Développement durable et territoires

Économie, géographie, politique, droit, sociologie

Dossier 3 | 2004

Les dimensions humaine et sociale du Développement Durable

Quelle légitimité pour les politiques de santé face aux objectifs de développement durable ?

Stéphane Tizio

Édition électronique

URL : <http://journals.openedition.org/developpementdurable/1159>

DOI : 10.4000/developpementdurable.1159

ISSN : 1772-9971

Éditeur

Association DD&T

Référence électronique

Stéphane Tizio, « Quelle légitimité pour les politiques de santé face aux objectifs de développement durable ? », *Développement durable et territoires* [En ligne], Dossier 3 | 2004, mis en ligne le 01 mars 2004, consulté le 19 avril 2019. URL : <http://journals.openedition.org/developpementdurable/1159> ; DOI : 10.4000/developpementdurable.1159

Ce document a été généré automatiquement le 19 avril 2019.

Développement Durable et Territoires est mis à disposition selon les termes de la licence Creative Commons Attribution - Pas d'Utilisation Commerciale 4.0 International.

Quelle légitimité pour les politiques de santé face aux objectifs de développement durable ?

Stéphane Tizio

- 1 Au sein des organisations internationales intervenant dans le domaine du développement, un nouveau consensus se fait jour autour du concept de développement durable. Depuis les échecs plus ou moins retentissants des politiques économiques fondées sur les grandes options du consensus de Washington, les réflexions, au sujet d'un "nouveau paradigme de développement" ont débouché sur une notion, le développement durable qui, malgré le flou entourant sa définition, devient le nouveau dogme de la pensée "développementaliste" aujourd'hui. Des travaux aussi éloignés que ceux de l'école de Chicago (Becker, Shultz...) et ceux de Sen, viennent à l'appui des réflexions en termes de développement durable. Par ailleurs ces travaux conféraient déjà une grande importance au développement des ressources humaines dans l'accession des pays en développement au statut de pays développés. L'éducation et la santé sont ainsi depuis des décennies considérées – à juste titre – comme des piliers du développement, ceci tout à la fois comme condition nécessaire au développement et comme finalité.
- 2 Comment ces dimensions, et plus précisément comment la santé s'intègre-t-elle dans le développement durable ? A quelles conditions les politiques de santé participent-elles à la poursuite de cet objectif ? Enfin, parmi les prérequis à la participation des politiques de santé au développement durable, comment faire en sorte que les mesures prises s'insèrent dans les valeurs, les traditions, les coutumes locales... sans en altérer définitivement le caractère spécifique ? C'est toute la question de la légitimité des politiques sanitaires menées et, au-delà, la question de l'articulation des valeurs de l'économique, du politique et de l'éthique qui est posée, lorsqu'on confronte ces valeurs à celles qui sont véhiculées par les recommandations des institutions internationales en matière de développement durable.
- 3 L'objectif de cet article consiste à apporter un éclairage institutionnel à cet ensemble de questions. Dans un premier temps, nous insisterons sur le caractère stratégique des

politiques de santé dans l'entretien d'un processus de développement durable : en mobilisant différents travaux reliant santé, croissance économique et développement humain, nous montrerons que les politiques de santé et les réformes des systèmes de santé qu'elles supposent, peuvent constituer un angle d'approche déterminant du processus de développement durable, alternativement condition de réussite ou pierre d'achoppement de ce processus. Dans un second temps, ce seront les conditions de la participation des politiques de santé qui seront abordées. On montrera ainsi que les réformes de politiques sanitaires ont toutes les chances d'échouer tant qu'elles ne s'enracineront pas dans les valeurs juridiques, économiques et morales, qui fondent le "contrat social" des pays dans lesquels elles s'appliquent.

1. La santé dans le développement durable : un rôle stratégique.

- 4 Le développement durable est une approche intergénérationnelle et qualitative de l'évolution des sociétés selon laquelle il est important de léguer aux générations futures un environnement écologique, économique et social au moins aussi bon qu'aujourd'hui. Aussi pour nous, le développement durable repose sur l'accumulation de capital sous ses différentes formes, principalement le capital physique, humain et social. La dimension environnementale du capital total est souvent mise en exergue, dans la littérature. Sans en renier le caractère fondamental, nous nous appesantissons, dans ce qui suit, davantage sur les formes physique, sociale et humaine du capital. Le capital physique, forme du capital la plus courante pour les économistes, recouvre les facteurs matériels de production au sens traditionnel du terme. Le capital humain, concept forgé par Schultz (1961) et Becker (1964), retrace les effets sur l'individu de son éducation et de sa santé. La formation et l'accumulation de ce capital humain résultent de la durée d'étude ou de formation et d'une alimentation et de soins de santé "consommés". Le capital social (Bourdieu 1979, Coleman 1988) a trait quant à lui aux interactions qui existent dans la société entre les individus qui partagent un ensemble de normes et de valeurs communes. Une partie de ce capital peut être utilisée afin de permettre à une personne d'en obtenir un rendement, sous différentes formes, telles que l'accès à l'information, à l'emploi, ou à un certain nombre de transferts en numéraire ou en nature... Cette forme de capital sert par ailleurs de support à l'accumulation du capital humain et de mode de transfert de ce capital entre les générations (Dubois, Mahieu, Poussard 2001).
- 5 Deux approches théoriques du développement durable se distinguent (Pearce, Turner 1990, Heidiger 2000) : l'une dérive du courant libéral dominant – version faible du développement durable – l'autre adopte une perspective davantage hétérodoxe – version forte de la durabilité.ⁱ

1.1 Les conceptions "faibles" du développement durable fondent les politiques de santé libérales

- 6 Pour le courant dominant, les formes de capital – physique, humain et social – sont substituables. La durabilité du développement implique alors que le stock de capital total s'accroisse - ou tout du moins reste constant - dans le temps. Le mouvement des prix, qui valorise les ressources selon leur rareté devrait permettre cette substitution entre les différentes formes de capital, à l'avantage de la plus abondante, la plus rare se trouvant délaissée, du fait de son prix relatif devenu prohibitif. Il en découle une conception des politiques de développement centrées sur les équilibres budgétaires. Ainsi, la durabilité du développement est-elle mesurée par l'aptitude nationale à gérer correctement la balance des paiements et les principaux agrégats macroéconomiques. Pour développer

cette conception, il est nécessaire de remonter dans les années 1980 et de s'intéresser aux politiques préconisées par le Fonds Monétaire International.

