

Politiques de santé Quelles stratégies ? Au bénéfice de qui ?

Jacques VALLIN* et France MESLÉ*

« De constitution débile, exposé à de fréquentes souffrances, il repoussait l'assistance extérieure de la médecine pour suivre de préférence le régime qu'il s'était fixé par sa raison. Il aimait à dire que sa santé, que sa longévité était son œuvre »

Victor Delbos (1971), parlant d'Emmanuel Kant (1724-1804)

De tout temps, les progrès de la santé ont reposé sur des avancées dans deux directions complémentaires : celle de la mise au point de technologies nouvelles de plus en plus performantes et celle de la diffusion de leur emploi. La première requiert un investissement scientifique (recherche médicale, pharmaceutique et technologique) et industriel (pour la production des matériels médicaux de toutes sortes). La seconde est encore plus exigeante car il faut non seulement investir dans la formation (celle des professionnels de la santé et celle du public) et dans l'infrastructure (institutions de soins et de prévention, administration de la santé) mais faire en sorte que l'ensemble des citoyens ait accès aux moyens de santé existant et bénéficie des mesures de prévention appropriées. L'histoire a aussi montré que la loi du marché ne peut certainement pas pourvoir aux deux avec les meilleurs résultats possibles. Il est, à tout le moins, des éléments de politique de santé qui appartiennent d'emblée aux prérogatives régaliennes de l'État : police sanitaire, respect de la déontologie, organisation de la prévention, etc. et ce minimum de prise en charge collective est sans doute loin de suffire. On pourrait cependant épiloguer longtemps sur la question de savoir jusqu'où l'État est le mieux placé pour réaliser un objectif tel que « la santé pour tous » prônée par l'OMS, si tant est que cet objectif lui-même n'est pas totalement irréaliste. L'État n'est de

* Institut national d'études démographiques, Paris.

toute façon pas le seul acteur en cause. Il nous semble plus utile ici de passer modestement en revue, d'une part, les différents objectifs et stratégies des politiques de santé actuelles et, d'autre part, les acteurs et les moyens de ces politiques.

I. Objectifs et stratégies

Comme nous l'avons noté tout au long du rappel historique donné au chapitre précédent, les objectifs d'une politique de santé publique peuvent être très variés. On pourrait, dans un traité de démographie, commencer par distinguer les objectifs à conséquences démographiques (surtout à travers la mortalité ou, accessoirement, la santé de la reproduction qui conditionne la fertilité et la fécondité), qu'ils soient explicitement ou non conçus comme tels, de ceux qui n'ont qu'un rapport lointain avec la dynamique de la population (objectifs, par exemple, qui ne visent que les maladies ou handicaps sans effet sur la survie) ou n'en ont absolument aucun (comme la maîtrise des dépenses ou des coûts à visées purement économiques) à moins qu'ils n'aient un effet négatif sur l'amélioration de la survie en limitant les moyens de la santé. On se contenterait alors de traiter ici les premiers en classant les autres hors sujet. Il nous semble que les limites entre ces catégories sont trop floues pour adopter une stricte ligne de partage, même si, bien sûr, nous accorderons ici la priorité à la première.

On pourrait aussi songer à distinguer les objectifs d'une politique (ou d'un programme, d'une mesure) de santé en fonction de son domaine d'intervention (police sanitaire, prévention médicale, offre de soins, etc.) puis à s'intéresser à l'ampleur et à la nature de ses ambitions (protéger globalement la population contre un certain nombre de risques, réduire certaines inégalités criantes ou satisfaire collectivement l'intégralité des besoins individuels de santé en finançant systématiquement les moyens de la santé). Il nous semble toutefois que ces deux critères s'imbriquent trop l'un à l'autre pour pouvoir en démêler complètement les écheveaux séparément. Mieux, que l'on parte du domaine d'intervention ou du degré d'implication, on passe en fait insensiblement de l'un à l'autre dès lors que l'on veut en faire une présentation un tant soit peu logique. Au risque de poser parfois des limites un peu arbitraires ou floues, nous essaierons donc de passer successivement ici, de ce qui relève de la protection globale d'une population contre des risques extérieurs collectifs, à ce qui a trait à la guérison de maladies aiguës ou de blessures passagères puis à l'amélioration de la qualité de vies prolongées, pour en venir enfin à la réduction de certaines inégalités criantes et finalement à la prise en charge généralisée de l'ensemble des coûts de la santé pour tous.

1) *Police sanitaire*

On n'en est certes plus, au XX^e siècle, à protéger la société contre le danger que représentaient jadis les pauvres et les malades, mais il n'en demeure pas moins que toute une panoplie de mesures particulières ou générales sont destinées à protéger la population contre divers risques sanitaires, parfois en obligeant les individus à se soumettre à des prescriptions obligatoires.

a) *Protection contre les agressions criminelles*

Il n'est pas inutile de commencer par rappeler que l'un des buts de la police au sens le plus commun du terme n'est pas sans rapport avec notre sujet puisque l'une de ses fonctions est de protéger les citoyens contre les agressions criminelles et l'enjeu démographique de cette protection n'est pas aussi marginal qu'on pourrait parfois le penser. Non seulement on sait que depuis la mise en place d'États organisés, l'exposition à ce type de risque a considérablement reculé (Chesnais, 1981, 1985) mais la violence, à laquelle sont encore aujourd'hui exposées certaines populations vivant dans des pays où l'État est soit faible soit peu respectueux des droits de l'Homme, suffit à nous convaincre de l'importance de cet objectif. En Colombie, par exemple, la mortalité violente non accidentelle était, en 1988, 16 fois plus élevée qu'au Costa Rica (Ruiz et Rincón, 1996) et, en 2000, la mortalité par homicide y était encore 10 fois plus élevée qu'aux États-Unis (Chesnais, 2003), tandis que les pays les plus exposés sont aussi souvent ceux où l'on ne dispose d'aucune statistique fiable sur la question. On doit également noter que, même entre les pays de longue tradition démocratique, les politiques en la matière peuvent être très différentes. La réglementation du port d'armes en est un exemple type et, de ce point de vue, la vie des citoyens est certainement beaucoup mieux protégée dans la plupart des pays d'Europe occidentale qu'aux États-Unis⁽¹⁾.

b) *Surveillance de la prostitution*

La police des mœurs aussi comporte une part d'objectifs sanitaires, quand, par exemple, elle exerce un contrôle sur la santé des prostituées afin de préserver celle de leurs clients. Cette préoccupation a tenu beaucoup de place jadis en Europe tant que la médecine était largement impuissante face à la syphilis et à d'autres maladies vénériennes. Elle a notamment été à l'origine du débat sur les maisons closes et des différentes réglementations adoptées selon les pays et les époques dans ce domaine (Nor, 2001). Elle est très présente aujourd'hui dans les pays atteints par le sida. En Thaïlande par exemple, le gouvernement a rendu obligatoire l'utilisation du préservatif dans les maisons de prostitution avec menace de fermeture en cas d'infraction

(1) En effet, alors que la mortalité par homicide est beaucoup plus élevée aux États-Unis que dans les pays d'Europe occidentale (Fingerhut et Kleinman, 1990; Chesnais, 2003), on constate qu'aux États-Unis une très grande part des homicides sont commis par armes à feu et il est très probable que cette forte contribution des armes à feu soit directement liée à leur très large diffusion dans la population (Shahpar et Li, 1999).

(Caldwell Pat, 1995). En Afrique au sud du Sahara, là où le sida a fait le plus de dégâts, là où, aussi, les frontières de la prostitution sont parfois très floues et sa pratique très diversifiée, une telle police est beaucoup plus difficile à mettre en œuvre.

c) Surveillance épidémiologique aux frontières...

Une des branches importantes de la police sanitaire moderne résulte aussi de l'histoire de la lutte contre les grandes épidémies. Même si elle se fait de plus en plus discrète la surveillance sanitaire aux frontières qui en est l'héritière directe est toujours bien réelle. En fonction du pays de provenance, les voyageurs sont priés d'attester de leur vaccination contre certaines maladies. L'OMS tient à jour un état des différents pays du monde en fonction de la présence et de l'importance des maladies contagieuses endémiques⁽²⁾. À cet effet s'exerce même une sorte de police sanitaire internationale puisque dans le cas d'au moins trois maladies (choléra, peste et fièvre jaune), chaque pays est tenu de déclarer tout cas diagnostiqué à l'OMS⁽³⁾. C'est sur la base de ces informations, éventuellement complétées par d'autres sources, que chaque pays décide des maladies pour lesquelles un certificat de vaccination est exigé à l'entrée sur le territoire. Si le voyageur n'est pas vacciné, il peut être contraint de se faire vacciner sur le champ ou se voir imposer d'autres mesures prophylactiques appropriées (prise de médicaments, par exemple). Mais surtout, à tout moment, ces mesures courantes peuvent être renforcées en cas de menace particulière, comme on l'a vu récemment avec l'apparition du SRAS (OMS, 2004).

d) ... et sur le territoire

Mais la surveillance épidémiologique ne se fait pas qu'aux frontières. Une part importante de l'activité administrative des institutions de santé publique y est consacrée. En France, par exemple, même si elle a été assez largement supplantée par d'autres, la principale fonction dévolue aux Directions départementales de l'action sanitaire et sociale (DDASS) et au corps spécial de médecins fonctionnaires qui les dirigent était de surveiller l'apparition de risques épidémiques et de prendre toutes dispositions nécessaires pour en empêcher le développement. La généralisation des protections vaccinales et l'efficacité des antibiotiques ont considérablement réduit la priorité accordée à

⁽²⁾ Ce suivi international systématique, assuré par le Département *Maladies transmissibles : surveillance et action* (*Communicable Disease Surveillance and Response*), porte actuellement sur 15 maladies (anthrax, grippe aviaire, fièvres hémorragiques de Crimée-Congo, de la dengue et Ebola, hépatite, grippe, fièvre de Lassa, maladies à méningocoques, peste, fièvre de la vallée du Rift, SRAS, variole, tularémie, fièvre jaune). Un site Web donne accès en permanence à une information régulièrement mise à jour (<http://www.who.int/csr/disease/en>). On trouve aussi sur le site de l'OMS des cartes du monde visualisant la situation actuelle de chaque maladie (http://www.who.int/ith/diseasemaps_index.html).

⁽³⁾ En 1969, l'Assemblée mondiale de la santé a adopté un nouveau *Règlement sanitaire international* (RSI) [*International Health Regulations*] remplaçant celui de 1951. Ce règlement a été révisé en 1973 et en 1981 (WHO, 1983). Il fait actuellement l'objet d'une refonte pour tenir compte de la nouvelle donne des échanges internationaux (OMS, 1999a).

cette fonction, mais l'arsenal juridique et administratif reste en place et peut être réactivé en cas de nécessité. Là encore, l'activité des pouvoirs publics s'est largement appuyée et s'appuie encore sur l'information collectée grâce à des systèmes de déclaration obligatoires : déclaration des causes de décès, naturellement (en France, ce sont les médecins directeurs de DDASS qui reçoivent en premier les certificats de cause de décès), mais aussi, des cas diagnostiqués de certaines maladies infectieuses. En France, par exemple, aujourd'hui encore 22 maladies infectieuses (auxquelles s'est même récemment rajouté le saturnisme infantile) font l'objet d'une telle déclaration obligatoire (tableau 1) (Antoniotti *et al.*, 2002). De plus, en 1998, a été créé un *Institut de veille sanitaire*, chargé d'alerter les pouvoirs publics en cas de menace pour la santé publique (Bonnici, 2003).

TABLEAU 1. – LISTE DES MALADIES
DONT LA DÉCLARATION EST OBLIGATOIRE EN FRANCE(*)

Maladies infectieuses
Botulisme
Brucellose
Choléra
Diphthérie
Fièvres hémorragiques africaines
Fièvre jaune
Fièvre typhoïde et fièvres paratyphoïdes
Infection aiguë symptomatique par le VHB
Infection par le VIH quel que soit le stade
Légionellose
Listériose
Méningite cérébro-spinale à méningocoque et méningococcémies
Paludisme autochtone
Paludisme d'importation dans les départements d'outre-mer
Peste
Poliomyélite antérieure aiguë
Rage
Suspicion de maladie de Creutzfeldt-Jakob et autres encéphalopathies subaiguës spongiformes transmissibles humaines
Tétanos
Toxi-infections alimentaires collectives
Tuberculose
Typhus exanthématique
Autre maladie
Saturnisme chez les enfants mineurs
(*) Décret n°99-363 du 6 mai 1999 fixant la liste des maladies faisant l'objet d'une transmission obligatoire de données individuelles à l'autorité sanitaire et modifiant le Code de la santé publique (<i>Journal Officiel</i> du 13 mai 1999) et Décret n°2001-910 du 5 octobre 2001, modifiant cette liste (<i>Journal Officiel</i> du 6 octobre 2001).

e) Lutte contre les drogues, licites ou illicites

Autre champ d'activités de police sanitaire : les drogues. Assez tôt⁽⁴⁾, l'usage des stupéfiants a été considéré comme un enjeu de santé publique et l'on a tenté d'en interdire l'accès à la population en réprimant la fabrication et le commerce, voire même la consommation. Réprimer les consommateurs est sans doute le plus facile, car ils constituent le maillon le plus vulnérable de la chaîne et donc aussi le plus accessible à l'action policière. Il s'est cependant très vite avéré que c'était aussi le point d'entrée le moins efficace et que vouloir éradiquer la drogue en ne s'en prenant qu'aux consommateurs était aussi difficile que de remplir le tonneau des Danaïdes. L'essentiel des politiques anti-drogue se concentre ainsi aujourd'hui sur la lutte contre les producteurs et les trafiquants : remonter les filières, réprimer les intermédiaires, si possible les plus gros et détruire les lieux de production. Assez vite, le problème dépasse les frontières nationales du pays concerné. Certains pays, comme les États-Unis, s'estiment assez puissants pour tenter de conduire eux-mêmes des opérations de contrôle et de destruction des lieux de production (ou d'imposer aux États concernés de le faire), les autres ne peuvent s'en remettre qu'à la coopération internationale des polices ou à l'action incitative d'organismes internationaux comme l'OMS.

Dans ce domaine, un enjeu stratégique important est de savoir s'il convient d'interdire toutes les substances couramment qualifiées de drogues ou seulement les plus dangereuses. De plus en plus de voix se font entendre pour une libéralisation des drogues dites « douces » telles que le cannabis ou la marijuana et leurs dérivés, le haschisch, le qat, etc. (Nadelmann, 1994) dans la mesure où elles ne tuent pas, ne portent pas gravement atteinte à la santé et n'entraînent que très rarement une dépendance physique (Roques, 1999). La thèse selon laquelle elles sont néanmoins dangereuses car elles entraînent progressivement leurs consommateurs vers des drogues dures ne semble pas tout à fait conforme à la réalité (Jauffret-Roustide et Simmat-Durand, 2004). Certains pays ont, de fait, levé, du moins en partie⁽⁵⁾, leur interdiction (Désesquelles, 1997). En revanche, les drogues douces restent strictement interdites là où prime l'idée que leur innocuité n'est que très relative, certains auteurs évoquant la possibilité « *d'un usage dur des drogues douces et d'un usage doux des drogues dures* » (Jauffret-Roustide et Simmat-Durand, 2004, Roques, 1999). D'autres voix, plus rares certes, prônent l'abandon pur et simple de toute interdiction comme étant le meilleur moyen de tuer le trafic de drogue en ruinant producteurs et distributeurs grâce à la chute des prix qui

⁽⁴⁾ L'interdiction du commerce des stupéfiants a été établie dès 1916, en Grande-Bretagne (*Defense of the Realm Regulation 40-b*) comme en France (loi du 12 juillet 1916 « *concernant l'importation, le commerce, la détention et l'usage des substances vénéneuses et notamment l'opium, la morphine et la cocaïne* », et un contrôle très strict de leur délivrance pour raisons médicales a été mis en place (Bachmann et Coppel, 1989).

⁽⁵⁾ En réalité la situation n'est pas dichotomique car même dans les pays les plus libéraux, il reste certaines restrictions. On trouvera par exemple un tableau comparé des législations de 11 pays européens dans Désesquelles 1997. On trouvera un autre tableau, plus simple, portant sur 15 pays dans Frydman et Martineau, 1998.

s'ensuivrait (Nadelmann, 1994). Aucun pays n'a cependant à ce jour pris le risque de vérifier cette théorie.

On peut, *a contrario*, évoquer le cas du tabac. Tout porte à croire que, s'il n'avait pas été introduit si tôt en Europe et surtout massivement distribué aux poilus des tranchées de la Grande Guerre⁽⁶⁾ (Ravenholt, 1990) et finalement, bien souvent produit et commercialisé par les États eux-mêmes (comme en France avec la création du SEITA⁽⁷⁾), le tabac aurait naturellement été interdit au même titre que n'importe quelle autre drogue et peut-être bien même classé parmi les drogues dures plutôt que parmi les drogues douces (Meslé, 1990). Ni la liberté totale de circulation⁽⁸⁾ du tabac, ni sans doute encore moins le contrôle par l'État de sa production et de sa distribution n'ont empêché la consommation de cette substance de devenir dans beaucoup de pays l'une des premières causes de décès à travers la montée phénoménale des cancers de l'appareil respiratoire au cours du XX^e siècle, ainsi que de l'augmentation des maladies ischémiques du cœur. Toujours est-il que les politiques de santé ont dû s'y attaquer par d'autres voies. On peut toutefois rattacher au domaine de la police sanitaire, des actions comme celles conduites par l'OMS pour dénoncer, au niveau politique, la pratique de grandes firmes productrices consistant à « *utiliser les résultats de recherches sophistiquées et souvent secrètes pour s'assurer que les doses de nicotine délivrées aux fumeurs suffisent à entraîner et maintenir l'addiction* » et visant tout particulièrement « *les enfants dont ils ont besoin pour regarnir leur clientèle quand les fumeurs décèdent* »⁽⁹⁾ (Yach, 2000). À l'autre bout de la chaîne, on peut aussi saluer au passage celles des avocats qui réclament (et parfois obtiennent) pour leurs clients malades ou leurs familles d'énormes compensations financières.

La question de l'alcool diffère de celle du tabac, dans la mesure où les dommages que cette substance cause à la santé ne se manifestent qu'au-delà d'un certain seuil de consommation et qu'on lui reconnaît même quelque vertu bénéfique en deçà (INSERM, 2001, p. 21). L'alcool a cependant fait l'objet de mesures de police sanitaire, souvent aussi spectaculaires qu'inefficaces. On se rappelle évidemment la célèbre période de *Prohibition* aux États-Unis⁽¹⁰⁾, qui a inspiré tant de films policiers. Plus près de nous, la fameuse campagne anti-alcoolique de Gorbatchev, qui a certes, en 1985-1988,

(6) D'une manière générale les guerres ont joué un rôle important dans l'adoption du tabac : guerre de sécession pour les Américains, campagne de Wellington contre Napoléon en Espagne et Guerre de Crimée pour les Anglais mais, pour tous les pays occidentaux, la Grande Guerre a été l'étape la plus décisive. La consommation annuelle moyenne de cigarettes par habitant a doublé durant la Première Guerre mondiale (Ravenholt, 1990).

(7) En France, le SEITA, *Service d'exploitation industrielle des tabacs et allumettes*, était même un service d'administration centrale avant de devenir en 1984 la *Société nationale d'exploitation industrielle des tabacs et allumettes*, puis de fusionner avec la *Tabacalera* espagnole pour former, en 1999, la Société anonyme européenne *Altadis*.

(8) Ce qui ruine en grande partie l'argument évoqué plus haut en faveur d'une libération du commerce des drogues.

(9) « *use their sophisticated and usually secret research to ensure that just the right dose of nicotine gets delivered to smokers for addiction to occur and be maintained* » [...] « *targetted children whom they need to fill consumer charts as smokers die* » (Yach, 2000).

(10) La prohibition avait été instituée en 1919 par le 18^e Amendement à la Constitution et il a fallu un nouvel amendement, le 21^e, pour y mettre fin en 1933.

fait faire un bond à une espérance de vie soviétique alors en lente régression, n'en a pas moins fait long feu et très vite cédé la place à une remontée de la mortalité (Meslé *et al.*, 1994. Shkolnikov et Nemtsov, 1997). En France aussi (Berger *et al.*, 2000), des mesures de police ont été prises contre la production d'alcool, avec notamment la suppression progressive des privilèges des bouilleurs de cru⁽¹¹⁾, et contre sa consommation, avec par exemple l'institution de licences pour les débits de boissons (Fillaut, 1999). L'essentiel du recul de l'alcoolisme a cependant davantage résulté de politiques économiques (prix imposés ou taxations) et de politiques d'éducation sanitaire que de mesures de police sanitaire stricto sensu.

f) Sécurité alimentaire

Des drogues au tabac et à l'alcool, on arrive naturellement aux produits alimentaires. Avec le temps, ce secteur a fait l'objet d'une réglementation de plus en plus détaillée, étendue et sévère, au moins dans les pays développés, où l'autoconsommation est devenue extrêmement marginale et où la préparation même des plats se fait de plus en plus en amont du travail domestique. L'enjeu est loin d'être négligeable. Il suffit, par exemple, pour en prendre la mesure de se souvenir de la grave crise de mortalité infantile survenue en France en 1945 en raison de la désorganisation du circuit de distribution de lait provoquée par la Libération (Henry, 1948; Norvez, 1990). Aujourd'hui, dans les pays développés, non seulement l'agriculture est surveillée, de même que les importations, mais les denrées alimentaires de base sont de plus en plus transformées industriellement, à travers tout un processus de production *agroalimentaire* dont les moindres détails sont, sur le plan sanitaire, de plus en plus réglementés, encadrés, contrôlés, que ce soit pour prévenir les risques de contamination biologique ou pour garantir le caractère alimentaire des intrants de plus en plus hétéroclites qui interviennent dans le produit fini. De la même façon, le circuit de la commercialisation (stockage, transport, halles et marchés, supermarchés et petits commerces) et la restauration (des restaurants de ville aux cantines scolaires ou d'entreprises) sont sous haute surveillance. Le souci de sécurité alimentaire est devenu tel que l'on frise parfois la paranoïa. L'exemple de la listériose en France au début des années 2000 n'est qu'un parmi d'autres où les médias dénoncent une flambée intolérable pour quelques décès... moins nombreux que ceux des années précédentes⁽¹²⁾. La crise de la vache folle était plus sérieuse, mais l'ampleur atteinte par les mesures prises, à partir de données scientifiques souvent mal interprétées sinon contestables (Vallin et Meslé, 2001) et, finalement, sur la base du désormais sacro-saint *principe de précaution*, en dit long sur l'exigence de sécurité (et de police sanitaire) à laquelle sont parvenues nos sociétés.

C'est aussi par le biais de mesures de police sanitaire que commence à être traité un autre aspect de la sécurité sanitaire : la diététique. Bien sûr,

(11) Le 30 août 1960, le Gouvernement français supprimait par ordonnance la transmission héréditaire des privilèges des bouilleurs de cru.

(12) La pseudo-flambée de 2000 avait fait 9 décès et un avortement, alors que dans les années 1980 et 1990 on comptait chaque année entre 20 et 40 décès (<http://www-causfra.ined.fr>).

dans ce domaine, les campagnes d'information et d'éducation sanitaire sont au cœur des politiques (nous y reviendrons plus bas) mais certains pays, en dépit de la résistance constante de puissants *lobbies*, commencent aussi à prendre dans ce domaine des mesures de police. Aux États-Unis par exemple, au niveau fédéral, la *Food and Drug Administration* a rendu obligatoire en 2004 l'indication sur les étiquettes de la teneur en matières transformées des produits alimentaires, tandis qu'au niveau des États fédérés, dans la seule année 2003, 179 projets de loi ou résolution ont visé à réglementer la consommation de produits favorables à l'obésité (Cérisola et Mistral, 2004). En France, la loi de santé publique de 2004 prévoit entre autres d'interdire les distributeurs de boissons sucrées dans les établissements scolaires mais la pression des lobbys de limonadiers pour en empêcher l'application ne se relâche pas⁽¹³⁾.

g) Sécurité routière et autres moyens de transport

Tout comme pour le crime et les homicides volontaires, c'est avant tout à la police au sens commun du terme que revient la mission de protéger les citoyens contre les risques encourus sur la route (sans oublier les autres moyens de transport). Avec le développement de la circulation routière, notamment au lendemain de la Seconde Guerre mondiale, la sécurité routière est devenue un enjeu de santé publique majeur d'abord dans les pays développés (Vallin et Chesnais, 1975 ; Chesnais et Vallin, 1977), mais aussi, aujourd'hui, dans beaucoup de pays en développement (OMS et Banque mondiale, 2004). Certes, la réglementation et la police ne sont pas les seuls moyens de lutte contre ce fléau, l'amélioration des voies de circulation et des véhicules, les campagnes d'information et d'éducation, l'organisation des secours en cas d'accident jouent aussi leur rôle, mais la police, au sens commun comme au sens plus large incluant la police sanitaire, est en première ligne. La mesure minimum consiste à établir un code de la route, à baliser les voies publiques de signalisations qui en organisent l'application et à rendre obligatoire un *permis de conduire* qui permet d'exiger des conducteurs une certaine capacité à conduire leur véhicule et un minimum de connaissances des règles qu'ils doivent observer. Peu à peu, ces éléments de base se sont mis en place dans les différents pays (le permis de conduire, en France par exemple a été créé dès 1893, du moins pour la région parisienne⁽¹⁴⁾, alors qu'en Belgique il n'est devenu obligatoire qu'en 1965). Mais surtout, ces dispositions ont beaucoup évolué avec la technologie, non seulement des routes et des véhicules mais aussi des moyens de contrôle (mobilité des policiers, radars mesurant la vitesse, etc.), et avec la prise de conscience du danger. Le *Road Traffic Act* britannique de 1930 est sans doute la première réglementation générale et détaillée mise en place en la matière (Chesnais, 1985). Dans beaucoup de pays, les mesures de sécurité routière ont franchi une nouvelle étape dans les

⁽¹³⁾ *Le Monde*, 16 février 2005.

⁽¹⁴⁾ D'après l'ordonnance du 14 août 1893, réglementant la circulation des « véhicules à moteur mécanique autres que ceux qui servent à l'exploitation des voies ferrées concédées » « nul ne pourra conduire [...] s'il n'est porteur d'un certificat de capacité délivré par Monsieur le Préfet de police ».

années 1970 qui n'est pas sans relation avec la crise pétrolière de 1973⁽¹⁵⁾ : renforcement des limitations de vitesse, port de la ceinture de sécurité, accroissement de la visibilité des véhicules (feux allumés en plein jour pour les motards), contrôle de l'alcoolémie, etc. C'est aussi celle de la montée des accidents de deux-roues, contre laquelle un pays comme le Japon a très vite adopté des mesures draconiennes⁽¹⁶⁾ qui se sont avérées efficaces.

