

Mettre en évidence comment la vision néolibérale influence la conception des systèmes de santé – et d’abord l’OMS, qui est la référence.

Christian Legrève, responsable du programme Education permanente.

L’OMS, rempart de papier ?

Pour analyser le fonctionnement de l’OMS, on peut partir de son organisation financière. Le budget programme de l’OMS est l’outil qui énumère les résultats escomptés et les crédits budgétaires nécessaires aux activités de l’organisation. Il couvre des périodes de deux ans et est doté par une combinaison de contributions fixées et de contributions volontaires.

L’auteur remercie Jean-Pierre Unger, professeur à l’Institut de médecine tropicale d’Anvers, sur les nombreux travaux et recherches duquel il s’appuie.

Plongée dans les secrets du « vieil homme malade de l’ONU »¹. Les contributions fixées sont les cotisations de base que les pays versent à titre de membres de l’OMS. Le montant que chaque État membre doit payer est calculé en fonction de sa fortune et de sa population. Les contributions volontaires proviennent d’États membres (en supplément de leur contribution fixée) ou de divers partenaires publics ou privés². Ces dernières années, les contributions volontaires ont représenté plus des trois quarts du financement de l’OMS. Elles sont donc indispensables à son existence-même.

Les contributions volontaires de base sont des fonds dont la destination est totalement libre au niveau du budget programme. C’est une composante importante du modèle de financement de l’OMS. Elles permettent à des activités moins bien financées de profiter d’un meilleur flux de ressources et de réduire les blocages qui se produisent au niveau de la mise en œuvre faute de financement immédiat. Mais la plupart des versements volontaires sont à objet clairement désigné. Le donateur indique explicitement le programme auquel est destinée sa contribution, à l’exclusion des autres. Or, pour l’exercice 2014-2015, seulement 7 % des donations volontaires ont été faites au compte des contributions volontaires de base. Ça signifie que le

programme d’action de l’OMS est très majoritairement déterminé par les donateurs, qu’ils s’agissent d’États ou d’autres acteurs.

Dépendance

Cette dépendance à l’égard des donations volontaires montre la faiblesse de l’OMS et explique largement (outre des problèmes de structure) sa difficulté à agir efficacement. L’organisation n’est pas en mesure de réallouer rapidement ses fonds en cas d’urgence – ni même, en temps normal, de décider d’emblée à quel poste affecter une somme importante. « *Sa directrice générale [Margaret Chan] a une marge de manœuvre très limitée face aux grands défis sanitaires mondiaux, vu le peu de maîtrise qu’elle a de son budget* », confirme Steven Hoffman, avocat et chercheur en santé mondiale à l’université d’Ottawa³. Cette situation a servi et sert encore de justification aux donateurs pour ne pas soumettre leurs financements à ses orientations.

Il en découle des déséquilibres de financement à l’intérieur même du budget. Certains programmes sont sur-financés (au-delà de l’estimation des ressources nécessaires !) au point que, par le passé, il a fallu (mais pourquoi fallait-il ?) adopter des modifications ultérieures du budget de certains postes. Par contre, le niveau actuel de financement concernant les programmes de base est compris entre 55 % pour les maladies non transmissibles et 83% « *pour promouvoir la santé à toutes les étapes de la vie* ». Le niveau de financement du Programme de gestion des situations d’urgence sanitaire n’est quant à lui

1. « L’OMS, le vieil homme malade de l’ONU », in *Courrier international*, décembre 2014. <http://www.courrierinternational.com/article/2014/12/27/l-oms-le-vieil-homme-malade-de-l-onu>

2. Organisations philanthropiques, organisations liées à l’ONU, ONG, organisations intergouvernementales, banques de développement.

3. *Courrier international*, op cit.

que de 56%. Ceci montre les disparités du financement entre les catégories⁴. Trois types de domaines programmatiques sont sous-financés :

- les domaines dans lesquels le budget a été relevé pour répondre à des besoins nouveaux ou croissants, notamment le Programme de gestion des situations d'urgence sanitaire et la résistance aux antimicrobiens ;
- les domaines pour lesquels le sous-financement est chronique, dont les maladies non transmissibles, les déterminants sociaux de la santé et la sécurité sanitaire des aliments ;
- les domaines dont le financement a considérablement baissé car les contributeurs ne peuvent pas maintenir le niveau existant (notamment la contribution de l'Onusida à la lutte contre le VIH et contre l'hépatite).