- 7 Cette conception macroéconomique du développement durable n'est pas nouvelle : elle fonde en effet les politiques qui visent à l'ajustement structurel des économies en développement. L'objectif des années 80 était bien d'assurer les conditions d'une balance des paiements durablement équilibrée, où tout déficit est couvert par des flux de capitaux durables. En d'autres termes, il convenait de s'assurer que les transferts volontaires en capital des pays développés étaient compatibles avec le service de la dette des pays en développement. Pour cette raison, les interventions publiques furent jugées déséquilibrantes : les dépenses publiques excessives induisaient un excès de demande domestique, incompatible avec les entrées de capitaux étrangers. La modification dans la répartition des ressources au détriment de la rentabilisation des capitaux privés induisait en outre une fuite des capitaux domestiques, et une désincitation aux investissements directs étrangers. Les politiques d'ajustement structurel visaient alors un premier objectif de stabilisation selon lequel les gouvernements devaient contribuer à réduire la demande, afin d'épuiser le déficit du compte courant de la balance des paiements. Un second objectif, poursuivi par ces politiques, consistait à l'ajustement et l'intégration des Etats dans le commerce international, en limitant les distorsions des prix induites par les subventions à la production ou à la consommation, en limitant les interventions publiques, et en augmentant les capacités privées de production, susceptibles d'attirer les investissements directs étrangers.
- 8 En matière de santé, cette conception du développement durable implique de réformer les systèmes de santé selon trois grands axes. Il s'agit tout d'abord de maintenir le budget public de la santé dans des limites acceptables. Cela se traduit par le remplacement d'un financement public défaillant des systèmes sanitaires par un financement privé, socialisé ou non, qui permettrait, via l'émergence de marchés de la santé, d'améliorer l'efficacité productive des secteurs sanitaires, tout en permettant de dégager les marges de manœuvre budgétaires nécessaires aux investissements directement productifs et à l'épuration de la dette externe des pays. Cette privatisation partielle ou totale du financement est ensuite couplée à la décentralisation des systèmes de santé, permettant la socialisation, au niveau "communautaire", des faibles capacités individuelles à payer, favorisant à son tour la solvabilisation de la demande de santé. La privatisation du secteur productif de la santé constitue enfin l'étape ultime de ce processus : face à une demande désormais solvable, l'utilisation rationnelle du financement privé passe par la construction de marchés locaux de la santé, marchés qui ne sauraient être efficaces en l'absence d'une offre privée.
- 9 La mise en œuvre de ces principes est tout particulièrement bien illustrée par l'expérience africaine de "l'Initiative de Bamako". Sur la base d'une hypothèse de coïncidence entre capacité et propension individuelles à payer pour les services de santé (Tizio, Flori 1997), une majorité de gouvernements africains, sous l'égide des organisations internationales (entre autres l'UNICEF et la Banque Mondiale), s'est engagée dans un processus de décentralisation et de privatisation partielle de leurs systèmes de santé. Malheureusement, les résultats de ces politiques n'ont pas été à la hauteur des espérances : plongés dans l'anarchie, les systèmes sanitaires africains n'ont pu résister à leur libéralisation, sans que, pour autant, la situation macroéconomique des pays ayant entamé cette réforme ne se soit améliorée. Malgré certains résultats encourageants (Nolan, Turbat 1995), les principes de l'Initiative de Bamako ont été plus

récemment réaménagés dans une perspective qui, si elle reste libérale, introduit d'autres acteurs que les seuls producteurs dans l'organisation des systèmes de santé (Tizio 2000).