Les mesures de sécurité ne contraignent pas que les usagers. Elles concernent aussi les fabricants de véhicules auxquels des normes de plus en plus nombreuses et strictes sont imposées, qu'elles concernent la visibilité du conducteur et la signalisation du véhicule, la protection interne des passagers (ceintures de sécurité, points d'ancrage pour sièges enfants, etc.), l'amortissement des chocs, ou la vitesse (régulateurs automatiques de vitesse), sans oublier les normes anti-pollution, dont l'objectif dépasse évidemment la seule sécurité routière.

Plus généralement, la politique des transports pèse évidemment sur la mortalité routière. La priorité accordée au développement des routes sur celui des chemins de fer (ou l'inverse) ou encore, ce qui revient en partie au même, la priorité aux transports en commun sur les transports individuels, accroît ou freine la circulation routière et, toutes choses égales par ailleurs, le nombre des accidents. Cependant, la réglementation du type de véhicules ou des marchandises transportées offre toute une gamme de mesures intermédiaires (passages interdits aux matières inflammables, ferroutage obligatoire sous certains tunnels, etc.).

Ce sont les pays scandinaves et le Royaume-Uni qui ont de longue date su les premiers contenir et enrayer ce fléau des temps modernes (Chesnaï, 1981, 1985). La France tente périodiquement de rattraper son retard. Au cours des toutes dernières années en particulier de nouveaux efforts y ont été faits pour renforcer la sécurité routière. Paradoxalement, c'est dans les pays les moins développés de la planète, là où la circulation automobile est la moins importante, que les routes sont les plus meurtrières, faute de moyens suffisants pour mettre en place une sécurité routière de haute qualité (OMS et Banque mondiale, 2004).

Des efforts d'harmonisation internationale sont également engagés depuis longtemps dans ce domaine. Notamment sous l'impulsion des Nations unies et de l'Organisation mondiale de la santé deux conventions internationales ont été adoptées en 1949 (sur la circulation et sur la signalisation). Les conventions de Vienne actuellement en vigueur datent de 1968 (Nations unies, 1968a et b). Une Journée mondiale de la sécurité routière a été organisée en 2004 (OMS et Banque mondiale, 2004).

(15) En effet, le brusque renchérissement des prix du pétrole a, dans beaucoup de pays, favorisé la prise de conscience par les conducteurs des inconvénients aussi bien économiques que sanitaires de l'excès de vitesse (Vallin et Meslé, 2001).

(16) Claude Lévy (1980) rapporte que le Japon a, d'une part, interdit l'usage des motocycles de plus de 700 cc (mais non la construction pour l'exportation) et, d'autre part, institué pour les motos de 400 à 700 cc un nouveau permis de conduire tellement difficile que la première année, en 1976, seuls 4 % des candidats ont été reçus.

On ne peut quitter la sécurité routière sans signaler que les autres moyens de transport aussi sont encadrés par des mesures policières de sécurité : chemins de fer, aviation, navigation (maritime ou fluviale, commerciale ou de plaisance) sont très strictement réglementés. Le contrôle de ces règles est grandement facilité par le fait qu'il s'agit le plus souvent de transports en commun. D'une part le public est beaucoup plus demandeur de normes de sécurité et de stricte surveillance (au point d'exiger un risque zéro). D'autre part, les unités de transport à contrôler sont beaucoup moins nombreuses et la responsabilité de leur usage beaucoup plus centralisée.

h) Protection civile : incendie, inondations, catastrophes naturelles

L'État moderne se doit également, dans le cadre de ses fonctions régaliennes, d'assurer la protection des populations contre l'incendie, les inondations, les catastrophes naturelles, etc. Ce souci est évidemment très ancien, du moins au niveau des collectivités locales, mais le degré d'exigence des citoyens n'a cessé d'augmenter. En matière d'incendie, notamment, des services de protection dite civile, même si le plus souvent les corps de pompiers relèvent de l'armée, existent depuis fort longtemps⁽¹⁷⁾. Ils sont aujourd'hui très organisés et bien équipés dans les pays les plus développés, tandis que la réglementation visant à minimiser les risques (depuis la prévention des feux de forêts jusqu'aux normes imposées pour les installations électriques ou l'usage du gaz, etc.) y est très développée. La protection contre les catastrophes naturelles relève aussi, en grande partie, de mesures de police, notamment dans les normes de construction (précautions antisismiques, interdiction de construire en zones inondables, etc.), sans parler des leçons tirées récemment en France des conséquences de la canicule de l'été 2003.

i) Lutte contre les pollutions

C'est aussi essentiellement par la réglementation et des mesures de police que les pouvoirs publics s'efforcent de protéger les populations contre les effets nuisibles à la santé des diverses pollutions de l'air, de l'eau, des sols, etc. Ces réglementations visent en premier lieu, bien sûr, les entreprises dont les pratiques entraînent ces nuisances (des fumées d'usines du XIX^e siècle jusqu'aux rejets industriels modernes, aux pollutions par intrants agricoles et aux problèmes posés par les déchets radioactifs), mais aussi le public lui-même (évacuation des eaux usées domestiques, tri sélectif des ordures ménagères, interdiction partielle ou totale de la circulation automobile dans les villes certains jours de grande pollution de l'air, lutte contre la pollution des rivières et des plages, contre les marées noires, etc.). Ces politiques de lutte contre les pollutions modernes se situent évidemment dans le prolongement direct des efforts faits au cours de l'histoire et déjà évoqués au chapitre précédent pour protéger les populations des risques de contamination par les eaux usées ou les eaux de boisson (assainissement, distribution d'eau potable).

⁽¹⁷⁾ En France, par exemple, les textes fondateurs de l'organisation des sapeurs pompiers datent de la Révolution (Dalmaz, 1998).

Si, dans la plupart des pays développés, ces efforts ont aujourd'hui largement porté leurs fruits, il reste encore beaucoup à faire dans ce domaine dans bien des pays en développement. Soulignons aussi que la protection des populations en la matière dépasse largement le simple domaine de la police sanitaire et constitue un enjeu économique très important.

j) Protection particulière de certaines catégories de population

La police sanitaire comporte aussi des mesures de protection spécifiques à certaines catégories de populations. En Europe, tout un pan de cette politique s'est progressivement constitué en réaction aux conséquences négatives de la révolution industrielle sur la santé et la survie des travailleurs. Sous la pression des syndicats et de mouvements humanistes, l'État a posé dans ce domaine des règles de plus en plus complètes et protectrices concernant les travaux de nuit, les horaires de travail, la sécurité et l'hygiène sur les lieux de travail, les travaux pénibles, etc., avec, souvent, des dispositions particulières pour les enfants et pour les femmes, notamment les femmes enceintes. Parallèlement, des corps spéciaux d'inspecteurs du travail ont été mis en place. Dans les pays en développement, ces règles sont souvent encore très loin d'être aussi protectrices. Le travail des enfants, notamment, y est largement exploité, au détriment tant de leur santé que de leur instruction. En Inde, par exemple, la question est actuellement très discutée, avec la montée d'actions revendicatives menées par les enfants travailleurs eux-mêmes, qui ont reçu ces dernières années une audience médiatique internationale.

Plus généralement, la mère et l'enfant font, dans la plupart des pays, l'objet de polices sanitaires particulières, notamment, en ce qui concerne la femme enceinte, le nouveau-né et l'enfant en bas âge, mais cet aspect sera évoqué au point 2 ci-après, car ces politiques mettent en œuvre des actes médicaux.

k) Sécurité pharmaceutique et médicale

La police sanitaire vise, enfin, à protéger les citoyens contre tous les dérapages, toujours possibles, de l'activité médicale elle-même. Non seulement elle vise d'une manière générale à contenir l'action dangereuse des charlatans de tous acabits en réglementant l'accès aux différentes professions (médecins, pharmaciens, professions paramédicales, sages-femmes, infirmiers et aides soignants) et en leur imposant directement ou par l'intermédiaire d'organismes professionnels eux-mêmes réglementés, des codes de déontologie appropriés, mais elle entend aussi contrôler le bien-fondé des actes et réprimer les fraudes. Le système est particulièrement complexe et vigilant en matière de production pharmaceutique mais, de plus en plus, les actes professionnels eux-mêmes sont soumis à contrôle, du moins *a posteriori*, à travers le système judiciaire auquel les patients mécontents ont de plus en plus tendance à recourir. Dans les années 1970, aux États-Unis, les indemnités accordées par les tribunaux aux victimes d'erreurs médicales (d'ordre juridique aussi bien que thérapeutique) ont atteint des sommes si importantes

que les primes d'assurance ont dû être considérablement augmentées (Robin et Nativi, 1987). Aussi disproportionnés que soient parfois les recours en justice, surtout quand ils atteignent la sphère politique, comme ce fut le cas dans l'affaire du sang contaminé en France dans les années 1990 (La documentation française, 1993), l'enjeu existe. Cette dernière affaire a bien souligné l'importance du rôle que peuvent et doivent jouer les pouvoirs publics dans le contrôle de la bonne application des connaissances médicales par les professionnels du secteur. *A contrario*, en fermant sciemment les yeux sur les conséquences avérées pour la diffusion du sida d'un commerce traditionnel de sang humain, les autorités politiques chinoises ont laissé ouverte à cette terrible maladie une porte d'entrée qui n'aurait jamais dû l'être⁽¹⁸⁾ (Beach, 2001; Shan *et al.* 2002).

2) La prévention médicale

À la croisée des mesures de police sanitaire et de l'activité médicale proprement dite se trouve tout un secteur de l'action sanitaire des pouvoirs publics : celui de la prévention médicale. On peut distinguer à ce niveau la *prévention primaire*, celle qui consiste à empêcher la maladie d'apparaître (vaccinations, lutte contre les vecteurs d'agents pathogènes, réduction des facteurs de risque) et la *prévention secondaire*, celle qui consiste à détecter très tôt la maladie afin de pouvoir l'éliminer avant que le patient ne devienne réellement malade (dépistage précoce). Primaire ou secondaire la prévention peut s'adresser aussi bien à des maladies infectieuses qu'à des maladies chroniques, par exemple : vaccination contre la rougeole, éradication des moustiques transmetteurs de paludisme, ou lutte contre les facteurs de risque de l'infarctus relèvent de la prévention primaire alors que le dépistage précoce de la tuberculose ou du cancer relèvent de la prévention secondaire.

a) Vaccinations

La vaccination a été et demeure l'un des grands outils de politique sanitaire depuis les travaux de Jenner et les découvertes de Pasteur. Dans les pays développés, la plupart des maladies qu'elle peut prévenir sont sous contrôle mais l'enjeu des politiques de vaccination reste immense pour les pays en développement où les maladies infectieuses et parasitaires continuent de tenir une grande place en terme de causes de décès (qu'il s'agisse de maladies comme la rougeole pour lesquelles il existe déjà un vaccin ou d'autres comme le paludisme ou le sida pour lesquels la procédure d'immunisation reste à inventer) mais aussi dans les pays développés où un relâchement de la protection vaccinale pourrait avoir de graves conséquences.

1. Vaccinations obligatoires et campagnes de vaccination

C'est un domaine où s'imbriquent étroitement les stratégies de police sanitaire (dès lors, par exemple, que l'on rend la vaccination obligatoire, que ce

⁽¹⁸⁾ Voir par exemple, un article paru dans *Le Monde* du 2 décembre 2003.

soit pour l'ensemble de la population ou pour des catégories particulières de population) et les politiques incitatives de prévention médicale.

Dans la plupart des pays, certains vaccins sont obligatoires. Dans un pays comme la France, par exemple, c'est actuellement le cas des vaccins contre la diphtérie, la tuberculose (BCG), le tétanos et la poliomyélite (l'obligation ayant été levée pour la variole en 1982, après que l'OMS ait officiellement déclaré cette maladie éradiquée). La liste des vaccinations obligatoires varie d'un pays à l'autre mais les moyens de faire respecter la règle varient également. En France, les contrevenants encourent des sanctions pénales mais il est bien rare que les pouvoirs publics en viennent à cette extrémité. Le respect de l'obligation passe surtout par le fait que ces vaccins sont administrables dès l'enfance et qu'ils sont exigés pour toute inscription scolaire. La contrepartie est, en toute logique, que la vaccination est gratuitement offerte dans des centres ouverts au public.

Mais au-delà des vaccinations obligatoires, les campagnes d'information et d'incitation à la vaccination jouent, partout, un très grand rôle. Pour la grippe, par exemple, dans beaucoup de pays développés (notamment en Grande-Bretagne, en Australie, en Nouvelle-Zélande, au Canada, etc.), le vaccin est mis gratuitement à disposition pour les personnes de plus de 65 ans (Hannoun, 1999; voir aussi les sites Web des différents ministères de la santé).

2. L'éradication de la variole

L'histoire de l'éradication de la variole permet de bien situer les enjeux stratégiques d'une politique vaccinale. Au temps de la variolisation, le risque de la méthode était grand, mais les ravages de la maladie étaient tels qu'individuellement ou collectivement, la prise de risque pouvait être avantageuse. Avec la vaccination de Jenner et ses améliorations ultérieures le risque est devenu presque négligeable et la stratégie de vaccination obligatoire tout à fait acceptable. La situation était tout autre lorsqu'en 1966 l'OMS décida de lancer sa campagne d'éradication. Sauf dans les régions, devenues rares, où la maladie restait endémique, on n'observait plus, dans la plupart des pays, que quelques cas ou foyers sporadiques importés, à tel point qu'en Europe ou aux États-Unis, par exemple, bien que très faible, le risque vaccinal était devenu moins tolérable⁽¹⁹⁾ et paraissait aux opinions publiques de moins en moins justifier une obligation qui n'avait plus pour but que de protéger les voyageurs et d'empêcher les épidémies de réapparaître (Hannoun, 1999). En décidant d'une campagne massive d'éradication, l'OMS lui donnait une justification toute nouvelle : tenter d'écarter définitivement pour l'humanité entière tout risque de contagion et par là de rendre bientôt la vaccination inutile. Alors qu'on peut estimer qu'en 1967 environ deux millions de personnes avaient contracté la variole, grâce à l'identification très précise des zones endémiques et à la vaccination systématique de toutes les populations concernées, notamment en Inde et en Afrique, le nombre annuel de cas s'est effondré jusqu'à ce qu'on observe, en 1976, le tout dernier cas⁽²⁰⁾.

⁽¹⁹⁾ Le risque d'encéphalite vaccinale pouvant dépasser le risque de contracter la variole.

3. *Le programme élargi de vaccinations*

À partir de cette grande première, l'OMS a mis en place en 1980 un *Programme élargi de vaccination* (PEV) dont l'objectif était de vacciner tous les enfants du monde contre six maladies responsables d'une part importante de la mortalité dans les pays en développement : poliomyélite, rougeole, diphtérie, coqueluche, tétanos, tuberculose (Jones *et al.*, 1985). Assez vite la vaccination des femmes enceintes contre le tétanos pour protéger les enfants à venir du tétanos néonatal a été ajoutée à cette liste. L'idée était d'obtenir une couverture vaccinale mondiale de 100 % en 1990. Cependant, à l'inverse de la variole, ces maladies sont encore endémiques ou violemment épidémiques (rougeole) dans de vastes régions du monde et l'ambition d'une éradication rapide reste aujourd'hui assez hypothétique, à l'exception toutefois de la poliomyélite⁽²¹⁾. Des moyens importants ont pourtant été déployés, non seulement par l'OMS elle-même, mais aussi par l'UNICEF⁽²²⁾, le PNUD⁽²³⁾, la Banque mondiale, ainsi que dans le cadre de nombreux programmes de coopération bilatérale et de l'activité de multiples Organisations non gouvernementales (ONG). En dépit d'un certain nombre de déconvenues, les résultats sont loin d'être nuls et la politique vaccinale est encore aujourd'hui d'une grande importance stratégique, non seulement pour les maladies pour lesquelles existe aujourd'hui un vaccin⁽²⁴⁾ mais aussi et peut-être surtout pour celles pour lesquelles nous n'en disposons pas.

b) La lutte contre les vecteurs

Certaines maladies pour lesquelles aucun vaccin n'existe arrivent à l'homme par l'intermédiaire de vecteurs sur lesquels il est possible d'agir pour éviter l'infection. C'est notamment le cas de nombre de maladies infectieuses ou parasitaires tropicales au premier rang desquelles on peut évidemment placer le paludisme.

1. Difficile éradication du paludisme

On peut tenter de réduire l'incidence de la maladie, en réduisant de façon drastique la population des vecteurs (ou, ce qui revient au même, en réduisant les contacts de cette dernière avec les humains), voire même d'éradiquer la maladie. Quand le cycle du parasite ne peut se perpétuer que grâce à un séjour

(20) Pour s'assurer de la disparition totale de la maladie, l'OMS a alors offert une prime de 1000 dollars à quiconque signalerait un nouveau cas. Aucun cas réel ne l'a plus jamais été et, dès 1980, l'OMS a déclaré la variole officiellement éradiquée.

(21) L'objectif d'éradication de cette maladie, sur laquelle les succès remportés sont déjà importants, fait officiellement partie des cibles à atteindre avant 2005 (voir ci-après, notamment au tableau 3).

(22) *United Nations International Children's Emergency Fund*, créé en 1946 et rebaptisé en 1953 *United Nations Children's Fund* (Fonds des Nations unies pour l'enfance), sans changer de sigle. Son siège est à Genève.

(23) Le Programme des Nations unies pour le développement (*United Nations for Development Fund*, UNDP), créé en 1965, a son siège à New York.

(24) Signalons, notamment, à ce titre le regain d'intérêt du BCG dans le cadre de la lutte contre les maladies opportunistes du sida.

dans l'organisme humain, il suffit de stopper le passage à l'homme durant un temps suffisamment long, sans avoir à faire disparaître définitivement la population des vecteurs. Tel est en effet à peu près le cas du paludisme⁽²⁵⁾ (IRD, 2000) et, même en l'absence d'espoir de vaccin, il a paru d'autant plus souhaitable d'envisager, au niveau de l'OMS, une stratégie d'éradication mondiale, que les pays européens impaludés avaient réussi, au début des années 1940, à passer d'un simple contrôle des zones infectées par assèchement des marais à l'élimination de la maladie grâce au DDT⁽²⁶⁾. Et, de fait, le succès du premier essai de l'OMS dans cette direction a semblé justifier tous les espoirs : au Sri Lanka, à l'issue d'une campagne massive de destruction des moustiques par aspersions systématiques de DDT, l'espérance de vie avait fait un bond spectaculaire, passant de 46 ans en 1945-1947 à 60 ans en 1954. Même si l'on sait maintenant que le recul du paludisme n'a pas été le seul facteur de cette chute spectaculaire de la mortalité⁽²⁷⁾, cette maladie avait alors presque disparu de l'île (Molineaux, 1985). Cependant, plus encore que pour la vaccination, les tentatives faites pour répéter l'opération à plus ou moins grande échelle ont eu beaucoup moins de succès, notamment en Afrique. Non seulement les différentes espèces d'*Anopheles* (le vecteur) ou de *Plasmodium* (le parasite) ne se comportent pas de la même façon, mais certains moustiques deviennent résistants au DDT et certains parasites mutants échappent à l'action de la quinine utilisée préventivement. Et la découverte d'un vaccin se fait toujours attendre malgré les grands espoirs qui avaient cours dans les années 1980 (Molineaux, 1985).

2. Autres espoirs ou tentatives

Après le paludisme, la schistosomiase est sans doute la deuxième maladie parasitaire grave la plus répandue dans le monde. Elle a aussi fait l'objet de différentes campagnes systématiques contre le vecteur de la maladie (un petit gastéropode aquatique de la famille des planorbis), soutenues par l'OMS. Ces campagnes vont évidemment de pair avec l'assainissement de l'environnement et le traitement des sujets infectés mais comportent aussi l'épandage de molluscicides dans l'eau. Le succès de ces campagnes peut avoir un effet important sur la santé et la mortalité des populations du sud, notamment en Afrique. Comme pour le paludisme, cependant, l'objectif d'une éradication est encore assez lointain.

On pourrait évidemment multiplier les exemples de tentatives d'éradication de diverses maladies tropicales selon le schéma simple mis en œuvre dans le cas du paludisme au Sri Lanka. Rares ont été les grands succès. Outre

⁽²⁵⁾ Encore que pour l'une des espèces vectrices *Anopheles funestus*, importante en Afrique, il semble que le moustique pique aussi bien diverses espèces animales que l'homme (IRD, 2000).

⁽²⁶⁾ Les grands travaux d'assèchement effectués jusqu'en 1940, comme par exemple dans les Marais pontins près de Rome, avaient permis de faire reculer le paludisme. Il n'a été réellement possible de l'éradiquer qu'avec l'arrivée en 1943 du DDT. Les tout derniers cas observés en Europe l'ont cependant été en 1976 en Macédoine. (<http://www.chez.com/demosolidarites/adiconfindex.html>, consulté le 20 juillet 2004).

⁽²⁷⁾ Dès 1960, Harald Frederiksen était allé jusqu'à affirmer que cette augmentation de l'espérance de vie obtenue au Sri Lanka ne s'expliquait que par l'amélioration du niveau de vie mais cette thèse a été facilement démentie par Peter Newman (1965).

les problèmes technologiques comme ceux évoqués pour le paludisme, dans tous les échecs apparaît aussi en premier plan la difficulté récurrente de mener à bien des opérations de grande envergure de cette nature dans un contexte économique et socio-culturel qui ne s'y prête pas nécessairement. C'est, de fait, essentiellement cette stratégie de grands programmes sectoriels verticaux qui a été largement remise en cause dès la fin des années 1970 lors de la conférence d'Alma Ata.

c) La lutte contre les facteurs de risque

La prévention médicale comporte un quatrième volet important : la lutte contre les facteurs de risque. Il s'agit de prévenir les maladies en combattant les facteurs qui en favorisent l'apparition. On doit évidemment classer sous cette rubrique tout ce qui est fait pour prévenir les accidents de la route au-delà des seules mesures de réglementation policière mentionnées plus haut (qualité des routes, fiabilité des véhicules, politique de transport, etc.). Arrêtons-nous de préférence sur deux autres champs d'application : la prévention primaire des cancers et celle des maladies cardio-vasculaires.

1. Cancer

Dans le domaine des cancers, il faut distinguer les facteurs de risque qui dépendent de l'organisation économique et sociale et interviennent au niveau des groupes de ceux qui sont liés à la vie individuelle (Flamant, 1976 ; Hatton *et al.*, 1985), même si, souvent, les deux agissent en synergie. Les risques professionnels forment un domaine où l'action des pouvoirs publics est primordiale. Ils sont d'ailleurs en assez grande partie couverts par certains des éléments de police sanitaire évoqués plus haut, complétés par la mise en œuvre de la responsabilité des employeurs. Mais, plus généralement, leur prévention fait aussi l'enjeu de négociations constantes entre les entreprises, l'État, les organismes sociaux et les syndicats, à mesure de l'avancement des connaissances en la matière. L'histoire de l'amiante en est un exemple récent, qui d'ailleurs dépasse le cadre strictement professionnel puisque cette substance aux multiples propriétés a aussi bien été employée dans nombre de produits d'usage domestique (à commencer par les bâtiments) que manipulée dans les usines.

Les facteurs individuels sont directement liés aux comportements individuels de la vie courante, notamment en matière de consommation (alimentaire, d'alcool, de tabac, de médicaments, etc.). Outre les mesures de sécurité alimentaire et la réglementation concernant le tabac et l'alcool évoquées plus haut, l'essentiel de la stratégie sanitaire repose ici sur l'éducation du public.

2. Maladies cardio-vasculaires

La prévention secondaire des maladies cardio-vasculaires, qui vise d'ailleurs parfois les mêmes facteurs de risques que celle des cancers (tabac et alcool par exemple) est un grand classique des politiques sanitaires des pays développés. Lester Breslow (1985) distingue les programmes visant des facteurs isolés des programmes multifactoriaux : lutte contre le tabagisme,

contrôle du taux de cholestérol, surveillance et contrôle de l'hypertension. Dans les programmes multifactoriaux, on tente de réduire en même temps les principaux facteurs de risque (en général les trois que nous venons de citer, plus éventuellement quelques autres comme l'obésité). Dans un cas comme dans l'autre, deux stratégies sont possibles : ou bien l'on identifie, en fonction de divers paramètres, la fraction de population la plus à risque sur laquelle tous les efforts du programme sont alors concentrés (approche médicale) ou bien l'on destine le programme à l'ensemble de la population en misant sur l'effet d'entraînement que pourrait produire le fait que tout le monde est concerné (approche communautaire), comme dans le cas du programme de Carélie du Nord dont nous reparlerons au chapitre 108 qui suit. On peut aussi citer l'exemple du programme de lutte contre les maladies cérébro-vasculaires lancé au Japon en 1969 (Goldman et Takahashi, 1996), fondé en particulier sur la réduction de la consommation de sel.

d) Dépistage précoce

À côté des vaccins qui préviennent l'arrivée de la maladie grâce à l'immunisation de la population ou d'autres moyens (comme la lutte contre les vecteurs) d'empêcher sa transmission, le dépistage des cas pathologiques peut permettre de prévenir une issue fatale ou des complications plus ou moins durablement invalidantes. On parle souvent à ce propos de « *prévention secondaire* ». C'est un autre angle d'attaque majeur pour la médecine préventive et nombre d'actions sanitaires collectives s'appuient sur cette stratégie.

Cette stratégie a notamment été déployée dans un passé récent en Europe pour lutter contre la tuberculose. Du stéthoscope de Laënnec⁽²⁸⁾ à la maîtrise de rayons X⁽²⁹⁾ et, finalement aux tests biologiques (cuti-réaction), il est devenu possible de poser des diagnostics de plus en plus précoces et précis et, en traitant les malades plus tôt, de les conduire plus sûrement à la guérison et avec moins de séquelles graves (surtout depuis la découverte des antibiotiques). Des campagnes de dépistages systématiques ont été organisées (notamment par le biais de la médecine du travail, de la médecine scolaire ou des services de santé des armées). Beaucoup plus que le BCG, c'est cette stratégie qui a réduit la portée de la maladie jusqu'à la place marginale qu'elle occupe aujourd'hui dans la pathologie des pays développés (Vallin et Meslé, 1999).

Le dépistage précoce tient actuellement une grande place dans la médecine préventive contre nombre d'affections. Citons trois domaines particulièrement importants : le cancer, les maladies cardio-vasculaires et les affections congénitales.

(28) René Laënnec (1781-1826), médecin français, inventeur du stéthoscope et de l'auscultation médiate.

(29) Radioscopie et radiographie ont été massivement utilisées à des fins médicales dès la Première Guerre mondiale (Bordy *et al.*, 1992).

