



# Au Brésil, la santé comme un droit politique

Organiser le système de santé comme un droit politique qu'il importe de faire respecter, tel est le défi que s'est lancé le Brésil. Au bout de cette logique, des équipes de santé familiale constituent le socle sur lequel repose le système.

## La santé comme produit social : réaliser le droit à la santé, c'est répondre aux besoins sociaux

Dans de nombreux pays, le néolibéralisme se réfère, pour l'élaboration des politiques de santé, à la balance commerciale et budgétaire plutôt qu'aux besoins. Peu soucieuses d'équité, ces politiques instaurent des différences moralement inacceptables, elles enferment l'individu dans des déterminations qui le fragilisent et dans la quête d'une certaine qualité de vie définie par cette société qui en exclut elle-même une partie de sa population. Et si d'aventure elles en viennent à cibler les plus pauvres, à établir une sorte de discrimination positive, elles le font sans agir sur les facteurs de pauvreté et d'exclusion et n'arrivent qu'à consolider les divisions sociales et à « normaliser » les inégalités dans un mépris chronique des droits.

Selon Agnes Heller (*A Theory of need in Marx*), les besoins fondamentaux ne peuvent être rencontrés dans le système dominant, ce qui implique d'imaginer un nouvel ordre politique, institutionnel et organisationnel. Une approche « équitable » doit systématiquement s'interroger : la politique et les actions proposées répondent-elles aux principes de justice, d'exhaustivité et d'universalité. S'attaquent-elles aux causes (sous peine d'échec à plus ou moins brève échéance) ? Tiennent-elles compte des inégalités fondées sur le statut (classe, genre, etc.), permettent-elles de comparer les écarts entre groupes en termes de qualité de la vie et d'exposition aux déterminants sociaux, d'analyser l'accessibilité aux solutions et l'allocation des ressources ? De s'interroger sur les conséquences de la fragmentation des politiques et des compétences qui les rendent incapables d'affronter la complexité des problématiques ?

*Armando de Negri,  
médecin à Porto  
Alegre, Brésil,  
coordinateur du  
comité exécutif  
du Forum social  
mondial de la  
santé et de sécurité  
sociale, membre  
du People's Health  
Movement.*

### Le droit à la santé...

*Le droit à la santé est souvent réfléchi dans le champ de l'éthique ou de la morale sur la solidarité. Il est temps d'en parler en termes de politique. Approcher la santé comme un droit de l'homme fondamental a un impact profond sur la façon dont nous allons modeler ce concept politique. Voir la santé comme un bien public, avec ses dimensions individuelles et collectives, changera les politiques de santé qui seront ciblées sur les besoins sociaux et entreront dans un processus de construction de démocratie et de justice sociale. C'est ce que font le Brésil, le Venezuela et la Colombie, notamment au niveau des gouvernements locaux.*

**Mots clefs** : soins de santé primaires, droit, qualité de la vie, déterminants de la santé, accessibilité, politique de santé, Brésil.

## De la santé à la qualité de la vie

Le concept de qualité de vie est primordial. Nous sommes dans un temps de transition entre l'objectif santé et l'objectif plus large de qualité de vie. Cet objectif élargi prend racine dans l'idée de territoire social comme espace social de l'action des soins de santé primaires. Dans cet espace, l'objectif ne peut pas être simplement la santé car quand on dit 'santé', les gens entendent 'maladie', quand on dit 'services de santé', ils entendent 'les services où on va lorsqu'on est malade'. Lorsqu'au lieu de santé, on parle de qualité de la vie, on peut convoquer d'autres secteurs politiques dans le territoire pour donner des réponses plus complexes mais qui correspondent à la complexité des besoins des gens. L'effort de planification peut alors rencontrer les besoins des gens.

Considérer la santé comme résultat de la réalisation de la qualité de la vie implique une compréhension en profondeur des causes du « mal » et de la maladie et met en évidence le rapport entre pauvreté et maladie, entre besoins et droits. Ce n'est qu'en rencontrant les besoins que l'on pourra atteindre une qualité de vie. C'est une approche différente de celle où c'est l'offre, et non le besoin, qui détermine la réponse sociale, schéma où cette offre ne va pas au-delà de l'atténuation des besoins alors que la politique économique génère exclusion et pauvreté.

## Implications d'une approche basée sur les droits et sur les politiques de qualité de la vie

Si la santé est un droit, alors le respect de ce droit doit se fonder sur trois principes inséparables : universalité, équité, intégralité (ou exhaustivité).

L'universalité signifie que personne ne peut être exclu du droit.

L'équité implique de lutter contre les inégalités qui touchent les classes sociales, les genres,

les territoires, les groupes ethniques, les âges. L'intégralité (ou exhaustivité) entraîne que le droit ne peut être modulé : par exemple, l'accès aux soins concerne tous les soins. C'est indispensable si on veut un changement radical des déterminants.