1.2 Les conceptions "fortes" du développement durable...

- 10 Le courant hétérodoxe, en revanche, revendique une version forte de la durabilité, induite par la complémentarité entre les formes de capital. Le développement implique de maintenir le capital total à un niveau supérieur au minimum, tout en veillant à sa composition. Ceci implique que la croissance économique – accumulation du capital physique – ne peut s'effectuer au détriment de celle des autres formes du capital. La perspective de "l'écodéveloppement" (Sachs 1993), qui consiste en un "développement des populations par elles-mêmes utilisant au mieux les ressources naturelles, s'adaptant à un environnement qu'elles transforment sans le détruire", s'inscrit dans les conceptions fortes du développement durable, au même titre que le rapport Brundtland (WECD 1987), qui met au premier plan la nécessité de "répondre aux besoins du présent sans compromettre la capacité des générations futures de répondre aux leurs". Ces conceptions du développement sont en rupture avec l'idéologie dominante depuis la deuxième guerre mondiale qui assimile le développement à l'accroissement du revenu et à l'industrialisation. Elles prennent en considérations d'autres dimensions du bien-être telles que la conservation de l'environnement biophysique, l'équité, la participation politique à la vie de la cité... et impliquent ainsi une transformation graduelle de la société et de l'économie (Elamé 2001).
 - 11 C'est ainsi que le PNUD (1990, 1996) associe au développement humain durable, dans la perspective ouverte par Sen (1981), la capacité à s'approprier et à gérer le développement – *capacity building*. Dans les années 1990, cette hétérodoxie a conquis certaines agences internationales de développement telles que la BIRD, qui préconise des approches nationales des "programmes de développement". Cette perspective conduit à identifier trois axes selon lesquels le développement doit être conduit. Tout d'abord le développement est à la fois humain et durable. L'homme est placé au cœur de la réflexion, tant dans les objectifs que dans les méthodes. Par ailleurs, le développement est durable dans le sens où il implique la préservation de l'environnement physique et social dans la conception même des stratégies de développement. Ensuite, la perspective adoptée par le PNUD implique une approche institutionnelle du développement. La réforme des institutions des économies du Sud signifie, entre autres choses, une participation accrue de la société civile à la gestion de l'économie nationale. La capacité à gérer le développement constitue effectivement une question essentielle posée par cette approche.
 - 12 Cette conception du développement durable apparaît alors davantage à même de placer les politiques de santé au cœur de la réflexion sur le développement en général et de relier la santé, la croissance économique et le développement humain.
- ### 1.3... révèlent des liens forts entre santé, croissance et développement humain
- 13 La mauvaise santé est un facteur de stagnation économique et sociale. La maladie agit sur le développement de quatre manières principales : tout d'abord, elle engendre une perte de bien-être individuel. Ensuite, la maladie d'aujourd'hui possède un impact non négligeable sur la vie de demain, ou la vie de la famille de l'individu malade. Troisièmement, la mauvaise santé revêt des aspects sociétaux. Enfin, en termes de bien-être, la maladie occasionne des pertes de possibilité de consommation selon plusieurs canaux : les traitements médicaux sont coûteux et, en l'absence de couverture maladie – comme c'est le cas dans les pays les plus défavorisés – les sommes affectées amputent les

revenus des ménages. La maladie entraîne également une perte de revenu courant du fait des absences au travail et une perte des revenus futurs du fait de la mort prématurée. Ces pertes de revenu font stagner la consommation individuelle et ne permettent pas d'alimenter la demande globale au niveau macroéconomique.

- 14 Les conséquences de la maladie sur le cycle de vie ne sont pas négligeables : les infirmités mentales et physiques engendrées par les maladies infantiles se traduisent sur l'ensemble de la vie par des pertes de productivité individuelles. Une mauvaise santé durant l'enfance induit des difficultés d'apprentissage qui se traduisent à l'âge adulte par des gains salariaux diminués.ⁱⁱ La hausse de la productivité du travail permise par l'emploi d'une main-d'œuvre bien soignée et bien nourrie permettrait aux entreprises de réaliser des profits et aux investisseurs étrangers d'être moins réticents pour accorder les financements aux firmes des pays en développement. Cette corrélation forte entre la productivité du travail et la croissance économique est d'autant plus importante que dans les pays en développement le travail est surtout un travail manuel. Ainsi, une population en bonne santé voit son espérance de vie augmenter et son cycle de vie s'allonger. L'espérance de gains futurs augmente avec l'horizon de planification des individus qui sont alors d'autant mieux disposés à investir en éducation, en santé et à se constituer une épargne financière.
- 15 La maladie revêt en outre une dimension intergénérationnelle. Lorsque la maladie frappe un individu, elle peut avoir des répercussions sur les autres membres de la famille. Les enfants sont touchés en premier lieu par la maladie de leurs parents, dans la mesure où ces derniers ne peuvent plus assumer les dépenses afférentes à l'éducation, voire à l'alimentation des enfants. La démographie des pays en développement est caractérisée par un taux de mortalité infantile et par un taux de fécondité élevés : la prévalence des maladies infantiles est forte – elle explique que le taux de mortalité infantile soit élevé – et les familles prennent la décision de faire beaucoup plus d'enfants – taux de fécondité élevé – dans la mesure où la probabilité de survie des enfants est faible. Ces comportements engendrent un cercle vicieux de trappe à pauvreté : en l'absence de couverture sociale familiale, les familles nombreuses ne peuvent allouer à chacun de leurs enfants qu'une part plus faible du revenu pour les éduquer et les nourrir. Leur probabilité de survie est donc d'autant plus basse que les fratries sont importantes, et leurs chances d'accéder à des revenus élevés d'autant plus faibles. Ces effets intergénérationnels au niveau microéconomique se traduisent au niveau macroéconomique par un fort accroissement naturel de la population avec un âge moyen faible. La population en âge de travailler, le PNB par tête et le taux d'épargne stagnent.
- 16 Enfin, la maladie engendre des coûts élevés pour la société. Une morbidité élevée, à côté du turnover important de la main-d'œuvre qu'elle engendre, décourage les investissements des entreprises, donc leur rentabilité et décourage le tourisme, source de revenus en devises. De plus, lorsqu'une proportion importante de la population est malade, les budgets publics sont affectés prioritairement aux dépenses de santé, au détriment des autres services sociaux. La confiance de la population envers les autorités publiques s'affaiblit, tandis que les services sociaux sont saturés.ⁱⁱⁱ La collecte des impôts est également d'autant plus difficile et d'autant moins efficace que l'activité économique décline. Par ailleurs, certaines études, menées en particulier par la CIA, font apparaître que les problèmes de santé se traduisent bien souvent par de l'instabilité politique – coups d'État, guerres civiles.^{iv}

- 17 En définitive, le développement humain influence positivement la croissance économique si le niveau de l'investissement en capital humain est élevé, si la distribution des revenus est égalitaire – du moins en tendance – et si les choix de politique économique sont appropriés.^v Les diverses tentatives de validation empirique des effets du développement humain sur la croissance économique semblent confirmer ces différents faits stylisés.^{vi}