1. Le cancer

La politique de lutte contre le cancer est l'exemple le plus important car, en dehors de la difficile action sur les facteurs de risque, il n'existe presque aucun moyen de prévenir (au sens strict) cette maladie. Le dépistage précoce présente d'autant plus d'avantages que le succès des procédures de traitement est très lié à la précocité du diagnostic. Compte tenu, enfin, de la place prise par le cancer dans la mortalité des pays développés, surtout depuis le recul massif des maladies cardio-vasculaires, il est devenu un enjeu majeur des politiques de santé publique des pays développés. Tous ont adopté des programmes plus ou moins complets de dépistage systématique du cancer : cancer de l'utérus, grâce aux frottis vaginaux, du sein grâce à la mammographie, de la prostate (toucher rectal et dosage du PSA⁽³⁰⁾ dans le sang) sont les plus couramment inclus dans des programmes concernant toute la population concernée (selon le sexe et l'âge). Le dépistage systématique des cancers de l'estomac ou du côlon est plus discuté en raison des coûts et du caractère plus invasif des procédures. Dans ce type de situation, le dépistage est plutôt restreint à des populations à risque. Au Japon, par exemple, des campagnes de dépistage systématique du cancer de l'estomac ont été entreprises dès les années 1960 dans certaines zones particulièrement touchées (Kitagawa et Hishami, 1970 et Oshima *et al.* 1979, cités par Hatton *et al.*, 1985).

2. Les maladies cardio-vasculaires

Les programmes de dépistage de maladies cardio-vasculaires plus ou moins systématiques ou ciblés sur des catégories à risque sont aussi variés, touchant notamment aux pathologies les plus importantes en termes de mortalité ou d'invalidité. La coronarographie permet de déceler assez tôt l'athérosclérose et de la traiter, voire de décider de pontages. Toujours dans le domaine des maladies du cœur, l'échographie permet d'anticiper l'anévrisme de l'aorte tandis que, dans celui des maladies cérébro-vasculaires, le Doppler peut détecter les atteintes de la carotide.

3. Les maladies de la période périnatale

La périnatalité constitue aussi un large champ pour de multiples dépistages précoces qui ont largement contribué, dans tous les pays développés, à la baisse radicale de la mortalité infantile et au recul des maladies congénitales. C'est en grande partie à cette activité qu'est destinée la pratique des visites médicales prénatales et post-natales que nombre de pays ont rendu obligatoires. Le diagnostic prénatal permet dans les cas extrêmes de recourir à l'avortement thérapeutique mais il permet aussi, tout comme le dépistage néonatal, de traiter rapidement des affections qui autrement seraient fatales ou gravement invalidantes. En France par exemple, dès les années 1960, le dépistage de la phénylcétonurie à la naissance (test de Guthrie) a permis, par une simple mise sous régime, d'éviter un grand nombre de handicaps. La prise en compte des incompatibilités rhésus (grâce au test sanguin des parents),

⁽³⁰⁾ Prostate-Specific-Antigen.

celle des risques de rubéole, toxoplasmose ou sida chez la femme enceinte, le remboursement de l'amniocentèse des femmes enceintes de plus de 38 ans pour prévenir la trisomie 21, font aussi partie de la panoplie.

4. Bilans de santé

Plus généralement, dans certains pays, sont organisés, notamment pour certaines tranches d'âges, des *check-up* couvrant un spectre plus ou moins large de pathologies possibles.

Cette politique de dépistage précoce est, malheureusement, beaucoup plus coûteuse et difficile à organiser que la vaccination et la lutte contre les vecteurs de certaines maladies infectieuses. Elle suppose notamment un équipement médical et biologique auxquels la plupart des pays en développement ne sont pas en mesure de donner accès à toute la population. Elle ne peut être mise en œuvre, dans ces pays, qu'à mesure de leur développement économique et social général.

3) De la prévention des maladies au traitement des malades

Mieux vaut prévenir que guérir, dit-on. Certes, mais quand la maladie est là, il faut bien aussi tenter de se donner les moyens d'en guérir. Les politiques de santé, très impliquées, comme on vient de le voir, non seulement dans la mise en place de règlements sanitaires et de leur application, mais aussi dans la mise en œuvre de programmes de prévention médicale, peuvent-elles, doivent-elles aussi se mêler du traitement des maladies (autrement qu'en en fixant la déontologie)? La question est éminemment philosophique et même idéologique. Tout État moderne, aussi libéraux qu'en soient les fondements, peut aisément admettre sa pleine responsabilité en matière de police sanitaire et n'a pas trop de mal à reconnaître qu'il doit aussi prendre à sa charge au moins une part de la prévention médicale car elle vise avant tout un objectif collectif qui ne coïncide pas toujours nécessairement avec l'intérêt individuel des personnes qu'elle implique (ou du moins la perception qu'elles en ont). Les pouvoirs publics fondés à décider de mesures d'intérêt général sont aussi appelés à en assumer le coût. On pourrait imaginer qu'il en aille très différemment du traitement des maladies, qui relève explicitement de l'intérêt du malade (ou de sa famille) et pour lequel seul l'intéressé est compétent et responsable : libre à lui de décider ou non de se soigner et de recourir ou non aux services médicaux, mais à lui aussi d'en prendre en charge le coût, soit directement, soit indirectement en contractant une police d'assurance. Il n'existe pourtant aucun pays au monde où aucune institution collective n'intervient aussi, au moins en partie, dans la prise en charge financière du traitement des maladies.

Cela peut d'ailleurs, théoriquement, se faire imperceptiblement, sans frais supplémentaires, si, par exemple, la seule intervention de l'État consiste à rendre un système d'assurance obligatoire. Il n'a alors aucun besoin de prélever sur le budget public. Mais, dès le moment où l'assurance est obligatoire, les primes payées par les assurés, même si elles ne sont pas tout à fait de

même nature que les impôts prélevés par le fisc, peuvent leur être assimilés et viennent accroître la masse de ce que l'on appelle de plus en plus les *prélèvements obligatoires*. On peut donc dire que ce sont les pouvoirs publics qui décident de l'intérêt de la dépense à faire pour se soigner et de la manière dont elle doit être financée. Il faut d'ailleurs très vite définir les risques qui doivent être ainsi couverts, les primes qu'il est raisonnable de prélever pour les couvrir, les tarifs que peuvent pratiquer les prestataires de service, etc. et, de plus en plus, les pouvoirs publics sont tentés de régler précisément tous ces domaines, même s'ils le font en concertation avec les partenaires sociaux.

Mais laissons, provisoirement, cette irruption aussi globale qu'indirecte des politiques de santé dans le traitement des malades, pour commencer par évoquer d'autres points d'entrée, plus directs mais aussi plus spécifiques. Au-delà, en effet, de la protection contre les risques collectifs qui justifie police sanitaire et prévention médicale, les pouvoirs publics ont été amenés à prendre aussi en charge le traitement des malades pour répondre à, au moins, trois types d'objectifs différents : (a) contenir, réduire ou éradiquer une maladie jugée prioritaire ; (b) garantir la meilleure santé possible à une catégorie de population spécifique ; (c) réduire les inégalités. Dans tous ces cas, des programmes polyvalents ont été mis en place, incluant aussi bien le traitement des malades que la prévention des maladies. Donnons-en quelques exemples.

a) Lutter contre des maladies prioritaires

Pour différentes raisons (politiques, sociales, éthiques, etc.), la lutte contre certaines maladies peut être considérée comme prioritaire. Tout ce qui peut en réduire la portée, y compris la prise en charge du traitement, devient alors un enjeu de santé publique. Ce fut le cas dans le passé de maladies infectieuses telle que, par exemple, la tuberculose et le sida nous a récemment replacés devant un enjeu en bien des points comparable. Du côté des maladies de dégénérescence ou chroniques, il paraît utile d'évoquer ici, sous certains aspects, les maladies mentales et le cancer.

1. La tuberculose hier et aujourd'hui

Assez tôt, dans la seconde moitié du XIX^e siècle, la tuberculose est apparue comme un enjeu de société, une maladie sociale non seulement parce qu'elle frappait surtout des familles pauvres, vivant dans des logements insalubres et, pour certains de leurs membres, soumises à des conditions de travail pénibles mais aussi parce que ces différentes conditions néfastes étaient très liées à l'évolution de la société imposée par la Révolution industrielle, l'urbanisation et le capitalisme libéral. De plus la maladie étant contagieuse et attirant l'opprobre publique, il convenait d'en réduire au minimum la portée par tous les moyens. C'est ainsi qu'au-delà des efforts précités dans le domaine de la prévention, dans la plupart des pays européens, l'État et les collectivités locales sont assez tôt intervenus au niveau des soins, en construisant par exemple des *sanatoriums* offrant gratuitement (ou presque) soins et traitements aux malades (Faure, 1994, p. 217).

2. *Le sida*

Plus récemment, très tôt après son apparition dans les années 1980, le sida⁽³¹⁾ a reçu des pouvoirs publics une attention assez semblable. Les raisons en ont été en partie différentes : choc produit par l'annonce d'une explosion sans précédent, doutes sur les possibilités de mettre rapidement au point un vaccin efficace, par exemple. Mais d'autres étaient de même nature, tel l'anathème lancé contre une maladie liée au sexe qui a lui-même provoqué en retour une réaction politique favorable aux malades du sida, tandis qu'il semblait urgent d'éviter que l'essentiel de la population soit contaminé par des malades appartenant surtout à des catégories sociales assez marginales (homosexuels, drogués, transfusés). Là encore, tout devait être fait non seulement pour prévenir mais aussi pour guérir (si possible) les malades. Des moyens considérables ont été alloués à la recherche et dès que les premiers médicaments (très coûteux) ont été disponibles, ils ont été, de diverses façons, délivrés gratuitement ou remboursés aux malades, dans beaucoup de pays développés. L'un des malheurs des pays en développement et surtout de l'Afrique au sud du Sahara est que ces médicaments sont si chers et les malades si nombreux que cette stratégie est totalement hors de leur portée et même de celle d'aucun programme international dans leurs limites actuelles. L'autre malheur est que l'énorme effort de recherche développé par les pays riches a porté prioritairement sur le médicament plutôt que sur le vaccin qui eut été beaucoup plus adapté au problème posé dans les pays fortement infectés. Un commencement de soulagement se dessine à l'issue de la récente bataille juridique qui a permis à certains pays comme le Brésil, l'Inde et la Thaïlande (ONUSIDA, 2004) de commencer à produire des antirétroviraux sans avoir à payer de royalties aux compagnies pharmaceutiques qui les ont mis au point ou à d'autres, comme l'Afrique du Sud, de les importer à bon marché. Il n'en reste pas moins que le traitement à vie systématique de tous les malades continue de dépasser la capacité financière de la plupart des pays les plus touchés.

3. *Les maladies mentales graves*

Le traitement des maladies mentales a très tôt été considéré comme étant en grande partie du ressort des pouvoirs publics. Non pas, au départ, dans l'intérêt du malade (pour lequel le plus clair du traitement était l'enfermement) mais dans celui de la société qu'il convenait de protéger contre des malades dangereux (ou simplement indésirables). Mais quand la prison a cédé le pas à l'hôpital psychiatrique, peu à peu, celui-ci est devenu un lieu de soins et cette nouvelle fonction a fini par l'emporter assez largement sur la première. Là encore, dans beaucoup de pays, pour ces raisons historiques, renforcées par d'autres plus modernes (incapacité des malades mentaux à se prendre en charge, injustice du poids que leur maladie représente pour leurs familles, etc.) les pouvoirs publics ont plus ou moins complètement pris en charge les traitements psychiatriques. Et cette attitude a perduré lorsque dans les années 1970 et 1980 beaucoup de pays ont, à la suite de l'exemple italien,

⁽³¹⁾ De SIDA, pour *syndrome d'immunodépression acquise*.

entièrement repensé leur système de traitement des malades mentaux en priviliégiant le traitement à domicile et en s'efforçant de réduire au minimum la population des hôpitaux psychiatriques (Meslé et Vallin, 1981), voire en les supprimant comme en Italie, pour ne conserver que des structures spécialisées légères ou des services psychiatriques ordinaires des hôpitaux généraux⁽³²⁾. En France, qu'elles soient traitées à domicile ou en milieu hospitalier, les maladies mentales graves (psychoses, troubles graves de la personnalité) font partie de la liste des maladies longues et coûteuses dont le traitement est systématiquement remboursé à 100 % et qui font l'objet de régimes de congés maladies plus favorables⁽³³⁾.

4. Le cancer

Le cancer aussi tient, dans nos sociétés modernes, une place particulière. Provoquant le plus souvent une maladie longue avec une phase invalidante importante, il a longtemps été considéré comme un mal incurable ou fait l'objet de traitements pénibles et coûteux aux résultats incertains. Mais, avec l'effondrement des maladies infectieuses, il est devenu dans tous les pays à forte espérance de vie une des deux principales causes de décès après les maladies cardio-vasculaires. Le recul massif de ces dernières, à partir des années 1970, a rendu encore plus impérieuse la lutte contre cette maladie porteuse de beaucoup des frayeurs de nos contemporains. Là encore, les pouvoirs publics ont, dans certains pays, décidé d'assumer en tant que tels une plus ou moins grande partie des traitements. En France, par exemple, non seulement tous les cancéreux bénéficient du régime de la longue maladie mais, de façon assez comparable à ce qui avait été fait pour la tuberculose avec la construction des sanatoriums, on a créé de toutes pièces des hôpitaux spécialisés dans le cancer, dont le plus célèbre est sans nul doute l'Institut Gustave Roussy de Villejuif en région parisienne. Tout récemment encore, la priorité accordée à cette maladie a été réaffirmée, au plus haut niveau de l'État, dans une déclaration solennelle du Président de la République⁽³⁴⁾.

⁽³²⁾ Réforme entreprise dans le cadre du *désaliénisme*, mouvement inspiré par Franco Basaglia et aboutissant à la loi 180 de 1978.

⁽³³⁾ Ce régime, plus simplement appelé régime de la « *longue maladie* » dépasse en fait très largement le cas des maladies mentales puisqu'il offre, d'une part, la gratuité totale (dispense du « ticket modérateur ») des frais d'hospitalisation et de soins médicaux dès lors qu'il s'agit de l'une des maladies figurant sur une liste arrêtée par décret (actuellement, 30 maladies) ou de « *toute affection comportant un traitement prolongé et une thérapeutique particulièrement coûteuse* » et, d'autre part, le maintien des indemnités journalières en cas d'interruption de travail de plus de six mois (Vallin, 1979b). Les 30 maladies sont les suivantes : accident vasculaire cérébral invalidant, insuffisance médullaire et autres cytopénies, artériopathies chroniques, bilharziose compliquée, insuffisance cardiaque grave, maladies chroniques actives du foie et cirrhoses, déficit immunitaire primitif grave et infection à VIH, diabète de type 1 et 2, affection neurologique et musculaire et épilepsie, hémoglobi-nopathies et hémolyses, hémophilies et affections de l'hémostase graves, hypertension artérielle sévère, maladie coronaire, insuffisance respiratoire chronique grave, lèpre, maladie de Parkinson, maladies métaboliques héréditaires, mucoviscidose, néphropathie chronique et syndrome néphrotique, paraplégie, périartérite noueuse, lupus et sclérodermie, polyarthrite rhumatoïde évolutive grave, psychose ou trouble grave de la personnalité, recto-colite hémorragique, sclérose en plaques, spondylarthrite ankylosante grave, suite de transplantation d'organe, tuberculose active, tumeur maligne ou affection hématopoïétique.

b) Garantir la meilleure santé possible à certaines catégories de population

Pour différentes raisons, il est également apparu comme de la responsabilité des pouvoirs publics d'offrir à certaines catégories de population le meilleur accès possible à la santé, y compris en prenant en charge des activités curatives. Évoquons ici quelques exemples classiques concernant les travailleurs, les femmes enceintes, les enfants et les personnes âgées.

1. Travailleurs

Depuis le XIX^e siècle, la santé des « travailleurs » (il s'agissait alors essentiellement des ouvriers, mais on devrait plutôt dire aujourd'hui les salariés) a fait l'objet d'une attention particulière de la part des pouvoirs publics, soit qu'ils aient voulu prendre soin de la force de travail sur laquelle reposait la révolution industrielle, soit qu'ils aient fini par faire droit aux revendications des travailleurs, notamment par rapport aux risques encourus du seul fait de leur travail. En France, par exemple, c'est par la mise en œuvre du droit à réparation en cas d'accident du travail ou de maladie professionnelle qu'est né le premier exemple de couverture totale de certains soins de santé. En théorie ouvert, depuis la Révolution, sur la seule base de l'article très général du code civil sur la responsabilité personnelle⁽³⁵⁾, ce droit des travailleurs à l'égard de leur patron a dû être précisé et strictement réglementé par toute une législation spécifique pour qu'il soit réellement mis en usage et celui-ci n'est vraiment devenu universel qu'avec le développement de systèmes d'assurance obligatoire. C'est donc bien, finalement, grâce à l'implication forte et constante des pouvoirs publics que les salariés bénéficient actuellement dans beaucoup de pays d'une prise en charge totale des frais de traitement en cas d'accident du travail ou de maladie professionnelle, ainsi que d'indemnités particulières en cas d'arrêt de travail ou d'invalidité temporaire ou définitive. Parallèlement au développement de cette législation spéciale, l'État, les collectivités locales, les mutuelles, ont aussi mis en place différents services de médecine du travail qui jouent une fonction préventive importante déjà évoquée plus haut mais peuvent aussi parfois intervenir au niveau des soins.

2. Femmes enceintes

Les femmes enceintes forment une autre catégorie de population bénéficiant dans beaucoup de pays d'une législation particulière leur ouvrant droit non seulement à des mesures de prévention pour elles et leur enfant à naître (rappelons au passage le rôle très important joué en matière de prévention tant par le congé maternité que par les dispositions spéciales du droit du travail), mais aussi à certains soins ou traitements. Tout d'abord, avant même la grossesse, le traitement de la stérilité, notamment la procréation médicalement

⁽³⁴⁾ « *Le cancer est un véritable drame national qui exige un effort considérable de recherche, de prévention, de dépistage, de traitement, y compris de traitement psychologique* » (Jacques Chirac, déclaration du 14 Juillet 2002).

⁽³⁵⁾ « *Tout fait quelconque de l'homme, qui cause à autrui un dommage, oblige celui par la faute duquel il est arrivé, à le réparer* » (Code Civil, art. 1382).

assistée, est, dans beaucoup de pays, totalement pris en charge. Il en va de même des traitements permettant de mener à bien une grossesse à risque ou du traitement de certaines maladies de la femme pouvant affecter l'enfant. Enfin, l'accouchement lui-même et les suites de couches font l'objet d'une prise en charge particulière dans beaucoup de pays. Cette politique spéciale concernant la grossesse est évidemment en rapport avec les politiques de soutien à la fécondité dans les pays préoccupés par une fécondité jugée trop faible, dont la France est un exemple type. Mais elle est aussi, notamment dans les pays en développement, en rapport étroit avec la place croissante prise ces derniers temps par les programmes concernant la santé de la reproduction sous l'impulsion donnée à ce secteur par le FNUAP⁽³⁶⁾ depuis la Conférence du Caire⁽³⁷⁾.

3. Enfants

Les enfants font aussi l'objet de dispositions spéciales dans nombre de pays développés ou en développement allant bien au-delà de la seule prévention. Dans les pays développés, différentes politiques spécifiques ont été conduites au cours de l'histoire et le sont encore aujourd'hui, incluant la prise en charge de soins médicaux ou de supplémentation alimentaire pour lutter contre la malnutrition (notamment par le biais de cantines scolaires gratuites ou subventionnées). Mais les plus typiques de la période récente sont les programmes concernant la périnatalité, auxquels on aurait d'ailleurs pu raccrocher une bonne part des actions évoquées au paragraphe précédent. Ce sont en grande partie ces programmes qui ont permis de réduire la mortalité infantile à des niveaux que l'on croyait encore tout à fait hors de portée il y a à peine quelques décennies, grâce à une réduction sans précédent de la mortalité néonatale. Ces programmes reposent beaucoup sur des mesures de prévention déjà évoquées plus haut mais ils comportent aussi le plus souvent la prise en charge du traitement des maladies, dysfonctionnements ou malformations diagnostiqués dans le cadre du dépistage précoce. Cela se fait d'autant plus logiquement et aisément que, souvent, ce type de traitement doit être pratiqué dès les premiers jours de la vie, alors que le nouveau-né se trouve encore en milieu hospitalier (en maternité) et que dans beaucoup de pays développés, la période d'hospitalisation pour accouchement est totalement prise en charge, même si elle est de plus en plus courte.

Dans les pays les moins développés, l'accouchement est rarement aussi médicalisé et l'urgence, en matière de mortalité infantile, reste encore la mortalité post-néonatale, où comptent bien davantage l'infection et la malnutrition. C'est vers ces dernières que sont orientés les efforts particuliers des gouvernements envers la santé des enfants, ainsi que ceux de la coopération internationale bi ou multilatérale. Nous avons déjà évoqué l'action importante de l'OMS et de l'UNICEF à propos de la prévention de maladies infectieuses

⁽³⁶⁾ Le Fonds des Nations unies pour les activités en matière de population (*United Nations Fund for Population Activities, UNFPA*), dont le siège est à New York, a été créé en 1969. Depuis, il a pris le nom de Fonds des Nations unies pour la population.

⁽³⁷⁾ Conférence internationale sur la population et le développement (CIPD), Le Caire, 1994 (voir, notamment : Nations unies, 1998/United Nations, 1995).

infantiles. Les programmes développés par ces organismes ainsi que d'autres comme le PNUD⁽³⁸⁾, la FAO⁽³⁹⁾ ou le PAM⁽⁴⁰⁾ en faveur de l'enfance comportent aussi de nombreux aspects curatifs tels que le traitement de la diarrhée par les sels de réhydratation (Victora *et al.*, 2000) ou la lutte contre la malnutrition (Beghin et Vanderveken, 1985; Kielmann et Taylor, 1969; Taylor *et al.*, 1968).

4. Personnes âgées

La santé des personnes âgées est aussi un objectif qui, dans certains pays, mobilise l'action des pouvoirs publics bien au-delà de la prévention. Dans les pays en développement où cette tranche d'âge ne compte encore qu'une très faible part de la population et où les liens intergénérationnels traditionnels sont encore très forts, les gouvernements ne s'en soucient pas particulièrement et laissent le plus souvent aux familles le soin de pourvoir aux besoins de santé de leurs vieillards. En revanche, dans les pays développés aux populations vieillies, la question est devenue un enjeu de société d'une portée considérable. Il est intéressant de mentionner à ce propos l'exception faite aux États-Unis en faveur des personnes âgées, dans le contexte d'une approche générale très libérale de la prise en charge des soins de santé. En principe, cette charge incombe aux individus et aux familles qui sont évidemment libres de s'assurer ou de négocier avec leurs employeurs que ceux-ci les assurent. Cependant, en dérogation à ce sacro-saint principe, un régime spécial, *Medicare*, a été créé, en 1965, pour les personnes de plus de 65 ans⁽⁴¹⁾ (Card *et al.*, 2004). La prise en charge n'est certes ni complète (seuls les frais d'hospitalisation sont automatiquement couverts, *Medicare* ne fait qu'offrir une possibilité d'assurance pour les soins médicaux) ni sans contrepartie (les droits ne sont ouverts qu'aux personnes ayant cotisé durant au moins 40 trimestres et les membres de leurs familles) mais c'est le seul cas d'envergure où l'État américain a créé un système d'assurance obligatoire et dont il décide les règles et les tarifs. C'est dire l'attention particulière que ce pays porte à la santé de ses vieillards.

5. Aide aux victimes

Enfin, sans vouloir multiplier les exemples à l'excès, mentionnons succinctement l'attention particulière prêtée aux victimes d'accidents ou d'attentats. Les premiers soins sont généralement prodigués par les services de protection civile dont l'équipement est de mieux en mieux adapté. En matière d'accident de la route, la suite est généralement couverte par le jeu des assurances qui lui-même est largement encadré par celui des assurances obligatoires. S'agissant de catastrophes naturelles ou d'attentats, l'assistance

⁽³⁸⁾ Programme des Nations unies pour le développement (*United Nations for Development Fund, UNDP*).

⁽³⁹⁾ Pour *Food and Agriculture Organisation* (Organisation des Nations unies pour l'agriculture et l'alimentation). Le sigle français OAA est inusité. Créée en 1945, elle a son siège à Rome.

⁽⁴⁰⁾ Programme alimentaire mondial (*World Food Program, WFP*), créé en 1963.

⁽⁴¹⁾ Auxquelles s'ajoutent, dans certains cas, les handicapés de moins de 65 ans, ainsi que les personnes sous dialyse rénale.

publique aux victimes s'est récemment beaucoup développée, s'étendant même de plus en plus souvent, sur le plan médical, à une assistance psychologique.

b) Réduire les inégalités

La troisième des principales raisons qui ont poussé les pouvoirs publics à s'impliquer, au-delà de la prévention, dans le traitement des malades eux-mêmes est la volonté de réduire les inégalités, qu'il s'agisse d'inégalités internationales entre les populations des différents pays du monde ou de disparités internes au sein de chaque pays. En interne, des efforts ont été déployés principalement dans deux directions : disparités géographiques et disparités sociales.

1. Réduire les disparités internes

Dans les pays développés les **disparités géographiques** de la mortalité se sont considérablement atténuées (voir chapitre 55, volume III). C'est pour l'essentiel le résultat d'actions publiques menées dans tous les domaines sans, bien souvent, que l'objectif sanitaire en soit explicite. L'État, en effet, centralisé ou non, veille en général à étendre son action de façon aussi harmonieuse que possible à l'ensemble de son territoire, en matière de développement économique, social, culturel, etc., créant par là les bases d'une réduction des inégalités géographiques en tout genre qui concourent d'une façon ou d'une autre aux inégalités de santé. Plus explicitement tournée vers cet objectif, la constitution des réseaux d'infrastructure médicale tramant l'ensemble du territoire y contribue de façon évidente, aux côtés des mesures de police sanitaire et de l'action publique préventive qui sont censées bénéficier également à tous les habitants. Mais certains pays ont fait plus. Constatant qu'en dépit de tout cela, certaines régions souffraient de problèmes particuliers engendrant une surmortalité jugée anormale, certains gouvernements ont entrepris de les réduire par une politique spécifique. Ainsi, en 1956, le ministère français de la Santé publique et de la population avait-il demandé à l'INED de réaliser une enquête sur les causes des taux de mortalité infantile anormalement élevés constatés dans le Nord et le Pas-de-Calais (Girard *et al.*, 1960) et mené ensuite une campagne auprès des populations, des entreprises et des collectivités locales pour tenter de les réduire. Plus illustrative encore est l'expérience de la Finlande à propos de la Carélie du Nord. (Puska *et al.*, 1981, cité par Breslow, 1985). Vers la fin des années 1960, cette population de 180 000 personnes avait peut-être la mortalité par maladies coronariennes la plus élevée du monde (Breslow, 1985). Au début des années 1970, un vaste programme visant à abaisser la pression sanguine, le taux de cholestérol et la consommation de cigarettes ainsi qu'à favoriser le traitement précoce des patients atteints de maladies cardio-vasculaires fut lancé, impliquant tout le tissu de l'organisation sociale et le réseau des services sanitaires. Cinq ans plus tard, en 1977, la mortalité par maladies coronariennes à 30-64 ans avait baissé de 13 % chez les hommes et de 31 % chez les femmes (Breslow, 1985).

