



Mohamed Behnassi, Mohamed Azzedine Mekouar

On reconnaît à présent la difficulté de concrétiser la durabilité sans investir dans le capital humain et environnemental. Cet investissement est considéré comme garant de la perfection des capacités productives nationales. Les politiques environnementales et sanitaires, situées au carrefour de cette causalité circulaire entre croissance économique et développement, contribuent fortement à l'entretien de toute dynamique de développement durable. Cependant, l'importance des déterminants de la santé est encore relativement prise en compte dans les processus décisionnels, et la santé n'est perçue que comme un état dont le dysfonctionnement mérite des réponses essentiellement médicales. L'environnement de la santé, le cadre de vie, la gouvernance, les droits humains, ne sont pas des questions totalement négligées, mais ne constituent pas encore l'objectif vital des projets de développement. Partant de ce constat, cet ouvrage s'avère d'une utilité indéniable pour tous ceux qui s'intéressent à la santé dans sa relation avec l'environnement et le développement. On y trouvera des réflexions et des applications jetant un éclairage sur le défi de concevoir le développement autrement. Cet ouvrage s'inscrit dans le programme scientifique du Centre Nord-Sud de Recherches en Sciences Sociales (NRCS).

Mohamed Behnassi, Mohamed Azzedine Mekouar

M. BEHNASSI: Docteur en Droit international de l'environnement et Directeur du Centre Nord-Sud de Recherches en Sciences Sociales (NRCS). Domaines de recherche: gouvernance mondiale, développement durable, droits humains et relations Nord-Sud. M. A. MEKOUAR: Professeur à la Faculté de Droit de Casablanca. Auteur d'une Thèse intitulée: "Santé, Humanité et Développement". L'un des rares penseurs de notre époque qui a pu faire la rupture avec les théories et les principes de l'économie moderne.



978-613-1-55414-8

Mohamed Behnassi
Mohamed Azzedine Mekouar

SANTÉ, ENVIRONNEMENT, DÉVELOPPEMENT

APPROCHE CONCEPTUELLE ET ÉTUDES
EMPIRIQUES

SANTÉ, ENVIRONNEMENT, --- DÉVELOPPEMENT

APPROCHE CONCEPTUELLE ET ÉTUDES EMPIRIQUES

Édité par

Mohamed BEHNASSI et M. Azzedine MEKOUAR

Éditions Universitaires Européennes

© 2011

CENTRE NORD-SUD DE RECHERCHES EN SCIENCES SOCIALES (NRCS)

Cet ouvrage est l'une des publications du NRCS qui est un organisme indépendant de recherches et d'études fondé en 2008 par une équipe de chercheurs et d'experts originaires des pays du Sud et du Nord. Basé au Maroc, le Centre a pour objectif principal de développer la recherche scientifique et l'expertise dans certains domaines des sciences sociales ayant des dimensions mondiale et locale dans une perspective Nord-Sud et dans un esprit de pensée complexe et interdisciplinaire. Parmi les domaines privilégiés, citons le développement durable, la sécurité humaine, les droits humains, la gouvernance, et les négociations multilatérales. En tant que think Tank, le Centre aspire à servir comme référence localement et globalement au travers des recherches rigoureuses et originales ainsi que l'engagement actif avec le monde de la décision. À travers ses activités et ses initiatives (congrès internationaux, publications, formations, expertise), le Centre devient progressivement une référence reconnue, ce qui lui a permis de nouer des partenariats nationaux et internationaux stratégiques avec des institutions académiques et de recherche ainsi que certains organismes.

SANTÉ, ENVIRONNEMENT, DÉVELOPPEMENT
Approche conceptuelle et études empiriques

© Éditions Universitaires Européennes, 2011
ISBN : 978-613-1-55414-8

TABLE DES MATIÈRES

Liste des abréviations/acronymes.....	8
Avant-propos.....	12
Préface.....	15
VOLET I: APPROCHE CONCEPTUELLE.....	22
Chapitre I L'équité sanitaire au miroir du développement. une reconsidération paradigmatique.....	23
<i>M. Azzedine MEKOUAR</i>	
Prologue.....	23
Acte I : Développement capitaliste et santé : Une équité chimérique.....	24
Scène 1 : Suprématie du paradigme capitaliste.....	24
1. Anthropologie du mode de production capitaliste.....	24
2. Sociologie du mode de production capitaliste.....	27
Scène 2 : Retombées du mode de production capitaliste.....	28
1. Corrosion de la santé humaine.....	29
2. Dégradation de l'environnement naturel.....	30
Scène 3 : Inconséquences du développement capitaliste.....	32
1. Impuissance du système médical.....	33
2. Insignifiance de la protection écologique.....	33
Acte II : Développement durable et santé : Une équité homérique.....	35
Scène 4 : Impératif du paradigme de durabilité.....	35
1. Les droits humains, schème philosophique du développement durable.....	35
2. La santé, horizon dialectique du développement durable.....	37
Scène 5 : Symphonie sanitaire du développement durable.....	40
1. Orchestration.....	40
2. Partition.....	43
Scène 6 : Forces réfractaires au développement durable.....	46
1. Résistances spécifiques.....	46
2. Résiliences universelles.....	48
Épilogue.....	51

Chapitre II Le cadre juridique international du droit à la santé : Acquis, limites et enjeux.....	57
<i>Mohamed SAADI</i>	
Introduction.....	57
1. Le droit à la santé : Cadre juridique.....	58
2. La réalisation du droit à la santé.....	61
1.2. Les obligations des États.....	61
2.2. Les mécanismes de contrôle.....	62
3. La consécration du droit à la santé par la jurisprudence.....	63
4. Les enjeux internationaux du droit à la santé.....	66
4.1 Pour un ordre sanitaire mondial équitable.....	66
4.2 Le droit à la santé et la propriété intellectuelle.....	67
Conclusion.....	69
Chapitre III Développement humain et santé du développement: Une finalité non sécable de la praxis de responsabilité.....	71
<i>Hélène NIKOLOPOULOU</i>	
Introduction.....	71
1. La praxis de responsabilité : catégories conceptuelles et dimensions opérationnelles.....	72
1.1. La médiété comme pratique régulatrice et transformatrice.....	73
1.2. Le couplage médiété/médiation et leurs apports croisés.....	75
1.3. La matrice médiété/médiation, fondement de la praxis de responsabilité.....	77
2. La praxis de responsabilité appliquée au Développement Humain.....	80
2.1. L'espace de médiété/médiation finalisé avec finalité.....	80
2.2. Le développement humain, acteur et producteur de la santé du développement.....	84
Conclusion.....	87
VOLET II: GLOBALISATION ET GOUVERNANCE.....	91
Chapitre IV La santé prise aux pièges de la globalisation : Enjeux, repères et défis pour le Tiers- monde.....	92
<i>Mohamed BEHNASSI et Sanni YAYA</i>	
Introduction.....	92
1. Impacts de la globalisation sur la santé.....	95
1.1. Globalisation et transfert international des risques sanitaires.....	96

1.2. Globalisation et diffusion des valeurs toxiques.....	98
1.3. Les inégalités mondiales : Une menace pour la santé des pauvres.....	99
1.4. Instruments du commerce international et santé.....	101
2. Globalisation et santé : Opportunités et choix stratégiques.....	105
Conclusion.....	112
Chapitre V Les inégalités Nord-Sud face aux soins de la santé: Quelle gouvernance pour le monde de demain ?.....	117
<i>Mohamed BEHNASSI et Sanni YAYA</i>	
Introduction.....	117
1. Inégalités sanitaires Nord-Sud : Enjeux et défis.....	120
2. Enjeux sanitaires Nord-Sud: Cas de l'accès aux médicaments génériques.....	123
3. L'impérieuse nécessité d'une gouvernance mondiale sanitaire.....	127
3.1. Gouvernance mondiale : Notion et portée.....	127
3.2. Politiques sanitaires mondiales : Champs et spécificités.....	129
3.3. Limites d'une gouvernance mondiale sanitaire.....	131
3.4. Interventions des acteurs non-étatiques.....	132
4. Pour une gouvernance mondiale sanitaire efficace, équitable et crédible.....	133
Conclusion.....	134
Chapitre VI La gouvernance sanitaire au Maroc.....	137
<i>Yacine EL MAAROUFI</i>	
Introduction.....	137
1. Analyse fonctionnelle de la gouvernance sanitaire au Maroc.....	139
1.1 Attributs de la bonne gouvernance.....	139
1.2 Analyse des fonctions du système de santé.....	141
1.3 Financement du système de soins de santé.....	143
1.4 Administration générale.....	145
2. Analyse structurelle de la gouvernance sanitaire au Maroc.....	146
2.1 Rôle de l'État.....	146
2.2 Rôles des Collectivités Locales (CL).....	147
2.3 Rôles de la société civile.....	149
2.4 Les partis politiques et les syndicats.....	149
2.5 Les ordres professionnels et associations.....	149
2.6 Les Organismes non-gouvernementaux (ONG).....	150
2.7 Rôles du secteur privé.....	150
2.8 Rôles des organisations internationales.....	150

Conclusion.....	151
VOLET III: VARIATIONS MAROCAINES.....	153
Chapitre VII Problématique de la santé en rapport avec la pauvreté et le développement humain dans un Maroc incertain.....	154
<i>Abdellah BOUDAHRAIN</i>	
Introduction.....	154
1. Pauvreté, santé et développement humain : un enchevêtrement problématique.....	155
1.1. La pauvreté : une notion fluctuante.....	155
1.2. Retard ou insuffisance chronique du Maroc pour ce qui est de l'indicateur de développement humain.....	156
1.3. Un état des lieux lamentable et désolant du développement humain.....	156
4.4. Approche générale de la santé humaine.....	158
4.5. La fiabilité des statistiques en question.....	158
2. À la quête d'un développement humain introuvable.....	159
2.1. Approche révélatrice suivie.....	159
2.2. Honorer le soutien financier extérieur.....	163
3. Tentative de solution par une certaine INDH.....	169
3.1. Objectif principal et stratégie de l'INDH officiellement déclarés.....	169
3.2. Difficultés rencontrées par l'application de l'INDH sur le terrain, sans occulter la problématique de sa conception.....	173
3. Problèmes spécifiques à la santé humaine.....	174
3.1. Un système de santé encore précaire.....	175
3.2. Financement toujours insuffisant de la santé humaine.....	179
Conclusion.....	181
1. Pour une éthique islamique du développement humain, y compris la santé.....	181
2. Quelques axes pour une réforme islamique de la santé, voire du développement humain.....	182
Chapitre VIII Les TIC au service du développement humain.....	185
<i>Driss BOUZAFFOUR</i>	
Introduction.....	185
1. Le potentiel des TIC dans le domaine du développement humain.....	187
1.1. Les TIC: vecteur d'accroissement de productivité, d'emploi et de richesse.....	187
1.2. Contribution des TIC à l'amélioration des indicateurs du développement humain.....	188
2. La place des TIC dans la stratégie nationale de développement socio-économique....	191

2.1. Une faible intégration des TIC dans les projets de développement humain.....	192
2.2. La diffusion des TIC: facteur clé de succès de l'INDH.....	194
Chapitre IX Régionalisation du développement humain : Cas du Bipôle Fès-Meknès.....	197
<i>Oumhani EDDELANI</i>	
Introduction.....	197
1. Contexte et cadrage conceptuel.....	198
2. Développement humain au Maroc: un standard faussé par les disparités spatiales.....	201
3. Le développement humain à la CU de Fès-Médina et à la CR de Tighassaline.....	203
3.1. Cas de Fès.....	203
3.2. La Commune rurale de Tighassaline entre chiffres et réalité.....	204
Conclusion.....	208
Chapitre X Santé au travail et management environnemental : Quelle place pour le médecin de travail au sein de l'entreprise?	210
<i>Hassan ASSAKTI</i>	
Introduction.....	210
1. Interdépendance entre santé des travailleurs et environnement naturel de l'entreprise.....	214
2. Quelle place pour le médecin de travail au sein de l'entreprise ?.....	218
Conclusion.....	223
Postface.....	304

LISTE DES ABRÉVIATIONS / ACRONYMES

ADPIC	Accord sur les Droits de Propriété Intellectuelle qui touchent au Commerce
AGCS	Accord Général sur le Commerce des Services
AIEA	Agence Internationale d'Énergie Atomique
AMO	Assurance Maladie Obligatoire
APD	Aide Publique au Développement
BEI	Banque Européenne d'Investissement
BIRD	Banque International de Reconstruction et de Développement
BM	Banque Mondiale
CCLAT	Convention-cadre pour la lutte anti-tabac
CHU	Centre Hospitalier Universitaire
CL	Collectivités Locales
CMC	Comités Médicales Consultatifs
CNRS	Centre National de Recherche Scientifique
CNSS	Caisse Nationale de Sécurité Sociale
CODESC	Comité Onusien des Droits Économiques, Sociaux et Culturels
CSTI	Comité Stratégique des TIC
DD	Développement Durable
DH	Droits de l'Homme
EIS	Étude d'impact sur la santé
ESSB	Établissements de Soins de Santé de Base
EVN	Espérance de Vie à la Naissance
FMI	Fonds Monétaire International
G-8	Groupe des 8 pays industrialisés
GATT	Global Agreement on Tariffs and Trade
GTZ	Fondation de la Coopération Allemande
HCP	Haut Commissariat au Plan
IDE	Investissement Direct Étranger
IDH	Indice de Développement Humain
IDHA	Indicateur de Développement Humain Alternatif
IPF	Indicateur de Participation des Femmes
IPH	Indicateur de Pauvreté Humaine
ISDH	Indicateur Sexo-spécifique de Développement Humain
MAEP	Mécanisme Africain d'Évaluation par les Pairs

MCA	Millenium Challenge Account
MCC	Millenium Challenge Corporation
MEPI	Middle East Partnership Initiative
MPC	Mode de Production Capitaliste
MS	Ministère de la Santé
NEPAD	Nouveau partenariat pour le développement de l’Afrique (<i>New Partnership for Africa’s Development</i>)
NRCS	Centre Nord-Sud de Recherches en Sciences Sociales
NTIC	Nouvelles Technologies de l’Information et de Communication
OCDE	Organisation de coopération et de développement économique
OCP	Office Chérifien des Phosphates
OGM	Organismes Génétiquement Modifiés
OIG	Organisations Inter-Gouvernementales
OIS	Office Indépendant des Statistiques
OIT	Organisation Internationale de Travail
OMC	Organisation mondiale du Commerce
OMD	Objectifs du Millénaire pour le Développement
OMPI	Organisation mondiale pour la propriété intellectuelle
OMS	Organisation mondiale de la Santé
ONCF	Office National des Chemins de Fer
ONE	Office National d’Électricité
ONEP	Office National d’Exploitations de Ports
ONG	Organisations non Gouvernementales
ONM	Ordre National des Médecins
ONU	Organisation des Nations Unies
PAGER	Programme Spécifique de Rattrapage et d’Accélération de l’Approvisionnement en Eau Potable
PAS	Plans d’Ajustement Structurel
PERG	Programme Spécifique de Rattrapage pour Généralisation de l’Électrification Rurale
PEV	Politique Européenne de Voisinage
PFGSS	Projet de Financement et de Gestion du Secteur de la Santé
PMA	Pays Moins Avancés
PME	Petites et Moyennes Entreprises
PNB	Produit National Brut
PNCRR	Programme National de Construction des Routes Rurales

PNUD	Programme des Nations Unies pour le Développement
PPP	Principe du Pollueur Payeur
RAMED	Assistance Médicale aux Économiquement Démunis
RGPH	Recensement Général de la Population et de l'Habitat
RSE	Responsabilité Sociale de l'Entreprise
SDF	Sans Domiciles Fixes
SNS	Système National de Santé
SRAS	Syndrome respiratoire aigu sévère
TAC	Treatment Action Campaign
UE	Union Européenne
UNESCO	Organisation des Nations Unies pour l'Éducation, la Science et la Culture
UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'Enfance (United Nations Children's Fund)
USAID	United States Agency for International Development
ZLE	Zone de libre-échange

AVANT-PROPOS |

AVANT-PROPOS

C'est avec une immense fierté que les co-éditeurs ont mis la touche finale à cet ouvrage collectif dont le contenu est en partie inspiré d'une sélection des meilleurs travaux de recherche présentés lors du Colloque « *Santé, Environnement et Développement Humain Durable* ». Cette rencontre scientifique, organisée conjointement par la Faculté des Sciences Juridiques, Économiques et Sociales d'Agadir et le Centre Nord-Sud de Recherches en Sciences Sociales (NRCS), les 23-24 mai 2008, s'inscrit dans l'esprit de développement durable et se voulait, avant tout, un espace d'échanges et de réflexion en vue de mettre l'accent sur l'importance de certains piliers de développement, en l'occurrence la santé humaine et l'environnement naturel. Des intervenants provenant de plusieurs sphères (communauté scientifique, monde de décision et société civile), ont eu l'occasion de présenter les fruits de leurs réflexions, de leurs politiques et de leurs actions ayant un rapport avec la thématique retenue. Les intervenants ont pu également proposer des approches et émettre des recommandations susceptibles de provoquer le changement, et surtout de sensibiliser les preneurs de décisions à l'importance de la prise en compte de la santé et de l'environnement dans les différentes stratégies et politiques de développement.

Les organisateurs de cette rencontre scientifique sont partis du fait que de nombreux intellectuels et décideurs reconnaissent actuellement les énormes difficultés d'avancer sur la voie de durabilité sans investir dans le capital humain et naturel. Cet investissement, à son tour, ne peut être efficace que par l'amélioration de l'état de l'environnement et de la santé des populations, celle-ci de plus en plus considérée comme garante de la perfection des capacités productives nationales. Par conséquent, les politiques environnementales et sanitaires, situées au carrefour de cette causalité circulaire entre croissance économique et développement humain, contribuent substantiellement à l'entretien de toute dynamique nationale de développement durable. En effet, de telles politiques, en tant qu'outils principaux à la portée des gouvernements pour concrétiser le développement durable, servent à renforcer l'efficacité des différents systèmes de gouvernance, ce qui permet en conséquence de garantir son apport à toute politique visant la valorisation du capital humain et la promotion des droits de l'Homme.

Cependant, dans plusieurs pays de Sud, en l'occurrence le Maroc, l'importance des déterminants de la santé est encore relativement prise en compte dans les processus décisionnels – malgré une prise de conscience croissante – et la santé n'est perçue généralement que comme un état dont les dysfonctionnements méritent des réponses – dans le meilleur des cas – médicales. Des questions liées à d'autres aspects tels que l'environnement de la santé, le cadre de vie (comme l'hygiène publique, la sécurité alimentaire, la qualité de l'eau et de l'air, etc.), la gouvernance, les droits de l'Homme, ne sont pas totalement ignorées, mais ont peu de place actuellement dans les projets de développement adoptés dans plusieurs régions.

C'est dans ce cadre que ce Colloque a été initié. Il se voulait une opportunité pour, d'une part, débattre des différentes thématiques liées à cette corrélation entre santé, environnement et développement, d'autre part, analyser les tendances observées et prévisibles, ce qui permettra d'appréhender les enjeux actuels du développement, les défis à relever et de proposer ensuite des recommandations pour éclairer, autant que possible, les perspectives souhaitables.

Finalement, le comité organisateur se réjouit aussi bien de la réussite de cet événement scientifique, que d'avoir tenu la promesse de mettre à la disposition des lecteurs un ouvrage

s'inspirant de travaux présentés pour la plupart lors du Colloque. Les auteurs sont également remerciés pour leur collaboration, et nous espérons que ce travail aura permis de mettre en valeur leurs contributions.

Cet ouvrage sera sans doute d'une utilité indéniable. Pour les chercheurs, les étudiants et les décideurs qui s'intéressent à la santé, à l'environnement et au développement, on trouvera ici des réflexions et des exemples d'application, des études de cas et des essais, chacun jetant un éclairage sur le défi de concevoir le développement autrement, dans le respect des droits de l'Homme, de l'équité intergénérationnelle, de l'intégrité des écosystèmes et des Objectifs Millénaire de Développement (OMD). Il s'agit à juste titre d'une référence qui pourra servir tant pour les penseurs que pour les acteurs du développement, dans notre pays et ailleurs. Nous espérons que le lecteur appréciera cette publication intéressante et motivante de la même manière que nous l'avons fait.

Dr. Mohamed BEHNASSI

*Directeur du Centre Nord Sud de Recherches en
Sciences Sociales et Responsable du Colloque « Santé,
Environnement et Développement Humain Durable »,*

PRÉFACE

PRÉFACE

M. BEHNASSI et M.A. MEKOUAR

S'enquérir de la santé humaine en même temps que de l'environnement naturel en regard de la politique de développement ne revêt pas seulement une importance conceptuelle majeure ; par ces temps de crise systémique universelle, la dissection de l'étroite interrelation entretenue au sein de ce triptyque holistique offre surtout à renouveler un questionnement qui ne cesse de tarauder le philosophe depuis longtemps : l'Humanité progresse-t-elle ? Plus précisément, la croissance économique, y nécessaire jusqu'à une certaine mesure, suffit-elle au développement ?

Les limites de la croissance

A priori, l'émergence du paradigme de « *sous-développement/dépendance* », qui devint un cadre dominant pour analyser et comprendre les problèmes de développement des pays du Sud, a permis pendant les décennies écoulées de renforcer l'intérêt porté aux études sur le développement. Ce paradigme évoque non seulement l'idée d'un changement possible en direction d'un état final, mais surtout la possibilité de provoquer ce changement. Il ne s'agit plus de constater que les choses se développent, mais d'initier une dialectique de développement.

Toutefois, la relation entre développement et sous-développement ayant été perçue en tant qu'écart sur le mode quantitatif, la maximisation du taux de croissance est rapidement apparue, totalitaire, comme l'unique rationalité susceptible de combler ce retard.

L'action à mener se réduit alors à un effort mondial fondé sur la croissance de la production, aboutissement d'une exploitation optimale des ressources naturelles et humaines du monde. Ainsi, la clef de la prospérité et du bonheur apparaît être liée à la croissance de la production. Si la primauté de la notion de « *civilisation* » peut paraître discutable, celle qui repose sur les chiffres de la comptabilité nationale paraît l'être beaucoup moins puisque la mathématisation passe pour un garant de l'objectivité. La performance de ce « *choix stratégique* » ce n'est pas de transformer la réalité, mais de la problématiser autrement. Cette nouvelle représentation a provoqué l'illusion du changement. De plus, en définissant le sous-développement comme un état de manque, plutôt que comme le résultat de circonstances historiques, et les sous-développés comme des pauvres, sans s'interroger sur les raisons de leur dénuement, l'on fait de la croissance économique le seul remède divin possible.

Aussi bien, l'indicateur central sur la base duquel les sociétés développées formulent leurs jugements globaux de progrès, ou leurs inquiétudes face à l'avenir, est toujours, et peut-être plus que jamais, l'indicateur de croissance économique, c'est-à-dire celui qui mesure les variations du produit national brut (PNB) ou de variantes de ce concept, pivot de la comptabilité nationale. C'est alors le "*volume*" total des biens et des services produits chaque année que l'on suit, et dont on mesure les variations, l'expansion ou le repli¹.

¹ GADREY, Jean , « De la croissance au développement : À la recherche d'indicateurs alternatifs », Document de travail, Séminaire DARES, Paris, 15 octobre 2002.

Subséquemment, sont évacués de la réflexion un ensemble d'aspects qualitatifs, tels que la déstructuration des sociétés et des valeurs humaines, l'histoire, la colonisation, l'environnement naturel, les droits de l'Homme, etc.

La mesure du développement basée sur le PNB dissimule le fait que ce développement doit profiter avant tout aux individus. Or, cet indicateur ne révèle pas, par lui-même, qui en sont les bénéficiaires¹. De plus, même si tous souhaitent une augmentation de leur revenu, cet objectif n'est pas leur unique aspiration. La consolidation de certaines valeurs n'apparaît pas immédiatement dans les chiffres du revenu ou de la croissance : amélioration de la nutrition et des services médicaux, accès accru au savoir, protection de l'environnement, moyens d'existence plus sûrs, meilleures conditions de travail, protection contre les délits et les violences physiques, loisirs enrichissants, sentiment de participer aux activités économiques, culturelles et politiques des communautés, etc. Et bien que d'autres indicateurs séduisants aient été inventés pour rendre compte de certains aspects qualitatifs, tels le bonheur national brut (BNB), et promus d'ailleurs dans les débats publics, le niveau du PNB et de la croissance restent encore les principaux symboles de la réussite et du progrès.

La domination de ces critères a, depuis les années 70, fait l'objet de critiques, émanant, parfois, d'économistes, mais, le plus souvent, d'autres acteurs "contestataires", que cette contestation soit plutôt à tonalité sociale (la croissance ne fait pas nécessairement le progrès social), ou à tonalité écologique (la croissance peut détruire des ressources naturelles non renouvelables et affecter les équilibres vitaux des écosystèmes). Mais ces critiques ont eu assez peu d'impact jusqu'à présent, du moins sur l'institutionnalisation d'indicateurs alternatifs. Cette faiblesse de la critique a des origines diverses. La principale réside dans le fait que, même s'il est vrai que la croissance ne règle pas tout, elle apparaît à beaucoup, et à juste titre, comme capable de dégager des marges de manœuvre et d'améliorer certaines dimensions de la vie quotidienne, de l'emploi, etc. À court et à moyen terme, elle est donc appréciée positivement par de larges fractions de la population, d'autant plus larges d'ailleurs qu'on ne leur communique qu'un chiffre final (le taux de croissance réalisé ou espéré), en passant sous silence son contenu qualitatif (qu'est-ce qui s'est amélioré ?). On se garde bien de préciser, par exemple, ce qui revient aux uns et aux autres (le "*partage de la valeur ajoutée*" ou les questions redistributives). Et l'on évoque encore moins certains problèmes de mesure pourtant redoutables et qui fragiliseraient la religion du taux de croissance s'ils venaient à être connus².

Un développement à visage humain est-il possible ?

L'idée selon laquelle les structures sociales doivent être jugées à l'aune de l'épanouissement des Hommes remonte au moins à Aristote. Celui-ci considérait ainsi que le revenu et la richesse sont recherchés non pas pour eux-mêmes mais pour atteindre d'autres objectifs : « *A l'évidence, la richesse n'est pas le bien que nous recherchons car elle est simplement utile à autre chose* ». Il estimait que le succès et les échecs rencontrés pour donner aux individus la possibilité de mener une vie prospère font la différence entre un bon et un mauvais système politique. L'être humain, en tant que fin ultime de toute activité est un thème qui revient souvent dans les écrits de nombreux philosophes. Kant écrivait : « *Agis de telle sorte que tu traites l'humanité, aussi bien dans ta personne que dans toute autre, toujours en même temps comme une fin et jamais simplement comme un moyen* ».

¹ PNUD. Rapport mondial sur le développement humain 1990. Paris : Economica ; 1990

² GADREY, Jean , op. cit.

Cependant, l'intérêt excessif dont bénéficie la croissance économique masque cette grande perspective, l'être humain n'étant plus considéré comme une finalité mais comme un moyen. Le lien à établir entre le moyen et la fin ultime doit constituer le cœur de l'analyse et de la planification du développement. C'est ainsi que le concept de développement humain a fait jour dans le but de placer l'Humanité au centre des intérêts tant politiques qu'économiques.

Qu'est ce que le développement humain ? C'est un processus qui conduit à l'élargissement de la gamme des possibilités qui s'offre à chacun. En principe, elles sont illimitées et peuvent évoluer avec le temps. Mais quel que soit le stade de développement, elles impliquent que soient réalisées trois conditions essentielles : vivre longtemps et en bonne santé, acquérir un savoir et avoir accès aux ressources nécessaires pour jouir d'un niveau de vie convenable. Si ces conditions ne sont pas satisfaites, de nombreuses possibilités restent inaccessibles. Mais le développement humain ne se limite pas à cela. Il englobe également des notions aussi capitales que les libertés politique, économique et sociale, et aussi importantes que la créativité, la productivité, le respect de soi et la garantie des droits humains fondamentaux.

Le développement humain présente alors deux aspects : d'une part la création de capacités personnelles (par les progrès obtenus en matière de santé, de savoir et d'aptitudes) et, d'autre part, l'emploi que les individus font de ces capacités dans leurs loisirs, à des fins productives ou culturelles, sociales et politiques. Si le développement humain n'équilibre ces deux aspects, il peut en résulter une immense frustration, comme c'est le cas dans plusieurs pays notamment du Sud. Selon cette notion du développement humain, l'amélioration du revenu, pour importante qu'elle soit, n'est jamais qu'une aspiration parmi d'autres. Mais toute la vie ne peut se résumer à cela. Le développement humain doit être bien plus qu'une accumulation quantitative de revenus et de richesse. Il doit être centré sur les personnes.

Au cours des deux dernières décades, des événements spectaculaires ont bouleversé l'ordre politique mondial, apporté des progrès technologiques et modifié les politiques économiques. Ces événements caractérisent ce qu'on appelle communément la globalisation, que l'on associe à un mouvement d'intégration mondiale. Cependant, les opportunités qu'elle offre ne profitent pas à tous de la même manière. En effet, ce processus concentre les pouvoirs et marginalise les pays et les individus les plus pauvres. Inégale, la globalisation se traduit par l'intégration, mais aussi par la fragmentation et l'exclusion. Elle opère ainsi au sein des communautés, des pays et des régions une division entre « *intégrés* » et « *exclus* ». Cette fragmentation sociale est devenue actuellement une grande menace pour la sécurité humaine. C'est pour cette raison que ce concept de « *sécurité humaine* » a été introduit dans le Rapport mondial sur le développement humain de 1994. Il regroupe deux aspects principaux :

- La sécurité face à des menaces chroniques telles que la famine, les maladies ou la répression ;
- La protection contre tout dérèglement soudain et préjudiciable pour la vie quotidienne, que ce soit à la maison, au travail ou au sein des communautés. Ce type de menaces concerne toutes les populations, quel que soit leur niveau de revenu et de développement.

Aussi, dans l'optique du développement humain, la globalisation devrait être appelée à reposer sur les principes suivants :

- L'éthique pour atténuer les violations des droits de l'homme et le non respect des valeurs humaines ;

- Le développement pour atténuer la pauvreté des pays et des individus ;
- L'équité pour atténuer les disparités entre et au sein des pays et des générations ;
- L'intégration pour atténuer la marginalisation et l'exclusion de pays et d'individus ;
- La sécurité humaine pour atténuer la vulnérabilité des pays et des individus ;
- La viabilité à long terme pour atténuer l'appauvrissement et la dégradation du patrimoine naturel.

Santé, environnement et développement : Une interrelation organique

Le principe I de la Déclaration de Rio sur l'environnement et le développement est libellé comme suit : « *Les êtres humains sont au centre des préoccupations relatives au développement durable. Ils ont droit à une vie saine et productive en harmonie avec la nature* ». Les objectifs du développement durable ne pourront être atteints tant que les maladies débilitantes feront encore autant de victimes. La santé de la population ne saurait être assurée en l'absence d'un développement écologiquement viable.

Il est indéniable que des progrès sensibles ont été accomplis dans plusieurs régions du monde sur la voie de l'éradication de diverses maladies infectieuses graves, l'augmentation de l'espérance de vie moyenne, la baisse des taux de mortalité infantile et juvénile et la diminution de la proportion d'enfants souffrant d'une insuffisance pondérale ou d'un retard de croissance¹. Cependant, et en dépit des progrès sanitaires incontestables accomplis dans de nombreux secteurs, les problèmes de santé continuent à freiner les efforts de développement. Dans certains cas, le processus de développement crée lui-même les conditions qui, du fait de bouleversements économiques, politiques et sociaux, de la détérioration de l'environnement, du développement inégal et des injustices croissantes, engendrent une dégradation de la santé des populations. La plupart des faits exposés dans cet ouvrage illustrent bien cette situation.

À l'aube du nouveau millénaire, la pauvreté semble devoir demeurer la première cause de mortalité dans le monde. C'est une des principales raisons qui font que les bébés ne sont pas vaccinés, que l'approvisionnement en eau douce et l'assainissement ne sont pas assurés, que l'on ne peut se procurer de médicaments et autres traitements, que des mères meurent en couches. Les femmes défavorisées ou marginalisées, notamment celles qui vivent dans un environnement dégradé ou écologiquement fragile, dans des zones de conflit ou de violence ou qui sont contraintes de migrer pour des raisons économiques ou écologiques, sont celles qui continueront à souffrir le plus de la charge de morbidité. La féminisation de la pauvreté constitue une menace majeure pour le développement économique et social².

La pollution, le bruit, le surpeuplement, la médiocrité de la ressource hydrique et des conditions sanitaires, le problème de l'élimination des déchets, la contamination chimique, les intoxications et les risques inhérents au développement d'agglomérations fortement peuplées continueront d'aggraver bon nombre des problèmes de santé. La mauvaise gestion des ensembles urbains et l'entassement des individus dans les logements favorisent la propagation de maladies infectieuses et facilitent le trafic de drogues et l'installation de la violence. Très

¹ Les pays qui sont encore frappés par certaines maladies graves aujourd'hui se situent pour la plupart dans certaines régions de l'Afrique subsaharienne et du sous-continent indien, et surtout dans des zones de conflits où l'accès aux services de santé est faible et où les conditions sanitaires sont médiocres.

² Organisation mondiale de la Santé, « Santé et Développement Durable : Principales Tendances en Matière de Santé », OMS/HDE/HID/02.2. p.11.

souvent, les autorités locales, dépassées par la croissance urbaine, s'avèrent incapables d'assurer ne serait-ce que les services médicaux de base.

Par ailleurs, croissance urbaine rime avec anarchie des systèmes de transport et, dans le cas de l'automobile, avec pollution et accidents. La pollution de l'air, ambiant ou intérieur, notamment sur le lieu de travail, continuera à être la principale cause de maladies respiratoires et autres cancers, et à toucher principalement les enfants (asthme et infections respiratoires aiguës, par exemple), les femmes et les personnes âgées (maladies respiratoires chroniques). Aujourd'hui, plus d'un milliard de citoyens sont exposés à des niveaux de pollution qui menacent leur santé. Ce chiffre risque d'augmenter.

La globalisation du commerce, du voyage et de la culture aura probablement des effets à la fois positifs et négatifs sur la santé. L'augmentation du commerce de services et de produits nuisibles à la santé et à l'environnement, les migrations et déplacements massifs constituent autant de menaces mondiales supplémentaires sur la santé. Les maladies transmissibles, comme par exemple la tuberculose et le VIH, se propagent de plus en plus dans différentes régions où elles touchent les plus vulnérables et les plus pauvres.

La question de la sécurité des produits alimentaires, par rapport aux substances chimiques et aux micro-organismes, est de plus en plus préoccupante. Dans de nombreuses régions du monde, la fréquence des maladies d'origine alimentaire a clairement augmenté au cours de la dernière décennie. Par ailleurs, les conséquences sanitaires directes ou indirectes de l'application de la biotechnologie à la production alimentaire suscitent des inquiétudes. L'essor du commerce de denrées alimentaires présente des avantages (garantie d'une alimentation saine et nourrissante), mais il pourrait être source d'une propagation accrue de maladies d'origine alimentaire. L'instauration de normes et de principes directeurs internationaux en matière de sécurité alimentaire devrait favoriser la santé et le commerce dans les pays développés comme en développement.

Parmi les menaces environnementales qui pèsent sur la santé mondiale, l'on peut citer: le changement climatique, l'appauvrissement de la couche d'ozone, la diminution de la diversité biologique, la dégradation des écosystèmes et la propagation de polluants organiques persistants. À long terme, les conséquences sur la santé du changement climatique imputable aux activités humaines seront certainement profondes et risquent de toucher plus directement les pays les moins avancés. Elles se traduiront notamment par des problèmes d'approvisionnement hydrique et alimentaire, des catastrophes naturelles, des maladies infectieuses, une élévation du niveau de la mer, une modification de la pluviométrie et une plus grande fréquence des phénomènes météorologiques violents. En vue de planifier la protection de la santé des populations contre les effets potentiels des menaces mondiales liées à l'environnement, il importe de bien mieux comprendre les mécanismes d'induction des maladies et la vulnérabilité des populations.

Qu'elles soient anthropiques ou naturelles, les catastrophes qui réduisent à néant des années de développement constituent de loin la première cause de pauvreté et de vulnérabilité¹. Les déplacements de population, le nombre croissant d'individus qui vivent dans des zones exposées, les transports de substances toxiques et dangereuses, l'industrialisation rapide, le manque d'eau, la pénurie alimentaire, les conflits chroniques comme l'effondrement des

¹ Chaque année, les catastrophes tuent quelque 250000 personnes dont près de 95 % dans les pays du Sud, ce qui révèle bien les différences entre ces pays et les pays du Nord en matière d'atténuation des effets des catastrophes et de degré de préparation à de tels événements. OMS, op. cit. p.13.

services de santé publique, sont autant de facteurs d'accroissement des risques de crises humanitaires complexes qui planent sur l'avenir.

Par conséquent, la santé est devenue, au regard du développement, une préoccupation des plus importantes, que ce soit en tant que facteur de développement durable ou indicateur de celui-ci. Elle n'est pas seulement une valeur à part entière, mais également un élément clef de la productivité. Bon nombre des maladies contemporaines ou généralement le mauvais état de santé des populations ont des effets considérables sur la croissance économique et le développement. Pour la première fois, au début du 3^e Millénaire, lors de réunions du Conseil de sécurité, du G20, du Forum économique mondial et de l'Organisation de coopération et de développement économique (OCDE), comme le cadre du suivi de grandes conférences internationales telles le Sommet mondial du développement social, les questions de santé requérant une attention en tant que composante du développement et de la sécurité ont été explicitement abordées.

Par ailleurs, plusieurs déterminants principaux des problèmes de santé et de leurs solutions échappent encore au contrôle direct du secteur médical et relèvent d'autres domaines liés à l'environnement, à l'eau ou à l'assainissement, à l'agriculture, à l'éducation, au logement, à l'emploi, aux moyens de subsistance en ville comme à la campagne, au commerce, au tourisme, et à l'énergie. Si l'on veut assurer une amélioration sanitaire durable et un développement écologiquement viable, il est essentiel d'agir sur tous les facteurs déterminants de la santé.

À cet égard, des progrès considérables ont été réalisés dans le resserrement des liens entre le secteur médical et les autres secteurs, grâce, notamment, à la mise en place aux niveaux local et national de plans intersectoriels dans les domaines de la santé et du développement et au recours accru à des instruments de planification tels que les procédures d'évaluation de l'impact sur la santé, les systèmes intégrés de suivi et de surveillance, les systèmes et indicateurs améliorés d'information sanitaire, etc. Par ailleurs, l'institution médicale elle-même essaie actuellement d'évoluer pour s'adapter aux différentes difficultés. Parmi les mesures entreprises sur plusieurs niveaux interétatiques, étatiques et mêmes locaux, l'on peut citer : une adaptation croissante des systèmes de soins aux besoins des pauvres, une volonté accentuée de promouvoir une protection de la santé tout au long de la vie, de corriger les inégalités sanitaires, de renforcer la gouvernance sanitaire, d'évaluer l'efficacité des systèmes médicaux et de combler l'écart entre pays du Sud et ceux du Nord en matière de capacités techniques, scientifiques et humaines. Cet ouvrage essaie de faire le point à la fois sur les aboutissements et les échecs enregistrés dans ce cadre.

Globalisation et gouvernance sanitaire

La biosphère actuelle est l'objet d'une série de bouleversements importants sur lesquels il n'est pas aisé de réfléchir. Dans un monde marqué à la fois par des tendances contradictoires (de l'intégration régionale au repli identitaire), les processus classiques se transforment, tandis que se font jour de nouvelles préoccupations. Les phénomènes acquièrent une allure globale (tels la pauvreté, la sécurité, l'éthique, la santé, le développement, l'écologie) et mobilisent de nouveaux acteurs à différents niveaux dans un contexte marqué à la fois par l'interaction et la simultanéité, l'intégration et l'exclusion.

Dès lors, la gestion des affaires du monde s'est à la fois intensifiée et complexifiée. *Intensifiée*, car, avec la globalisation, tout ou presque est désormais l'affaire de tous. Cela est surtout vraisemblable, si l'on se réfère aux défis majeurs qui s'imposent présentement, du

climat au commerce, de l'humanitaire au sécuritaire, du développement durable aux religions. *Complexifiée*, car le nombre d'acteurs intervenant dans les discussions ou la négociation s'est accru ces dernières décennies de manière exponentielle. Ainsi, les ONG, les médias, les Think Tanks, les lobbies, les entreprises, les syndicats et plus généralement la société civile, tous ensemble disputent aux États le monopole des affaires du monde. Nous nous trouvons, ainsi, selon d'aucuns, face à un paradoxe sans précédent¹.

En effet, la politique mondiale n'est plus la simple addition des relations entre États-nations. Avec les progrès techniques et la diffusion de l'information, elle est désormais l'affaire d'une pléthore d'intervenants de statuts variés, de références et d'aspirations plus ou moins convergentes. Les frontières géopolitiques sont devenues poreuses, rendant difficiles les pratiques classiques de régulation étatique et transformant du coup la politique mondiale en un processus transnational beaucoup plus complexe. Pour ces raisons, la nécessité d'une « *gouvernance mondiale* » est de plus en plus soulignée dans plusieurs sphères. Certes, le concept de *gouvernance* est un véhicule ambigu de la pensée, pouvant se prêter à de nombreuses interprétations possibles (notion vague, terme caméléon, mot valise). Cet inconvénient a donné naissance à une richesse de points de vue conceptuels et méthodologiques². Cependant, il s'agit à juste titre d'une notion qui fait son chemin malgré ses imperfections. En parler, c'est évoquer l'idée, qui reste séduisante, que l'intérêt général n'est plus donné et enfermé dans une sphère restreinte. Au contraire, il se construit et circule, appartenant momentanément à différents niveaux d'appropriation et de représentation. À toutes les échelles, la gouvernance renvoie à présent à une gestion en réseaux, fruit de la multiplication des acteurs internationaux, de l'émergence des problèmes spécifiques et globaux (tels les problèmes de santé) et de l'approfondissement de l'interdépendance des États et des peuples.

De ce point de vue, outre les approches notionnelle et définitionnelle de la gouvernance, les valeurs éthique et stratégique du concept sont mises en lumière au travers de la modélisation interdisciplinaire, à différentes échelles, de la gouvernance sanitaire.

Enfin, il reste à souligner que trois facteurs déterminants ont, d'une manière ou d'une autre, déclenché un changement perceptible dans la gestion des problèmes mondiaux. La nouvelle globalisation, les nouvelles technologies de l'information et de communication et les nouvelles pratiques de responsabilité, d'évaluation et de comparaison. En effet, ces trois catégories réunies permettent de mieux connaître, comparer, évaluer et donc établir des analyses objectives tout en défendant des points de vue pertinents.

La plupart des travaux de ce collectif tente donc d'en appréhender la vaste thématique sur la base de cette approche.

¹ Cahier Numéro 1, « Soft Gouvernance - Point de départ de la compréhension des nouvelles pratiques en relations internationales, Document issu de l' Observatoire pour Genève - décembre 2007.

² BRICAGE Pierre et PEYRÉ Pierre, « *Gouvernance sanitaire et sociale* », disponible en ligne : <http://www.afscet.asso.fr/6ESSC/Workshop19.pdf>



PREMIER VOLET

APPROCHE CONCEPTUELLE

CHAPITRE I

L'ÉQUITÉ SANITAIRE AU MIROIR DU DÉVELOPPEMENT. UNE RECONSIDÉRATION PARADIGMATIQUE

Mohamed A. MEKOUAR*

Résumé

Sous l'angle téléologique, l'équité peut être entendue comme la disposition générale où se trouve l'individu pour jouir, par-delà l'égalité formelle qui ressortit au droit positif, de la justice naturelle qui découle de la commune dignité humaine propre à quiconque. En l'occurrence, l'équité sanitaire devrait, au prisme des dimensions (physiologique, psychosociale et spirituelle) et des déterminants (sociétaux, naturels) de la santé, dans son interrelation avec le processus de développement, revêtir une double exigence : essentiellement, celle de contrebalancer les désavantages systémiques (prédispositions génétiques, inégalités socioéconomiques, disparités écologiques) ; subsidiairement, celle de couvrir les incapacités individuelles temporaires. Le degré d'accès à l'équité sanitaire répond donc moins de l'exercice passif d'un droit que de l'aptitude de chacun à s'impliquer activement dans une aspiration, revendication collective et responsabilité personnelle conjointes. A cette aune, il y a d'abord lieu de s'enquérir de la nature de l'équité sanitaire prévalant au sein du paradigme de développement dominant, pour constater que, ramenée à la garantie (éventuelle) d'un droit aux soins médicaux, cette équité relève de la chimère. Il s'agira ensuite de la reconsidérer, au regard du paradigme du développement durable, en sorte de concevoir une équité sanitaire digne d'Homère, dans la mesure où elle consisterait à mettre chaque citoyen en condition de savoir / pouvoir / vouloir / devoir agir aux fins de contribuer à / bénéficier de la meilleure santé possible.

Mots-clés : Humanité, Sanité, Équité, Développement, Capitalisme, Écologie, Médical.

PROLOGUE

Périodiquement, la mise en question philosophique s'estime à bon droit sollicitée pour faire valoir, et son recul archéologique, de sorte à s'enquérir de la longue évolution sociohistorique de l'humanité, le cas échéant à mettre en garde contre les périls qui la menacent, et sa vertu spéculative, aux fins de soupeser, alors, la vraisemblance, la possibilité, d'un nouvel avènement fondateur sur la trajectoire de l'odyssée humaine.

A cet égard, la séquence présente de l'histoire interpelle plus que jamais. En effet, l'observation de la Biosphère sur la base de la Connaissance complexe (sédimentation des acquis de toutes les sciences, de la Terre, de la Vie, humaines et sociales) est déconcertante, si l'on considère, d'une part, objet de fascination, les virtualités scientifiques et technologiques stupéfiantes qui s'offrent au développement matériel, d'autre part, motif de désarroi, les états actuels de la santé humaine et de l'environnement naturel.

Aussi convient-il d'égrener dans toute leur complexité, pour les conceptualiser, les déterminants de l'intime interrelation holistique au regard de laquelle le développement se répercute sur la qualité sanitaire d'une formation sociale et sur l'équilibre écologique, lorsque

* Professeur d'Enseignement Supérieur à la Faculté des Sciences Juridiques, Économiques et Sociales de Casablanca- Aïn Chock. mamekouar@hotmail.com

le patrimoine sanitaire, humain et naturel, façonne les métamorphoses sociétales qui scandent le processus de développement. De manière plus spécifique, se reflète dans cette interférence une certaine conception de l'équité, eu égard à l'approche téléologique de cette dernière, entendue comme la disposition générale où se trouve l'individu, dans un contexte sociohistorique donné, pour jouir, par-delà l'égalité formelle qui ressortit au droit positif (éventuellement opposable), de la justice naturelle, non justiciable en tant que telle, qui découle de la commune dignité humaine propre à quiconque. En l'occurrence, l'équité sanitaire devrait revêtir, au prisme des dimensions (physiologique, psychosociale, spirituelle) et des constituants (sociétaux, naturels) de la santé, une double exigence : à titre essentiel, celle de contrebalancer les désavantages systémiques (qu'il s'agisse de prédispositions génétiques, d'inégalités socioéconomiques, ou de disparités écologiques) et, à titre subsidiaire, celle de couvrir les incapacités individuelles temporaires. Le degré d'accès à l'équité sanitaire, de ce point de vue, répond moins de l'exercice passif d'un droit que de l'aptitude à s'impliquer activement dans une aspiration, revendication collective et responsabilité personnelle conjointes.