La volonté de déployer une politique basée sur le respect des droits humains et sur les principes d'universalité, d'équité et d'intégralité modifie l'approche de la santé.

### Détermination sociale et causalité complexe

Il faut comprendre ce qui renforce et ce qui affaiblit les individus et les collectivités dans leur statut social, tant au niveau des mécanismes causaux que de leurs conséquences, et déterminer les objectifs d'interventions à tous ces niveaux pour transformer les processus qui perpétuent les problèmes. Toutes les variables doivent être analysées sur base des expériences concrètes, à partir des situations complexes, avec leurs liens et leurs chaînes causales. Par exemple, la mortalité maternelle doit être examinée sur base des conditions de vie de la famille, de ses revenus, de son accès aux services mais aussi de son niveau d'éducation et de ses représentations de la grossesse. Il s'agit non seulement de répondre à la situation mais de s'attaquer à ce qui la perpétue dans le système dominant lui-même, en considérant qu'il s'agit d'un droit des personnes et en se donnant les moyens pratiques, techniques, organisationnels de le faire.

### Fragilité sociale versus gestion du risque

En termes de santé, les facteurs de risque sont souvent combinés aux déterminants sociaux. Limiter l'approche de la santé aux facteurs de risque, c'est réduire la problématique (et les solutions proposées) à des facteurs personnels et dévaluer une approche de la santé en termes de droits.

Par exemple, on attribue souvent les problèmes de violence, suicide ou accidents à des comportements à risque, « personnels » alors que la fragilité sociale elle-même est un facteur d'insécurité. De même, la vulnérabilité sociale est encore souvent



considérée comme « hors de la norme » alors qu'elle frappe des populations entières. C'est d'un projet politique susceptible de les sortir de cette vulnérabilité qu'elles ont besoin. La réponse ne peut pas se contenter d'actions même intersectorielles mais doit ouvrir à des alternatives axées sur la qualité de vie.

### Co-responsabilité, droits et devoirs

Dans le discours dominant, les devoirs sont souvent présentés comme conditionnant le droit. Mais en fait, les seules limites d'un droit sont le droit de l'autre. C'est pourquoi le concept de co-responsabilité sociale doit renouveler le projet d'émancipation participative des citoyens. Dans ce cadre, le rôle du politique est de développer une éducation en ce sens et d'assurer le respect du droit.

### L'application d'une stratégie intersectorielle et la notion de bassin de vie/territoire social

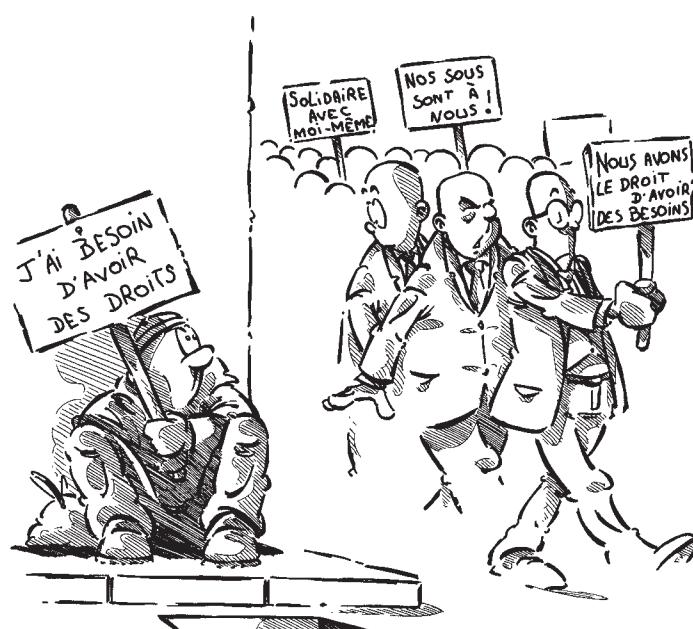
Le principal intérêt de l'intersectorialité est de dissoudre les chaînes de causalité qui entretiennent les problèmes de qualité de vie. Le concept de « territoire social » en tant qu'espace spécifique où agissent les déterminants sociaux et où prend place l'exposition aux risques permet de contextualiser les problématiques. La décentralisation rapproche les décideurs des réalités locales et autorise la participation des populations et le contrôle démocratique. Elle favorise ainsi les alternatives adaptées à la complexité du terrain. Il est aussi plus facile de travailler en intersectorialité dans une organisation horizontale, où on peut aisément partager les concepts, qu'en adaptant des politiques verticales émanant de ministères.