L'inégalité sociale devant la mort est aussi un sujet de préoccupation conduisant les pouvoirs publics à prendre des mesures de santé particulières. Passée l'époque où, comme les malades, ils étaient plus vus et traités comme une menace contre la société que comme une catégorie méritant soins et attention, les pauvres ont fait l'objet, d'abord de mesures d'assistance, puis de programmes de santé particuliers. En France, par exemple, dès 1893, une loi avait institué une *assistance médicale gratuite* pour les plus démunis. L'institution des régimes de sécurité sociale après la Seconde Guerre mondiale n'a pas suffi à rendre ces dispositions caduques car un nombre non négligeable de personnes pauvres restaient hors du système. Elles ont seulement été refondues, en 1953, en une *aide médicale gratuite* (AMG) accordant la gratuité des soins à toute personne résidant en France et ne pouvant y subvenir. Mieux, même quand en 1999 était créée la *couverture médicale universelle* (CMU) au bénéfice des quelque 150 000 à 200 000 personnes résidant en France sans droits à la sécurité sociale ainsi que des 550 000 personnes jusqu'alors assurés volontaires, il restait encore un nombre non négligeable d'exclus puisque la CMU est réservée aux personnes résidant *régulièrement* en France depuis plus de 3 mois. Un système d'*aide médicale d'État* (AME) a donc été conservé. C'est seulement par ce biais que les sans papiers et leurs familles peuvent recevoir les soins de santé dont ils ont besoin. En 2003, l'AME couvrait 180 000 personnes.

Bien entendu, l'extrême pauvreté n'est pas la seule inégalité sociale devant la maladie et la mort et, dans la seconde moitié du xx^e, c'est bien à l'ensemble de ces inégalités que l'on a voulu s'attaquer globalement en créant dans nombre de pays développés des systèmes quasi universels de sécurité sociale. Nous y reviendrons plus bas.

2. Réduire l'écart entre pays riches et pays pauvres

Les politiques visant à réduire les **inégalités à l'échelle internationale** sont plus récentes. Elles sont nées pour l'essentiel après la Seconde Guerre mondiale, avec la création de l'OMS, la montée des mouvements tiers-mondistes et la mise en place de programmes internationaux visant à réduire la surmortalité des pays en développement. Cependant, malgré les succès indéniables remportés ici ou là, les premières tentatives en ce sens fondées soit sur la mise en œuvre de grands programmes, dits « verticaux », de lutte contre telle ou telle maladie à forte incidence (l'une des principales missions que s'était donnée l'OMS), soit sur la construction de grands hôpitaux de référence supposés dynamiser l'ensemble des services sanitaires du pays (stratégie essentielle et pas toujours désintéressée des coopérations bilatérales), ont rapidement atteint leurs limites. Elles n'ont généralement bénéficié qu'à une fraction privilégiée de la population, principalement urbaine, laissant sur le bord du chemin l'essentiel des masses rurales. En 1978, à la Conférence d'Alma Ata, s'inspirant de l'expérience chinoise impressionnante des « *médecins aux pieds nus* » mise en place durant la *Révolution culturelle*⁽⁴²⁾, l'OMS s'est tournée vers une stratégie radicalement différente, la « *stratégie des soins de santé primaires* » (OMS, 1978).

Dans le cadre de cette nouvelle stratégie, il ne s'agit plus de tenter de se débarrasser plus ou moins définitivement de telle ou telle maladie, mais de s'efforcer d'obtenir un progrès sanitaire global décisif au bénéfice des populations qui y ont le moins facilement accès. L'accent est mis sur la nécessité de traiter le problème au niveau de la communauté en tenant compte de son contexte économique et socioculturel. L'objectif est de « *résoudre les principaux problèmes de santé de la communauté en assurant les services de promotion de prévention de soins et de réadaptation nécessaires* » et le texte de la *Déclaration d'Alma Ata* précise que cela comporte au minimum : éducation sanitaire, fourniture alimentaire et nutritionnelle, approvisionnement en eau potable et assainissement de base, services de protection maternelle et infantile, y compris la planification familiale, vaccinations de base, lutte contre les endémies locales, traitement des maladies et lésions les plus courantes, fourniture des médicaments essentiels.

Les gouvernements de chaque pays sont responsables de la réorientation de leurs politiques de santé en fonction de cette nouvelle stratégie tandis que les organisations internationales et autres acteurs de la coopération doivent y apporter leur concours technique et leur soutien financier en redéployant vers ces nouveaux objectifs l'aide qu'ils fournissent aux politiques de santé des pays pauvres.

Aussi évidente et nécessaire qu'elle puisse paraître, cette nouvelle stratégie a rencontré de multiples difficultés sur le terrain. D'une part, pour « primaires » qu'ils soient, ces soins, très multiples, sont coûteux, dès lors que la population cible en est en fait la plus grande masse. Mais, d'autre part, tant les bénéficiaires privilégiés du système antérieur que ses acteurs, ont opposé une forte résistance, ne serait-ce que passive, à tout redéploiement important des moyens existant. Enfin, à Alma Ata, les pays riches n'avaient pris aucun engagement financier nouveau de quelque envergure. La plupart des gouvernements ont, bien entendu, adopté (souvent par la voie législative) des politiques de santé suivant la stratégie des soins de santé primaires, mais les commencements d'application réelle ont été plus rares et n'ont pratiquement jamais conduit au véritable renversement des priorités qui aurait pu aboutir aux résultats escomptés. C'est pourtant bien cette stratégie (qu'elle ait été formulée avant ou après Alma Ata) qui a permis à des pays comme le Costa Rica (Rosero-Bixby, 1985), le Kenya (Mosley, 1985) ou l'État du Kerala en Inde (Nayar, 1985), d'obtenir une progression de leur espérance de vie bien au-delà de ce qu'on aurait pu attendre de leur développement économique, sans oublier la Chine déjà mentionnée plus haut.

(42) En 1965, constatant que le ministère de la santé publique ne travaillait que pour 15 % de la population du pays, Mao Tsé Toung demanda que l'on mette l'accent sur le travail médical en milieu rural et 150 000 travailleurs médicaux ayant reçu une formation de base quittèrent les villes pour exercer leurs compétences en milieu rural. Ces « *médecins aux pieds nus* » étaient des personnels de santé ayant reçu au départ quelques mois de formation médicale en suivant ensuite des stages de perfectionnement. Leur mission était de parer au plus pressé, au bénéfice du plus grand nombre, en matière de prévention, de traitements simples, de dépistage des cas difficiles à diriger sur des médecins ou hôpitaux. Ils étaient soit affectés à des villages soit intégrés à des équipes mobiles couvrant des territoires moins denses (Selden, 1972).

Plus récemment, différentes initiatives ont été prises pour essayer de relancer cette stratégie. L'une des plus importantes a été l'*Initiative de Bamako* (Brunet-Jailly, 1997; Soucat *et al.* 1997).

4) *Tout pour tous*

En fait, l'adoption par l'OMS de la stratégie des soins de santé primaires peut s'interpréter comme la traduction au niveau international de l'idée de plus en plus admise à l'époque que les pouvoirs publics, à tous les niveaux, doivent conduire des politiques donnant à tous accès à la santé. Accorder la priorité aux soins de santé primaires n'était essentiel que parce que les masses rurales constituant la grande majorité des populations du Tiers-Monde n'avaient pas accès aux services offerts par les structures sanitaires classiques. L'ambition fondamentale était d'offrir à tous un accès minimum à la santé, sans attendre que le développement économique permette d'étendre au plus grand nombre l'accès aux services classiques. C'était un premier pas vers «*la santé pour tous en l'an 2000*» dont l'OMS allait bientôt faire son slogan.

C'est, d'une toute autre façon, ce même souci de voir les pouvoirs publics garantir la santé pour tous par tous les moyens possibles qui a conduit nombre de pays industriels (notamment les pays européens) à passer de l'idée d'égaliser les chances en aidant les catégories sociales les plus démunies à accéder aux soins de santé à celle de prendre collectivement en charge la santé de tous dans le cadre d'un *État providence*, dont la santé publique n'est d'ailleurs qu'un élément parmi d'autres.

a) *Pays développés : l'État providence*

On ne parlerait peut-être pas d'État providence si cette notion ne s'étendait pas, bien au-delà des questions sanitaires, à la prise en charge collective de l'ensemble des risques (chômage, charges familiales, vieillesse) et besoins (instruction, congés, etc.) sociaux majeurs. Nous ne traiterons bien sûr ici que de la santé qui en est d'ailleurs une bonne illustration. Dans ce domaine, si l'on oublie le système soviétique qui n'est plus en vigueur dans aucun pays développé, la prise en charge des dépenses de santé prend en gros trois formes différentes allant de la protection «*socio-conventionnelle*» (Dumont, 1998) en vigueur aux États-Unis au financement par l'État instauré en Grande-Bretagne après l'adoption du *Plan Beveridge* (1943), en passant par la *Sécurité sociale* à la française.

1. *Le système socio-conventionnel*

Contentons-nous de dire du système socio-conventionnel américain, dont nous avons déjà dit plus haut que *Medicare* est la seule entorse aux principes du libéralisme, qu'il repose sur la liberté individuelle de s'assurer auprès de compagnies privées contre les risques de maladie et d'accident, éventuellement aménagés dans le cadre contractuel d'assurances d'entreprise ou associatives gérées par l'employeur ou des mutuelles. Ce modèle reste en effet très loin de l'État providence.

2. La Sécurité sociale

La Sécurité sociale à la française est née d'une extension du champ d'application des *assurances sociales* créées pour la première fois par l'Allemagne de Bismarck dans les années 1880, très vite imitée ensuite par l'Autriche (1882), le Danemark (1891-1892), la Belgique (1894), le Luxembourg (1901), etc. et finalement la France (1930). La grande différence avec le système libéral américain est que l'assurance sociale est *obligatoire* mais, au départ, la portée en était limitée aux salariés ayant des revenus faibles (inférieurs à un plafond légal). Le grand changement opéré au lendemain de la Seconde Guerre mondiale dans la plupart des pays européens soumis à ce système est venu de l'extension du bénéfice de cette obligation à tous les salariés⁽⁴³⁾. Puis, dans presque tous les pays aussi, il a été étendu progressivement aux agriculteurs, aux commerçants et artisans, etc. Le système repose ainsi sur la généralisation d'assurances sociales rendues obligatoires par l'État, financées par des cotisations (dont la charge est partagée entre l'employeur et l'employé et dont le montant est fonction des revenus professionnels) et gérées conjointement par les partenaires sociaux (organisations patronales et syndicats), sous le contrôle de l'État. Souvent, différents régimes particuliers d'assurances sociales coexistent avec un régime dit « général ». Par exemple, en France, le *Régime général* coexiste avec celui de la fonction publique et d'autres régimes particuliers (agricole, notamment). Les *Caisse d'assurance maladie* passent des conventions avec les partenaires de soins, publics ou privés (institutions hospitalières, praticiens libéraux, compagnies pharmaceutiques, etc.) et fixent, en concertation avec l'État, les modes de rémunération et les tarifs médicaux imposés aux malades ainsi que les modalités de remboursement, total ou partiel, de ces derniers. La très grande majorité des citoyens se voit ainsi reconnu un droit à la santé sous forme d'un droit d'accès aux soins médicaux mais le malade conserve la liberté de recourir aux prestataires de santé de son choix (Letourmy, 2000). La très grande majorité ne signifie cependant pas la totalité. Une certaine fraction de la population en reste exclue. En France, par exemple, où la couverture actuelle est une des plus élevées, près de 1 % de la population reste à l'écart du système (Dumont, 1998, p. 2). Cependant, nous l'avons souligné plus haut, en marge de la Sécurité sociale, des filets de sécurité existent pour les exclus (AME, CMU).

3. La protection universelle

C'est au Royaume-Uni qu'au lendemain de la Seconde Guerre mondiale est survenu le changement le plus radical avec la mise en place d'un système de protection universel couvrant d'emblée toute la population après l'adoption du *Plan Beveridge* et la mise en place du *National Health System* (NHS) en 1946-1948. Tout citoyen est automatiquement couvert, sans qu'il ait à faire preuve d'un statut professionnel quelconque ni à avoir acquitté quelque

(43) Dans trois pays, toutefois, Allemagne, Pays-Bas et Irlande, cette extension n'a pas été totale, les plus hauts salaires en étant écartés. En Allemagne, cependant, depuis 1970, les hauts salaires peuvent adhérer volontairement au système qui couvre ainsi désormais 92 % des salariés au lieu de 70 % en 1969, tandis que l'Irlande est récemment passée au système de protection universelle de type britannique (Dumont, 1998).

cotisation que ce soit⁽⁴⁴⁾. Le *Service national de santé britannique* a servi de modèle aux systèmes adoptés depuis au Danemark (1960), en Suède (1962) et, plus récemment, par beaucoup d'autres, dont l'Irlande, l'Espagne, l'Italie, la Grèce. Il repose sur la primauté d'un secteur public de soins (sans pour autant faire disparaître le secteur privé, auquel ceux qui en ont les moyens peuvent toujours avoir recours), dont le financement est assuré essentiellement par l'impôt. Les citoyens y accèdent gratuitement (ou presque) mais le choix du point d'entrée est restreint. Au Royaume-Uni, par exemple, les malades doivent s'inscrire sur la liste d'un médecin référent et ne peuvent en changer que sous certaines conditions. Le médecin de référence juge de la nécessité de recourir aux services spécialisés ou à l'hospitalisation. Les pouvoirs publics contrôlent directement le financement, fourni sous forme d'attributions budgétaires aux institutions et d'honoraires forfaitaires aux médecins, fonction du nombre de citoyens inscrits sur leurs listes. Ils contrôlent aussi l'activité médicale, dispensée dans des établissements publics.

4. Le plus couvrant n'est pas forcément celui qu'on croit

On trouvera dans un petit ouvrage publié par Ariel Béresniak et Gérard Duru (1997), une description détaillée des régimes en vigueur dans chacun des 15 pays de l'Union européenne, avec pour chaque cas un schéma aidant à se retrouver dans leurs complexités. Nous présentons à la figure 1 une comparaison de leurs schémas pour le Royaume-Uni et la France.

Malgré les grandes différences dans leurs principes de fonctionnement, ces deux grands systèmes aboutissent aujourd'hui à une couverture quasi universelle de la population pour les principaux soins de santé (notamment l'hospitalisation), comme le montre le tableau 2, grâce aux progrès considérables faits par les pays n'ayant mis en place au départ que des assurances sociales limitées, l'évolution étant allée dans ces derniers soit vers une extension de la couverture à presque toute la population soit vers la transformation en un système étatique universel. Seuls les États-Unis font réellement tache dans le contexte de l'OCDE.

Couverture universelle (ou presque) de la population ne signifie toutefois pas nécessairement couverture universelle des besoins. La prise en charge des dépenses ne se fait pas à 100 %. Les frais d'hospitalisation sont les mieux couverts : le taux de prise en charge par le système était, à de rares exceptions près, supérieur à 90 % dans les pays européens en 1998. Les soins ambulatoires le sont moins, avec des taux souvent situés entre 80 et 90 %, et les médicaments encore moins avec des taux allant dans beaucoup de pays de 50 à 75 % (Dumont, 1998). Et la tendance récente n'est pas à l'amélioration, car, depuis quelques années, les difficultés de financement de l'ensemble du système de protection sociale et notamment de la protection contre la maladie conduit à une remise en cause de la philosophie de l'État providence elle-même. Au Royaume-Uni, la couverture théoriquement totale offerte par

⁽⁴⁴⁾ Notons au passage que dans le cadre de ce système, qui couvre aussi les autres risques ou besoins sociaux fondamentaux, le montant des retraites, allocations chômage et autres prestations ne dépendent en rien de celui des revenus antérieurs.

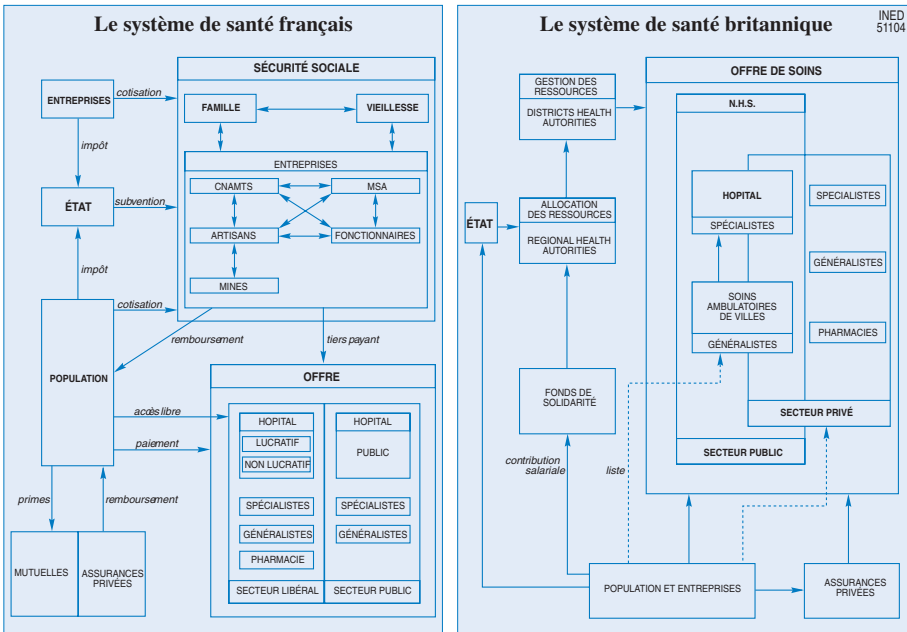


Figure 1.– Représentation schématique des systèmes de santé britannique et français, d’après Béresniak et Duru (1997)

le NHS ne doit pas faire illusion. La dotation budgétaire publique à ce dernier n’est évidemment pas sans limite et le système présente suffisamment d’inconvénient, ne serait-ce que les longues files d’attente dans lesquelles les malades doivent patienter, pour que ces derniers préfèrent assez souvent recourir à un secteur privé très onéreux et plutôt florissant.

b) Pays en développement : « la santé pour tous » ?

En prenant les textes au pied de la lettre, on pourrait dire que dès sa création, en 1946, l’OMS avait pour mission d’offrir la santé à tous puisque l’on peut lire dans le préambule de sa Constitution que : « la possession du meilleur état de santé qu’il est capable d’atteindre est un des droits fondamentaux de chaque être humain, sans distinction de race, de religion, d’opinion politique et de condition économique et sociale »⁽⁴⁵⁾ et que « la santé de tous les peuples est une condition fondamentale de la paix du monde et de la sécurité [qui] dépend de la coopération la plus étroite entre des individus et des États »⁽⁴⁶⁾ (OMS, 1946). On ne pouvait plus clairement dire que l’accès de

⁽⁴⁵⁾ « The enjoyment of the highest attainable standard of health is one of the fundamental human rights of every human being without distinction for race, religion, political belief, economic or social condition » (WHO, 1946).

⁽⁴⁶⁾ « The health of all peoples is fundamental in the attainment of peace and security and is dependent upon the fullest cooperation of individuals and states » (WHO, 1946).

TABLEAU 2.— ÉVOLUTION DE 1960 À 1998 DE LA PROPORTION (%)
DE POPULATION COUVERTE POUR L'HOSPITALISATION
ET POUR LES BIENS MÉDICAUX DANS LES PAYS DE L'OCDE
(Source : OCDE cité par Dumont, 1998)

Pays	Hospitalisation		Produits médicaux	
	1960	1998	1960	1998
Europe				
Royaume-Uni	100	100	100	100
Suède	100	100	100	100
Luxembourg	100	100	100	100
Finlande	100	100	0	100
Danemark	95	100	95	100
Italie	87	100	87	100
Portugal	18	100	18	100
Grèce	30	100	25	100
Suisse	72	100	72	100
Irlande	85	100	30	40
Espagne	50	99	50	99
Autriche	78	99	78	99
France	80	99	76	98
Belgique	58	98	58	93
Allemagne (ex RFA)	84	92	84	92
Pays-Bas	71	73	71	62
Hors Europe				
Japon	88	100	88	100
Canada	68	100	5	34
États-Unis	20	44	3	12

tous à la santé était une urgence et que cette urgence engageait la responsabilité des États et donc des organisations internationales.

1. La santé pour tous en l'an 2000 ?

Mais les meilleures intentions de ce genre, solennellement affirmées au plus haut niveau des instances dirigeantes du monde, restent lettre morte tant que les programmes concrets nécessaires ne sont pas décidés et que les moyens de les réaliser ne sont pas mobilisés. De fait, à ses débuts, l'OMS a cru pouvoir parer au plus urgent grâce à des programmes d'éradication de maladies importantes susceptibles de l'être avec des moyens simples, loin de pouvoir donner à tous « *le meilleur état de santé qu'il est capable d'atteindre* » ! C'est pourquoi, trente ans après, à la Conférence d'Alma Ata, l'OMS tentait de s'approcher davantage de l'objectif en s'attaquant plus directement au problème posé par la pauvreté des masses rurales privées d'accès aux systèmes de santé en place mais aussi de façon plus réaliste en replaçant la santé dans le contexte plus général des besoins essentiels à la survie et plus modeste des besoins de santé de base. En effet, d'après les termes mêmes de la décision de la 30^e Assemblée mondiale de la santé à l'origine de la Conférence, l'objectif

était désormais de « *faire accéder d'ici l'an 2000 tous les habitants du monde à un niveau de santé qui leur permette de mener une vie socialement et économiquement productive* »⁽⁴⁷⁾, ambition beaucoup plus modeste que le meilleur état de santé possible. Cependant, cette stratégie, on l'a vu, n'a pas répondu à tous les espoirs qu'elle avait soulevés. C'est pourtant une expression très ambitieuse qui est popularisée à partir des années 1980 pour tenter d'aller de l'avant : « *la santé pour tous en l'an 2000* » (OMS, 1981) et, à partir de là, toutes les actions de l'OMS seront marquées du sceau de ce slogan.

2. Ou la santé pour tous au XXI^e siècle ?

À la fin des années 1990, toutefois, il a bien fallu se rendre à l'évidence : la santé pour tous sera loin d'être au rendez-vous de la fin du millénaire. L'idée est reprise et envisagée de façon plus réaliste sur la base d'une large concertation entre l'OMS, les Nations unies, le FMI⁽⁴⁸⁾, la Banque mondiale, l'OMC⁽⁴⁹⁾, etc. La santé pour tous reste une préoccupation centrale mais le mot d'ordre est désormais : « *la santé pour tous au XXI^e siècle* », ce qui laisse le temps de voir venir... Il s'agit désormais d'un processus stratégique de longue haleine devant aboutir à une amélioration progressive de la santé des populations sans constituer un objectif fini. La santé pour tous d'ici l'an 2000 n'était que le début de ce processus⁽⁵⁰⁾.

Le décalage entre le but initialement affiché et les moyens de l'atteindre était trop grand. Alors qu'au sein même des pays riches ayant opté pour les systèmes les plus complets de prise en charge collective des dépenses de santé ceux-ci n'ont toujours pas permis d'égaliser les chances de survie et encore moins celles de survie en bonne santé, il n'est guère étonnant que l'OMS n'ait jamais pu mettre réellement en œuvre une stratégie à la hauteur de sa noble ambition d'égalisation des chances à l'échelle mondiale. Cette dernière se heurte à trop d'intérêts contraires, d'ordre politique, bien sûr (égoïsmes nationaux, libéralisme idéologique), mais aussi économiques, techniques et humains. Sans oublier que, fondamentalement, l'OMS, ne disposant pas des moyens financiers d'une telle entreprise, ne peut que susciter les bonnes volontés publiques ou privées, sans jamais décider à leur place.

Dans le cadre de sa stratégie de la santé pour tous au XXI^e siècle, le *Neuvième programme général de travail* de l'OMS, qui couvre la période 1996-2001, proposait aux pays onze objectifs de santé publique, fixant pour chaque objectif une ou plusieurs cibles précises à atteindre avant la fin de la période, généralement sous forme d'indicateurs chiffrés (tableau 3). Par

(47) Document WHA30.43 de l'OMS : <http://www.who.int/archives/who50/fr/health4all.fr.htm> consulté le 3 novembre 2004. « *Decides that the main social target of governments and WHO in the coming decades should be the attainment by all the citizens of the world by the year 2000 of a level of health that would permit them to lead a socially and economically productive life* », http://www.wpro.who.int/public/policy/50TH/Ch_07.html.

(48) Fonds monétaire international ou *International Monetary Fund (IMF)*, créé en 1945.

(49) Organisation mondiale du commerce ou *World Trade Organisation (WTO)*, créée en 1995, siège à Genève.

(50) Voir par exemple, à ce sujet, le document « *Health for all in the 21th century* » signé du Directeur général de l'OMS à la rubrique « *History* » de la page « *Health of all* » du site Web de l'OMS (consultée le 23 juillet 2004) ou le texte « *Santé pour tous, origine du mandat* » sur le même site.

exemple, pour répondre à l'objectif « *allonger la durée de la vie en bonne santé* », deux cibles étaient retenues : dans aucun pays l'espérance de vie à la naissance ne devrait être inférieure à 60 ans en 2001 et dans tous les pays les écarts internes devraient avoir été réduits de 50 % par rapport à 1990 (OMS, 1994).

TABLEAU 3. – OBJECTIFS ET CIBLES DU 9^e PROGRAMME GÉNÉRAL DE TRAVAIL DE L'OMS POUR LA PÉRIODE 1996-2001

Objectif	Cibles
1. Allonger la durée de la vie en bonne santé	- espérance de vie minimum de 60 ans - réduction de 50 % des disparités
2. Donner accès à tous aux soins de santé de base	- 85 % de la population doit être située à moins d'une heure de marche d'une structure offrant le traitement des maladies courantes, les médicaments et vaccins essentiels, les produits biologiques et sanguins de base - 70 % des personnes atteintes de MST doivent être examinées et traitées - chaque pays doit prendre une initiative pour les vieux
3. Suivre le bon développement des enfants	- taux de mortalité infantile inférieur à 50 p. 1000 - taux de mortalité 0-5 ans inférieur à 70 p. 1000 - 90 % des enfants vaccinés contre 6 maladies - moins de 10 % de nouveau-nés de poids insuffisant
4. Améliorer la santé et le bien-être de la femme	- mortalité maternelle inférieure à 50 p. 1000 - accès de toutes les femmes enceintes à des soins prénataux et à des accouchements médicalement assistés - augmentation de 15 % de l'espérance de vie sans incapacité des femmes
5. Croissance démographique compatible avec la santé	- accès de tous aux moyens de la planification des naissances
6. Éradication, élimination ou maîtrise de certaines maladies	- éradiquer la poliomyélite et la dracunculose - éliminer la lèpre (abaisser l'incidence à moins de 1 pour 10000), le tétanos néonatal (moins de 1 pour 1000) et la rougeole (réduire la mortalité de 95 % et l'incidence de 90 %) - maîtriser le paludisme, la tuberculose et l'hépatite B - réduire la mortalité par maladies coronariennes de 15 % chez les moins de 65 ans - réduire la mortalité par cancer de 15 % chez les moins de 65 ans
7. Réduire le risque de transmission du VIH	- obtenir un taux de 50 % d'utilisation du préservatif en cas de relation sexuelle avec un partenaire occasionnel
8. Réduire les incapacités évitables	- réduire sensiblement dans les groupes sous-desservis les incapacités dues à des difficultés sensorielles, motrices ou mentales
9. Améliorer l'état nutritionnel	- abaisser la prévalence de la malnutrition grave de 50 % - éliminer les carences en vitamines A et en iode - réduire de 33 % l'anémie ferriprive chez les femmes de 15-49 ans
10. Donner accès à tous à des conditions de vie et d'environnement sans danger	- fournir l'accès à l'eau potable à au moins 85 % de la population - équiper de systèmes d'évacuation des excréta au moins 70 % de la population - abaisser sensiblement les risques de violence
11. Donner accès à tous à des modes de vie et comportements sains	- accès de tous à l'information

Bien entendu, même si leurs représentants à l'Assemblée mondiale de la santé ont en principe adopté ce programme, les pays ont souverainement décidé de le mettre en œuvre ou non et étaient aussi responsables d'en dégager les

moyens au-delà d'une aide internationale toujours limitée en regard des besoins.

