/1993.

_____ (1994). Honorable Cámara de Diputados de la Nación, Secretaría Parlamentaria, *Constitution de la Nation Argentine* (CNA).

_____ (2000). Bulletin Oficial, Poder Ejecutivo Nacional, Decreto 455/2000. *Cadre stratégique-politique pour la santé des argentins*.

_____ (2000). Bulletin Oficial, Poder Ejecutivo Nacional, Decreto 1106/2000. *Structure organisatrice du Ministère de la santé*.

_____ (2000). Bulletin Oficial, Poder Ejecutivo Nacional, Decreto 865/2000. *Création du programme VIGI-A pour le Contrôle des maladies à être signé entre la République Argentine et la BID*.

_____ (2000). Bulletin Oficial, Poder Ejecutivo Nacional, Resolución 436/2000. *Création du programme national médecins de famille* [médicos de cabecera].

_____ (2000). MINSAL (ministère national de Santé, Argentine). *Politiques de santé*.

_____ (2001). MINSAL. *Linéaments pour le Plan national de promotion de la santé et prévention de risques de maladie*.

_____ (2002). Bulletin Oficial, Poder Ejecutivo Nacional, Decreto 486/2002. *Urgence sanitaire nationale*.

_____ (2002). MINSAL. *Table du dialogue argentin*.

- _____ (2003). MINSAL. *Accord fédéral de santé (Accord de San Nicolás)*.
- _____ (2004). MINSAL. *Les Bases du Plan Fédéral de santé 2004-2007*.
- _____ (2003) MINSAL/COFESA, Acte 01.
- _____ (2006) MINSAL/COFESA, Acte 09.
- _____ (2006). Présidence de la Nation. *Les objectifs du Millénium : Rapport de progrès 2005-2006*.
- Bambra, C., Fox, D. & Scott-Samuel, A. (2003). Towards a New Politics of Health. Politics of Health Group. Discussion Paper no. 1 (33p).
- Bambra, C., Fox, D. & Scott-Samuel, A. (2005). Towards a politics of health. *Health promotion international*, February. 1-7.
- Belmartino, S. (2002). Los valores vinculados a equidad en la reforma de la atención médica en Argentina. *Cad. Saúde Publica, Rio de Janeiro*, 18 (4), 1067-1076.
- _____ (2005a). *La atención médica argentina en el siglo XX, instituciones y procesos*. Siglo veintiuno editores S.A, Argentina.
- _____ (2005b). Una Década de Reforma de la Atención Médica en Argentina [A Decade of Health Reform in Argentina]. *Rev. Salud Colectiva*, 1 (2), 155-171
- _____ (2007). Coyuntura crítica y cambio institucional en salud: Argentina en los años 40'. *Rev. Salud Colectiva*, 3 (2), 177-202.
- Bernier, N. (2005a). Public Health Policy and the New Public Health: Approaches to Improving the Population's Health in Canada. Paper presented at The price of life: Welfare Systems, Social Nets and Economic Growth (June) (p49).
- _____ (Juin, 2005b). Promoting Health and Addressing the Social Determinants of Health under Fiscal Austerity: The 'New Public Health' in Ontario and Quebec, 1994-2004. A Paper Presented to Th 2005 Canadian Political Science Association Annual Conference.
- Black, S.D.; Morris, J.N., Smith, C. & Townsend, P. (1980). The Black Report. Working Group on Inequalities in Health.
- Brésil, MS (ministère de la Santé) (1987). *Anais da 8va. Conferencia Nacional de Saúde*, Brasília, 17 a 21 de Março 1986.
- _____ (1988). *Constituição da Republica Federativa do Brasil (CRFB)*. Organizado por Claudio Brandao de Olivera. DP&A editora.
- _____ (1998). Ministère de la Santé et PNUD. *Projeto Promocao de saude (BRA/98/006)*
- _____ (2008). *Relatorio da Comissao Nacional sobre determinantes sociais da saude (CNDSS)*.
- _____ (2002). Ministère de la Santé. *Referenciais para a construcao da politica nacional de promocao de saude*.
- _____ (2006). Ministère de la Santé. Portaria no. 687 MS/GM: *Politica Nacional de Promocao de Saude*, PNPS.