Tout d'abord, s'impose donc une déconstruction épistémologique de l'interrelation telle qu'elle se déroule aujourd'hui, de manière à prendre acte de sa rationalité, compte tenu de ce que le paradigme de développement dominant interfère avec les concepts étriés de santé (préoccupation individuelle, statique, relevant du champ médical) et d'environnement (occupation arbitraire, irresponsable, relevant du champ économique), l'équité sanitaire y étant ramenée à la garantie d'un droit aux soins médicaux (Acte I).

Par suite, apparaîtra l'injonction d'une reconstruction prospective de cette interrelation, afin de mettre en acte la logique du vivant, comme paradigme de confusion du concept intégré de santé (tout à la fois dotation génétique, vocation à l'équilibre et finalité transversale dynamique, intrinsèque de l'humanité autant que de la Nature) et du concept intégral de développement durable (dialectique soutenable ressortissant aux champs démographique, écologique, politique, socioculturel, économique et médical), l'équité sanitaire s'en trouvant élargie à une mise en condition de chacun de savoir / pouvoir / vouloir / devoir agir dans le dessein de contribuer à / bénéficier de la meilleure santé possible (Acte II).

Acte I : Développement capitaliste et santé : une équité chimérique

Pour s'enquérir de la nature de l'équité sanitaire qui prévaut à l'heure actuelle, force est de dûment réidentifier le paradigme capitaliste contemporain, à la lumière des débats théoriques et idéologiques dont il a été la scène depuis un siècle (scène 1), préalablement à l'analyse des retombées sanitaires et écologiques de ce mode de production (scène 2), puis au constat de ses conséquences (scène 3).

Scène 1 : Suprématie du paradigme capitaliste

Il est communément admis que le Mode de Production Capitaliste (MPC), quintessence de la modernité technoscientifique occidentale, incarne le passage obligé devant orienter l'aspiration au développement que nourrit l'ensemble de l'humanité. La fascination universelle qu'il exerce se justifie-t-elle ? Un réexamen de son expansion historique, sous le double éclairage complémentaire de l'anthropologie (1) et de la sociologie (2) va permettre d'en juger.

1. Anthropologie du mode de production capitaliste

Au terme de deux siècles de tribulations, le capitalisme est arrivé à maturité phénoménologique, comme en attestent ses prémisses actuelles.

1.1 Maturation historique du capitalisme

La période charnière située entre fin du XVIII^e et début du XIX^e siècles, mettant fin à la longue transition Renaissance, a inauguré un tournant historique dans l'évolution moderne de l'humanité. A priori, toutes les espérances pouvaient être nourries à un moment où, en parallèle au délitement du mode de production féodal (despotisme des rapports sociaux sous le joug politico-religieux) la philosophie classique occidentale prônait un Contrat social, idéal de libération politique et économique de l'individu ; les débuts de la révolution industrielle, consolidés à travers l'expansion coloniale (puissante accumulation de capital) allaient donc logiquement favoriser l'éclosion d'un MPC, voulu œuvre civilisatrice pionnière à l'échelle d'une économie-monde intégrée.

Or, sur la foi d'une société autorégulée par le libre jeu du marché plutôt que régulée dans le cadre d'un Compromis social, le capitalisme, qui entend le libéralisme économique comme réalisation du libéralisme politique, a institutionnalisé au cours du XIX^e siècle un mode de production caractérisé, sur le plan interne, par un développement rapide des forces productives, fondé toutefois sur exploitation de la force de travail, perpétuation de rapports de production métaféodaux, reproduction de l'inégalité sociale et, sur le plan international, par la culmination du colonialisme scientifique en pur impérialisme, générant d'un même mouvement développement du Centre et sous-développement de la Périphérie de l'économie mondiale.

La perversion de ses idéaux, du libéralisme politique progressiste en libéralisme économique réactionnaire, devait donc susciter une remise en cause radicale de l'idéologie capitaliste. Dans la lignée de la critique marxienne, divers courants de pensée (socialiste, utopiste, néo-marxiste) ont tour à tour plaidé en faveur d'un dépassement du MPC, convaincus que ce dernier était foncièrement voué à dépérir, bien avant que ses retombées écologiques, plus récemment perçues, n'apportèrent de l'eau au moulin de ses contempteurs.

Aussi, inspirée d'un souffle révolutionnaire humaniste, une tentative de soumission du capitalisme fut-elle expérimentée lors du XX^e siècle par des formations sociales se réclamant du communisme. Encore une fois censée émanciper l'être humain, la transfiguration de l'idéal révolutionnaire n'est parvenue, en dépit de l'appropriation collective (fictive) des moyens de production, ni à abolir la lutte des classes, ni à libérer de l'exploitation économique, ni à développer les forces productives, là où elle n'a pas manqué d'instaurer la dictature de parti unique, d'imposer une planification productiviste et de rivaliser d'impérialisme. Mû par la même invariance mentale et la même finalité que son vis-à-vis, le mode de production communiste réel s'est avéré, non rupture, mais avatar du MPC, un capitalisme sans capitalistes, un capitalisme d'Etat. Sous couvert d'une rivalité idéologique factice (sous la bannière équivoque Liberté contre Totalitarisme), consanguinité souterraine et complicité objective ont tendu à rapprocher deux modes frères ennemis, dans la mesure où l'extension de leurs zones d'influence a renforcé la bipolarisation du capitalisme mondial. Cette imposture, qui a accessoirement justifié une ruineuse course à l'armement, a surtout permis au capitalisme marchand, une fois consommée l'implosion du capitalisme d'Etat, d'affirmer sa supériorité absolue et définitive avec la force de l'évidence. Cependant, l'incapacité logique de la variante étatiste à surpasser le mode originel ne préjuge en rien de la qualité intrinsèque du capitalisme, elle le conforte seulement, expurgé de son avatar et moralement réarmé, dans son unipolarisation impérialiste.

Dans le même temps, le MPC a vécu en son cœur une mutation progressive ; affrontant les contradictions qui lui sont immanentes (entre ses forces et les contestations anti-systémiques) il réussit, en les intégrant, à se régénérer régulièrement. D'une part, battant en brèche le culte du laisser-faire, le capitalisme évolue vers un stade plus élaboré dès l'instant où il admet une resocialisation relative de l'économique à travers sa régulation par l'Etat-providence ; ce repositionnement, en direction d'une économie sociale de marché mâtinée de social-démocratie, a provoqué une métamorphose sociétale inscrite à la fois dans la constitution d'une importante classe moyenne patrimoniale, la tertiarisation du système productif et une modification qualitative des rapports de production. D'autre part, le capitalisme a accentué sa tendance à la multinationalisation, qui s'est traduite par un redéploiement des forces productives, c'est-à-dire une transformation globale du processus de décision, de la structure financière, de la force de travail et du progrès technique ; renforçant la domination de son Centre sur sa Périphérie, il a parachevé son stade monopoliste. Désormais mondialisé, souverain, le capitalisme néolibéral n'a plus pour ambition que tâcher de surmonter périodiquement ses crises. Imbu de ses prémisses, il ne saurait en douter.

1.2 Prémisses structurelles du capitalisme

Quelle que soit la configuration socioculturelle où il s'implante, le credo capitaliste brandit les mêmes prémisses, en ce qu'il se révèle invariablement:

- Anthropocentrisme ; oublieux de la reconnaissance qu'il doit à l'univers ayant permis son avènement, l'être humain, insignifiante et tardive poussière d'étoiles, s'est érigé en nombril de la Terre. Défiant toute transcendance, il s'empêtre dans l'immédiate finitude du scientisme, forçant lois immuables et rythmes éternels de la Nature, qu'il s'approprie, asservit, métamorphose et dégrade à sa convenance.
- Économisme ; alors qu'il figure à l'origine le seul pendant économique de la philosophie libérale, le capitalisme s'est totalement émancipé de son substrat politico-idéologique. La strate économique, dépourvue de finalité sociale, autre que celle de sa propre reproduction élargie, a acquis autonomie et hégémonie vis-à-vis des autres instances sociétales ; cette surdétermination, dévoyant le libéral en libéralisme et l'économique en économisme, a abouti à la canonisation du marché, incarnation du MPC. Désormais, la richesse commande le pouvoir.
- Matérialisme ; de cette désocialisation de l'économie découle, son corollaire, la primauté de la dimension matérielle au sein de l'entité humaine, un système linéaire de causalité marchande où la valeur procède de l'échange, la fortune de la valeur, la propriété de la fortune, et le patrimoine de la propriété privée ; au regard de cette idéologie, le corps motive plus que l'esprit, l'avoir davantage que l'être, puisque homo œconomicus vaut moins par ce qu'il pense que par ce qu'il dépense.
- Individualisme ; censée reposer sur l'égalité des chances, l'insertion de la personne dans la société se trouve alors dépendre avant tout de l'extension du patrimoine individuel, c'est-à-dire d'une conception impitoyable des rapports humains où l'ego s'épanouit à mesure que s'essouffle la socialité ; lorsque l'hédonisme représente la valeur dernière, l'affirmation de l'individu dérive en violence individualiste.
- Impérialisme ; transposée au nouvel âge de la globalisation, cette concurrence se déploie au sein d'un système-monde polarisé, configuration en cercles concentriques, où le Centre

dominant, réputé développé, assujettit la Périphérie dépendante, réputée sous-développée, par le biais d'un échange international inégal. Du haut d'une quintuple polarisation (ressources stratégiques, technologie de pointe, finance, communication, armement), le Centre consolide son opulence en réprimant le désordre et en intégrant le dynamisme d'une Périphérie extravertie, car le mirage du développement par la modernisation perpétue la stratégie impériale davantage qu'il ne résorbe le sous-développement.

- Absolutisme ; néanmoins, le modèle central du développement, référence absolue du progrès dans l'imaginaire collectif, d'autant plus sublimé qu'inaccessible, continue de prétendre à l'universalité en agitant le spectre du rattrapage mimétique comme réponse exclusive au défi du développement que la Périphérie doit relever, alors que, implanté sans enracinement dans le contexte sociohistorique, ce modèle précipite l'agonie des modes de production précapitalistes, accentue la désocialisation de l'économie et compromet toute velléité de lutte contre le sous-développement. Mais telle n'est pas la motivation principale de la visée capitaliste.

2. Sociologie du mode de production capitaliste

Concrétion de tels substrats, le capitalisme poursuit d'abord sa reproduction en propre, ce qui ressort aussi bien du dogmatisme qui le fonde que de la politique qu'il foment.

2.1 Primat de l'instance économique

Le scientisme positiviste repose sur un triple postulat : toute réalité, transparente à la Raison, est réductible en concept ; toute manifestation de la vie humaine peut être approchée suivant un cheminement logique, nécessaire et contraignant de concepts ; toute la Nature est représentée au moyen de lois subjectives. Dès lors, la science moderne consacre la primauté de ses prémisses sur sa mise à l'épreuve sociohistorique ; de cette démarche, découle le dogmatisme de la science économique, dans la mesure où ses théories se réfèrent à des préconceptions idéologiques qui relèvent de l'économisme. Ainsi du discours libéral, en particulier de son paradigme de rareté des ressources, qui ramène le développement à une course de vitesse contre la rareté en vertu de laquelle sont donnés, intangibles :

- Le marché, comme système de médiation le plus efficace ;
- L'entreprise, comme forme de production le plus efficace ;
- Le profit, comme déterminant essentiel de l'activité productive ;
- La liberté, au nom de l'égalité des chances, d'exploiter l'être humain en toute fraternité, comme moteur idoine de la rentabilité ;
- La propriété privée, comme meilleur processus d'appropriation des ressources ;
- La société, comme unidimensionnalité homogène ;
- L'environnement naturel, comme simple facteur, abondant, de production ;
- La science et la technologie, comme critères ultimes du progrès humain.

Il s'ensuit une dissociation entre la science, autonome, sacralisée, et la formation sociale, profane, qui l'accueille, autrement dit, entre le péril technoscientifique et sa perception sociale, révélatrice du fonctionnement symbolique de la culture dominante face au progrès.

Dès l'instant où le développement culmine dans l'opulence matérielle, abstraction faite de ses répercussions humaines et écologiques, la technoscience, promue finalité en soi, en arrive à instrumentaliser l'Humanité comme la Nature. Le désir mimétique de développement doublement régulé, au niveau individuel, par l'aliénation consumériste (violence sacrificielle à l'encontre de la pauvreté) et, au niveau collectif, par la polarisation impérialiste (violence sacrificielle à l'égard du quart-monde marginalisé) entretient une aspiration universelle à l'immersion dans la société de consommation.

Absorbé tout entier par son tropisme économique, le libéralisme cultive une singulière acception de la liberté. Sitôt conquise sur le déterminisme politico-religieux, celle-ci abdique ses intérêts et préférences au profit du conditionnement émanant du microcosme totalitaire de la publicité. C'est volontiers que chacun, persuadé en cela d'épuiser son bien-être personnel en même temps que le sens du progrès, se laisse envoûter par la mystification hypnotique qui se love dans la communication / marketing, dont la redoutable efficacité, pervertissant la démocratie, façonne le mode de vie, invente de pseudo-besoins, clone les existences et broie toute résistance, pour livrer le consommateur exemplaire sous tutelle à un indomptable terrorisme du désir. Dorénavant, l'amélioration du pouvoir d'achat hante tous les esprits, raison d'être, revendication focale et clé de voûte de l'argumentation politique.

2.2 Orthodoxie de la politique économique

Réifiée en nécessité de l'histoire et détachée de toute réalité biologique, cette conception du progrès a consacré le règne d'une façon d'œcuménisme technobureaucratique, qui conçoit le crédit comme opérateur de la consommation, celle-ci comme opérateur de la croissance économique, cette dernière comme opérateur du progrès technologique, celui-ci comme incarnation du développement humain. En ce sens, la croissance est vouée à...croître indéfiniment, preuve, mesure, indicateur et promesse d'un progrès infini, confinant au mythe. Pour autant, la politique économique sacrifie au culte de la croissance et, bien que cette dévotion universelle, foncièrement violente, induise désintégration du tissu social, polarisation accrue des richesses et dilapidation du Patrimoine naturel, la croissance demeure l'objectif ultime, sacré, de toute politique économique, partant, sa maximisation le meilleur indice de prospérité.

Cependant, le productivisme / consumérisme où elle se résout, à l'ère du tout jetable, reste marqué, à l'échelle mondiale, par une contradiction crise entre pléthore de production (hyperchoix de consommation) et pénurie de solvabilité (sous-consommation de masse), qui le menace constamment d'involution. Afin de surmonter ce paradoxe, la politique économique fuit en avant pour se réfugier dans une ébriété technologique chronique. La lenteur de la capacité d'absorption des technologies induit une accélération de leur cycle d'obsolescence, exacerbant artificiellement une ostentation technologique, source d'uniformisation, de dépendance et d'impuissance, en même temps que gouffre financier et énergétique. Outil, la technologie s'est muée en maître de l'Humanité et bourreau de la Nature.

Scène 2 : Retombées du mode de production capitaliste

Résolument dirigé vers cette finalité, le développement capitaliste agit sans considération a priori pour l'être humain et son environnement. Son extension ne peut qu'engendrer et multiplier des risques polymorphes qui menacent en même temps la santé humaine (1) et la Nature (2).

1. Corrosion de la santé humaine

Parmi les retombées de la croissance économique, les plus manifestes restent celles qui affectent directement l'individu et celles qui influencent la salubrité sociétale.

1.1 Répercussions sur la santé individuelle

1.1.1 Instrumentalisé comme force de production, l'individu est affecté d'abord par des rouages pathologiques fonctionnels.

D'une part, il subit inégalement des lésions professionnelles, aliénation et détérioration du corps, à raison des accidents et maladies du travail, de la désocialisation du procès du travail (surmenage, absentéisme), de l'érosion de la capacité d'intégration sociale par le travail (démotivation, déni de soi), de l'extension du chômage massif. En outre, ces plaintes, censées de simples contretemps, regrettables, dans la course à la productivité, finissent par plomber celle-ci (coût économique de l'arrêt du travail).

D'autre part, il s'expose diversement à des préjudices technologiques, de par : la phytosanitarisation du processus agricole (contamination de la chaîne alimentaire), la pléthore de barrages et retenues d'eau (propagation des pathologies hydriques), la modification génétique des espèces animales et végétales, la diversification des pathologies industrielles (asbestose, usure oculaire, surdité), les accidents de circulation, le péril nucléaire civil, tout en accusant le contrecoup de la pollution du milieu naturel. Toutes ces atteintes induisent en outre une récurrence des maladies dites de civilisation, souvent incurables (cardiovasculaires, respiratoires, gastro-entérologiques, neurologiques).

1.1.2 Simultanément, des engrenages pathologiques existentiels minent l'individu en permanence.

Tantôt, il affronte des troubles psychologiques (angoisse, stress, névrose, dépression) dus autant au schisme biologique qui éloigne l'humain de la Terre, à la sédentarité urbaine, à la densité démographique, qu'à la répression de la sexualité, au moment où les prévisions de l'OMS pour 2020 alertent sur l'installation des pathologies psychiatriques en tête des principales maladies le plus répandues.

Tantôt, il succombe à des addictions réactives (tabac, alcool, drogues dures, psychotropes) qui s'installent en guise de réconfort psychologique, malgré les affections qu'elles occasionnent (cancer, tuberculose, mortalité prématurée).

1.2 Inductions inhérentes à la salubrité sociétale

1.2.1 En premier lieu, l'Humanité accuse en tant que telle une mutilation socio-économique, laquelle se traduit tout à la fois par : une paupérisation rampante, aggravation des inégalités sociales et disparités internationales ; lorsque 5% de la population mondiale s'accapare 50% des richesses, quelques enclaves d'opulence émergent d'un océan d'indigence, alors qu'un individu sur deux souffre de pauvreté (malnutrition, carence hygiénique), et un sur six d'analphabétisme. Or, la résorption du phénomène reste d'autant plus aléatoire que

l'aliénation mimétique entretient une illusion de développement ; l'asservissement des catégories sociales vulnérables, dans la mesure où le genre féminin, quand bien même certains acquis du féminisme, l'enfance laborieuse, les handicapés, les aliénés, les troisième et quatrième âges, portent ou représentent d'une manière ou d'une autre les stigmates du culte de la performance productiviste ; un déséquilibre spatial, dépeuplement rural et rurbanisation anarchique aux conséquences écologiques irréversibles (déforestation, désertification).

1.2.2 En second lieu, l'Humanité souffre d'un désenchantement psychosocial, lequel se reflète dans le règne d'un conformisme castrateur. Une pression s'exerce au quotidien sur l'individu en vue de sa conformation aux comportements dominants, contrôle normatif qui déploie une espèce d'orthopédie sociale à connotation disciplinaire, ayant cours au sein du foyer, de l'école, de la manufacture, de l'hôpital ou de l'enceinte carcérale. Ces structures aliénantes d'uniformisation individualiste des modes de vie secrètent l'homo œconomicus standard, démuné de raison d'être spirituelle, un individu parmi une foule égocentrique, noyé dans une solitude de masse au moment où, au sein de la société dite de communication, personne ne communique avec personne.

Cette normalisation suscite en retour une déviance libératrice. Aucune forme de solidarité n'ayant substitué l'éclatement du noyau familial, la rébellion succède à la désillusion. Dans ce vide du Sens s'engouffre la défiance sociale, posture de résistance au conformisme pouvant avoir le visage, soit du sectarisme (refuge socioreligieux marginal), soit du terrorisme (contre-violence meurtrière toutefois moins subversive que la violence infligée par la normalité dominante qu'elle prétend rejeter), soit de l'aliénation mentale (illusion d'ingouvernabilité), soit encore du suicide (libération psychosociale posthume).

2. Dégradation de l'environnement naturel

Organisme vivant, complexe, insaisissable, la Biosphère est régie par des lois naturelles, équilibre de deux composantes, humaine et écologique, qui s'ajustent et s'adaptent l'une à l'autre. Or, la hiérarchie artificiellement érigée parmi le vivant, où l'Humanité s'arroge la préséance, ne va pas sans perturber gravement l'harmonie de l'équation démo-écologique. S'appropriant la Nature aux fins de l'instrumentaliser, en tant que déversoir de résidus et réservoir de ressources, l'humain profane son milieu autant qu'il l'amenuise.

2.1 Profanation de la nature

2.1.1 D'une part, son déploiement anarchique à travers la Planète conduit ou contraint l'humanité à polluer le milieu naturel, d'une allure devenue exponentielle :

- Une pollution tellurique : les déchets de l'activité humaine (ménagers, industriels, énergétiques) s'accumulent au point de fomenter un écocide, puisque leurs sécrétions contaminent sol, eau douce, océan et atmosphère ; la santé humaine s'en trouve affectée par voie de conséquence. De surcroît, l'intensification agroindustrielle entraîne raréfaction des terres fertiles et appauvrissement du patrimoine foncier.
- Une pollution pélagique : le patrimoine océanique est fragilisé, aussi bien par les incidences du transport maritime de substances dangereuses (déversement, marée noire), par les rejets d'origine terrestre (pesticides, métaux lourds, déchets nucléaires), que par la « mise en valeur » touristique du littoral, laquelle se solde par la destruction d'écosystèmes fragiles et vitaux (marais, récifs de corail, deltas, estuaires).

2.1.2 D'autre part, l'humanité assume une lourde et inégale responsabilité dans le dérèglement des mécanismes naturels. Les processus chimiques, dynamiques et radiatifs, fort complexes et fragiles, qui régissent interactivement les échanges entre l'océan, l'atmosphère et le vivant, fondent l'équilibre naturel nécessaire à la vie. Les interventions humaines sur la Biosphère ne manquent donc pas d'altérer ces échanges, particulièrement la pollution induite par la combustion d'énergies fossiles (charbon, pétrole, gaz naturel), dont la concentration d'une extrême densité modifie de manière substantielle l'équilibre biologique.

Ce phénomène se répercute sur la condition atmosphérique, la tendance étant au réchauffement global moyen du climat depuis un siècle. La chaîne circulaire de causalité à l'œuvre dans ce phénomène va probablement accélérer au cours de ce siècle l'occurrence des catastrophes naturelles : fonte des glaciers polaires, élévation du niveau de l'océan, recul du littoral, altération des courants marins (occasionnant tempêtes, ouragans, cyclones, séismes, tsunamis) ; augmentation subite de la pluviométrie (inondations) alternant avec incrustation de la sécheresse (désertification, invasion acridienne, salinisation du sol) ; extinction d'espèces animales et végétales ; pénurie alimentaire (migration écologique). En outre, l'équilibre vital risque d'être compromis à longue échéance par la destruction de la couche d'ozone stratosphérique, imputable en partie aux émissions de gaz à effet de serre.

2.2 Aménagement de la Nature

2.1.1 D'un côté, les ressources vivantes de la Planète sont condamnées à inégalement déperir, en dépit de leur domestication :

- L'eau douce, facteur de lutte contre la pauvreté et de développement, devient d'un accès de plus en plus délicat pour la majorité des humains, sous les effets conjugués d'une menace de raréfaction (vicissitude pluviométrique), de la pression démographique (inégalité de répartition), de la pollution et du réchauffement climatique. Désormais, la sécurité hydrique constitue le défi majeur pour l'humanité.
- Le manteau forestier, notamment tropical, rétrécit à un rythme vertigineux en raison de la perturbation de sa dynamique (interaction du milieu physique, sol et climat, et du milieu vivant, flore et faune). Impondérable climatique, déboisement inconsidéré, déversement de déchets, surpâturage, pyromanie, pluie acide contribuent simultanément à l'entreprise de déforestation, laquelle met en péril autant la survie de l'humanité que celle des espèces végétales et animales qui évoluent dans cette fascinante biocénose.
- Les modifications génétiques expérimentées sur la flore et la faune opèrent une transformation hasardeuse du vivant ; la normalisation des OGM qui en découle va à l'encontre de l'indispensable biodiversité, soulève une interrogation quant à leur innocuité et conduit à une privatisation contre nature du vivant. De plus, une motivation basement vénale menace d'extinction nombre d'espèces animales en voie de disparition (braconnage en marge de la protection internationale).
- De par leur pillage systématique, les ressources halieutiques sont l'objet d'une exploitation qui s'apparente davantage à la chasse qu'à la pêche, en dépit des normes internationales admises. Cette régression de la vie sous-marine entraîne la raréfaction sinon l'extinction des espèces, ainsi qu'une perturbation de l'équilibre hydrosphérique.

2.2.2 D'un autre côté, les ressources sédimentaires non renouvelables de la Planète sont en voie d'épuisement. Formés pendant des milliards d'années, en grande partie consommés depuis

à peine deux siècles, et promis dans moins d'un siècle à tarir inexorablement, les combustibles fossiles et les ressources minérales accusent une surexploitation irrationnelle ; gaspillés sans égard pour leur finitude, bradés à un prix sans commune mesure avec leur valeur, ils subviennent aux besoins énergétiques insatiables (agriculture, industrie, transport, usage domestique) de l'Humanité présente sans aucune inquiétude pour ceux des générations futures.

Scène 3 : Inconséquences du développement capitaliste

Afin de conjurer l'entropie potentielle qui la guette en permanence, la dynamique capitaliste est condamnée, pour se perpétuer, à réparer a posteriori les dysfonctionnements qu'elle provoque. Dans quelle mesure le système médical qui en émane restaure-t-il la santé humaine (1) ; la protection de l'environnement qu'elle a conçue est-elle à l'image de la conscience écologique (2) ?

1. Impuissance du système médical

Compte tenu de sa morphologie, le système médical, auquel se réduit l'acceptation étriquée de la santé, a-t-il l'aptitude à résorber toutes les retombées sur la santé humaine dont le développement capitaliste est redevable ?

1.1 Morphologie du système médical

Une double décomposition, structurelle puis superstructurelle, semble utile pour appréhender les mécanismes de l'économie médicale (abusivement dénommée économie de la santé) à l'œuvre aujourd'hui.

1.1.1 Tout d'abord, la structure du système médical ne dénote pas toujours d'une adéquation entre la production et l'acquisition des prestations médicales. Alors que la pratique médicale, qui procède en même temps d'unités simples : une composante ambulatoire académique (médecine, chirurgie dentaire, officine pharmaceutique, soins paramédicaux) et une composante ambulatoire informelle (thérapies traditionnelles, pharmacopée médicinale), que d'unités complexes plus élaborées (laboratoire biologique, industrie pharmaceutique, hospitalisation), confère au personnel médical un pouvoir monopolistique, pléthorique et dispendieux de normalisation thérapeutique, le recours à ces prestations demeure aussi hypocondriaque qu'aléatoire, polymorphe que disparate, en fonction des représentations sociales de la santé et la solvabilité du patient.

Il s'ensuit la difficulté à concevoir des paramètres d'évaluation qui permettraient de renseigner quant à l'amélioration ou la détérioration de l'état de santé. Au demeurant, l'économie médicale consistant seulement à optimiser l'allocation des ressources de la médecine, ses indicateurs (morbidité, mortalité, espérance de vie), abstraits, imprécis et inélastiques, manquent de pertinence pour rendre compte de l'état de la Biosphère. Par ailleurs, les modes de détermination des barèmes (prix médicaux ambulatoires, tarification hospitalière) et les modalités de financement des dépenses (prévoyance sociale, assurance facultative, philanthropie, automédication) n'autorisent guère l'élaboration de comptes médicaux en vue de planifier une politique médicosanitaire.

1.1.2 A ces contraintes, s'adossent celles, superstructurelles, qui caractérisent l'exercice de la médecine. Certes, le praticien est tenu à se réclamer d'une morale (déontologique et éthique), gage de discrétion, de compassion et de désintéressement ; cependant, cette morale, en soi de

moins en moins honorée, est de plus confrontée aux défis d'une révolution biologique (expérimentation cellulaire, innovation thérapeutique, reproduction humaine assistée, euthanasie) qui en appelle à une nouvelle éthique de responsabilité, sinon de résultat, pouvant n'être ni recevable par le corps médical, ni à lui précisément imputable.

Bien qu'elle procède d'une rationalité mouvante, au gré de ses découvertes, la médecine reste d'abord fondée sur le postulat de normalité ; alors qu'il n'existe ni normal ni pathologique en soi, puisque le normal biologique n'induit pas linéairement le pathologique, celui-ci n'étant révélé que par les infractions à la norme que le médecin est seul habilité à désigner et prendre en charge, la pratique médicale, essentiellement organique, se focalise sur des anomalies objectives sérielles, au détriment d'une approche globale du patient en tant que vécu subjectif unique. Dès lors, l'institution médicale participe au premier chef d'une légitimation de l'idéologie capitaliste en produisant une nosopolitique normative, autrement dit une mécanique réparatrice de normalisation sociale et de contrôle des déviations qui uniformise désirs et comportements. Cette instrumentalisation s'inscrit dans une médicalisation généralisée de la condition humaine (morale, justice, travail, loisir, anticonformisme) substituant une grille médicale aux grilles sociopolitiques classiques de lecture du quotidien, tout en confortant le mythe d'omnipotence dont se drape la caste médicale.

1.2 Inefficiences du système médical

Ainsi s'organise une transfiguration de la médecine, qui n'est pas indifférente.

D'une part, l'extension de son champ à tout domaine biopolitiquement défini comme pathologique, puis l'assimilation de toute aspiration sanitaire à une prise en charge médicale, reviennent à une expropriation de la santé humaine ; cette emprise, d'autant moins légitime que la genèse de la pathologie n'est pas organique (individuelle), mais psychosomatique (sociétale), opère une succession symbolique de la médicalité à la cléricauté dans l'ordre de la socialité. L'inflation du geste médical qui en résulte accentue la désincarnation de l'attitude du médecin, recours à une palette technologique sophistiquée, bientôt entièrement informatisée, mais déshumanisée, tendant à dépersonnifier le patient, tendance appelée à se consolider par le truchement de la future télémédecine (en particulier la téléradiologie) déjà en passe de permettre consultation, diagnostic, prescription et suivi à distance d'un patient virtuel.

D'autre part, subjectivité de la décision médicale et explosion de la dépense médicale rendent improbable une analyse de la médecine en termes de coût/avantage, afin d'en rationaliser l'économie. En effet, la production médicale, qui dégage un avantage marginal de plus en plus réduit pour un coût marginal de plus en plus élevé (multiplication souvent superflue des investigations), s'avère macrosocialement inefficace, alors que la demande médicale bute sur les discriminations eu égard à la morbidité et à la mort, comme sur le défaut de prévoyance sociale.

En définitive, la médecine, malgré sa prétention à incarner l'investissement sanitaire de manière exclusive, se heurte à d'étroites limites. D'une efficacité curative toute relative, elle reste foncièrement inapte à l'efficacité psychothérapeutique (en dépit de l'arsenal psychiatrique et de la psychanalyse) et inappropriée à la prévention de la salubrité sociale (en dépit de la prévention médicosanitaire). Son impuissance, accentuant l'iniquité sociale, découle logiquement de la subordination du champ médical au champ économique, c'est-à-dire d'un antagonisme irréductible entre la rupture de l'ordre sociosanitaire par le développement capitaliste et le rétablissement escompté de cet ordre par le système médical.

2. Insignifiance de la protection écologique

Par ailleurs, le devenir de la Nature constitue formellement depuis quelques décades une préoccupation majeure au sein des cercles philosophique, scientifique et décisionnel. Procédant à l'origine de l'observation des contraintes que le délabrement de la Planète inflige à la condition humaine, ce nouvel engouement, appelé à prendre de l'ampleur, reflète désormais une inquiétude plus altruiste, dans la mesure où l'on se soucie également de protéger le milieu naturel par égard pour lui-même et pour tout vivant, au-delà du substrat humain.

Dès lors, une jeune branche juridique, le droit de l'environnement, a été élaborée aux fins de sauvegarder la Nature. Caractérisé par une abondance normative aux chapitres prévention des écosystèmes délicats, contention des pollutions tellurique, pélagique et atmosphérique, ou préservation de la biodiversité, le droit international de l'environnement s'efforce d'instaurer la justiciabilité des agissements qui violeraient ses dispositions ; frayant une place au préjudice écologique parmi le droit de la responsabilité, il consacre donc le « principe du pollueur payeur » (PPP).

Par conséquent, la doctrine néoclassique, confrontée aux retombées sur la Nature de la politique conventionnelle de développement, se devait d'envisager l'intégration de la dimension écologique dans la théorie économique ; par le biais de l'internalisation des effets externes non marchands, il s'agirait d'affecter à ces derniers un quasi-prix, à travers ledit PPP. Ce faisant, la pollution n'est jamais considérée que sous l'angle des externalités négatives ; censée contribuer à une limitation de la dégradation écologique, cette doctrine s'enlise dans une impasse théorique. Effectivement, les hypothèses de divisibilité indéfinie, d'homogénéité parfaite et de concurrence propres au marché ne correspondent guère à la réalité économique dans laquelle s'insère la lutte antipollution ; les effets de la pollution ne sont pas perçus, ni leur coût de répartition imputable, avec certitude, eu égard aux composantes physiologique, psychologique et esthétique des dommages occasionnés. L'optimum écologique et l'optimum économique étant opposés par essence, leur relation ne peut que s'avérer conflictuelle. Aussi, l'idéal ne pouvant être qu'une moitié de l'activité économique allège ses coûts en polluant l'environnement pour que l'autre moitié réalise des profits en le dépolluant, il est évident que la seule opposabilité du PPP restera vouée à l'échec, en ce que la mise en œuvre (incertaine) de ce principe, qui confère seulement le droit de payer pour polluer, ne sera jamais propre à favoriser de façon significative l'assainissement de la Nature. Elle ne peut qu'aggraver, outre la dégradation, l'iniquité écologique dont pâtit l'humanité.

Loin de contrecarrer ses retombées, les inconséquences du MPC tendent plutôt à exacerber les contradictions inhérentes à sa rationalité. L'insolence technologique de la médecine n'est pas pour camoufler les étroites limites (quant à l'efficacité, l'accessibilité et la couverture) du système médical, partant, la vanité du simple droit aux soins, alors même que, l'être humain étant réduit à sa dimension corporelle, l'impératif reste de soigner sa force productive / consumériste. La balbutiante prise de conscience écologique n'est pas non plus pour camoufler l'inanité du dispositif de protection de la Nature, alors même que celle-ci est confinée à la condition inerte de réservoir / déversoir de la frénésie productiviste. Dans ces conditions, l'équité sanitaire ne peut relever que de la chimère.

In fine, obnubilé par le fétichisme marchand, le MPC accule à la détresse impolitique ; convaincu que la technoscience suffit à l'étincelance des lustres, il a provoqué l'extinction des

Lumières ; obsédé par les bienfaits de l'émulation, il a généralisé la violence, plus réelle que symbolique.

Pourtant, persuadée d'avoir eu raison d'un adversaire imaginaire (transfiguration obscène de l'espérance communiste), l'arrogante suffisance capitaliste, qui n'a en réalité jamais encore été mise à l'épreuve d'une remise en cause sociohistorique nulle part au monde, prétend incarner, indépassable, la terre promise et la fin de l'Histoire. Ce triomphalisme, propre à toute hégémonie impériale sur la défensive, ne peut camoufler l'extrême décomposition d'un système qui, s'il sacrifie avec fierté au mythe de la technoscience, en est resté éthiquement à l'âge de fer ; son incapacité intrinsèque à résorber ses périls humains et écologiques le conduit inexorablement à une implosion que toutes les données scientifiques prédisent apocalyptique, dont les prémices nourrissent déjà l'intensité d'une polycrise universelle (alimentaire, énergétique, climatique) sans précédent, mais dont il reste possible de méditer la conjuration dans l'éventualité où le paradigme capitaliste serait abjuré.

Acte II : Développement durable et santé : une équité homérique

Si tant est que toute crise majeure se résout, à son insu, par-delà une rupture épistémologique, espérée salutaire, la contrainte historique du moment somme l'esprit dès à présent, confronté à la profonde crise en gestation for le développement capitaliste, de caresser l'utopie d'un nouveau paradigme soutenable du développement. A partir du moment où l'impératif commande de pacifier et d'émanciper l'humanité, au diapason de la Nature, une inversion de causalité s'impose par laquelle la logique du vivant supplanterait en la socialisant la rationalité économique ; porté par une éthique bioanthropologique, ce renversement phénoménologique ramènerait la technoscience à sa véritable raison d'être, instrumentalité au service d'une reproduction sanitaire équitable de la Biosphère.

Il convient donc de poser les jalons d'une reconsidération archéologique du développement (Scène 4), puis d'esquisser la complexité d'une symphonie de développement durable (Scène 5), tout en restant attentif aux écueils qui jonchent le périple de ce projet (Scène 6)

Scène 4 - Impératif du paradigme de durabilité

En ce qu'il tend à concilier besoins de l'humanité et exigences de la Nature, l'idéal des droits humains peut représenter un schème philosophique pour le développement durable (1), dont la santé reste l'horizon ultime (2).

1. Les droits humains, schème philosophique du développement durable

Un éclairage du concept de droits humains, afin de lever l'équivoque qui l'entoure, va permettre d'en dégager une approche phénoménologique.

1.1 L'idéal intrinsèque des droits humains

Le concept de droits humains (DH) cristallise en fait les valeurs religieuses, la pensée philosophique et la sédimentation des faits sociohistoriques qui ont jalonné plusieurs millénaires, bien que sa formation moderne ne remonte qu'à la révolution politique ayant, dans le sillage des Lumières, conduit en Occident aux grandes Déclarations des droit de l'Homme et du citoyen. Cette inauguration symbolique de l'âge libéral, en substituant la souveraineté monarchique spirituelle de l'Ancien Régime par la souveraineté populaire

séculière, consacre l'avènement de l'individu, en tant, non qu'objet d'une prédestination, mais que libre sujet d'un devenir, forgé d'un alliage entre l'inné du lignage et l'acquis du vécu.

L'émancipation de l'être humain s'inscrit alors dans le respect de sa dignité, valeur foncière absolue, autrement dit dans un Contrat social laïc (excluant la confusion du politique et du religieux et tout empiètement de l'un sur l'autre), réputé garantir à chaque individu la liberté, l'égalité, la fraternité, au principe de cette dignité ; le genre humain, en dépit de sa diversité ethnique, constituant une même espèce, l'émancipation doit être le destin de chaque être humain, et l'idéal des DH apanage de l'humanité entière, hymne exaltant promis à être chanté par toutes les sociétés, quel qu'en soit le profil culturel.

D'où vient que, deux siècles plus tard, l'enthousiasme annoncé n'ait pas forcé l'unanimité ? C'est que, à l'épreuve de leur implantation parmi le topos occidental capitaliste, les DH se sont avérés limités à une conception bien circonscrite. Celle-ci reste en même temps :

- anthropocentrique : focalisée sur le progrès matériel de l'humanité, elle passe sous silence la relation de cette dernière à la Nature ;
- eurocentrique : se revendiquant d'un héritage judéo-chrétien et gréco-romain imbu de supériorité civilisationnelle, elle néglige les autres apports historiques au patrimoine culturel de l'humanité ;
- matérialiste : elle oublie que la laïcité au principe de la démocratie peut susciter l'équivoque si elle devait, sans adaptation ni nuance, être opposée à la diversité culturelle et confessionnelle dont bat le cœur de la démocratie, car la temporalité de sa genèse menace de l'assoiffer de la spiritualité dont ses contempteurs éprouvent le besoin ;
- individualiste : obsédée par une liberté de l'être humain dissociée de la moindre préoccupation pour l'équité, elle en réduit la dignité à son pendant économique, assignant à l'individu une perspective étriquée de revendication égocentrique, sans contrepartie altruiste, qui l'instrumentalise et tend à en nier l'humanisme vital.

Une fécondation de cette approche des DH, à travers un métissage interculturel, peut-elle en rendre l'universalisation plus vraisemblable ?

Depuis longtemps, les sages orientales (hindouisme, bouddhisme, taoïsme, shintoïsme) enseignent que ni jouissance, ni possession, ni pouvoir, ne sont des fins en soi, seule importe, fin suprême, la désaliénation des désirs sur laquelle débouche la méditation à propos de la condition humaine ; vocation spirituelle d'envergure cosmique, la contemplation, qui permet la découverte de l'être véritable (entre le Soi social et l'Un primordial) finit par démasquer l'imposture de l'ego et délivrer de la vanité du Moi afin que l'action créatrice puisse épouser ou reproduire l'harmonie universelle.

Pour sa part, la tradition animiste négro-africaine, complémentarité plurale percevant la cosmogonie comme multiple, instable, mystérieuse, enseigne que les rapports qu'entretiennent la personne, sa communauté qui la transcende et oblige, et la Nature, découlent de la communion d'un monde vivant, signifiant, animé, indissociable, en vertu de laquelle l'individu isolément tout comme les peuples pris collectivement jouissent certes de droits, mais s'acquittent avant tout de devoirs (envers autrui, l'humanité, la Biosphère), dictés par la prévention du chaos universel.

Quant au message islamique, il enseigne que l'humanité et la Nature participent de la même sacralité immanente à une cosmogonie intégrale, la première étant tenue non de s'approprier la seconde, mais de s'y intégrer ; que l'individu se réclame d'une collectivité (oumma) en ce que l'intérêt général (maslaha) prime l'intérêt particulier ; qu'une éthique comportementale, toute de frugalité, d'intégrité, de tolérance et de compassion, est requise afin que chacun puisse incarner l'être universel.

Manifestement, d'une herméneutique de ces divers topos, les singularités relatives de l'un pouvant converger vers les complémentarités et divergences constructives des autres, peut émerger une conception cosmopolite des DH, resituant l'ordre de la dignité humaine et revitalisant l'intangible laïcité d'un souffle spirituel, pour prétendre avoir latitude à l'universalité, à partir du moment où seraient vaincues, de part et d'autre, les réticences (méconnaissance, méfiance ou hostilité) qui ajournent jusqu'à présent la fécondation transculturelle. A cet égard, périlleuse autant que prometteuse, une modernité métisse semble surgir subrepticement qui, concrétion irrésistible, à maturation lente, de toutes les cultures, ne pourra manquer de rapprocher les peuples, sitôt apprivoisé son moment inaugural à haut risque.

1.2 Phénoménologie des droits humains

A cette aune, la dignité humaine de tout un chacun repose sur la fondation d'un éventail de droits et obligations. Exhaustif mais évolutif, cet éventail décline, indivisibles, les droits individuels de la personne, les uns basiques, auxquels la volonté politique suffit (droits civils et politiques : vie, intégrité, liberté, sécurité, justice, propriété, nationalité, résidence, conscience, expression, réunion, association, participation), les autres programmatoires, dont il faut se donner les moyens (droits sociaux, économiques et culturels : alimentation, eau, éducation, travail, soins médicaux, sécurité sociale, famille, culture), et les droits collectifs des peuples, d'essence solidaire (paix, développement, environnement, Patrimoine commun de l'humanité).

Concrétiser l'idéal des DH revient donc à mettre chaque personne en mesure, comme individu et citoyen, de se prévaloir de toutes les prérogatives, libertés et responsabilités conjuguées, dont sa condition terrestre l'investit. En tant que créature consciente et agissante, l'humain est sommé d'entretenir à la fois des rapports spirituels au cosmos (transcendance qui le détermine), des rapports écologiques à la Biosphère (dont il est dépositaire), des rapports politiques à la communauté présente et future (équité et solidarité sociohistoriques entre catégories sociales comme entre formations sociales).

L'indivisibilité et l'universalité effectives des DH dépendent alors étroitement de l'érection des substrats (démocratie, développement, dialogue, responsabilité, communauté du patrimoine naturel) dont la conjugaison pourrait engendrer une alterglobalisation, manière d'internationale du genre humain, solidairement coresponsable, dans l'espace et le temps, de son devenir.

En tant qu'ils relèvent tantôt des nuances propres à chaque formation sociale (puisque l'élasticité des expériences de la réalité humaine admet la spécification des modalités à chaque configuration socioculturelle, encore que le droit à la différence puisse être redoutable), tantôt des pesanteurs communes à toutes les formations sociales, ces fondements, inversant la rationalité capitaliste (primat de l'instance économique), ont vocation à établir une corrélation d'ordre éthique entre maîtrise du progrès technoscientifique, élévation intellectuelle, morale, spirituelle, de l'humanité, et prévention des périls écologiques majeurs,

dans une projection sociohistorique durable, porteuse d'une nouvelle philosophie du développement.

2. La santé, horizon dialectique du développement durable

Bien que de plus en plus galvaudé, le concept de développement durable n'est assurément pas encore appréhendé dans toute son envergure. Il importe donc de se le représenter pour entrevoir toute l'étendue de son horizon.

2.1 Représentation du développement durable

Prenant acte des inconséquences du développement capitaliste, pour lequel la modernité est gravée dans le marbre de la croissance économique, moyennant une débauche technologique, dans l'indifférence à l'archaïsme de l'humanité et au délabrement de la Nature, diverses critiques scientifiques approchent la notion de développement durable (DD), lorsqu'elles revendiquent, tour à tour, l'urgence d'un développement écologique, global, intégré, autocentré, endogène, humain ou convivial, qui prenne le contre-pied radical du développement conventionnel. Force est de prendre conscience que la polycrise qu'elle traverse a pris une ampleur telle que l'espèce humaine se trouve confrontée à la gageure d'aplanir les soubresauts d'une mutation en cours, cruciale, irrémédiable, où il va à la limite de sa survie même.

Sur la base de ce constat, le concept de DD a été officiellement consacré par la communauté internationale. Il s'agit donc, afin d'en évaluer l'opportunité, de commencer par appréhender la portée révolutionnaire, la complexité et l'horizon du nouveau paradigme qui le travaille.

Résolument a-idéologique, le DD repose sur une perception cosmologique du déploiement de l'être humain parmi la Biosphère. Désormais, le progrès ne peut plus résider que dans l'épanouissement de l'humanité et la protection de la Nature en tant que telles, autrement dit dans une mise en œuvre de l'idéal des DH à l'échelle mondiale. A ce dessein, il s'agit de repenser la dynamique du développement ; libérée de la double instrumentalisation, de la Nature par l'humanité et de celle-ci par la technoscience, la dialectique du DD se réclame d'un volontarisme du désespoir, un élan a priori qui devrait pouvoir prendre appui simultanément sur plusieurs postulats.

- La communauté foncière et l'interdépendance fonctionnelle de l'humanité et de la Biosphère, vitalité bioanthropoéthique qui soumet la logique économique à celle du vivant et l'activité économique à sa charge écologique, en vue d'une synergie que l'on peut baptiser *éconogique* ;
- L'égalité de dignité de tous les humains, en droits et responsabilités, quels qu'en soient le genre, l'ethnie, la confession ou les attributs, en tant qu'individus d'une seule et même race ;
- L'unité existentielle de toutes les dimensions (matérielle, morale, spirituelle) et projections (individuelle, sociale, cosmique) de l'entité humaine ;
- L'universalité des défis, par-delà le factice des frontières, qui intime un partenariat mondial pour une gouvernance globale (coopération et intégration régionales, péréquation des ressources du Patrimoine naturel commun à l'humanité), aucune formation sociale isolément n'étant en mesure d'implanter un DD ;

- Spécificité des résolutions et progressivité des réalisations eu égard aux contextes socioculturel et écologique de chaque formation sociale, nonobstant les invariants qui obligent toutes les formations sociales ;
- La continuité intergénérationnelle, étalement des décisions et réajustements d'une génération à l'autre, conformément à la projection des variables démographique, technologique et énergétique ; réévaluée en permanence, cette permanence en appelle à une solidarité comprise à la fois comme dette à l'égard des générations antérieures, équité envers la communauté humaine présente et inquiétude légitime pour les générations futures.

2.2 Horizon du développement durable

L'activation de tous ces ressorts, qui concourt à entrelacer nourritures humaines et impératifs de la Nature, verse par conséquent, condition et finalité à la fois, dans la formation, la promotion et la préservation de la santé intégrale (humaine et écologique) de la Biosphère. Ce vitalisme requiert la conclusion d'un Pacte civilisationnel à hauteur de la dignité humaine consciente et agissante. Téléologie indissociable, celui-ci combine les dispositions de deux contrats.