### Une inversion radicale des priorités

Organiser la politique sur base des impératifs éthiques et des droits implique une inversion radicale des priorités actuelles basées sur les ressources disponibles plutôt que sur les besoins. Ainsi la gestion de la maladie doit faire place à la promotion de la santé tout au long de la vie des gens, développant les possibilités d'autonomie et d'équité, visant à produire plus de justice sociale. Dans ce cadre, toutes

les actions doivent viser à la qualité de la vie, qui se déploie en 5 sphères interdépendantes : individuelle (autonomie, se conçoit au plan socio-économique), collective (équité entre groupes sociaux, espace démocratique), institutionnelle (répondant aux besoins et agissant sur les déterminants de la santé de manière démocratique et intersectorielle), environnementale (développement durable) et subjective (nouvelles formes de subjectivation correspondant aux nouvelles conceptions du social basées sur des valeurs telles que solidarité, justice et respect des différences).

Dans ce modèle de promotion de la qualité de la vie, il faut développer une première ligne de soins qui garantisse la cohérence du système. C'est ce que fait le Brésil.



Jim Pé ©

## Le système de santé au Brésil

Depuis 1988, le Brésil a un système de santé universel basé sur le droit à la santé : tous les citoyens ont droit à des soins sans frein financier. Cette gratuité concerne tous les niveaux de soins et inclut aussi les médicaments, la santé buccale, les soins intensifs, la transplantation rénale. Le système est bon marché, (il coûte environ 367 dollars par an par personne pour 2300 en Belgique). Il est financé par les impôts généraux, il n'y a pas de critère d'assurance ni de contribution sociale spécifique (c'est un système Beveridgien).

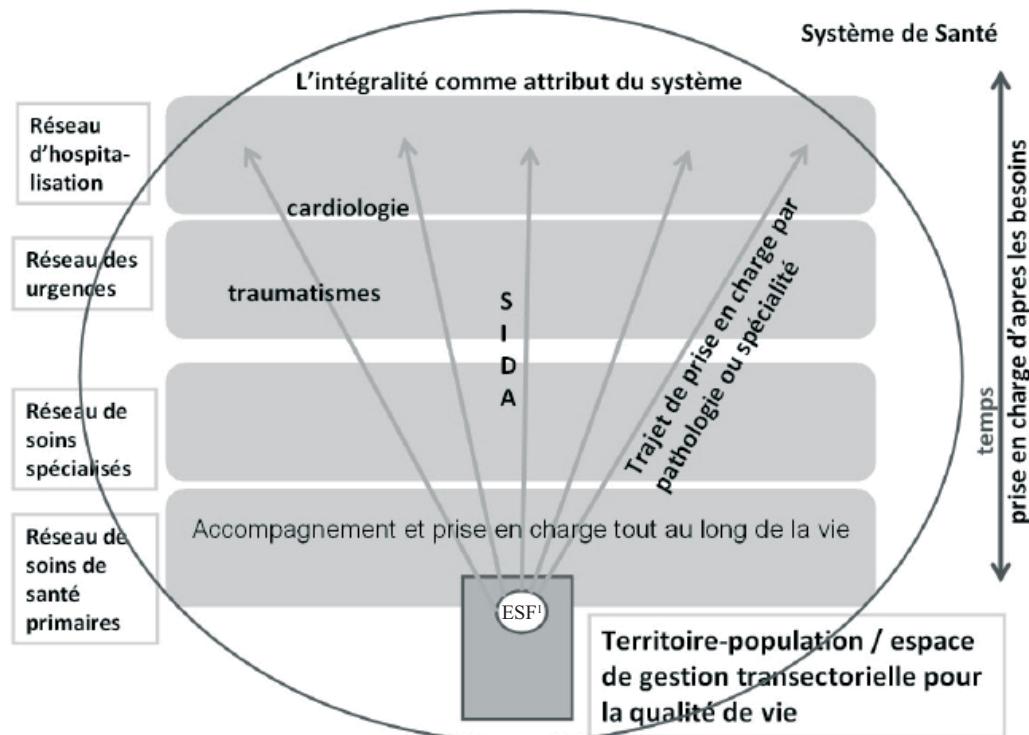
Ce système concerne tous les brésiliens mais il existe également un système privé. Une partie substantielle de ce système privé est intégrée au système public national, des services privés sont sous contrat du système

national de santé. C'est ainsi qu'environ 60 % des lits hospitaliers sont dans des hôpitaux privés mais une majorité en est incluse dans le système national de santé et utilisée sans frais par les citoyens, exactement comme dans les autres hôpitaux de l'état.

En soins de santé primaires, les services sont dans la grande majorité des services de l'Etat et sont gérés par les municipalités car nous sommes une république fédérative et dans la division des compétences, les soins de santé primaires sont surtout municipaux.