_____ (2006). Décret du 13 Mars 2006, *Création de la Commission Nationale de déterminants sociaux de santé*, CNDSS.

Breton, E. (2005). Promouvoir des mesures législatives en vue de réduire le tabagisme: une analyse de la contribution du système de santé publique à l'adoption de la *Loi sur le tabac* du Québec. Thèse présentée à la Faculté des études supérieures en vue de l'obtention du grade de Philosophiae doctor (Pd.D.) en Santé publique option Promotion de la santé.

Bryant, T. (2002). Role of knowledge in public health and health promotion policy change. *Health Promotion International*, 17 (1), 89-98.

Bryant, T. & Raphael, D. (2005). Politics, public policy, and population health in the United Kingdom. In: *UKHW: The Experience of Health in an Unequal Society*. 15-23.

Campos, G., Barros, R., & Castro, A. (2004). Avaliação de política nacional de promoção da saúde [Evaluation of national policy of health promotion]. *Ciencia&Saude Coletiva*, 9 (3), 745-749.

Carlsile, S. (2000). Health promotion, advocacy and health inequalities: a conceptual framework. *Health Promotion International*, 15 (4), 369-375.

Carlsile, S. (2001). Inequalities in health: contested explanations, shifting discourses and ambiguous policies. *Critical Public Health*, 11 (3), 267-281.

Carvalho, S. (2004). As contradições da promoção a saúde em relação a produção de sujeitos e a mudança social [Health promotion contradictions regarding the issues of the subject and the social change]. *Ciencia&Saude Coletiva*, 9 (3), 669-678.

Carvalho, A.I. (1999). Política de Saúde e Organização Setorial do país. Documento preparado para o curso de especialização a distância Auto-Gestão em Saúde. Rio de Janeiro, ENSP/Fiocruz.

Cetrángolo, O., Devoto, F. (julio, 1999). La salud en Argentina. Un sistema ineficiente e injusto: diagnóstico, últimas reformas y propuestas. FADE (pp.117).

Cetrángolo, O., Devoto, F. (Junio, 2002). *Organización de la Salud en Argentina y Equidad: Una reflexión sobre las reformas de los años noventa e impacto de la crisis actual*. Documento presentado en el Taller "Regional Consultation on Policy Tools: Equity in Population Health" en la ciudad de Toronto, Canadá.

CEPES, (2005). *La reforma política en la Argentina*. (Documento de Reforma política no. 1). Buenos Aires: Centro de estudios políticos, económicos y sociales.

Contandriopoulos, A.P., Champagne, F., Potvin, L., Denis, J.L. & Boyle, P. (1990). SPUR. *Savoir préparer un recherche : la définir, la structurer, la financer*. Les presses de l'université de Montréal.

Contandriopoulos, A.P., Champagne, F. Denis, J. L. & Pinealt, R. (1997). A avaliação na área da saúde : conceitos e métodos. Dans: Hartz, Zulmira M. A. (Ed). Avaliação em saúde: dos modelos conceituais a prática na análise da implantação de programas. Rio de Janeiro: Fiocruz, 29-47.

Cohn, A., Mageon Elias, P.E. (2002). Equity and health reforms in the 1990s. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 18 (4), 173-180.