Le budget programme pour 2016-2017 s'élève à 4 545 milliards de dollars⁵. La situation au 31 décembre 2016 met en évidence :

- des contributions fixées de 929 000 \$;
- des contributions volontaires de base pour 128 795 \$;
- des contributions à objet spécifié pour 3 159 011 \$;
- des prévisions de contributions pour 356 355 \$.

Golden Gates

Sur les presque 3 milliards de contributions volontaires à objet spécifié, les fondations philanthropiques apportent 448 millions, dont 419 proviennent de la Fondation Bill&Melinda Gates, créée en 2000 et dotée de 37 milliards de dollars. Le fondateur de Microsoft, qui en a quitté la direction pour se consacrer à sa fondation, s'est imposé comme l'un des plus puissants acteurs en matière de santé publique mondiale. « *En matière de santé publique, il n'y a pas un donateur plus influent, à part le gouvernement américain* », remarque James Love, le directeur de l'ONG américaine Knowledge Ecology International (KEI)⁶. Marie-Paule Kieny, sous-directrice à l'OMS, y voit un apport primordial à la santé mondiale ces dernières années. « *Jamais il n'y a eu autant de financements consacrés au développement de nouveaux vaccins et de nouveaux médicaments pour les pays pauvres* », dit-elle.

4. Dialogue sur le financement de l'OMS, Situation financière de l'OMS au 30 septembre 2016, <http://www.who.int/about/finances-accountability/funding/financing-dialogue/financial-situation-20160930-fr.pdf?ua=1>

5. <http://extranet.who.int/programmebudget/Biennium2016/Financing>.

6. <http://www.rts.ch/info/3145916-bill-gates-donateur-generoux-et-parfois-derangeant.html>

Depuis 2000, la Fondation Bill&Melinda Gates, qui compte 927 employés, a dépensé 24,81 milliards de dollars pour de nombreux programmes de santé dans les pays en développement. Elle agit principalement dans le domaine de maladies que l'on peut prévenir par la vaccination comme la pneumonie et la poliomyélite. Environ 1,3 milliard de dollars ont été alloués à cette dernière pathologie, avec comme objectif de l'éradiquer de la surface de la Terre. Parmi les priorités figure également la lutte contre la tuberculose, le sida et le paludisme. Plus de 55 millions d'enfants ont pu être vaccinés. Outre ses dons à l'OMS, la fondation verse chaque année 100 millions au Fonds mondial contre le sida, le paludisme et la tuberculose. Elle a offert 750 millions de dollars à GAVI, un partenariat public-privé créé en 2000 réunissant les principaux acteurs de la vaccination et du soutien aux systèmes de santé et agissant dans 72 pays en développement. Elle contribue au budget d'Onusida. De nombreux soutiens à des programmes de recherche mais également des aides à des laboratoires pharmaceutiques, à des ONG et aux médias sont distribués. La Gates subventionne ainsi le blog du *Guardian* sur les questions de développement et les programmes santé de la télévision américaine ABC News. À l'OMS, l'aide de la Gates se concentre sur le contrôle des maladies. Elle délaisse les programmes de crise (1,2 %) et les programmes plus structurels comme les politiques nationales de santé (0,4%), les systèmes de santé, information et preuve (0,2%), les services de santé intégrés orientés patients (0,1%), la sécurité alimentaire (0%), participant de la sorte à leur sous-financement.

Une stratégie, pas un hasard

La branche scientifique de l'OMS est censée guider les orientations des programmes et les garantir des exigences infondées de certains milieux politiques et donateurs en lui fournissant des éléments tangibles pour justifier ses choix politiques. Mais, ici aussi, l'organisation jadis à la pointe de la recherche médicale est devenue « *un acteur médiocre du secteur* ». « *Ses recommandations ne vont pas toujours dans le sens des données disponibles les plus fiables* », souligne Steven Hoffman. Et quand l'organisation n'est pas à la hauteur dans un secteur, d'autres acteurs s'engouffrent dans la brèche. C'est parce qu'il s'est avéré que les statistiques de l'OMS laissaient à désirer que l'Institute for Health Metrics and Evaluation de l'université de Washington a été créé en 2007, grâce à des fonds de la Gates.