2.2.1 D'un côté, un nouveau Contrat social, motivé par garantie de la santé humaine (santé individuelle et salubrité sociale) ; cette perspective tend vers la satisfaction des besoins (subjectifs) considérés essentiels, c'est-à-dire nécessaires et suffisants, à qualité de vie et pérennité de l'humanité, puisque inhérents en même temps à :

- La santé physiologique du vivant (nutrition, hygiène, habitat, activité physique, assainissement du milieu ambiant, prévention et soins médicaux) ;
- La santé psychosociale de la personne (santé reproductive, éducation, activité professionnelle, prévoyance sociale) ;
- La santé spirituelle du citoyen (civisme, participation communautaire, activité relationnelle, responsabilité écologique).

2.2.2. D'un autre côté, un Contrat naturel (symbolique), inspiré par sauvegarde de la santé écologique, conservation (biodiversité, ressources foncières, énergétiques et minérales) et dépollution de la Nature ; à cette fin et sur la base de la connaissance scientifique des influences inhérentes aux processus physicochimique, géologique, biologique, hydrologique, océanique, ainsi que de l'évaluation des risques subis et induits par la Biosphère, dans les limites de sa capacité de charge, l'humanité s'engage à honorer les principes imbriqués de :

- Prévention écologique (études d'impact, autorisation de mise sur le marché, système de veille, d'alerte et de gestion des crises) ;
- Responsabilité écologique (imputation transnationale) ;
- Précaution écologique (surdimensionnement des mesures protectrices au regard du risque potentiel) ;
- Information écologique (transparence de la recherche, sensibilisation).

Mue par cette double finalité transversale, la dialectique du DD serait promise à inaugurer un printemps post-capitaliste, dans la mesure où elle parviendrait d'un même mouvement à impulser une métamorphose mentale massive et installer des modes inédits de production (*éconogie*), de consommation (sobriété) et de communication (convivialité), consubstantiels d'une nouvelle conquête du Sens, gage d'éthique, sinon de bonheur. De celui-ci, du moins peut-on, dans l'immédiat, écouter murmurer la mélodie.

Scène 5 - Symphonie sanitaire du développement durable

Utopique à souhait, éminemment complexe, mais exaltante perspective, la sauvegarde de la santé biosphérique, finalité suprême du DD, pourrait s'identifier à l'ouvrage d'une symphonie lyrique dont l'orchestration (1) et la partition (2) n'ont à l'évidence rien du classique.

1. Orchestration

De par l'avant-gardisme de son livret, la symphonie sanitaire exige talent particulier des interprètes autant que symbiose des instruments.

1.1 Livret

Procédant des tendances lourdes de la prospective, le DD s'inscrit dans la planification d'une stratégie dialectique dont divers paramètres peuvent mesurer et rythmer l'implantation.

1.1.1 Recherche totidisciplinaire, la prospective répond à la nécessité de scruter le legs de l'Histoire, puisque du passé il ne saurait être question de faire table rase, afin de projeter les lignes d'un horizon lointain, lourd de certitude et d'impondérable, de désordre et de rupture, d'espérance et de perplexité ; plutôt que de le subir, elle entend sculpter le visage du futur, moyennant des scénarios volontaristes de transformation des structures, systèmes et interactions qui régissent la Biosphère ; sous l'éclairage scientifique des enjeux, la cohérence des choix et l'anticipation des dérives, la prospective épouse le temps impérissable du philosophe plutôt que celui, éphémère, du politique.

1.1.2 Les signes prémonitoires de bouleversement ou de mutation enregistrés, la planification en conçoit la représentation évolutive, mouvante, d'un projet sociétal, compte tenu des invariants, des particularismes spatio-temporels et des métamorphoses de la Nature. Confrontant besoins et ressources disponibles, elle renouvelle en permanence le processus qui en articule les échelons (consultation, orientation, incitation, hiérarchie des priorités, programme d'action, budgétisation, suivi, évaluation, réajustement).

1.1.3 Aux fins de déterminer les requis, puis de rendre compte des acquis, de la planification prospective, plusieurs paramètres doivent être combinés.

D'abord, des critères de décision : dépassant le processus décisionnel classique (linéaire, déductif et autoritaire) propre au calcul économique, une approche multicritère de décision (non linéaire, inductive et concertée) s'impose ; pléthore de l'information scientifique, ampleur des problématiques et adéquation des choix au vécu sociohistorique commandent d'en décomposer le circuit en sorte de situer la prise de décision au niveau hiérarchique le plus bas de la concertation.

Ensuite, des indicateurs d'évaluation : par-delà la mesure quantitative de la croissance au moyen d'indicateurs économiques conventionnels, non significatifs (PNB, population active, revenu moyen, espérance de vie), s'impose le recours à une batterie d'indicateurs d'ordre sociétal (démographiques, écologiques, politiques, sociaux, culturels, économiques, médicosanitaires) recouvrant tout le spectre de la dialectique du développement, empreints de souplesse, susceptibles d'être agrégés en un indicateur synthétique composite, afin d'évaluer qualitativement bien-être humain (degré, équité et structure de satisfaction des besoins) et sauvegarde de la Planète (degré de renouvellement de la base de ressources naturelles).

Enfin, des agrégats de comptabilisation : débordant l'information étriquée qui ressortit aux comptes économiques conventionnels, une rénovation de la comptabilité nationale s'impose ; élargie aux données non marchandes (prestations socioculturelles, activités informelles, pression écologique), elle élabore des agrégats corrigés, car disparates et subjectifs, diversification de l'information nécessaire, quoiqu'insuffisante, pour rendre compte des étapes du développement.

1.2 Interprètes

S'il appartient à l'État d'impulser la stratégie de DD, il revient aux organisations sociétales et au citoyen de la mettre en acte.

1.2.1 Bien que la tendance soit à une mise en question de l'intervention étatique, l'État, partie intégrante de la structuration des rapports sociaux, demeure la seule instance sociétale susceptible d'exercer certaines prérogatives.

État de droit, il veille à garantir Constitution, hiérarchie des normes juridiques, non-confusion des pouvoirs, multipartisme, suffrage universel, contre-pouvoirs, respect des libertés publiques et monopole de la violence physique et symbolique ;

État providence, il assume les fonctions dont l'investit sa capacité d'anticipation des évolutions sociétales et écologiques majeures, même s'il ne peut prétendre régenter toutes les énergies et tous les intérêts qui travaillent celles-ci : mission stratégique (équipement collectif, responsabilité sanitaire, veille écologique), mission négociatrice (Pacte social, continuité du service public), mission régulatrice (orientation, incitation, arbitrage, compromis, agrégation), mission réglementaire (prélèvement, redistribution, subvention).

1.2.2 Concrètement, divers lieux de rencontre et de conciliation des intérêts, souvent divergents, doivent permettre aux activités humaines de se mieux déployer.

Aux partis politiques et syndicats, lieu indispensable de conscientisation, revendication ou négociation, il revient de surmonter leur tiraillement entre éthique de conviction et éthique de responsabilité, afin de retrouver le magistère dont la tentation antipolitique est en train de les déposséder ;

A l'organisation entrepreneuriale, lieu de l'initiative productive socialement responsable, il appartient de se donner, en tant que système multidimensionnel replacé au cœur de son environnement, mû par l'éthique autant que l'efficacité, des objectifs à hauteur des enjeux humains, technologiques et écologiques du développement ;

Aux ONG, lieu d'une triple responsabilité civile (humanitaire, éducative, consultative), il incombe de renouveler la pratique politique (à l'image de leurs statut, vocation et assise

géographique), qu'elles agissent, en tant que contre-pouvoir, comme relais, substitut ou contempteur de l'État ; une latitude prometteuse se dessine à cet égard, dans la mesure où le réseau international d'ONG constituant le Forum social mondial, qui œuvre à sensibiliser, contester et proposer, saura structurer sa diversité et couronner son discours d'effectivité.

1.2.3 Plus généralement, toute personne, partie prenante d'une perversion de la philosophie politique classique, chacune selon sa posture sociale, doit être en condition de contribuer quotidiennement par des attitudes de citoyenneté (tolérance, débat public) à une émancipation sociétale, conciliant politique et éthique, réalisme et utopie, ce, que le citoyen, ordinaire, cherche à influencer sur des décisions mineures ou que, participant de l'élite intellectuelle, conscience collective a-idéologique, il assume une responsabilité critique, témoignage et mise en garde, susceptible de peser sur les décisions majeures.

1.3 Instruments

De tonalité humaine, financière ou technoscientifique, divers instruments, entre lesquels il n'y a pas lieu d'établir une préséance, concourent à harmoniser la mélodie du développement.

1.3.1 Aptitudes humaines

La sophistication du processus multicritère de décision (conception, exécution, évaluation) conduit logiquement à l'élargissement de la sphère décisionnelle. Aux pouvoirs institutionnels classiques de décision (État, marché, élite sociale) qui condamnent l'individu à s'en remettre aux mécanismes représentatifs (suffrage ou relation salariale), va se joindre désormais l'influence de la participation citoyenne (délibérative, référendaire). Joyeusement subversif, car il débouche sur un redéploiement du pouvoir, le processus participatif, propice à l'autonomie et la solidarité des citoyens, dévoile contexte socioculturel, valeurs, aspirations, potentialités, créativité, tout ce qui conditionne la gouvernance locale du développement. Son apprentissage requière toutefois une conscientisation massive, d'ordre éducatif (savoir-être, savoir-faire, savoir-dire) et communicationnel, pouvant conférer au citoyen la faculté de s'impliquer, partant, de peser peu ou prou sur les choix collectifs.

1.3.2 Ressources financières

Pierre d'achoppement de son élan, le financement du développement demeure hypothétique. Une diversification progressive des ressources financières peut néanmoins y pourvoir, par delà le circuit fonctionnel statique (épargne-investissement). D'une part, à travers un renforcement de la capacité endogène d'accumulation du capital, à laquelle contribuent : la dynamique du surplus économique potentiel (lutte contre le gaspillage des ressources, manque à gagner fiscal, réforme de l'intermédiation financière, réaffectation civile de la dépense militaire) et l'optimisation de l'allocation du surplus (autocentrage des investissements, métamorphose des modes de production et de consommation, éthique comportementale) ; d'autre part, à travers un partenariat financier international qui, débordant l'aide traditionnelle au développement (simple transfert de ressources, intéressé, au bénéfice de microprojets ponctuels), s'inscrit dans l'appui solidaire à des programmes intégrés de consolidation du développement, conformément à la souveraineté, la singularité, l'utilité et la viabilité des projets.

1.3.3 Maîtrise technoscientifique

L'interdisciplinarité qui caractérise à présent la recherche scientifique aiguisée certes, suite au désenclavement de l'écologie, l'appréhension des phénomènes de la Biosphère, cependant que ses applications versent dans un magma technologique aussi tentaculaire, polarisé qu'indomptable. La domestication de ce dernier intime donc d'en percevoir les dimensions sociétale et écologique, de sorte à concevoir des innovations technologiques durables et adaptables (en termes de coût et d'efficacité) au contexte socioculturel (mentalités, comportements) comme aux exigences de la Nature. Cherchant à contourner le mimétisme systématique, cette maîtrise /appropriation, difficilement accessible, gagnerait à reposer sur une coopération internationale en matière de spécification et de transfert des écotechnologies en gestation.

2. Partition

La prestance de la symphonie sanitaire dépend de l'harmonie, résonance interactive, de ses variations socioculturelles, *éconogiques*, et médicosanitaires.

2.1 Variations socioculturelles

D'emblée, se dessine une convergence des politiques reproductive, éducative, participative, et sociale.

2.1.1 Afin de se défaire du boulet de l'anarchie, la croissance démographique doit répondre d'une maîtrise des flux de population. La qualité des individus important davantage que leur effectif, il s'agit de substituer aux méthodes coercitives et incertaines du planning familial médicalisé, celles qui fondent le concept de santé reproductive ; incitation à optimiser en connaissance de cause le rythme de l'évolution démographique, selon les particularismes de chaque formation sociale et la perspective d'accueillir dignement tout nouveau-né, la politique reproductive responsabilise les femmes autant que les hommes, dont la participation active, non contrainte, complémentaire, est réputée garantir à travers de libres choix (conjoint, contraception, IVG, procréation, taille du ménage) une émancipation de la bulle domestique, propice à une saine reproduction.

2.1.2 Plus délicat, se profile l'enjeu éducatif. Comblant le fossé démesuré qui sépare la condition humaine de ses aptitudes virtuelles reste le défi clef de la dialectique sociétale. Pour tenter de le relever, une politique éducative élargie devrait stimuler, à tous les âges, la faculté d'apprendre inhérente à chaque personne. Participatif et anticipatif, résolument orienté par la philosophie du développement durable, l'apprentissage permanent ingère les connaissances acquises aussi bien lors de l'instruction (institutionnelle ou informelle), de la formation professionnelle (initiale et continue), de la communication (information, sensibilisation, vulgarisation, notamment par le vecteur cybernétique), et de l'ouverture à l'expression culturelle (littéraire et artistique). Qu'elle qu'en soit l'instance, le projet éducatif se doit de veiller à : faire connaître la connaissance humaine (dispositif, cécité, erreur, illusion) ; inscrire les connaissances fragmentées dans une connaissance multidimensionnelle complexe ; enseigner la condition humaine (identité générique, constitution biologique, diversité socioculturelle) ; enseigner l'éthique du genre humain (civilité, autonomie, citoyenneté) ; enseigner la condition terrestre (intersolidarité civilisationnelle, communauté de destin, valeurs universelles) ; enseigner la condition terrienne (empreinte écologique, exigences envers le Patrimoine naturel) ; apprendre à affronter les incertitudes (réalité, connaissance, action).

2.1.3 Dès lors, la politique participative suppose d'élargir la notion d'activité humaine, de sa dimension professionnelle à sa dimension relationnelle. Légitime préoccupation première, la résorption du chômage (structurel, massif) peut être atteinte progressivement à travers une quête de sens du travail ; à condition de travailler mieux (optimisation des conditions de travail), de travailler moins (intelligence des circuits du travail), de travailler autrement (convivialité au travail), le plein emploi peut se réaliser. Néanmoins, pour que le citoyen soit non seulement employé mais impliqué dans la production fonctionnelle de l'ordre social, une nouvelle ventilation temporelle ne manquera pas de canaliser le temps libéré par la réduction irrémédiable du temps de travail (rémunéré), d'une part, vers l'activité associative (bénévole), dictée par une multiple responsabilité (éducative, sociale, écologique), d'autre part vers le loisir. De cette évolution, une transformation sociétale qualitative est à prévoir.

2.1.4 Concomitante des trois précédentes, qui en facilitent la possibilité, la politique sociale endosse un double impératif d'équité. D'abord, celui de protection sociale active, un investissement humain à très longue échéance compensatoire des désavantages sociaux, destiné à agir dès la prime enfance et inscrit dans la prévoyance, sinon l'éradication, des positions de vulnérabilité (pauvreté, handicap, exclusion, marginalité, enfance laborieuse) ; ensuite, l'impératif plus classique de protection sociale passive relevant, soit de la couverture des incapacités temporaires (maternité, maladie, invalidité, chômage, retraite), soit du service public de protection civile. La charge de plus en plus insoutenable des programmes passifs ne pouvant que s'alléger à mesure de l'efficacité de la protection active, il va sans dire que priorité devra être donnée à celle-ci, d'autant plus que la tendance sera au vieillissement continu de la population mondiale.

2.2 Variations éconogiques

Bienvenu, éduqué, qualifié, protégé, l'être humain devient potentiellement habilité à participer comme acteur et bénéficiaire comme finalité du grand œuvre de développement. Pour se déployer pleinement, la citoyenneté reste toutefois intimement interdépendante des politiques rurale, urbaine et énergétique qui l'environnent.

2.2.1 L'activité humaine investit d'abord le champ de la politique rurale. Centre de gravité de cette dernière, la politique agricole (vivrière, biologique), mue par une synergie entre agriculture, élevage et foresterie, servie par l'ingéniosité paysanne (traditions culturelles riches en représentations : espace, temps, diversité génétique, nutrition, pharmacopée médicinale), la mentalité coopérative (répartition et conservation collectives des ressources foncières), et l'amélioration de la productivité (en vertu du principe de précaution), ne recherche pas uniquement qualité, sécurité et souveraineté alimentaires ; afin de fixer durablement la population, elle se fonde, en aval, dans une intégration rurale, dotation des communautés en unités intégrées (école, dispensaire de soins et centre de vulgarisation agricole) autant que diversification des activités rurales (aménagement du terroir, reforestation, transformation de produits fermiers, pisciculture, artisanat, tourisme écologique), puis, en amont, dans une intégration sectorielle, articulation du tissage agricole et du tissu industriel susceptible de multiplier les effets d'entraînement de l'un sur l'autre.

2.2.2 Simultanément, l'activité humaine confectionne la toile de la politique urbaine. Remédier à la pression urbanistique due à l'extrême concentration des grandes métropoles (génératrice du déséquilibre ville-campagne, de disparités régionales, de dégradation sanitaire et écologique, de dilapidation du temps), implique d'édifier des cités à taille humaine qui, davantage que simples agglomérations urbaines, représentent un ensemble organique homogène.

Rationalité macrospatiale, l'aménagement durable du territoire, qui englobe logement, transport, activité et loisir, suppose en effet : un *éco-logis*, habitat social harmonieusement fondu dans le milieu culturel (architecture) et le milieu naturel (matériaux de construction, espaces verts) ; une réorganisation des déplacements privilégiant les modes conviviaux et écologiques, en zone urbaine, transport en commun à forte densité d'occupation, vélo, covoiturage, au détriment du tout véhicule individuel et, en zone interurbaine, les transports alternatifs (ferroviaire, fluvial et maritime) au détriment du tout routier ; une redéfinition de l'activité industrielle, en même temps relocalisation de la production (découplage de l'espace entre zone résidentielle et zone industrielle) et redéploiement du produit (adaptation aux besoins essentiels), dégageant une nouvelle relation au temps qui se répercutera *in fine* sur l'exercice des autres activités productives (tertiaire, artisanat), la vie associative et les loisirs (sport, culture, tourisme).

2.2.3 En tous ces cas de figure, l'activité humaine est tenue de souscrire à une politique énergétique durable. Pour parvenir du même coup à réduire la pollution (émissions de gaz), modérer la consommation globale d'énergie, diminuer la dépendance et ménager les ressources en cours d'épuisement, de nouveaux réflexes devront conduire à une diversification polyénergétique substituant drastiquement les ressources fossiles (notamment, grâce à une taxe carbone progressive) par les énergies renouvelables, dont la plupart sont peu ou guère polluantes et inoffensives (solaire, éolienne, hydrothermique, géothermique, marémotrice, photovoltaïque, bioconvertible, en attendant la maîtrise annoncée de la fusion du deutérium), alors que l'énergie nucléaire, bien que non directement polluante, suscite les plus grandes réserves (déchets et risque radioactifs). Les particularismes régionaux (sociaux et écologiques) devraient amener à un partenariat international en vue de l'optimisation du cycle polyénergétique (production, stockage, transport et distribution).

2.3 Variations médicosanitaires

Confluant préventivement vers la finalité sanitaire intégrale (humaine et écologique), les politiques socioculturelles et *éconogiques* ne peuvent manquer d'engendrer une réduction significative de la charge de morbidité nationale, partant celle du recours à la médecine. Néanmoins, l'humaine condition le mieux prévenue aura toujours marginalement besoin de recourir au système médical (en cas de dépistage préventif, dysfonctionnement organique, trouble psychosomatique, réparation chirurgicale), ce, d'autant plus que, du vieillissement démographique moyen, une extension des maladies dégénératives est à craindre. Encore faudrait-il envisager, pour en optimiser les prestations, une reconfiguration globale de ce système.

2.3.1 Considérée comme reflet du profil pathologique, plutôt que pouvoir normatif, de la formation sociale, la politique médicosanitaire en viendrait à s'assigner plusieurs impératifs, même si leurs remontées peuvent susciter, au mieux, le scepticisme, au pis, l'hostilité du corps médical.

De prime abord, une triple exigence praticienne à travers : celle ayant trait à la rénovation de l'enseignement médical, par le renouvellement périodique du savoir clinique et son élargissement du cadre médical strict aux sciences humaines /sociales (anthropologie, sociologie, droit, économie) qui lui sont propres ; celle concernant l'enrichissement de l'exercice médical, lequel, refondé sur la médecine de groupe (unité polyvalente mettant en commun les compétences du médecin généraliste, du médecin spécialiste, du chirurgien dentiste, du pharmacien, du biologiste, de la sage-femme, du kinésithérapeute, de l'infirmier,

des auxiliaires médicaux, du rééducateur, de l'assistant social) favorise meilleure efficacité du protocole thérapeutique (nouvelle relation praticien-patient-pathologie, décision médicale collégiale, primat de la prévention, mise en avant de la psychothérapie), rationalisation des actes médicaux (moindre coût marginal), salarisation des personnels médicaux (par delà les inconvénients propres au mercantilisme libéral et à la fonctionnarisation), démedicalisation de la société et équité d'accès aux prestations ; puis l'exigence en matière d'évaluation scientifique de la pratique médicale, afin de tendre vers une limitation de ses erreurs et une répartition judicieuse de ses ressources ; corollairement, demeure l'impératif d'une réappropriation de sa santé par le patient, dont la responsabilité devrait découler de ses droits (choix du praticien, respect, écoute, information, consentement, participation, confidentialité, réparation).

Par suite, l'industrie pharmaceutique est appelée à réorienter les priorités de sa recherche fondamentale, simplifier ses procédés technologiques, ralentir le rythme d'obsolescence artificielle de ses innovations, supplanter largement les spécialités brevetées par les produits génériques, limiter l'éventail des substances proposées à l'essentiel.

Dans le même temps, l'hospitalisation, qui accapare une part prépondérante de la dépense médicale, requiert une réforme structurelle inscrite autant dans sa régionalisation (carte hospitalière pyramidale autour d'un établissement de référence, combinant action hospitalière, du CHU à l'hôpital de zone, et action ambulatoire des dispensaires), son humanisation (formation des personnels à la psychologie du patient, conditions d'hébergement, urgentologie), son éthique (acharnement thérapeutique et euthanasie) que son financement (tarification en fonction d'une gestion participative par objectifs, allocation d'un budget par unité homogène).

2.3.2 Parallèlement il s'agit de réhabiliter et revaloriser les vertus de la médecine traditionnelle, en tant que secours récurrent, complémentaire avant que concurrent de la médecine académique, à raison, d'une part, de l'efficacité de l'approche cosmo-socio-psychothérapeutique qui anime les tradipraticiens (au demeurant, susceptible d'adaptation par le praticien moderne lorsque le geste scientifique profane est enrobé d'un rituel sacré), d'autre part, de la richesse des substances phytothérapeutiques, dont l'efficacité serait optimisée dans la mesure où l'usage approximatif des plantes médicinales à l'état brut céderait le pas à une mise en valeur de la pharmacopée traditionnelle, grâce à l'ethnobotanique ou la recherche pharmaceutique conventionnelle.

Ainsi mise en scène, la symphonie sanitaire dévoile tout le lyrisme de son inspiration, un cercle vertueux en expansion au sein duquel la santé de la Biosphère découle du DD, pour le (et se) renforcer interactivement. Bien entendu, cependant, la santé/développement dévoile d'un même mouvement toute la puissance des forces aujourd'hui rebelles à ce que son souffle puisse prendre corps.

Scène 6 : forces réfractaires au développement durable

L'utopie foncière du DD, aspiration à s'émanciper du MPC, ne peut à l'évidence se nourrir d'angélisme. Tout le défi pour que la vertu critique qui l'inspire pût s'avérer réaliste, consiste à pouvoir élargir progressivement la marge de manœuvre, aujourd'hui étroite, en vue de vaincre, sous l'angle des DH, les résistances spécifiques (1) et résiliences universelles (2) qui s'opposent encore farouchement à cet idéal.

1. Résistances spécifiques

Bien qu'empreints de particularisme, maints invariants, caractéristiques de la plupart des formations sociales, permettent de nuancer les déficits sociopolitiques, déficiences socioéconomiques et excroissances socioculturelles qui entravent la garantie des DH individuels.

1.1 Défis sociopolitiques

Les États contemporains se réclament unanimement du droit, qui est au principe de la démocratie ; à défaut d'y souscrire pleinement d'emblée, ils tendent progressivement vers la consécration des critères constitutifs élémentaires de l'État de droit. Or, le règne d'un État de droit authentique demeure assez exceptionnel.

Au sein des régimes de longue tradition démocratique, la vie politique se réduit à l'art de concilier pacifiquement les conflits d'intérêts, moyennant les règles d'un management froid teinté au besoin de compassion, en faisant fi des dimensions redistributive et éthique de la régulation sociale ; qu'ils soient au pouvoir ou dans l'opposition, les décideurs politiques brandissent sans exception la promesse du changement, feignant d'ignorer que légitimer définitivement un système et prétendre en même temps le changer revient à célébrer une vaine rhétorique confinant à la schizophrénie. Derrière le volontarisme au service de l'intérêt général, se cache la seule volonté d'accomplir un destin personnel.

Par ailleurs, les DH civils et politiques sont formellement garantis, cependant que, censé substituer au sujet asservi un individu libre, le libéralisme a exacerbé la suffisance individualiste et, censé instaurer une communauté d'égaux, il a généralisé une concurrence d'ego, dans la mesure où primauté de la liberté (individuelle) et quête de l'égalité (sociale) se combattent davantage qu'elles ne se conjuguent, au dam d'une fraternité (humaine) improbable. Cette involution écartèle le libéralisme, au sein duquel le marché, son pendant économique, est devenu antinomique de la démocratie, son pendant politique. Insensiblement, de fréquentes atteintes sont également portées, tantôt à la dignité humaine (lorsque les droits à la vie et la mort sont bafoués), tantôt aux libertés publiques (par obsession sécuritaire ou pour raison d'État). De surcroît, les mécanismes politiques sont subvertis, la crise du suffrage universel suscitant l'émergence d'une espèce de doxocratie, insondable démocratie d'opinion régie par conditionnement télévisuel et sondage, à laquelle l'élite intellectuelle, silence dépité ou dépendance organique, n'apporte guère plus d'éclairage substantiel.

Plus sournoise demeure la configuration des régimes autoritaires. L'État de droit superficiel y camoufle en réalité l'omnipotence tranquille d'une démocratie féodale, distillant souvent, outre les travers déjà évoqués, monopolisation / confusion des pouvoirs, état d'exception, alibi souverainiste, suspension ou violation systématiques des libertés publiques, bâillonnement des contre-pouvoirs de la société civile, répression des minorités ethniques.

1.2 Déficiences socioéconomiques

Paradoxalement, le renforcement de son assise idéologico-politique s'accompagne d'un désengagement économique de l'État, en tant qu'instance de planification, de régulation, d'arbitrage et d'agrégation de l'activité productive, au profit d'une privatisation à outrance de cette dernière, y compris des services publics non marchands. De cette posture, nourrie de slogans aussi creux que totalitaires (compétitivité, mise à niveau, ajustement), procèdent maintes dérives variablement accusées selon les formations sociales.

Une nouvelle morphologie du travail se dessine, sous les effets conjugués du pas pris par la technologie sur le potentiel humain, de l'hyperspécialisation des qualifications professionnelles, de la tertiarisation de l'activité économique, qui acculent de plus en plus souvent à la précarité du travail, lorsque ce n'est au chômage déguisé ou à l'inactivité pure et simple, en vertu d'une certaine flexisécurité du marché de l'emploi, incompatible avec la revendication du droit au travail. L'informalisation de l'activité économique qui en résulte, stratégie de survie ou d'incivisme en marge de la légalité, tend à substituer massivement l'économie structurée, contribuant à désarticuler la sphère productive ; cette tendance est accentuée en ce que la marginalisation de l'espace rural périphérique, consécutive à la polarisation du secteur agricole, entretient un exode incontrôlable à l'origine aussi bien du dépeuplement de la campagne que de la décomposition du magma rurbain, partant, d'une aggravation des préjudices écologiques. Au total, les offreurs non compétitifs et demandeurs non solvables se trouvent de facto exclus de la sphère marchande.

Cette fragmentation sociale, source de pauvreté puis de marginalité, réduit d'autant plus massivement l'opportunité d'exercer la plupart des autres DH sociaux, économiques et culturels, que la croissance démographique reste anarchique. Le droit à l'alimentation est compromis par la stratégie agroalimentaire (productivisme paradoxal entretenant surproduction et famine ; invasion du *fast food*) ; le droit à la salubrité, par l'archaïsme des habitats rural et rurbain (dépourvus de l'eau, de l'électricité, de l'assainissement nécessaires à l'hygiène) ; le droit aux soins, par l'inadaptation du système médical (spectre et coût des prestations) eu égard au profil nosodémographique ; le droit à l'éducation, au pis par l'analphabétisme, au mieux par le nivellement idéologique propre au système scolaire (savoir dépourvu de conscience civique et de charge culturelle) ; le droit à la santé reproductive, par des tabous d'ordre religieux, moral, juridique ou culturel ; le droit à la protection sociale, par la chimérique universalisation du système de sécurité sociale, déjà menacé de faillite par suite de la réduction tendancielle du ratio actifs cotisants / ayants droit.

1.3 Excroissances socioculturelles

Inaptitude ou refus délibéré de l'individu à se draper de citoyenneté, l'incivisme triomphant conduit à intérioriser des comportements insultants pour le prochain ou l'altérité.

D'une part, sont cultivés des automatismes iniques : l'incivilité, arrogance du geste et mépris du regard, empreint gratuitement le quotidien de la voie publique ; corruption, concussion et fraude fiscale, infiltrant tous les champs de la société et toutes les relations, restent quasiment inexpugnables, quand bien même elles insultent bonnes mœurs, rationalité économique et modernisation des rapports sociaux ; l'inclination à la privatisation intégrale du monde se complait dans le dénigrement systématique de la chose publique, alors que les accusations portées à tort ou raison contre l'administration (bureaucratie, inefficience), la fonction publique (corporatisme, démotivation) et le service public (rigidité, paternalisme) ne dissuadent pas de s'adosser à l'État pour la moindre revendication ; l'obsession de l'instantanéité, débarrassée de l'inquiétude philosophique pour le devenir, nourrit une course contre le temps qui condamne à déprécier la temporisation ; ainsi, la décision politique se soumet à l'urgence médiatique, la vitesse de mouvement (incarnée par les cultes voués au véhicule individuel et aux télécommunications mobiles), réputée épargner du temps, s'avère monstre chronophage, sans considération pour le prix du temps social y englouti vainement.

D'autre part, perdurent des replis fondamentalistes. Invariants secrétés depuis toujours par les sociétés humaines, les singularités identitaires regagnent en intensité. Qu'ils répondent d'une obédience religieuse, ethnique, nationaliste ou idéologique, les intégrismes actuels puisent

leur origine dans des refus, soit d'évolution (orthodoxie confessionnelle, pureté raciale), soit d'adaptation (au positivisme scientifique, au métissage civilisationnel), qui enferment dans la haine de l'Autre, cet étranger, refus du reste attisés par de savantes mises en garde contre les présumés périls que feraient encourir le choc des cultures ou la tentation de laïcité. Cependant, ces quant-à-soi traduisent avant tout, inconsciemment, un désarroi face à la ségrégation sociale que le capitalisme creuse entre les communautés et en leur sein.

2. Résiliences universelles

Par ailleurs, d'envergure planétaire, des pesanteurs géopolitiques, géoéconomiques ou géoécologiques ajournent encore la concrétisation des DH collectifs.

2.1 Le droit à la paix, otage de vicissitudes géopolitiques

Au terme du XXème, le siècle le plus barbare de l'histoire, l'aspiration à la paix, en tant que DH et préalable au développement, demeure aussi pressante qu'inaccessible.

D'abord, à raison de la belligérance des relations internationales ; naguère motivée ou justifiée par une rivalité idéologique, la folle course à l'armement ne conforte plus que l'obsession sécuritaire des Etats et, subsidiairement, les vellétés de confrontations civiles, semant les champs moins de fleurs que de mines, ce que le complexe militaro-industriel n'est pas pour déplorer, qui y puise la consolidation du nouvel âge du capitalisme, peu importe que le coût prohibitif de l'arsenal militaire contraigne à surseoir au démantèlement de la pauvreté, ou que l'humanité se soit dotée du moyen (nucléaire) de s'autoanéantir à tout moment.

Ensuite, à raison de la duplicité des relations internationales ; devant la dérive du principe de souveraineté étatique, de mécanisme de légitimation du pouvoir par le peuple en alibi de domination légitime de leurs peuples par les régimes autoritaires, la communauté mondiale se devait d'œuvrer à moraliser la scène géopolitique, sinon de faire évoluer le droit international. Cependant, les avancées escomptées des deux innovations notables introduites jusqu'à présent ne sont pas dénuées d'ambiguïté.

En premier lieu, d'aucuns défendent le principe (conditionnel) d'ingérence, limitatif de souveraineté, au nom duquel une intervention humanitaire devrait se déployer en dépit, et une sanction envisagée à l'encontre, de tout État qui se rendrait coupable de violations massives des DH à l'intérieur ou à l'extérieur de son territoire. Or, l'ingérence pouvant invoquer altruisme ou arrogance, solidarité ou calcul, son principe risquerait de mobiliser le plus souvent un interventionnisme à géométrie variable, selon les intérêts géostratégiques (énergétiques et miniers) des puissances ; en effet, l'ingérence n'hésite pas de nos jours à se montrer aussi prompt, lorsque ces derniers sont menacés, que poussive, lorsqu'aucun intérêt majeur n'est en jeu, la complicité objective qui l'anime étant motivée davantage par le souci de protéger des régimes autoritaires inféodés que par celui de démocratie parmi les peuples qui en sont victimes .

En second lieu, émerge une timide pénalisation des crimes contre l'humanité, aux fins de sanctionner les dictateurs déchus, dont l'effectivité pourrait piétiner sans la pleine coopération étatique avec la Cour pénale internationale.

Aussi, la paix parmi le genre humain, tributaire du désarmement, notamment des esprits, autant que de l'amitié entre les peuples, continuera d'arborer l'évanescence du mythe tant que la communauté internationale jouera, dans un huit clos tragique, nations opulentes contre

nations indigentes, souveraineté étatique contre émancipation populaire, agression contre médiation, sectarisme contre convivialité et frontière contre horizon.

2.2 Le droit au développement, tributaire de servitudes géoéconomiques

Si le droit au développement représente bel et bien un DH, c'est au terme d'un consensus pernicieux. L'unique issue, historique, pour les formations sociales sous-développées qui aspirent en toute légitimité au développement serait de souscrire sans condition, par simple mimétisme, aux règles de la globalisation néolibérale en cours. Une « mise à niveau » des ressources (humaine et technologique) conférerait la « compétitivité » indispensable pour y occuper une place privilégiée, comme si un automatisme global et infaillible allait procurer d'un même mouvement bien-être et opulence collectifs à toute l'humanité. Exhorter à ce credo, c'est méconnaître les véritables ressorts de la guerre froide marchande qui anime les relations économiques interétatiques.

La globalisation contemporaine consolide avant tout la polarisation du développement, sous les auspices de la gouvernance économique internationale entremise par FMI, BIRD, G8, Forum de Davos ; l'ouverture au marché mondial, course effrénée à la croissance économique, s'accompagne certes de conquêtes sociales indéniables au profit du Centre du « village planétaire », mais au prix d'une régression socioéconomique de sa Périphérie, toujours caractérisée par extraversion, autoritarisme et aggravation des disparités sociales ; ce, sans compter les soubresauts enregistrés partout chaque fois qu'une crise spéculative sans frontières secoue les places financières, accentuant le déphasage entre production réelle et accumulation potentielle, puisque la financiarisation à outrance de l'économie, entreprise immorale et irrationnelle de parasitisme social à l'échelle mondiale, génère une richesse virtuelle dans laquelle l'argent, de simple équivalent universel au service de l'activité productive, devient lui-même valeur (financière) intrinsèque, objet de production (produit financier) et marchandise (marché financier). Par conséquent, la globalisation actuelle, fondée sur l'inégalité de l'échange international, que renforce un protectionnisme tendancieux qui ne dit pas son nom, ne saurait promettre une atténuation de la polarité, génératrice de sous-développement, qui la nourrit.

Cette contradiction a même tendance à se ramifier. Au prétexte de renforcer la solidarité humaine, à l'ombre d'une homogénéité des modes de vie, la globalisation incruste davantage l'aliénation marchande, au moment où l'insolvabilité de masse le dispute à l'épuisement du Patrimoine naturel ; au prétexte de rapprocher les humains, à l'ombre d'une Raison planétaire, la globalisation, occultant la diversité humaine, entretient une violence sacrificielle à travers l'exclusion de l'Autre, au moment où, d'un côté, effet d'attraction, une hémorragie migratoire incontrôlable de la Périphérie vers le Centre (matière grise bienvenue ou main-d'œuvre non qualifiée indésirable), prive les pays d'origine, au bénéfice des pays d'accueil, de précieuses compétences, d'un autre côté, effet de répulsion, un terrorisme sanglant, spectaculaire, répond de plus en plus fréquemment à celui, sournois, impalpable, mis en acte au quotidien par le totalitarisme inhérent au développement capitaliste.

2.3 Le droit à l'environnement, grevé d'hypothèques géoécologiques

Timidement inséré dans les instruments relatifs aux DH, puis objet d'une reconnaissance unanime, le droit à l'environnement demeure toutefois étroitement conditionné, quant à sa jouissance effective, par la qualité du milieu naturel et la démocratie écologique.

Pour autant, alors que la surpression de l'humanité sur la Nature exacerbe une crise écologique structurelle autant qu'universelle, mettant en jeu des dommages souvent irréversibles qui se jouent des frontières, dont la genèse n'est pas précisément imputable, la probabilité de survenance incalculable, les conséquences maximales imprévisibles, l'urgence commanderait de remettre en cause les notions d'intérêt général, de propriété et de responsabilité, dans la perspective de prévention des risques majeurs et de restauration des équilibres fondamentaux constitutifs de la Biosphère.

Or, la compétition économique des États, sous couvert de pérennité des particularismes nationaux, tout comme l'état embryonnaire de la conscience écologique, s'érigent en négation de la solidarité planétaire requise vers cet horizon, car, si l'on peut aisément exiger des efforts de chacun contre la détérioration de l'environnement, il semble encore illusoire d'envisager un partenariat mondial lorsqu'il s'agit de consentir à une redistribution internationale des ressources naturelles ou, a fortiori, de sacrifier les intérêts immédiats pour préserver ceux des générations futures. En témoigne l'exorbitante appropriation des composantes du Patrimoine naturel réputées apanage commun de l'humanité (espaces vitaux tels l'atmosphère, certaines ressources océaniques, biodiversité) par l'oligopole *de facto* qu'impose la maîtrise, pointue, rare et jalouse, des technologies nécessaires à l'exploration ou l'exploitation de ce Patrimoine.

Épilogue

Il appert ainsi que l'advenir de la Terre-Patrie est tragiquement problématisé, en ce qu'il contraint dans l'urgence à une alternative prométhéenne. Dans la mesure où les mutations mineures qui la travaillent aujourd'hui, quoiqu'imperceptibles sur le moment, ne peuvent manquer de fonder sur le tard une mutation majeure, l'engeance humaine n'a plus le choix dorénavant qu'entre succomber à l'aveuglement ou ressourcer son humanité de sagesse.

Elle peut persévérer sur la voie prédatrice du développement hégémonique, dont tout indique qu'elle prépare et annonce une configuration de plus en plus chaotique, au péril des équilibres vitaux de la Biosphère, sinon de la survie même de la civilisation humaine. Elle pourrait, en revanche, préluder à un paradigme inédit de l'Histoire, à la fois sursaut éthique, mûrissement mental, recommencement comportemental, projeter et impulser toute affaire cessante un infléchissement radical du développement, vers un nouveau palier qualitatif d'essence cosmologique, promesse d'une équité sanitaire digne d'Homère.

En d'autres termes, cette incertaine croisée des chemins pourrait tout aussi bien, soit précipiter impasse de la Déperdition, triviale et fébrile consommation de la sphère du vivant dans les feux du crépuscule, soit plus lyriquement prédisposer, si les bourgeons de l'Utopie étaient arrosés, à l'aube parfumée d'un nouvel Évangile du Salut.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

Abastado P. 2008. *L'impasse du savoir. Essai d'épistémologie médicale*. Paris. EDK. 188 p.

Acot P. 1988. *Histoire de l'écologie*. Paris. PUF. 285 p.

Alexander F. 1977. *La médecine psychosomatique*. Paris. Payot. 243 p.

Ambroselli C. 1988. *L'éthique médicale*. Paris. P.U.F. 127 p.

Amin S. 1996. *Les défis de la globalisation*. Paris. L'Harmattan. 345 p.

- Amin S, Arrighi G, Frank A.G. et Wallerstein I. 1991. *Le grand tumulte? Les mouvements sociaux dans l'économie-monde*. Paris. La Découverte. 209 p.
- Amselek P. 1988. *Science et déterminisme. Éthique et liberté*. Paris. PUF. 164 p.
- Amselle J.L. 2001. *Branchements. Anthropologie de l'universalité des cultures*. Paris. Flammarion. 265 p.
- Arendt H. 2004. *La crise de la culture*. Paris. Gallimard. 380p.
- Atlan H, Morin E, Prigogine I. (dir.). 1990. *La querelle du déterminisme. Philosophie de la science d'aujourd'hui*. Paris. Gallimard. 287 p.
- Attali J. 1979. *L'ordre cannibale. Vie et mort de la médecine*. Paris. Grasset. 325p.
- Badie B. et Smouts M.C. 1999. *Le Retournement du monde. Sociologie de la scène internationale*. Paris. FNSP/Dalloz. 238 p.
- Balandier G. 2001. *Le grand système*. Paris. Fayard. 278 p.
- Balint M. 1980. *Le médecin, son malade et la maladie*. Paris. Payot. 419 p.
- Barlow et Clarke. 2002. *L'or bleu*. Paris. Fayard.
- Barrère M. (dir.). 1992. *Terre, patrimoine commun*. Paris. La Découverte. 196 p.
- Barret-Kriegel B. 1989. *Les droits de l'homme et le droit naturel*. Paris. PUF. 118 p.
- Bélal A. et Popov Y. 1987. *La formation du sous-développement*. Moscou. Ed. du Progrès. 213 p.
- Benasayag M. 1994. *Penser la liberté. La décision, le hasard et la situation*. Paris. La Découverte. 187 p.
- Bessis S. 1991. *La faim dans le monde*. Paris. La Découverte. 125 p.
- Bonnefous E. 1990. *Réconcilier l'homme et la nature*. Paris. PUF. 255 p.
- Borghi M. Meyer-Bisch P. (dir.). 1998. *Éthique économique et droits de l'homme. La responsabilité commune*. Fribourg. Ed. Universitaires. 446 p.
- Bourg D. 1996. *L'Homme artificie. Le sens de la technique*. Paris. Gallimard. 351p.
- Bourg D. et Rayssac G.L. 2006. *Le développement durable, maintenant ou jamais*. Paris. Gallimard. 127 p.
- Bourg et Schlegel. 2001. *Parer aux risques de demain*. Paris. Seuil. 185p.
- Braudel F. 1979. *La civilisation matérielle. Économie et capitalisme, XV-XVIIIe siècles*. Paris. Colin. 546 p.

- Brown L. 2003. *Eco-économie. Une autre croissance est possible*. Paris. Seuil. 437 p.
- Brown R.L. (dir.). 1998. *L'état de la planète*. Paris. Nouveaux Horizons.
- Brunel S. 2002. *Famines et politique*. Paris. FNSP. 131p.
- Brunet-Jailly J. 1997. *Innover dans les systèmes de santé*. Paris. Karthala. 440p.
- Burgenmeier B. 2007. *Économie du développement durable*. Bruxelles. De Boeck. 285 p.
- Canguilhem G. 1999. *Le normal et la pathologique*. Paris. PUF. 224 p.
- Castoriadis C. 1990. *Le monde morcelé. Les carrefours du labyrinthe*. Paris. Seuil. 277 p.
- Cavalli-Sforza L. et F. 1994. *Qui sommes-nous? Une histoire de la diversité humaine*. Paris. Albin Michel. 387 p.
- Collectif. 2001. *Le procès de la globalisation*. Paris. Fayard. 492 p.
- Conférence des Nations Unies sur l'environnement et le développement. 1993. *Déclaration de Rio sur l'environnement et le développement*. Dans "Action 21". New York. ONU. 256 p.
- Coquery-Vidrovitch C., Hemery D. et Piel J. 1988. *Pour une histoire du développement*. Paris. L'Harmattan. 282 p.
- Derrida J. 1993. *Spectres de Marx*. Paris. Gallimard.
- Drouin J.M. 1999. *L'écologie et son histoire*. Paris. Flammarion.
- Duclos D. 1993. *De la civilité. Comment les sociétés apprivoisent la puissance*. Paris. La Découverte. 327 p.
- Dumont L. 1976. *Homo aequalis. Genèse de l'idéologie économique*. Paris. Gallimard. 270 p.
- Dumont R. 1991. *Un monde intolérable*. Paris. Seuil. 281 p.
- Dupuy J.P. 2002. *Pour un catastrophisme éclairé*. Paris. Seuil.
- Dupuy R.J (dir.). 1979. *Le droit à la santé en tant que droit de l'homme*. (Colloque de la Haye). La Haye. SIJTHOFF/NOORDHOFF. 500 p.
- Dupuy R.J. 1989. *La clôture du système international. La cité terrestre*. Paris. PUF. 159 p.
- Ferone G. 2008. *Le krach écologique*. Paris. Grasset.
- Ferone G. DEBAS D. et GENIN A.S. 2007. *Ce que le développement durable veut dire*. Paris. Ed. d'Organisation. 325 p.
- Flipo F. 2007. *Justice, nature et liberté*. Lyon. Parangon. 309 p.

- Fogelman-Soulie, Havelange V, Milgram M. (dir.). 1991. *Les théories de la complexité. Autour de l'œuvre d'Henri Atlan.* (Colloque). Paris. Seuil. 454 p
- Foucault M. 1977. *L'archéologie du savoir.* Paris. Gallimard. 257 p.
- Foucault M. 1978. *Naissance de la clinique. Une archéologie du regard médical.* Paris. PUF. 214 p.
- George S. 1989. *Famine et pouvoir dans le monde.* Paris. PUF. 139 p.
- Gewirth A. 1987. *Droits de l'homme. Défense et illustrations.* Paris. Cerf. 258 p.
- Girard R. 1983. *Des choses cachées depuis la fondation du monde. Recherches avec J.M. Oughourlian et G. Lefort.* Paris. Grasset. 636 p.
- Godard J, (dir.). 2002. *La Nature. Approches philosophiques.* Paris. Vrin. 254p.
- Gorz A. 1978. *Écologie et politique.* Paris. Seuil. 245 p.
- Gorz A. 2003. *L'immatériel. Connaissance, valeur et capital.* Paris. Galilée. 152p.
- Guillebaud J.C. 2008. *Le commencement d'un monde. Vers une modernité métisse.* Paris. Seuil. 390 p.
- Guillebaud J.C. 2001. *Le principe d'humanité.* Paris. Seuil. 390 p.
- Haarscher G. 1991. *Philosophie des droits de l'homme.* Bruxelles. Ed. de l'Université. 168 p.
- Habermas J. 2002. *L'avenir de la nature humaine.* Paris. Gallimard. 180p.
- Habermas J. 1987. *Théorie de l'agir communicationnel. 1. Rationalité de l'agir et rationalisation de la société.* Paris. Fayard. 448 p.
- Habermas J. 1987. *Théorie de l'agir communicationnel. 2. Pour une critique de la raison fonctionnaliste.* Paris. Fayard. 480 p.
- Heilbrunner R.L. 1986. *Le capitalisme: nature et logique.* Paris. Atlas/Economica. 180 p.
- Hersch J (dir.). 1984. *Le droit d'être un homme.* Paris. UNESCO/Lattès. 588 p.
- Hobsbawn E. 1999. *L'âge des extrêmes.* Bruxelles. Ed. Complexe. 950 p.
- Hulot N. 2006. *Pour un Pacte écologique.* Paris. Calmann-lévy. 286p.
- Illich I. 1975. *Némésis médicale. L'expropriation de la santé.* Paris. Seuil. 221 p.
- Johnson G et Symonides J. 1991. *La déclaration universelle des droits de l'homme.* Paris. UNESCO. 217 p.
- Jollivet M. 2001. *Développement durable, de l'utopie au concept.* Paris. Elsevier. 288 p.