- De Leeuw, E. & Polman, L. (1995). Health policy making: the Dutch experience. *Social Science & Medicine*. 40 (3), 331-338.
- De Leeuw, E. & Skovgaard, T. (2005). Utility-driven evidence for healthy cities: Problems with evidence generation and application. *Social Science & Medicine*, 61, 1331-1341.
- De Leeuw, E. (2007). The imperative of control. *Health promotion International*, 22, 269-270.
- Denzin, N.K. & Lincoln, Y.S. (1994). *The Handbook of Qualitative Research*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Desjardins, L. (1994). L'approche à risque ou l'approche populationnelle en santé publique? Dans: Bastien, R., Langevin, L., LaRoque, G. & Renaud, L. *Promouvoir la santé : réflexions sur les théories et les pratiques*. Collection Partage, 101-112.
- Devers, K. (1999). How Will We Know "Good" Qualitative Research When We See It? Beginning the Dialogue in Health Services Research. *Health Services Research* (34) 5 Part II :1153-1188.
- Di Tella, T. (1998). *Historia social de la Argentina contemporánea*. Buenos Aires: Troquel.
- Di Tella, T. (2010). Comparação entre os sistemas políticos da Argentina, do Brasil e do Chile. *Revista Brasileira de Ciências Sociais*, 25 (27), 9-20.
- Dunn, W.N. (1981). *Public Policy Analysis: An Introduction*. Second Edition. Prentice Hall, Englewood Cliffs, New Jersey.
- Draibe, S. (1989). Ha tendências e tendências: com que Estado de Bem Estar Social haveremos de conviver neste fim de século? Caderno de Pesquisa N.10. Universidade Estadual de Campinas. Unicamp. Núcleo de Estudos de políticas publicas (Pg.45).
- Draibe, S. (1997). Uma nova institucionalidade das políticas sociais? Reflexões a respeito da experiência latino-americana recente de reformas dos programas sociais. *São Paulo em Perspectiva- Fundação SEADE*, São Paulo, v. 11, n. 4, p. 3-15, 1997
- Dror, Y. (1989). *Public Policy Making re-examined*, Transaction Publishers: New Brunswick and Osford
- Dye TR. (1972). *Understanding public policy*. Englewood Cliffs, N. J.: Prentice-Hall.
- Easton, D. (1965). *A framework for political analysis*. Prentice-Hall: New Jersey.
- Escorel, S. & Teixeira, L.A. (2009). Historia das Políticas de Saúde no Brasil de 1822 a 1963: Do Império ao desenvolvimentismo populista. 333-384. Dans: *Políticas e sistema de saúde no Brasil*. Editora Fiocruz – Cebes.
- Escorel, S. (2009). Historia das Políticas de Saúde no Brasil de 1964 a 1990: Do golpe militar à Reforma sanitária. 385-434. Dans: *Políticas e sistema de saúde no Brasil*. Editora Fiocruz – Cebes.
- Escorel, S. & Moreira, M.R. (2009). Participação social. 979-1010. Dans: *Políticas e sistema de saúde no Brasil*. Editora Fiocruz – Cebes.
- Escudero, J.C. (2003). The Health Crisis in Argentina. *International Journal of Health Services*, 33 (1), 129-136.

Esping-Andersen, G. (1990). *The Tree Worlds of Welfare Capitalism*. New Jersey: Princeton University Press.

_____ (1991). As três economias políticas do Welfare States. *Revista Lua Nova*, (24), 85-116.

_____ (1995). O futuro do Welfare State na nova ordem mundial. *Revista Lua Nova* (35), 73-111.

Etzioni, A. (1967). Mixed-Scanning: a third approach to decisionmaking, *Public Administration Review*, 27: 385-392.

Evans, T., Whitehead, M., Diderichsen, F., Bhuiya, A., et Wirth, M. (Eds). (2001). *Desafío a la falta de equidad en la salud: de la ética a la acción*. Publicación científica y Técnica No. 585. Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud. Washington DC. USA.

Farrant, W. (1991). Addressing the contradiction: health promotion and community health action in the United Kingdom. *International Journal of Health Services*, 21 (3), 423-439.

Fleury, S. (1994). *Estado sin ciudadanos: Seguridad Social en América Latina*. Lugar Editorial. Bs As, Argentina.

_____ (1989). *Reforma Sanitaria: Em busca de uma teoria*. Cortez Editora. Abrasco.

_____ (2007). Salud y democracia en Brasil: Valor público y capital institucional en el Sistema Único de Salud. *Salud colectiva*, 3 (2), 147-157.

_____ (2009). Reforma sanitaria brasileira: dilemas entre o instituinte e o instituído. *Ciencia e saúde colectiva*, 14 (3), 743-752.

Franco-Giraldo, A., Palma, M., Álvarez-Dardet, C. (2006). Efecto del ajuste estructural sobre la situación de salud en América Latina y el Caribe, 1980-2000. *Rev. Panamericana de Salud Pública*, 19 (5), 291-299.

Giordano, O., Colina, J. (2000). *Las reformas al sistema de salud: ¿el camino hacia un sistema universal, equitativo y eficiente?*. (Serie documentos no.19) Buenos Aires: Fundación Novum Millenium.

Gomez, LI. et Rabanaque, MJ. (2001). Concepto de salud. Dans: Colomer Revuelta, C. et Alvarez-Dardet Díaz, C. (Eds). *Promoción de la salud y cambio social*. Masson. Barcelona, España.