Pour comprendre les rapports de force qui déter-

7. *Courrier international*, op cit.

minent les orientations mondiales en matière de santé, le budget de l'OMS (4,5 milliards de dollars pour deux ans, rappelons-le) est encore à comparer aux quelque 7 milliards dépensés en 2014 par les seuls Centers for Disease Control, principale agence de santé publique des États-Unis (voir encadré). Arrêtons-nous au nom de cette agence, il n'est pas anodin. Surtout si on le met en perspective avec la définition historique de la santé de la charte de l'OMS. Pourquoi une agence de santé publique se limite-t-elle au contrôle des maladies ? Pour comprendre l'expansion de cette conception de la santé publique, il faut remonter à 1993. Cette année-là, le Groupe de la Banque mondiale⁸ a jeté, dans son rapport annuel sur le développement dans le monde, les bases d'une réorientation complète du financement des systèmes de soins de santé, d'une révolution au sens propre du terme⁹. On peut voir émerger là une doctrine construite pour adapter les systèmes de santé aux nouveaux choix en matière de politiques publiques, et les ouvrir au marché. Cette

8. Le groupe de la Banque mondiale est composé de cinq institutions : la Banque internationale pour la reconstruction et le développement (BIRD), l'Association internationale de développement (AID), la Société financière internationale (SFI), l'Agence multilatérale de garantie des investissements (MIGA) et le Centre pour le règlement des différends relatifs aux investissements (CIRDI). La BIRD et l'AID constituent à elles deux la Banque mondiale.

9. <http://documents.banquemondiale.org/curated/fr/581581468174893634/Rapport-sur-le-developpement-dans-le-monde-1993-investir-dans-la-sante>

doctrine est basée sur des présupposés. D'abord, pour soutenir les politiques monétaristes, les dépenses publiques doivent être réduites dans tous les domaines. Il faudra donc, à l'avenir, organiser des systèmes de santé publique dans un cadre budgétaire réduit. Les politiques publiques devront être orientées résultats, dans une recherche absolue du meilleur rapport coût-efficacité. Ensuite, pour pallier les défaillances du financement public, il faut donner aux acteurs privés une place sur le marché de la santé qui tienne compte de leurs contraintes, indiscutables.

En tête du rapport du Groupe de la Banque mondiale, un chapitre intitulé « Rôles respectifs de l'état et du marché dans le domaine de la santé » plante le décor :

«L'une des raisons qui font que le marché de l'assurance privée peut ne pas fonctionner de manière satisfaisante est que les variations du risque de santé tendent à inciter les compagnies d'assurances à refuser d'assurer ceux-là mêmes qui ont le plus grand besoin d'assurance maladie – ceux qui sont déjà malades ou qui risquent fort de l'être. Une autre relève de l'aléa de moralité : un assuré est moins porté à se montrer prudent face au risque et à la dépense et médecins et hôpitaux peuvent se sentir incités, puisque la possibilité leur en est offerte, à donner aux patients plus de soins que leur état ne le justifie. Une troisième raison tient à l'asymétrie de l'informa-

Histoire des Centers Disease Control (CDC)

Aux États-Unis, les institutions militaires ont joué un rôle important en matière de santé et surtout d'épidémiologie. D'abord en assurant le suivi et l'étude de la santé des soldats. Ensuite, par l'étude des épidémies comme armes du bioterrorisme ou comme armes de destruction massive. La prévention contre les maladies infectieuses a gagné du terrain au XX^e siècle, avec la lutte contre la tuberculose et une grande campagne contre la fièvre jaune à Cuba entamée en 1898. Des campagnes contre les maladies sexuellement transmissibles ont été développées durant la Première Guerre mondiale, puis contre la grippe après la pandémie de 1918. La lutte s'est étendue à d'autres maladies tropicales que la fièvre jaune, notamment le paludisme durant la Seconde Guerre mondiale. Les États-Unis créeront un organisme spécial afin de développer des outils et stratégies adaptées aux flambées de cette maladie chez les soldats, qui deviendra le Communicable Disease Center (nom initial des CDC). Dans les années 50, un corps épidémiologique d'élite sera fondé pour répondre à la menace du bioterrorisme entretenue par la Guerre froide et des conflits locaux, notamment dans le Pacifique.