2. Les conditions de la participation des politiques de santé au développement durable

- 18 Dans la perspective "forte", la durabilité du développement peut se rapporter à une circularité des relations entre croissance économique et développement humain. Dans cette optique, un processus de développement durable serait matérialisé par le cercle vertueux, amorcé et entretenu, entre croissance économique et développement humain. Un processus de développement non durable serait donc un processus dans lequel les liens entre croissance économique et développement humain se rompraient. Il est assez clair que la croissance économique sans développement humain ne saurait aboutir à un processus cumulatif, préservant et augmentant à la fois le niveau des formes sociale, économique et environnementale du capital national. Si l'on excepte la dimension environnementale du développement durable, pour ne se concentrer que sur les formes économique et sociale du capital total, la circularité de la relation entre croissance et développement durable se noue dans les possibilités qui sont ouvertes au revenu généré de se transformer en développement social, ou plus exactement en développement humain. Ce sont donc les investissements en capital humain qui s'avèrent déterminants dans cette perspective. Ces investissements sont, pour nombre d'entre eux, des investissements lourds – constructions d'hôpitaux, ou d'établissements scolaires par exemple – qui ne sauraient être réalisés sans un concours important des autorités publiques. Les politiques économiques des Etats doivent ainsi être orientées dans le sens de la transformation de la croissance en développement : ainsi, l'amélioration des capacités, requise pour créer un environnement favorable à la croissance économique, ne peut se traduire par une élévation du produit national que dans la mesure où une politique de mise en valeur de ces capacités est en œuvre. La politique de santé est alors au carrefour de cette causalité circulaire entre croissance économique et développement humain.

2.1 La santé au carrefour du développement humain et de la croissance économique

- 19 Il apparaît que la santé joue à la fois sur la croissance économique – par le biais de l'élévation de la productivité du travail qu'induit une amélioration de l'état de santé – et sur le développement humain lui-même – par l'extension du domaine des choix individuels qu'un meilleur état de santé permet. Par ailleurs, tant la croissance que le développement humain ont une incidence sur l'état de santé de la population, à travers l'extension du système de santé et la satisfaction d'un nombre plus important de besoins de la population : la croissance économique permet en théorie d'accroître l'allocation des ressources dévolues au secteur de la santé. Le développement humain, entendu par exemple au sens de l'allongement de l'espérance de vie individuelle et de l'extension des *capabilités* au sens de Sen (1981), permet l'élévation du niveau de vie et permet aux individus de se préoccuper davantage de leur santé, ce qui contribue à faire augmenter la demande de santé et la fréquentation des unités de soins, générant un revenu additionnel dans ce secteur.
- 20 Il apparaît ainsi que la santé en tant qu'état, mais aussi en tant que système, est au cœur des liens qu'entretiennent santé et développement. Cette interface sanitaire permet donc

de renforcer, ou au contraire d'affaiblir, les liens qui assurent l'auto entretien d'un cercle vertueux de croissance et de développement, c'est-à-dire un développement durable.

- 21 Au plan macroéconomique, l'état de santé est à prendre en considération. L'organisation et le fonctionnement de système de santé constituent ainsi un enjeu majeur du développement durable. Les politiques de santé qui modifient à la fois l'organisation et le financement des systèmes de santé remplissent un rôle central dans la marche vers le développement durable : les modifications dans l'allocation des ressources, induites par les réformes des systèmes sanitaires contribuent à dégager un surplus mobilisable pour les investissements directement productifs, tels que les infrastructures par exemple, qui facilitent la croissance économique. Par ailleurs, les améliorations de l'état de santé des populations que l'on peut attendre sont également garantes d'une amélioration des capacités productives nationales. Ainsi les politiques de santé, situées à l'interface de la croissance économique et du développement humain, font face à un certain nombre d'enjeux déterminants quant à l'entretien d'une dynamique nationale de développement durable.

2.2 Quels enjeux pour les politiques de santé ?

- 22 Une politique de santé contribue au développement durable sous certaines conditions qui relèvent simultanément d'une amélioration de l'efficacité productive du système, de la pérennité de son financement, de l'amélioration de l'équité et du rôle des institutions et de la démocratie dans le fonctionnement des systèmes de santé.

2.2.1 De l'efficacité productive à l'efficacité allocative dans le secteur de la santé

- 23 De manière fondamentale, la politique de santé doit permettre une amélioration de l'état de santé des populations. C'est en fait la notion d'efficacité productive du système de santé qui est en question ici. Cette efficacité est en outre conditionnée par une véritable prise en compte des besoins individuels et collectifs en matière de santé *stricto sensu*, mais aussi en matière d'infrastructures – adéquation du nombre et de la qualité des services de santé relativement aux besoins en termes de soins primaires et de soins hospitaliers.
- 24 Une amélioration de l'efficacité productive du système de santé passe également par la formation des personnels de santé à l'épidémiologie, afin notamment que ces derniers puissent cerner les besoins les plus cruciaux des populations. Les personnels gestionnaires des infrastructures, comme les hôpitaux par exemple, jouent un rôle extrêmement important dans la délivrance des soins et des dispositifs médicaux. Une formation aux fonctions de logistique et de manière plus générale aux fonctions de gestion des infrastructures s'avère alors nécessaire.
- 25 Une évolution favorable de l'efficacité productive des systèmes de santé va de pair avec une amélioration de l'allocation des ressources en faveur du secteur de la santé : dans cette perspective, un arbitrage est d'autant plus nécessaire que les budgets publics sont faibles et que la promotion de la santé ne doit pas faire oublier l'importance revêtue par le financement d'autres secteurs, tels que l'éducation ou la production d'autres services d'intérêt collectif. Toutefois, l'OMS reconnaît depuis peu que le financement public des services de santé reste insuffisant pour assurer la performance des systèmes sanitaires (OMS 2000). A l'intérieur même du secteur de la santé, l'amélioration de l'allocation des ressources financières passe ainsi par la pérennisation du financement du secteur.
- 26 La pérennité du financement permet en effet d'assurer la continuité des approvisionnements en biens médicaux, notamment en médicaments, mais elle doit permettre également le recouvrement des charges récurrentes ou non, comme l'entretien