- Jonas H. 1998. *Le principe responsabilité*. Paris. Flammarion.
- Kahn J.F. 1994. *Tout change parce que rien ne change*. Paris. Fayard. 767 p.
- Kiss A.C. (Mélanges). 1998. *Les hommes et l'environnement*. Paris. Frison-Roche. 350 p.
- Ki-Zerbo J. et Beaud-Gambier M.J. 1992. *Compagnons du soleil*. Paris. La Découverte. 681 p.
- Kovacs M. (dir.). 1994. *La dimension culturelle du développement*. Paris. UNESCO. 241 p.
- Lautier B. 1994. *L'économie informelle dans le Tiers-Monde*. Paris. La Découverte. 125 p.
- Lecourt D. 1997. *L'avenir du progrès*. Paris. Textuel.
- Lenoir N. 1998. *Les normes internationales de bioéthique*. Paris. PUF.
- Marcuse H. 1982. *Éros et civilisation*. Paris. Minuit. 239 p.
- Marx C (dir.). 1984. *Médecine, science et technique*. Paris. CNRS. 130 p.
- Massoud Z. 1992. *Terre vivante*. Paris. Odile Jacob. 342 p.
- Mbaye K. 1992. *Les droits de l'homme en Afrique*. Paris. Pédone. 312 p.
- Mekouar M. Ali .1988. *Recueil d'études en droit écologique*. Casablanca. Afrique-Orient.
- Mekouar M. Azzedine. 2006. « La finalité sanitaire, en quête d'un nouvel horizon ». *Revue Marocaine de droit, d'économie et de gestion*. Casablanca. N°52, pp 251-266.
- Mekouar M. Azzedine. 2006. « Les savoirs sanitaires des femmes à l'épreuve du développement durable ». pp. 67-77. Dans Sarr F et Thill G (dir.) *Femmes et développements durables et solidaires*. Namur. PUN/UNESCO. 333p.
- Mekouar M. Azzedine. 2001. *Humanité, Nature et développement*. Thèse de Doctorat d'État. Casablanca. Faculté des sciences sociales. 521p.
- Morin E, Piatelli-Palmarini (dir.). 1978. *L'unité de l'homme. 1 - Le primate et l'homme*. Paris. Seuil. 278 p.
- Morin E, Piatelli-Palmarini (dir.). 1978. *L'unité de l'homme. 2 - Le cerveau humain*. Paris. Seuil. 220 p.
- Morin E, Piatelli-Palmarini (dir.). 1978. *L'unité de l'homme. 3 - Pour une anthropologie fondamentale*. Paris. Seuil. 360 p.
- Morin E. 1986. *La méthode, 3. La connaissance de la connaissance*. Paris. Seuil. 245 p.
- Morin E. 1999. *La tête bien faite*. Paris. Seuil. 154 p.
- Morin E. 2001. *La méthode, 5. L'humanité de l'humanité*. Paris. Seuil. 287p.

- Morin E. 2004. *La méthode, 6. Éthique*. Paris. Seuil.
- Morin E. Kern A.B. 1993. *Terre-patrie*. Paris. Seuil. 216 p.
- Nasr H. 1978. *L'homme face à la nature. La crise spirituelle de l'homme moderne*. Paris. Buchet-Chastel. 168 p.
- Passet R. 2003. *L'illusion néo-libérale*. Paris. Fayard. 287p.
- Paugam S. (dir.) 2007. *Repenser la solidarité. L'apport des sciences sociales*. Paris. PUF. 980 p.
- Pestel E. 1988. *L'Homme et la croissance. Quatrième rapport au Club de Rome*. Paris. Economica; 189 p.
- Polanyi K. 1983. *La grande transformation*. Paris. Gallimard. 419 p.
- Popper K. 1991. *La connaissance objective*. Paris. Aubier. 578 p.
- Reeves H., Rosnay J. et Coppens Y. 1996. *La plus belle histoire du monde*. Paris. Seuil.
- Reich B. 2008. *Supercapitalisme*. Paris. Vuibert.
- Rémond-Gouilloud M. 1989. *Du droit de détruire. Essai sur le droit de l'environnement*. Paris. PUF. 304 p.
- Rifkin J. 2000. *L'âge de l'accès*. Paris. La Découverte. 396 p.
- Rist G. 1996. *Le développement - Histoire d'une croyance occidentale*. Paris. FNSP. 426 p.
- Sachs I. 1993. *L'écodéveloppement. Stratégies de transition vers le XXIe siècle*. Paris. Syros.
- Sadeleer N. 1999. *Les principes du pollueur-payeur, de prévention et de précaution*. Bruxelles. Bruylant. 437p.
- Sen A. 2003. *Un nouveau modèle économique*. Paris. Odile Jacob. 356 p.
- Sen. A. 2002. *Éthique et économie*. Paris. PUF.
- Serres M. 1990. *Le contrat naturel*. Paris. Bourin. 191 p.
- Szasz T. 1980. *La théologie de la médecine*. Paris. Payot. 368 p.
- Touraine A. 1999. *Comment sortir du libéralisme?* Paris. Fayard. 164 p.
- Viviana S. et WINCKLER M. 2007. *Les droits du patient*. Paris. Fleurus. 396 p.
- Wachsmann P. 1992. *Les droits de l'homme*. Paris. Dalloz. 138 p.
- Wallerstein I. 1997. *L'après-libéralisme*. Paris. L'Aube. 217 p.

CHAPITRE II

LE CADRE JURIDIQUE INTERNATIONAL DU DROIT À LA SANTÉ : ACQUIS, LIMITES ET ENJEUX

Mohamed SAADI *

Résumé

Bien que le concept de « droit à la santé » ne soit pas encore bien précis et bien établi au niveau juridique, il s'impose de plus en plus chez les juristes et dans les instances internationales. Il faut reconnaître qu'en principe il est impertinent de parler de la santé en tant que droit, alors qu'on voit une grande partie de la population mondiale qui vit dans des conditions sanitaires inhumaines et inacceptables. Malgré les efforts accomplis au plan national et international pour promouvoir le droit à la santé, nous sommes encore loin de sa concrétisation effective. Même le droit le plus fondamental d'avoir accès à des services sanitaires minimaux est bafoué régulièrement dans nombreux coins de monde. Il est urgent aujourd'hui, plus que jamais, d'ouvrir un grand débat sur les politiques socio-économiques mises en œuvre au niveau international et qui ne cessent de creuser les inégalités sanitaires, jusqu'à créer un apartheid sanitaire entre le Nord et le Sud et les riches et les démunis au sein de la même population. Cette contribution a pour objectif, tenter de répondre à quelques interrogations relatives au droit à la santé : Au niveau international, quel est le contenu et la nature juridique de ce droit ? Est il un droit fondamental ? Quelles sont les mesures de son application ? Quel est son statut au niveau de la pratique jurisprudentielle ? A quel point la santé doit être un bien public partout et pour tous ?

Mots clés : Droit à la santé, Instruments internationaux des droits de l'Homme, les Objectifs du Millénaire pour le Développement, Cadre sanitaire mondial, Apartheid sanitaire.

INTRODUCTION

Le monde connaît actuellement des mutations profondes, caractérisées principalement par la globalisation des marchés et la globalisation de l'économie. Ce phénomène, complexe et de grande envergure, a simultanément engendré d'importants avantages potentiels, crée de nouvelles possibilités et opportunités, mais aussi des enjeux économiques et sociaux inhérents au processus de la globalisation.

Les retombées de cette globalisation accrue et rapide de l'économie ont entraîné de nouveaux défis aussi bien pour les pays en voie de développement que pour les pays développés, au niveau du rapport entre les règles régissant la globalisation et le respect des droits de l'Homme, surtout les droits économiques, sociaux et culturels.

En effet, les droits économiques, sociaux et culturels sont souvent considérés comme des droits non justiciables et de seconde génération. Au niveau international et national, les droits civils et politiques ont été toujours l'objet d'une grande attention de la part de la communauté internationale, les États, les défenseurs des droits de l'Homme... Ils ont constitué une priorité

* Professeur des droits de l'Homme et de sciences politiques à la Faculté des Sciences Juridiques, Économiques et Sociales, Université Mohamed Premier, Oujda. saadimoha2003@yahoo.fr

dans le système onusien des droits de l'homme et cela au détriment des droits économiques, sociaux et culturels.

Au début de ce siècle et dans un monde de plus en plus globalisé, les peuples et les individus ressentent un grand besoin que leurs droits sociaux soient plus respectés et mieux garantis pour qu'ils aient les possibilités de lutter efficacement contre la pauvreté, l'inégalité sociale, les famines, les maladies, la dégradation de l'environnement...

Par ailleurs, et afin de promouvoir un développement humain durable, la communauté internationale commence de plus en plus à mettre ces droits au centre de ses préoccupations majeures. A ce propos, les objectifs du millénaire pour le développement¹ constituent un important repère pour la réalisation et la consolidation des droits économiques, sociaux et culturels. Ces objectifs peuvent permettre une avancée significative vers l'établissement efficient d'un ensemble d'indicateurs pour surveiller l'application de ces droits.

A travers cette communication on tentera de répondre à quelques interrogations relatives au droit à la santé : Au niveau international, quel est le contenu et la nature juridique de ce droit ? Est il un droit fondamental ? Quelles sont les mesures de son application ? Quel est son statut au niveau de la pratique jurisprudentielle ? A quel point la santé doit être un bien public partout et pour tous ?

1. Le droit à la santé : cadre juridique

Bien que le concept de « droit à la santé » ne soit pas encore bien précis et bien établi au niveau juridique, il s'impose de plus en plus chez les juristes et dans les instances internationales. Il faut reconnaître qu'en principe il est impertinent de parler de la santé en tant que droit, alors qu'on voit une grande partie de la population mondiale qui vit dans des conditions sanitaires inhumaines et inacceptables.

Pourtant, la santé est un droit fondamental de l'être humain, indispensable à l'exercice des autres droits. Son caractère juridique est reconnu en droit international relatif aux droits de l'homme, et il est énoncé dans de nombreux traités internationaux relatifs aux droits de l'homme.

Le préambule de la constitution de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) adoptée en 1946 dispose que : *« la santé est un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité. La possession du meilleur état de santé qu'il est capable d'atteindre constitue l'un des droits fondamentaux de tout être humain, quelles que soit sa race, sa religion, ses opinions politiques, sa condition économique ou sociale »*².

La Déclaration universelle des droits de l'Homme affirme dans son article 25(1) que : *« Toute personne a droit à un niveau de vie suffisant pour assurer sa santé, son bien être et ceux de sa famille, notamment pour l'alimentation, l'habillement, le logement, les soins médicaux ainsi que pour les services sociaux nécessaires »*.

1 Les Objectifs du Millénaire pour le Développement ont été adoptés par la communauté internationale unanime le 8 septembre 2000 lors de l'ouverture de la 55^{ème} session de l'Assemblée Générale des Nations Unies. Les 191 États membres de l'ONU se sont engagés à les réaliser d'ici 2015.

2 Paragraphe 1 et 2 du préambule de la Constitution de l'OMS, adoptée par la Conférence internationale de la santé, tenue à New York en juin 1946.

Il reste que l'article 12 du Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels est l'article le plus complet consacré au droit à la santé dans le droit international des droits de l'homme, et il constitue selon Paul Hunt ,rapporteur spécial sur le droit à la santé , « *La pierre angulaire de la protection du droit à la santé dans la législation internationale* »¹. Cet article dispose dans son paragraphe 1 que les États parties reconnaissent « *Le droit qu' a toute personne de jouir du meilleur état de santé physique et mentale qu'elle soit capable d'atteindre* ».

En outre la convention internationale sur l'élimination de toutes les formes de discrimination raciale, au paragraphe (e) de l'article 5, établit des garanties pour la protection « *du droit à la santé et aux soins médicaux* » en faveur des groupes raciaux et ethniques. La Convention internationale sur l'élimination de toutes les formes de discriminations à l'égard des femmes affirme notamment dans les articles 11...12,14(2b) le droit des femmes à la santé. De même la Convention des droits de l'enfant garantit des mesures spécifiques pour les enfants, l'article 24 précise que : « *les États parties reconnaissent le droit de l'enfant de jouir du meilleur état de santé possible et de bénéficier de services médicaux et de rééducation .Ils s'efforcent de garantir qu'aucun enfant ne soit privé du droit d'avoir accès à ces services* ». Cette convention demande aux États parties de prendre les mesures nécessaires pour « *lutter contre la maladie et la malnutrition, y compris dans le cadre des soins de santé primaires, grâce notamment à l'utilisation de techniques aisément disponibles et à la fourniture d'aliments nutritifs et d'eau potable ...* ».

Au niveau régional, plusieurs traités reconnaissent le droit à la santé, notamment la charte sociale européenne qui stipule dans l'article 11 qu' « *En vue d'assurer l'exercice effectif du droit à la protection de la santé, les Parties s'engagent à prendre, soit directement, soit en coopération avec les organisations publiques et privées, des mesures appropriées tendant notamment:*

- à éliminer, dans la mesure du possible, les causes d'une santé déficiente;
- à prévoir des services de consultation et d'éducation pour ce qui concerne l'amélioration de la santé et le développement du sens de la responsabilité individuelle en matière de santé;
- à prévenir, dans la mesure du possible, les maladies épidémiques, endémiques et autres, ainsi que les accidents ».

Dans le même cadre l'article 16 de la Charte africaine des droits de l'homme et des peuples dispose que :

« 1. *Toute personne a le droit de jouir du meilleur état de santé physique et mentale qu'elle soit capable d'atteindre.*

2. *Les États parties à la présente Charte s'engagent à prendre les mesures nécessaires en vue de protéger la santé de leurs populations et de leur assurer l'assistance médicale en cas de maladie* ».

Au niveau de la région américaine, le Protocole de San Salvador (le protocole additionnel à la convention américaine relative aux droits de l'homme de 1988) affirme dans l'article 10

¹ Rapport du rapporteur spécial sur le droit à la santé, 2003f, § 11.E/CNN.4/2003/58.

que : « *Toute personne a droit à la santé qui est considérée comme le droit de jouir du meilleur état de santé physique, mentale et sociale* ».

D'ailleurs le droit à la santé figure dans plusieurs paragraphes de la Déclaration et du Programme d'action de Vienne et également la Déclaration et le Programme d'action de la quatrième Conférence mondiale sur les femmes contiennent des définitions concernant la santé génésique et la santé des femmes¹. Et pour promouvoir le droit à la santé, la Commission des droits de l'Homme a nommé par sa résolution 2002/31 un rapporteur spécial sur le droit de toute personne de jouir du meilleur état de santé physique et mentale susceptible d'être atteint.

Le Comité des droits économiques, sociaux et culturels (CODESC), dans son observation générale n.14, a adopté une conception large du droit à la santé en l'interprétant comme « *un droit global, dans le champ duquel entre non seulement la prestation de soins de santé appropriés en temps opportun, mais aussi les facteurs fondamentaux déterminants de la santé tel que l'accès à l'eau salubre et potable et à des moyens adéquats d'assainissement, l'accès à une quantité suffisante d'aliments sains, la nutrition et le logement, l'hygiène du travail et du milieu et l'accès à l'éducation et à l'information relatives à la santé, notamment la santé sexuelle et génésique. Un autre aspect important est la participation de la population à la prise de toutes les décisions en matière de santé aux niveaux communautaire, national et internationaux* »².

Il est à noter que la Convention cadre pour la lutte anti-tabac, adoptée à l'unanimité, le 21 mai 2003, à Genève, par les 192 membres de l'OMS, est entrée en vigueur le 27 février 2005³; constitue le premier traité international en matière de santé publique. La Convention vise à réduire dans le monde entier la mortalité due au tabagisme⁴, elle comporte des dispositions fixant des normes internationales sur les prix du tabac, l'augmentation des taxes sur le tabac, la publicité en faveur du tabac, les activités de parrainage, l'étiquetage, le commerce illicite et le tabagisme passif.

Les huit Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD) adoptés par la communauté internationale unanime le 8 septembre 2000, bien qu'ils soient dénués de force juridique, ont permis une grande internationalisation des problèmes, ce qui a contribué au lancement d'une grande campagne mondiale pour sensibiliser les États et l'opinion publique aux grands enjeux de la santé. Il faut rappeler que cinq de ces objectifs ont trait au droit à la santé. Ainsi les États se sont engagés de 2000 jusqu'à 2015 à :

- Réduire de moitié l'extrême pauvreté et la faim (objectif 1) ;
- Réduire de deux tiers le taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans (objectif 4) ;
- Réduire de trois quarts le taux de mortalité maternelle entre (objectif 5) ;
- Combattre et stopper la propagation du VIH/sida, le paludisme et d'autres grandes maladies et commencer à inverser la tendance (objectif 6).

¹ *Le droit à la santé*, Centre Europe- Tiers Monde, CENTIME, Genève, 2006, p.7.

² CODESC, Observation général n° 14, le droit à la santé, 11 mai 2000, doc. ONU E/C.12/2000/4, § 11.

³ Le Maroc a signé la convention cadre le 16 avril 2004.

⁴ 5 millions de personnes meurent chaque année de maladies liées au tabac.

- Assurer un environnement durable (objectif 7).

Ainsi le caractère juridique de ce droit est reconnu en droit international des droits de l'homme. Trois aspects essentiels du droit à la santé ont été consacrés : l'affirmation de droit à la santé en tant que droit fondamental, la prescription de normes visant à satisfaire les besoins de groupes spécifiques de personnes en matière de santé et la mise en place de voies et moyens pour la mise en œuvre du droit à la santé¹.

2. La réalisation du droit à la santé

Pour mettre en œuvre le droit à la santé, les États doivent respecter leurs engagements internationaux. La réalisation du droit à la santé suppose l'établissement des obligations fondamentales pour les États et l'instauration des mécanismes de contrôle.

1.2 Les obligations des États

La réalisation de ce droit suppose, selon l'interprétation de CODESC, l'existence des éléments suivants :

Disponibilité : il doit exister en quantité suffisante des installations, des biens et des services ainsi que des programmes fonctionnels en matière de santé publique et de soins de santé. Ceci dépendra du niveau de développement de l'État. Toutefois, ces biens et services devront comprendre les éléments fondamentaux déterminants de la santé tels que l'eau salubre et potable et les installations d'assainissements appropriées, des hôpitaux, du personnel médical et professionnel qualifié et des médicaments essentiels.

Accessibilité : les installations, biens et services en matière de santé doivent être accessibles, sans discrimination, à tous, en particulier aux groupes de populations les plus vulnérables ou marginalisés tels que les minorités ethniques et les populations autochtones, les femmes, les enfants, les adolescents, les personnes âgées, les personnes handicapées, et les personnes atteintes du VIH/sida..... En plus ces services doivent être d'un coût abordable pour tous les citoyens de l'État.

Acceptabilité : les installations, biens et services en matière de santé doivent être respectueux de l'éthique médicale et être appropriés au niveau culturel.

Qualité : les installations, bien et services en matière de santé doivent également être scientifiquement et médicalement appropriés et de bonne qualité². Ceci implique du personnel médical qualifié, des médicaments et du matériel hospitalier approuvés par les instances scientifiques, et non périmés³.

Par ailleurs, même si le Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels prévoit l'application progressive des droits qui y sont énoncés et prend en considération les contraintes liées aux faibles ressources économiques disponibles, il impose plusieurs obligations avec effet immédiat. Ainsi, les États parties au Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels sont tenus dans le cadre du droit à la santé de respecter trois niveaux d'obligations :

1 Voir Virginia Leray , « *Justiciabilité du droit à la santé et au-delà du concept : les procédures de plaintes* », La revue, Commission internationale de juristes, décembre 1995, n°55 , p. 121.

2 Ibid, para 12.

3 CODESC, Observation général n° 14, op.cit., § 12.

L'obligation de respecter le droit à la santé : ce qui exige que l'État s'abstienne d'entraver l'exercice de ce droit en assurant l'égalité d'accès de toutes les personnes aux soins de santé. En plus il ne devrait pas polluer de façon illicite l'air, l'eau et le sol, du fait, par exemple, d'émissions de déchets industriels par des installations appartenant à des entreprises publiques.

L'obligation de protéger le droit à la santé : Ce qui incombe à l'État de prendre des mesures afin de garantir ce droit et de veiller à ce qu'aucun tiers ne limite l'accès de la population aux services de santé.

L'obligation de mettre en œuvre le droit à la santé : Ce qui suppose que l'État adopte des mesures appropriées au niveau législatif, administratif, budgétaire, ... pour assurer son plein exercice. En plus chaque État doit se doter d'une politique nationale de la santé fondée sur des actions visant à assurer, maintenir et promouvoir la santé de la population¹.

2.2 Les mécanismes de contrôle

Au niveau régional et international plusieurs mécanismes de contrôle ont été instaurés, ils sont toutefois limités et les recours à ces mécanismes sont rares. Ceci bien que le recours et la réparation en cas de violation du droit à la santé doivent être la règle comme l'affirme le CODESC : « *Toute personne ou groupe victime d'une atteinte au droit à la santé doit avoir accès à des recours effectifs, judiciaires ou autres, à l'échelle nationale et internationale. Toutes les victimes d'atteintes à ce droit sont nécessairement fondées à recevoir une réparation adéquate, sous forme de restitution, indemnisation, satisfaction ou garantie de non-répétition* »².

Parmi ces mécanismes :

- **Le Comité européen des droits de l'Homme** : Depuis l'entrée en vigueur du système de plaintes collectives en 1998, des plaintes collectives peuvent être déposées devant le Comité européen des droits sociaux au sujet des violations au droit à la santé.
- **Le Comité des droits économiques, sociaux et culturels (CODESC)** : il est l'organe onusien chargé de l'application du Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels. Tous les États parties à ce pacte doivent présenter des rapports périodiques devant le CODESC sur les mesures prises pour mettre en œuvre les droits énoncés dans ce pacte.
- **Le Rapporteur spécial sur le droit à la santé** : en 2002 la Commission des droits de l'homme (aujourd'hui appelée Conseil des droits de l'homme) a nommé un Rapporteur spécial sur le droit à la santé. Son mandat principal consiste à « *rendre compte de la réalisation, dans le monde entier, du droit de toute personne de jouir du meilleur état possible de santé physique et mentale et de l'évolution dans ce domaine, notamment en ce qui concerne les lois, politiques et pratiques les plus propices à la jouissance de ce droit, ainsi que les obstacles rencontrés sur le plan interne et au niveau international dans son application, ...* »³.

1 - Ibid, § 30-37.

2 Ibid., § 59.

3 § 5 de la résolution E/CN.4/RES/2002/31

3. La consécration du droit à la santé par la jurisprudence

Les juridictions internes ont un rôle important à jouer à travers leur jurisprudence, de nombreuses législations nationales permettent déjà aux tribunaux nationaux de rendre la justice en matière des droits économiques et sociaux, y compris le droit à la santé.

Dans nombreux pays, les constitutions font référence au droit à la santé et /ou aux engagements des États à l'égard de la santé de la population, tels que la mise en œuvre des services de santé, et la mise en disponibilité des prestations sanitaires. Selon une étude commanditée par l'OMS plus de 60 dispositions constitutionnelles mentionnent le droit à la santé ou le droit aux soins de santé, et plus de 40 se réfèrent à des droits liés à la santé, tels que le droit à des soins de santé génésique, le droit des handicapés à une aide matérielle et le droit à un environnement sain¹. Ces dispositions et autres nombreuses lois liées au droit à la santé ont fait l'objet d'une large jurisprudence².

Ainsi, En 1980, des particuliers liés à des ONG ont saisi la Commission Interaméricaine des droits de l'homme d'une communication qui affirmait la violation par le Brésil des droits de l'homme des Amérindiens Yanomani, et notamment, la violation de l'article 11 de la Déclaration américaine des droits et devoirs de l'homme qui prévoit que : « *toute personne a droit à la préservation de sa santé par la mise en œuvre de mesures sanitaires et sociales relatives aux soins médicaux, dans la mesure où le permettent les ressources publiques ou communautaires* ». La Commission a affirmé que la construction d'une autoroute traversant le territoire habité depuis des temps immémoriaux par les Amérindiens yanomani avait engendré une invasion d'ouvriers employés dans la construction de l'autoroute, des géologues, des chercheurs d'or et d'agricultures souhaitant s'installer dans le territoire, et que cette invasion « *s'était effectuée sans que des mesures préalables et appropriées aient été prises pour protéger la sécurité et la santé des Amérindiens Yanomani, ce qui a provoqué un nombre considérable de décès dus à des épidémies de grippe, de tuberculose, du rougeole, de maladies vénériennes et autres maladies* ».

La Commission a conclu qu'à la lumière des faits exposés « *la responsabilité du gouvernement brésilien est engagée du fait qu'il a négligé de prendre des dispositions opportunes et effectives pour protéger les droits des amérindiens Yanomani* ». Il a déclaré que le gouvernement du Brésil avait violé notamment l'article 11 de la Déclaration américaine traitant du droit à la préservation de la santé et du bien être. La Commission a recommandé que les programmes d'éducation de protection médicale et d'intégration sociale des amérindiens Yanomani engagés par le gouvernement « *soient mis en œuvre en consultation de la population autochtone touchée, et s'accompagnent des services consultatifs donnés par un personnel scientifique, médical et anthropologique compétent* »³. Dans le même cadre, en 1993, la Cour suprême des Philippines, dans l'affaire Mineurs d'Oposa contre le secrétaire d'État à l'environnement et aux ressources naturelles, avait conclu au bien-fondé de la plainte des auteurs qui affirmaient qu'il y a eu violation des dispositions constitutionnelles relatives à la santé et à l'environnement. L'article II, al 15 et al 16 dispose que :

¹ Le droit à la santé, Centre Europe- Tiers Monde, op.cit., p. 8.

² Rapport sur le droit à la santé, 2003, E/ CN. 4/ 2003 / 58. para.20.

³ Rapport annuel de la Commission interaméricaine des droits de l'homme, 1984, 1985, résolution n12/85 cas n. 7615 (Brésil) du 5 mars 1985.

- « *L'État protège et promet le droit de peuple à la santé et lui inculque la conscience de la santé.*
- *l'État protège et promet le droit du peuple à un environnement salubre et équilibre, en adéquation avec le rythme et l'harmonie de la nature ».*

La communication a demandé l'annulation de permis d'exploitation forestier en raison de la déforestation résultant d'un surabattage qui, s'il n'était pas arrêté, il causerait des préjudices irréparables aux générations actuelles et futures et violerait leur droit à un environnement salubre.

La cour suprême des philippines annula le jugement d'un tribunal d'instance qui avait rejeté la demande des plaignants. L'arrêt de la cour a reconnu la compétence des auteurs, -un groupe de mineurs représentés par le philippine Ecological Network- d'intenter ce type d'action catégorielle en leur nom propre et au nom des générations à venir, sur la base de la responsabilité des générations présentes envers les générations futures¹.

Dans une autre affaire, une action judiciaire a été intentée en 1996 devant la Commission africaine des droits de l'homme et des peuples par quatre ONG contre la république démocratique du Congo. La communication a accusé l'État de violations des droits économiques, sociaux et culturels. La Commission a reconnu que tous ces droits avaient une égale valeur et n'a pas soulevé la question de la non-justiciabilité des droits économiques, sociaux et culturels. L'ex-Zaïre a été accusé d'avoir violé l'article 16 de la charte africaine qui garantit le droit de toute personne de jouir du meilleur état de santé physique et mentale qu'elle soit capable d'atteindre puisqu'il n'a pas respecté son engagement d'assurer l'accès à l'eau potable indispensable à la vie. La Commission a déclaré qu' : « *il est dit à l'article 16 de la charte africaine que toute personne a le droit de jouir du meilleur état de santé physique et mentale qu'elle soit capable d'atteindre et que les États parties s'engagent à prendre les mesures nécessaires en vue de protéger la santé de leurs populations. Le fait que le gouvernement n'ait pas fourni des services aussi essentiels que l'eau potable et l'électricité ainsi que le manque de médicaments (...) constituent une violation de l'article 16* ». La Commission a tenu l'ex-zaïre responsable de violation du droit à la santé et a appelé à la réparation. Pour Jean Zeigler rapporteur spécial pour le droit à l'alimentation cette argumentation de la Commission prouve que les droits économiques et sociaux, dont le droit à la santé, peuvent être considérés comme des droits justiciables par nature².

En 1998, assistée du Médiateur des citoyens en Argentine, l'étudiante en droit Mariela Cecilia Viceconte a déposé une requête d'amparo (recours collectif pour obtenir réparation d'une violation des droits constitutionnels) pour demander à l'État de prendre des mesures plus efficaces dont le but de concrétiser le droit à la santé et de lutter contre une épidémie de fièvre virale hémorragique qui menace trois millions et demi de personnes. La Cour d'appel fédérale a décidé que l'État argentin devait fabriquer un vaccin car l'épidémie ne concernait que l'Argentine et que la production du vaccin n'était pas rentable pour les laboratoires privés. Il a chargé le médiateur de veiller à l'application de son jugement, et a tenu le ministre de la santé personnellement responsable. La Cour a considéré que l'État argentin devait prendre des mesures spécifiques et concrètes, telle que la fabrication d'un vaccin, pour lutter contre une épidémie strictement nationale et contre laquelle les laboratoires du secteur privé

¹ Mineurs d'Oposa / le secrétaire d'État à l'environnement et aux ressources naturelles, 30 juillet 1993 international Legal Materials, N°33, p. 173 (1994). Cité in Virginia Al eary, op.cit, p.133-134.

² - Rapport sur le droit à l'alimentation, Commission des droits de l'homme, 2001, E/ CN. 4/2002/58 para. 62.

n'étaient pas disposés à agir. En effet, et conformément au droit à la santé, les États doivent réaliser au moins le minimum des obligations essentielles, telle que la réaction et la lutte contre les épidémies¹.

En 1998, un groupe de sociétés pharmaceutiques a intenté une action en justice contre le gouvernement d'Afrique du Sud afin de faire obstacle à un projet de loi qui aurait autorisé les licences obligatoires et l'importation parallèle d'antirétroviraux. Ce projet aurait entraîné une très forte réduction du coût des médicaments et, en conséquence, un meilleur accès aux traitements pour la population. Le mouvement Compagne d'action pour le traitement (Treatment Action Campaign) (TAC) a dénoncé les sociétés pharmaceutiques participant au procès, et face au mécontentement international croissant et à l'éventualité d'un précédent judiciaire défavorable devant la Cour constitutionnelle d'Afrique du Sud, les sociétés pharmaceutiques ont finalement retiré leur plainte en 2001².

Toujours en Afrique du Sud, août 2001, les résultats des essais SAINT sur l'utilisation de la névirapine³ pour empêcher la transmission du VIH de la mère à l'enfant étaient connus depuis plus d'un an et la névirapine était largement utilisée dans le secteur privé. En juillet 2000, lors de la XIIIe Conférence internationale sur le sida à Durban, le gouvernement avait reçu une offre du fabricant Boehringer Ingelheim pour l'approvisionnement gratuit en névirapine pendant cinq ans, cependant le gouvernement a maintenu sa position qu'il n'étendrait pas les projets pilotes dans un avenir immédiat et ne rendrait pas la névirapine disponible hors des établissements pilotes. En réaction à ces faits, une action judiciaire a été menée par le TAC et d'autres requérants contre le ministre de la santé sud africain⁴. Ils avaient d'abord présenté leur demande à High Court à Pretoria en août 2001, pour forcer le gouvernement à garantir l'accès à la névirapine à toutes les femmes enceintes séropositives et à leurs enfants nouveau-nés.

En décembre 2001, la High Court a donné raison à la TAC. Le gouvernement a interjeté appel, et la Constitutional Court a rendu à l'unanimité son jugement en faveur des requérants au début du mois de juillet 2002. Le jugement se concentre sur deux droits constitutionnels des Sud-Africains en particulier : le droit d'accès aux services de santé, y compris les soins de santé liés à la fonction reproductrice (article 27) et le droit des enfants aux services médicaux de base (article 28).

La Cour constitutionnelle, le plus haut tribunal de l'Afrique du Sud, a jugé que l'État avait l'obligation de veiller à ce que les familles prennent soin des enfants. Elle a considéré que la constitution imposait au gouvernement l'obligation « *d'élaborer et de mettre en œuvre un programme global et coordonné afin de donner progressivement effet au droit des femmes enceintes et de leurs enfants nouveau-nés d'avoir accès à des services de santé pour combattre la transmission du VIH de la mère à l'enfant* » et que le gouvernement avait manqué à ses obligations constitutionnelles et devait élaborer et mettre en œuvre dans les

1 - Camara nacional en lo contencioso administrativo federal, IV. Viceconte C. El ministerio de salud y accion social, 2/6/1998, cité in, Dignité et droits humains, document Amnesty international : AI : POL 34/009/2005.

2 - Voir Amnesty International, *dignité et droits humains, une introduction aux droits économiques, sociaux et culturels*, éditions francophones, 2005.p.80.

3 - La névirapine est un médicament antiviral. Il est utilisé en association avec d'autres médicaments antiviraux dans le traitement des patients infectés par le virus de SIDA. Ce médicament est sensé réduire les risques de transmission du virus VIH de la mère à l'enfant.

4 - Minister of Health and others c. Treatment Action Campaign and others, Constitutional Court of South Africa, no de dossier CCT 08/02 (disponible en ligne à www.tac.org.za).

plus brefs délais un programme national complet pour empêcher la transmission du VIH des mères aux enfants, notamment en rendant disponible des médicaments antirétroviraux¹.

4. Les enjeux internationaux du droit à la santé

Malgré les efforts accomplis au plan national et international pour promouvoir le droit à la santé, nous sommes encore loin de sa concrétisation effective. Même le droit le plus fondamental d'avoir accès à des services sanitaires minimaux est bafoué régulièrement dans nombreux coins de monde. Il est urgent aujourd'hui, plus que jamais, d'ouvrir un grand débat sur les politiques socio-économiques mises en œuvre au niveau international et qui ne cessent de creuser les inégalités sanitaires, jusqu'à créer un *apartheid* sanitaire entre le Nord et le Sud et les riches et les démunis au sein de la même population².

4.1 Pour un ordre sanitaire mondial équitable

Depuis longtemps la Déclaration d'Alma-Ata a sonné l'alarme en affirmant que : « *Les inégalités flagrantes dans la situation sanitaire des peuples, aussi bien entre pays développés et pays en développement qu'à l'intérieur même des pays, sont politiquement, socialement et économiquement inacceptables et constituent de ce fait un sujet de préoccupation commun à tous les pays* »³. On constate actuellement une dégradation continue des conditions de santé d'une grande partie de la population mondiale. La situation de nombreux pays, notamment d'Afrique subsaharienne, ne s'améliore guère, voire se détériore, et les inégalités sanitaires ne cessent de croître entre le Sud et le Nord.

Selon les estimations de l'OMS, 1,7 millions de personnes seraient mortes de la tuberculose⁴ en 2004 tandis que 8,9 millions de nouveaux cas étaient enregistrés. On considère qu'environ 40% de la population mondiale, essentiellement dans les pays les plus pauvres du monde, sont exposés au paludisme (malaria). Chaque année, plus de 500 millions de personnes en sont gravement atteintes. La plupart des cas et des décès surviennent en Afrique subsaharienne. Le sida⁵ a tué plus de trois millions de personnes en 2005 et la plupart de ses victimes sont au Sud⁶. Ainsi, ces trois maladies dévastatrices sont responsables de près de 6 millions de décès chaque année, dont l'écrasante majorité dans les pays du Sud⁷. Le paradoxe est que 20% de la population mondiale dispose de 80% de la production mondiale des médicaments.

1 - Liesl Gerntholtz, « *Prévention de la transmission périnatale : arrêt phare en Afrique du Sud* », Revue canadienne VIH/sida et droit, v.6, n° 3, mars 2002, pp. 22-26.

2 Ouvrage collectif, *Les obstacles à la santé pour tous*, Alternatives Sud, points de vue du sud, n°2, Ed CETRI/Syllepse, 2004.

3 § 2 de la Déclaration d'Alma-Ata, adoptée le 12 septembre 1978 lors de la conférence internationale sur les soins de santé primaires organisée par l'OMS.

4 La tuberculose demeure incontestablement une maladie sociale préoccupante dans le Tiers Monde, 95% des cas de tuberculose et 98% des décès liés à la maladie sont recensés dans les pays pauvres.

5 L'Afrique subsaharienne à elle seule regroupe 90% des 11 millions d'orphelins du SIDA et 70% des personnes contaminées alors que cette région ne représente que 10% de la population du globe. 95% des personnes atteintes du SIDA n'ont pas accès aux traitements antirétroviraux.

6 En 2005 Stephen Lewis, l'envoyé spécial des Nations Unies pour la question du SIDA en Afrique, visitait une école primaire au Zimbabwe. Comme il demandait aux élèves de lui confier ce qui les inquiétait le plus dans la vie, sept élèves sur dix lui répondirent : « *la mort* ». Plus tard, en Zambie, il demanda à des villageois occupés à cultiver leur champ de choux, s'ils avaient assez à manger. « *Oui, répondirent-ils, nous avons même des choux à revendre* ». « *Que faites – vous des bénéfices ?* » s'interrogea S.Lewis. « *Nous achetons des cercueils* ».

7 Voir *Le droit à la santé*, Centre Europe- Tiers Monde, op.cit., p. 3.

Force est de constater qu'il existe de fortes disparités au niveau d'accès aux services de santé, à l'eau propre et à l'assainissement : à peu près 1 milliard de personnes sont privées de services de santé et plusieurs millions de personnes n'en disposent pas de façon adéquate. Celles qui peuvent y recourir sont parfois amenées à acheter des produits inutiles ou même préjudiciables, voir des médicaments de contrefaçon. La plus grande partie de la population mondiale n'a pas accès à l'eau ni à l'assainissement, sachant que les maladies véhiculées par l'eau faisant chaque année des millions de victimes.

D'autre part, il existe plusieurs obstacles à l'accès aux produits pharmaceutiques, comme le montre l'expérience de plusieurs pays (Inde, Brésil et Afrique du Sud) sur l'accès aux médicaments pour la prise en charge du VIH. Il s'agit notamment du manque de structures sanitaires, de l'insuffisance de personnel de santé, de l'absence d'engagement des gouvernements dans la lutte contre les maladies ou encore l'insuffisance des ressources financières requises pour permettre l'accès aux traitements¹.

En outre, ce qui accentue les écarts c'est la fuite des cerveaux : les médecins, infirmiers et personnels médicaux qualifiés quittent les pays qui en ont le plus besoin pour rejoindre les pays du monde développé, où ils peuvent être mieux rémunérés².

Ces déséquilibres sanitaires ont entravé l'instauration de solides politiques de gouvernance de la santé mondiale. Par conséquent, il sera difficile d'accomplir des grands progrès pour combler les failles dans le domaine de la santé mondiale. Selon un récent rapport de la Compagne mondiale sur les OMD relatifs à la santé, il est probable qu'aucun de ces objectifs ne sera atteint à la date prévue (2015). Au rythme actuel, le 4^e OMD (diminution des deux tiers de la mortalité infantile) ne serait pas atteint avant 2045; le 5^e (diminution des trois quarts de la mortalité maternelle) ne serait pas réalisé et la mortalité maternelle s'aggraverait dans certaines régions; s'agissant du 6^e, on parviendra sans doute à endiguer le paludisme et la tuberculose en 2015, mais pas à faire reculer le VIH/sida — la croissance de l'infection restant plus rapide que celle du nombre de personnes traitées³.

Le redoublement des efforts des différents acteurs concernés (États, OMS, institutions internationales, sociétés pharmaceutiques, partenaires de développement, ONG...) est aujourd'hui plus que nécessaire afin de rendre le système sanitaire plus humain et plus équitable au niveau mondial.

4.2 Le droit à la santé et la propriété intellectuelle

La philosophie néolibérale des institutions internationales (Fond monétaire international, Banque mondiale, Organisation mondiale du commerce-OMC), affecte profondément le droit à la santé. Actuellement les politiques de l'OMC proclament, notamment avec les accords de libre échange, de restreindre la protection des médicaments génériques⁴ et d'étendre considérablement la protection des brevets, ce qui peut rendre les médicaments plus chers et moins accessibles aux personnes les plus pauvres.

¹ Hannah E. Kettler , Chris Collins , « *L'arbitrage entre santé publique et recherche pharmaceutique* », Revue Coopération Sud, Programme des Nations Unies pour le développement, 2002. p.12.

² David E. Bloom, « *gérer la santé mondiale* », Finances & Développement, V. 44, n° 4, décembre 2007, p.33.

³ Idem.

⁴ Le médicament générique est la stricte copie d'un médicament original dont le brevet est tombé dans le domaine public. Sa fabrication répond aux mêmes normes d'exigence que tous les autres médicaments. La posologie, les indications et contre-indications, les effets secondaires et les garanties de sécurité sont les mêmes. Par contre le médicament générique est vendu souvent à un prix abordable.

En effet, le système des brevets, tel qu'il est conçu dans l'Accord de l'OMC sur les aspects des droits de propriété intellectuelle relatifs au commerce (ADPIC entré en vigueur en 1995), prévoit que tous les nouveaux produits, y compris les médicaments, sont protégés dans tous les pays membres de l'OMC par des brevets internationaux d'une durée minimale de vingt ans. Cependant, en novembre 2001, les États membres de l'OMC ont adopté à l'unanimité la Déclaration de Doha sur les ADPIC et la santé publique, où il est considéré que : « *l'Accord sur les ADPIC n'empêche pas et ne devrait pas empêcher les Membres de prendre des mesures pour protéger la santé publique. En conséquence, tout en réitérant notre attachement à l'Accord sur les ADPIC, nous affirmons que ledit accord peut et devrait être interprété et mis en œuvre d'une manière qui appuie le droit des Membres de l'OMC de protéger la santé publique et, en particulier, de promouvoir l'accès de tous aux médicaments* »¹.

Une grande pression internationale a été exercée de la part des mouvements de la société civile mondiale et de certains États, notamment l'Afrique du Sud et le Brésil, elle a abouti à l'adoption d'une exception de santé publique dans les lois internationales de protection des brevets. Néanmoins, cette exception n'est pas toujours respectée dans les accords commerciaux au niveau régional et bilatéral.

Il faut rappeler que l'Accord sur les ADPIC, ainsi que les législations de nombreux pays, prévoient et permettent le recours à des licences obligatoires² : les gouvernements peuvent, en cas d'urgence nationale ou d'utilisation publique à des fins non commerciales, accorder une licence pour la fabrication, l'usage, ou l'achat d'un médicament breveté, sans l'autorisation du détenteur du brevet. Ces licences sont soumises à de lourdes restrictions. C'est le cas de l'exigence que l'attribution de licences obligatoires serve principalement à l'approvisionnement domestique³. Dans la Déclaration de Doha, les États membres de l'OMC ont reconnu que cela rendait difficile d'avoir un recours efficace aux licences obligatoires pour les pays pauvres qui n'ont pas des possibilités au niveau de fabrication pharmaceutique, étant donné que les exportateurs potentiels, dans d'autres pays, s'ils parvenaient à obtenir des licences obligatoires, ne pourraient les utiliser principalement que pour approvisionner leurs propres populations.

On est devant un conflit entre respect des droits fondamentaux de l'homme, tels que le droit d'accès aux médicaments essentiels et le respect des règles de commerce et les intérêts des grandes multinationales pharmaceutiques sous prétexte du respect de la propriété intellectuelle.

Le CODESC, dans son observation générale n° 17, considère que : « *Contrairement aux droits de l'homme, les droits de propriété intellectuelle ont généralement un caractère provisoire, et ils peuvent être révoqués, concédés sous licence ou attribués à un tiers. Alors que, dans la plupart des régimes de propriété intellectuelle, les droits de propriété intellectuelle, souvent à l'exception des droits moraux, peuvent être cédés, limités dans le temps et dans leur portée, négociés, modifiés, voire perdus, les droits de l'homme sont intemporels et sont l'expression des prérogatives fondamentales de la personne humaine* »⁴.

¹ OMC, Déclaration sur l'Accord sur les ADPIC et la santé publique, adoptée le 14 novembre 2001, § 4. Voir http://www.wto.org/french/res_f/booksp_f/ddec_f.pdf

² Article 31 de l'Accord sur les ADPIC.

³ Article 31(f) de l'Accord sur les ADPIC.

⁴ Observation générale n° 17 du CODESC sur « *le droit de chacun de bénéficier de la protection des intérêts moraux et matériels d'échouant de toute production scientifique, littéraire ou artistique dont il est l'auteur* » , §. 1 c) de l'article 15 du Pacte), E/C.12/GC/17. 12 janvier 2006.

En effet, les droits de propriété intellectuelle affectent le prix des produits brevetés et restreignent les possibilités d'achat des patients pauvres. Il en résulte que l'un des grands enjeux de la santé publique mondiale est de concilier la promotion de l'activité inventive et la recherche scientifique de l'industrie pharmaceutique avec l'accès aux médicaments existants à des prix abordables pour les malades¹.

CONCLUSION

Force est de constater que la reconnaissance du droit à la santé tel qu'il existe dans les instruments internationaux des droits de l'homme, ne suffit pas pour sa concrétisation effective. L'efficacité de ce droit dépend de plusieurs facteurs socio-économiques nationaux de chaque État, et des politiques des institutions économiques internationales.

Il est nécessaire aujourd'hui d'instaurer un solide système de gouvernance de la santé au plan national et international, et ce via l'adoption de nouvelles législations, des politiques publiques coordonnées et la mise en œuvre des programmes de santé intégrant les droits de l'homme.

Enfin, l'idée selon laquelle la santé est un bien public mondial et l'accès aux soins et aux médicaments devant être un droit fondamental pour tous à l'échelle planétaire, reste un grand défi et une responsabilité commune de toute la communauté internationale.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

Amnesty International, dignité et droits humains, une introduction aux droits économiques, sociaux et culturels, éditions francophones, 2005.

Camara nacional en lo contencioso administrativo federal, IV. Viceconte C. El ministerio de salud y accion social, 2/6/1998, cité in, Dignité et droits humains, document Amnesty international : AI : POL 34/009/2005.

CODECS, Observation général n° 14, le droit à la santé, 11 mai 2000, doc. ONU E/C.12/2000/4, § 11.

David E. Bloom, « *Gérer la santé mondiale* », Finances & Développement, V. 44, n° 4, décembre 2007.

Déclaration d'Alma-Ata sur les soins de santé primaires organisée par l'OMS, adoptée le 12 septembre 1978.

Hannah E. Kettler, Chris Collins, « *L'arbitrage entre santé publique et recherche pharmaceutique* », Revue Coopération Sud, Programme des Nations Unies pour le développement, 2002.

Le droit à la santé, Centre Europe- Tiers Monde, CENTIME, Genève, 2006, p.7.