Gomez, R., Souza E.R., Minayo, M.C.S., Malaquias, V.J., da Silva, R.C.F. (2005). Organização, processamento, análise e interpretação de dados: o desafio da triangulação. Dans: Minayo, MCS, Assis, GS, de Souza, E.R., (Organizadoras). *Avaliação por triangulação de métodos: abordagem de programas sociais*. Rio de Janeiro. Fundação Oswaldo Cruz/Editora.

Gauthier, B. (1995). *Recherche sociale: De la problématique à la collecte de données*. Presses de l'Université du Québec.

Geoffrion, P. (1995). *Le groupe de discussion*. Dans: Recherche sociale: De la problématique à la collecte de données. Sous la direction de : Gauthier, B. Presses de l'Université du Québec.

Gilson, L., Buse, K., Murray, S. & Dickinson, C. (2008). Future directions for health policy analysis: a tribute to the work of professor Gill Walt. *Health Policy and Planning*, 23, 291-293.

- Glouberman, S. (2001). *Towards a New Perspective on Health Policy*. (CPRN Study no. H/03).
- Glouberman, S. & Millar, J. (2003). Evolution of the determinants of health, health policy, and health information systems in Canada. *American Journal of Public Health*, 93 (3), 388-392.
- Goumans, M. (1997). *Innovations in a fuzzy Domain: Healthy Cities and (Health) policy development in the Netherlands and the United Kingdom*. Unpublished doctoral dissertation, University of Maastrich, Maastrich.
- Guba, E.G. & Lincoln, Y.S. (1994). Competing Paradigms in Qualitative Research. In : Denzin NK et Lincoln YS (Eds.) *Handbook of Qualitative Research*, (pp. 105-117) Sage Publications.
- Guzmán Urrea, MP. (2009). Deficiencias en los diagnósticos de las reformas sanitarias de los años noventa en América Latina. *Rev. Panamericana de Salud Pública/Pan Am. J. Public Health*, 25 (1), 84-92.
- Habermas, J. (1979). *Communication and the Evolution of Society*. Boston, Beacon Press.
- Hamilton, W. & Fonseca, C. (2003). Política, atores e interesses no processo de mudança institucional: a criação do Ministério da Saúde em 1953. *Historia, Ciências, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, 10 (3), 791-825.
- Hancock, T. (1990). Developing Healthy Public Policies at the Local Level. Dans: Evers, A., Farrant, W., Trojan, A. (eds). *Healthy Public Policies at the Local Level*. Frankfurt.
- Hernández Álvarez, M. (2004). La fragmentación de la salud en Colombia y Argentina: una comparación socio-política, 1880-1950 (332pg). Universidad Nacional de Colombia, Facultad de Medicina.
- Homedes, N., Ugalde, A. (2005a). Why neoliberal reforms have failed in Latin America. *Health Policy*, 71, 83-96.
- _____ (2005b). Las reformas de salud neoliberales en América Latina: una visión crítica a través de dos estudios de caso. *Rev. Panamericana de Salud Pública/Pan Am J Public Health*; 17 (3), 210-220.
- Hogwood, B. & Gunn, L. (1984). *Policy analysis for the real world*, Oxford University Press: Oxford.
- Huber, E., Nielsen, F., Pribble, J. & Stephens, J., (2006). Politics and Inequality in Latin America and the Caribbean. *American Sociological Review*; 71, 943-963.
- Iriart, C., Elias Merhy, E. & Waitzkin, H. (2001). Managed care in Latin America: the new common sense in health policy reform. *Social Science & Medicine*, 52, 1243-1253.
- Irwin, A. & Scali, E. (2007). Action on the social determinants of health: A historical perspective. *Global Public Health*, 2 (3), 235-256.
- Ivo de Carvalho, A., Westphal, M. & Goes Pereira Lima, V.L. (2007). Health promotion in Brazil: Historical overview. IUPHE. *Health promotion & education*, supplement 1, 7-12.
- Ivo de Carvalho, A. (1999). *Politica de saude e organizacao setorial do pais*. Documento preparado para o curso de especializacao a distancia Auto-Gestao em Saude.
- Kingdon, J. (2003). *Agendas, Alternatives, and Public Policies*. 2^{ième} ed. Longman Classics in Political Science. Pearson Education.