Il existe également un Centre européen de contrôle et de prévention des maladies* fournissant des données de surveillance et des avis scientifiques sur une cinquantaine de maladies et affections transmissibles à déclaration obligatoire, sur les épidémies et les menaces pour la santé publique. Cette agence tire son expertise et ses connaissances de ses propres experts, des réseaux paneuropéens sur les maladies et des organismes nationaux de santé publique.

*. https://europa.eu/european-union/about-eu/agencies/ecdc_fr

tion entre prestataire de soins et patient touchant le résultat de l'intervention. Le prestataire conseille le patient sur le choix du traitement et, lorsqu'il n'est pas désintéressé, ce conseil peut conduire à un excès de traitement. Il résulte de ces deux dernières observations que, lorsque le marché de l'assurance privée n'est pas réglementé, les coûts s'envolent sans que la santé du patient y gagne beaucoup. Les gouvernements ont donc un important rôle à jouer à cet égard, soit en réglementant le marché privé de l'assurance maladie, soit en pourvoyant à la mise en place de formules alternatives, comme l'assurance sociale, afin de réaliser une protection aussi large que possible de la population et d'empêcher les coûts de monter indûment. [...] Un bon moyen de mesurer ce que l'on obtient pour l'argent dépensé en services de santé est de considérer le rapport coût-efficacité de plusieurs interventions et actes médicaux – c'est-à-dire le ratio gains de santé/dollars dépensés (AVCI gagnées). »

On est en 1993 et tout est dit ! Au cas où on en douterait, Jean-Pierre Unger et ses coauteurs confirment : « Ces politiques sont néolibérales en cela qu'elles promeuvent la marchandisation et la privatisation »¹⁰. Sur ces bases idéologiques, le rapport construit des propositions stratégiques fondées sur la séparation des institutions de santé entre publiques et privées et celle des interventions entre soins de santé et contrôle des maladies. Le rapport définit ce que pourraient être des services cliniques de première nécessité, qui devraient être les seuls pris en charge par les services publics des pays à revenu faible ou modéré. « Les gouvernements des pays en développement devraient dépenser beaucoup moins – environ 50 % de moins en moyenne – pour des interventions d'un moins bon rapport coût-efficacité et, au contraire, doubler ou tripler ce qu'ils dépensent en programmes de santé publique de base, comme les vaccinations et la prévention du sida, et en services cliniques de première nécessité. Un ensemble minimum de services cliniques de première nécessité comprendrait soins aux enfants malades, planning familial, soins prénatals et d'accouchement, ainsi que traitement de la tuberculose et des maladies sexuellement transmissibles. »

Le conseil ne s'adresse pas aux pays où le contexte permet d'offrir au secteur privé, réputé plus efficace, les garanties financières (privées ou publiques) de ses profits. « Parce que la qualité peut y gagner et que cela peut faire baisser les coûts, les gouvernements devraient favoriser la concurrence et la diver-

10. J.-P. Unger, P. De Paepe, K. Sen, W. Soors, *International Health and Aid Policies, The Need for Alternatives*, Cambridge university press, 2010.

sité dans la production de services et de facteurs de santé, notamment de médicaments, de fournitures et d'équipement. Ceci pourrait comprendre, quand ce sera possible, des services de soins de santé financés par l'État ou par l'assurance sociale. »¹¹

Jean-Pierre Unger conteste le bien-fondé du modèle « services cliniques minimum » de la BM : « les modèles mathématiques montrent que, pour être efficaces, les programmes de contrôle des maladies doivent être intégrés à des dispositifs de santé dans lesquels l'ensemble des patients constitue une population cible pour la détection précoce et la continuité des soins. Malheureusement, les programmes de contrôle des maladies réduisent l'accès effectif aux soins dans ces dispositifs quand ils sont implémentés à travers des mécanismes divers [organisés verticalement, par pathologie] ».¹²

La critique d'Unger réaffirme ce que l'OMS avait établi à Alma-Ata en 1978 et que la Banque mondiale foule aux pieds en 1993 : les soins de santé primaires sont le moyen qui permettra d'atteindre l'objectif de la santé pour tous dans le monde.