Liesl Gerntholtz, « Prévention de la transmission périnatale : arrêt phare en Afrique du Sud », Revue canadienne VIH/sida et droit, v.6, n° 3, mars 2002, pp. 22-26.

1 - Hannah E. Kettler, Chris Collins, op.cit., p.11-12.

Minister of Health and others c. Treatment Action Campaign and others, Constitutional Court of South Africa, no de dossier CCT 08/02 (disponible en ligne à www.tac.org.za).

Observation générale n° 17 du CODESC sur « le droit de chacun de bénéficier de la protection des intérêts moraux et matériels découlant de toute production scientifique, littéraire ou artistique dont il est l'auteur », §. 1 c) de l'article 15 du Pacte), E/C.12/GC/17. 12 janvier 2006.

OMC, Déclaration sur l'Accord sur les ADPIC et la santé publique, adoptée le 14 novembre 2001, § 4. Voir http://www.wto.org/french/res_f/booksp_f/ddec_f.pdf

Ouvrage collectif, Les obstacles à la santé pour tous, Alternatives Sud, points de vue du sud, n°2, Ed CETRI/ Syllepse, 2004.

Rapport du rapporteur spécial sur le droit à la santé, 2003f, § 11.E/CNN.4/2003/58.

Rapport sur le droit à la santé, 2003, E/ CN. 4/ 2003 / 58. para.20.

Rapport annuel de la Commission interaméricaine des droits de l'homme, 1984, 1985, résolution n12/85 cas n. 7615 (Brésil) du 5 mars 1985.

Rapport sur le droit à l'alimentation, Commission des droits de l'homme, 2001, E/ CN. 4/2002/58 para. 62.

Virginia Leray, « Justiciabilité du droit à la santé et au-delà du concept : les procédures de plaintes », La revue, Commission internationale de juristes, décembre 1995, n°55, p. 121.

CHAPITRE III

DÉVELOPPEMENT HUMAIN ET SANTÉ DU DÉVELOPPEMENT : UNE FINALITÉ NON SÉCABLE DE LA PRAXIS DE RESPONSABILITÉ

Hélène NIKOLOPOULOU*

Résumé

Le but de cet article est de montrer que l'accomplissement effectif du développement humain ne peut se réaliser concrètement que par son enracinement structurel dans la politique générale et dans le fonctionnement global des organisations publiques et/ou privées (entreprises, administrations, enseignement, collectivités locales, etc.). Cet enracinement structurel nécessite, à son tour, un changement conceptuel et opérationnel que le paradigme de praxis de responsabilité permet d'apporter d'une part, en écartant les pathologies et les déformations des acceptions mécaniques et désincarnées du développement humain et d'autre part, en créant les conditions objectives, justes et efficaces de sa gestion et de sa valorisation. C'est dans ce double mouvement de déconstruction/reconstruction que résident les sources de créativité et de légitimité des acteurs économiques, politiques et institutionnels mais aussi les piliers fondamentaux de la Civilisation, de la Démocratie et de la Santé du Développement.

Mots-clés : Développement humain, Praxis de responsabilité, Santé, Gouvernance.

INTRODUCTION

L'intégration de l'indice de développement humain (IDH) dans le cadre du Programme des Nations Unies pour le Développement (PNUD) depuis 1990 montre qu'un grand pas est franchi de la déclaration des droits de l'homme à la prise de conscience de son importance consubstantielle à la santé du développement qui, elle, se traduit non pas en termes de richesses économiques mais en termes de richesses d'accès à la santé, à l'éducation, à la qualité de vie. Selon le PNUD « le principal objectif du développement humain est d'élargir la gamme des choix offerts à la population qui permettent de rendre le développement plus démocratique et plus participatif. Ces choix doivent comprendre des possibilités d'accéder aux revenus et à l'emploi, à l'éducation et aux soins de santé et à un environnement propre ne présentant pas de danger. L'individu doit également avoir la possibilité de participer pleinement aux décisions de la communauté et de jouir des libertés humaines, économiques et politiques ».

Les droits humains et sociaux sont alors considérés comme dimensions constitutives du développement, ce qui valide le caractère insécable du développement humain et de la santé du développement. Et la spécification du développement humain en indices et en objectifs à atteindre est là pour l'attester. L'indice « santé » mesure la satisfaction des besoins matériels tels que l'accès à une alimentation saine, à l'eau potable, à un logement décent, à une bonne hygiène et aux soins médicaux. L'indice « éducation » mesure le taux d'alphabétisation et le taux de scolarisation et plus globalement la satisfaction des biens immatériels tels que la capacité à participer aux prises de décision sur le lieu de travail ou dans la société. L'indice

* Maître de Conférences, Université Lille 3 et membre du comité scientifique du Centre Nord-Sud de Recherches en Sciences Sociales (NRCS, Agadir-Maroc). e-mail : helene.nikolopoulou@orange.fr

« niveau de vie » concerne les éléments de la qualité de vie qui ne sont pas décrits par les deux indices précédents.

Un deuxième pas est alors franchi, de la prise de conscience du caractère insécable développement humain – santé du développement à la nécessité de son accomplissement effectif. Or, si en effet deux grands pas sont franchis, il n'en reste pas moins que la voie de son accomplissement est souvent semée d'embûches et de dysfonctionnements qui non seulement obstruent l'efficacité de son actualisation mais engendrent aussi des effets pervers et des coûts préjudiciables tant sur le plan humain que sur le plan économique. A ce propos, le *rapport mondial sur le développement humain 2005* souligne explicitement les coûts humains des objectifs manqués et des promesses non tenues.

Un autre grand pas reste alors à franchir, celui de la nécessité de son accomplissement effectif à la réalité de son actualisation concrétisée dans les faits, ce qui implique objectifs atteints, promesses tenues, passage du caractère insécable « développement humain – santé du développement » à la réalité non sécable. C'est là que résident les enjeux des politiques managériales des acteurs économiques, politiques et institutionnels, à savoir la mise en place de moyens appropriés, de plans d'action et de stratégies d'intervention, de méthodes et d'outils de gestion, de programmes de formation, de structures organisationnelles et de règles de conduite, bref de pratiques de gestion aptes à répondre efficacement à la demande de sa valorisation.

La réponse à ces enjeux se trouve dans la prise de responsabilité. Néanmoins, les acceptions classiques de la responsabilité ne disposent pas des éléments conceptuels et opérationnels pertinents et adéquats pour déstructurer, à leur racine, les embûches de son accomplissement effectif en créant ainsi les conditions objectives et propices à sa gestion et à sa valorisation. C'est dans le souci de délimiter un terrain conceptuel et opérationnel apte à répondre efficacement à la valorisation du développement humain que nous proposons la praxis de responsabilité comme nouveau paradigme et nouvelle ligne de conduite apportant de nouvelles significations tant sur le plan sémantique (conceptuel) que sur le plan pratique (mode de gestion).

En s'inspirant de la pensée aristotélicienne et notamment du couplage médiété/médiation, dont nous analysons les caractéristiques intrinsèques et les apports croisés, nous l'utilisons comme matrice conceptuelle et opérationnelle dans une double perspective, comme outil de redéfinition des acceptions classiques de l'acteur, de l'action et de la responsabilité et comme outil de transformation des représentations, des modes d'agir et des rapports relationnels (1). La praxis de responsabilité dispose d'un nouveau cadre de référentiels et d'action dont l'application au sein des institutions permet non seulement la valorisation du développement humain mais aussi la valorisation des acteurs chargés de le gérer en assurant à la fois la santé de la vie humaine, la santé du développement humain, la santé du développement, de la démocratie et de la civilisation (2).

1. La praxis de responsabilité : Catégories conceptuelles et dimensions opérationnelles

Les caractéristiques intrinsèques de la médiété, à caractère socio-anthropologique et téléologique, lui accordent le statut d'une ligne de conduite, d'un mode d'agir et de rapports relationnels tandis que la spécificité de son fonctionnement comme moyen de déstructuration/restructuration lui accorde le statut d'une conception réorganisatrice des représentations. Ce double statut confère à la médiété le rôle de pratique régulatrice et transformatrice (1.1). C'est grâce à cette double qualité que la médiété a une utilité

méthodologique et opérationnelle dans la mesure où son intégration comme médiation (tiers inclus) dans les situations d'action et dans les représentations des acteurs permet d'apporter tant des redéfinitions sur le plan sémantique (conceptuel) que des transformations sur le plan pratique (modes d'agir) (1.2). Le couplage médiété/médiation comporte ainsi les ingrédients conceptuels et opérationnels pour redéfinir les notions d'acteur, d'action et de responsabilité et notamment pour combler la scission fondamentale des acceptions classiques de la responsabilité avec les éléments constitutifs de la praxis. La praxis de responsabilité se pose ici comme un nouveau paradigme apte à répondre aux enjeux de la valorisation du développement humain (1.3).

1.1. La médiété comme pratique régulatrice et transformatrice

L'acception de la médiété comme pratique régulatrice et transformatrice ne peut être appréhendée que dans le cadre global de la praxis aristotélicienne et de ses lignes directrices que l'on résume succinctement en trois points. La première ligne directrice concerne le caractère foncièrement systémique de son approche dans la mesure où les notions employées ainsi que leurs significations sont en interrelations constantes formant une unité organique où se trouvent enchevêtrées « l'éthique d'action et l'éthique de responsabilité » (Nikolopoulou, 2008). La deuxième ligne directrice réside dans la conjonction d'une double approche socio-anthropologique et téléologique-praxéologique selon laquelle l'homme est considéré comme un « animal politique », un acteur producteur de sens qui agit dans le but de l'intérêt général et qui apprend à transformer ses représentations étriquées et ses positions autistes au moyen de l'apprentissage paideutique. La troisième ligne directrice porte sur le caractère foncièrement axiologique de la praxis aristotélicienne, conçue sur une ligne de démarcation, de rupture et d'incompatibilité de la vertu par rapport au vice et cette ligne de démarcation nécessite une capacité de jugement et d'évaluation, de visibilité et de tri entre ce qui relève de la vertu et ce qui relève du vice. Cette ligne de démarcation est nécessaire et indispensable pour l'intérêt général et elle s'apprend et se construit dans et par l'apprentissage paideutique.

La médiété est une notion qu'Aristote a employé pour spécifier et opérationnaliser ces trois lignes directrices. C'est pourquoi, il la désigne comme une vertu en soi. La vertu exprime, dans la pensée aristotélicienne, un habitus, à savoir une pratique exercée de façon durable et permanente, appliquée et accomplie concrètement dans et par les actes, dans et par les moyens appropriés, dans et par les résultats concrets et cohérents. Elle n'est donc ni une pratique exercée provisoirement ou occasionnellement ou de façon passagère, ni une disposition relevant du domaine du souhait, de la volonté, des préférences ou des intentions inaccomplies, sans passage à l'acte et sans résultats effectifs. La vertu n'est pas une qualité innée mais une qualité acquise, construite et apprise.

Or, si la médiété est une pratique-vertu, de quel type s'agit-il ? Il importe de reprendre, à ce propos, la distinction entre les vertus dianoétiques et les vertus éthiques. Selon Aristote, les vertus dianoétiques sont acquises avec l'expérience et le temps et dans une large mesure par l'enseignement tandis que les vertus éthiques sont acquises par la recherche de l'homme lui-même, recherche qui consiste à trouver le moyen qui convient, « ce qu'il faut », afin d'arriver à la Vertu Totale : la vie bien-heureuse (eudaimonia) et la justice, les deux étant intrinsèquement liées.

La médiété est une vertu éthique. La signification de l'éthique dans la pensée aristotélicienne n'est pas le devoir moral de type kantien mais elle constitue le principe et la finalité de la praxis humaine : le bien commun, l'intérêt général, ce que résume la formule pertinente de Ricœur (1990), le « bien vivre ensemble avec et pour autrui dans des institutions justes ». En

d'autres termes, la médiété comme vertu éthique a un double caractère, socio-anthropologique et téléologique-praxéologique. Le terme « politique » se traduit par l'intégration de l'intérêt de l'autre dans l'intérêt de soi et se distingue du vice « despotique » des rapports de domination et de fixation sur l'intérêt de soi.

Et c'est dans ce caractère socio-anthropologique que réside la première dimension de la médiété comme ligne de conduite, un mode d'agir et de penser, un mode de rapports relationnels régi par les logiques de la complémentarité, de partenaire, de l'intercompréhension, de l'ouverture sur autrui. La deuxième dimension de la médiété a un caractère téléologique, à savoir une action finalisée avec finalité puisqu'elle fixe, en elle-même, la finalité de l'intérêt général, elle œuvre pour l'accomplissement de cette finalité dans les faits concrets et elle met en application cette finalité en utilisant, comme moyen pour y arriver, une position ferme qui s'éloigne à égale distance des différentes formes de vices. Elle est, en même temps, une ligne de conduite en chaîne finalisée puisqu'elle intègre dans une unité indissociable la finalité, les moyens, l'application, les résultats et les conséquences de l'action.

La médiété est donc une vertu-pratique appliquée comme vertu-moyen pour arriver à la vie bien heureuse et à la justice et en même temps la médiété est une vertu-résultat. Que signifie ce triple usage ? La médiété n'est pas une donnée mais elle est à construire : c'est l'œuvre réalisée par les acteurs de médiété qui mettent en mouvement la médiété et sa ligne de démarcation à égale distance par rapport aux formes constitutives du vice comme cadre de référentiels guidant leurs actions et leurs interactions. Ce cadre de référentiels est forgé dans un double combat inextricablement lié : le combat pour intégrer l'intérêt général dans l'intérêt de soi et le combat contre les vices qui, dans la pensée aristotélicienne, revêtent plusieurs formes et non pas une seule. Les représentations étriquées, les positions autistes, les inégalités sont parmi les déviations multiples et variées qui annulent la finalité de la praxis humaine qui est l'intérêt général spécifié dans le bien vivre ensemble dans des conditions justes et équitables.

Le cadre des référentiels de la médiété est forgé dans ce double combat car l'intérêt général n'est pas une addition d'intérêts privés mais la participation commune à sa définition et l'action commune à son accomplissement. Or, si chacun se campe sur l'intérêt de soi ou s'il appréhende l'intérêt général selon une représentation partielle, partielle et unidimensionnelle ou s'il agit sans dialoguer avec et pour l'autre ou s'il dialogue avec l'autre mais sans prendre en compte les aspirations et les besoins de l'autre ou si ses actes causent des préjudices à autrui, il en résulte des conséquences perverses : la déformation du sens de l'intérêt général, son annulation dans les faits et ses effets boomerang sur l'intérêt de chacun et de tous.

Or, si la médiété est bien forgée dans ce double combat, c'est grâce à son mode de fonctionnement. La médiété n'est pas seulement une pratique à caractère socio-anthropologique et téléologique mais aussi une pratique régulatrice et transformatrice. Le cas de la gouvernance de médiété est ici illustratif. Dans *La Politique*, Aristote désigne, par gouvernance de médiété, la création d'une nouvelle composition combinant une pluralité de facteurs dépourvus de formes déviantes. Elle est, selon lui, la meilleure forme de gouvernance puisqu'elle réunit plusieurs facteurs tout en leur ôtant les déviations.

Cette application est significative à plusieurs égards. Elle met en évidence que la médiété n'est pas seulement une ligne de conduite qui prend position contre les formes déviantes du vice mais aussi un moyen de déstructuration/restructuration : déstructuration des différentes formes déviantes du vice, de leurs causes et de leurs effets pervers et restructuration d'un

nouveau cadre multi-facteurs rassemblant une diversité d'éléments pertinents, cohérents et sans déviations. Cette double fonction de déstructuration et de restructuration peut avoir lieu au sein d'une forme de gouvernance déjà constituée comme elle peut donner lieu à la création d'une nouvelle composition en réunissant les facteurs qui existent déjà mais qui ne sont pas réunis ensemble à cause de leur appartenance à des formes de gouvernance déjà instituées en opposition.

Dans tous les cas, il est clair que la médiété n'est ni un juste milieu au sens d'une quelconque composition des mixtes, ni une position intermédiaire entre les extrêmes, ni une synthèse des vices et des vertus, ni un compromis ou conciliation avec le vice mais une façon d'être, de penser et d'agir, de se réguler et de se gérer, de gérer et de gouverner, de réguler et de transformer. Elle est une ligne de conduite qui se fixe en elle-même un mode d'agir et des rapports relationnels fondés sur une ligne de démarcation, de rupture et de combat sans concessions contre les vices et, en même temps, elle est une conception réorganisatrice des représentations, des modes d'agir et des modes des rapports relationnels. C'est grâce à cette double spécificité intrinsèque, comme une règle en soi et un mécanisme de régulation que ses extensions d'application sont possibles à la fois sur le plan méthodologique et opérationnel.

1.2. Le couplage médiété/médiation et leurs apports croisés

Comment intégrer la médiété dans les situations d'action et dans les représentations, quel est son mode de fonctionnement et quels effets produit-elle ?

La première fonction de la médiété est méthodologique et son fonctionnement est celui de la médiation ou de l'opérateur de reliance. On se réfère ici à La méthode de Morin (2004) et notamment à la distinction entre le paradigme de complexité et le paradigme de disjonction. Le paradigme de complexité désigne une base « dialogique » réalisée après une opération de « reliance » des conceptions qui se trouvent déliées et disjointes. La constitution de cette base dialogique nécessite la fonction médiatrice de concepts à l'aide desquels on arrive à dépasser la disjonction et à réaliser la reliance, ce que Morin appelle « opérateur de reliance ».

Selon Bolle de Bal (2003), le paradigme de déliance est socio-historiquement déterminé et renvoie aux rationalisations polymorphes visibles à plusieurs niveaux, socio-culturel, économique, technique, psychologique, organisationnel. Le présupposé fondamental de la déliance est la disjonction des conceptions en pôles séparés et auto-référentiels et la désagrégation de leurs liens. La déliance désigne alors la déformation de sens des représentations et provient de l'absence des médiations régulatrices et transformatrices dont l'intégration permet la reliance entendue comme restauration de sens. La reliance n'est donc pas une simple liaison mais une redéfinition conceptuelle apportant de nouvelles significations (Nikolopoulou, 2008, 2007).

Dans cette perspective de restauration de sens, la médiété est une médiation régulatrice et transformatrice. Son rôle consiste à relier les éléments disloqués et compartimentés, à les réunir sur une nouvelle base de composition plurielle et cohérente et à ôter leurs déformations. Elle efface les hiatus, scissions et lignes de démarcation présentes dans les acceptions classiques et génératrices d'oppositions apparentes et inopérantes. Et, en les effaçant, elle déstructure la distorsion du contenu sémantique et restructure les conceptions en apportant un nouveau contenu sémantique. Par ce fait, elle déplace le curseur sur une nouvelle ligne de démarcation, de séparation et de rupture en posant ainsi les jalons de nouveaux référentiels.

Or, si la médiété se met à redéfinir les conceptions, c'est dans le but de leur donner de nouvelles significations. Car, la médiété porte en elle le caractère socio-anthropologique et téléologique des modes d'agir et des rapports relationnels ainsi que le mode de fonctionnement de conception réorganisatrice des représentations. Elle est donc porteuse des ingrédients conceptuels et opérationnels qui, activés au sein des situations d'action, enclenchent un processus de déstructuration/restructuration, qu'il s'agisse de l'agir individuel et/ou organisationnel, de l'agencement de l'action et des méthodes de gestion, des lignes de conduite et des stratégies d'acteur.

La médiété est donc à la fois une ligne de conduite et un paradigme, un concept organisateur, régulateur et transformateur des modes d'action et des représentations. Elle efface l'hiatus entre pensée et action, entre agir individuel et agir organisationnel pour déplacer la ligne de démarcation sur un autre terrain, celui du combat pour l'intérêt général et contre les causes de son annulation. C'est alors grâce à cette double qualité de ligne de conduite et de paradigme que la médiété a une utilité méthodologique et opérationnelle puisque les transformations induites sont palpables tant sur le plan sémantique (conceptuel) que sur le plan pratique (modes d'agir).

Comment cette double qualité s'acquiert-elle et avec quels outils d'aide ? La clé de voûte est l'apprentissage paideutique fondé sur la structure ternaire du dialogue dont la figure emblématique est la méthode dialectique de Socrate dite méthode maïeutique. Le but de l'apprentissage paideutique (et de la méthode maïeutique) est de renforcer la capacité de visibilité, d'évaluation et de jugement des acteurs afin d'intégrer la médiété dans leurs représentations et dans leurs modes de penser, d'agir et d'interagir et de l'appliquer de façon généralisée, permanente et durable. Autrement dit, la médiété prend, dans la structure du dialogue, une position symbolique d'un tiers inclus, d'un troisième pôle qui médiatise le dialogue entre les différents participants.

En fixant la médiété comme médiation régulatrice du dialogue, l'apprentissage paideutique met en mouvement un dialogue en boucle transversalisé par la médiété et constitué de trois types de dialogue transversaux : le dialogue de soi, avec et pour autrui. Le dialogue de soi joue un double rôle, celui d'un aiguiseur critique au sens de la « théorie critique » de l'École de Francfort (Marcuse, 1968) et celui d'un exercice permanent et durable des pratiques remettant en cause les formes établies et/ou les formes cachées de la domination. Le dialogue avec et pour autrui consiste à prendre en compte l'intérêt de l'autre et l'intérêt général dans l'intérêt de soi et à œuvrer pour les satisfaire. Dans cette perspective, l'apprentissage paideutique est un outil d'aide en vue d'instaurer un dialogue authentique, où les intérêts des uns et des autres se co-réfèrent entre eux et se réfèrent mutuellement à la médiété, à savoir prendre conscience des lignes de démarcation apparentes et inopérantes, renouveler le regard et la visibilité sur les véritables causes génératrices d'effets pervers, évincer les positions auto-référentielles et auto-centriques, les représentations partiales et partielles, les acceptations étriquées et compartimentées, les logiques hégémoniques de domination.

C'est dans l'apprentissage paideutique et le dialogue en boucle que l'on trouve les germes de la responsabilité et de la responsabilisation d'autrui qui, même si elles n'étaient pas alors désignées comme telles, constituent aujourd'hui le fondement de la médiation. La médiation est une pratique institutionnelle de gestion des conflits qui intervient dans plusieurs domaines privés et publics (juridique, social, économique, etc.) en vue d'instaurer la confiance, la reconnaissance réciproque et la mutualisation des intérêts. La démarche de médiation transforme, grâce à l'inclusion du médiateur comme tierce personne, la structure du dialogue en trois pôles. Néanmoins, le rôle du médiateur ne consiste pas à imposer une décision

unilatérale ou un accord forcé mais à responsabiliser les parties concernées afin qu'ils trouvent un accord durable et satisfaisant leurs intérêts de façon équitable.

C'est ainsi que la médiation est un processus de responsabilisation d'autrui car son objectif est d'aider à enrichir les représentations, à décentrer les positions auto-centriques et à se déplacer mutuellement mais la prise de décision et la conclusion d'un accord incombe aux parties concernées comme il leur incombe également les transformations de leurs représentations et de leurs déplacements envers autrui. C'est pourquoi, le rôle du médiateur est neutre et impartial mais le contenu sémantique de ces termes est à préciser puisque la neutralité et l'impartialité du médiateur signifie absence de parti pris. En revanche, le médiateur ne doit pas être neutre par rapport à la ligne de conduite de la médiété dont il est naturellement le porteur et le transmetteur.

Le couplage médiété/médiation est un flux d'apports croisés. La médiété seule, sans être intégrée comme tiers inclus dans l'agir individuel et/ou organisationnel, ne peut pas être activée comme médiation régulatrice. Elle reste une règle sans régulation tandis que la médiation seule, sans la règle de la médiété, est un simple chaînon intermédiaire n'exerçant aucune fonction régulatrice et transformatrice de l'acteur et de l'action.

C'est dans cette perspective que le couplage médiété/médiation est ici utilisé comme une matrice conceptuelle pour apporter de nouvelles significations à la notion d'action, d'acteur et de responsabilité. Le paradigme de praxis de responsabilité consiste à réunir les éléments pertinents et aptes à répondre à la valorisation du développement humain en comblant notamment la scission fondamentale des acceptions classiques de la responsabilité avec les dimensions constitutives de la praxis, socio-anthropolitique et téléologique.

1.3. La matrice médiété/médiation, fondement de la praxis de responsabilité

Les acceptions classiques de la responsabilité, qu'elles soient conséquentialistes ou déontologiques, réduisent la responsabilité soit à un devoir moral de type kantien sans évaluation des conséquences des actes soit à une évaluation des conséquences des actes indépendamment du devoir moral. C'est la principale critique pertinente que Jonas (1990) a émis à cette conception compartimentée de la responsabilité en ouvrant ainsi la perspective de réunir et de fixer au sein de la responsabilité trois types d'éthique : l'éthique-principe, l'éthique-application et l'éthique-précaution.

Cette perspective ouvre une nouvelle question : comment et avec quels outils conférer à la responsabilité un statut à la fois socio-anthropolitique et téléologique-praxéologique, à savoir l'appréhender comme une chaîne intégrée finalité-moyens-résultats, un modèle de régulation de l'agir et des rapports relationnels, un mode d'apprentissage paideutique et, en même temps, lui fournir un nouveau cadre de référentiels, un nouveau cadre d'action, une nouvelle ligne de démarcation, un nouvel appareillage conceptuel et opérationnel. En d'autres termes, il s'agit de dégager les postulats implicites aussi bien des acceptions classiques de la responsabilité que celles de l'acteur et de l'action et de procéder à la déstructuration de leur contenu sémantique en les restructurant avec de nouvelles significations.

C'est pourquoi, la matrice conceptuelle médiété/médiation est utilisée ici pour procéder à ce double mouvement de déstructuration/restructuration en reliant la scission fondamentale entre praxis et responsabilité classique. En quoi consiste cette scission et quelles significations implique-t-elle?

Premièrement, la responsabilité classique ne fixe pas en elle-même le choix délibéré qui est le critère déterminant de la médiété. Le choix délibéré désigne le critère axiologique pour la vertu. En écartant le choix délibéré de son exercice, la responsabilité se trouve soit réduite à assumer les conséquences des actes accomplis auquel cas la sphère du choix est exclue d'office, soit elle réduit elle-même le choix à une affaire de volonté ou à une obligation morale. Dans les deux cas, la responsabilité est démunie de critère axiologique, ce qui signifie que la responsabilité est devant une bifurcation de choix ayant une valeur équivalente dont elle assume les conséquences soit pour la vertu soit pour le vice. Or, le choix délibéré, n'étant nullement synonyme de volonté ou de devoir, il est forgé fondamentalement sur la dissymétrie entre la vertu et le vice, ce qui implique que la fixation du choix délibéré au sein de la responsabilité la positionne résolument du côté de la vertu.

Deuxièmement, le choix délibéré dans la pensée aristotélicienne ne se limite pas au choix pour la vertu mais il s'agit de l'action délibérée : la pratique exercée selon la vertu de l'intérêt général. La responsabilité classique laisse ainsi en friche la sphère de l'action finalisée avec finalité n'ayant pas le critère axiologique à l'aune duquel sont évalués le but, les moyens mis en place et les résultats de l'action. Sans cadre de référentiels et sans cadre d'action, la responsabilité est dépourvue d'office du caractère téléologique-praxéologique comme du caractère socio-anthropologique de l'agir individuel et/ou collectif, des représentations et des modes de rapports relationnels. Elle se trouve bornée, soit à une acception passive et défensive, soit à une acception de sanction, de charge et d'exercice de tâches confiées, soit à une acception de responsabilité individuelle en évinçant la dimension sociale de l'agir individuel et l'intégration de l'intérêt de l'autre dans l'intérêt de soi. Elle ne peut donc être, ni une responsabilité-compétence qui s'acquiert et qui s'apprend, ni un outil d'apprentissage et de responsabilisation d'autrui.

Enfin, la scission entre praxis et responsabilité est porteuse non seulement de significations concernant le statut de la responsabilité mais aussi de significations affectant le statut de l'acteur. Les postulats implicites d'un acteur auto-déterminé de type cartésien ou, au contraire, d'un acteur déterminé par les contraintes de l'interaction avec autrui véhiculent un certain nombre d'hiatus apparents et inopérants qui empêchent l'acteur de perfectionner sa capacité d'évaluation, de jugement et de visibilité sur les véritables causes de déviations, et d'œuvrer pour son perfectionnement et le perfectionnement d'autrui. Est exclue d'office, l'autonomie, au sens de Castoriadis (1996), à savoir la capacité de l'acteur à instituer et à participer à l'élaboration de règles.

C'est grâce à la déstructuration de ces postulats implicites et de leurs lignes de démarcation inopérantes que la praxis de responsabilité dispose dorénavant du statut de pratique régulatrice et transformatrice et d'un espace naturel d'exercice, l'espace de médiation, où se déterminent et s'activent à la fois le cadre de ses référentiels, le cadre de son action et sa nouvelle ligne de démarcation. Par espace de médiation, nous entendons un mode d'organisation et de régulation de l'agir et des rapports relationnels fondé sur le dialogue en triple boucle (de soi, avec et pour autrui). La principale caractéristique de l'espace de médiation est qu'il n'est pas contextualisé en termes géographiques mais en termes de ligne de conduite commune selon le modèle de partenaire et de ligne de rupture commune avec le modèle de domination. Cela signifie que les acteurs non seulement prennent conscience des effets pervers du modèle de domination dans leurs interactions mais aussi dans leurs rapports avec l'environnement et qu'ils œuvrent, chacun dans leur périmètre d'action, dans le but d'étendre le modèle de partenaire à l'ensemble de leurs rapports y compris avec le temps.

La perspective ouverte par Jonas apporte ici un éclairage significatif puisqu'elle remet en cause les effets pervers de la domination de l'homme sur la nature, ce que résume la notion de « pouvoir sur le pouvoir » mais aussi parce qu'elle met en évidence une temporalité élargie d'exercice de responsabilité, ce que résume la notion de précaution. Le principe de précaution chez Jonas s'inscrit dans une logique organique du temps où l'avenir est encastré dans le présent et non pas dans une logique compartimentée ou dans une logique des événements immédiats. La précaution n'est donc pas une prévention où le risque de l'éventuel est hypothétique mais elle exprime, comme le démontre Dupuy (2002), une action ayant un temps historique, où le risque de l'éventuel affecte le présent et produit des effets sur le réel. Ainsi contextualisé, l'espace de médiation constitue un cadre de référentiels communs sur lesquels s'alignent les acteurs, un cadre d'engagements communs, un cadre d'action pluriel, élargi et enrichi avec de nouvelles représentations et de nouvelles formes de concertation et de coordination. Et, dans le même temps, l'espace de médiation constitue une ligne de visibilité commune des déviances qui, étant souvent invisibles, nécessitent de nouvelles missions de responsabilité de l'acteur. L'acteur responsable est un acteur de médiété qui, fixant le dialogue en boucle dans ses représentations et modes d'agir, l'active en permanence en aidant autrui à le fixer dans ses propres représentations et modes d'agir. Il devient ainsi un acteur de responsabilisation d'autrui, un acteur-médiateur et un acteur-producteur de normes ancrées sur « l'intercompréhension intersubjective » (Habermas, 1987, 1992) mais aussi un acteur producteur de ruptures contre les inégalités, l'iniquité et la domination.

En cristallisant structurellement, en son sein, les règles de fonctionnement de l'espace de médiation ainsi que les trois postures du dialogue de soi, avec et pour autrui, la praxis de responsabilité n'est pas seulement une ligne de conduite mais aussi un processus cyclique articulant, dans une unité organique, trois composants cohérents et insécables : la responsabilité de soi (se remettre en question et agir en conséquence), la responsabilité envers autrui (tenir compte des besoins et aspirations d'autrui), la responsabilité pour autrui (œuvrer pour aider autrui à apprendre à se remettre en question). La praxis de responsabilité est alors un double apprentissage, une compétence qui s'acquiert et qui s'apprend dans et par l'action et une compétence qui transmet des connaissances qui éduquent l'action et l'acteur.

C'est grâce à cette qualité de la structure, de l'objet et des modalités du dialogue que la praxis de responsabilité est une forme de savoir en soi ayant une signification majeure sur la valorisation de l'acteur puisqu'elle déstructure les deux bémols qui freinent l'exercice de l'action, l'ignorance et les contraintes et, dans le même temps, elle déstructure la ligne de démarcation inopérante entre l'individualisme méthodologique et l'holisme méthodologique. La nouvelle ligne de démarcation est celle d'une ligne de conduite dans laquelle sont gravés les référentiels de la médiété/médiation, ce qui signifie que la responsabilité de l'agir individuel comme la responsabilité de l'agir organisationnel ont les mêmes référentiels : ceux d'une pratique régulatrice et transformatrice sur la base de l'espace de médiété/médiation.

Par ailleurs, cette nouvelle ligne de démarcation est utile et nécessaire puisqu'elle ne se livre pas à reproduire la logique du déversement de la responsabilité sur autrui mais seulement elle tend à renforcer le potentiel de la créativité des acteurs tout en renforçant leur visibilité sur les exigences d'autrui à satisfaire et sur les moyens appropriés à mettre en place. La nouvelle ligne de démarcation est donc une nouvelle boîte d'outils, un nouveau flux d'informations et de connaissances, une source de nouvelles possibilités d'action, une nouvelle méthode de gestion et de valorisation du développement humain.

C'est grâce à cette qualité d'être à la fois un cadre contextualisé (cadre de référentiels, cadre d'action, etc.) et un cadre contextualisable dans des situations différentes d'action que la

praxis de responsabilité est appliquée au développement humain comme un nouveau paradigme et une nouvelle pratique régulatrice et transformatrice en posant à la fois les jalons et les limites des politiques managériales et des stratégies d'intervention. Cela fera l'objet de la section 2.

2. La praxis de responsabilité appliquée au développement humain

La praxis de responsabilité appliquée au développement humain pose dès le départ son parti pris, ses lignes de démarcation et sa ligne de conduite, traduite par la considération du caractère insécable de la « valorisation du développement humain – santé du développement » et par la concrétisation non sécable dans les faits. Les référentiels de l'espace de médiété/médiation à caractère socio-anthropologique et téléologique constituent, à cet égard, le terrain propice de la santé du développement et le levier opérationnel de la valorisation du développement humain (2.1). Les référentiels de l'espace de médiété/médiation véhiculent également une conception de valorisation du développement humain qui déstructure les représentations déformatrices en termes de charité et les restructure en termes d'autonomisation et d'émancipation, ce qui confère au développement humain la capacité d'être le levier opérationnel, l'acteur et le producteur de la santé du développement (2.2).

2.1. L'espace de médiété/médiation finalisé avec finalité

Le caractère insécable de la « valorisation du développement humain – santé du développement » est le parti pris de la praxis de responsabilité et il détermine sa ligne de conduite sur deux axes. Le premier axe préconise l'unité organique entre les éléments constitutifs de la santé du développement et les éléments constitutifs de la valorisation du développement humain, à savoir que la valorisation du développement humain se réalise au moyen des mêmes référentiels que ceux de la santé du développement. Cette consubstantialité signifie explicitement que le développement humain n'est pas une valeur abstraite, une donnée *a priori* ou un principe sans action mais une valeur en soi et un potentiel de valorisation à construire dans et par la création des mêmes conditions que celles assurant la santé du développement. Le deuxième axe de la praxis de responsabilité est le passage du caractère insécable à l'accomplissement non sécable dans les faits, ce qui implique la mise en place du processus de déstructuration/restructuration : déstructuration des obstacles qui freinent ce passage et restructuration d'une ligne de conduite contextualisée réunissant un cadre de référentiels communs et sains, un cadre pluriel d'action et un cadre de missions renouvelées des acteurs.

Nous inscrivons le terme ligne de conduite contextualisée dans une problématique réunissant, dans une unité organique, représentations d'acteurs et guides d'action. Cette problématique rompt aussi bien avec la dichotomie classique entre pensée et action qu'avec « la vision opportuniste de la rationalité » (Orléan, 2004, 1997). Selon Orléan, la vision opportuniste de la rationalité ne prend pas en compte l'articulation entre économie et sciences sociales alors que les études expérimentales montrent que les individus sont spontanément beaucoup plus coopératifs que ne le prévoit la théorie économique classique. L'auteur critique ainsi « l'approche décontextualisée des comportements » plaquée sur « la vision opportuniste de la rationalité » et il propose l'approche contextualisée qui consiste à étendre le principe de rationalité aux croyances, ce qu'il appelle « hypothèse d'anticipations rationnelles ». Il s'agit de « soumettre les croyances et les opinions individuelles aux mêmes principes d'arbitrages et d'efficacité que ceux qui commandent aux actions. Les croyances sont considérés comme des moyens et c'est alors l'intégralité de la conduite individuelle qui passe sous le contrôle de la rationalité instrumentale » (Orléan, 1997).

Quant au terme santé du développement, nous l'inscrivons dans une problématique réunissant « la politique de la civilisation » (Morin, 1997), « la santé des droits humains » (Nussbaum, 1999), la capabilité (Sen, 2002), la démocratie au sens de « l'exercice de la raison publique » (Rawls, 1997). Cette problématique pose une ligne de rupture par rapport aux acceptions classiques du développement, du développement humain, de la santé, de la démocratie. La politique de la civilisation rompt avec l'acception classique du développement conçu comme « une sorte de machine dont la locomotive serait technique et économique et qui conduirait par elle-même les wagons, c'est-à-dire le développement social et humain » (Morin, 1997). La « santé des droits humains » rompt avec une acception vague et universelle des droits de l'homme comme elle rompt aussi avec une acception réduisant la santé à l'hygiène. L'accès à l'éducation, à l'emploi, à l'information, à la qualité de vie, à la santé publique sont des dimensions constitutives du développement humain visant à augmenter la capacité de l'individu d'être un acteur avec possibilités, choix et liberté d'action, ce que résume le concept de capabilité. Enfin, l'exercice de la raison publique (Rawls, 1997) désigne la démocratie, non pas dans une acception réductrice en termes de vote mais comme « la possibilité donnée aux citoyens de participer au débat politique et d'être ainsi en mesure de peser sur les décisions publiques » (Sen, 2004).

Ainsi forgée dans une double problématique de ligne de conduite contextualisée et de santé du développement, la praxis de responsabilité appliquée au développement humain est un combat axiologique pour la démocratie, la santé des droits humains et sociaux, la liberté d'action, la reconnaissance mais aussi un combat axiologique contre les « pathologies sociales » (Honneth, 2007). Selon Honneth, les pathologies sociales ne se réduisent pas aux inégalités sociales mais elles renvoient à l'ensemble des violations de « l'auto-réalisation individuelle » qui, elle, désigne trois sphères inextricablement imbriquées de reconnaissance: la sphère de l'amour et des liens affectifs, la sphère juridico-politique et la sphère de la considération sociale. Ces trois sphères forment ce que Honneth appelle la justice sociale ou le bien être d'une société et constituent un mécanisme régulateur de la démocratie.

Cette double problématique met en évidence le caractère insécable de la santé du développement et de la valorisation du développement humain, à savoir que la valorisation du développement humain ne peut être réalisée qu'au sein d'un modèle de gouvernance contextualisé selon les principes de la démocratie, de la reconnaissance, de la santé des droits humains et sociaux. La question qui se pose maintenant est de savoir par quel moyen opérationnel passer du caractère insécable « valorisation du développement humain – santé du développement » à la réalité non sécable de son accomplissement effectif. Et ce moyen opérationnel est l'espace de médiété/médiation finalisé dans une chaîne intégrée et transversalisée.

L'espace de médiété/médiation finalisé est d'une part, un modèle d'action à caractère socio-anthropologique fixant en lui-même les référentiels communs de la santé du développement et de la santé du développement humain et d'autre part, un modèle d'action à caractère téléologique fixant en lui-même ces référentiels communs comme guide d'action et base évaluative à l'aune de laquelle sont évalués les résultats de l'action. Ces référentiels communs constituent ainsi le critère transversal qui, imprégnant à la fois la finalité, les moyens et les résultats, donne lieu à ce que nous appelons « chaîne intégrée et transversalisée ». L'application de ce modèle d'action comme modèle de gouvernance au sein des entreprises permet de créer le terrain propice à la gestion et à la valorisation du développement humain tout en déstructurant les pathologies managériales qui obstruent cette valorisation.

La principale pathologie managériale réside dans la déliance entre la rationalité factuelle et la rationalité axiologique. Cette déliance reproduit le schéma classique du développement et les acceptions factuelles qui en découlent consistent à considérer le but de l'entreprise en termes de maximisation des profits et le développement humain en termes de coûts et/ou de coûts-bénéfices. Dans le premier cas, le but de l'entreprise est la maximisation des profits et le développement humain est un coût à ajuster tandis que dans le deuxième cas, le but de l'entreprise intègre le capital humain et le développement humain se mesure en termes de coûts-bénéfices. L'approche de la comptabilité des ressources humaines en termes de coûts-bénéfices, inscrite dans la théorie du capital humain, se propose depuis son apparition dans les années 70 comme une démarche alternative aux acceptions classiques en termes de coût à ajuster en évaluant les bénéfices financiers que les ressources humaines procurent à l'entreprise par rapport à ce qu'elles coûtent à l'entreprise.

Ces acceptions factuelles, malgré leur différence apparente, se rejoignent toutefois sur le même dénominateur commun, celui des profits, puisque le développement humain est considéré soit comme un obstacle aux profits, soit comme un moyen de profits. Dès lors, une cascade de représentations déformatrices s'enchaînent pénalisant la santé de la vie humaine au travail. Le cas de troubles musculosquelettiques, la première maladie professionnelle en France, illustre bien nos propos ici puisque leur identification et leur traitement est une nécessité à la fois pour la santé des salariés et pour la santé du développement des entreprises. Des études réalisées par l'Agence Nationale pour l'Amélioration des Conditions de Travail montrent que parmi les obstacles freinant l'identification et le traitement des troubles musculosquelettiques se trouvent la considération des gestes professionnels et des salariés comme coût, l'absence de diagnostic des causes le plus en amont possible dans les projets de conception et d'investissements ainsi que le manque de concertation entre les partenaires sociaux.

En effet, le constat auquel se livrent ces études permettent d'établir une relation de cause à effet entre modèle de gouvernance et santé de la vie humaine, ce qui signifie en clair que la santé de la vie humaine n'est nullement une simple question médicale mais une question politico-stratégique des entreprises nécessitant la mise en place de l'espace de médiété/médiation finalisé comme modèle de gouvernance reliant santé de la vie humaine, santé du développement et santé du développement humain sur les mêmes référentiels et intégrant ces référentiels au cœur des pratiques managériales dans une chaîne intégrée et transversalisée. Cette reliance est d'autant plus nécessaire pour écarter les effets pervers des représentations déformatrices qui se traduisent sur le plan économique en termes de coûts de non qualité, de coûts dus aux modifications ultérieures des projets d'investissements (Nikolopoulou, 1998, 1997), de coûts sociaux et humains, de stress et d'absentéisme et, dans le même temps, sur le plan de la santé de la vie humaine en termes de « souffrance » et de déshumanisation au travail (Dejours, 1998).

Quels sont les modalités d'application de l'espace de médiété/médiation dans les entreprises et quels sont les effets de cette application pour l'individu et l'entreprise? Mettre le développement humain au cœur des pratiques managériales comme but à part entière de l'entreprise et non pas comme un simple outil de performance économique implique la reconnaissance de l'individu/acteur dans ses trois composantes intrinsèquement liées : la reconnaissance de l'individu dans son travail, la reconnaissance de l'individu dans sa subjectivité, la reconnaissance de l'individu à la fois comme personne et acteur de l'entreprise (Nikolopoulou, 2006). La reconnaissance de l'individu/acteur écarte également trois représentations déformatrices : celle de l'individu comme une simple subjectivité sans la valorisation de son travail, de son autonomie et de sa liberté d'action, celle de l'individu

comme une simple tâche à exécuter sans la valorisation de sa personne comme être humain et subjectivité, celle de l'individu comme une position auto-référentielle et auto-centrée sur elle-même en évacuant l'esprit d'équipe et de collaboration, ce qui conduit à l'effondrement des collectifs dans une utopie, un non lieu, un « lieu de non sens » (Weick, 2003).

Inscrire ces trois sphères de reconnaissance de l'individu/acteur dès l'amont de la politique de l'entreprise et les activer tout au long du processus de l'action managériale sont les conditions *sine qua non* pour que le développement humain puisse explorer ses effets exponentiels et apporter une valeur ajoutée, durable et solide tant au profit des individus qu'au profit des entreprises. La trame commune, ainsi produite, entre direction d'entreprise, management de proximité et salariés permet d'estomper les lignes de démarcation inopérantes entre pilotage stratégique et services fonctionnels/opérationnels et d'évincer plusieurs sources de tensions et d'incohérences au sein de l'entreprise. L'avantage principal de la chaîne intégrée et transversalisée est d'instaurer et/ou de restaurer la confiance mutuelle entre l'individu (acteur du travail) et l'entreprise (lieu de travail) en comblant l'hiatus entre aspirations affichées et objectifs manqués et en procurant une satisfaction partagée à la fois des aspirations de l'entreprise à l'égard de l'individu au travail et des aspirations de l'individu à la qualité de vie au sein et hors de l'entreprise.

L'espace de médiété/médiation finalisé dans une chaîne intégrée et transversalisée est le moyen opérationnel à la fois de la valorisation du développement humain et de la valorisation de l'entreprise. Les individus se valorisent comme personnes et acteurs, à savoir qu'ils augmentent la capacité de jugement et de décision, ils se développent par eux-mêmes, ils se responsabilisent. La valorisation du développement humain, ainsi produite, se re-injecte dans les entreprises et se traduit en termes de créativité et d'implication, de reconnaissance réciproque et d'osmose entre le sentiment d'être utile pour soi et le sentiment d'être utile pour autrui. La valorisation du développement humain devient une source d'apprentissage dynamique et une source de légitimité des acteurs institutionnels, économiques et politiques chargés de le gérer.

L'espace de médiété/médiation est le terrain naturel et propice de la responsabilisation des individus/acteurs où la responsabilité n'est pas conçue en termes d'assignation et d'exécution des rôles et des tâches mais en termes de pédagogie des représentations et stratégies d'acteurs, des modes d'agir et d'interagir, des modes de rapports relationnels avec soi, avec et pour autrui. La responsabilité en triple boucle, enracinée comme structure et règle de conduite dans la politique générale et dans le fonctionnement global de l'entreprise, diffuse une culture du dialogue et de décision permettant ainsi à l'entreprise d'être un acteur/régulateur en exerçant la responsabilité de soi, envers et pour autrui. En exerçant la responsabilité à triple boucle, l'entreprise n'hésite pas à remettre en cause sa façon de produire et de protéger l'environnement au lieu, par exemple, de subventionner les écoles de sa région en contrepartie de ses externalités négatives. Autrement dit, l'entreprise gagne une double légitimité à la fois comme acteur de régulation interne en enrichissant les instruments de gestion par des indicateurs tels que « les coûts humains du travail, les coûts sociaux de l'activité économique, les coûts écologiques » (Bartoli, 2003) et comme acteur de régulation externe en externalisant les résultats de son action sur le système écologique et socio-économique global.

L'avantage de la praxis de responsabilité est tentaculaire puisqu'elle est applicable dans les différentes situations d'action ayant, comme principe de base, le souci d'enclencher un processus de transformation généralisée des représentations et des modes de gestion qui, malgré les effets déstabilisateurs à première vue, est utile et nécessaire pour éliminer les conflits sans enjeux et dépensiers d'énergie, de temps et d'argent. La santé au travail, la santé

du développement humain et la santé du développement sont, en effet, le principe, le processus et le produit d'une lutte insécable, d'un combat contre les pathologies et d'un combat pour le bien vivre ensemble dans des conditions justes et équitables, de civilisation et de démocratie. Et le prix à gagner est considérable dans la mesure où c'est le développement humain qui devient levier opérationnel d'action, l'acteur et le producteur de la politique de la civilisation, de la gouvernance démocratique et de la santé du développement.