Plus récemment, au niveau même des Nations unies, l'ensemble des 191 pays membres ont cependant réaffirmé leur volonté de parvenir à des objectifs ciblés de développement économique et social, dont plusieurs concernent explicitement la santé, dans le cadre du *MDG*⁽⁵¹⁾ (Annan, 2000; United Nations, 2000). Ainsi, d'ici 2015, les taux de mortalité infanto-juvéniles devraient être réduits des deux tiers et la mortalité maternelle des trois quarts, tandis que l'épidémie de sida devrait être stoppée et l'évolution de son incidence inversée.

II. – Acteurs et moyens

La politique de santé, au sens large dans lequel nous l'entendons ici, met évidemment en scène des acteurs de nature très variée. Elle nécessite aussi la mobilisation de moyens dont l'insuffisance est, souvent, la principale limite. Nous tenterons d'en donner ici une rapide description.

1) Des acteurs variés

La politique est évidemment l'art des gouvernants mais une politique peut rarement être menée à bien sans le concours actif de ceux qui sont chargés de l'appliquer et de ceux qui sont supposés en être les bénéficiaires. C'est naturellement évident dans les pays démocratiques mais cela est aussi vrai des pays qui le sont moins. Distinguons donc acteurs publics et acteurs privés.

a) Acteurs publics

1. L'État

L'État, entité fondamentale de l'organisation moderne des sociétés humaines, est encore aujourd'hui et restera sans doute encore assez longtemps le centre principal de décision et d'action politique, même si la tendance actuelle est de plus en plus à la fois à la construction d'entités supra-nationales et à la décentralisation régionale.

Tous les gouvernements du monde ont en leur sein un ministère chargé de la santé même si, assez souvent, ce ministère est compétent pour un domaine plus vaste que la santé *stricto sensu* (par exemple, un ministère des affaires sociales). C'est évidemment ce ministère qui est en première ligne pour la définition et la mise en œuvre des politiques de santé, mais les décisions à prendre dépassent le plus souvent très largement ses propres compétences. D'une

⁽⁵¹⁾ Millenium Development Goal.

part, dans leur conception même, elles peuvent toucher à des domaines qui ressortissent à d'autres ministères. Par exemple, tout ce qui a trait à la police sanitaire ne peut se faire sans l'engagement des ministères chargés de la force publique (police, armée). Une part de ces dispositions peut même parfois être adoptée indépendamment du ministère de la santé (police de la route, lutte contre la criminalité, etc.), tandis que d'autres ministères peuvent aussi prendre des mesures de protection des catégories de population qu'ils ont en charge (en matière d'éducation, de logement, de travail, d'environnement, etc.) qui ont directement ou indirectement des conséquences importantes pour la santé. D'autre part, les moyens à mettre en œuvre dépassent plus souvent encore ceux du seul ministère de la santé qu'il s'agisse de moyens financiers (directs ou indirects) ou de moyens juridiques. Bref, la plupart des décisions politiques concernant la santé sont d'ordre pluridisciplinaire et nécessitent une concertation interministérielle sans oublier qu'elles requièrent souvent l'adoption de nouvelles lois appelant l'intervention du parlement et la mise en scène du débat démocratique.

La mise en œuvre des décisions est du ressort des différentes administrations concernées. L'étendue des compétences de ces administrations et notamment de celle du ministère chargé de la santé dépend beaucoup du système de prise en charge collective des soins de santé adopté dans chaque pays. Elle est évidemment beaucoup plus grande au Royaume-Uni qu'aux États-Unis. Entre les deux, dans les pays où le système repose sur des assurances sociales obligatoires, l'action de l'État est relayée par des organismes para-publics co-gérés par les partenaires sociaux. En France, par exemple, c'est la Caisse nationale d'assurance maladie (CNAM) qui gère le régime général de la Sécurité sociale, organisme tripartite (État, organisations patronales et syndicats). Enfin, pour rayonner sur l'ensemble du territoire, ces administrations ou ces organismes ont des ramifications locales. En France, le ministère chargé de la santé dispose dans chaque département d'une Direction départementale de l'action sanitaire et sociale (DDASS) tandis que la CNAM s'appuie sur le réseau dense des Caisses primaires de la Sécurité sociale.

Pour certains domaines particuliers de l'application des politiques de santé sont généralement créées des administrations à vocations spécifiques. Aux États-Unis par exemple, c'est la très puissante *Food and Drug Administration* (et notamment son *Center for Drug Evaluation and Research*) qui, non seulement veille au respect de la réglementation sanitaire des biens alimentaires, mais délivre aussi les autorisations de mise sur le marché des médicaments. Cette institution exerce une influence bien au-delà de ses frontières nationales puisqu'elle est, comme il se doit, un point de passage obligé pour l'entrée sur le territoire américain de toute denrée alimentaire ou médicament fabriqué à l'étranger. En France, la compétence de l'*Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé* s'arrête au médicament, les produits alimentaires étant sous le contrôle de l'*Agence française de sécurité sanitaire des aliments* (Bonnici, 2003). Il existe aussi des instances du même genre dans d'autres domaines, comme par exemple, en France : l'*Agence française du sang*, créée en 1992 après l'affaire du sang contaminé,

ou le *Service central de protection contre les rayonnements ionisants* (SCPRI) (Ceccaldi, 1997).

2. Les collectivités locales

Au-dessus, comme au-dessous de l'État, les structures politiques existantes sont souvent acteurs dans le domaine de la santé. Il ne faut pas confondre les maillons locaux des administrations centrales avec les collectivités locales décentralisées. Il est bien évident que dans un État fédéral, tel que les États-Unis d'Amérique, le Canada, l'Inde, le Brésil, l'Allemagne, etc., les États fédérés agissent indépendamment de l'État fédéral dans les limites de leurs compétences constitutionnelles et, généralement, celles-ci sont assez grandes dans le domaine de la santé (notamment au niveau des soins). Mais même dans un pays très jacobin comme la France, existent plusieurs niveaux de collectivités locales décentralisées (régions, départements, communes) gérées par des conseils élus décidant indépendamment de l'État dans un grand nombre de domaines. Toutes ont des activités en matière de santé.

États et collectivités locales ne conduisent pas que des actions à usage interne. Ils jouent aussi un rôle non négligeable dans l'aide au développement de la santé dans les pays pauvres. Celle-ci a d'abord été l'affaire des États et le demeure encore en grande partie. Mais elle se diversifie de plus en plus dans plusieurs directions. Au niveau macro, la coopération bilatérale passe de plus en plus par des projets de multi-partenariat impliquant soit plusieurs organismes nationaux, soit des organismes nationaux et internationaux (coopération dite *multi-bi*). Au niveau micro, s'est aussi développée au cours des dernières décennies une coopération trans-frontière entre collectivités locales. Ainsi, des régions et des départements français ont récemment passé des accords avec des partenaires, notamment africains, pour des projets de développement sanitaire. Même au niveau des communes, que ce soit dans le cadre traditionnel des *jumelages* ou par d'autres voies, ce type d'activité se développe. Enfin, depuis une dizaine d'années prend forme une coopération dite *Sud-Sud* où tel ou tel pays du sud ayant acquis un certain niveau d'expertise développe des coopérations avec d'autres partenaires du sud moins avancés. C'est par exemple le cas de la Tunisie en matière de santé de la reproduction. C'est aussi celui de pays comme le Brésil, l'Inde ou la Thaïlande qui ont acquis les moyens de produire des antirétroviraux et passent des accords avec d'autres pays atteints par le sida comme le Mozambique pour les aider à faire de même (ONUSIDA, 2004).

3. Les organisations internationales

Enfin, au-dessus des États, les organisations internationales. À l'échelle mondiale, au sein du système des Nations unies, c'est bien entendu comme nous l'avons évoqué ci-dessus à maintes reprises, l'OMS qui joue le rôle principal, puisque c'est pour cela même qu'elle a été créée en 1948⁽⁵²⁾. Elle est

(52) Succédant à l'Organisation pour la santé, créée en 1920 au sein de la Société des Nations, qui avait elle-même remplacé, après la Première Guerre mondiale, l'Office international d'hygiène publique (OIHP), créé à Paris, en 1907.

chargée de mettre en œuvre les politiques définies par l'*Assemblée mondiale de la santé* qui est à l'OMS ce que l'*Assemblée générale des Nations unies* est à l'ONU. Tels que réaffirmés dans son *Programme général de travail 2002-2005* (OMS, 2001) ses quatre objectifs essentiels sont de : (1) réduire la mortalité, la morbidité et les incapacités, surtout dans les populations pauvres et marginalisées (2) promouvoir des modes de vie sains et réduire les facteurs de risque pour la santé liés à l'environnement, au contexte économique et social et aux comportements (3) mettre en place des systèmes de santé qui améliorent les résultats sanitaires de manière équitable et (4) aider à l'amélioration du cadre institutionnel de l'action et veiller à ce que les questions de santé soient dûment prises en compte dans les politiques sociales, économiques et en matière d'environnement et de développement. Pour ce faire, elle entreprend essentiellement de (1) sensibiliser les différents acteurs de la santé (2) gérer l'information, évaluer les tendances, comparer les résultats et encourager les travaux de recherche-développement (3) donner son appui technique et théorique à l'action sanitaire des pays et à la coopération internationale (4) négocier des partenariats nationaux et mondiaux (5) fixer des normes et en surveiller l'application (6) encourager les essais technologiques. Son action est relayée dans diverses grandes régions du monde soit en interne par des Centres régionaux de l'OMS (Afrique, Europe) soit en collaboration avec des institutions régionales indépendantes (PAHO⁽⁵³⁾ en Amérique, divers centres collaborateurs). L'OMS a également des bureaux locaux qui la représentent dans la plupart des pays.

Outre l'OMS, d'autres grandes institutions internationales, avec lesquelles, d'ailleurs l'OMS a passé des accords stratégiques, agissent aussi dans le domaine des politiques de santé : FAO, OIT⁽⁵⁴⁾, UNESCO⁽⁵⁵⁾, AIEA⁽⁵⁶⁾, ONUDI⁽⁵⁷⁾, Banque mondiale⁽⁵⁸⁾, etc., sans oublier le FNUAP et l'UNICEF déjà évoqués pour leur rôle très important en matière de santé de la reproduction d'une part et de santé de la mère et de l'enfant, de l'autre, ni les organismes plus spécialisés comme ONUSIDA⁽⁵⁹⁾, le HCR⁽⁶⁰⁾ ou le PAM. Outre celles déjà mentionnées

⁽⁵³⁾ *Pan-American Health Organisation.*

⁽⁵⁴⁾ L'Organisation internationale du travail (*International Labour Organisation, ILO*) a été créée en 1919 dans le cadre de la SDN à laquelle elle a survécu pour devenir en 1946 une agence des Nations unies. Le Bureau international du travail (BIT), qui en est le Secrétariat permanent, siège à Genève.

⁽⁵⁵⁾ *United Nations Educational Scientific and Cultural Organisation*, créée en 1945 à Paris.

⁽⁵⁶⁾ Agence internationale pour l'énergie atomique (*International Atomic Energy Agency, IAEA*), créée en 1957 à Vienne.

⁽⁵⁷⁾ Organisation des Nations unies pour le développement industriel (*United Nations Industrial Development Organisation, UNIDO*), créée en 1966, siège à New York et Genève.

⁽⁵⁸⁾ La Banque mondiale est un groupe d'institutions financières des Nations unies dont le noyau central est la Banque internationale pour la reconstruction et le développement (BIRD) ou *International Bank for Reconstruction and Development (IBRD)*, créée en 1945, mais qui regroupe aussi en son sein l'Association internationale de développement (AID) ou *International Development Association (IDA)*, créée en 1960, la Société financière internationale (SFI) ou *International Finance Corporation (IFC)*, créée en 1956, l'Agence multilatérale de garantie des investissements (AMGI) ou *Multilateral Investment Guarantee Agency (MIGA)*, créée en 1988 et le Centre international de règlement des différends internationaux (CIRDI) ou *International Centre for Settlement of Investment Disputes (ICSID)*, créé en 1966.

⁽⁵⁹⁾ Programme commun des Nations unies sur le VIH/SIDA (*Joint United Nations program on HIV/AIDS, UNAIDS*) à Genève.

plus haut, d'autres organisations régionales jouent aussi un rôle important dans l'élaboration de programmes concertés sur la santé : l'OCDE⁽⁶¹⁾ pour les pays occidentaux, l'OUA⁽⁶²⁾ récemment devenue Union Africaine, par exemple. Il est difficile de situer dans ce panorama l'Union européenne qui n'est pas encore tout à fait un État mais déjà beaucoup plus qu'une simple organisation internationale et qui pèse de plus en plus sur les politiques de santé de ses 6 puis 9, 12, 15 et maintenant 25 pays membres.

b) Acteurs privés

Nombre d'acteurs privés participent à l'élaboration ou à la mise en œuvre des politiques de santé. À la base, il y a bien sûr, les professionnels, d'une part, et les malades de l'autre. Mais il faut aussi dire deux mots des acteurs de la vie sociale les plus impliqués dans les questions de santé que sont les entreprises, les syndicats et les mutuelles. Entrent ensuite en scène le public lui-même et les diverses ONG œuvrant en matière de santé.

1. Médecins et malades

Les micro décisions en matière de santé prennent naissance dans le dialogue singulier entre **le médecin** et son **patient**. Celui-ci est un passage obligé de toute politique de santé moderne, au moins au niveau de la médecine curative, mais pas seulement. Se posent alors des problèmes fondamentaux qui peuvent recevoir des réponses variées d'un pays à l'autre, autour des notions de responsabilité et de liberté de choix. La responsabilité du médecin est certainement de traiter de son mieux son patient mais sa liberté de choix dans le traitement est-elle totale ? Doit-elle être soumise à des contraintes d'intérêt général, comme celle de l'équilibre national entre les dépenses de santé et les autres ? De même le principal souci du malade est d'obtenir de son médecin le meilleur traitement, mais sa liberté de choix (du médecin, de l'application du traitement proposé, etc.) a-t-elle elle-même des limites imposées par l'intérêt général ? Ces questions sont de grande actualité aujourd'hui en raison des difficultés de financement global des dépenses de santé. Mais elles comportent aussi des aspects philosophiques, éthiques, idéologiques, qui, ici ou là, constituent des enjeux majeurs du débat public. Il suffit pour s'en convaincre d'évoquer les vives polémiques sur les questions touchant à la santé de la reproduction qui se sont développées dans les années 1990 autour de la Conférence du Caire, opposant les courants religieux ou sectaires aux tenants des libertés individuelles. Les attitudes et comportements des médecins et des malades eux-mêmes pèsent évidemment très fortement sur

⁽⁶⁰⁾ Haut commissariat des Nations unies pour les réfugiés (*United Nations High Commissioner for Refugees, UNHCR*), Genève.

⁽⁶¹⁾ Organisation de coopération pour le développement économique ou *Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD)*. D'abord créée en 1948 sous le nom d'Organisation européenne pour la coopération économique (OECE) ou *Organisation for European Economic Co-operation (OEEC)*, dans le cadre du Plan Marshall, elle s'est transformée en OCDE en 1961. Elle a son siège à Paris.

⁽⁶²⁾ Organisation de l'unité africaine ou *Organisation of African Unity (OAU)*, créée en 1963 à Addis Abbeba et devenue Union africaine (*African Union*) en 2002.

l'élaboration des politiques en la matière. Le mot médecin est d'ailleurs trop restrictif ici. Plus largement, ce sont tous les professionnels de la santé qui sont concernés : spécialistes des différentes branches de la médecine et de la pharmacie d'une part, professions médicales auxiliaires (kinésithérapeutes, infirmiers, sages-femmes, etc.) de l'autre. Un des enjeux les plus actuels du dialogue entre les médecins et leurs patients est la possibilité pour le malade d'accéder à l'information sur sa maladie et son traitement et de pouvoir participer à la décision. Une des retombées concrètes de l'évolution actuelle en ce domaine est, par exemple, l'organisation juridique des conditions d'accès du malade à son dossier médical.

De plus, dans ce débat, professionnels de la santé et malades n'interviennent pas seulement par leurs comportements individuels, ils le font aussi par la voie d'**institutions collectives** associatives ou même para-publiques. Du côté des professionnels, deux types d'organismes existent : des syndicats ou associations purement privés d'une part et des ordres professionnels, de l'autre, ces derniers détenant officiellement un certain pouvoir de contrôle sur l'activité de la profession qu'ils représentent. Du côté des malades, se développe aussi depuis quelques décennies un mouvement associatif parfois très actif. L'exemple le plus voyant est certainement celui des associations de malades du sida qui se sont constituées depuis la brusque apparition de cette maladie. Ce phénomène nouveau reflète un changement assez radical dans le rapport malade/médecine. Individuellement et collectivement, les malades veulent de plus en plus être acteurs de la manière dont leur maladie est gérée par le système sanitaire. L'action d'une association comme *Act Up*⁽⁶³⁾ est tout à fait significative de ce nouvel état d'esprit. D'autres associations rassemblant les malades (ou leurs familles) atteints par d'autres maladies ou handicaps (paralysés, épileptiques, cancéreux, etc.), sont aussi très actives dans la défense de leurs droits et leur revendication à prendre part aux décisions les concernant.

2. Les entreprises

Parmi les **entreprises**, les plus actives dans le champ de la santé sont évidemment celles dont l'activité consiste à produire des ressources médicales : entreprises pharmaceutiques, fabricants de matériel médical, constructeurs et aménageurs d'hôpitaux, etc. Inutile de décrire longuement ici leur poids, souvent considérable, dans l'élaboration des politiques de santé. Si leur fonction est fondamentale pour le progrès sanitaire, leurs intérêts strictement économiques peuvent aussi parfois peser négativement sur l'orientation des politiques. Elles ne sont pas pour rien, par exemple, dans l'échec relatif de la stratégie des soins de santé primaires, ou dans le délai sans cesse allongé de découverte d'un vaccin contre le sida, ou le paludisme, ni les soins de santé primaires ni le sida africain n'offrant les perspectives les plus lucratives du moment. D'autres types d'entreprises peuvent par ailleurs jouer un rôle foncièrement négatif lorsqu'elles se constituent en *lobbies* pour contrecarrer la

⁽⁶³⁾ Créée à New York en 1987, elle a ensuite assez vite essaimé ailleurs, notamment dans des grandes villes, telles que San Francisco ou Philadelphie aux États-Unis et Paris.

mise en place de politiques de lutte contre l'alcoolisme, contre le tabagisme, contre la dangerosité des transports routiers, etc. Inversement, toutes sortes d'entreprises ont joué et jouent encore un rôle positif sur l'orientation ou la mise en œuvre de politiques de santé dans la mesure où elles considèrent la santé de leurs employés comme un précieux capital à entretenir. C'est évidemment en fonction de leur attitude que toute politique de médecine du travail aura ou non de bonnes chances de réussir. Les entreprises, enfin, ou plus exactement, les organisations patronales, on l'a déjà dit plus haut, participent directement à la définition et à la mise en œuvre des politiques de santé dans les pays ayant adopté un système de sécurité sociale fondé sur l'assurance obligatoire.

Un type bien particulier d'entreprises s'est donné pour vocation l'aide au développement, d'une façon générale, incluant souvent l'aide au développement sanitaire : les **fondations**, surtout anglo-saxonnes. Qu'il s'agisse des grandes fondations déjà anciennes comme la *Rockefeller Foundation*⁽⁶⁴⁾, la *Ford Foundation*⁽⁶⁵⁾, la *Wellcome Trust*⁽⁶⁶⁾, etc., ou de création plus récente comme la fondation Bill Gates⁽⁶⁷⁾, elles ont à un moment ou à un autre financé de grands projets de santé, notamment dans les pays en développement.

3. Syndicats et mutuelles

Il en va de même des syndicats mais ceux-ci peuvent aussi jouer un rôle autonome en matière de santé. En fait cette fonction a été étroitement liée à la création des mutuelles d'assurance maladie, mutuelles qui aujourd'hui agissent le plus souvent indépendamment des syndicats. Dans les pays où la prise en charge collective de la santé couvre très largement les dépenses de santé essentielles, les mutuelles conservent néanmoins souvent un rôle d'importance variable pour le financement de la quote-part restant à la charge du malade (le ticket modérateur, ou le forfait hospitalier, par exemple) ou les traitements non remboursables. Leur rôle est évidemment encore plus important dans les pays où règne le libéralisme économique, en concurrence, bien sûr avec les compagnies d'assurance à but lucratif.

4. Le public

Le public lui-même est un acteur majeur des politiques de santé. Que ce soit du seul fait de la somme des comportements individuels ou par le biais du tissu associatif. Il ne s'agit plus seulement ici du comportement des malades déjà évoqué plus haut, mais surtout de celui des bien portants, et son influence pèsera évidemment surtout au niveau de la prévention (style de vie, respect des règles sanitaires, attitudes face au risque, etc.) mais aussi à celui du dépistage précoce (écoute des symptômes et recours aux services de santé). L'importance de ces facteurs pour les politiques de santé a notamment été mise en évidence par l'analyse de certaines différences de mortalité telles

(64) Fondée aux États-Unis en 1913.

(65) Fondée aux États-Unis en 1936 par Henry Ford.

(66) Fondée en Grande-Bretagne en 1936.

(67) *La Bill & Melinda Gates Foundation* a été créée en janvier 2000.

que l'écart entre sexes (voir le chap. 54 du vol. III), l'inégalité sociale devant la mort (Vallin, 1979a) ou la crise sanitaire des régimes communistes (Meslé *et al.*, 1998; Meslé et Vallin, 2003). Dans chacun de ces trois exemples, l'un des facteurs de différenciation a été la différence de capacité à développer les attitudes individuelles permettant de tirer le meilleur parti de moyens nouveaux ouvrant la voie à un progrès sanitaire. Ce fait a été particulièrement important lorsqu'il s'est agi de modifier des comportements antérieurs pour lutter contre les maladies cardio-vasculaires (Meslé et Vallin, 1993). Qu'il s'agisse de l'évolution de ces comportements individuels ou de la volonté du public de faire pression sur le gouvernement ou les collectivités locales en faveur de telle ou telle mesure de santé publique, les politiques de santé dépendent aussi du dynamisme des associations œuvrant dans ce domaine. On doit noter ici l'émergence d'une foule croissante d'associations locales aux objectifs variés, surtout dans les pays développés où le public est de plus en plus exigeant dans ce secteur particulier, comme il l'est plus généralement en matière de consommation.

5. Les ONG

De plus longue date, enfin, il existe des organisations caritatives. Elles jouaient jadis en Europe un rôle crucial dans le domaine de la santé, notamment à travers l'action des églises. Aujourd'hui, ce qu'il est convenu d'appeler les ONG (organisations non gouvernementales) jouent un rôle majeur dans nombre de pays en développement et certaines ont une envergure nationale, internationale, voire mondiale. La principale et aussi la plus ancienne est sans doute la Croix-Rouge internationale avec tout son réseau de Croix-Rouge nationales et son homologue pour les pays musulmans, le Croissant-Rouge. Née en 1863, elle a d'abord été préoccupée de secours aux blessés de guerre et de traitement des prisonniers de guerre ou de prévention des risques encourus par les populations civiles du fait des guerres. Une de ses toutes premières réalisations a été d'obtenir la signature de la convention de Genève de 1864⁽⁶⁸⁾ sur « *l'amélioration du sort des militaires blessés dans les armées en campagne* ». Maintes fois révisée et complétée depuis, celle-ci est à l'origine du droit international humanitaire actuel. Assez vite, elle a étendu ses fonctions et ses interventions en temps de paix. Elle est notamment très active en matière de prévention et de secours dans toutes sortes de situations violentes, qu'il s'agisse du quotidien des accidents de la route ou de la prévention et de la gestion des conséquences des situations d'urgence et des cataclysmes majeurs. Plus récemment et plus spécialisées dans l'aide au développement de la santé dans les pays du sud, nombre d'associations caritatives ont vu le jour et se sont développées. Dans le domaine de la santé spécifiquement, il faut bien sûr citer les *Médecins sans frontières*, *Médecins du monde* et autres *Pharmaciens sans frontières* (les *French doctors*)⁽⁶⁹⁾. Cependant, la santé ne tient pas qu'à la médecine et les associations militant

⁽⁶⁸⁾ Convention internationale du 22 août 1864, signée à Genève après la guerre de Crimée, disponible sur le site de la Croix Rouge.

⁽⁶⁹⁾ *Médecins sans frontières* a été créée en 1971, au moment de la guerre du Biafra, et a fait depuis école en France et dans beaucoup d'autres pays.

contre la faim et pour le développement (OXFAM⁽⁷⁰⁾, Care⁽⁷¹⁾, ATD-Quart-Monde⁽⁷²⁾), pour l'enfance (Save the Children⁽⁷³⁾) ou pour le respect des droits de l'homme (Amnesty International⁽⁷⁴⁾, Human Rights Watch⁽⁷⁵⁾, etc.) y concourent tout autant. Le dynamisme de ces associations, grandes ou petites, qui se laissent de moins en moins mettre à contribution sans imposer une certaine éthique, ont poussé les pouvoirs publics, aux niveaux national et international, à prendre conscience de l'utilité d'un concept nouveau : l'ingérence humanitaire, qui leur permettrait d'accéder plus aisément aux populations menacées de famine ou de violences et des conséquences sanitaires qui en découlent, en dépit des principes de souveraineté nationale. Un droit d'agir, encore bien limité, se développe timidement en ce sens, surtout depuis les conflits de Yougoslavie et du Ruanda.

2) Les moyens

Des hommes aux budgets, en passant par les structures, les outils et autres biens spécifiques, les moyens nécessaires à la mise en œuvre d'une politique de santé sont multiples et l'on ne peut évidemment pas tout dire à ce sujet dans un tel chapitre. De plus, en parlant des acteurs, nous avons déjà évoqué d'une certaine façon les moyens humains. Nous nous contenterons de compléter cet aspect en rappelant quelques données sur la diversité des situations en matière d'effectifs. Pour le reste nous concentrerons notre attention sur quatre autres aspects qui nous paraissent incontournables : les structures sanitaires, la recherche scientifique et la formation des professionnels de la santé, l'information et l'éducation sanitaire du public, le budget de la santé.

a) Les praticiens

Le nombre de médecins par habitants est un indicateur classique de la couverture médicale d'une population. Les comparaisons internationales sont à interpréter avec précaution car la définition du médecin varie d'un pays à l'autre, notamment en ce qui concerne le niveau de qualification. En particulier,

⁽⁷⁰⁾ L'*Oxford Committee for Famine Relief* a été créé en 1942 pour lutter contre les conséquences de la Seconde Guerre mondiale, notamment en matière de famine. Il conduit aujourd'hui des activités différenciées en matière de développement, y compris dans le domaine de la santé.