Concernant l'option de la marchandisation, on peut, avec le recul, examiner les résultats de l'étude scientifique des systèmes de santé dans divers pays et leurs résultats en relation avec la mise en application des recettes de la Banque mondiale. La Colombie, un pays qui applique entièrement la recette néolibérale pour la couverture sanitaire universelle (stratégie UHC), a, contrairement à ses prévisions, des résultats catastrophiques¹³. Le Chili, qui l'applique à moitié et qui maintient des services publics décentés bien que fragmentés et largement municipalisés, parvient à assurer à sa population un accès correct et une bonne qualité des soins¹⁴. Ce système est cependant totalement inéquitable : les 14 % de Chiliens qui ont une assurance privée consomment 50 % des dépenses de santé du pays. Enfin, le Costa Rica n'appliquait pratiquement pas la stratégie UHC et ses résultats étaient spectaculaires : en dépit de dépenses de santé neuf fois moindres que celles des États-Unis, ce pays faisait jeu égal avec eux en matière de mortalité maternelle, d'espérance de vie et de mortalité infantile en 2002... avant que ne commencent à y être appliquées des

11. <http://documents.banquemondiale.org/curated/fr/581581468174893634/Rapport-sur-le-developpement-dans-le-monde-1993-investir-dans-la-sante>

12. J.-P. Unger, P. De Paepe, K. Sen, W. Soors, op cit.

13. T. De Groote, P. De Paepe, J.-P Unger, « Colombia : In vivo test of health sector privatization in the developing world », in *International Journal of Health Services*, Vol. 35, n°1, pp. 125–141, 2005.

14 J.-P. Unger, P. De Paepe, G. Solimano Cantuarias, O. Arteaga Herrera, *Chile's Neoliberal Health Reform : An Assessment and a Critique*, PLoS Medicine, avril 2008.

politiques néolibérales visant à démanteler le secteur public¹⁵.

La marche du marché

On l'aura constaté, malgré ces critiques, l'approche initiée par la Banque mondiale s'est depuis lors largement imposée. Toutes les grandes organisations internationales appliquent les mêmes recettes et les imposent aux pays en développement ou en difficulté, en subordonnant les aides et les prêts aux mesures structurelles prescrites. Partenariats public/privé, marchandisation et privatisation sont devenus les principes incontestables de la marche vers la prospérité et le bien-être universel, même face aux faillites et aux crises du système que nous avons connues. On ne voit pas bien d'où peut venir la contestation de cet ordre mondial. Les organisations non gouvernementales sont un ensemble hétérogène dont une partie seulement s'applique à mettre en question ce paradigme.

Les nombreux traités commerciaux qui ont été conclus ces dernières années ou qui sont en discussion entre diverses parties du monde ne cherchent rien moins qu'à inscrire structurellement ces options dans les relations internationales et à ouvrir les marchés de tous les pays au commerce des soins de santé, avec les conséquences catastrophiques que l'on peut maintenant décrire.

Bien entendu, le poids grandissant au sein de l'OMS des acteurs privés comme la Fondation Bill&Melinda Gates mais aussi d'acteurs nationaux (États-Unis, Allemagne, France) ou intergouvernementaux (Commission européenne) pleinement acquis à la même doctrine que le FMI et la BM empêche totalement l'OMS de constituer le rempart qu'elle pourrait élever face à cette contre-attaque d'ordre purement politique. Les difficultés de l'Organisation sont une bonne affaire pour ces acteurs. On est en droit de penser que son sabotage interne ne doit rien au hasard. Mais nous, citoyens, soignants, scientifiques, n'avons pas d'autre rempart contre la déferlante néolibérale. Par conséquent les critiques qui mettent en question son existence même doivent être analysées avec la plus grande attention. ■

15 J.-P. Unger, P. De Paepe, R. Buitrón, W. Soors, « Costa Rica: Achievements of a Heterodox Health Policy », in *American Journal of Public Health*, novembre 2007.