## Un système articulé qui donne la place centrale aux soins de santé primaires

Comme le montre la figure en bas de page, les soins de santé primaires sont la structure stratégique pour le développement de



1. ESF : équipes de santé de la famille.

Armando De Negri Filho 2009



l'ensemble du système. Cela signifie qu'ils occupent une position centrale dans le système de santé, mais cela n'a de sens que tant qu'il existe un système structuré et qu'ils sont intégrés dans ce système. Leur rôle est de soutenir et d'accompagner la personne au long de toute la vie et de lui faire accéder, si besoin est, aux soins spécialisés, aux services d'urgence ou à l'hôpital.

Ce mode de fonctionnement exige de couvrir tout le territoire national de services de soins de santé primaires et donc de définir le territoire et la population à couvrir. On estime que chaque équipe de santé familiale doit être à même de prendre soin de 3.500 personnes. Une équipe se compose d'un médecin, d'un-e infirmier, d'un-e ou deux aides soignantes et de 4 à 6 agents communautaires de santé, issus de la communauté prise en charge. Au terme d'une élection publique, ces derniers sont engagés et payés par l'Etat pour un travail de liaison-surveillance en santé, un accompagnement et une traduction des besoins de la communauté vis-à-vis des services.

Actuellement 32.000 équipes de santé de la famille couvrent environ 105 millions d'habitants et un plan d'extension des équipes devrait permettre d'en couvrir 150 millions dans les 5 ans (sur 194 millions d'habitants). Il y a aussi 20.000 équipes de santé buccale comportant des dentistes, des hygiénistes en santé dentaire, des cabinets dentaires. Leur nombre est appelé à croître rapidement dans les 5 ans.

La mise en place de ces soins primaires au niveau du territoire s'effectue en lien avec d'autres réseaux de façon à créer une convergence des capacités techniques pour donner les réponses nécessaires aux patients. Dans le cas du SIDA par exemple, dès qu'on a installé une possibilité de détection dans un laboratoire, on a dû développer des capacités de prise en charge dans les centres de soins de santé primaires et assurer une continuité thérapeutique et diagnostique dans les soins ambulatoires spécialisés et les services d'hospitalisation.

Cette construction du système basée sur l'articulation des lignes de soins fait que les soins de santé primaires ne sont pas isolés. Ils occupent la place centrale dans l'histoire médicale du patient et l'engagent vers des soins complets dans une conception « intégrale », même au-delà du service physique. L'intégralité est un attribut du système de santé : on ne peut pas parler d'intégralité dans chaque action isolée, elle résulte de l'addition des actions qui vont produire ensemble des résultats déterminants pour la qualité de vie des patients.

On travaille aussi à ajuster le temps total dans la ligne de soins, la dimension temporelle d'accès, de diagnostic et de thérapeutique devient un indicateur des performances du système.

---

### **Mise en œuvre d'une approche basée sur le droit et la qualité de la vie**

Nous développons une gestion trans-sectorielle de la qualité de vie dans le territoire, impliquant des problématiques telles que le logement, la nourriture, le transport, l'accès à l'eau, les revenus qui deviendront des objets intégrés. Il s'agit en effet d'intégrer l'ensemble des politiques publiques et les besoins sociaux que ces politiques ne couvrent pas encore.

Cet effort pour bâtir une action conjointe entre politiques publiques doit déboucher sur la création d'outils pour pouvoir intervenir effectivement sur des déterminants sociaux de la santé, sinon ce sera simplement un discours de plus. Il faut traduire les déterminants sociaux de la santé dans les territoires sociaux en une action effective avec des résultats pour les gens et arriver à finalement traiter les territoires des soins primaires comme des territoires de pouvoir : dans un processus de démocratisation de la société, les soins primaires proposent une dimension spatiale définie pour l'exercice de la participation citoyenne. Participation inscrite dans notre constitution qui comporte une définition de la participation sociale en

santé, avec pouvoir de décision au conseil municipal où 50 % des voix sont attribuées à la communauté.

Ainsi la démocratisation du secteur santé réussit à influencer les autres politiques publiques. Aujourd’hui on a une politique publique d’assistance sociale, de sécurité alimentaire, de sécurité publique, et une politique communautaire inspirée de ce concept de territoire participatif de la santé.

Les stratégies ici décrites permettent d’envisager une perspective sociale dans laquelle la pénurie n’est pas normative. L’approche centrée sur les droits nécessite un processus complexe qui devra être mené à maturité. Pour cela le soutien politique est indispensable. D’autant que les logiques traditionnelles d’organisation corporatiste et de régulation des services constituent des obstacles. C’est pourquoi la recherche doit s’atteler à combler les espaces entre méthodologie théorique et application sur le terrain. ●