⁽⁷¹⁾ Fondée aux États-Unis en 1945 pour porter secours aux populations victimes de la Seconde Guerre mondiale, *Care* est devenue une fédération internationale d'associations tournées vers la lutte contre la faim.

⁽⁷²⁾ Créée en France en 1964 avec la préoccupation de la persistance de couches de population très pauvres dans les pays industriels, *Aide à toutes détreesses-Quart-Monde* a étendu depuis sa vocation à celles des pays du sud.

⁽⁷³⁾ *Save the children UK* a été fondé en 1919 pour venir en aide aux enfants de Vienne ravagée par la Première Guerre mondiale. *Save the children US* a été fondé en 1932 à New York pour venir en aide aux enfants des Appalaches réduits à la misère par la crise et principalement tourné aujourd'hui vers les pays du Tiers-Monde.

⁽⁷⁴⁾ Créée en Angleterre en 1961.

⁽⁷⁵⁾ Fondé aux États-Unis, en 1978, d'abord sous le nom d'*Helsinki Watch* pour veiller à l'application des accords d'Helsinki, *HRW* traite plus généralement aujourd'hui des violations des droits de l'homme.

en Chine, on le sait, les *médecins aux pieds nus* ne répondent pas aux critères en vigueur dans les pays occidentaux et il reste aussi, dans les pays européens anciennement sous régime communiste, des traces de la moindre qualification du corps médical. Néanmoins, les statistiques rassemblées à ce sujet par l'OMS sont assez éloquentes sur les différences qui existent aujourd'hui en termes de ressources humaines affectées à la santé. Le nombre de médecins pour 100 000 habitants varie de moins de 4, dans certains pays d'Afrique subsaharienne (Burkina Faso, Érythrée, Gambie, Liberia, Niger, Somalie, Tchad, ainsi qu'au Népal), à plus de 400 en Espagne et en Norvège, ainsi qu'en Biélorussie, Géorgie et Russie, et même à plus de 500 en Italie et à Cuba. Il est de 300 en France, 350 en Allemagne mais moins de 170 au Royaume-Uni et de 190 au Japon comme le montre le tableau 4 où nous avons repris les données pour les pays de plus de 15 millions d'habitants.

On pourrait imaginer que, dans les pays en développement, le déficit soit au moins en partie compensé par un plus grand nombre d'infirmiers. Ce n'est nullement le cas. Alors que le nombre d'infirmiers pour 100 000 habitants est supérieur à 1 000 en Belgique ou même à 2 000 en Finlande, il est inférieur à 100 dans plus de 60 pays en développement (dont la Chine) et même inférieur à 10 dans des pays comme le Népal, la Centrafrique, le Liberia ou Haïti. La figure 2 montre clairement pour les pays de plus de 15 millions d'habitants que la plus forte densité médicale des pays industriels est associée à une densité également plus forte de la profession infirmière. C'est évidemment un élément parmi d'autres pour la compréhension de l'échec relatif de la stratégie des soins de santé primaires.

Si le rapport entre infirmiers et médecins peut être vu comme un enjeu important des stratégies de soins de santé primaires dans les pays en développement, au sein même de la profession médicale, le rapport entre médecins généralistes et spécialistes l'est aussi, pour toute politique de santé. D'une part le développement des spécialités est certainement un atout majeur pour l'amélioration de la santé mais, d'autre part, dans la gestion des moyens existants, les politiques de santé ne peuvent se désintéresser de la façon dont les malades accèdent aux spécialistes. Faut-il que tout malade y accède librement ou faut-il qu'automatiquement ils passent par le filtre du médecin généraliste ? La réponse à cette question a d'évidentes implications sociales, médicales et budgétaires.

b) Les structures sanitaires

Nous avons évoqué au chapitre précédent l'importance du rôle joué par l'hôpital dans l'histoire de la médecine et des politiques sanitaires, en particulier l'étape décisive qui a été franchie en Europe lorsque l'hôpital des pauvres est devenu hôpital des soins. À partir de là, dans tous les pays industriels, la médecine s'est complètement réorganisée autour de l'hôpital et celui-ci est devenu l'un des pivots des politiques de santé. Non seulement tous les soins et traitements importants ont peu à peu été hospitalisés⁽⁷⁶⁾, jusqu'à la mort elle-même⁽⁷⁷⁾, mais l'hôpital est aussi devenu le point de référence pour tous les praticiens, qu'ils exercent en ville ou en structure

TABLEAU 4. – NOMBRE DE MÉDECINS ET D'INFIRMIERS
PAR HABITANT DANS LES PAYS DE PLUS DE 15 MILLIONS D'HABITANTS
POUR LESQUELS L'INFORMATION EST DISPONIBLE, VERS 1997*

(Source : site Web de l'OMS : WHOSIS, consulté le 26 juillet 2004)

Pays	Nombres pour 100 000 habitants de :		Population (millions)	Pays	Nombres pour 100 000 habitants de :		Population (millions)
	Médecins	Infirmiers			Médecins	Infirmiers	
<i>Pays développés occidentaux</i>				<i>Amérique latine</i>			
États-Unis	279,0	972,0	285	Brésil	127,2	41,3	172
Japon	193,2	744,9	127	Mexique	186,4	86,5	99
Allemagne	350,0	957,0	82	Colombie	116,0	48,3	42
France	303,0	497,0	59	Argentine	268,4	76,8	37
Royaume-Uni	164,0	497,0	59	Pérou	93,2	115,2	26
Italie	554,0	296,0	58	Venezuela	236,3	64,4	24
Espagne	424,0	458,0	41	Chili	110,3	47,2	15
Canada	229,1	897,1	31	<i>Asie</i>			
Australie	240,0	830,0	19	Chine	161,7	98,6	1 275
Pays-Bas	251,0	902,0	16	Inde	48,0	45,0	1 017
<i>Anciens pays communistes</i>				Indonésie	16,0	50,0	212
Russie	421,0	821,0	1456	Pakistan	57,0	34,0	143
Ukraine	299,0	736,0	50	Bangladesh	20,0	11,0	138
Pologne	236,0	527,0	39	Viêt-Nam	48,0	56,0	78
Ouzbekistan	309,0	1011,0	25	Philippines	123,0	418,0	756
Roumanie	184,0	409,0	22	Turquie	121,0	109,0	68
Kazakhstan	353,0	649,0	16	Iran	85,0	259,0	66
<i>Afrique</i>				Thaïlande	24,0	87,0	61
Nigeria	18,5	66,1	114	Myanmar	29,7	26,1	48
Égypte	202,0	233,0	68	Corée du Sud	136,1	291,2	47
Congo (RD)	6,9	44,2	489	Népal	4,0	5,0	24
Afrique du Sud	56,3	471,8	44	Irak	55,0	236,0	23
Tanzanie	4,1	85,2	35	Malaisie	65,8	113,3	23
Soudan	9,0	58,0	31	Corée du Nord	297,0	180,0	22
Kenya	13,2	90,1	31	Arabie Saoudite	166,0	330,0	22
Algérie	84,6	297,8	30	Afghanistan	11,0	18,0	21
Maroc	46,0	105,0	29	Sri Lanka	36,5	102,7	19
Ouganda		18,7	23	Yemen	23,0	51,0	18
Ghana	6,2	72,0	20	Syrie	144,0	189,0	17
Madagascar	10,7	21,6	16	* Les données portent sur des années variables selon le pays. La plupart datent de 1996, 1997 ou 1998.			
Côte d'Ivoire	9,0	31,2	16				
Cameroun	7,4	36,7	15				

(76) L'un des derniers domaines d'activité médicale traditionnelle à avoir été presque complètement intégré à l'hôpital a été l'obstétrique. En France, par exemple, c'est seulement depuis la fin des années 1950 que l'immense majorité des accouchements sont faits en structures hospitalières (dans les maternités).

(77) Avec, notamment le développement, ces dernières années, de la prise en charge des soins palliatifs.

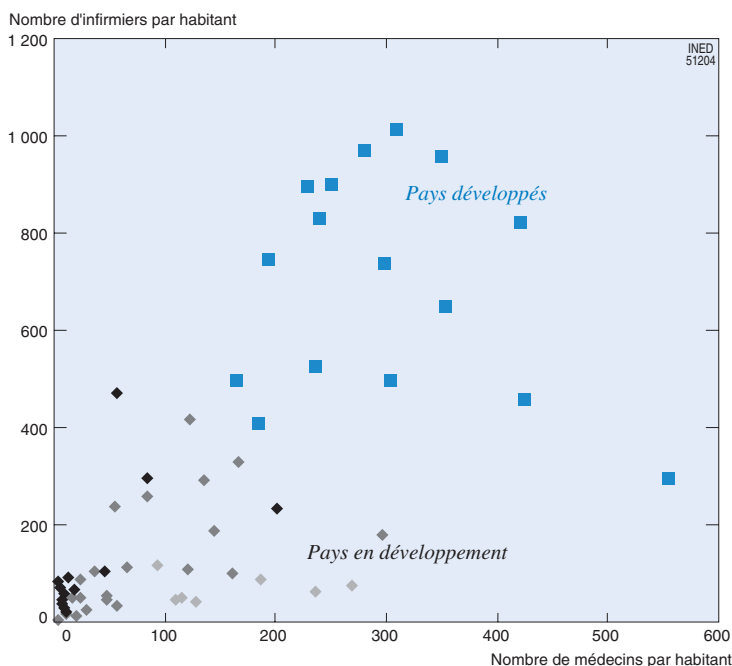


Figure 2. – Relation entre le nombre d'infirmiers pour 100 000 habitants et celui des médecins dans les pays de plus de 15 millions d'habitants pour lesquels l'information est disponible, vers 1997
(Source : tableau 4)

hospitalière, ainsi que pour la recherche et la formation médicale, comme nous le verrons au point suivant, et il prend aussi une part active aux politiques de prévention.

Mais l'hôpital est un concept général. Concrètement, la structure hospitalière est un maillage complexe allant de grands hôpitaux (généralistes ou spécialisés), capables de tout traiter (du moins dans leur spécialité) avec les moyens existants les plus sophistiqués, aux dispensaires de quartier délivrant les actes élémentaires. De plus, cette structure d'ensemble repose, dans des proportions qui varient selon les pays et les politiques de santé, sur une articulation entre un secteur public et un secteur privé, la frontière entre les deux étant parfois difficile à tracer, surtout dans les pays où domine le système des assurances médicales obligatoires. En France par exemple, l'hôpital public est investi de certaines missions dites de *service public* (qu'il s'agisse d'enseignement ou de soins) qui le distinguent des hôpitaux privés, généralement appelés *cliniques*, et reçoit pour cela des financements publics particuliers, mais l'État peut aussi confier ces missions à des hôpitaux privés faisant alors fonction d'hôpital public et, de toute façon, les uns et les autres sont presque entièrement financés sur fonds para-publics par le biais des caisses d'assurance maladie qui remboursent les malades ou paient directement les structures

hospitalières selon les conventions qu'elles signent avec elles. Finalement, pour le malade, la principale différence entre hôpitaux publics et hôpitaux privés tient à la sectorisation qui s'impose aux premiers et non aux seconds. Autrement dit l'hôpital public doit accueillir tout malade de son secteur qui le demande alors que l'hôpital privé est libre de l'accepter ou de le refuser.

Dans les pays développés, ce maillage hospitalier qui structure l'ensemble de l'activité médicale fonctionne relativement bien grâce à l'importance des moyens déployés. Un grand hôpital de référence existe dans toute fraction importante de territoire sur lequel s'appuient un grand nombre d'hôpitaux ou cliniques d'importance secondaire, de tailles et de fonctions variées ainsi qu'une médecine de ville abondante secondée par un réseau de pharmacies, laboratoires d'analyse ou d'imagerie médicale et autres structures locales d'aide au diagnostic, sans oublier infirmiers, kinésithérapeutes et autres professions paramédicales de ville. Autrement dit, où qu'il réside, un patient n'est jamais loin de l'instance médicale à laquelle il est souhaitable qu'il recourt et celle-ci est toujours à même de l'aiguiller sur les structures plus spécialisées si nécessaires. Et il ne faut pas oublier qu'à cette structure générale de base se rajoutent de multiples outils à vocation spéciale comme la *Médecine du travail*, la *Médecine scolaire*, les *Centres de protection maternelle et infantile* (PMI), les SAMU (*services d'aide médicale d'urgence*) ou les *services d'hospitalisation à domicile*, pour ne citer que quelques exemples importants.

Ce modèle, très largement importé dans les pays en développement, non pas tant d'ailleurs durant la période coloniale que depuis les indépendances, n'y a pas, loin de là, présenté d'emblée les mêmes avantages. Que ce soit du fait de politiques nationales plus soucieuses de prestige que de santé pour tous ou de celui des pays riches ou des fondations privées recherchant avant tout la visibilité de leurs investissements humanitaires, que de fois n'a-t-on construit un hôpital ultra-moderne sans se soucier ni de l'intérêt réel des fonctions qu'il offrirait ni des moyens exorbitants qu'il exigerait pour son fonctionnement ? Ces gouffres financiers sont d'ailleurs le plus souvent tombés en décrépitude en peu de temps faute d'entretien, avant qu'ils ne soient même désertés par les malades quand, avec les programmes d'ajustement structurel, ils sont devenus payants. La caricature n'est certes pas généralisable, mais le malaise est certain et il n'est pas nouveau, puisque c'est en grande partie en réaction à cette incohérence que l'OMS a lancé à la fin des années 1970 sa stratégie des soins de santé primaires. Celle-ci ne nie pas l'utilité de l'hôpital ni la nécessité, à terme, de parvenir dans les pays en développement à une structure de même nature que celle qui prévaut dans les pays développés. Même les *médecins aux pieds nus* chinois étaient en relation avec des structures hospitalières (soit pour leur formation permanente, soit pour y diriger les cas dépassant leur compétence). Mais, dans le cadre de ressources limitées, la construction de grands hôpitaux modernes n'était pas de toute évidence la première des priorités, alors que l'immense majorité de la population n'y aurait jamais accès et que celle-ci souffrait massivement de problèmes pouvant être résolus localement avec des moyens simples et peu coûteux. Cette confrontation entre le système hospitalier à l'européenne et la stratégie des soins de santé primaires de l'OMS a certainement été l'un des

enjeux majeurs des politiques de santé de ces dernières décennies au niveau de l'arbitrage des moyens et le débat est loin d'être clos.

Crucial dans les pays en développement, le problème de l'arbitrage pour les investissements en matière d'équipement médical existe aussi dans les pays développés. Chaque fois qu'un progrès technique important est fondé sur l'emploi d'équipements sophistiqués et coûteux, il faut décider où, quand et au bénéfice de qui l'implanter en priorité. Même dans les pays où la décision est théoriquement laissée à l'initiative privée, le gouvernement peut avoir à en juger de différents points de vue (équilibre commercial extérieur, autorisations spéciales à l'équipement médical, etc.), mais dans ceux où prédominent les systèmes de sécurité sociale ou de médecine étatisée, les pouvoirs publics ont aussi à arbitrer sur le fond. On peut citer ici les problèmes posés lors de l'arrivée des premiers scanners dans les années 1980 puis celle des IRM⁽⁷⁸⁾.

c) Recherche et formations professionnelles

En matière de santé comme dans beaucoup d'autres secteurs, deux types d'investissements sont particulièrement décisifs pour la poursuite du progrès : la recherche scientifique et la formation des professionnels.

1. Recherche

Qui finance la recherche ? Où se fait-elle ? Les réponses sont multiples et varient d'un pays à l'autre. Disons tout d'abord qu'elle se fait surtout dans les pays développés, ce qui fait que, souvent, ses grandes orientations ne répondent que très imparfaitement aux besoins des pays en développement. Nous avons par exemple déjà souligné le retard pris dans la mise au point d'un vaccin contre le sida du fait que la priorité a été donnée au traitement des malades, mais ce n'est qu'un exemple parmi beaucoup d'autres. Toutefois, de plus en plus, les pays en développement eux-mêmes investissent dans la recherche de façon non négligeable et, de ce point de vue, la situation commence à s'améliorer.

Par ailleurs, au sein de chaque pays, la recherche peut être conduite dans les universités ou dans des organismes de recherche *ad hoc* comme l'INSERM⁽⁷⁹⁾ en France, ou dans les entreprises, notamment les laboratoires pharmaceutiques. Les premiers ont plutôt vocation à la recherche fondamentale, les seconds à la recherche appliquée, sans que ce soit, loin de là, une règle absolue. En effet, certains aspects de la recherche fondamentale sont plus prometteurs que d'autres en termes de retombées concrètes et tout dépend aussi de la manière dont se joue la course aux brevets, principale retombée lucrative de l'effort de recherche. Jeu qui dépend beaucoup de la réponse à la question suivante : qui finance ?

En fait, la recherche s'appuie sur trois principales sources de financement : les fonds publics, le secteur privé et la charité publique. Dans

⁽⁷⁸⁾ Imagerie par résonance magnétique.

⁽⁷⁹⁾ Institut national de la santé et de la recherche médicale.

tous les pays, États et collectivités locales participent à l'effort de recherche, sans doute un peu plus dans les pays où l'idéologie libérale est moins dominante, mais pas toujours. Aux États-Unis, par exemple, le financement public de la recherche médicale est très important, notamment à travers la puissante agence de moyens que constitue le *National Institute for Health (NIH)*. La principale différence entre la France et les États-Unis ne tient pas de ce point de vue au fait que le financement public est plus important en France mais à ce que le NIH distribue son budget sur appel d'offres à une multitude de centres de recherche, notamment universitaires, de petite et moyenne taille, alors que l'INSERM administre lui-même en son sein sur son propre budget une part essentielle de la recherche médicale (souvent, il est vrai, en collaboration avec les universités et les structures hospitalières). Partout le secteur privé finance essentiellement la recherche pharmaceutique et d'une manière plus générale celle qui débouche assez directement sur la conception de produits médicaux commercialisables. Enfin, le secteur caritatif draine vers la recherche des sommes qui sont de moins en moins négligeables pour les secteurs qui en bénéficient. Le public, notamment dans les pays développés, manifeste un intérêt croissant pour le progrès de la recherche. De plus en plus, des associations créées autour de préoccupations spécifiques concernant certaines maladies réussissent à rassembler des sommes importantes en faveur du développement de la recherche. C'est le cas, par exemple, du cancer dans beaucoup de pays développés, et plus récemment, du sida. Dans ce dernier cas s'ajoute une tendance nouvelle déjà évoquée plus haut : les malades ou leurs familles jouent un rôle moteur. Le téléthon⁽⁸⁰⁾, par exemple, est le plus souvent organisé par des associations de familles de myopathes comme l'*Association française contre les myopathies (AFM)*.

Outre les financements publics, marchands et associatifs, il faut rappeler que les fondations peuvent aussi allouer des sommes importantes à la recherche, qu'il s'agisse de fondations généralistes comme celles que nous avons déjà mentionnées plus haut ou d'autres qui visent plus spécialement à encourager la recherche dans certains domaines de la santé, comme par exemple la recherche sur le cancer.

2. Formations

Depuis que la médecine européenne a renoué au XIX^e siècle avec la tradition antique et l'expérience arabomusulmane, la formation médicale suit à peu de chose près partout dans les pays industriels, voire dans le monde entier, le même modèle d'un couplage étroit entre une formation théorique universitaire et un apprentissage pratique en milieu hospitalier. À peu près toutes les facultés de médecine du monde sont plus ou moins étroitement associées à un hôpital dit universitaire qui est d'ailleurs le plus souvent lui-même impliqué dans des activités de recherche (Puzin, 1996). Non seulement les étudiants apprennent leur futur métier à l'hôpital mais leurs professeurs sont

⁽⁸⁰⁾ Le premier Telethon a été organisé à New York par Jerry Lewis, au profit de la *Muscular Dystrophy Association (MDA)*, en 1966 et avait pour la première fois rassemblé un million de dollars au cours d'une émission de télévision. L'idée a été ensuite reprise dans beaucoup de pays.

aussi des médecins traitants ou chercheurs dans ce même hôpital. Et, là encore ce ne sont pas seulement les médecins *stricto sensu* qui sont concernés par ce principe de double formation théorique et pratique, mais l'ensemble des professions médicales, quels qu'en soient le niveau ou la spécialité. Cette symbiose entre formation et pratique hospitalière a certainement été un facteur de progrès décisif. Elle ne va pas, cependant, sans présenter en contrepartie quelques inconvénients. Les fonctions de la médecine hospitalière et les conditions de leur exercice ne sont évidemment pas tout à fait les mêmes que celles de la médecine de ville et, ainsi conduite, la formation médicale ne prépare peut-être pas toujours suffisamment aux spécificités de cette dernière.

Dans ce domaine, cependant, les politiques varient du tout au tout en matière de financement. Dans certains pays, comme la France, où l'enseignement est, d'une manière générale, pris en charge par l'État ou les collectivités locales, y compris au niveau universitaire, la formation médicale est gratuite (ou presque). Dans beaucoup d'autres, au contraire elle est à la charge des étudiants eux-mêmes ou de leurs familles, système qui peut toutefois être en partie tempéré par l'octroi de bourses aux étudiants pauvres par des organismes spécialisés (y compris publics) ou les universités elles-mêmes.

Dans les systèmes gratuits, la démocratisation massive de l'accès à l'enseignement universitaire en général et l'attrait particulier exercé par les filières médicales sur les étudiants, a parfois conduit les pouvoirs publics à s'interroger sur l'intérêt pour la collectivité de former trop de médecins. Les corporations médicales elles-mêmes ont vu là un danger d'appauvrissement de leur profession par l'introduction sur le marché d'une concurrence trop vive et incompatible, à leurs yeux, avec une pratique sereine de la médecine. En France, par exemple, les facultés de médecine ont été les premières à être autorisées à sélectionner leurs étudiants à l'entrée (alors que jusque là, en théorie, tout bachelier pouvait s'inscrire à l'université dans n'importe quelle discipline de son choix). Cette mesure même n'a pas paru suffisante et un *numerus clausus* a été institué, plafonnant strictement le nombre d'étudiants pouvant chaque année entrer en formation médicale, avec des quotas précis pour chaque discipline. Cette politique a été conduite si fermement et inconsiderément que l'on souffre aujourd'hui de pénuries dans certaines disciplines, fait récemment aggravé par la crainte grandissante de candidats potentiels devant les risques croissants de poursuites judiciaires pour erreurs médicales.

Un autre aspect important de la formation médicale est la question de la mise à jour des connaissances théoriques au cours de la carrière. En milieu hospitalo-universitaire, les moyens de formation permanente ne manquent pas, mais il en va différemment pour la médecine de ville. Dans ce domaine mentionnons deux ressources non négligeables : celle sur le plan intellectuel, des associations disciplinaires, qui organisent régulièrement des colloques ou des stages de formation spécialisés, et celle, matérielle et financière, des laboratoires pharmaceutiques et autres fabricants d'appareillage ou d'instrumentation médicale qui généralement apportent leur support à ce type d'activité. Il ne faut d'ailleurs pas sous-estimer la pression exercée de ce fait par ces dernières sur la pratique médicale et les politiques de santé.

d) L'éducation sanitaire

Sans aller jusqu'à discuter les raisons sanitaires parfois évoquées pour expliquer différents interdits ou tabous alimentaires et autres ablutions rituelles présents dans presque toutes les religions, reconnaissons que toute culture porte en elle nombre de prescriptions en rapport avec la santé. Elles touchent généralement pour l'essentiel à l'hygiène et à l'alimentation. Dans les sociétés traditionnelles, l'apprentissage de ces normes se faisait essentiellement au sein de la famille. Avec la généralisation de l'instruction, elle est de plus en plus passée par l'école. Et cette dernière a joué et joue encore un rôle majeur dans le développement ou l'entretien des conditions de la santé. Elle n'y concourt pas seulement par la voie des enseignements spécifiques d'éducation sanitaire parfois inclus dans les programmes scolaires, mais aussi, tout simplement, en raison du développement de l'instruction générale. En France, par exemple, on pourrait discuter longtemps de savoir qui, de Pasteur et de sa découverte du rôle des germes ou de Jules Ferry et de son école gratuite et obligatoire, a fait le plus pour améliorer la santé des Français : ce qui est certain, c'est que l'un et l'autre y ont contribué largement. De même, dans les pays en développement, le rôle joué par le développement de l'instruction des filles dans la baisse de la mortalité infantile a été abondamment souligné (Caldwell, 1979, 1986). Non seulement en effet, les mères instruites sont plus à même de s'informer sur ce qu'il convient de faire pour alimenter leur enfant et le préserver de la maladie ou le soigner quand il est malade, mais l'instruction leur donne aussi accès à plus d'indépendance et de pouvoir de décision au sein de la famille, atouts qu'elles peuvent mettre à profit pour obtenir les moyens de faire le nécessaire pour leur enfant.

Cependant, avec le développement de la médecine moderne et l'accélération du progrès des connaissances et des techniques, apprendre dans l'enfance ne suffit plus pour acquérir définitivement les comportements et attitudes les plus favorables à la santé. Les campagnes d'éducation sanitaire, auprès des adultes autant qu'auprès des enfants, sont devenues l'un des instruments majeurs des politiques de santé (Caldwell, 1999). Elles sont en général ciblées sur des comportements en relation directe avec la santé ou destinées à populariser de nouveaux instruments de santé dont l'efficacité collective passe par une diffusion massive. Limitons-nous à quelques exemples.

Il peut s'agir soit de décourager des comportements nocifs soit de favoriser des comportements positifs. Du côté négatif, l'une des actions éducatives les plus importantes dans les pays en développement exposés à de très fortes mortalités infantiles par diarrhées, a été d'apprendre aux mères que le plus grand danger pour l'enfant était alors de se déshydrater et que la pratique souvent très répandue d'arrêter de donner à boire à l'enfant était un désastre. Couplée aux campagnes de promotion des sels de réhydratation orale, cette action a largement contribué au recul de la mortalité infantile. De nombreux exemples de ce genre concernent aussi les pays développés, citons par exemple la lutte contre les idées fausses sur les bienfaits de l'alcool qui prévalaient ou prévalent encore dans la mentalité des Français⁽⁸¹⁾, des Russes ou des Polonais ou encore contre les pièges que constituent la consommation de

drogue ou la valorisation virile de la vitesse sur la route et autres prises de risque. Côté positif, les innombrables campagnes en faveur de l'hygiène, dont les hygiénistes du XIX^e siècle (voir chap. précédent) pressentaient déjà l'utilité, ont souvent surtout consisté à s'appuyer sur la découverte de la théorie des germes pour renforcer ou réorienter des pratiques anciennes dont on pouvait désormais comprendre les fondements.