2.2. Le développement humain, acteur et producteur de la santé du développement

Si la praxis de responsabilité pose en ligne de mire le double combat, celui contre les représentations déformatrices et celui pour l'accomplissement non sécable « valorisation du développement humain – santé du développement », c'est pour mettre également l'accent sur les représentations déformatrices concernant le développement humain lui-même et les moyens inappropriés pour écarter les obstacles de son accomplissement.

Le Rapport arabe sur le développement humain 2005 du PNUD met en évidence la pauvreté comme un obstacle majeur du développement humain mais les propos de Kemal Dervip, Administrateur du PNUD, soulèvent la question épineuse de la voie appropriée pour le combattre : « la lutte contre la pauvreté n'est pas une campagne de charité, c'est une mission d'autonomisation ». Ces propos soulèvent en effet le postulat implicite qui est en filigrane derrière les acceptions de charité de l'aide au développement et du développement humain et qui est aussi également en filigrane derrière les acceptions de charité de la Responsabilité Sociale de l'Entreprise (RSE).

Le postulat implicite véhiculé par les acceptions de charité rejoint à cet égard le même postulat des approches déontologiques de la responsabilité laissant en friche les éléments constitutifs de la praxis, à savoir l'action régulatrice et transformatrice pour la liberté d'action et l'émancipation d'autrui. En assimilant la responsabilité aux initiatives volontaires des directions d'entreprises et en la limitant au simple respect de la nature et à la rémunération convenable des employés, les pratiques à vocation « philanthropique » (Renouard, 2007) ne pénètrent pas la sphère de la redistribution des ressources financières pour la décliner en accès à la formation et à l'information.

Or, les enjeux de la valorisation du développement humain sont directement liés à la nécessité de la réduction des inégalités et l'accès à la formation et à l'emploi sont les outils indispensables pour les enrayer. Néanmoins, la valorisation du développement humain ne consiste pas à prendre en considération un ou deux facteurs ou à les prendre en considération dans une logique compartimentée mais il s'agit d'une approche multi-facteurs et systémique dont les tenants et aboutissants sont en relation circulaire constante. L'accès à l'éducation et à l'emploi sont des outils certes indispensables mais ils ne suffisent pas, à eux seuls, à éradiquer les embûches invisibles à caractère socioculturel qui instillent de fausses lignes de démarcation entre les êtres humains et qui engendrent d'autres facettes d'inégalités, comme par exemple l'inégalité des sexes.

Quelle est la relation de cause à effet entre inégalité des sexes et santé ? Sen (2002) montre que l'inégalité des sexes, due aux comportements misogynes des hommes à l'égard des femmes dans le sous-continent indien, cause des préjudices lourds tant sur la santé publique que sur l'économie nationale (crise démographique) et que, malgré les efforts ascendants en faveur de l'éducation des femmes et de leur accès à l'emploi, les femmes reproduisent elles-mêmes ces inégalités en se soumettant aux valeurs admises. Sen s'appuie ici sur les travaux d'une équipe médicale britannique dirigée par David J.P. Barker qui fournit des preuves

médicales permettant d'envisager un lien de cause à effet entre le constat empirique des inégalités sanitaires dont sont victimes les femmes d'Asie du Sud et la forte incidence des maladies cardio-vasculaires dont sont victimes les hommes dans cette région.

Cette étude n'est pas exhaustive et on s'y réfère non pas pour analyser la question de l'inégalité des sexes mais pour s'arrêter sur trois points. Premièrement, les pathologies sociales sont multiples et variées et la visibilité de leurs origines reste souvent brouillée par les représentations ankylosées et encastrées dans les mentalités socioculturelles. Deuxièmement, ces représentations ankylosées sont partagées par ceux (les hommes) qui les émettent mais aussi par celles (les femmes) qui les subissent. Troisièmement, les représentations étriquées, aussi anodines qu'elles paraissent, créent de fausses lignes de démarcation entre les êtres humains, en l'occurrence ici entre hommes et femmes mais les préjudices que ces lignes de démarcation génèrent sont à la fois nocifs aux uns et aux autres, à l'intérêt général, à l'intérêt de soi-même, à la santé de la vie humaine, à la santé du développement humain, à la santé du développement. Enfin, les politiques publiques utilisées en matière d'éducation scolaire et pour l'insertion professionnelle des femmes ne suffisent pas à estomper les fausses lignes de démarcation et à déstructurer la racine profonde de leurs origines.

Le spectre des déviances et des embûches est donc assez multiforme et hétérogène et leur éradication exige l'effacement des fausses lignes de démarcation et un déplacement pour en créer une autre, celle de la responsabilité à triple boucle finalisée avec finalité dans la praxis de responsabilité. La valorisation du développement humain est le produit d'une ligne de rupture contre les pathologies tous azimuts qu'il s'agisse des inégalités sociales, de l'inégalité des sexes, des représentations étriquées, des rapports de domination. La praxis de responsabilité est une praxis socio-anthropologique et téléologique et son rôle est de faire de la lutte contre les pathologies une des priorités principales puisque leurs causes sont invisibles mais leurs effets pervers sont parfaitement et nettement visibles, palpables et mesurables tant sur le plan économique que sur le plan de la santé de la vie humaine.

La valorisation du développement humain n'est pas une affaire d'empathie compassionnelle mais la mise en application et l'exercice permanent et durable d'une compétence pratique et consubstantielle d'un mode de régulation d'agir et des rapports relationnels régis par les règles de médiété/médiation, règles extensibles tant sur les rapports avec l'environnement, les rapports entre acteurs économiques, politiques et institutionnels, les rapports interindividuels que sur les rapports entre États sur la scène internationale. La diversité croissante des acteurs et la multiplicité de leurs échanges dans le contexte de la globalisation impose des efforts croissants pour que ces rapports et interactions se déroulent dans l'espace de la médiété/médiation sur le fil conducteur de référentiels communs.

Les pathologies sont fabriquées et la praxis de responsabilité enclenche un processus de de-fabrication. L'éducation paideutique y apporte son utilité. Son enracinement dans les programmes de formation, dans les stratégies de communication, dans les écoles d'enseignement ne remplace pas les savoirs professionnels mais, au contraire, elle les aide à se mettre en dialogue constructif. Elle a un rôle de connaissance intégrative des savoirs professionnels et un rôle d'opérateur de reliance des savoirs compartimentés. Elle est un outil de réforme des mentalités, des modes d'action et des modes des rapports relationnels. Elle est un outil d'aide pour s'affranchir des contraintes de soumission aux discriminations déformatrices de la « pluralité de la condition humaine » (Arendt, 1983, 1995). Elle est un outil d'apprentissage utile pour la santé de la vie humaine et du développement. Elle est donc

un enjeu de société, des institutions, des familles, des médias, des établissements scolaires, des pratiques managériales en entreprise.

La prolifération des déformations à visage voilé ne peut pas être affrontée par des actions désordonnées, compartimentées et circonscrites dans tel ou tel domaine. La valorisation du développement humain est une approche systémique et exige une réponse systémique, à savoir des actions coordonnées et des stratégies d'intervention armées de la qualité du dialogue authentique. Or, le dialogue authentique n'est pas celui des monologues parallèles mais c'est la dialectique de la diversité et de l'unité ou, pour reprendre l'expression de Sen (2006), le multiculturalisme n'est pas un monoculturalisme pluriel mais un « multiculturalisme allant de pair avec la liberté culturelle ».

L'espace de médiété/médiation, comme espace du dialogue authentique, est une sympraxis, un mode de co-production de règles et de co-déplacements des stratégies d'acteurs qui se co-référent tout en se référant mutuellement aux référentiels régis par le modèle de partenaire et de symétrisation. Le dialogue authentique n'est pas à confondre avec le dialogue social entre partenaires sociaux mais l'application du dialogue authentique au dialogue social a des effets productifs puisqu'il redéfinit l'objet, les modalités et la structure du dialogue social sur la base d'engagements communs pour l'élaboration commune de l'intérêt général mais également sur la base d'engagements communs contre les impératifs factuels de la concurrence et ses préjudices nuisibles à la qualité de l'environnement et à la qualité de la vie humaine au sein et en dehors du travail.

Le dialogue authentique n'est pas une affaire d'arrangements mutuels et d'addition d'intérêts auto-référentiels pour reproduire les logiques de profits ou une « éthique mécanique servant à des fins productivistes » (Sen, 2002) mais une façon de dialoguer en fixant, chacun dans sa ligne de conduite, le dialogue avec soi, avec et pour autrui. Le dialogue mécanique, faute de référentiels communs et faute d'intégration de l'intérêt de l'autre dans l'intérêt de soi, devient une structure explicative et interprétative et *in fine* une structure inefficace, inactive et improductive à cause des immenses pertes de temps et d'énergie consacrés à l'échange des codes interprétatifs des uns et des autres. Le dialogue authentique est, en revanche un lieu de langages communs mais surtout une structure agissante dans laquelle les acteurs se meuvent en mettant en mouvement leurs représentations vers de nouvelles significations de sens, ce que nous appelons « praxis politique ». Comme le souligne Castoriadis (1996, p. 209), « la vraie politique n'est rien d'autre que l'activité qui, partant d'une interrogation sur la forme et le contenu souhaitables des institutions, se donne comme objet la réalisation des institutions jugées les meilleures et notamment de celles qui favorisent et permettent l'autonomie humaine ».

La praxis de responsabilité appliquée au développement humain est une praxis politique mais elle n'est pas réservée aux responsables politiques. La santé n'est pas un état ou une machine dont on traite les dysfonctionnements par des réponses médicales ou des instrumentations lourdes de gestion ou par de simples réformes de soins mais il s'agit d'une approche globale multi-facteurs nécessitant une approche globale d'organisation, de coordination, de concertation et de cohérence. Car, il ne suffit pas d'avoir une riche diversité d'acteurs, plans et moyens d'action si cette diversité n'est pas accompagnée d'une cohérence vertueuse entre les lignes de conduite et les politiques mises en œuvre, à savoir d'une cohérence fixant en elle-même la finalité axiologique du bien vivre ensemble dans des conditions saines dépourvues de toute forme de déviances. Comme le souligne Canguilhem (1999, p. 130), « ce qui caractérise la santé c'est la possibilité de dépasser la norme qui définit le normal momentané, la possibilité de tolérer des infractions à la norme habituelle et d'instituer des

normes nouvelles dans des situations nouvelles ». La santé est « un équilibre [que l'homme sain] rachète sur des ruptures inchoatives » (Canguilhem, 1999, p. 217).

En d'autres termes, la santé de la vie humaine, du développement humain et du développement est le principe, le processus et le produit de la régulation et de la transformation de l'environnement interne et externe des acteurs responsables. La praxis de responsabilité est la capacité d'agir sur les événements de l'histoire plutôt que de les expliquer, les deux termes « agir » et « expliquer » n'ayant pas la même signification (Giddens, 1987, p. 261). Elle est donc la capacité de produire le sens de l'histoire, ce que Hegel appelait « philosophie de l'histoire » et la production du sens de l'histoire est consubstantielle à la sagesse politique, telle que Machiavel l'entendait dans *Le Prince*, p. 77, à savoir reconnaître non seulement les désordres présents mais ceux du futur et mettre toute l'industrie pour les écarter à temps et ne pas les laisser croître. C'est là que se résume la praxis de responsabilité en tant que construction de l'espace de médiété/médiation contextualisé par les règles de la civilisation et de la démocratie.

La démocratie n'est pas le monopole de l'Occident, ni d'ailleurs le monopole de la pensée grecque. Comme il le met en lumière Sen (2004), les accomplissements de la civilisation arabe, du continent indien, de la « Constitution des 17 articles » du prince bouddhiste Shotoku au Japon du VII^{ème} siècle sont parmi les exemples historiques de la démocratie appliquée dans le monde entier.

La praxis de responsabilité est à la fois un processus d'auto-régulation/auto-transformation et un processus d'hétéro-régulation/hétéro-transformation. Elle est auto-transformation puisqu'elle cherche à démasquer les origines des risques et à créer les conditions efficaces de leur destruction à l'intérieur de la société humaine. Comme le stipule Beck (2001, p. 399), « l'avènement de la société du risque pose le problème de l'auto-génération des conditions de l'existence sociale ». Elle est aussi hétéro-transformation puisqu'elle cherche à aider autrui à prendre conscience et à agir ensemble pour les détruire.

CONCLUSION

La gestion et la valorisation du Développement Humain ne se limitent ni à la Déclaration des Droits de l'Homme, ni aux règles institutionnelles, ni aux textes de lois mais elles constituent le principe et la finalité, le processus et le produit de la praxis de responsabilité matérialisée dans les faits. La praxis de responsabilité n'est pas une simple agrégation des responsabilités individuelles mais la cristallisation structurelle des principes et des actes dans les stratégies des acteurs (politiques, économiques et institutionnels) et dans le fonctionnement global des institutions (entreprises, administrations, enseignement, organisations syndicales, collectivités locales, organisations gouvernementales et non gouvernementales).

La valorisation du développement humain est naturellement insécable de la santé du développement mais il relève des acteurs responsables de la réaliser de façon non sécable. La praxis de responsabilité consiste à passer du caractère insécable à la réalité non sécable. Si, en effet ce passage à l'acte est freiné par des embûches visibles et invisibles, le rôle des acteurs responsables est de se frayer un chemin approprié et pertinent pour les visualiser et les contourner à temps. La phrase emblématique d'Aristote dans *Éthique à Nicomaque* est ici significative : « On ne délibère pas sur la bonne santé mais sur les moyens justes et efficaces pour l'atteindre ».

Contourner les embûches du développement humain est un processus long et combatif mais le prix à gagner est la santé du développement, la santé de la civilisation, la santé de la démocratie, la santé de la vie humaine, la santé de l'environnement. C'est pourquoi, la lutte pour le développement humain et la lutte pour la santé du développement est une finalité non sécable de la praxis de responsabilité. Le prix à gagner est aussi la légitimité gagnée des institutions, la résorption des conflits sans enjeux, l'effacement des lignes de démarcation inopérantes et apparentes. La véritable ligne de démarcation est celle que les acteurs responsables construisent au sein de l'espace de médiété/médiation en construisant le dialogue authentique avec soi, avec et pour autrui.

L'espace de médiété/médiation est un lieu de vie, un bio-topos en rupture avec l'utopie, le non-lieu des déviations et de la dérégulation, du conformisme et du fatalisme, des pathologies sociales, culturelles, économiques et cognitives. L'utopie est le sablier renversé par ceux qui frisent l'irresponsabilité en stipulant que la praxis de responsabilité est une utopie. L'espace de médiété/médiation est la santé de la démocratie dépourvue des apparences. Comme disait Aristote dans *La Politique* : « Beaucoup de pratiques d'apparence démocratique sont la ruine des démocraties » et « la meilleure forme de gouvernance est celle qui est fondée sur la vertu de la médiété ». Elle est, certes, la meilleure mais elle est à construire.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

Arendt Hannah (1983), *Condition de l'homme moderne*, traduction de l'anglais par G. Fradier et préface de Paul Ricœur, Paris, Calmann-Lévy.

Arendt Hannah (1995), *Qu'est-ce que la politique ?*, texte établi par U. Ludz, traduction de l'allemand et préface de S. Courtine-Denamy, Paris, Éditions du Seuil.

Aristote, *Éthique à Nicomaque*, traduction, notes et index par J. Tricot, Paris, Librairie philosophique J. VRIN, 8^{ème} édition, 1994.

Aristote, *La Politique*, traduction, notes et index par J. Tricot, Paris, Librairie philosophique J. VRIN, 7^{ème} édition, 1995.

Bartoli Henri (2003), *Ethique et économie : médiation du politique*, Paris, UNESCO.

Beck Ulrich (2001), *La société du risque. Sur la voie d'une autre modernité*, traduction de l'allemand par L. Bernardi et préface de Bruno Latour, Paris, Flammarion.

Bolle De Bal Marcel (2003), « Reliance, déliance, liance : émergence de trois notions sociologiques », *Revue des Sciences Humaines et Sociales* 2, n° 80.

Canguilhem Georges (1999), *Le normal et le pathologique*, Paris, Presses Universitaires de France, 8^{ème} édition.

Castoriadis Cornelius (1996), *La montée de l'insignifiance. Les carrefours du labyrinthe IV*, Paris, Éditions du Seuil.

Dejours Christophe (1998), *Souffrance en France. La banalisation de l'injustice sociale*, Paris, Éditions du Seuil.

- Dupuy Jean-Pierre (2002), *Pour un catastrophisme éclairé. Quand l'impossible est certain*, Paris, Éditions du Seuil.
- Giddens Anthony (1987), *La constitution de la société*, traduction de l'anglais par M. Audet, Paris, Presses Universitaires de France.
- Habermas Jürgen (1992), *De l'éthique de la discussion*, traduction de l'allemand par M. Hundyadi, Paris, Les Éditions du Cerf.
- Habermas Jürgen (1987), *Théorie de l'agir communicationnel. Tome 2. Pour une critique de la raison fonctionnaliste*, traduction de l'allemand par J-L. Schlegel, Paris, Fayard.
- Hegel Georg W.F., *La raison dans l'Histoire*, traduction et présentation de K. Papaioannou, Paris, Éditions "Bibliothèques 10/18", 1979.
- Honneth Axel (2007), *La lutte pour la reconnaissance*, traduction de l'allemand par P. Rusch, Paris, Les Éditions du Cerf.
- Jonas Hans (1990), *Le principe responsabilité*, traduction française par J. Greisch, Paris, Flammarion.
- Machiavel Nicolas, *Le Prince*, traduction et présentation par Y.Lévy, Paris, Flammarion, 1992.
- Marcuse Herbert (1968), *L'homme unidimensionnel*, traduction de l'allemand par M. Wittig, Paris, Les Éditions de Minuit.
- Morin Edgar (2004), *La méthode 6. Éthique*, Paris, Seuil.
- Morin Edgar (1997), « Pour une politique de la civilisation », *Label France*, n° 28.
- Nussbaum Martha (1999), *Sex and Social Justice*, Oxford University Press.
- Nikolopoulou Hélène (2008), « Responsabilité Sociale de l'Entreprise et Médiété, modèle de gouvernance en règle juste », *Actes du 5^{ème} Congrès de l'ADERSE*, Grenoble, 10 et 11 janvier. Paru in *Revue de Droit et de Sciences Sociales*, revue scientifique semestrielle éditée par la Faculté de Droit d'Agadir, Maroc, n° 1.
- Nikolopoulou Hélène (2008), « La médiation, nouveau paradigme pour une nouvelle compétence managériale », in Dupuich-Rabasse Françoise (coord.), *Management et Gestion des Compétences*, Paris, L'Harmattan.
- Nikolopoulou Hélène (2007), « Aristotele, la mediazione e la leadership », *Sviluppo & Organizzazione*, n° 222, septembre-octobre.
- Nikolopoulou Hélène (2006), « Le travail et la personnalité dans les pratiques de la GRH : les enjeux de leur dialectique et de leur rupture », *Actes du XVIIe Congrès de l'AGRH*, Reims.

- Nikolopoulou Hélène (1998), « Dynamiques d'intégration et légitimité de l'ergonomie dans les projets de conception », *Actes du colloque « Recherche et Ergonomie »*, Toulouse.
- Nikolopoulou Hélène (1997), « Evaluation socio-économique de l'ergonomie de conception : une approche en flux croisés », *Actes du XXXIIème Congrès de la SELF*, Édition GERRA.
- Orléan André (dir.) (1994), *Analyse économique des conventions*, Paris, PUF.
- Orléan André (1997), « Les équilibres multiples des modèles contemporains », *Le Monde*, 16 décembre.
- Rawls John (1997), *Théorie de la justice*, traduit de l'anglais par C. Audard, Paris, Éditions du Seuil.
- Renouard Cécile (2007), *La responsabilité éthique des multinationales*, Paris, PUF.
- Ricœur Paul (1990), *Soi-même comme un autre*, Paris, Éditions du Seuil.
- Sen Amartya (2006), « Us et abus du culturalisme – Les cultures comme des navires dans la nuit », *Courrier International*, n° 814, 8 juin.
- Sen Amartya (2004), « L'Occident n'a pas le monopole du pluralisme », *Courrier International*, n° 715, 15 juillet.
- Sen Amartya (2002), "L'inégalité des sexes dans le sous-continent indien – Quand la misogynie devient un problème de santé publique", *Courrier International*, n° 601, 10 mai.
- Sen Amartya (2002), *Éthique et économie*, traduction de l'anglais par S. Marnat, Paris, PUF, 2^{ème} édition « Quadrige ».
- Weick Karl E. (2003), « L'effondrement du sens dans les organisations. L'accident de Mann Gulch », in Vidaillet Bénédicte (coord.), *Le sens de l'action*, Librairie Vuibert, Paris.



VOLET II

GLOBALISATION ET GOUVERNANCE

CHAPITRE IV

LA SANTÉ PRISE AUX PIÈGES DE LA GLOBALISATION : ENJEUX, REPÈRES ET DÉFIS POUR LE TIERS-MONDE

Mohamed BEHNASSI* et Sanni YAYA*

Résumé

En dépit de l'existence d'une littérature grandissante sur l'importance de la globalisation pour la santé, il existe encore des divergences sur les façons et les mécanismes avec lesquels la globalisation affecte la santé des populations ou sur la nature des réponses politiques appropriées. Il y a indéniablement une tension entre les nouveaux mécanismes, règles, acteurs et marchés qui caractérisent la phase actuelle de la globalisation et la capacité des États-nations à protéger et promouvoir la santé publique¹. Le présent chapitre s'inscrit dans cette perspective. Il se propose, d'une part, d'apporter des éléments de réponses aux différentes questions relatives aux impacts de la globalisation sur la santé, sur la gestion des systèmes de santé et sur la définition des politiques sanitaires des pays du Sud. Il proposera ensuite quelques recommandations susceptibles d'aider ces pays à contrôler, diminuer et prévenir les conséquences négatives sur la santé de leur population, d'une globalisation aussi productrice d'inégalités et de distorsions en matière d'accès et de recours aux soins et examinera les options stratégiques possibles qui puissent permettre de saisir les opportunités offertes par ce phénomène dans le secteur socio-sanitaire.

Mots clés: Globalisation, Santé, Nord, Sud, Enjeux globaux, Risque sanitaire, Gouvernance.

INTRODUCTION

Au lieu de faire des milliards de laissés pour compte, la globalisation doit devenir une force positive pour tous les peuples du monde : c'est là notre plus grand défi. Pour profiter à tout un chacun, elle doit certes s'appuyer sur les dynamiques du marché mais elle doit aller bien au-delà. Elle doit nous servir à bâtir ensemble un avenir meilleur pour l'humanité entière, dans toute sa diversité. [...] Nous devons apprendre à gouverner mieux, et à gouverner mieux ensemble... Le plus important, c'est que l'être humain soit au centre de tout ce que nous faisons »

Kofi Annan, Ex-Secrétaire général de l'ONU, 3 avril 2000

Ces vingt dernières années ont vu l'émergence et le renforcement d'un paradigme économique et politique qui se focalise sur la dérégulation des marchés internes et la suppression des barrières commerciales et financières au niveau mondial². L'adoption d'un tel paradigme remonte aux années 80 avec l'adoption de politiques de dérégulation, de libéralisation commerciale et de privatisation. Cela ne signifie pas pour autant que les

* M. Behnassi est Enseignant-chercheur à la Faculté des Sciences Juridiques, Économiques et Sociales de l'Université Ibn Zohr d'Agadir et Directeur du Centre Nord-Sud de Recherches en Sciences Sociales (NRCS). behnassi@gmail.com

* S. Yaya est Professeur à l'Université d'Ottawa, Canada. hsanniya@uottawa.ca

¹ Woodward, David et al. (2001), op. cit.

² Cornia, Giovanni A. (2001), « Globalization and Health: Results and Options », *Bulletin of the World Health Organization*, 79 (9), p.834-841.

échanges internationaux intenses sont un phénomène inédit parce qu'aussi loin qu'on puisse remonter dans l'histoire de l'humanité, les forces du commerce, la migration, la guerre et la conquête ont mis en contact des individus et des communautés situés dans des lieux distants. Toutefois, ce processus s'est intensifié durant les années 90 avec la suppression des barrières commerciales à l'échelle internationale, la croissance spectaculaire de l'investissement direct étranger (IDE) et la formation de flux financiers. Aujourd'hui plus que jamais auparavant, force est de constater que ces phénomènes qui se produisent dans des espaces éloignés, touchent de près nos vies quotidiennes et sont ressenties aux portes même de nos foyers¹.

L'économie mondiale a depuis connu une croissance spectaculaire du volume des flux transfrontières, en particulier les flux commerciaux, financiers et informationnels, et des changements profonds ont accompagnés ces transformations. De tels changements reflètent entre autres une considérable ouverture des économies des pays du Sud, comme réponse aux programmes prescrits par le Fond monétaire international (FMI) et la Banque mondiale. Dans le domaine du commerce, cette ouverture a été consolidée par les Accords du GATT qui donneront plus tard naissance à l'Organisation mondiale du commerce (OMC). Néanmoins, il faut souligner que le point de différence majeur entre la phase actuelle de la globalisation et celle remontant aux siècles précédents réside dans la composition des flux transfrontières de personnes. Ces flux sont de plus en plus dominés par les voyages et le tourisme², avec une proportion très limitée d'émigrants légaux. Ceci s'explique par le fait que les pays du Nord ont adopté au cours des dernières années des politiques d'immigration restrictives en matière de nouveaux arrivants, à l'exception des personnes très qualifiées ou d'investisseurs étrangers.

La globalisation, au sens général du terme, constitue à la fois le processus et le résultat selon lequel les phénomènes de divers ordres (économie, environnement, politique, etc.) tendent à revêtir une dimension planétaire. Selon l'échelle d'analyse adoptée, la globalisation peut être caractérisée de trois manières: une « *déterritorialisation des identités, des modes de vie et des imaginaires* », une mise en contact de sujets appartenant à des espaces culturels et sociaux différents et une intense et large circulation de capitaux, de biens et de techniques et d'un point de vue épidémiologique, d'agents pathogènes³. De plus, elle a entraîné une multiplication accrue d'acteurs, de logiques, de pratiques et d'espaces dans les domaines de la santé, que ce soit dans son amélioration, sa prise en charge mais aussi dans sa dégradation. À cela, s'ajoute le fait que le transfert de l'examen des questions humaines du cadre restreint de l'État-nation au vaste espace de la planète, a des répercussions non seulement sur le commerce, les finances, la science, l'environnement, le crime et le terrorisme, mais également sur la santé⁴. On a déjà constaté que « *les distinctions entre les problèmes de santé nationaux et internationaux perdent leur utilité et à l'occasion, causent une certaine confusion* »⁵. En sus des problèmes nationaux, l'ensemble des pays du monde doivent désormais faire face au

¹ Frenk, Julio et Gómez-Dantés, Octavio (2002), « Globalization and the Challenges to Health Systems », *Health Affairs (Millwood)*, May-June, 21(3), pp 160-5.

² Le degré de rapprochement dans notre monde peut être illustré par le nombre de voyageurs internationaux qui a triplé de 1980 à nos jours et se chiffre maintenant à plus de trois millions de personnes par jour. De plus, et déjà en 2000, pour la première fois dans l'histoire, 100 millions d'appels téléphoniques étaient internationaux. Le mouvement anti-globalisation lui-même s'est mondialisé en 2001 lorsque des activistes venus de partout dans le monde se réunirent à l'occasion du Premier Forum social international à Porto Alegre (Brésil). Frenk, Julio et Gómez-Dantés, Octavio (2002), op. cit.

³ Woodward, David et al. (2001), « Globalization and Health: A Framework for Analysis and Action », *Bulletin of the World Health Organization*, 2001, 79 (9), pp 875-881.

⁴ Frenk, Julio & Gómez-Dantés, Octavio (2002), op. cit.

⁵ Board on International Health, Institute of Medicine (1997), *America's Vital Interest in Global Health: Protecting our People, Enhancing our Economy, and Advancing our International Interests*, Washington, D.C.: National Academy Press.

transfert international des risques¹ à cause de l'élimination virtuelle du temps et de la distance, et saisir les opportunités qui s'offrent dans le domaine de la santé.

Selon Fritz², deux discours dominant le thème de la santé et de la globalisation. D'un côté, la planète n'a jamais été aussi riche, la science et la technique n'ont jamais connu un tel niveau de développement et les droits humains n'ont jamais été autant promus. Cela peut sembler vrai en apparence si l'on se fie à certains chiffres, d'après les outils méthodologiques utilisés. D'un autre côté, certains estiment que même si la santé n'a pas de prix, elle a un coût que les gouvernements ne peuvent plus assumer. Il faudrait donc peut-être revoir le rôle de l'État à ce chapitre. Bien que ces deux discours entrent en contradiction, ils s'articulent de manière cohérente dans la logique de la globalisation actuelle. Dans cette optique, il ne resterait plus qu'un effort à faire afin que le marché soit érigé en divinité et couvre toutes les activités de la vie : tous « *ceux qui comptent* », ceux qui le méritent, auront leur récompense... On prend alors conscience que cette cohérence apparente ne se réalise qu'au prix de l'exclusion ou de la marginalisation d'une grande partie de la population mondiale³.

Selon le même auteur, une fois on quitte l'abstrait et le global pour aborder le concret et le singulier, l'image perçue s'écarte sensiblement de celle suggérée par ces différents discours:

- l'espérance de vie est en baisse dans plusieurs pays qui semblent n'avoir pas encore commencé leur transition épidémiologique, notamment ceux frappés par certaines maladies incurables comme le VIH/Sida, le paludisme, etc.;
- la mortalité infantile et maternelle est en forte hausse dans des régions instables sur le plan de la sécurité (République démocratique du Congo, Libéria, Soudan, Éthiopie, etc.);
- des millions de personnes, surtout des enfants et des femmes, meurent à la suite de conflits et d'embargos imposés par les organisations internationales ou les grandes puissances ; il faudra se préparer à davantage de souffrances et de destructions à l'avenir si la communauté internationale ne se mobilise pas;
- la famine se répand dans certains pays d'Afrique comme une traînée de poudre (Zimbabwe, etc.) ; les catastrophes écologiques et les décisions politiques, mais surtout la politique économique internationale *exclusive* développée depuis quelques décennies, expliquent en partie cet état de fait.

Des dizaines de pays pourraient être ajoutées à ce répertoire. On constate l'existence d'un état de mal-être qui tend à s'aggraver, notamment dans certaines régions d'Afrique, du Moyen-Orient et d'Amérique latine⁴.

Il faut souligner que la globalisation « *réelle* » présente diverses caractéristiques qu'il s'avère important de saisir pour comprendre son fonctionnement et ses conséquences : elle est centrée sur l'individu, l'*économisme*⁵, l'abstraction et une vision axée sur le court terme qui vise le « *ici et maintenant* ». Par ailleurs, les défis auxquels le processus de globalisation confronte la

¹ Le cas le plus évident d'élimination des frontières en matière de santé est la propagation des maladies transmissibles.

² Fritz, Jean-Claude (2003), « La "mise en jeu" de la santé par la globalisation », *Santé publique*, vol.15, no 3, pp 257-266.

³ Frenk, Julio et Gómez-Dantés, Octavio (2002), op. cit.

⁴ Fritz, Jean-Claude (2003), op. cit.

⁵ Approche particulière de l'économie centrée sur un certain type de rationalité financière.

santé sont multiples: trois d'entre eux, qui sont d'une ampleur considérable et liés à la logique de la globalisation actuelle, méritent d'être soulignés. La diffusion d'une culture d'exclusion, l'aggravation des inégalités et l'affrontement entre le « *droit à la santé* » et le « *marché de la maladie* »¹.

La globalisation exerce certainement un impact complexe sur la santé². Ses effets sont conditionnés par la croissance et la distribution du revenu, la disponibilité des services sanitaires et d'autres services connexes ainsi que le stress et autres facteurs dont la contribution a été récemment évaluée³. La situation de la santé est encore affectée par les conditions initiales de chaque pays objet de réformes : par ex. la taille et la spécialisation internationale de son économie, la disponibilité et la distribution de ses ressources, son infrastructure et son capital humains, et enfin la qualité de ses politiques internes⁴.

Comme conséquence, la globalisation apparaît comme un défi pour les décideurs politiques et les professionnels de la santé, et toute optimisation de ses retombées ne peut être réalisée que lorsque la promotion de la santé et du bien-être s'érigerait en un véritable objectif pour les pouvoirs publics et les acteurs du système économique international. Cependant, en dépit de l'existence d'une littérature grandissante sur l'importance de la globalisation pour la santé, il y a encore des divergences sur les façons et les mécanismes avec lesquels la globalisation affecte la santé des populations ou sur la nature des réponses politiques appropriées. Il existe indéniablement une tension entre les nouveaux mécanismes, règles, acteurs et marchés qui caractérisent la phase actuelle de la globalisation et la capacité des États-nations à protéger et promouvoir la santé publique⁵.

Le présent article s'inscrit dans cette perspective. Il se propose, d'une part, d'apporter des éléments de réponses aux différentes questions relatives aux impacts de la globalisation sur la santé, sur la gestion des systèmes de santé et sur la définition des politiques sanitaires des pays du Sud. Nous proposerons ensuite quelques recommandations susceptibles d'aider ces pays à contrôler, diminuer et prévenir les conséquences négatives sur la santé de leur population, d'une globalisation aussi productrice d'inégalités et de distorsions en matière d'accès et de recours aux soins et examinerons les options stratégiques possibles qui puissent permettre de saisir les opportunités offertes par ce phénomène dans le secteur socio-sanitaire.

1. Impacts de la globalisation sur la santé

La globalisation est un processus complexe qui entraîne la disparition des cloisonnements traditionnels entre individus et communautés. Au cours des dernières années, elle n'a de distiller ses conséquences dans tous les domaines. Environnement, travail, économie, éducation et santé sont concernés. Dans ce nouveau paysage en mouvement, les questions relatives à la santé présentent des défis nouveaux qui dépassent le cadre des frontières nationales et qui ont un impact sur la sécurité, qu'il s'agit de celle des individus sur les plans économique, écologique, de santé et de bien-être. La globalisation représente à présent un défi majeur pour la santé publique, surtout dans les pays du Sud, mais ses liens avec la santé sont complexes. Aux fins de cette analyse, et considérant la diversité des défis auxquels le

¹ Fritz, Jean-Claude (2003), op. cit.

² McMichael, Anthony J. et Beaglehole, Robert (2000), « The Changing Global Context of Public Health », *Lancet*, 356, pp 577-582.

³ Cornia, Giovanni Andrea et Panicià, Renato (2000), *The Mortality Crisis of Transitional Economies*, Oxford: Oxford University Press.

⁴ Cornia, Giovanni A. (2001), op. cit.

⁵ Woodward, David et al. (2001), op. cit.

processus actuel de globalisation confronte la santé, nous examinerons quelques uns d'entre eux, parmi les plus importants.

1.1. Globalisation et transfert international des risques sanitaires

Le cas le plus évident d'élimination des frontières en matière de santé est la propagation des maladies transmissibles. Si le caractère cosmopolite des maladies infectieuses remonte à plusieurs années, ce qui est nouveau, c'est l'échelle de ce que d'aucuns ont appelé le « *trafic des microbes* ». En effet, la multiplication explosive du commerce et les voyages internationaux produisent des milliers de contacts potentiellement infectieux, dans un contexte où les transports aériens ont réduit de façon significative le temps de vol des voyages intercontinentaux à une durée inférieure à la période d'incubation de n'importe quelle maladie infectieuse humaine¹.

Les derniers ajouts à la liste des épidémies mondiales sont le syndrome respiratoire aigu sévère ou SRAS et la grippe aviaire. Cette dernière constitue encore un danger à l'échelle régionale, mais de nombreux spécialistes qui anticipent une pandémie de ce type de grippe². À cet égard, deux enjeux se posent : en premier lieu, il est indispensable de concevoir des médicaments plus efficaces contre les maladies virales et plus spécifiquement, contre la grippe. L'autre enjeu consiste en la nécessité de nouvelles technologies permettant de produire des vaccins contre la grippe qui soient plus économiques et à effets plus rapides. C'est là un défi de taille, compte tenu de la demande qui résulterait en cas de pandémie de cette nature³. En outre, il faut élargir la capacité de production de ces vaccins grâce au renforcement de l'infrastructure, à la formation des ressources humaines et au transfert de technologie vers un nombre plus élevé de pays que le club restreint de nations qui sont en mesure de produire actuellement de tels vaccins. Ceci représente une préoccupation, particulièrement dans les pays en voie de développement qui disposent de peu de ressources et de capacités pour y faire face.

La propagation accélérée des maladies infectieuses est liée aux changements radicaux que connaît le monde ainsi qu'aux différents styles de vie, ce qui a porté Karlen (1995) à faire état d'une nouvelle ère bio-culturelle⁴. En effet, pour compliquer davantage le tableau, les microbes et les voyageurs ne sont pas uniquement les seuls à passer d'un pays à un autre. Les idées et les styles de vie reflètent la même tendance. Le tabagisme et l'obésité offrent les meilleurs exemples de risques de santé liés à la globalisation qui imposent un double fardeau aux systèmes de santé à travers le monde, et cette situation aggrave encore davantage les inégalités existantes. En fait, les problèmes qui affectent présentement les pauvres, comme la malaria ou le Sida, ne sont pas les seuls problèmes que ceux-ci seront appelés à affronter. Les décès liés à la consommation du tabac sont de plus en plus enregistrés dans les pays en développement, lesquels sont démunis de structures légales et régulatrices pour contrecarrer l'énorme pouvoir des sociétés multinationales⁵. La seule façon de freiner ce pouvoir est

¹ Ainsi, l'*Aedes aegypti*, un puissant vecteur du virus de la dengue, a été introduite aux Etats-Unis durant les années 80, dans une cargaison de pneus usagés provenant du Nord de l'Asie. De même, la flambée de choléra au Pérou qui a éclaté en 1991, est devenue une épidémie à l'échelle continentale dans une question de semaines. Voir à ce propos: Frenk, Julio et Gómez-Dantés, Octavio (2002), op. cit.

² Osterholm, Michael T. (2005), « Preparing for the next pandemic », *New England Journal of Medicine*, 352(18), pp 1839-42.

³ Garret, Laurie (2005), « The Next Pandemic », *Foreign Affairs*, 84, 4, pp 3-23.

⁴ Karlen, Arno (1995), *Man and Microbes. Disease and Plagues in History and Modern Times*, New York: Simon and Schuster.

⁵ Le Maroc compte parmi les rares pays en développement qui a adopté une législation anti-tabac interdisant le tabac dans les lieux publics ainsi que la vente des cigarettes aux mineurs de moins de 18 ans. Ce texte vise à

d'assortir les politiques nationales d'instruments d'envergure internationale, comme la Convention cadre de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) sur la lutte contre le tabagisme, le premier traité international de santé publique.

Mais selon Frenk et Gómez-Dantés (2002)¹, la globalisation de la santé va beaucoup plus loin que les maladies et les risques. Elle inclut également les produits destinés à la santé. Pour ne mentionner qu'un exemple, les normes régissant l'accès aux médicaments qui exigent une prescription dans un pays peuvent être subverties lorsqu'un pays voisin permet l'acquisition sans discernement d'antibiotiques, encourageant ainsi l'apparition de microbes résistants dans les deux pays. Le commerce croissant de services et de médicaments sur internet offre encore un autre exemple d'une situation qui a des incidences potentielles sur la prescription irrationnelle de médicaments et la propagation subséquente de microbes résistants. Par ailleurs, les efforts récemment déployés par l'OMS pour contrôler cette tendance démontre qu'il ne s'agit pas ici d'un phénomène marginal.

Il apparaît clairement que tous ces éléments constituent des facteurs contextuels qui limitent l'impact définitif des produits de santé, particulièrement les médicaments et les vaccins, étant donné qu'en fin de compte, toutes les innovations technologiques doivent se produire au moyen de systèmes de santé concrets. Comme nous l'avons vu lors des vives discussions qui se sont déroulées au sujet de l'accès aux médicaments contre le Sida, le développement de médicaments efficaces en l'absence de structures adéquates facilitant leur accès aux patients peut créer des dilemmes d'ordre éthique et politique très graves. Fort heureusement, ce domaine est l'un des secteurs où l'interdépendance a ouvert de nouvelles voies qui facilitent une initiative collective à l'échelle internationale. Ainsi les premiers efforts déployés durant les années 90 pour réduire les coûts des médicaments contre le Sida ont abouti à des résultats très modestes. Il y a quelques années cependant, une forte mobilisation internationale a pu persuader plusieurs multinationales pharmaceutiques à conclure des accords avec les pays en développement pour obtenir des réductions substantielles des prix des médicaments.

Les crises sanitaire et écologique mondiales sont en interdépendance croissante et les changements qui ont touché l'environnement physique et biologique de notre planète peuvent avoir des conséquences majeures sur la santé humaine. Dans une certaine mesure, de tels changements sont inévitables parce l'environnement en a sérieusement pris un coup dans le passé, même si ses conséquences ne sont pas encore pleinement visibles (par exemple les émissions passées des gaz à effet de serre ainsi que les substances amenuisant la couche d'ozone continueront de produire leurs effets dans les décennies à venir malgré la mise en œuvre des mesures visant la lutte contre ces deux défis mondiaux). De plus, des menaces imprévisibles et rapides à la santé peuvent probablement émerger dans le futur comme conséquence des différents dégâts touchant actuellement les systèmes écologiques qui maintiennent la vie humaine sur terre. Les processus dans ces systèmes étant non-linéaires, toute amplification des pressions signifie que nous ferons face à des surprises : par ex. le réchauffement continu de la surface des mers à cause du changement climatique peut, à un certain niveau, produire des modifications profondes des directions des courants d'air, ce qui peut en conséquence altérer gravement les climats régionaux². La santé humaine est entièrement dépendante, à long terme, de la préservation du bon fonctionnement des systèmes

réduire substantiellement la consommation du tabac, renforcer les dispositions légales pour la prévention du tabagisme, combler le vide juridique qu'est l'absence de sanctions et limiter les effets néfastes du tabagisme sur la santé, en particulier chez les jeunes et les mineurs.

¹ Frenk, Julio et Gómez-Dantés, Octavio (2002), op. cit.

² Woodward, Alistair et al. (2000), « Protecting Human Health in a Changing World: The Role of Social and Economic Development », *Bulletin of the World Health Organization*, 78 (9), pp 1148-1155.

écologiques. Cela signifie que le développement humain ne peut être durable sans qu'il soit écologiquement durable.

1.2. Globalisation et diffusion des valeurs toxiques

En reprenant le sens traditionnel du mot toxique, « *ce qui agit comme poison* » (au sens figuré, ce qui est « *nuisible* »), et en considérant la culture comme un ensemble complexe de valeurs, d'attitudes, de comportements et de politiques, nous sommes d'avis que « *ce qui fait de notre société une culture toxique, ce sont les arrangements sociaux qui encouragent et excusent la détérioration de l'environnement et de la santé humaine* »¹. En élargissant la réflexion, Fritz (2003) a distingué entre diverses modalités d'expression de cette culture toxique. La dégradation de l'environnement est l'un des aspects les plus évidents, aux facettes multiples : les pollutions de l'air, de l'eau, du sol, la destruction des écosystèmes et de la diversité biologique, la contribution humaine au changement climatique, etc. en sont quelques exemples. Elle est porteuse de perte de ressources naturelles conduisant à l'insécurité alimentaire et de diffusion de maladies liées aux pollutions et aux contaminations². Par ailleurs, des dizaines de milliers de personnes meurent chaque année dans les pays en voie de développement de maladies liées aux pesticides employés dans l'agriculture et des millions d'individus sont affectés de troubles respiratoires liés à l'oxyde de carbone et aux multiples composants chimiques dispersés dans l'atmosphère en raison de l'activité économique. Par ailleurs, l'urbanisation croissante, conçue de manière souvent incohérente et inadaptée, contribue à accélérer la reprise de certaines maladies comme le paludisme et le choléra. Ces atteintes à l'environnement peuvent contribuer à des affaiblissements et dysfonctionnements des systèmes immunitaires avec comme conséquence la mauvaise santé et la mort³.

Sur le plan économique, le chômage accru, la précarité du travail, son intensification et sa faible rémunération dans plusieurs pays en voie de développement sont la traduction de cette attitude où la fin justifie les moyens. La conséquence sur la santé est évidente, lorsqu'on connaît le rôle que la sécurité économique et le plein emploi jouent dans les grands déterminants de la santé des populations. Cette globalisation affecte d'une certaine manière également la santé des enfants d'une manière indirecte qui reste généralement méconnue. La participation des femmes croissante des femmes au marché d'emploi en est un exemple. Dans la plupart des pays de sous-traitance, une grande partie des travailleurs dans les secteurs de production à vocation exportatrice sont des femmes. Si cela peut relever d'un choix libre, ce qui n'est pas toujours le cas, cette participation des femmes aux activités de production dans les plus grandes entreprises manufacturières peut certes avoir des impacts positifs sur les revenus des familles et sur le pouvoir de négociation des femmes au sein de ces familles, et par extension sur leurs enfants. Cependant, le fait que la croissance de l'activité économique par l'implication des femmes dans plusieurs pays n'est pas accompagnée d'un développement adéquat des services à la petite enfance pose des problèmes quant à la santé à la fois des mères et des enfants⁴.

Il est indéniable que le processus de globalisation économique a enrichi plusieurs pays de point de vue scientifique et culturel et a même été bénéfique sur le plan économique. Mais il a au même moment contribué à l'accroissement de la pauvreté et des inégalités sociales, en plus de participer à l'effritement de lien social, des systèmes de solidarité et l'aggravation des

¹ Hofrichter, Richard Ed. (2000), *Reclaiming the Environmental Debate. The Politics of Health in a Toxic Culture*, Cambridge: MIT Press.

² Fritz, Jean-Claude (2003), op. cit.

³ Engel, Cindy (2002), *Wild Health*, London: Weidenfeld and Nicholson.

⁴ Cornia, Giovanni A. (2001), op. cit.

atteintes aux droits de nombreuses populations. La santé est indéniablement l'un de ces droits et il est regrettable de constater que les États aussi bien que plusieurs institutions internationales lui ont accordé beaucoup moins d'importance que les droits civils et politiques pendant des années. Aux côtés des États, la globalisation économique et financière a favorisé l'émergence de nouveaux acteurs (OMC, FMI et Banque mondiale) et il est clair que le bien-être des populations ne dépend plus seulement des gouvernements, mais aussi des politiques menées par ces nouveaux joueurs.

Il faut garder à l'esprit qu'au-delà des politiques mises en place par les pouvoirs publics afin de protéger et mettre en œuvre l'accès à la santé, le phénomène de globalisation que nous connaissons tend à démultiplier les occasions où cet accès est réduit sinon bafoué. Les conflits, la pauvreté et les catastrophes naturelles constituent des obstacles majeurs qu'on ne peut nier. Mais ils ne sont visiblement pas les seuls car nombreuses sont les nouvelles causes de déstabilisation sociale qui ont des impacts négatifs sur l'état de santé de populations vulnérables. Les règles du commerce international et les valeurs qui le sous-tendent semblent parfois incompatibles avec la protection de la santé. On n'a qu'à se rappeler les batailles acharnées menées par les empires pharmaceutiques dans le but d'interdire la production de médicaments génériques contre le sida, au nom des droits de propriété intellectuelle, et au mépris du droit à la santé. En outre, les politiques menées par des organisations comme la Banque mondiale et les FMI au nom d'un quelconque ajustement structurel semblent restreindre l'accès aux services de base (eau potable, éducation, logement, etc.) qui sont pourtant des déterminants importants en matière de santé des populations. Enfin, les délocalisations et la forte concurrence que se livrent les multinationales dans la quête d'une plus-value actionnariale mettent en péril, de par les activités des sociétés transnationales, la santé des populations du Sud car nombreuses sont ces entreprises qui ne respectent les normes sociales et environnementales qui leur sont pourtant imposées au Nord.