des locaux. La stabilité financière du système de santé permettrait en outre d'étendre le système lui-même – construction d'infrastructures nouvelles –, mais aussi son champ d'intervention – soins de nouvelles pathologies, extension du domaine de la santé publique, etc. Cette dimension financière de la durabilité du système de santé et donc du développement pose toutefois un certain nombre de questions qui relèvent des choix publics. *Primo*, qui finance la santé ? L'étude des différents systèmes de santé fait ressortir quatre grandes catégories d'acteurs : les ménages qui paient directement pour les soins qui leurs sont dispensés, le secteur public qui finance tout ou partie des soins, le secteur privé, c'est-à-dire les compagnies d'assurances ou les mutuelles de santé et, enfin, les Organisations Non Gouvernementales, locales ou internationales.^{vii} Il s'agit alors d'évaluer correctement la contribution effective de l'organisation du financement à la pérennité financière du système de santé lui-même. *Secundo*, lorsque diverses sources de financement coexistent – c'est le cas le plus fréquent –, il convient de s'interroger sur les rôles respectifs de chaque financeur dans le système de santé. Dans quelle mesure la catégorisation des acteurs, en relation avec les types d'interventions qu'ils financent, est-elle propre à favoriser la pérennité du financement des systèmes de santé ?^{viii} Enfin, le mode de financement lui-même n'est pas neutre vis-à-vis de la pérennité des systèmes de santé. Au plan microéconomique, les modifications dans le mode de rémunération des producteurs de soins – paiement à l'acte, procédures de prépaiements individuels ou socialisés... – induisent des comportements différenciés des différents acteurs du système de santé, comportements dont il convient de tenir compte. Au plan macroéconomique, l'identification des circuits de financement est également un préalable pour statuer sur la pérennité des systèmes de santé : la présence d'un marché financier efficient constitue une des conditions d'existence d'un marché de l'assurance privée ; dans le cas contraire, le circuit public de financement de la santé doit être efficace, tant au plan du prélèvement – fiscalité – qu'au plan des prestations – efficacité de la dépense publique.

2.2.2 Équité et démocratie : deux dimensions essentielles... mais souvent laissées de côté

- 27 La politique sanitaire contribue au développement durable dès lors qu'elle permet de réduire les inégalités devant la santé. En effet, une redistribution inégalitaire du revenu influence négativement le développement humain, mais aussi la croissance. Cette inégalité financière est d'ailleurs l'apanage des pays en développement. Pour contrebalancer les effets négatifs d'une telle redistribution, les politiques de santé doivent contribuer à aplanir les obstacles à l'accessibilité aux soins. Les inégalités sont de deux ordres : elles sont financières, d'une part, et géographiques, d'autre part. Une dimension d'équité est alors en question, équité assurée ou non par le fonctionnement et l'évolution du système de santé – identifiée alors comme un facteur déterminant de la durabilité du développement. Cependant, la notion d'équité peut recouvrir différentes conceptions (Schneider-Bunner 1997, Gadreau, Schneider-Bunner 1997), alternativement égalitariste, libérale ou rawlsienne. Selon la conception sous-jacente aux décisions en matière de politique de santé, les inégalités dans la redistribution des revenus peuvent ou non se trouver contrebalancées par l'organisation et le financement des systèmes de santé.
- 28 Selon la conception libérale de l'équité, une politique de redistribution est de toutes manières néfaste à l'amélioration du bien être économique et social. Une responsabilisation – notamment financière – accrue de l'utilisateur et de l'ensemble des acteurs individuels du secteur de la santé constitue alors dans cette perspective la ligne de force des politiques sanitaires préconisées. On peut douter de la validité de telles

options dans le contexte des pays en développement, dans la mesure où les inégalités, mais surtout l'extrême pauvreté des classes les plus défavorisées ne permettent pas à une frange importante de la population de se procurer des services de santé tarifés selon la loi du marché.