Dans tous ces domaines, les campagnes d'éducation sanitaire ont été un puissant levier pour les politiques de santé. Dans un exemple célèbre, on peut même dire que la campagne a précédé l'avancée des connaissances. On connaît en effet l'histoire de cette fameuse enquête auprès des médecins britanniques, portant sur les habitudes tabagiques et l'apparition de cancers respiratoires chez leurs patients, dont la première conséquence a été de provoquer une prise de conscience et une réduction du tabagisme chez les médecins eux-mêmes avant que l'on ait le temps d'utiliser les résultats de l'enquête pour convaincre les pouvoirs publics de l'utilité d'une campagne de lutte contre le tabagisme (Royal College, 1962). De là est parti le mouvement de prévention conduisant à la réduction de la consommation britannique de tabac et au recul décisif de la mortalité par cancer de l'appareil respiratoire dans le Royaume-Uni (Vallin et Meslé, 2001). C'est aussi grâce à des campagnes d'éducation sanitaire que l'on a pu tenter de faire reculer ou de maîtriser l'hyper-cholestérolémie à partir du moment où l'on avait découvert sa relation avec les maladies ischémiques du cœur.

Les campagnes d'éducation sanitaire constituent aussi un moyen essentiel de promotion de l'usage des nouveaux instruments de santé mis au point pour la prévention ou le traitement. La vaccination en est sans doute le meilleur exemple. C'est grâce à de vigoureuses campagnes d'information et d'éducation populaire que la diffusion des vaccins à grande échelle a pu avoir lieu, jusqu'à rendre admissible par les opinions publiques le caractère obligatoire de certains d'entre eux. En particulier, le programme élargi de l'OMS (le PEV) s'est appuyé et s'appuie encore largement sur ce moyen de faire progresser la couverture vaccinale des enfants partout dans le monde. Et il n'est évidemment pas besoin de longs discours pour convaincre du caractère primordial de l'information et de l'éducation au sujet des comportements nouveaux qu'il faut adopter pour barrer la route au sida, compte tenu de ce que l'on sait de ses modes de transmission, ni du rôle que jouent ces mêmes leviers dans les campagnes de prévention routière. La campagne de lutte contre les excès de vitesse récemment engagée en France, par exemple, marque un tournant dans le recours à l'éducation et à la responsabilisation de l'automobiliste. Loin de dissimuler les nouveaux radars détecteurs de vitesse pour

⁽⁸¹⁾ Les Français se rappelleront le geste, dont tous les médias s'étaient fait l'écho, de Pierre Mendès-France buvant un verre de lait en public, en 1954, pour symboliser l'importance de changer de comportement et de trouver des alternatives à la consommation de vin et d'alcools (Collovald, 2000). Ce fut le point de départ d'une longue lutte qui a commencé à porter ses fruits avec le recul de la mortalité par alcoolisme à partir du milieu des années 1960. *A contrario*, si l'interdiction brutale des ventes d'alcool aux particuliers a permis à Mikhaïl Gorbatchev d'obtenir en 1985 une remontée immédiate de l'espérance de vie en Russie, celle-ci est ensuite vite repartie à la baisse quand l'application des mesures s'est relâchée (Meslé *et al.*, 1994), en grande partie faute d'avoir préparé et soutenu ces mesures par une campagne d'information et d'éducation populaire.

piéger les contrevenants, ces radars sont signalés à l'avance et la campagne mise sur ce parti pris de transparence pour mieux convaincre les conducteurs de se surveiller eux-mêmes en utilisant ce système comme une aide à l'auto-contrôle plutôt que de ruser face à une nouvelle mesure répressive.

e) Les moyens financiers de la santé

Nous n'entrerons évidemment pas ici dans le détail des rapports complexes entre économie de la santé et politiques de santé. On ne peut cependant terminer ce chapitre sans donner un aperçu de la diversité des situations en matière de moyens financiers consacrés à la santé dans les différents pays du monde. Pour ce faire, nous avons utilisé les données rassemblées pour 2001 par l'OMS (2004)⁽⁸²⁾. Nous nous sommes toutefois limités aux pays de plus de 15 millions d'habitants pour obtenir des représentations assez lisibles tout en balayant l'essentiel de la diversité qui frappe l'immense majorité de la population mondiale. On doit évidemment manier ces chiffres avec prudence, car les données rassemblées sont celles fournies par chaque pays à l'OMS et il peut y avoir des problèmes de cohérence entre les estimations obtenues. L'OMS fournit toutefois deux jeux d'estimation selon qu'elles sont données en dollars au prix du change ou en dollars corrigés pour tenir compte du coût de la vie, dits « *dollars internationaux* ». Les données analysées ici sont fondées sur les estimations en dollars internationaux. Toujours est-il qu'il nous semble que les grands traits ainsi observés sont assez marqués pour qu'ils reflètent une part indubitable de réalité.

1. À chacun selon ses moyens

La première chose qui frappe à la lecture des chiffres de l'OMS est que, malgré les beaux slogans, lorsqu'il s'agit de traduire en moyens financiers la volonté politique affichée d'une réduction des inégalités de santé à l'échelle mondiale, on se heurte vite à de rudes limites. En effet, comme le montre la figure 3, la corrélation entre le montant des dépenses de santé par habitant et celui du produit intérieur brut (PIB) est presque parfaite. Parmi les 60 pays de plus de 15 millions d'habitants pour lesquels les données sont disponibles, l'échelle des revenus s'étage de moins de 400 dollars internationaux par habitants (RD Congo et Éthiopie) à plus de 35 000 (États-Unis) et ce sont exactement ces mêmes pays que l'on retrouve aux extrêmes de la distribution des dépenses totales de santé par habitant, qui s'étagent de moins de 15 au Congo et en Éthiopie à près de 5 000 aux États-Unis ! Le coefficient de corrélation, très élevé, s'établit à 0,960, bien que, visiblement, le meilleur ajustement du nuage de points serait plutôt une courbe légèrement concave qu'une droite. Naturellement, tous les pays riches occupent la partie droite et haute du nuage et les pays pauvres sa partie gauche et basse, tandis que quelques pays émergents, déjà bien avancés sur la voie du développement économique (Corée du Sud, Argentine, Chili, Arabie saoudite) font timidement le lien entre ces deux groupes très distants. Là où « la santé pour tous » exigerait que les crédits

⁽⁸²⁾ Également consultable sur le site Web de l'OMS (base WHOSIS).

de la santé soient distribués en prenant autant que possible en compte les besoins, ils apparaissent très crûment soumis à une répartition en fonction des moyens propres de chaque pays.

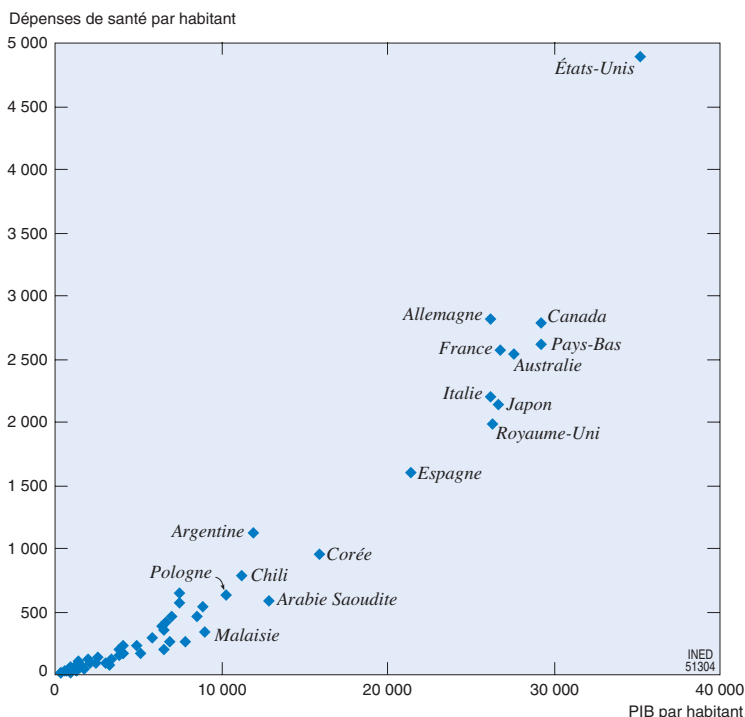


Figure 3.— Relation entre le montant des dépenses totales de santé par habitant et le produit intérieur brut par habitant en 2001, dans les pays de plus de 15 millions d'habitants

(Source : OMS, 2004)

Le phénomène est encore plus fort qu'il n'y paraît à la figure 3 car non seulement les pays riches dépensent plus pour leur santé que les pays pauvres, mais ils y consacrent une part plus importante de leur PIB (figure 4). Avec 35 000 dollars par habitant, les États-Unis consacrent près de 14 % de leur revenu national à la santé alors que le Congo ou l'Éthiopie, avec moins de 400 dollars par habitant n'en consacrent que 3,5 % à la santé.

2. Une certaine diversité dans l'effort pour la santé

Malgré cette très forte dépendance des budgets de la santé par rapport à la richesse nationale, on note une certaine diversité dans l'effort fait par chaque pays pour la santé de sa population. En effet, avec un coefficient de corrélation de 0,80, les points du nuage de la figure 4 sont sensiblement moins bien alignés que ceux de la figure 3. Pour un même niveau de PIB par habitant, la part des dépenses de santé dans le PIB varie parfois assez

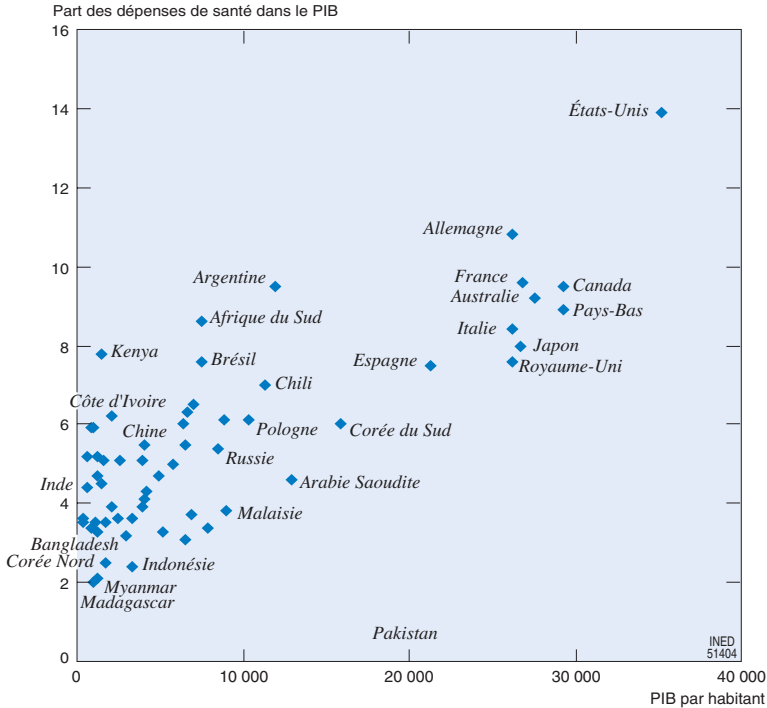


Figure 4. – Relation entre la part des dépenses totales de santé dans le PIB et le montant du PIB par habitant en 2001, dans les pays de plus de 15 millions d'habitants (Source : OMS, 2004)

fortement, surtout quand les pays sont pauvres. Pour un même revenu par habitant, très faible (moins de 1 500 dollars), Madagascar ou le Myanmar n'en consacrent que 2 % à la santé alors que le Kenya en consacre 8 %, quatre fois plus. Bien que moins sensible, on peut noter qu'un certain écart existe aussi entre des pays très riches de niveau assez semblable : avec un revenu de 26 200 dollars par tête, l'Allemagne consacre 10,8 % de son PIB à la santé et le Royaume-Uni seulement 7,6 %. Inversement, des pays à revenus nettement moins élevés comme l'Argentine (12 000 dollars/hab) ou même l'Afrique du Sud (7 500) consacrent à leur santé une part de leur PIB aussi importante que la France ou l'Italie.

3. Le rôle ambigu de l'aide extérieure

On pourrait imaginer que, du moins pour les pays les plus pauvres, l'aide reçue de l'extérieur pour la santé (partie intégrante des dépenses totales de santé décrites par l'OMS) explique cette diversité. La figure 5 qui met en relation la part de l'aide extérieure dans les dépenses de santé avec le niveau de revenu par tête montre certes que cette part atteint ses niveaux les plus élevés

dans les pays les plus pauvres. Cependant, elle montre aussi l'extrême inégalité dans le traitement ainsi fait à des pays de même niveau, surtout quand il s'agit des plus pauvres. À moins de 2000 dollars de revenu par habitant, la part de l'aide extérieure dans les dépenses de santé varie de plus de 35 % (Mozambique, Madagascar) à presque 0 (Myanmar, Inde, Corée du Nord). Et l'on ne peut voir là aucun lien avec l'observation précédente, au contraire, puisque, parmi ces pays, le Kenya qui consacre 8 % de son PIB à la santé n'est, pour ce faire, financé qu'à moins de 10 % par l'aide extérieure alors que les taux maximums de financements extérieurs sont atteints par les deux pays qui, au total, ne consacrent que 2 % de leur PIB à la santé. Autrement dit, ce ne sont pas, loin de là, les pays pauvres qui déploient eux-mêmes les plus grands efforts qui reçoivent le plus d'aide.

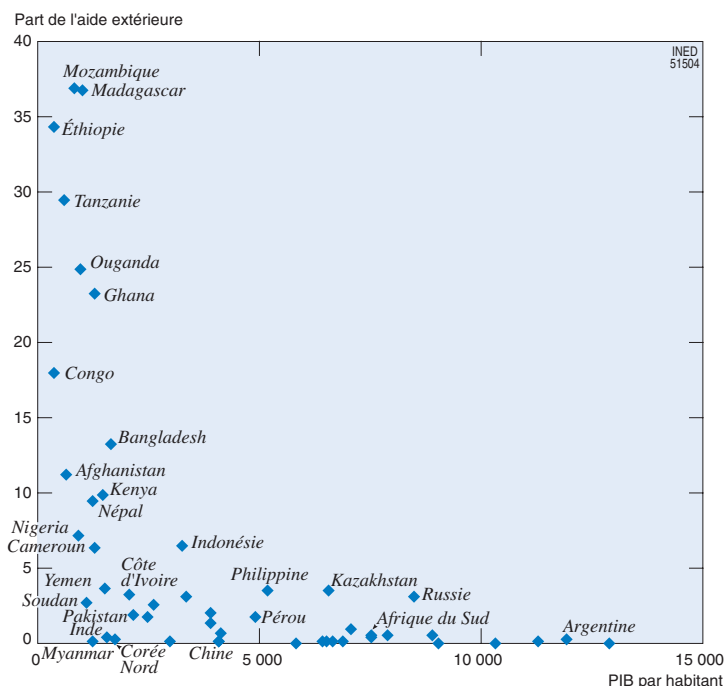


Figure 5. – Relation entre la part de l'aide extérieure dans les dépenses totales de santé et le montant du PIB par habitant en 2001, dans les pays de plus de 15 millions d'habitants
(Source : OMS, 2004)

La figure 5 nous indique aussi assez clairement que l'inégalité de traitement par l'aide internationale touche également les pays à revenus intermédiaires. Ainsi, l'Afrique du Sud, pourtant si durement frappée par le sida, ne peut compter sur l'aide extérieure que pour moins de 0,5 % de ses dépenses de santé alors qu'en Russie, au PIB par habitant plus élevé, l'aide extérieure en couvre plus de 3 %, plus de 6 fois plus !

4. La part des financements publics

Dans un autre registre, si l'on met en relation la part prise par les financements publics toutes sources confondues (États, collectivités locales, systèmes d'assurances obligatoires) dans les dépenses de santé, deux mondes tout à fait différents apparaissent (figure 6). Dans les pays pauvres, il n'y a quasiment aucune relation entre le niveau total de dépenses de santé et la part assumée par le secteur public. À moins de 50 dollars par habitant consacrés à la santé, on trouve par exemple aussi bien la Corée du Nord où cette dépense est prise en charge à près de 75 % par les pouvoirs publics que le Myanmar ou le Soudan où ceux-ci n'en assument que moins de 20 %. Un peu plus haut, entre 100 et 200 dollars par habitant pour la santé, on trouve exactement le même écart entre des contributions publiques, maximales en Ouzbékistan et en Algérie, minimales en Inde et en Côte d'Ivoire. En fait, il semble bien que dans les pays pauvres, l'importance de l'effort public, qui de toute façon est très faible face à l'ampleur des besoins, a peu d'influence sur le montant de la dépense totale et varie plus en fonction du régime politique en vigueur dans le pays que d'une réelle priorité accordée à la santé.

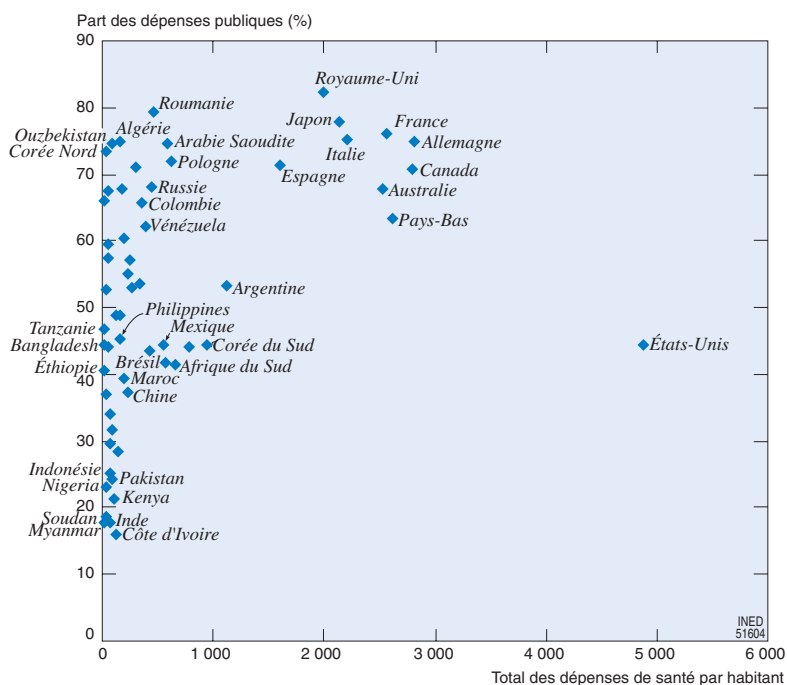


Figure 6. – Relation entre la part des dépenses de santé et le total des dépenses de santé par habitant en 2001, dans les pays de plus de 15 millions d'habitants

(Source : OMS, 2004)

Dans les pays riches, la situation est très différente. Une relation assez forte apparaît entre le niveau de dépenses pour la santé et la part qu'en assurement les pouvoirs publics. Celle-ci est maximale au Royaume-Uni (plus de 80 %) alors que la dépense totale par habitant y est la moins élevée de tous les pays riches représentés en figure 6 (seule l'Espagne est en retrait, mais elle est aussi sensiblement moins riche que le Royaume-Uni). Au contraire, la part des financements publics est minimale aux États-Unis dont la dépense totale de santé est de très loin supérieure à toutes les autres.

On ne peut que s'étonner, à la lecture de ce graphique, que les systèmes de prise en charge collective de la santé aient été si durement attaqués au cours des dernières décennies dans les pays développés. L'idéologie libérale, qui depuis la chute du mur de Berlin règne à peu près sans partage sur l'économie mondiale, se fonde en la matière sur la double idée que la gestion publique d'affaires économiques est un non-sens car seul le privé, contraint par la loi du marché, peut éviter les gaspillages et que la santé est un bien comme les autres qui n'échappe pas à cette règle. La conclusion est alors simple : si l'on veut mettre fin à la montée vertigineuse des dépenses de santé observée ces derniers temps, il est urgent de redonner au privé une plus grande place. C'est tout le contraire que nous voyons ici : plus la part prise en charge par le secteur public est grande, moins la dépense totale est élevée. Le cas extrême des États-Unis paraît même presque caricatural : alors que la part des financements publics n'y dépasse guère 40 %, c'est non seulement le pays où la dépense de santé par habitant est, de très loin, la plus élevée du monde (près de 5 000 dollars) mais c'est aussi celui où elle mobilise la part du revenu national la plus énorme (près de 15 %). On ne peut pourtant pas dire que le niveau d'espérance de vie ni celui de la qualité des années vécues y soient plus élevés que partout ailleurs. En revanche, on peut se demander si l'inégalité devant la santé et la mort n'y est pas plus forte qu'on ne pourrait l'espérer, en vertu d'une telle dépense. Mais c'est anticiper sur l'un des thèmes du chapitre suivant, consacré à l'analyse des résultats des politiques de santé.

RÉFÉRENCES

- ANNAN Koffi, 2000. – *We the peoples. The role of the United Nations in the 21st Century*. – New York, United Nations, 80 p.
- ANTONIOTTI Stéphanie, PELLISSIER Véronique, SIMÉONI Marie-Claude et MANUEL Catherine, 2002. – Déclaration obligatoire des maladies infectieuses. Des maladies « pestilentielles » aux maladies « émergentes », *Santé publique*, vol. 14, n° 2, p. 165-178.
- BACHMANN Christian et COPPEL Anne, 1989. – *Le dragon domestique. Deux siècles de relations étranges entre l'Occident et la drogue*. – Paris, Albin Michel, 564 p.
- BEACH Marilyn V., 2001. – « Blood heads » and AIDS haunt China's countryside, *The Lancet*, vol. 357, p. 49.
- BEGHIN Ivan et VANDERVEKEN Marc, 1985. – Nutritional programmes, in : Jacques VALLIN, Alan LOPEZ et Hugo BEHM (éd.), *Health policy, social policy and mortality prospects*, p. 81-100. – Liège, Ordina Edition, 558 p. (Proceedings of an IUSSP Seminar in Paris, February 28-March 4, 1983).
- BEGHIN Ivan et VANDERVEKEN Marc, 1985. – Les programmes nutritionnels, in : Jacques VALLIN, Alan LOPEZ et Hugo BEHM (éd.), *La lutte contre la mort*, p. 77-98. – Paris, INED, PUF, 542 p. (Travaux et documents, Cahier n° 108).
- BÉRESNIAK Ariel et DURU Gérard, 1997. – *Économie de la santé*. – Paris, Masson, 182 p. (4^e édition).
- BEVERIDGE William H., 1943. – *Social insurance and allied services*. – Londres, Allen and Unwin, 300 p.
- BERGER Guy, MAUFFRET Marie, ROUSSEAU-GIRAL Anne-Chantal et ZAIDMAN Catherine, 2000. – *La loi relative à la lutte contre le tabagisme et l'alcoolisme. Rapport d'évaluation*. – Paris, La documentation française, 555 p.
- BONNICI Bernard, 2003. – *La politique de santé en France*. – Paris, PUF, 128 p. (Que sais-je?).
- BORDRY Monique, FAYARD Françoise et MUSÉE CURIE, 1992. – Les rayons X sortent de l'anonymat, *Comprendre et agir. Journal de l'Institut Curie*, vol. 21, n° 4 (1^{er} trim.). (Extrait sur Internet : <http://www.curie.u-psud.fr/histoire/4/Histoire4.html>).
- BRESLOW Lester, 1985. – Le cas des maladies cardio-vasculaires, in : Jacques VALLIN, Alan LOPEZ et Hugo BEHM (éd.), *La lutte contre la mort*, p. 195-216. – Paris, INED, PUF, 542 p. (Travaux et documents, Cahier n° 108).
- BRESLOW Lester, 1985. – The case of cardiovascular diseases, in : Jacques VALLIN, Alan LOPEZ et Hugo BEHM (éd.), *Health policy, social policy and mortality prospects*, p. 197-216. – Liège, Ordina Edition, 558 p. (Proceedings of an IUSSP Seminar in Paris, February 28-March 4, 1983).
- BRUNET-JAILLY Joseph (dir), 1997. – *Innover dans les systèmes de santé. Expériences d'Afrique de l'Ouest*. – Paris, Karthala, 435 p.
- CALDWELL John C., 1979. – Education as a factor in mortality decline : an examination of Nigerian data, in : OMS (éd.), *Délibération de la réunion sur les facteurs et les conséquences socio-économiques de la mortalité*, p. 172-192. – Genève, New York, OMS, 622 p.
- CALDWELL John C., 1986. – Routes to low mortality in poor countries, *Population and Development Review*, vol. 12, n° 2, p. 171-220.
- CALDWELL John C., 1999. – Peut-on modifier les comportements pour préserver la santé ? *Revue internationale des sciences sociales*, n° 161, p. 371-377.

- CALDWELL Pat, 1995. – Prostitution and the risk of STDs and AIDS in Nigeria and Thailand, *Health Transition Review*, vol. 5, n° supp. "The Third World AIDS epidemic" (éd. par I. O. Oruboloye, John C. Caldwell, Pat Caldwell et Shail Jain), p. 167-172.
- CARD David, DOBKIN Carlos et MAESTAS Nicole, 2004. – *The impact of nearly universal insurance coverage on health care utilization and health : evidence from Medicare*. – Cambridge, National Bureau of Economic Research, 73 p. (Working Paper 10365; <http://www.nber.org/papers/w10365>).
- CECCALDI Dominique, 1997. – *Les institutions sanitaires et sociales*. – Paris, Foucher, 405 p.
- CÉRISOLA Anne-Sophie et MISTRAL Jacques, 2004. – *L'obésité aux États-Unis. Enjeux économiques et défis politiques*. – Washington, Ambassade de France, 27 p. (Document de travail 2004-01).
- COLLOVALD Annie, 2000. – Le verre de lait de Pierre Mendès France ou l'oubli des origines politiques, in : Alain CARRIGOU (dir), *La santé dans tous ses états*, p. 35-54. – Biarritz (France), Atlantica, 362 p.
- CHESNAIS Jean-Claude, 1976. – *Les morts violentes en France*. – Paris, INED, PUF, 346 p. (Travaux et documents, Cahier n° 75).
- CHESNAIS Jean-Claude, 1981. – *Histoire de la violence en Occident de 1800 à nos jours*. – Paris, Robert Laffont, 497 p. (Pluriel).
- CHESNAIS Jean-Claude, 1985. – L'efficacité de la prévention des morts violentes, in : Jacques VALLIN, Alan LOPEZ et Hugo BEHM (éd.), *La lutte contre la mort*, p. 257-274. – Paris, INED, PUF, 542 p. (Travaux et documents, Cahier n° 108).
- CHESNAIS Jean-Claude, 1985. – The prevention of death from violence : lessons from experience, in : Jacques VALLIN, Alan LOPEZ et Hugo BEHM (éd.), *Health policy, social policy and mortality prospects*, p. 261-280. – Liège, Ordina Édition, 558 p.
- CHESNAIS Jean-Claude, 2003. – Les morts violentes dans le monde, *Population et sociétés*, n° 395, novembre, p. 1-4.
- CHESNAIS Jean-Claude et VALLIN Jacques, 1977. – Évolution récente de la mortalité et de la morbidité dues aux accidents de la route, *Population*, vol. 32, n° 6, p. 1239-1265.
- DALMAZ Patrick, 1998. – *Histoire des sapeurs-pompiers français*. – Paris, PUF, 128 p. (Que sais-je ? n° 3116).
- DELBOS Victor, 1971. – Introduction. Notice sur la vie et les œuvres de Kant, in : Emmanuel KANT, *Fondements de la métaphysique des mœurs. Traduction nouvelle*, p. 3-20. – Paris, Librairie Delagrave, 210 p.
- DESGRÈES DU LOÛ Annabel, 1996. – *Sauver les enfants : le rôle des vaccinations*. – Paris, CEPED, 261 p. (Les Études du CEPED, n° 12).
- DÉSESQUELLES Aline, 1997. – *Consommation de stupéfiants en France : expertise d'un système d'information et mesure du phénomène*. – Bordeaux, Université de Bordeaux, 400 p. (Thèse de démographie).
- DUMONT Jean-Pierre, 1998. – *Les systèmes de protection sociale en Europe*. – Paris, Economica, 313 p.
- DUPONT Marc et SALAÛN Françoise, 1999. – *L'assistance publique - hôpitaux de Paris*. – Paris, Presses universitaires de France, 128 p. (Que sais-je ?).
- FAURE Olivier, 1994. – *Histoire sociale de la médecine (XVIII^e-XX^e siècle)*. – Paris, Anthropos, 272 p.