1.3. Les inégalités mondiales : Une menace pour la santé des pauvres

C'est vrai qu'avec la globalisation, les cloisonnements traditionnels entre individus et communautés disparaissent. Pourtant, d'autres formes de clivage apparaissent : les inégalités économiques à grande échelle ont rarement été aussi marquées qu'aujourd'hui¹, tant entre les pays pauvres et les pays riches qu'à l'intérieur même de ces pays, entre couches sociales aisées et défavorisées. Face à ces injustices criantes, les médias ont une importance considérable à jouer. En effet, chacun d'entre nous peut connaître quelles sont les conditions d'existence de part et d'autre de ces clivages économiques. On reçoit de l'information, dans les pays développés, sur ce qui se déroule ailleurs, en Afrique, en Asie et Amérique Latine. On comprend, on sait ou au minimum on voit ce qui s'y passe via les médias. Ces informations comportent évidemment des distorsions et l'objectivité est un idéal rarement atteint. Mais il n'en demeure pas moins que l'information reste très accessible au Sud. Ce qui est nouveau, c'est la circulation réflexive de cette même information au Sud. En Afrique, en Asie et en Amérique Latine, les gens voient aussi, et pour ainsi dire en temps réel, comment les autres vivent en Occident. Plus encore que dans le cas précédent, ces informations sont

¹ Les inégalités ont augmenté de manière spectaculaire dans les vingt dernières années. L'écart entre les 20 % les plus riches et les 20 % les plus pauvres est passé de 1 à 30 vers 1950 à 1 à 78 vers la fin des années 1990. Les inégalités n'ont pas épargné les pays occidentaux, avec une sensible augmentation des enfants vivant dans la pauvreté, atteignant ou dépassant 20 % du total dans des pays comme la Grande-Bretagne ou les États-Unis, membres du « club » le plus exclusif des grandes puissances, le G8. L'inégalité économique s'est renforcée au niveau des revenus comme au niveau des fortunes. À titre d'exemple, au début de la décennie 1990 dans le secteur de la santé, le PDG d'une grande société hospitalière américaine disposait vraisemblablement d'un revenu équivalent à presque deux millions de fois celui d'un médecin de certaines républiques de l'ex-URSS en cours de désintégration-transition.

aussi chargées de distorsions. Dans beaucoup de régions du globe, leur accès même reste limité. Au travers de ces représentations médiatiques, le mode de vie occidental est envié et peut sembler idéal. Être confronté à des représentations d'un bien-être inatteignable est en soi source de souffrance psychique, de colère et de désarroi. Cette circulation réflexive de représentations déformées de l'autre contribue à nourrir de nouvelles formes d'antagonismes à distance¹.

Il faut souligner toutefois que dans le cadre du débat portant sur la globalisation et la distribution du revenu, la plupart des défenseurs de la libéralisation et de la globalisation soutiennent que les impacts de telles politiques en terme de distribution sont neutres², et que les inégalités de revenus dans les pays sont restées généralement stables durant les dernières décennies³. Ils ont même avancé que les exportations de biens intensifs en termes de travail ont contribué à la réduction des inégalités d'accès au revenu dans toute la société⁴. Néanmoins, ces opinions ont été défiées par des études plus récentes⁵. Celles-ci soutiennent que la relation entre les réformes stimulées par la globalisation et l'inégalité au sein des pays reste complexe et peut conduire aux conclusions différentes en fonction du type de réforme et de la région analysée.

L'effet positif de la globalisation en termes de réduction des inégalités se manifeste largement dans les pays en transition économique par rapport à d'autres pays développés ou en développement. Toutes ces études montrent que chaque instrument politique de la globalisation produit des effets en termes d'inégalité à l'intérieur des pays et comprennent des analyses détaillées sur les mécanismes qui expliquent une telle situation. A titre d'exemple, l'étude de Behrman et al.⁶ a montré que l'instrument politique le plus puissant produisant l'inégalité est la libéralisation financière internationale suivie au niveau interne des pays, par des politiques de libéralisation financière et de réforme fiscale. La libéralisation commerciale, par contre, n'avait aucun impact en termes d'inégalité. Mais cela n'est pas vrai pour la libéralisation du marché d'emploi et la montée de la sous-traitance en raison de la globalisation dans la mesure où ces deux phénomènes ont affecté le pouvoir de négociation collective, les niveaux des salaires et la santé et sécurité au travail⁷.

On peut se demander également ici comment la montée des inégalités de revenus à l'intérieur d'un pays affecte la croissance et la pauvreté ? Par définition, une grande polarisation des revenus réduit le rythme avec lequel la pauvreté peut être réduite par la croissance du revenu. A titre d'exemple, un modèle de croissance qui concentre de plus en plus l'activité économique dans de petits secteurs urbains produit l'inégalité et se montre incapable de réduire la pauvreté de masse dans le monde rural. Dans certains cas extrêmes, une

¹ Eytan, A. (2005), « Globalisation et santé mentale », Conférence présentée à Genève dans le Service de psychiatrie gériatrique, Disponible en ligne : <http://revue.medhyg.ch/infos/article.php3?sid=2412> [15 mars 2009]

² Dollar, David (2001), « Is Globalization Good for your Health », *Bulletin of the World Health Organization*, n°79, pp832-833.

³ Hongyi Li, Lyn Squire et Heng-fu Zou (1998), « Explaining International and Inter-temporal Variations in Income Inequality », *Economic Journal*, 108, n°446, pp 26-43.

⁴ Wood, Adrian (1994), *North-South Trade, Employment and Inequality*, Oxford: Clarendon Press.

⁵ À titre d'exemple: Cornia, Giovanni A. et Kiiski, Sampsa (2001), « Trends in Income Distribution in the Post World War II Period: Evidence and Interpretation », Paper presented at: UNU/WIDER Conference on *Growth and Poverty*, Helsinki, 25-26 May (available at www.wider.unu.edu).

⁶ Behrman, Jere R., Birdsall, Nancy et Sze kely, Miguel (2000), « Economic Reform and Wage Differentials in Latin America », Washington, DC, Inter-American Development Bank. Research Department, *Working Paper* n° 435.

⁷ Cornia, Giovanni A. (2001), op. cit.

augmentation rapide au niveau de l'inégalité des revenus peut amener à une évolution des taux de pauvreté malgré la croissance de la moyenne du revenu par tête¹.

Sur le plan politique, l'inégalité apparaît clairement tant au niveau international que national ou local : dix pays sur plus de 180 disposent de la majorité absolue des voix au FMI et à la Banque mondiale, et indirectement par le biais des moyens de pression économique, contrôlent également l'Organisation mondiale du commerce (OMC). Au Conseil de sécurité des Nations Unies, les États-Unis d'Amérique apparaissent clairement comme la puissance dominante, par leur poids militaire et leur pouvoir de sanctions économiques, parmi les cinq grandes puissances ayant le droit de veto. La santé est concernée par ce processus de concentration du pouvoir économique et politique de plusieurs manières. Tout d'abord la redistribution des revenus et de fortunes, qui se fait au profit des plus riches actuellement, explique le maintien et, dans certains cas, l'aggravation de la pauvreté. Or, la pauvreté combinée avec la précarité et la vulnérabilité, qui souvent l'accompagnent, constitue une menace généralement reconnue pour la santé. La malnutrition, l'analphabétisme, l'insalubrité du logis, l'exposition non protégée à des polluants variés, le manque d'accès à l'eau potable, représentent quelques-unes des composantes de cette menace. L'inégalité va jouer dans le choix des domaines d'activité et des techniques, avec un investissement orienté vers les équipements et les recherches qui intéressent le plus la catégorie la plus riche de la population qui détient le pouvoir économique, et aussi directement ou indirectement le pouvoir politique. De même, et dans des périodes de restrictions budgétaires, les coupes financières risquent de se faire dans des secteurs peu spectaculaires, mais fondamentaux pour la satisfaction des besoins de la santé de la population. La suppression des subventions, la réduction des services publics gratuits ou bon marché touchent souvent la santé des pauvres, et représentent un élément considérable, quoique pas toujours pris en compte, de leur appauvrissement durable². Il faut également souligner que les inégalités des revenus entre pays du Sud et pays du Nord, combinées à une mercantilisation progressive des systèmes de santé, sont considérées comme l'un des facteurs derrière la « fuite des cerveaux » vers les pays industrialisés. Les pays occidentaux sont actuellement en mesure d'offrir aux médecins, pharmaciens et infirmières originaires surtout des pays pauvres des possibilités de carrière avec des salaires plus élevés et des conditions de travail plus sécurisées³. Ce phénomène contribue substantiellement à la dégradation de l'état de santé des populations dans un certain nombre de pays (surtout africains) dans la mesure où il compromet la capacité des systèmes de santé à satisfaire les besoins primaires en termes de soins⁴.

Mais au-delà de cette approche relativement classique de l'impact des inégalités sur la santé, se dégage de plus en plus l'idée que l'inégalité elle-même serait en quelque sorte pathogène et affecterait non seulement la santé des pauvres, mais aussi celle des riches. Les inégalités tendent à créer ou renforcer le stress, de même que les attitudes et comportements agressifs et violents. Chez les pauvres, c'est le combat pour accéder aux ressources nécessaires à la survie pour obtenir un travail ou un revenu permettant de faire vivre la famille, y compris en fournissant un travail familial peu payé ou gratuit parfois, celui des femmes et surtout des enfants, pour atteindre les performances de production exigées qui est préoccupant.

¹ Ravallion, Martin (2001), « Growth, Inequality and Poverty: Looking beyond Averages », Paper presented at: UNU/WIDER Conference on *Growth and Poverty*, Helsinki, 25-26 May (available at www.wider.unu.edu).

² Fritz, Jean-Claude (2003), op. cit.

³ Labonte, Ronald et Schrecker, Ted (2007), « Globalization and Social Determinants of Health: The Role of the Global Marketplace », *Globalization and Health*, 3(6): doi:10.1186/1744-8603-3-6.

⁴ Anyangwe, Stella C.E. et Mtonga, Chipayeni (2007), « Inequities in the global health workforce: the greatest impediment to health in sub-Saharan Africa », *International Journal Environmental Research and Public Health*, 4(2), pp 93-100.

La culture provocante de la société de consommation multiplie aussi les frustrations et les réactions agressives qu'elles déclenchent. Chez les riches aussi, le stress grandit. Il est dû à une concurrence de plus en plus vive, à la nécessité d'agir de plus en plus rapidement. Il s'explique également et peut être plus fondamentalement par la crainte de perdre une partie de ce que l'on possède, à la peur d'être attaqué, enlevé, ou victime de chantage. Au-delà du risque de perdre ses biens, existe aussi le risque de perdre au jeu dans la nouvelle « *société de casino* », avec ses répercussions psychologiques. Il n'est pas étonnant dès lors, de voir des dirigeants ou cadres d'entreprises préférer « *tricher* » ou entrer dans l'illicite plutôt que de « perdre ». La pression énorme liée à cette « *société de la peur* » est une menace certes très inégale, mais présente chez la grande majorité de ses membres. Dans d'autres domaines aussi, on pourrait mettre en évidence l'aspect pathogène de cette inégalité, qui suscite et permet la coexistence de la sous-consommation et de la surconsommation, de la malnutrition par excès et par défaut¹.

Dans la logique de cette réflexion, et malgré les différences d'approches et de critères, on ne peut pas être surpris par les conclusions du rapport de l'Organisation panaméricaine de santé (Opas) publié fin septembre 2002 : « *Les sociétés les plus saines dans les Amériques ne sont pas nécessairement celles qui sont les plus riches* », mais « *celles qui sont les plus équitables dans la distribution de leur revenu, indépendamment de son montant* ».

1.4. Instruments du commerce international et santé

La globalisation actuelle, dans sa logique centrée sur le marché et le profit, privilégie dans une perspective individualiste, la dimension strictement économique des choses. Elle peut conduire à des stratégies et à des politiques traduisant un degré extrême de déshumanisation allant parfois jusqu'à la mise en cause du droit à la santé au nom d'une certaine rationalité financière². C'est dans ce cadre que s'inscrit l'offensive entreprise ces dernières années pour développer un véritable « *marché de la maladie* » au profit des grands acteurs privés transnationaux (en luttant contre les médicaments génériques) et au détriment de considérations éthiques. Récemment, les débats à la Commission des Droits de l'Homme des Nations Unies ont démontré que la globalisation pouvait très bien mettre en péril le droit à la santé des individus.

Il faut noter que le FMI a déjà préparé le terrain par sa politique d'ajustement structurel (PAS) depuis les années 80, en conditionnant l'apport de ressources financières nouvelles à une libéralisation des économies des pays en développement endettés, avec corollaires que sont privatisation, l'internationalisation et la déréglementation des marchés³. Parmi les secteurs

¹ Fritz, Jean-Claude (2003), op. cit.

² La campagne de relations publiques commandée par le géant de l'agro-industrie Philip Morris, grand fabricant de cigarettes, en offre un exemple spectaculaire, révélé dans la presse internationale en juillet 2001 : son but était de convaincre des hauts fonctionnaires de la République tchèque que l'augmentation de la consommation de tabac aurait des effets positifs sur les finances publiques en favorisant la mort prématurée d'un certain nombre de personnes, ce qui économiserait de l'argent sur les retraites, les traitements médicaux et les logements. Heureusement, l'inacceptabilité éthique de son attitude a entraîné de telles réactions que l'entreprise a préféré présenter ses excuses, voire changer son nom ultérieurement. Myers, Matthew L. (2002), « Philip Morris Changes its Name, but not its Harmful Practices », *Tobacco Control*, 11, pp 69-170.

³ Pour plus d'informations sur l'impact de la globalisation financière sur les pays en développement, consultez les études suivantes: Prasad, Eswar, Rogoff, Kenneth, Wei, Shang-Jin and Kose, M. Ayhan (2003), « Effects of Financial Globalization on Developing Countries: Some Empirical Evidence », *International Monetary Fund Occasional Papers*, n°220 / Schmukler, Sergio L. (2004), « Financial Globalization: Gain and Pain for Developing Countries », Federal Reserve Bank of Atlanta, *Economic Review*, Second Quarter, pp 39-66.

d'importance vitale, l'agriculture vivrière¹, l'éducation et la santé ont particulièrement été touchées avec le resserrement des dépenses publiques et le développement d'un secteur privé à but lucratif, dans la logique du marché, c'est-à-dire répondant à une demande solvable et non pas aux besoins de l'ensemble de la population souvent dépourvue de ressources financières suffisantes.

Dans une autre optique, il apparaît que la globalisation affecte également l'état de santé des collectivités au travers l'impact des accords commerciaux multilatéraux en matière de commerce, de services, de propriété intellectuelle et d'agriculture (la sécurité alimentaire de nombreux pays) qui sont les plus préoccupants pour l'avenir de la santé mondiale. Ceci est dû au fait que l'OMC représente dans une certaine mesure, une forme de bras armé de l'économie néolibérale, lorsqu'elle privilégie les intérêts financiers et privés des multinationales au détriment des besoins humains et sociaux du plus grand nombre².

Dans d'ailleurs dans cette optique que l'Accord Général sur le Commerce des Services (AGCS) prévoit la libéralisation, la privatisation et l'internationalisation des services, couvrant potentiellement les activités d'intérêt général comme la santé, l'éducation, la fourniture de l'eau, les services à la petite enfance, les transports, les biens culturels et bien évidemment es services financiers. C'est sous la poussée des grandes entreprises transnationales du secteur des services que cet Accord a été imposé avec la pression quasi-unanime des grandes puissances du monde occidental, en particulier les États-Unis et l'Europe, grands exportateurs potentiels de services. Il s'agit donc ni plus ni moins d'une nouvelle forme de privatisation de la santé dans le but de pouvoir intégrer ce secteur pleinement dans les processus et la logique de la globalisation. Dans une telle perspective, favoriser la santé de la population mondiale n'est pas une attitude lucrative; la prévention est insignifiante, voire dangereuse, car elle risque d'empêcher la rentabilisation des équipements et services et de la recherche qui les a produits. Il y a toutefois des exceptions, quand la prévention exige la mise en place d'équipements coûteux en nombre suffisant. Si on pousse cette logique un peu plus loin, on réalise qu'un handicap crée plus d'opportunités d'affaires que sa prévention. Le dilemme éthique même s'il est présent, ne semble pas freiner l'ardeur de certains chantres d'un nouveau capitalisme³.

L'Accord sur les Droits de Propriété Intellectuelle qui touchent au Commerce (ADPIC), caractérisé par sa complexité en termes de dispositions, et sa clarté en termes de signification, reste un grand succès pour les firmes multinationales. Cependant, cet Accord rend impossible l'accès aux médicaments bon marché pour les pays à faibles revenus, sans considération de leurs niveaux de dépenses publiques dans le domaine de la santé. La réalité, c'est que les règles internationales garantissent une protection aux nouvelles inventions allant jusqu'à 20 ans, ce qui *de facto*, restreint les possibilités de production et d'importation des médicaments essentiels. De plus, même dans les cas où l'Accord permet les importations parallèles de médicaments génériques, les pressions commerciales exercées par les pays développés, où la majorité des firmes pharmaceutiques sont basées, limitent l'accès aux importations de ce type

¹ Par exemple, on a attribué la famine au Malawi en 2002 aux politiques d'ajustement structurel qui ont réduit les subventions pour l'agriculture, ce qui a entraîné en conséquence la réduction de la production végétale, l'augmentation des prix et la baisse des revenus des agriculteurs. Voir à ce propos : Devereux, Stephen (2002), « The Malawi Famine of 2002 », *IDS Bulletin* (Institute for Development Studies), 33 (4), pp 70-78.

² Une étude a été conjointement réalisée par l'OMS et l'OMC en vue de détecter les différents impacts de ces accords commerciaux sur la santé en vue d'une prise en compte de la santé dans ces instruments internationaux. OMS/OMC (2002), *Les Accords de l'OMC et la Santé publique*, Étude conjointe de l'OMS et du Secrétariat de l'OMC.

³ Fritz, Jean-Claude (2003), op. cit.

de médicaments¹. Les slogans volontaristes et les vœux pieux de certains pays comme le Canada et les États-Unis n'auront pas permis de solutionner cette énigme. Le cas des médicaments relatifs au VIH/Sida révèle clairement les distorsions existantes dans les normes internationales, considérées partiellement comme responsables du retard accusé dans le cadre de la lutte contre ce fléau fatal dont souffrent plusieurs pays du Sud. Consciente des risques inhérents aux nouveaux accords commerciaux tels que l'Accord sur les ADPIC, l'Assemblée mondiale de la santé a mandaté en mai 1999 l'OMC de surveiller les conséquences sanitaires des accords commerciaux internationaux.

Certes, l'Accord sur les ADPIC étend la privatisation et l'exclusivité dans le domaine du savoir. Non seulement la propriété couvre un champ de plus en plus vaste, mais elle est encore considérée comme étant par essence un droit privé, alors même que dans la réalité toute une série d'inventions sont le fruit d'une recherche très socialisée, et que parfois la soi-disant invention a déjà été faite ailleurs depuis longtemps, mais non protégée suivant la conception de l'OMC. Il en est aussi pour de nombreux médicaments et pratiques médicales issus de cultures populaires ou scientifiques non occidentales, y compris celles des peuples autochtones. La protection de la propriété privée a été renforcée par cet Accord de manière à la fois ouverte et insidieuse, car ce n'est qu'un minimum exigé, et cela ouvre la porte à des pressions bilatérales pour exiger de divers pays qu'ils accordent une meilleure protection². Auparavant, dans de nombreuses législations nationales, les systèmes de protection organisés permettaient aux États d'exclure certains domaines du système de droit commun, pour satisfaire aux besoins essentiels de leurs populations, en particulier dans les domaines de l'alimentation et de la santé. C'est de plus en plus difficile de faire prévaloir l'intérêt général dans le cadre de l'Accord sur les ADPIC, qui par ailleurs ouvre une importante brèche lorsqu'il impose l'obligation de breveter le vivant, au moins sous des formes particulières (par ex. les micro-organismes).

C'est dans cet esprit, et au niveau juridique, que la Commission des droits de l'homme de l'ONU a appelé dans son Rapport de 2002 les États à s'assurer que « *l'application des accords internationaux se fait de manière à soutenir les politiques de santé publique qui promeuvent un large accès à des produits pharmaceutiques et à des technologies médicales sûres, efficaces et abordables, préventives, curatives et palliatives* ». La sous-commission des droits de l'homme a plusieurs fois réaffirmé la soumission du commerce et des relations économiques internationales au respect des droits humains. Bien entendu, l'ONU à l'instar de bien d'autres organisations internationales n'est que l'ombre d'elle-même tant ses pouvoirs de contrainte et de coercition sont limités, lorsqu'il s'agit en particulier de taper sur les doigts d'États aux pouvoirs très étendus. Il faut souligner également que la conception même de la santé publique reste affectée par ce processus dans la mesure où certains veulent la réduire. L'extension de la privatisation et le resserrement des dépenses publiques la conduiraient sans doute à jouer un simple rôle de « *veille* » statistique et épidémiologique. De plus, les politiques publiques en matière de santé sont largement remplacées par les stratégies commerciales d'entreprises et des systèmes de financement privé, de type assurances qui demeurent profondément inéquitables.

Pourtant, la santé est le fruit d'un processus complexe qui, des gouvernements aux populations, met en mouvement toute une chaîne de décisions et d'acteurs. C'est un droit fondamental qui fait partie des droits de l'Homme et figure de fait dans de nombreux textes

¹ Wilson, David et al. (1999), « Global Trade and Access to Medicines: AIDS Treatment in Thailand », *Lancet*, 354, pp 1893-1895.

² Comme les États-Unis l'ont fait vis-à-vis de l'Afrique du Sud, de l'Inde, du Brésil et de la Thaïlande par exemple.

internationaux, y compris dans des conventions internationales impliquant des obligations juridiques, comme le Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels de 1966 qui, dans son article 12, réaffirme l'importance du : « *droit qu'a toute personne de jouir du meilleur état de santé physique et mentale qu'elle soit capable d'atteindre* ». Ce droit à la santé remet en cause de multiples aspects du processus de globalisation et il constitue un des fondements des importantes réactions actuelles, fondées sur la responsabilité et l'éthique des droits humains.

2. Globalisation et santé : Opportunités et choix stratégiques

Que peut-on faire pour protéger la santé dans un monde en pleine mutation ? Plusieurs réponses ont été apportées à cette question a priori insoluble. D'abord, c'est presque un euphémisme de dire qu'il est impérieux de changer les tendances actuelles. Cela semble judicieux dans la mesure où si la globalisation individualiste et marchande progressivement mise en place ces dernières années se prolonge, elle aboutit indéniablement à une crise sociale et écologique, porteuse de plus de violence et de destruction, et remettant en cause les conditions de vie, voire les possibilités de survie des générations futures.

Durant la dernière décennie, une importante prise de conscience a eu lieu, accompagnée parfois d'une mobilisation étendue qui touche de plus en plus divers acteurs tant publics que privés (décideurs, chercheurs, ONG et médias...). Cette résistance aux tendances dominantes prend des formes multiples, voire inédites et la mobilisation de l'opinion publique nationale et mondiale commence à jouer un rôle important dans ce sens¹. De plus, la prise de conscience et l'action croissante des scientifiques et des mouvements sociaux décidés à remettre l'humanité et son environnement au cœur des préoccupations indiquent une tendance lourde qui consiste à questionner les présupposés de cette globalisation. La santé publique doit se situer dans la logique des droits humains plutôt que dans celle du marché. Les accords de libre-échange ont au cours des dernières années diminué les perspectives d'une prospérité et d'une santé largement répandues de plusieurs manières : concentration de l'accumulation du capital et du pouvoir, augmentation de la consommation de ressources et pression accrue sur l'environnement, diminution de la capacité des gouvernements nationaux d'atteindre leurs buts sociaux et réduction des charges sociales et salariales. En outre, on assiste un peu partout à un affaiblissement des législations en matière sociale et environnementale et à une politique fiscale régressive qui n'est pas sans rappeler certains vieux souvenirs. Cet état de choses fournit les fondements pour agir en vue de mettre fin à la « *mise en jeu* » de la santé dans les casinos géants que sont devenues les places boursières, ou par l'expérimentation technocratique en vigueur dans les bureaux de certaines organisations internationales ou de certains services gouvernementaux².

Giovanni (2001) a affirmé dans ce sens que si la globalisation est gérée de manière appropriée, elle pourra engendrer des bénéfices très importants en termes de santé publique³. Les forces du marché mondial fonctionnent efficacement dans les situations où les marchés internes sont compétitifs et non-exclusifs, les institutions de régulation solides et fiables, les ressources peu concentrées entre les mains d'une minorité, l'accès aux services de santé généralisé dans la mesure du possible, les dispositifs de sécurité disponibles et les règles d'accès aux marchés mondiaux inclusives. Avec de telles conditions, la globalisation réduit

¹ Cas de l'Afrique du Sud et la mobilisation contre la Loi sur les brevets de 1997 (*Medicine and Related Control Act.*) permettant les licences obligatoires et l'importation parallèle de médicaments contre le Sida et contre d'autres maladies.

² Fritz, Jean-Claude (2003), op. cit.

³ Cornia, Giovanni A. (2001), op. cit.

les comportements opportunistes, compense les efforts et l'entrepreneuriat, oriente les économies d'échelles vers la production, augmentent les opportunités d'emploi et réduit les prix des produits de consommation. Un tel marché mondial peut également élargir et faciliter le transfert des pays du Nord vers ceux du Sud des investissements, des technologies de santé ainsi que les savoirs.

Dans les pays ayant satisfait la grande part des conditions internes dans leur politique d'ouverture et accédé au marché mondial sans contraintes externes inéquitable, une combinaison prudente des politiques internes non-orthodoxes et une globalisation maîtrisée a contribué à la fois à la croissance économique rapide, à l'amélioration des niveaux de vie et de la situation de la santé publique. Dans ce cadre, les expériences satisfaites, même si elles restent imparfaites menées dans certains pays (en l'occurrence la Chine, l'Inde, le Costa Rica le Vietnam) méritent d'être explorées en vue d'y tirer des leçons. Cependant, les conditions internes et externes pour une globalisation réussie n'ont été remplies que par une élite de pays. Dans le reste du monde, la croissance a été ralentie et les bénéfices en termes de santé n'ont pas été suffisamment réalisés à cause d'une globalisation prématurée, non-sélective et mal programmée, si elle n'est tout simplement pas subie. Une telle tendance a largement contribué au renforcement de la vulnérabilité de plusieurs pays du Sud.

Par ailleurs, il faut signaler que l'extension géographique des bénéfices de la globalisation signifie que les pays ont besoin de gérer le processus d'intégration dans l'économie mondiale d'une façon qui leur permette de maximiser ses opportunités économiques tout en minimisant les risques et les coûts sociaux et environnementaux qu'elle implique. Dans ce sens, plusieurs recommandations utiles ont été proposées par Woodward et *al.* (2001) que nous reprenons brièvement ici :

- *Premièrement*, l'étendue, le moment, le rythme, l'ordre et la conception des politiques ayant pour finalité l'ouverture de l'économie doivent être adaptés aux circonstances de chaque pays en vue de s'assurer que les conditions préalables qui favorisent les effets économiques et sociaux positifs de telles politiques sont déjà réunies avant que celles-ci soient mises en vigueur. Par ailleurs, les principes et les objectifs sociaux doivent être complètement et effectivement intégrés dans les politiques ayant relation avec le commerce et les flux financiers internationaux. Les politiques macro-économiques et structurelles accompagnant l'ouverture de l'économie, ou requises comme résultat de cette ouverture, doivent être bien conçues et mises en œuvre. Cela signifie que les gouvernements ont besoin de récupérer « *l'espace politique* » nécessaire pour remplir ces conditions, et recevoir l'assistance technique requise pour le développement de leur capacité à agir ainsi.
- *Deuxièmement* : les bénéfices économiques de la globalisation doivent être traduits en bénéfices sanitaires (les liens entre l'économie nationale et le système de couverture médicale, les secteurs ayant relation avec la santé et l'économie). Cela nécessite une croissance économique durable, consciemment dirigée vers les pauvres, au travers l'élaboration des politiques économiques nationales favorables à la lutte contre la pauvreté¹ et la prise en compte des effets distributifs au niveau mondial. Cela nécessite également l'utilisation des ressources générées par un processus de globalisation plus favorable aux pays du Sud dans le renforcement des systèmes de santé, dans l'assurance

¹ La pauvreté humaine n'est pas uniquement due au manque ou insuffisance de ressources, c'est une négation pure et simple de la possibilité - économique, politique, sociale et physique - de mener une vie longue, saine et créative et de jouir d'un niveau de vie décent, de la liberté, de la dignité, de l'estime de soi et du respect des autres.

d'un accès généralisé aux interventions avec un bon rapport coût-efficacité, et enfin dans l'amélioration des services importants pour la santé tels que l'eau potable et l'hygiène, l'éducation, la protection de l'environnement et les programmes de nutrition. De même, là où la globalisation peut avoir des effets économiques défavorables sur un pays donné (on réfère ici aux effets résultant d'un changement au niveau des prix d'importations et d'exportations ou bien d'une crise financière), les impacts sur la santé doivent être minimisés, voire même neutralisés. Cela implique de mettre en place de mesures pour se prémunir contre toute possible diminution des dépenses publiques dans le domaine de la santé, la limitation des effets indésirables de la croissance économique négative sur les revenus des pauvres, et enfin l'augmentation de l'aide et l'amélioration des politiques pour s'assurer l'atteinte des objectifs escomptés. De manière générale, la cohérence des politiques est requise pour s'assurer que les politiques non-sanitaires contribuent à la réalisation des objectifs en terme de santé et vice-versa.

- *Troisièmement*, les effets indésirables potentiels de la globalisation sur le niveau d'influence de la santé de la population (par exemple la commercialisation et le marketing du tabac et la transmission transfrontière des maladies infectieuses) doivent être minimisés. Cela nécessitera à la fois une action au niveau international, à l'instar de la Convention-cadre pour la lutte anti-tabac (CCLAT)¹, et des efforts pour s'assurer que les gouvernements acquièrent la capacité de prendre des mesures nécessaires à la protection de la santé publique dans le cadre des accords multilatéraux.
- *Quatrièmement*, la conception et l'application des règles internationales nécessitent la prise en compte totale de leurs effets sur les systèmes de couverture médicale ainsi que les secteurs ayant relation avec la santé. Cela implique la nécessité d'une évaluation complète des impacts des accords et des mesures internationaux susceptibles d'avoir des effets majeurs sur les secteurs ayant relation avec la santé soit directement (par exemple au travers les contraintes pesant sur les politiques sectorielles), ou indirectement (par exemple au travers les coûts de la disponibilité des ressources et des intrants), avant qu'ils soient mis en œuvre.

L'interaction entre ces différents aspects est importante dans la mesure où il y a plusieurs échanges inhérents au processus de la globalisation qui doivent être gérés de manière à prendre en considération leur dimension sanitaire. Les exemples incluent l'échange entre les réglementations relatives à la sécurité de l'alimentation dans les pays développés et les perspectives d'exportation des pays à faibles revenus, le conflit dans le cadre de la réglementation internationale de propriété intellectuelle entre les mesures incitatives pour le développement des technologies de la santé, le besoin de prioriser la recherche en fonction des besoins sanitaires au lieu de la capacité de payer, et enfin la capacité des pays du Sud

¹ Cette Convention-cadre pour la lutte anti-tabac (CCLAT) a été récemment élaborée sous l'égide de l'OMS comme premier traité négocié dans le cadre de celle-ci. Adoptée à l'unanimité par l'Assemblée mondiale de la santé en mai 2003, elle comptait en novembre 2008, 160 parties. En 2007, les parties ont décidé de négocier un protocole sur le commerce illicite des produits du tabac comme instrument d'application de cette Convention-cadre. La CCLAT sert de cadre à la mise en place dans certains pays, y compris les médias, de coalitions nationales anti-tabac appuyées par des plans d'action basés sur l'action intersectorielle, le suivi et l'adoption des lois et politiques. Il faut noter que le facteur qui a rendu possible de tels instruments normatifs ayant force de loi au niveau mondial est la preuve scientifique irréfutable que le tabac provoque tout un éventail de sérieux problèmes sanitaires et est responsable chaque année des millions de décès, principalement à cause du cancer du poumon et des maladies cardio-vasculaires. Pour une esquisse d'une convention-cadre pour la lutte anti-tabac, consultez l'étude suivante: Taylor, Allyn et Bettcher, Douglas W. (2000), « WHO Framework Convention on Tobacco Control: A Global « Good » for Public Health », *Bulletin of the World Health Organization*, n°78, pp 920-929.

(surtout ceux aux faibles revenus) de se procurer des technologies médicales. Ces échanges requièrent le développement des mécanismes internationaux efficaces pour qu'ils soient gérés dans l'intérêt de la santé mondiale.

Il est capital de surveiller les effets de la globalisation sur la santé et de s'assurer que les résultats de cette surveillance nourrissent les processus décisionnels aux niveaux tant nationaux qu'international. Cela suppose l'identification des tendances émergentes, dont les impacts non immédiatement apparents de la globalisation qui, une fois non traités efficacement et rapidement, peuvent avoir ultérieurement des conséquences majeures sur la santé. Cela requiert le renforcement considérable de notre compréhension des interrelations existantes entre la globalisation et la santé. A cette fin, l'OMS doit continuer à fonctionner en tant que producteur et fournisseur de connaissances et de données scientifiques en vue d'aider les décideurs à formuler des politiques en bonne connaissance de causes¹. Dans le cadre du monitoring, comme dans celui de l'analyse, il est important de prendre en compte les flux transfrontières illicites comme ceux des canaux formels. Cela inclut, par exemple, les effets indirects du commerce illégal des drogues sur la santé, le trafic des femmes et des enfants, l'émigration clandestine, et enfin les effets de la fuite et le blanchiment des capitaux sur l'économie nationale².

Frenk et Gómez-Dantés (2002) ont constaté que la complexité croissante des systèmes de santé a relevé plus que jamais la valeur des comparaisons internationales à ce sujet. Étant donné l'énorme impact économique et social des décisions et des politiques, les pays peuvent bénéficier d'un processus d'apprentissage partagé³. Telle est la signification de l'initiative qu'a été lancée en 2000 par l'OMS pour évaluer le rendement des systèmes de santé à travers le monde entier⁴. En effet, l'analyse comparative a le potentiel de promouvoir la vulgarisation internationale des pratiques optimales existantes. Ce genre de biens publics de portée mondiale liés aux connaissances sera indéniablement un élément clé permettant d'obtenir des améliorations additionnelles dans le domaine de la santé⁵. En fait, nous savons aujourd'hui que la plupart des progrès en matière de santé qui ont été enregistrés au XX^e siècle peuvent être attribués au progrès des connaissances obtenues au moyen de trois mécanismes. *En premier lieu*, la connaissance stimule des technologies nouvelles et avancées pour la production de médicaments, de vaccins et de procédures de diagnostic. *En deuxième lieu*, alors qu'elle est intériorisée par les individus, la connaissance scientifique structure leurs attitudes à l'égard de questions importantes comme l'hygiène personnelle, les habitudes alimentaires, la sexualité et l'éducation des enfants. Ainsi, la connaissance conduit les individus à modifier leur style de vie au bénéfice de leur santé. *En troisième lieu*, la connaissance peut améliorer la prise de décisions par les gouvernements, tant en ce qui a trait à la fourniture de services de santé qu'à la formulation et l'application des politiques publiques. En somme, la globalisation peut permettre la conversion des connaissances en un bien public mondial qui peut être porté au centre des agendas nationaux en vue de faire face à

¹ Précisons que lorsqu'une flambée épidémique de maladie se déclare, l'OMS fait en sorte que les pays aient rapidement accès à des experts et à des ressources leur permettant de réagir, par l'intermédiaire du réseau mondial d'alerte et d'action en cas d'épidémie (GOARN). Ce réseau de partenaires nationaux et internationaux offre une réponse collective visant à atténuer les risques et les dangers pour la santé.

² Woodward, David et al. (2001), op. cit.

³ Frenk, Julio et Gómez-Dantés, Octavio (2002), op. cit.

⁴ World Health Organization, (2000), *World Health Report. Health Systems: Improving Performance*, Geneva: WHO.

⁵ Kaul, Inge, Grunberg, Isabelle et Stern, Marc A. (eds.) (1999), *Global Public Goods: International Cooperation in the 21st Century*, New York: Oxford University Press for the United Nations Development Programme.

un problème local. Cette tendance, de son côté, alimente la réserve globale d'expériences, en créant un processus d'apprentissage partagé entre nations.

Néanmoins, il faut noter que chacun de ces mécanismes est limité par une série d'obstacles qu'il faut surmonter. Pour ce qui est de l'utilisation des connaissances requises pour aboutir à de nouvelles solutions, le principal défi consiste à combler le « *Fossé 10/90* » selon lequel à peine 10% des ressources mondiales sont consacrées à la recherche de solutions à des problèmes de santé affectant 90% de la population mondiale. Pour ce qui est de l'utilisation des connaissances pour améliorer les styles de vie, l'enjeu consiste à élargir l'accès aux connaissances de toutes les personnes, notamment des personnes les plus démunies. À ce stade, démocratiser les connaissances reste un élément essentiel à l'habilitation des personnes à développer leur capacité à affronter les risques sanitaires traditionnels et émergents. Cette capacité leur permet aussi de devenir des utilisateurs informés des services de santé et des citoyens conscients de leurs droits. Finalement, le dernier obstacle touche à l'écart qui sépare encore le savoir et le savoir-faire, en raison d'une conversion inadéquate de la recherche en décisions concrètes pour une action immédiate. Ici, le grand défi consiste à s'assurer que le *pouvoir des concepts* oriente les concepts du pouvoir, c'est-à-dire les concepts de ceux qui jouissent de la faculté de concevoir et de mettre en œuvre des politiques de santé¹.

Le rendement des systèmes de santé locaux peut également être accru grâce à l'un des moteurs les plus importants de la globalisation : la révolution des nouvelles technologies de l'information et de communication (NTIC). Ces technologies peuvent aider considérablement les pays du Sud à résoudre un certain nombre de problèmes sociaux, économiques et sanitaires. Au travers l'amélioration de l'accès à l'information et à la communication, les NTIC aideront l'atteinte des Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD), y compris ceux liés à la santé². À titre d'exemple, la télémédecine ouvre actuellement de vastes perspectives d'amélioration de l'accès des populations marginalisées aux avantages de l'innovation, étant donné qu'elle laisse entrevoir un avenir dans lequel la distance physique ne constituera plus un obstacle majeur à l'octroi des soins de santé³. Certainement, l'enjeu consistera à assurer que les fractures géographiques ne soient pas simplement remplacées par des fractures numériques, et que les nouvelles technologies ne donneront pas lieu à de nouvelles formes d'exclusion sociale. La portée de cet enjeu devient évidente lorsqu'on constate que 80% de la population mondiale qui vit dans les pays du Sud (notamment les pauvres du monde rural), comptent pour moins de 10% des utilisateurs d'Internet.

Nous devons garder à l'esprit que les nouvelles formes d'exclusion sociale sont largement alimentées par des fléaux de longue date que sont la pauvreté et l'inégalité. Le cinquième de l'Humanité qui survit avec un dollar par jour nous rappelle les énormes fossés qui restent à combler. L'exclusion et l'inégalité représentent l'une des facettes obscures de la globalisation⁴. Pris dans leur ensemble, ces facteurs peuvent expliquer l'un des paradoxes les plus douloureux de notre époque. Mais tout n'est pas encore perdu. Laurent-Béq et Pommier (2003) proposent quelques avenues⁵:

¹ Frenk, Julio et Gómez-Dantés, Octavio (2002), op. cit.

² Parliamentary Office of Science and Technology (2006), « ICT in Developing Countries », *Postnote*, March, n°261. Available online: <http://www.parliament.uk/documents/upload/postpn261.pdf> [11 mars 2009]

³ Sanni Yaya et Chiara, Raffelini (2008), Des souris et des médecins. De la télémédecine à la cybermédecine : la science médicale du 21^{ème} siècle entre l'organisation et la technologie, Publibook, Paris, France, 184 pages.

⁴ UNESCO (2008), *Overcoming Inequality: Why Governance Matters*, EFA Global Monitoring Report 2009, UNESCO, Oxford, UK, Oxford University Press.

⁵ Laurent-Béq, Anne et Pommier, Jeanine (2003), « Citoyens et démocratie sanitaire », *Santé publique*, vol.15, n°3, pp:309-312.

- les projets politiques devraient explicitement viser le bien-être au lieu de considérer que le lien est systématique entre des stratégies favorisant la croissance économique et le bien-être de l'ensemble des populations. La situation actuelle montre que tout le monde ne bénéficie pas de manière équitable des progrès sociaux et sanitaires liés à la croissance. Les inégalités en matière de santé persistantes, y compris à l'échelle d'un pays, sont le témoin de cette répartition encore injuste des fruits du progrès;
- il est fondamental d'essayer de limiter le recours aux approches individualistes et promouvoir le développement de projets de société ;
- la santé et la promotion de la santé devraient être considérées comme une ressource et non plus seulement une fin en soi ;
- il est crucial de renforcer l'existence d'un projet politique à travers les actions de promotion de la santé. Plus précisément, ceci consiste à sortir d'une approche parcellaire pour réintroduire une cohérence entre les actions et définir clairement les objectifs poursuivis y compris en termes de projet de société ;
- enfin, il est utile de s'interroger sur la place des citoyens dans les processus d'élaboration des décisions, y compris la définition des politiques et des allocations de ressources, mais aussi et surtout en termes de définition de la société dans laquelle ils souhaitent vivre et évoluer.

Il convient de rappeler que le droit à la participation des citoyens – notion avant tout politique, qui désigne le statut de l'individu dans la communauté et qui se définit par ses responsabilités, ses droits et ses devoirs vis-à-vis de cette société – s'inscrit dans la Déclaration d'Alma-Ata sur les soins de santé primaires, depuis 1978. Celle-ci faisait valoir le fait que « *les hommes ont le droit et le devoir de participer individuellement et collectivement à la planification et à la mise en œuvre des mesures de protection sanitaire qui leur sont destinées* ». Les soins de santé primaires « *exigent et favorisent au maximum l'auto-responsabilité de la collectivité et des individus et leur participation à la planification, à l'organisation, au fonctionnement et au contrôle des soins de santé primaires, en tirant le plus large parti possible des ressources locales, nationales et autres, et favorisant à cette fin, par une éducation appropriée, l'aptitude des collectivités à participer* ».

C'est dans cet esprit qu'on a commencé à évoquer de nouveaux concepts tels que « *la sécurité sanitaire*¹ » et « *la démocratie sanitaire*² ». L'idée est que la participation des citoyens, dans un contexte mondialisé, apparaît comme une alternative à la concentration des pouvoirs économiques et politiques. C'est une façon de faire naître de nouvelles formes d'organisation, de nouvelles façons « *de faire ensemble* » à l'échelle de la planète, mais aussi au niveau des pays, des villes et des quartiers³. A quoi se réfère-t-on lorsqu'on parle de démocratie

¹ Le thème retenu pour l'année 2007 à l'occasion de la Journée mondiale de la Santé est celui de la « *sécurité sanitaire internationale* » dans l'objectif d'inciter les gouvernements, les organisations et les entreprises à investir pour la santé dans un monde globalisé.

² Le terme de « *démocratie sanitaire* » apparaît pour la première fois en 2000 dans un article dans lequel Monique Hérold (Présidente de la commission santé/bioéthique de la Ligue des Droits de l'Homme-France) a exposé les résultats des états généraux de la santé. Elle y évoque, à propos de la contestation de la déclaration obligatoire de séropositivité, « *cette affaire exemplaire de l'articulation entre les exigences de santé publique et le respect des libertés fondamentales, champ où la démocratie sanitaire est indispensable* ».

³ Maudet, Gwénaëlle (2002), « La « *démocratie sanitaire* » : penser et construire l'usager », *Lien social et Politiques*, n° 48, pp 95-102.

sanitaire ? Plus que le droit à la santé, plus encore que l'organisation et la pérennité de son accessibilité, plus même que le développement de la santé publique, c'est bien la santé saisie dans sa dimension sociétale et non pas seulement sociale qui est en jeu. Ce qui est en question, c'est le regard que nous portons sur elle et avec elle sur le contenu de la demande que collectivement nous élaborons.

Mais la démocratie sanitaire n'est pas sans soulever un certain nombre de questions. Il s'agit de définir des règles de fonctionnement différentes de celles que nous connaissons actuellement et qui touchent particulièrement celles qui régissent les institutions sanitaires et notamment l'exercice du pouvoir de décision en leur sein. Peut-on, par exemple, donner un pouvoir aux représentants d'usager ou de patients, et si oui lequel ? Leur reconnaître dans certains cas un droit d'opposition ou un droit de veto ? A quelles règles doit-on soumettre les établissements privés de santé qui ne participent pas au service public hospitalier ? Qu'en est-il pour les lois commerciales qui connaissent des formes de démocratisation pour une part contradictoires avec celles sans doute attendues de la démocratie sanitaire ? Parler de démocratie sanitaire est donc un acte important dont on ne doit pas sous estimer la portée, surtout si on se place dans l'optique de la globalisation¹.

Dans un autre ordre d'idée, Woodward (2001) a souligné l'importance du développement humain et l'amélioration de la condition humaine dans laquelle la jouissance d'une bonne santé constitue un élément essentiel. La capacité de développer est bien entendu dépendante en soi d'une bonne santé. Celle-ci reste la clé de la productivité et la ressource la plus précieuse pour n'importe quelle population, notamment les populations pauvres et vulnérables. Par conséquent, la protection et l'amélioration de la santé des pauvres et des populations vulnérables est une condition *sine qua non* pour l'aboutissement de tout processus visant le développement humain et la lutte contre la pauvreté. Ceci dit, la protection et l'amélioration de la santé doivent être l'objectif de toute politique de développement partagée par tous les secteurs (social, économique et environnemental). Cependant, les efforts visant la protection et l'amélioration de la santé sont souvent laissés au secteur de la santé sachant que la plupart des déterminants de la mauvaise santé – y compris la pauvreté, le manque d'éducation et la dégradation environnementale – échappe de plus en plus au contrôle direct des gouvernements.

Les experts du développement reconnaissent parfois la contribution de la bonne santé à la construction des capacités individuelles (capital humain et social). Il y a sûrement nécessité de développer de nouvelles approches susceptibles de combiner efficacement les mesures visant la réduction de la pauvreté, la protection et l'amélioration de la santé. Les expériences ont bel et bien montré que les politiques visant la réduction de la vulnérabilité sociale vis-à-vis les pertes économiques et sanitaires exigent un partenariat étroit entre les secteurs privés et publics, des approches intégrées de développement au lieu des programmes isolés, et enfin le soutien aux institutions qui stimulent et renforcent la cohésion et la solidarité sociale².

En règle générale, nous avons besoin de politiques sociales qui transforment la croissance économique en développement humain. Lorsque les inégalités sont marquées, les défavorisés n'ont souvent pas les moyens de s'intégrer dans la société. Outre les considérations morales, l'exclusion entraîne une perte de ressources potentielles et l'insécurité (les individus marginalisés, par exemple, ne respectent pas l'ordre social). La solution consiste en partie à favoriser une plus large application des concepts du développement durable. Il s'agit de

¹ Chabrol, Raymond (2000), *Réflexions autour de la démocratie sanitaire*, *Epsos*, n°66, avril, pp 8-11.