Kickbush, I. (2003). The contribution of the World Health Organization to a new public health and health promotion. *American Journal of Public Health*, 93 (3), 383-388.

_____ (2007). Responding to a health society. *Health promotion International*, 22, 89-91.

Kliksberg, B. (2000). Los escenarios sociales en America Latina y el Caribe. [the social setting in Latin America and the Caribbean]. *Pan American Journal of Public Health* 8 (1/2), 105-111.

Labonté, R. (1995). "Population Health and Health Promotion: What Do they Have to Say to Each Other?" *Canadian Journal of Public Health*, May-June.

_____ (1997). The population health/health promotion debate in Canada: the politics of explanation, economics and action. *Critical Public Health*, 7, 7-27.

Labonté, R., Polanyi, M., Muhajarine, N., McIntosh, T. & Williams, A., (2005). Beyond the divides: towards critical population health research. *Critical Public Health*, 15 (1), 5-17.

Labonté, R. (2008). Global Health in public policy: finding the right frame? *Critical Public Health*, 18 (4), 467-482.

Lager, A. Guldbrandsson, K., & Fossum, B. (2007). The chance of Sweden's public health targets making a difference. *Health Policy*, 80, 413-421.

Lalonde, M. (1974). Nouvelle perspective de la santé des Canadiens. Ministère de la Santé nationale et du Bien-être social, ISBN 0-662-50019-9, 5-82.

Langley, A. (1996). *Stratégies de l'analyse de données processuelles*. Document de travail #21-96 du Centre de recherche en gestion de l'Université de Québec à Montréal (p.24).

Laverack, G. & Labonté, R. (2000). A planning framework for community empowerment goals within health promotion. *Health Policy and Planning*, 15 (3), 255-262.

Lavis, J. & Sullivan, T. (2000). *The State as a Setting*. Dans: Setting for health promotion: linking theory and practice. Poland, B. Green, L. & Rootman, G. (Eds). Sage Publications (Newbury Park, CA)

Lasswell, H.D. (1951). The policy orientation. Dans: Lerner and Lasswell (Eds.).

_____ (1968). The policy sciences. Dans: The Encyclopedia of the social sciences, vol.12, Macmillan/Free Press, New York.

Lessard-Hébert, M., Goyette, G. & Boutin, G. (1996). *La Recherche qualitative: fondements et pratiques*. 2eme édition. Éditions nouvelles.

Lindblom, C. (1959). The Science of muddling through. *Public Administration Review*, 19, 79-88.

Low, J., Theriault, L. (2008). Health promotion policy in Canada: Lessons forgotten, lessons still to learn. *Health promotion International*, 23, No 2.

Lupton, D. (1995). *The imperative of Health: Public health and the regulated Body*. Sage: London

Machado, CV. (2005). *Direito universal, política nacional: O papel do Ministério da Saúde na política de saúde brasileira de 1990 a 2002*. Tesis doutorado. Universidade Federal do Estado de Rio de Janeiro. Instituto de Medicina Social.

_____ (2006). Prioridades de saúde no Brasil nos anos 1990 : tres políticas, muitas lições. *Revista Panamericana de Salud Publica*, 20 (1), 44-49.

_____ (2007). O modelo de intervencao do Ministerio da Saúde brasileiro nos anos 90. *Cadernos de saúde pública*, 23 (9), 2113-2116.

Marmor, T., Barer, M.L. & Evans, R.G. (1996). Les déterminants de la santé de la population : comment améliorer l'état de santé dans les pays démocratiques ? Dans : *Être ou ne pas être en bonne santé, biologie et déterminants sociaux de la maladie*. Evans, R., Barer, M.L. & Evans, R.G. (Eds). Les Presses de l'Université de Montréal.

Meny, Y., Thoenig, J-C. (1989). *Politiques publiques*. Paris : Presses Universitaires de France.

Miles, M.B. & Huberman, A.M. (1994). *Qualitative data analysis: an expanded sourcebook*. 2ième ed. Thousand Oaks; London; New Delhi: Sage Publication.

Milio, N. (1987). Making healthy public policy; developing the science by learning the art: an ecological framework for policy studies. *Health Promotion*, 2 (3), 263-274.

_____ (2001). Evaluation of health promotion policies: tracking a moving target. In: Rootman I, Goodstadt M, Hyndman B, et al., eds. *Evaluation in health promotion - Principles and perspectives*. Copenhagen: WHO/EURO, Health Canada & Centers for Disease Control CDC: 365-385.