- 29 La conception rawlsienne de l'équité, selon laquelle les politiques de santé doivent promouvoir un égal accès à des biens fondamentaux et au-delà favoriser, par la redistribution, les populations les plus démunies, est-elle susceptible de favoriser le rôle de contrepois, joué par le système de santé, aux inégalités géographiques et financières dans les pays en développement ? La réponse apparaît délicate pour un certain nombre de raisons. Tout d'abord, la conception rawlsienne de l'équité prend acte des inégalités, sans toutefois les contester sur le fond. Le problème, à cet égard, réside dans le fait que les inégalités sont justement un symptôme du sous-développement qu'il s'agirait de combattre. L'égalité entre les individus n'est ensuite appréhendée qu'au sujet des " biens premiers ". Ces biens premiers comprennent-ils les services de santé ? On peut en douter, dès lors que les politiques de santé pratiquant la discrimination positive ne concernent qu'un nombre limité de services – les soins de santé primaire, par exemple. Se pose alors la question de la délimitation du champ des interventions sanitaires couvertes par le droit fondamental. Le critère retenu par la Banque Mondiale pour définir ces " interventions de santé publique " est un critère de coût-efficacité (Banque Mondiale 1993) en termes d'années de vie gagnées sans invalidité, critère qui laisse à la responsabilité – et au financement – de chacun tout un ensemble de services, les " soins cliniques discrétionnaires ".
- 30 La conception égalitariste de l'équité apparaît ainsi davantage à même de privilégier la santé comme un droit fondamental. Elle garantit à chacun, quel que soit son revenu, un égal traitement et un égal accès aux soins. C'est une vision " maximaliste " de l'équité qui fonde implicitement la plupart des évaluations des systèmes de santé. En théorie, assurer l'égal traitement et l'égal accès permet à la santé de jouer le rôle d'aplanissement des inégalités de revenu. Elle contribue simultanément à améliorer le bien-être des individus et leur capacité à prendre en mains leur propre développement. Se pose évidemment la question du financement d'un système de santé égalitaire dans les régions où les budgets publics affectés au secteur sont extrêmement réduits et où l'allocation des ressources, à l'intérieur du système sanitaire, peut s'effectuer selon des logiques clientélistes, davantage que selon les critères traditionnels de la bonne gestion.
- 31 Jusqu'à aujourd'hui, les réformes successives des systèmes de santé dans les pays en développement se sont fondées d'abord sur la primauté donnée à l'équité au sens égalitariste du terme, puis sur l'efficacité économique, avec en creux une conception davantage libérale de l'équité, pour aujourd'hui adopter une perspective plutôt rawlsienne d'efficacité sous contrainte d'équité (Flori, Tizio 2000). Les choix opérés sont significatifs du glissement d'une conception collective vers une conception individualisée et marchande de la santé (Hours 2001). Mais ces choix sont-ils légitimes ? En d'autres termes, l'exercice de la démocratie, seule possibilité réelle de choisir entre l'une ou l'autre des conceptions de la morale sous-jacente aux conceptions de l'équité, a-t-il été mis en jeu par les autorités politiques nationales, ou bien cette démocratie a-t-elle été court-circuitée par les avis des experts des organisations internationales ?
- 32 Les politiques sanitaires s'inscrivent en effet dans une dimension politique et institutionnelle qui conditionne leur légitimité (Tizio 1999). Les mesures de politique de santé et de protection sociale, dès lors qu'elles ne correspondent plus aux préférences de

la population, sont source de mécontentement, voire de tensions sociales qui hypothèquent la viabilité – même à court terme – du système dans son ensemble et l'auto-entretien du cercle vertueux entre croissance économique et développement humain. Au-delà de la seule équité, c'est une dimension démocratique qu'il convient de donner aux politiques sanitaires et sociales, afin qu'elles contribuent effectivement au développement durable.

- 33 L'analyse des interactions entre les dimensions politico institutionnelle et économique des réformes des systèmes de santé nécessite une démarche différente de celle de l'économie des choix publics traditionnelle. En effet, au-delà même de la conformité aux principes de "bonne gestion", ce sont les valeurs et les normes de coordination interindividuelle qui vont conditionner la soutenabilité – ou pérennité – des réformes de politique de santé, et plus encore la congruence de l'articulation entre les valeurs supérieures de cette coordination, qu'on les appelle valeurs constitutives (Chasserand, Thevenon 2002), méta conventions (Billaudot 2001) ou règles opérantes de l'action collective (Commons 1934).
- 34 Les politiques de santé et les réformes qu'elles supposent dans l'organisation et le financement des systèmes de santé doivent donner lieu à un ensemble de négociations entre les différents partenaires des systèmes sanitaires : professionnels de santé, représentants des autorités publiques, des institutions internationales, de la population. L'insertion des politiques sociales en général, et des politiques sanitaires en particulier, dans un espace de négociation le plus large possible serait probablement à même de faire émerger des principes de coordination acceptables – et acceptés – par la majorité. C'est donc l'exercice de la démocratie qui conditionne, dans cette perspective, la cohérence des politiques de santé avec les modes de coordination en vigueur, voire avec une évolution véritablement concertée de ces normes d'action.
- 35 Cette dimension démocratique de la politique de santé pourrait être évaluée au regard des trois dimensions des "valeurs opérantes de l'action collective" identifiées par Commons (1934) : une dimension économique – quelle forme de coordination interindividuelle sous-tend la production et l'allocation des richesses ? –, une dimension juridique qui définit les responsabilités de chacun au regard d'autrui et une dimension morale enfin, qui cible plus précisément les principes de justice à l'œuvre dans la société en général. La cohérence des valeurs véhiculées par les réformes de politique de santé avec ces "règles opérantes de l'action collective" devrait pouvoir conditionner leur pérennité et leur inscription dans le processus de développement durable.

Conclusion

- 36 La santé et les politiques de santé constituent un enjeu déterminant de l'accession des pays à un processus de développement durable, dès lors qu'on entend par développement durable l'entretien de relations pérennes entre croissance économique et développement humain. Dans les années 80, les politiques sociales recommandées par les organisations internationales (Banque Mondiale, FMI...) se sont orientées, dans la perspective du consensus de Washington, vers une libéralisation accrue du secteur et vers la restriction du rôle des autorités publiques à la portion congrue. Les politiques de déréglementation et de mise en concurrence au sein des secteurs de la santé, pratiquées depuis maintenant un vingtaine d'années dans les pays en développement, s'inscrivent dans un triptyque de valeurs cohérentes : le marché au plan économique, la responsabilité individuelle au plan juridique et les principes de justice libérale au plan moral. Dans la mesure où les principes supérieurs qui cimentent la société – le "contrat social" en quelque sorte – sont eux aussi

de même nature, alors ces politiques apparaissent – sur un plan démocratique tout du moins – légitimes.