- FILLAUT Thierry, 1999. – Pouvoirs publics et antialcoolisme en France sous la Troisième République, *in* : Thierry FILLAUT, Véronique NAHOUM-GRAPPE et Myriam TSIKOUNAS (éd.), *Histoire et alcool*, p. 127-182. – Paris, L'harmattan, 220 p. (Logiques sociales).
- FINGERHUT Lois A. et KLEINMAN Joel C., 1990. – International and interstate comparisons of homicide among young males, *JAMA (Journal of the Medical Association of America)*, vol. 263, n° 24, p. 3292-3295.
- FLAMANT Robert, 1976. – Risques carcinogènes et prévention des cancers, *Revue d'épidémiologie et de santé publique*, vol. 24, n° 3-4, p. 345-353.
- FRANK Johann Peter, 1779. – *System einer vollständigen medicinischen Polizey*. – Schwan, Cotta, Schaumburg, Mannheim, Stuttgart et Vienne, 6 vol. + suppl., 7000 p.
- FREDERIKSEN Harald, 1960. – Malaria control and population pressure in Ceylon, *Public Health Reports*, vol. 75, n° 10, p. 865-868.
- FRYDMAN Nathalie et MARTINEAU Hélène, 1998. – *La drogue : où en sommes-nous ? Bilan des connaissances en France en matière de drogues et de toxicomanies*. – Paris, La documentation française, 417 p.
- GIRARD Alain, HENRY Louis et NISTRI Roland, 1960. – *Facteurs sociaux et culturels de la mortalité infantile*. – Paris, INED, PUF, 210 p. (Travaux et documents, Cahier n° 36).
- GOLDMAN Noreen et TAKAHASHI Shigesato, 1996. – Old age mortality in Japan : demographic and epidemiological perspective, *in* : Graziella CASELLI et Alan LOPEZ (éd.), *Health and mortality among elderly populations*, p. 157-181. – Oxford, Clarendon Press, XVI + 360 p. (International Studies in Demography).
- GRMEK Mirko D. (dir), 1995. – *Histoire de la pensée médicale en Occident. 1. Antiquité et Moyen-Âge*. – Paris, Seuil, 380 p.
- GRMEK Mirko D. (dir), 1997. – *Histoire de la pensée médicale en Occident. 2. De la Renaissance aux Lumières*. – Paris, Seuil, 386 p.
- GRMEK Mirko D. (dir), 1999. – *Histoire de la pensée médicale en Occident. 3. Du romantisme à la science moderne*. – Paris, Seuil, 428 p.
- HANNOUN Claude, 1999. – *La vaccination*. – Paris, Presses universitaires de France, 128 p. (Que sais-je?).
- HATTON Françoise, FLAMANT Robert et BOUVIER-COLLE Marie-Hélène, 1985. – La lutte contre la mortalité cancéreuse, *in* : Jacques VALLIN, Alan LOPEZ et Hugo BEHM (éd.), *La lutte contre la mort*, p. 217-238. – Paris, INED, PUF, 542 p. (Travaux et documents, Cahier n° 108).
- HATTON Françoise, FLAMANT Robert, BOUVIER-COLLE Marie-Hélène et MAUJOL Léone, 1985. – The fight against cancer, *in* : Jacques VALLIN, Alan LOPEZ et Hugo BEHM (éd.), *Health policy, social policy and mortality prospects*, p. 217-240. – Liège, Ordina Édition, 558 p. (Proceedings of an IUSSP Seminar in Paris, February 28-March 4, 1983).
- HENRY Louis, 1948. – La situation démographique, *Population*, vol. 4, n° 3, p. 523-538.
- IMBERT Jean, 1977. – *Guide du chercheur en histoire de la protection sociale. Volume II (1789-1914)*. – Paris, Association pour l'étude de l'histoire de la sécurité sociale, 254 p.
- INSERM, 2001. – *Alcool : effets sur la santé. Synthèse et recommandations*. – Paris, Institut national de la santé et de la recherche médicale, 49 p. (Expertise collective).
- IRD, 2000. – *Paludisme : Anopheles funestus, un vecteur complexe*. – Paris, Institut de recherche pour le développement, 3 p. (Fiche d'actualité scientifique n° 110).

- JAUFFRET-ROUSTIDE Marie (dir.), 2004. – *Les drogues, approches sociologiques, économiques et politiques*. – Paris, La documentation française, 156 p. (Les études de la Documentation française).
- JAUFFRET-ROUSTIDE Marie et SIMMAT-DURAND Laurence, 2004. – État de la consommation : produits, modalités d'usages, usagers, in : Marie JAUFFRET-ROUSTIDE (dir.), *Les drogues, approches sociologiques, économiques et politiques*, p. 11-46 – Paris, La documentation française, 156 p. (Les études de la Documentation française).
- JONES Stephen, WALDMAN Ronald J. et FOEGE William, 1985. – Le rôle des programmes de vaccination, in : Jacques VALLIN, Alan LOPEZ et Hugo BEHM (éd.), *La lutte contre la mort*, p. 41-52. – Paris, INED, PUF, 542 p. (Travaux et documents, Cahier n° 108).
- KIELMANN Arnfried et TAYLOR Carl E., 1969. – *Child and maternal health services in rural India : the Narangwal experiment. Volume 1*. – Baltimore, Johns Hopkins University Press, 263 p.
- KITAGAWA M. et HISAMICHI S., 1970. – Follow up study of gastric mass survey in Miyagi prefecture, *Gastroenterologia Japonica*, vol. 5, n° 4-3, p. 182.
- LA DOCUMENTATION FRANÇAISE, 1993. – Procès et débats autour du sang contaminé, *Regards sur l'actualité*, n° 194-195, spécial « Sida, sexe et société », p. 57-76.
- LETOURMY Alain, 2000. – Les politiques de santé en Europe, vue d'ensemble, *Sociologie du travail*, vol. 42, n° 1 "Les acteurs de la santé publique et les réformes", p. 13-30.
- LÉVY Claude, 1980. – La mortalité par accident des enfants et des adolescents dans huit pays développés, *Population*, vol. 35, n° 2, p. 291-320.
- MESLÉ France, 1990. – Symposium on the Contribution of Epidemiology to Cancer Prevention and Therapy, Vienne, 7-9 mars 1990, *Population*, vol. 45, n° 3, p. 667-669.
- MESLÉ France, SHKOLNIKOV Vladimir et VALLIN Jacques, 1994. – Brusque montée des morts violentes en Russie, *Population*, vol. 49, n° 3, p. 780-790.
- MESLÉ France et VALLIN Jacques, 1981. – La population des établissements psychiatriques : évolution de la morbidité ou changement de stratégie médicale ? *Population*, vol. 36, n° 6, p. 1035-1068.
- MESLÉ France et VALLIN Jacques, 1993. – Développement économique et espérance de vie : la transition sanitaire au tournant des années soixante, in : UIESP (éd.), *Congrès international de la population. Montréal 1993*, vol. 2, p. 365-382. – Liège, UIESP, 493 p.
- MESLÉ France et VALLIN Jacques, 2003. – *Mortalité et causes de décès en Ukraine au XX^e siècle*. – Paris, INED, XVI + 396 p. (Les cahiers de l'INED, cahier n° 152, avec des contributions de Vladimir Shkolnikov, Serhii Pyrozkhov et Serguei Adamets).
- MESLÉ France, VALLIN Jacques et SHKOLNIKOV Vladimir, 1998. – Reversal of mortality decline : the case of contemporary Russia, *World Health Statistics Quarterly/Rapport trimestriel de statistiques sanitaires*, vol. 51, n° 2-3-4, p. 191-206. (Historical epidemiology : mortality decline, and old and new transitions in health, numéro spécial édité par Odile Frank).
- MOLINEAUX Louis, 1985. – The impact of parasitic diseases and their control, with special emphasis on malaria in Africa, in : Jacques VALLIN, Alan LOPEZ et Hugo BEHM (éd.), *Health policy, social policy and mortality prospects*, p. 13-44. – Liège, Ordina Édition, 558 p. (Proceedings of an IUSSP Seminar in Paris, February 28-March 4, 1983).

- MOLINEAUX Louis, 1985. – La lutte contre les maladies parasitaires : le problème du paludisme, notamment en Afrique, *in* : Jacques VALLIN, Alan LOPEZ et Hugo BEHM (éd.), *La lutte contre la mort*, p. 11-50. – Paris, INED, PUF, 542 p. (Travaux et documents, Cahier n° 108).
- MOSLEY W. Henry, 1985. – Les soins de santé primaires peuvent-ils réduire la mortalité infantile ? Bilan critique de quelques programmes africains et asiatiques, *in* : Jacques VALLIN, Alan LOPEZ et Hugo BEHM (éd.), *La lutte contre la mort*, p. 101-136. – Paris, INED, PUF, 542 p. (Travaux et documents, Cahier n° 108).
- MOSLEY W. Henry, 1985. – Will primary health care reduce infant and child mortality ? A critique of some current strategies, with special reference to Africa and Asia, *in* : Jacques VALLIN, Alan LOPEZ et Hugo BEHM (éd.), *Health policy, social policy and mortality prospects*, p. 103-138. – Liège, Ordina Édition, 558 p. (Proceedings of an IUSSP Seminar in Paris, February 28-March 4, 1983).
- MOULIN Anne-Marie (dir.), 1996. – *L'aventure de la vaccination*. – Paris, Fayard, 498 p. (Penser la médecine).
- NADELMANN Ethan, 1994. – Pour un droit d'usage contrôlé, *Futuribles*, n° 185, p. 105-109.
- NATIONS UNIES, 1968a. – *Convention sur la circulation routière. Fait à Vienne le 8 novembre 1968*. – Vienne, Nations unies, 72 p.
- NATIONS UNIES, 1968b. – *Convention sur la signalisation routière. Fait à Vienne le 8 novembre 1968*. – Vienne, Nations unies, 61 p.
- NATIONS UNIES, 1998. – *Programme d'action adopté à la conférence internationale sur la population et le développement, Le Caire, 5-13 septembre 1994*. – New York, Nations unies, Département de l'information économique et sociale et de l'analyse des politiques, VIII + 204 p.
- NAYAR P. K. B., 1985. – The case of Kerala, *in* : Jacques VALLIN, Alan LOPEZ et Hugo BEHM (éd.), *Health policy, social policy and mortality prospects*, p. 371-382. – Liège, Ordina Édition, 558 p. (Proceedings of an IUSSP Seminar in Paris, February 28-March 4, 1983).
- NAYAR P. K. B., 1985. – Le Kerala, Inde, *in* : Jacques VALLIN, Alan LOPEZ et Hugo BEHM (éd.), *La lutte contre la mort*, p. 357-368. – Paris, INED, PUF, 542 p. (Travaux et documents, Cahier n° 108).
- NEWMAN Peter, 1965. – *Malaria eradication and population growth : with special reference to Ceylon and Guiana*. – Ann Arbor, The University of Michigan, School of Public Health, XI + 259 p. (Bureau of Public Health Economics Research Series, n° 10).
- NOR Malika, 2001. – *La prostitution*. – Paris, Le cavalier bleu, 128 p.
- NORVEZ Alain, 1990. – *De la naissance à l'école. Santé, modes de garde et préscolarité dans la France contemporaine*. – Paris, INED, PUF, 464 p. (Travaux et documents, Cahier n° 126).
- OMS, 1946 (1985). – *Constitution de l'Organisation mondiale de la santé*. – Genève, Organisation mondiale de la santé, 18 p.
- OMS, 1978. – *Déclaration d'Alma Ata. Rapport de la Conférence*. – Genève, Organisation mondiale de la santé, 60 p. (Disponible sur le Web : http://policy.who.int/cgi-bin/om_isapi.dll).
- OMS, 1981. – *Stratégie mondiale de la santé pour tous d'ici l'an 2000*. – Genève, Organisation mondiale de la santé, 90 p. (Série "Santé pour tous", n° 3. doc. hfa-fr2).

- OMS, 1985. – *Recueil des résolutions et décisions de l'Assemblée mondiale de la santé et du Conseil exécutif. Volume 2, 1973-1984.* – Genève, Organisation mondiale de la santé, 424 p.
- OMS, 1994. – *Neuvième programme général de travail pour la période 1996-2001.* – Genève, Organisation mondiale de la santé, 60 p. (Série "Santé pour tous", n° 11).
- OMS, 1999a. – Révision du règlement sanitaire international, *Relevé épidémiologique hebdomadaire de l'OMS*, vol. 74, n° 4, p. 25-27.
- OMS, 1999b. – Comparaison des rôles de trois organisations internationales, *Relevé épidémiologique hebdomadaire de l'OMS*, vol. 74, n° 25 : «Santé publique et commerce», p. 193-201.
- OMS, 2001. – *Programme de travail 2002-2005.* – Genève, Organisation mondiale de la santé, IV + 10 p. (Disponible sur le Web: http://www.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA54/fgpw0205.pdf).
- OMS, 2004. – *Rapport sur la santé dans le monde 2004. Changer le cours de l'histoire.* – Genève, Organisation mondiale de la santé, 188 p.
- OMS et BANQUE MONDIALE, 2004. – *Rapport mondial sur la prévention des traumatismes dus aux accidents de la circulation.* – Genève et Washington, Organisation mondiale de la santé et Banque mondiale, 235 p. (Prévention).
- ONUSIDA, 2004. – *Rapport sur l'épidémie mondiale de sida. Résumé d'orientation.* – Genève, ONUSIDA, 18 p.
- OSHIMA Akira HANAI Aya et FUJIMOTO Isaburo, 1979. – Evaluation of mass screening program for stomach cancer, *National Cancer Institute Monograph*, n° 53, p. 181-186.
- PUSKA Pekka, TUOMILEHTO Jaakko, SALONEN Jukka T., NISSINEN Aulikki, VIRTAMO Jarmo, BJÖRKQVIST Stig-Göran, KOSKELA Kaj, NEITTAANMÄKI L., TAKALO K., KOTTKE Thomas, MÄKI J., SIPILÄ P. et VARVIKKO P., 1981. – *Community control of cardiovascular diseases the North Karelia Project: Evaluation of a comprehensive community program for control of cardiovascular diseases in 1972-1977 in North Karelia.* – Copenhagen, World Health Organisation, Regional Office for Europe, 351 p.
- PUZIN Daniel (coord.), 1996. – *La juste place des hôpitaux universitaires dans les systèmes de santé.* – Paris, Flammarion, 102 p.
- RAVENHOLT Reimert T., 1990. – Tobacco's global death march, *Population and Development Review*, vol. 16, n° 2, p. 213-240.
- ROBIN François et NATIVI François, 1987. – *Enquête sur l'erreur médicale.* – Paris, La Découverte, 355 p.
- ROQUES Bernard, 1999. – *La dangerosité des drogues : rapport au secrétariat d'État à la Santé.* – Paris, Odile Jacob et La Documentation française, 316 p. (préf. de Bernard Kouchner).
- ROSETO-BIXBY Luis, 1985. – The case of Costa Rica, in : Jacques VALLIN, Alan LOPEZ et Hugo BEHM (éd.), *Health policy, social policy and mortality prospects*, p. 341-370. – Liège, Ordina Édition, 558 p. (Proceedings of an IUSSP Seminar in Paris, February 28-March 4, 1983).
- ROSETO-BIXBY Luis, 1985. – Le Costa Rica, in : Jacques VALLIN, Alan LOPEZ et Hugo BEHM (éd.), *La lutte contre la mort*, p. 331-356. – Paris, INED, PUF, 542 p. (Travaux et documents, Cahier n° 108).
- ROYAL COLLEGE OF PHYSICIANS, 1962. – *Smoking and health : summary and report of the Royal College of Physicians of London on smoking in relation to cancer of the lung and other diseases.* – New York, Pitman Publishing Co, 70 p.

- RUIZ Magda et RINCÓN Manuel, 1996. – Mortality from accidents and violence in Colombia, in : Ian TIMAEUS, Juan CHACKIEL et Lado RUZICKA (éd.), *Adult Mortality in Latin America*, p. 337-358. – Oxford, Clarendon Press, 367 p. (International Studies in Demography).
- SELDEN Mark, 1972. – *Health and revolution. The Chinese medical system, essay on contemporary China*. – New York, Peck, Schurman & Riskin
- SHAHPAR Cyrus et LI Guohua, 1999. – Homicide mortality in the United States, 1935-1994 : age, period, and cohort effects, *American Journal of Epidemiology*, vol. 150, n° 11, p. 1213-1222.
- SHAN Hua, WANG Jing-Xing, REN Fu-Rong, ZHANG Yuan-Zhi, ZAO Hai-Yan, GAO Guo-Jing, Ji Yang et NESS Paul M., 2002. – Blood banking in China, *The Lancet*, vol. 360, p. 1770-1775.
- SHKOLNIKOV Vladimir et NEMTSOV Alexander, 1997. – The anti-alcohol campaign and variations in Russian mortality, in : Jose Luis BOBADILLA, Christine A. COSTELLO et Faith MITCHELL (éd.), *Premature death in the New Independent States*, p. 239-261. – Washington D.C, National Academy Press, 504 p.
- SOUCAT Agnès, BANGOURA Ousmane et KNIPPENBERG Rudolf, 1997. – L'initiative de Bamako au Bénin et en Guinée, in : Joseph BRUNET-JAILLY (dir), *Innovations dans les systèmes de santé. Expériences d'Afrique de l'Ouest*, p. 193-208. – Paris, Karthala, 435 p.
- SOURNIA Jean-Charles, 1986. – *Histoire de l'alcoolisme*. – Paris, Flammarion, 322 p.
- TAYLOR Carl E., SARMA R. S. S., PARKER Robert, REINKE William A. et FARUGEE Rashid, 1968. – *Child and maternal health services in rural India : the Narangwal experiment. Volume 2 : Integrated family planning and health care*. – Baltimore, Johns Hopkins University Press, 252 p. (Rééd. 1983).
- UNITED NATIONS, 1995. – *Population and development. Vol.1, Programme of action adopted at the International conference on population and development, Cairo, 5-13 september 1994*. – New York, United Nations, Department for Economic and Social Information and Policy analysis, Population Division, 100 p.
- UNITED NATIONS, 2000. – *United Nations Millennium Declaration*. – New York, United Nations, 9 p. (Résolution 55/2 adoptée par l'Assemblée générale des Nations unies).
- VALLIN Jacques, 1979a. – Facteurs socio-économiques de la mortalité dans les pays développés, in : OMS (éd.), *Délibération de la réunion sur les facteurs et les conséquences socio-économiques de la mortalité. El Colegio de Mexico, Mexico, 19-25 juin 1979*, p. 266-302. – Genève, New York, OMS, PAHO, 622 p.
- VALLIN Jacques, 1979b. – Morbidité dans la région parisienne : apport et intérêt des statistiques de la Caisse primaire centrale d'assurance maladie, *Population*, vol. 34, n° 1, p. 109-140.
- VALLIN Jacques et CHESNAIS Jean-Claude, 1975. – Les accidents de la route en France. Mortalité et morbidité depuis 1953, *Population*, vol. 30, n° 3, p. 443-478.
- VALLIN Jacques et MESLÉ France, 1999. – *Le rôle des vaccinations dans la baisse de la mortalité*. – Paris, INED, 16 p. (Dossiers et recherches n° 74).
- VALLIN Jacques et MESLÉ France, 2001. – Évolution de la mortalité en Europe depuis 1950 : mortalité par âge, sexe et causes de décès, in : Conseil de l'Europe, *Tendances en matière de mortalité et mortalité différentielle*, p. 33-188. – Strasbourg, Éditions du Conseil de l'Europe, 344 p. (Études démographiques n° 36).
- VICTORA Cesar G., BRYCE Jennifer, FONTAINE Olivier et MONASCH Roeland, 2000. – Reducing deaths from diarrhoea through oral rehydration therapy, *Bulletin of the World Health Organization*, vol. 78, n° 10, p. 1246-1255.

- WHO, 1946 (1989). – *Constitution of the World Health Organization*. – Genève, World Health Organization, 18 p.
- WHO, 1983. – *International Health Regulations (1969)*. – Genève, World Health Organisation, 79 p. (3^e éd. annotée).
- WHO, 1985. – *Handbook of resolutions and decisions of the World Health Assembly and of the Executive Board. Volume 2, 1973-1984*. – Genève, World Health Organization, 440 p.
- WHO, 2001. – *General programme of work 2002-2005*. – Genève, World Health Organization, IV + 10 p. (Disponible sur le Web : http://www.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA54/egpw0205.pdf).
- WHO, 2003. – *Alert, verification and public health management of SARS in the post-outbreak period*. – Genève, WHO, page Web consultée le 19 juillet 2004. (<http://www.who.int/csr/sars/postoutbreak/en/>).
- YACH Derek, 2000. – *The tobacco epidemic : a global overview*. – Genève, World Health Organization, 5 p. (Intervention au «Global Dialogue for Health», EXPO 2000 Hannover, Germany, August 29-31 2000).

Annexe. Développement des sigles utilisés

AFM	Association française contre les myopathies		
AID	Association internationale de développement	IDA	International Development Association
AIEA	Agence internationale pour l'énergie atomique	IAEA	International Atomic Energy Agency
AME	Aide médicale d'État		
AMG	Aide médicale gratuite		
AMGI	Agence multilatérale de garantie des investissements	MIGA	Multilateral Investment Guarantee Agency
ATD-QM	Aide à toutes détreesses – Quart-Monde		
BCG	Bacille de Calmette et Guérin		
BIRD	Banque internationale pour la reconstruction et le développement	IBRD	International Bank for Reconstruction and Development
BIT	Bureau international du travail		
CEPED	Centre français sur la population et le développement		
CHU	Centre hospitalier universitaire		
CIPD	Conférence internationale sur la population et le développement	ICPD	International Conference on Population and Development
CIRDI	Centre international de règlement des différends internationaux	ICSID	International Centre for Settlement of Investment Disputes
CMU	Couverture médicale universelle		
CNAM	Caisse nationale d'assurance maladie		
DDASS	Direction départementale de l'action sanitaire et sociale		
DDT	Di (para-chloro-phenyl)-trichloroethane		
[FAO]	Organisation pour l'agriculture et l'alimentation (OAA est inusité)	FAO	Food and Agriculture Organisation
FMI	Fonds monétaire international	IMF	International Monetary Fund
FNUAP	Fonds des Nations unies pour les activités en matière de population	UNFPA	United Nations Funds for Population Activities
HCR	Haut commissariat des Nations unies pour les réfugiés	UNHCR	United Nations High Commissioner for Refugees
[HRW]		HRW	Human Rights Watch
INED	Institut national d'études démographiques		
INSERM	Institut national de la santé et de la recherche médicale		
INVS	Institut national de veille sanitaire		
IRD	Institut de recherche pour le développement		
IRM	Imagerie par résonance magnétique		
[JAMA]		JAMA	Journal of the Medical Association of America
[MDA]		MDA	Muscular Dysmorphology Association

VOLUME VII. – HISTOIRE DES IDÉES ET POLITIQUES DE POPULATION

[MDG]	Objectif de développement pour le millénaire	MDG	Millenium Development Goal
[NHS]		NHS	National Health System
[NIH]		NIH	National Institut for Health
OCDE	Organisation pour la coopération et le développement économique	OECD	Organisation for Economic Co-operation and Development
OECE	Organisation européenne pour la coopération économique	OEEC	Organisation for Euroean Economic Co-operation
OIHP	Office international d'hygiène public		
OIT	Organisation internationale du travail	ILO	International Labour Organization
OMC	Organisation mondiale du commerce	WTO	World Trade organisation
OMS	Organisation mondiale de la santé	WHO	World Health Organisation
ONG	Organisation non gouvernementale	NGO	Non Governmental Organisation
ONU	Organisation des nations unies	UNO	United Nations Organisation
ONUDI	Organisation des Nations unies pour le développement industriel	UNIDO	United Nations Industrial Development Organisation
ONUSIDA	Programme commun des Nations unies sur le VIH/SIDA	UNAIDS	Joint United Nations program on VIH/SIDA
OUA	Organisation de l'unité africaine	OAU	<i>Organisation of African Unity</i>
[OXFAM]		OXFAM	Oxford Committee for Famine Relief
[PAHO]		PAHO	Pan American Health Organization
PAM	Programme alimentaire mondial	WFP	World Food Programme
PEV	Programme élargi de vaccinations		
PIB	Produit intérieur brut		
PMI	Protection maternelle et infantile		
PNUD	Programme des Nations unies pour le développement	UNDP	United Nations Development Programme
[PSA]		PSA	Prostate Specific Antigen
PUF	Presses universitaires de France		
RSI	Règlement sanitaire international	IHR	International Health Regulation
SAMU	Service d'aide médicale d'urgence		
SCPRI	Service central de protection contre les rayonnements ionisants		
SDN	Société des nations		
SEITA	Service d'exploitation industrielle des tabacs et allumettes		
SFI	Société financière internationale	IFC	International Finance Corporation
SIDA	Syndrome d'immunodépression acquise	AIDS	Acquired Immunodepression Syndrome
SRAS	Syndrome respiratoire aigu sévère	SARS	Severe Acute Respiratory Syndrome
UIESP	Union internationale pour l'étude scientifique de la population	IUSSP	International Union for the Scientific Study of Population
[UNESCO]	Organisation des Nations unies pour l'éducation, la science et la culture	UNESCO	United Nations Educational Scientific and Cultural Organisation
[UNICEF]	Fonds international des Nations unies pour la sauvegarde de l'enfance	UNICEF	United Nations International Children's Emergency Fund
VHB	Virus de l'hépatite B		
[WHOSIS]		WHOSIS	WHO Statistical Information System
VIH	Virus de l'immunodéficience humaine		