Minayo de Souza, M.C., Goncalves de Assis, S. & Ramos de Souza, E. (2005). *Avaliação por triangulação de métodos*. Rio de Janeiro. Fundação Oswaldo Cruz/Editora.

Minayo de Souza, M.C., (1997). *El desafío del conocimiento: Investigación cualitativa en salud*. Lugar Editorial.

Mohindra, K.S. (2007). Healthy public policy in poor countries: tackling macro-economics policies. *Health promotion International*, 22, 163-169.

Navarro, V. (2007). What is a National Health Policy?. *International Journal of Health Services*, 37, No1, 1-14.

Nilunger Mannheimer, L., Lehto, J. & Ostlin, P. (2007). Window of opportunity for intersectoral health policy in Sweden open, half open or half shut? *Health promotion International*, 22, 307-315.

Novick, S. (s/fecha). *La Salud en los Planes de Desarrollo: Argentina 1946-1989*. Ponencia.

OMS/WHO. (1986). First International Conference on Health Promotion. The Ottawa Charter on Health Promotion. Geneva: World Health Organization.

OMS/WHO. (2004). *Priorities for research to take forward the health equity policy agenda*. Report from the WHO Task Force on Health System Research. Priorities for Equity in Health.

OMS/WHO. (2005). *Towards a Conceptual Framework for Analysis and Action on the Social Determinants of Health*. Commission on Social Determinants of Health. Discussion paper for the Commission of Social Determinants of Health. Draft (p. 35).

OMS/WHO. (2005). *Action on the Social Determinants of Health: Learning from previous experiences*. A background paper prepared for the Commission on Social Determinants of Health. (p. 48).

O'Neill, M. (2004). Le débat international sur l'efficacité de la promotion de la santé : d'où vient-il et pourquoi est-il si important?. *Promotion & Education*. Hors série -1.2004

OPS. (1999). *Planificación Local Participativa: Metodologías para la Promoción de la Salud en América Latina y el Caribe*. Serie Paltex No. 41. Washington D.C.

_____ (1998). *Metodología para el Seguimiento y Evaluación de las Reformas del Sector Salud en América Latina y el Caribe*.

_____ (2000). *Salud de la Población. Conceptos y estrategias para políticas públicas saludables: la perspectiva canadiense*. Washington DC.

_____ (2002). Perfil de los sistemas y servicios de salud de Argentina.

_____ (2004). Resumen de análisis de situación y tendencias de salud. Trouvé le 15 avril 2009 : www.paho.org/spanish/dd/ais/cp_032.htm

_____ (2007). Informe de las Américas. Capítulo Brasil, 149-171.

_____ (2007). Informe de las Américas. Capítulo Argentina, 39-60.

Parsons, W. (1995). *Public Policy: An Introduction to the Theory and Practice of Policy Analysis*. Edwar Elgar. Cheltenham, UK.

Patton, M. (1990). *Qualitative Evaluation and Research Methods*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications.

_____ (1999). Enhancing the Quality and Credibility of Qualitative Analysis. *Health Services Research* (34) 5 Part II :1989-1208.

Poland, B., Coburn, D., Robertson, A., & Eakin, J. (1998). Wealth, equity, and health care: A critique of a population health perspective on the determinants of health. *Social Science and Medicine*, 46, 785-798.

Poland, B., (2007). Health promotion in Canada: perspectives and future prospects. *Revista Brasileira em Promocao da Saude*, 20 (1), 3-11.

Porter, Ch., (2007). Ottawa to Bangkok: changing health promotion discourse. *Health Promotion International*, 22, 72-79.

Poulantzas, N. (1980). *O Estado, o Poder, o Socialismo*. Graal, Rio de Janeiro.

Possas, C. (2001). La protección social en América Latina: algunas reflexiones. Dans: Soares, L.T. (Org.) *Ajuste Neoliberal o Desajuste Social na América Latina*. Petrópolis, RJ: Vozes.

Raphael, D. (2001). Letter from Canada: paradigms, politics and principles: An end of the millennium update from the birthplace of the healthy cities movement. *Health Promotion International*, 16 (1), 99-101.

Raphael, D. & Bryant, T. (2002). The limitations of population health as a model for a new public health. *Health promotion International*, 17, 189-199.