- 37 Cependant, les échecs subis par les politiques de santé d'inspiration libérale montrent que ces dernières étaient vraisemblablement inadaptées au contexte des pays qui les ont mises en œuvre. Cette inadaptation est alors à rechercher, au delà des difficultés économiques rencontrées par les pays en développement, dans l'inadaptation des institutions (comprises comme les règles collectives de la coordination interindividuelle), aux principes sous-jacents aux réformes, instillés la plupart du temps de l'extérieur. La recherche de légitimité des politiques de santé des autorités publiques s'est en effet tournée vers l'extérieur : les politiques devenaient légitimes dès lors qu'elle s'accordaient aux recommandations et aux conditionnalités des prêts des bailleurs de fonds internationaux, au détriment de la prise en considération des contextes locaux (Tizio 2003).
- 38 Il apparaît toutefois que les réflexions du PNUD (1990, 1996) en matière de développement humain durable, en plaçant l'homme au cœur des recommandations des politiques économique et sociale, tentent de renouer avec cette dimension démocratique jusqu'alors négligée. Sans présumer du succès concret de la perspective "forte" du développement durable, la prise en considération des véritables intérêts des populations et des valeurs sous-jacentes qui cimentent la société, pourrait amener les décideurs publics à fonder leurs choix, non plus seulement sur des considérations d'efficacité économique, mais également sur la cohérence de ces choix économiques avec l'environnement social, institutionnel et moral dans lequel ils s'enracinent.
- 39 Enfin, la préoccupation première des politiques qui visent le développement durable, c'est-à-dire la conservation de l'écosystème, est tout à fait susceptible d'entrer, au même titre que les politiques de santé *stricto sensu*, dans le domaine des choix politiques nationaux et internationaux. Ici encore, la cohérence des politiques avec l'environnement "institutionnel" sera déterminante dans l'évolution des pays en développement.

BIBLIOGRAPHIE

Banque Mondiale (1993) : Rapport sur le développement dans le monde. Investir dans la santé. Banque Mondiale, Washington.

Becker G. (1964) : *Human capital*, NBER, New York.

Billaudot B. (2001) : *Régulation et croissance : Une macroéconomie historique et institutionnelle*, Paris, L'Harmattan.

Bourdieu P. (1979) : *La distinction : critique sociale du jugement*. Éditions de Minuit, Paris.

Chasserand C., Thévenon O. (2001) : " Aux origines de la théorie des conventions : prix, règles et représentations ", in Batifoulie P. et al., *Théorie des conventions*, Paris, Economica, pp. 35 - 61.

Coleman J. S. (1988) : " Social capital in the creation of human capital ", in Lesser E. (ed) : *Knowledge and social capital*". University of Chicago Press. Chicago.

- Commons J. R. (1934), *Institutional economics : its place in political economy*. The MacMillan company, réédition 1990, Transaction publishers.
- Dubois J-L., Mahieu F-R., Poussard A. (2001) : “ La durabilité sociale composante du développement humain durable ”, *Cahiers du GRATICE*, n°20, pp. 95 - 113.
- Elamé E; (2001) : “ Repenser le concept de développement durable ”, *Cahiers du GRATICE*, n°20, pp. 135 - 153.
- Flori Y. A., Tizio S. (2000) : “ Les politiques sanitaires subsahariennes : efficacité versus équité, ou efficacité ergo équité ? A la recherche d'une synthèse ”, in Alcouffe et al (dirs). *Efficacité versus équité en économie sociale*, Paris, L'Harmattan, 2000, pp 467 - 478.
- Gadreau M., Schneider-Bunner C. (1997) : “ L'équité dans les modèles de concurrence organisée pour la régulation des dépenses de santé ”, *Économie et Prévision*, n° 129-130, pp. 221 - 237
- Heidiger W. (2000) : “ Analysis. Sustainable development and social welfare ”, *Ecological economics*, n° 32, pp 481 - 492.
- Hours B. (2001) : “ De l'offre de soins au prix de la santé et à la marchandise ”, *Économies et Sociétés, série F*, n° 39, pp. 1491 - 1504.
- Mills A. (1998) : “To contract or not to contract. Issues for low and middle income countries”, *Health Policy and Planning*, vol 13, n° 1, pp. 32 - 40.
- Moatti J.P., Coriat B., Souteyrand Y., et al. (2003) : *Economics of AIDS and access to HIV/AIDS care in developing countries. Issues and challenges*. ANRS, Paris.
- Nolan B. et Turbat V. (1995) : *Cost Recovery in Public Health Services in Subsaharan Africa* Washington, World Bank.
- OMS (2000), rapport sur la santé dans le monde. OLS, Genève.
- Pearce D., Turner R. K. (1990) : *Economics of natural resources and the environment*, Baltimore, John Hopkins university Press.
- PNUD (1990) : Rapport sur le développement humain, PNUD
- PNUD (1996) : *Rapport sur le développement humain*, PNUD.
- Ranis G. et al. (2000) : “ Economic growth and human development ”, *World Development*, vol. 28, n° 2, pp. 197 - 219.
- Sachs I (1993) : *L'écodéveloppement. Stratégies de transition vers le XXIème siècle*. Paris, Syros.
- Schneider-Bunner C. (1997) : Santé et justice sociale. L'économie de la santé face à l'équité. Economica, Paris.
- Schultz T. W. (1961) : “ Investment in human capital ”, *American Economic Review*, vol 51, pp. 1 - 17.
- Sen A. (1981): Poverty and famines, an essay on entitlement and deprivation. Oxford. Clarendon.
- Strauss J., Thomas D. (1998) : “ Health, nutrition and economic development ”, *Journal of Economic Literature*, n° 36, pp. 766 - 817.
- Tizio S. (1999) *La coordination dans les économies en développement. Une contribution théorique à la régulation des systèmes de santé subsahariens*, Thèse de Doctorat ès Science Economique, Université de Bourgogne.
- Tizio S. (2000) : “Les implications de l'économie néo-institutionnelle pour la régulation des systèmes de santé en Afrique subsaharienne : un nouveau paradigme?” *communication au colloque*

international "Financement des systèmes de santé dans les pays à faible revenu d'Afrique et d'Asie", Clermont-Ferrand, décembre 2000.

Tizio S. (2003) : " Les deux modèles de politique sanitaire dans les pays en développement ", *Economies et Sociétés, série F*, n° 41, p. 1261 – 1278.

Tizio S., Flori Y-A (1997) : " L'initiative de Bamako : santé pour tous ou maladie pour chacun? ", *Tiers Monde*, vol. 38, n°152, pp. 837- 858.

WECD (1987): *Our common future* WECD, Oxford University Press.

WHO (2001): *Macroeconomics and health: investing in health for economic development*. Report of the commission on macroeconomics and health, OMS, Genève.

NOTES DE FIN

- i. Nous ne reprenons pas en intégralité la typologie des "différents" développements durables de Heidiger : nous en retiendrons seulement une distinction entre forte et faible durabilité. En ce qui le concerne, Heidiger affine cette typologie pour distinguer le développement très faiblement durable – "very weak sustainability"- et le développement très fortement durable – "very strong sustainability".
- ii. Une étude, menée par Strauss et Thomas (1998) confirme que la taille à l'âge adulte est fortement et positivement corrélée avec les gains salariaux. La taille adulte résulte quant à elle des conditions de nutrition pendant l'enfance.
- iii. Cette situation est manifeste dans le cas de l'épidémie de SIDA qui frappe actuellement l'Afrique subsaharienne. L'OMS estime que hormis les millions de morts de cette maladie, le nombre d'orphelins est appelé à augmenter considérablement pour atteindre une quarantaine de millions à l'horizon 2010. La prise en charge de ces orphelins est un problème crucial pour les services sociaux des pays africains (WHO 2001, Moatti, Coriat et al. 2003).
- iv. Le rapport " *Macroeconomics and Health* " de l'OMS (WHO 2001), rapporte que sur la période 1960 – 1994, 113 faillites des États ont été identifiées par la CIA dans les pays de plus de 500 000 habitants. Parmi les facteurs explicatifs de ces faillites de l'État, les plus significatifs sont le taux de mortalité infantile et le protectionnisme.
- v. Cette adéquation des choix de politique économique est une affirmation normative. Néanmoins, il semble que le niveau d'éducation et de l'état de santé favorisent la prise de décision en matière d'investissement public en faveur des secteurs productifs qui génèrent de la croissance. Toutefois, il s'agit de nuancer cette affirmation en prenant en considération les possibles effets nocifs des comportements de clientélisme sur l'efficacité de la dépense publique en général.
- vi. Pour une revue de la littérature, cf. par exemple Ranis et al. (2000) et le rapport de la Commission " *Macroeconomics and Health* " de l'OMS (WHO 2001).
- vii. Certains programmes de santé sont financés par l'aide au développement. Nous l'assimilerons tantôt à l'aide au financement public, lorsqu'il s'agit de crédits alloués aux gouvernements qui gèrent ainsi ces fonds sur le budget de l'État, tantôt au financement des ONG, lorsque ce financement est alloué, par une agence d'aide étrangère, à des projets de santé ciblés.
- viii. La perspective adoptée depuis quelques années par la Banque Mondiale et par l'OMS conduit à différencier les acteurs de la santé, notamment les financeurs des systèmes de santé, selon le type d'intervention en question. Le Rapport sur le Développement dans le

Monde de 1993 (Banque Mondiale 1993) distingue en effet les interventions de santé publique – soins préventifs et grandes campagnes nationales –, dont le financement est dévolu à la puissance publique, des interventions de santé dites "discrétionnaires" – soins curatifs lourds –, dont le financement doit rester privé. Les approches contractuelles en matière de santé, utilisées pour justifier l'introduction du *managed care* dans les systèmes de santé des pays développés, sont adaptées aux pays en développement, dans une perspective transactionnelle (Mills 1998).

RÉSUMÉS

Cet article se propose d'aborder la question de l'insertion des politiques de santé dans la poursuite d'un objectif de développement durable par les pays en développement. Dans un premier temps, une lecture du développement durable comme le processus qui vise à articuler croissance économique et développement humain est postulée, qui permet d'identifier le caractère stratégique des politiques sanitaires dans cette articulation. Cette approche permet alors, dans un second temps, d'identifier les conditions selon lesquelles les politiques participent véritablement à la poursuite du développement durable.

This article proposes to issue the insertion of health policies in a sustainable development perspective. Firstly, a particular framework is adopted to conceptualize sustainable development, identified as the cumulative process of articulation between economic growth and human development improvement. This perspective then permits to underline the strategic importance of health policies. In the second part of the article, an analysis is carried out the conditions, according to which health policies will succeed in such a process.

INDEX

Keywords : sustainable development, health policies

Mots-clés : politiques de santé

AUTEUR

STÉPHANE TIZIO

Laboratoire d'Economie et de Gestion (LEG), université de Bourgogne. Signalons parmi les publications récentes: Gadreau M., Tizio S. (2000) " *Quels fondements pour les politiques sanitaires subsahariennes?* ", revue *Économies et Sociétés*, série R, n° 11, janvier, p. 241 – 266. Tizio S. (2003) " Les deux modèles polaires de politique sanitaire dans les pays en développement ", revue *Économies et Sociétés*, série F, n° 41, p.1261-78.