Raphael, D. & Bryant, T. (2006). The State's role in promoting population health: Public Health concerns in Canada, USA, UK and Sweden. *Health Policy*, 78, 39-55.

Raphael, D. (2008). Grasping at straws: a recent history of health promotion in Canada. *Critical Public Health*, 18, 483-495.

Restrepo, H. (2001). Conceptos y definiciones [Concepts et définitions]. Dans H. Restrepo, H. Malaga (Eds), *Promoción de la Salud: Cómo construir vida saludable* [Promotion de la santé: comment construire une vie saine]. (pp. 24-33). Editorial Médica Panamericana.

Rosemberg, H. & Anderson, B. (2000). Repensar la protección social en salud en America Latina y el Caribe. [Rethinking social protection in health in Latin America and the Caribbean] *Pan American Journal of Public Health* 8 (1/2), 118-125.

Sabatier PA & Jenkins-Smith HC. (1999). The advocacy coalitions Framework. An Assessment. In: Sabatier PA, ed. *Theories of the policy process*. Boulder: West view Press; 117-166.

_____ (2009). *Policy change and learning: An advocacy coalition approach*. La Vergne, TN, USA.

Salazar, L. & Velez, J. (2004). Hacia la búsqueda de efectividad en promoción de la salud en América Latina [Searching evidence of health promotion effectiveness in Latin America]. *Ciencia&Saude Coletiva*, 9 (3), 725-730.

Salazar, L. & Díaz Grajales, C. (2004). La Evaluación-sistematización: una propuesta metodológica para la evaluación en promoción de la salud. Un estudio de caso en Cali, Colombia [The evaluation-systematization: a methodological proposal for the evaluation of the health promotion interventions. A case study in Cali, Colombia]. *Ciencia&Saude Coletiva*, 9 (3), 545-555.

Signal, L. (1998). The politics of health promotion: insights from political theory. *Health Promotion International*, 13 (3), 257-264.

Simon, H. (1957). *Administrative behavior* (2 Ed), Macmillan: London.

Soares, L. T. (2009). Políticas Sociais na América Latina. Dans : Políticas e Sistema de Saúde no Brasil. 923-944. Editora Fiocruz – Cebes.

Souza Minayo (de), M. C. (1995). *El desafío del conocimiento: Investigación cualitativa en salud*. Lugar Editorial. Bs As, Argentina.

Souza, C. (2007). Estado da Arte da Pesquisa em Políticas Publicas. Dans: *Políticas Publicas no Brasil*. Hochman, G., Arretche, M. & Marques, E. (Organizadores). 65-86. Editora Fiocruz.

Spiller, P. et Tommasi, M. (2008). Political Institutions, Policymaking Processes, and Policy Outcomes in Argentina. In: *Policymaking in Latin America: How politics shapes policies*. Inter-American Development Bank – David Rockefeller Center for Latin American Studies – Harvard University.

Stake, R. (1994). Case studies. In : Denzin NK et Lincoln YS (Eds.), *Handbook of Qualitative Research*, (pp. 236-247) Sage Publications.

Sutton, R. (1999). *The Policy Process: An Overview*. Overseas Development Institute, Portland House. London. (1-35).

Titmus, R. (1963). *Essays on the Welfare State*. London: Alen & Unwin.

Ugarte, J.M. (2003). La Mesa del diálogo argentino: Una experiencia de prevención de conflictos y formulación de políticas públicas por la sociedad civil argentina en momentos de grave crisis nacional. *Pensamiento Propio*, 22, 95-120.

UIPES (Unión Internacional de Promoción de la salud y educación para la salud). (2003). *En busca de evidencias de efectividad en promoción de la salud en América Latina: Estado del arte de las experiencias regionales*. [À la recherche des évidences d'effectivité en PS en AL : État de l'art des expériences régionales].

_____ (2007). Déterminer l'avenir de la promotion de la santé: priorités d'action (déclaration de Vancouver). *Health Promotion & Education*, 4, 260-263.

UK Health Watch: UKHW. (2005). *The Experience of Health in an Unequal Society*.

Vallgarda, S. (2008). Social inequality in health: Dichotomy or gradient? A comparative study of problematizations in national public health programmes. *Health Policy*, 85, 71-82.

Viana, AL. & Machado, CV. (2009). Descentralizacao e coordenacao federativa: a experiencia brasileira na saude. *Ciencia & Saude coletiva*, 14 (3), 807-817.

Vilosio, J. (2008). Las promesas incumplidas de la Salud en Argentina (primera parte). Comentario Editorial. *Evidencia – Actualización de la práctica ambulatoria*, 11 (4), 98-100.

Vizzoti, C. (2005). Case Study: The Experience of the Ministry of Health and Environment of Argentina (2002-2005). Paper for the 6 th. Conference on Health Promotion - Bangkok.

Walt, G. (1994). *Health Policy: An Introduction to process and Power*. Zed Books, London and New Jersey.

Walt, G., Shiffman, J., Schneider, H., Murray, S., Brugha, R. & Gilson, L. (2008). 'Doing' health policy analysis : methodological and conceptual reflections and challenges. *Health Policy and Planning*, 23, 308-317.

Wait, S. (2004). *Benchmarking : A Policy Analysis*. The Nuffield Trust. ISBN 1-902089-95-2. London.

Whitehead, M. (1991). Concepts et principes de l'égalité des chances en matière de santé. Organisation mondiale de la santé. Bureau régional de l'Europe, Copenhague. EUR/ICP/RPD 414 4445B. Original: Anglais.

Whitehead, N. Dalgren, G. & Gilson, L. (2001). Construcción de una respuesta política a la falta de equidad en la salud: una perspectiva mundial. Dans: Evans, T., Whitehead, M., Diderichsen, F., Bhuiya, A., et Wirth, M. (Eds). *Desafío a la falta de equidad en la salud: de la ética a la acción*. Publicación científica y Técnica No. 585. Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud. Washington DC. USA.

Wills, J., Evans, D. & Scott-Samuel, A. (2008). Politics and Prospects for health promotion in England: mainstreamed or marginalized?. *Critical Public Health*, 18 (4), 521-531.

Yin, R. (1989). *Case study research: design and methods*. Sage Publications.

_____ (2003). Designing case studies. In: *Case study research: design and methods* (3th. ed. pp. 19-56). Sage Publications.

Appendice 1

Grille d'entrevue

Informations générales

1. Présentation de la recherche (thèmes et objectifs)
 - ✓ Explication du cadre de la recherche (étude de doctorat)
 - ✓ Contribution de l'interviewé
 - ✓ Formulaire de consentement

2. Informations sur l'interviewé ou les participants du groupe
 - ✓ Formation, insertion institutionnelle, poste actuel ou passé

Organisation du Système de santé : Promotion de la santé – Politiques publiques – Déterminants de santé

3. Relation de l'interviewé avec la promotion de la santé
 Répertoire des représentations/compréhension de :
 - la promotion de la santé
 - les politiques publiques saines
 - les déterminants sociaux de la santé
 - ✓ Les liens entre ces questions
 - ✓ Leur application dans le pays (obstacles / forces existantes)
 - ✓ Le degré perçu par l'interviewé de la possibilité d'intégration des ces questions

4. Les **acteurs** dans le champ de la promotion de la santé
 Répertoire :

- ✓ Acteurs individuels ou organisationnels identifiés par l'interviewé (ou les personnes des groupes de discussion)
- ✓ Caractéristiques de la description faite des alliés et/ou des opposants (distinction entre individus et coalitions). Perceptions et attributs donnés aux alliés ou opposants
- ✓ Réseaux existants
- ✓ Nature des liens entre ministères
- ✓ Nature des liens entre milieux universitaires
- ✓ Nature des liens national-international (perceptions mutuelles des acteurs/groupes)

5. Le **contexte** de la promotion de la santé (changements externes au sous-système)

Répertorié :

- ✓ Quels ont été les principaux événements du pays qui ont marqué le développement de la promotion de la santé
- ✓ Comment l'interviewé caractériserait/considérerait le contexte actuel
- ✓ Quelles questions clés devraient changer pour favoriser l'élaboration de politiques saines?
 - Au niveau du contexte
 - Des ressources (humaines, financières, d'infrastructure, etc.)
 - Au niveau des valeurs

D'autres défis à poursuivre

D'autres questions qui n'ont pas été incluses dans l'entrevue et que la/les personnes considèrent importantes.

Appendice 2

Formulaire de consentement