² Woodward, Alistair et al. (2000), *op. cit.*

reconnaître l'importance fondamentale du renforcement et de la protection des capacités des êtres humains.

Une bonne santé est indéniablement un atout essentiel, en particulier pour les populations pauvres et vulnérables. Elle doit être considérée à la fois comme une condition et une conséquence du développement humain. La santé conditionne la productivité et permet de survivre aux aléas de la vie ; et elle est indispensable aussi pour réaliser des objectifs plus vastes de développement. C'est pour ces raisons qu'il est dans l'intérêt de tous les secteurs – économique, social et environnemental – de protéger et d'améliorer la santé publique. La globalisation doit être orientée vers l'atteinte de cet objectif dans la mesure où cela ne se produira pas spontanément¹. Pour paraphraser Amartya Sen, nous sommes d'avis que « *tout dépendra de la façon dont nous saisissons les opportunités offertes par l'économie du marché, les politiques de la démocratie, des médias indépendants, des arrangements sociaux basés sur l'équité et l'investissement public dans la sécurité humaine* »².

CONCLUSION

La globalisation entendue comme dérégulation des marchés intérieurs et suppression des barrières commerciales et financières au niveau mondial peut conduire, s'elle est bien gérée, à des gains perceptibles en termes de santé. Lorsque les marchés ne sont pas exclusifs, que les organes de réglementation sont solides et qu'il existe des dispositifs de régulation mis en place par les gouvernements. La globalisation améliore les performances des pays qui possèdent une bonne infrastructure humaine et matérielle, mais dont le marché intérieur est limité. Les bénéfices en termes de santé constatés dans certains pays peuvent être en partie attribués à l'accès croissant de ces pays aux marchés mondiaux et à la technologie. Cependant, pour la plupart des autres pays, notamment en Afrique, en Amérique latine et en Europe orientale, la globalisation n'a pas tenu ses promesses du fait de la conjonction de facteurs tels la faiblesse des États, une répartition inégale des investissements étrangers et l'imposition de nouvelles conditions qui limitent encore plus l'accès de leurs produits au marché mondial. Au cours de ces vingt dernières années, ces pays ont connu une croissance lente, instable et inéquitable assortie d'une stagnation des indicateurs sanitaires, en dépit de quelques fragiles progrès enregistrés ci et là.

Que doivent faire les pays du Sud dans le futur pour renverser les tendances ? L'autarcie ne constitue pas sûrement une réponse adéquate, non plus qu'une globalisation prématurée, aveugle et anarchique qui ne contribue qu'à exacerber la vulnérabilité des plus pauvres. Les pays qui ont été exclus des bénéfices du marché mondial ont certainement un véritable intérêt à renforcer leurs bases infrastructurelle et macro-économique. Ces mesures, en soi, peuvent éventuellement générer des gains importants en termes de santé et accélérer la croissance économique. Il est clair que, pour plusieurs pays, certaines dynamiques de la globalisation peuvent accroître l'efficacité et contribuer à améliorer le mieux-être des collectivités. Cependant, il est risqué d'affirmer hors de tout doute raisonnable que la globalisation pourra aider ces pays à améliorer leur position dans les marchés internationaux et leur permettre de retrouver le chemin de Damas tant du point de vue de leur efficacité économique que de l'état de santé de leurs populations. Pour ces pays, une intégration sélective et graduelle dans l'économie mondiale, associée à l'élimination des distorsions majeures dans les marchés

¹ Woodward, Alistair et al. (2000), op. cit.

² Sen, Amartya (2000), « Choosing Freedom », *Far East Economic Review*, Hong Kong, January, 27.

internationaux et la mise en place d'institutions démocratiques de gouvernance mondiale, est hautement recommandée pour éviter les impacts négatifs d'une globalisation tous azimuts¹. À long terme, l'enjeu le plus important qui se pose est celui de la mise en place d'un ordre mondial basé sur un code de base de coexistence mutuelle. Selon Frenk et Gómez-Dantés (2002), la santé peut contribuer à l'atteinte de cet objectif parce qu'elle englobe ces phénomènes qui unissent tous les êtres humains². C'est dans la naissance, la maladie, la convalescence et finalement la mort que nous retrouvons tous notre humanité commune. Durant les périodes critiques qu'a connues le monde, la santé a constamment été l'une des rares aspirations de portée vraiment universelle. En fait, avant la constitution des organisations techniques spécialisées, les questions relatives à la santé représentaient un volet essentiel de la diplomatie internationale. De nos jours, la santé nous offre à nouveau l'occasion concrète de concilier *l'intérêt égoïste* de chaque pays avec *l'intérêt commun* de toutes les nations. Aujourd'hui, plus que jamais, elle représente un pont pour la paix, un terrain commun et une source de sécurité partagée. Et si nous devons édifier un nouvel ordre mondial dans lequel les valeurs comme la santé sont encouragées au nom de la justice, il sera indispensable de renouveler la coopération internationale et de reconnaître l'apport de nouveaux acteurs non-étatiques.

Sans un monde caractérisé par une mobilité et une interdépendance croissantes, les menaces liées aux maladies émergentes et potentiellement épidémiques, au changement climatique et aux catastrophes naturelles affectent tous les pays. Par conséquent, les systèmes de santé à travers le monde feront face à des enjeux sans précédent, dont plusieurs sont liés au processus de globalisation. Face à cette vulnérabilité universelle, une défense collective s'impose car le destin est désormais commun. La révolution qui s'est opérée dans le domaine des technologies et des communications nous offre l'occasion de procéder à un partage d'expériences au sujet des meilleures méthodes à retenir pour affronter ces enjeux. Pour que ce partage produise des fruits, il devra être basé sur des *épreuves* concernant les options. C'est à ce moment-là que nous serons en mesure de construire une base solide de connaissances alimentée par ce qui fonctionne vraiment ainsi que par la possibilité de transférer cette base à d'autres pays lorsqu'une telle décision s'avère raisonnable sur les plans culturel, politique, financier et bien évidemment, sanitaire.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

Anyangwe, Stella C.E. et Mtonga, Chipayeni (2007), « Inequities in the global health workforce: the greatest impediment to health in sub-Saharan Africa », *International Journal Environmental Research and Public Health*, 4(2), pp 93-100.

Behrman, Jere R., Birdsall, Nancy et Sze kely, Miguel (2000), « Economic Reform and Wage Differentials in Latin America », Washington, DC, Inter-American Development Bank. Research Department, *Working Paper* n° 435.

Chabrol, Raymond (2000), « Réflexions autour de la démocratie sanitaire », *Epsos*, n°66, avril, p.8-11.

Cornia, Giovanni Andrea et Paniccià, Renato (2000), *The Mortality Crisis of Transitional Economies*, Oxford: Oxford University Press.

¹ Cornia, Giovanni Andrea (2001), « Globalization and Health: Results and Options », *Bulletin of the World Health Organization*, 79 (9), pp 834-841.

² Frenk, Julio et Gómez-Dantés, Octavio (2002), op. cit.

- Cornia, Giovanni Andrea (2001), « Globalization and Health: Results and Options », *Bulletin of the World Health Organization*, 79 (9), pp 834-841.
- Cornia, Giovanni Andrea (2001), « Globalization and Health: Results and Options », *Bulletin of the World Health Organization*, 79 (9), pp 834-841.
- Cornia, Giovanni Andrea et Kiiski, Sampsa (2001), « Trends in Income Distribution in the Post World War II Period: Evidence and Interpretation », Paper presented at: UNU/WIDER Conference on *Growth and Poverty*, Helsinki, 25-26 May (available at www.wider.unu.edu).
- Devereux, Stephen (2002), « The Malawi Famine of 2002 », *IDS Bulletin* (Institute for Development Studies), 33 (4), pp 70-78.
- Dollar, David (2001), « Is Globalization Good for your Health », *Bulletin of the World Health Organization*, n°79, pp 832-833.
- Engel, Cindy (2002), *Wild Health*, London: Weidenfeld and Nicholson.
- Eytan, A. (2005), « Mondialisation et santé mentale », Conférence présentée à Genève dans le Service de psychiatrie gériatrique. Disponible en ligne : <http://revue.medhyg.ch/infos/article.php3?sid=2412> [15 mars 2009]
- Frenk, Julio & Gómez-Dantés, Octavio (2002), « Globalization and the Challenges to Health Systems », *Health Affairs (Millwood)*, May-June, 21(3), pp 160-5.
- Fritz, Jean-Claude (2003), « La "mise en jeu" de la santé par la globalisation », *Santé publique*, vol 15, n° 3, pp 257-266.
- Garret, Laurie (2005), « The Next Pandemic », *Foreign Affairs*, 84, 4, pp 3-23.
- Hofrichter, Richard Ed. (2000), *Reclaiming the Environmental Debate. The Politics of Health in a Toxic Culture*, Cambridge: MIT Press.
- Hongyi Li, Lyn Squire and Heng-fu Zou (1998), « Explaining International and Inter-temporal Variations in Income Inequality », *Economic Journal*, 108, n° 446, pp 26-43.
- Institute of Medicine (1997), *America's Vital Interest in Global Health: Protecting our People, Enhancing our Economy, and Advancing our International Interests*, Washington, D.C.: National Academy Press.
- Karlen, Arno (1995), *Man and Microbes. Disease and Plagues in History and Modern Times*, New York: Simon and Schuster.
- Kaul, Inge, Grunberg Isabelle et Stern, Marc A. (eds.) (1999), *Global Public Goods: International Cooperation in the 21st Century*, New York: Oxford University Press for the United Nations Development Programme.

- Labonte, Ronald et Schrecker, Ted (2007), « Globalization and Social Determinants of Health: The Role of the Global Marketplace », *Globalization and Health*, 3(6): doi:10.1186/1744-8603-3-6.
- Laurent-Beq, Anne et Pommier, Jeanine (2003), « Citoyens et démocratie sanitaire », *Santé publique*, vol.15, n°3, pp 309-312.
- Maudet, Gwénaëlle (2002), « La démocratie sanitaire : penser et construire l'usager », *Lien social et Politiques*, n° 48, pp 95-102.
- McMichaeln, Anthony J. et Beaglehole, Robert (2000), « The Changing Global Context of Public Health », *Lancet*, 356, pp 577-582.
- Myers, Matthew L. (2002), « Philip Morris Changes its Name, but not its Harmful Practices », *Tobacco Control*, 11, pp 69-170.
- OMS/OMC (2002), *Les Accords de l'OMC et la Santé publique*, Étude conjointe de l'OMS et du Secrétariat de l'OMC.
- Osterholm, Michael T. (2005), « Preparing for the next pandemic », *New England Journal of Medicine*, 352(18), pp 1839-42.
- Parliamentary Office of Science and Technology (2006), « ICT in Developing Countries », *Postnote*, March, n°261. Available online: <http://www.parliament.uk/documents/upload/postpn261.pdf> [11 mars 2009]
- Prasad, Eswar, Rogoff, Kenneth, Wei, Shang-Jin and Kose, M. Ayhan (2003), « Effects of Financial Globalization on Developing Countries: Some Empirical Evidence », *International Monetary Fund Occasional Papers*, n° 220.
- Ravallion, Martin (2001), « Growth, Inequality and Poverty: Looking beyond Averages », Paper presented at: UNU/WIDER Conference on *Growth and Poverty*, Helsinki, 25–26 May (available at www.wider.unu.edu).
- Sanni Yaya et Chiara, Raffelini (2008), *Des souris et des médecins. De la télémédecine à la cybermédecine : la science médicale du 21^{ème} siècle entre l'organisation et la technologie*, Publibook, Paris, France, 184 pages.
- Schmukler, Sergio L. (2004), « Financial Globalization: Gain and Pain for Developing Countries », Federal Reserve Bank of Atlanta, *Economic Review*, Second Quarter, p.39-66.
- Sen, Amartya (2000), « Choosing Freedom », *Far East Economic Review*, Hong Kong, January, 27.
- Taylor, Allyn et Bettcher, Douglas W. (2000), « WHO Framework Convention on Tobacco Control: A Global « Good » for Public Health », *Bulletin of the World Health Organization*, n° 78, pp 920-929.
- UNESCO (2008), *Overcoming Inequality: Why Governance Matters*, EFA Global Monitoring Report 2009, UNESCO, Oxford, UK, Oxford University Press.

- Wilson, David et al. (1999), « Global Trade and Access to Medicines: AIDS Treatment in Thailand », *Lancet*, 354, pp1893-1895.
- Wood, Adrian (1994), *North-South Trade, Employment and Inequality*, Oxford: Clarendon Press.
- Woodward, Alistair et al. (2000), « Protecting Human Health in a Changing World: The Role of Social and Economic Development », *Bulletin of the World Health Organization*, 78 (9), pp 1148-1155.
- Woodward, David et al. (2001), « Globalization and Health: A Framework for Analysis and Action », *Bulletin of the World Health Organization*, 79 (9), pp 875-881.
- World Health Organization, (2000), *World Health Report. Health Systems: Improving Performance*, Geneva: WHO.

CHAPITRE V

LES INÉGALITÉS NORD-SUD FACE AUX SOINS DE LA SANTÉ : QUELLE GOUVERNANCE POUR LE MONDE DE DEMAIN ?

Mohamed BEHNASSI* et Sanni YAYA*

Résumé

Ce chapitre vise d'une part, à mettre en exergue l'importance stratégique des enjeux sanitaires et la nécessité de les placer au rang des priorités de l'agenda mondial, et, d'autre part, à évaluer les changements que ces enjeux suscitent ou requièrent au niveau de la gouvernance mondiale. Pour ce faire, nous ferons le point, dans un premier temps, sur les enjeux sanitaires actuels pour montrer comment les inégalités Nord-Sud aggravent davantage la fracture entre ces deux mondes dans le domaine sanitaire. Dans un second temps, nous essaierons d'évaluer la gouvernance mondiale de la santé en termes de fonctionnement, acteurs et tendances pour pouvoir ensuite dégager un ensemble de recommandations visant à renforcer son efficacité et sa crédibilité, à l'instar des différentes formes de gouvernance mondiale dont les moyens de régulation sont actuellement plus ou moins élaborés.

Mots-clés: Inégalités sanitaires, Nord-Sud, Gouvernance, Médicament générique, OMS, HIV.

INTRODUCTION

« Le monde dans lequel nous vivons est à la fois remarquablement prospère et parfaitement misérable [...]. Un contrôle massif des ressources, des connaissances, des technologies côtoie, de manière frappante, des besoins extraordinaires et des inégalités frappantes ».

Amarty Sen, économiste indien

Dans un monde politiquement divisé en États-nations autonomes, mais interdépendants, un ensemble de principes, de pratiques et d'institutions communes concourent à la formation de normes collectives qui s'imposent aux États, à la définition des orientations de l'action collective, ou à la fixation de règles directement applicables aux acteurs privés. C'est dans ce cadre où on a commencé à parler ces derniers temps de la gouvernance mondiale, principalement pour pallier le défaut de régulation étatique face à la globalisation. Et, en dépit du fait que la plupart des analyses demeurent critiques, l'idée semble attrayante parce qu'elle exprime un souci démocratique de dialogue, de négociation et de compromis¹.

* Mohamed Behnassi est Enseignant-chercheur à la Faculté des Sciences Juridiques, Économiques et Sociales de l'Université Ibn Zohr d'Agadir et Directeur du Centre Nord-Sud de Recherches en Sciences Sociales (NRCS). e-mail : behnassi@gmail.com

* Sanni Yaya est Professeur à l'Université d'Ottawa, Canada. e-mail : hsanniya@uottawa.ca

¹ Ruano-Borbalan, Jean Claude (2004), « La Gouvernance Mondiale : Nécessité ou Idéologie ? », *Revue de Sciences Humaines*, Hors Série, N° 44, p. 58-62.

L'aggravation croissante des inégalités Nord-Sud dans plusieurs domaines constitue actuellement un enjeu hautement critique pour la gouvernance mondiale. Dans ce cadre, les inégalités sanitaires et environnementales, en raison de leur interaction et leur importance pour le futur de l'humanité, occupent ces derniers temps, une place primordiale dans les critiques formulées à l'égard du nouvel ordre mondial¹. De telles inégalités remontent au XIXe siècle, lorsque l'Europe a intégré l'ère industrielle, et se sont creusées durant le XXe siècle. Au cours des dernières décennies, la pauvreté a reculé davantage que pendant les cinq siècles précédents. Cependant, le déséquilibre sanitaire et environnemental entre le Nord et le Sud n'a cessé de s'approfondir. Malgré la reconnaissance de la santé comme droit humain par l'Organisation des Nations Unies (ONU) et en dépit des progrès spectaculaires de ces dernières décennies, plusieurs pays du Sud accusent un recul injustifiable au chapitre de la mortalité, de la morbidité et de l'espérance de vie, bref de la qualité de la santé publique.

Comme conséquence, la santé est devenue un enjeu mondial incontestable². D'un point de vue de santé publique, nous avons vu, avec certaines épidémies, que nous ne sommes plus à l'abri d'une contamination par une infection qui aurait débuté loin de chez nous. D'un point de vue plus éthique, nous ne pouvons pas ignorer les flux quotidiens d'informations alarmantes sur les dégâts humains liés à ces ravages. Et enfin, d'un point de vue géopolitique, les impacts négatifs d'un tel enjeu ne se limitent plus aux frontières des États, ce qui amplifie le phénomène d'interdépendance.

Il faut souligner aussi que la santé, en tant qu'objet ancien de préoccupations internationales, bénéficie depuis quelques années d'un intérêt plus marqué de la part des acteurs de la gouvernance mondiale³. Force est de souligner par ailleurs que cet intérêt manifesté n'est pas toujours d'ordre strictement sanitaire. L'épidémie de VIH, mais aussi les problèmes environnementaux ou la recherche de politiques favorables au développement, contribuent à cette élévation de la santé au rang des priorités affichées. Ces changements ne sont pas sans conséquence sur la politique internationale. Cependant, il existe pratiquement un décalage – parfois préoccupant – entre les enjeux sanitaires, les réponses qui leur sont apportées et le cadre dans lequel elles doivent s'inscrire et évoluer. Compte tenu de l'urgence de certaines interventions sanitaires, la perpétuation de ces décalages peut conduire à des situations de tension, dont les effets se feraient ressentir au-delà de la santé : instabilité politique, frein au développement et heurts dans les négociations multilatérales. Pour ces raisons, la santé apparaît sans doute comme l'un des enjeux les plus importants de la gouvernance mondiale dans la mesure où elle remet en question ses modes de régulation, ce qui suppose de la part des acteurs d'adapter leurs stratégies en fonction des exigences de ce nouvel environnement⁴. Par ailleurs, la santé est appelée à devenir l'un des domaines d'intervention majeurs des politiques internationales dans le futur parce que toute mésestimation des enjeux et défis qu'elle implique pourrait sans doute conduire à une plus grande instabilité globale.

¹ Laïdi, Zaki (2002), « Les Enjeux de la Gouvernance Mondiale », *Annuaire Français des Relations Internationales (AFRI)*, volume III. p.262-278.

² McMichael, A-J, Butler, C-D (2005), « Emerging Health Issues: The Widening Challenge for Population Health Promotion », *Proceedings of the 6th Global Conference on Health Promotion*, Bangkok, Thailand, 7-11 August.

³ L'OMS a choisi de consacrer la Journée mondiale de la Santé célébrée en 2007 au renforcement de la sécurité sanitaire internationale dans un contexte marqué par la globalisation des échanges, du changement climatique et de la biodiversité. Aujourd'hui, un virus peut faire le tour de la planète en 48 h, comme nous l'a prouvé l'épidémie de SRAS par exemple. C'est pourquoi l'OMS a incité par la communauté internationale à formuler des réponses coordonnées, en mettant en œuvre une véritable sécurité sanitaire internationale durable.

⁴ Dixneuf, Marc (2003), « La Santé, Enjeu de la Gouvernance Mondiale ? », *Les Études du CERI*, N° 99. p. 3.

Il faut également rappeler ici que la santé ne saurait être une « marchandise » comme les autres. Le droit à la santé, dont l'accès aux médicaments essentiels fait partie, est un droit de l'Homme et devrait être protégé comme tel. La notion de « bien public », qui trouve son application dans le domaine de la santé¹, ne doit pas être ici confondue avec les soins de santé. La santé est un bien non rival², non exclusif et les mécanismes du marché ne suffisent pas à en assurer l'universalité. La santé pour tous impose des mécanismes de péréquation inscrits dans un projet politique de développement.

Toutefois, il subsiste un manque d'organisation, de structuration et de mobilisation autour des problèmes sanitaires des pays du sud, phénomène qui résulte de carences structurelles et, dans une certaine mesure, des relations économiques et politiques internationales, comme les plans d'ajustements structurels. La coopération internationale dans le domaine de la santé révèle l'incapacité de faire accéder chacun des individus aux produits de santé dont il a besoin. Les priorités de l'agenda international du développement soulignent pourtant la nécessité d'une gouvernance mondiale de la santé. L'objectif est de mettre en œuvre des solutions durables pour lutter contre les maladies infectieuses qui, pour l'OCDE³, constituent une menace économique et politique pour les pays du Sud.

Face à ce constat général, l'urgence et la nécessité de générer des solutions opérationnelles sont largement admises, aussi bien par les acteurs traditionnels de la gouvernance mondiale que par les acteurs non-étatiques (notamment les ONG et les firmes pharmaceutiques)⁴. Donc, pour éviter tout scénario sombre, on s'accorde actuellement sur le fait que l'amélioration de la gouvernance mondiale dans le domaine sanitaire est un objectif qui s'impose, sachant que la réalisation d'un tel objectif est fortement tributaire de la fixation des objectifs globaux et du règlement des questions redistributives entre le Nord et le Sud⁵. On peut même aller jusqu'à évoquer l'existence d'une grave « fracture sanitaire » entre le Nord et le Sud, mais aussi en leur sein, entre riches et pauvres, urbains et ruraux, instruits et analphabètes, hommes et femmes.

C'est dans ce sens qu'en septembre 2000, dans le cadre d'une Déclaration de l'ONU adoptée par 189 pays, la communauté internationale a adopté les Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD) à atteindre d'ici à 2015. Parmi eux, quatre concernent directement la santé (réduction de la mortalité infantile, amélioration de la santé maternelle et lutte contre le VIH, le paludisme et la tuberculose) et l'environnement durable. Quant au huitième objectif – « mettre en place un partenariat mondial pour le développement » –, il exhorte de manière explicite les acteurs du développement ainsi que le secteur privé à résoudre le problème de l'accès aux médicaments : « en coopération avec l'industrie pharmaceutique, rendre les

¹ Inge Kaul, Pedro Conceicao, Katell Le Goulven and Ronald U. Mendoza. (2003), *Providing Global Public Goods. Managing Globalization*, New York, PNUD, Oxford University Press.

² Un bien non rival : absence de rivalité entre les usagers, le bien est disponible en quantité infinie ; un bien non exclusif : on ne peut exclure les usagers, qu'ils aient payé ou non la prestation. Ndour, Marame (2006), « Partenariats Public-privé Mondiaux pour la Santé : L'Émergence d'une Gouvernance Transnationale des Problèmes de Santé des Pays en Développement ? », *Entreprises & Biens Publics*, N° 07. p.3.

³ OCDE, (1996), « Le Rôle de la Coopération pour le Développement à l'aube du XXIe Siècle », OCDE, disponible sur <http://www.oecd.org/dataoecd/41/32/15249681.pdf>

⁴ L'expérience du changement climatique ne cesse de montrer actuellement que les nouveaux enjeux sanitaires-environnementaux soulèvent des questions d'équité redoutables entre ces deux mondes avec des aspirations et des priorités différentes, voire divergentes.

⁵ Behnassi, Mohamed (2008), « Assessment of Global Environmental and Sustainability Governance from a Developing Country Perspective », *Actes du Colloque international: Développement Durable, Responsabilité Sociale des Organisations et Performances Économiques: Bilan, Enjeux et Perspectives*, 13-14 novembre, Marrakech.

médicaments essentiels disponibles et abordables dans les pays en développement »¹. Mais, il s'agit aussi plus globalement de lutter contre l'extrême pauvreté, la faim et la malnutrition étant donné que « lorsqu'un pays est pauvre, il le paie en termes de santé publique »². Les crises sanitaires auxquelles font face les pays pauvres ont introduit cette problématique au cœur des débats internationaux, mais également dans l'agenda des décideurs politiques des pays du nord et des organisations interétatiques.

Cet article vise d'une part, à mettre en exergue l'importance stratégique des enjeux sanitaires et la nécessité de les placer au rang des priorités de l'agenda mondial, et, d'autre part, à évaluer les changements que ces enjeux suscitent ou requièrent au niveau de la gouvernance mondiale. Pour ce faire, nous ferons le point, dans un premier temps, sur les enjeux sanitaires actuels pour montrer comment les inégalités Nord-Sud aggravent davantage la fracture entre ces deux mondes dans le domaine sanitaire. Dans un second temps, nous essaierons d'évaluer la gouvernance mondiale de la santé en termes de fonctionnement, acteurs et tendances pour pouvoir ensuite dégager un ensemble de recommandations visant à renforcer son efficacité et sa crédibilité, à l'instar des différentes formes de gouvernance mondiale dont les moyens de régulation sont actuellement plus ou moins élaborés.

1. Inégalités sanitaires Nord-Sud : Enjeux et défis

La santé est unanimement reconnue nécessaire à la vie. Son caractère à la fois indispensable et fragile démontre toute l'importance qu'il y a à la protéger et à la sauvegarder. Elle est par ailleurs un état dont les dysfonctionnements méritent non seulement des réponses médicales, mais aussi politiques, économiques et sociales. Depuis longtemps, et pour de multiples raisons (colonisation, échanges commerciaux maritimes, aide au développement ou lutte contre les épidémies, etc.), la santé fait partie des sujets récurrents des discussions interétatiques. Sa position centrale actuelle résulte d'un long processus d'internationalisation des politiques sanitaires accentué par la globalisation³.

Les premières organisations interétatiques en charge de la santé ont été créées au XIX^e siècle, pour servir aussi bien à la surveillance des épidémies qu'au contrôle des flux commerciaux. Parallèlement, plusieurs organisations non-gouvernementales (ONG) dans le domaine de la santé ont vu le jour (comme la Croix-Rouge ou encore L'Union Internationale de Secours aux Enfants) et des organisations caritatives ont également développé leurs activités dans ce secteur (comme la Fondation Rockefeller qui a joué un rôle majeur dans la mise en place de l'Organisation de la Santé de la Ligue des Nations).

Après la création de l'OMS, les politiques de santé ont accompagné les rivalités et les changements politiques internationaux. La décolonisation a contribué à réorienter l'action internationale et l'OMS a fait l'objet de tentatives d'instrumentalisation dans le cadre de la guerre froide. La globalisation reste cependant le processus dont l'impact semble le plus déterminant. En effet, pendant une longue période, les politiques sanitaires se sont élaborées dans un cadre international par la concertation des États entre eux, la meilleure illustration en étant la réunion annuelle de l'Assemblée Mondiale de la Santé.

¹ Objectifs du Millénaire pour le Développement, <http://www.un.org/french/millenniumgoals/index.html>

² « La Santé : Clé du Développement Humain ». Disponible sur : http://www.diplomatie.gouv.fr/fr/article_imprim.php3?id_article=40000

³ World Health Organization (2002), *Global Crises – Global Solutions, Managing Public Health Emergencies of International Concern through the Revised International Health Regulations*, International Health Regulations Revision Project, WHO/CDS/CSR/GAR/2002.4.

Depuis quelques années, la santé des pauvres suscite un regain d'intérêt, ce qui explique l'importance de travaux de recherche réalisés dans ce domaine. Cependant, l'intérêt manifesté par la communauté internationale pour les inégalités sanitaires n'a pas toujours été constant. Entre le milieu des années 70 et 80, cette question a beaucoup retenu l'attention, mais, par la suite, on s'est plutôt soucié de la durabilité, de l'efficacité et de la viabilité des services de santé. Or, depuis quelque temps, on parle de plus en plus de l'importance de l'égalité, de l'équité et de la santé des pauvres en dépit du fait que les retombées directes de cet intérêt restent un objet de controverses.

Pourquoi ces fluctuations ? Pour ceux intéressés par les inégalités sanitaires et les questions apparentées, les décennies 70-80 furent une ère favorable. En matière de développement économique, le principe de croissance générale a été vigoureusement contesté par les partisans du développement « par le bas », privilégiant les besoins fondamentaux de l'être humain. Sur le plan de la santé, cette orientation s'est traduite par le mouvement en faveur de la « santé pour tous », accéléré par la Conférence Internationale sur les Soins de Santé Primaires, tenue à Alma-Ata en 1978. C'est ainsi que l'on a mis en exergue l'importance de la santé des populations et que les États ont appuyé ou encouragé l'organisation de services de santé gratuits pour l'ensemble des collectivités.

Mais cela n'allait pas durer. Dès le milieu des années 1980, la situation avait évolué à trois égards. Tout d'abord, les espoirs en matière de développement furent tempérés dans bien des cas par les graves difficultés économiques rencontrées par les pays pauvres et on a très tôt compris que le but tant recherché de la gratuité des services de santé publique pour tous n'allait pas se concrétiser, du moins dans l'immédiat. Ensuite, les changements radicaux survenus en matière de théorie économique dans les pays socialistes d'Europe de l'Est et d'Asie (notamment la Chine) vinrent saper la confiance dans les approches étatiques du développement. Ces changements gagnèrent le secteur de la santé et des doutes se firent jour quant à l'opportunité du rôle central de l'État dans la prestation des services de santé. Enfin, l'euphorie initiale suscitée par la « santé pour tous » céda la place au réalisme, et un examen plus serré de la performance des soins de santé primaires fit naître, à tort ou à raison, des doutes sur leur aptitude à concrétiser les gains spectaculaires qu'ils promettaient au départ¹.

Suite à la publication du solide ouvrage de la Banque Mondiale *Financing Health Services in Developing Countries* en 1987, la santé des pauvres avait cessé de monopoliser l'attention de ceux qui s'intéressaient aux problèmes de santé des pays du Sud. En fait, on s'est mis à privilégier la durabilité, comme le montrent les multiples activités consacrées au financement de la santé, et l'efficacité, comme en atteste le mouvement en faveur d'un meilleur rapport coût/efficacité. Sur le plan épidémiologique, l'attention s'est détournée de la charge de morbidité des pauvres pour se porter sur la charge de morbidité dans l'ensemble du monde et s'arrêter sur la transition démographique et épidémiologique qui était en train de donner naissance dans les pays pauvres à de nouvelles classes moyennes aisées dont les caractéristiques en matière de morbidité se rapprochaient de plus en plus de celles du monde occidental².

Depuis le milieu des années 1990, la santé occupe une position centrale dans l'agenda mondial et c'est ainsi qu'ont été entrepris, avec l'aide de nombreux donateurs, plus d'une

¹ Gwatkin, Davidson R. (2000), « Health Inequalities and the Health of the Poor: What do we Know? What can we Do? », *Bulletin of the World Health Organization*, Vol. 78, p.3-18.

² Gwatkin, D.R. (2000), op. cit.

douzaine de projets de recherche, dans plus de 100 pays, sur la santé, la pauvreté et l'équité. En 1995, le Rapport de l'ONU sur la Gouvernance Mondiale n'en faisait pas mention, même s'il soulignait l'importance de la sécurité humaine au sens large. Cette évolution tient à plusieurs facteurs, qu'il s'agisse du développement durable ou de l'intérêt manifesté par les pays du Nord lors des G8. La *Déclaration de Rio* de 1992 pose dans son premier principe le droit à une vie saine et productive en harmonie avec la nature. L'*Agenda 21* consacre, pour sa part, tout un chapitre à la protection et à la promotion de la santé, qui insiste sur l'interdépendance entre la santé et l'environnement au sens large (économique, social, etc.). Le développement durable inscrit la santé dans l'agenda international et le document préparatoire de la Conférence de Johannesburg a affirmé que « la santé est devenue une préoccupation plus importante en matière de développement. En tant que facteur ou indicateur, elle est un élément clé de la productivité »¹. Le plan d'action adopté lors de cette Conférence, en septembre 2002, défend l'idée que les objectifs du développement durable ne sont pas réalisables sans l'amélioration de la santé. Les Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD), qui comportent un volet sur le développement et l'éradication de la pauvreté, ont contribué également à placer la santé parmi les priorités de l'agenda mondial. Parallèlement, la santé occupe de plus en plus une place croissante dans les débats et déclarations des G8².

Autre signe des temps, la stratégie actuelle de la Banque Mondiale dans le domaine de la santé, de la nutrition et du développement, fait une large place à l'amélioration de la santé des pauvres³ : la priorité dans ce domaine est de travailler avec les pays pour améliorer les résultats en matière de santé, de nutrition et de développement dans les pays en développement. Un nouvel élan a d'autre part été donné par l'Organisation mondiale de la santé dans plusieurs documents officiels⁴.

L'impact de toutes ces prises de position peut être discuté, mais elles traduisent souvent les préoccupations des pays développés. Dans la Déclaration finale du Sommet d'Okinawa en 2000, le sujet apparaît dans la partie consacrée à la réforme des banques multilatérales de développement, invitées à investir dans la santé. L'année suivante, le plan en faveur de l'Afrique élaboré pour le Sommet de Gênes prévoit de soutenir le développement humain en investissant dans la santé. Cet axe est développé à la suite de la Réunion de Kananaskis, qui répond favorablement au NEPAD (*New Partnership for Africa's Development*). Le point 6 de ce plan adopté en 2002 s'intitule « *Améliorer la santé et combattre le VIH/sida* ». Un point sur la dette souligne également que son allègement doit bénéficier aux investissements touchant le domaine de la santé. La réunion de 2003 à Evian confirme l'importance de la santé dans les travaux du G8, en lui consacrant une déclaration spécifique en six points.

Si tout cela est encourageant pour ceux qui s'intéressent à l'équité en santé et à la santé dans les pays du tiers-monde, c'est loin d'être suffisant pour garantir une amélioration notable de la situation. Par ailleurs, la globalisation ne semble pas adaptée aux enjeux sanitaires mondiaux

¹ OMS, (2001), *Santé et Développement Durable : Principales Tendances en Matière de Santé*. Rapport du Secrétaire Général de l'OMS. E/CN.17/2001/PC/6. Point 35, p. 7

² La Déclaration du Sommet du G8 sur la croissance et la responsabilité en Afrique adoptée en 2007 s'inspire des déclarations formulées lors de précédents Sommets en réaffirmant la nécessité urgente d'un effort d'investissement en faveur de programmes de santé qui aideront les pays à sauver et améliorer des vies, ainsi qu'à atteindre les Objectifs du Millénaire pour le Développement liés à la santé.

³ Human Development Network, World Bank Group (1997), *Health, Nutrition, and Population Sector Strategy*, Washington, DC, the World Bank.

⁴ Organisation mondiale de la santé (2008), *Les soins de santé primaires maintenant plus que jamais*, Rapport sur la santé dans le monde, Genève.

et elle a même modifié le contexte de la collaboration des acteurs de la santé. En premier lieu, elle augmente les risques sanitaires transfrontières, soit en contribuant à la diffusion des maladies, soit en modifiant la répartition géographique des facteurs déterminants de la santé. En second lieu, la globalisation favorise l'augmentation du nombre des participants aux politiques de santé et l'influence des acteurs non-étatiques. Enfin, elle contribue au déclin de la capacité des gouvernements à faire face aux défis sanitaires mondiaux. À cela, s'ajoute le fait que les intérêts industriels dominent parfois ceux de la protection de la santé publique, comme ce fût le cas dans la crise de la vache folle, du SRAS ou encore du sida dans plusieurs pays.

Dans une autre perspective, il faut dire que les politiques sanitaires des pays du Sud sont marquées, à la fois, par des améliorations et encore par de grandes difficultés. Plusieurs entraves peuvent être repérées, notamment celles relatives au prix des services de santé et à la répartition géographique inadaptée de ces derniers. Ces pays doivent faire face à des enjeux sanitaires très importants sans système de mutualisation des coûts. De plus, l'absence de coordination entre le privé et le public induit souvent un environnement de compétition, compétition qui on peut aisément l'imaginer, ne va pas toujours dans l'intérêt des couches les moins favorisées de la société. À cela s'ajoute des difficultés du secteur du médicament, comme l'insuffisance et l'insécurité des moyens de transport, le faible contrôle de la qualité, la corruption, le clientélisme, etc. Sur le plan des professionnels de la santé, le problème de la qualification, du nombre et de la répartition de ceux-ci pose également problème. Outre ces indicateurs de santé qui mettent à nu les différences profondes d'accès aux soins entre les pays riches et les pays pauvres, l'OMS estime qu'à l'heure actuelle, au moins un tiers de la population mondiale, soit deux milliards de personnes, n'a toujours pas accès aux médicaments essentiels. Dans les régions les plus pauvres d'Afrique et d'Asie, ce chiffre peut aller jusqu'à 50 %¹.

Dans le même temps, les statistiques sur les ravages causés par certaines épidémies (comme le sida, la tuberculose et le paludisme) révèlent la fragilité croissante des structures socio-économiques des pays touchés. 20 % de la population mondiale dispose de 80 % de la production de médicaments. Seulement 0,2 % de la recherche pharmaceutique est consacrée aux infections graves du système respiratoire, à la tuberculose, à la diarrhée alors que ces maladies occasionnent à elles seules 18 % des décès. Selon l'OCDE², ces maladies infectieuses constituent une menace économique et politique destructive pour les pays du Sud. Les difficultés proviennent ainsi du système de santé, mais les problèmes de politiques de santé et d'éducation, de réseaux de soins et de distribution des médicaments sont liés à des questions de santé publique, et il s'agit tout d'abord d'un problème de gouvernance nationale qui constitue la première cause de difficulté pour les politiques de santé.

2. Enjeux sanitaires Nord-Sud: Cas de l'accès aux médicaments génériques

L'Accord sur les Aspects des Droits de Propriété Intellectuelle qui touchent au Commerce (désormais appelé Accord sur les ADPIC), conclu entre l'Organisation mondiale pour la propriété intellectuelle (OMPI) et l'Organisation mondiale du commerce (OMC) à la fin du cycle d'Uruguay en 1994, constitue la seule vraie grande avancée de la protection de la propriété intellectuelle dans l'Histoire. L'Accord couvre une vaste gamme de sujets, y compris la question de la santé publique. Pour apaiser les préoccupations des pays du Sud,

¹ OMS (2000), *Renforcement des Systèmes de Santé dans les Pays en Développement*, Rapport du Secrétariat de l'OMS, disponible sur : http://ftp.who.int/gb/pdf_files/WHA53/fa9.pdf

² OCDE (1996), *Le Rôle de la Coopération pour le Développement à l'aube du XXIe Siècle*, disponible sur : <http://www.oecd.org/dataoecd/41/32/15249681.pdf>

L'Accord prévoit que ces derniers pouvaient adopter des mesures protégeant la santé publique, promouvoir l'intérêt public et prévenir l'abus des lois sur la propriété intellectuelle. Ces mesures, appelées « clauses de sauvegarde de la santé publique », permettent à ces pays d'obtenir des médicaments génériques équivalents aux médicaments brevetés.

L'Accord sur les ADPIC a instauré également l'obligation pour tous les pays d'établir des brevets d'une durée de vingt ans, en particulier pour les médicaments. Par conséquent, les critiques et les inquiétudes vis-à-vis de ces accords se sont beaucoup développées dans les années suivantes et les controverses ont pris une nouvelle orientation avec l'apparition des thérapies contre le sida. Celles-ci ont un effet direct sur la mortalité à cause du Sida, devenu une des premières causes de mortalité dans de nombreux pays du Sud, et sur les médicaments anti-rétroviraux qui sont tous couverts par des brevets. Le coût élevé du traitement resterait totalement inaccessible pour une grande partie de ces pays.

Comme réaction, un certain nombre de pays du sud ont alerté l'opinion internationale, tout en montrant que le traitement des malades du sida est possible dans ces derniers, alors qu'une interprétation étroite de l'Accord sur les ADPIC, soutenue par certains pays développés et guidée par les États-Unis, limite la capacité des pays à prendre des mesures énergiques pour faire face à l'épidémie¹. Comme conséquence, la question des brevets pour les médicaments a fait l'objet de nombreuses polémiques dans l'opinion mondiale. L'OMS a joué un rôle important, avec les débats à l'Assemblée Mondiale de la Santé et la publication d'un document analysant et expliquant l'Accord sur les ADPIC. De l'autre côté, les responsables politiques d'un certain nombre de pays n'avaient pas vu en quoi les règles de l'OMC concernant les brevets pouvaient avoir des conséquences en termes de santé publique. Par ailleurs, certaines ONG transnationales (comme *Médecins sans frontières*, dont la dimension mondiale a été reconnue par le prix Nobel) ont également réussi à mobiliser l'opinion publique mondiale dans ce domaine.

Au début du troisième Millénaire, la Conférence Ministérielle de l'OMC qui s'est tenue à Doha (Qatar) en 2001 a innové. Pour la première fois, une organisation interétatique sur le commerce adopte une déclaration concernant la santé publique sachant que les questions du commerce et de la santé² (comme celles du commerce et de l'environnement ou de la réglementation du travail) étaient bien séparées dans les négociations multilatérales. En quoi cette Déclaration est-elle un tournant, mais aussi en quoi cette Déclaration ne change-t-elle que peu de choses ?

¹ Avec l'ADPIC, l'émergence de nouvelles normes commerciales internationales ayant un impact direct sur les politiques de santé des pays du Sud renforce les inégalités en matière de santé entre les pays. En dépit des différences de niveau de développement économique, cet Accord a généralisé le système de brevets sur les médicaments. Censé protéger l'intérêt général et dans le même temps les intérêts privés des industriels du médicament, l'Accord est perçu comme une solution sous-optimale à un compromis institutionnel impossible. Les négociations, les batailles politiques et juridiques se succèdent au sein de l'OMC, mais également dans d'autres domaines, sans qu'un compromis acceptable pour les différentes parties prenantes soit atteint. Il en résulte une remise en question de la légitimité de l'application stricte de cet Accord, notamment en ce qui concerne les médicaments, alors que, parallèlement, se multiplient les travaux sur les rapports entre santé et développement, et que croît la prise de conscience des acteurs du développement, comme la Banque mondiale. Voir Ndour, Marame (2006), op.cit. p.5.

² Blouin, Chantal (2007), « Trade Policy and Health: From Conflicting Interests to Policy Coherence », *Bulletin of the World Health Organization*, n° 85, p.218-224.

Selon Dumoulin (2001)¹, la politique internationale du médicament illustre ce tournant. L'OMC s'est enlue au début de ce millénaire dans un combat amer autour de la question des brevets sur les médicaments. Les controverses portaient sur l'étendue des besoins sanitaires au nom desquels, un pays peut faire prévaloir le droit à la santé sur le respect des brevets. Selon les pays du Nord, dont l'industrie monopolise la quasi-totalité des brevets pharmaceutiques mondiaux, des exceptions aux brevets pouvaient être tolérées pour les médicaments permettant de lutter contre le Sida, la tuberculose et le paludisme. Ils ont ajouté, pour donner bonne image, une poignée de maladies, pour la plupart, tropicales et de faible intérêt commercial. Mais ni le cancer, ni le diabète, ni l'asthme, par exemple, ne figurent sur la liste limitative de maladies auxquelles ils veulent désormais restreindre la Déclaration de Doha, sachant que ce type de maladies touche largement les pays du Sud.

Il faut souligner ici que cette déclaration précise utilement certains points, en ouvrant les possibilités d'interprétation de l'Accord sur les ADPIC. Des clauses de sauvegarde à l'exclusivité des brevets de vingt ans avaient bien été prévues en 1994, mais elles étaient assez limitées et souvent pas assez précises (par exemple en cas de situation d'urgence non définie), ce qui ouvre la porte à des conflits. À Doha, il a été précisé que « chaque membre a le droit d'accorder des licences obligatoires et la liberté de déterminer les motifs pour lesquels de telles licences sont accordées² », ce qui donne pratiquement toute liberté à chaque pays d'interpréter les motifs d'accorder une licence obligatoire. On peut lire que « chaque Membre a le droit de déterminer ce qui constitue une situation d'urgence nationale ou d'autres circonstances d'extrême urgence, étant entendu que les crises dans le domaine de la santé publique, y compris celles qui sont liées au VIH/sida, à la tuberculose, au paludisme et à d'autres épidémies, peuvent représenter une situation d'urgence nationale ou d'autres circonstances d'extrême urgence »³. Cette disposition limite clairement les contestations possibles (Dumoulin, 2001).

D'autres aspects, plus techniques, furent soulevés pour limiter la portée de l'Accord sur les ADPIC. Dans ce cadre, on a tenté entre autres de réduire la liste des pays autorisés à réclamer ces exceptions, de restreindre les technologies auxquelles ils pouvaient prétendre dans le cadre de l'Accord et de créer un ensemble de contraintes légales qu'il serait à la fois complexe et coûteux à mettre en œuvre, et qui limiterait encore les possibilités de se procurer à bas prix des médicaments sous brevet. Les pays du Nord avaient, en vérité, conspiré pour dévaloriser (ou même revenir sur) les promesses faites avant.

Placés sur la défensive, les pays riches acceptèrent, lors de la réunion de Doha, une déclaration générale sur le droit des pays à prendre des mesures pour protéger la santé publique. Un succès présenté comme l'aube d'une nouvelle ère du commerce international, plus juste pour les pauvres. C'est dans ce contexte où la Déclaration de Doha (malgré son contenu qui peut paraître maigre à qui n'a pas suivi de près les débats sur l'OMC et la santé publique depuis 1996) a été qualifiée de tournant important dans la mesure où il est enfin reconnu que la poursuite des intérêts commerciaux des pays ne règle pas nécessairement les problèmes de santé publique, et que la communauté internationale a mis les grands problèmes de santé publique avant les intérêts commerciaux⁴.

¹ Dumoulin, Jérôme (2001), « Globalisation et santé publique : Doha, un tournant ? », *Société Française de Santé Publique*, n° 13, p.321-323.

² Licences sur des brevets sans l'accord du détenteur de ceux-ci.

³ Paragraphe 5/c de la Déclaration sur l'Accord sur les ADPIC et la Santé Publique.

⁴ Dumoulin, Jérôme (2001), op. cit.

Force est de constater également que les initiatives de l'OMC en faveur d'une plus grande accessibilité aux médicaments ont choqué les grandes firmes pharmaceutiques. En réponse, l'industrie en question concentra ses feux sur l'un des points-clés de la mise en application de la déclaration. Le paragraphe 6 enjoignait l'OMC de trouver une solution au problème des restrictions à l'exportation. En effet, lorsqu'un pays décide d'imposer une licence obligatoire sur un brevet, il est entendu que la copie du médicament, réalisée par les industriels locaux, doit être principalement destinée au marché intérieur. Mais, si tous les pays potentiellement producteurs se voient ainsi interdire d'exporter, comment un pays ne disposant d'aucune industrie locale pourrait-il faire valoir ses droits? Et, si son marché local est d'une faible importance, comment le même pays pourrait-il disposer de producteurs locaux viables (sachant que, dans l'industrie pharmaceutique, les économies d'échelle sont très importantes)? Une solution raisonnable et ne contredisant pas le libre-échange tant prôné par l'OMC eût été d'autoriser l'exportation d'une copie de médicament à l'ensemble des pays ayant décidé de faire prévaloir le droit à la santé sur le respect des brevets, afin d'organiser, concrètement, la mise à disposition au moindre coût des médicaments qui permettraient de soulager les souffrances et d'éviter des pertes humaines injustifiables.

Il faut noter que dans les derniers jours de la négociation, en décembre 2002, et sous la pression du lobby pharmaceutique, le gouvernement américain proposa une liste limitative des maladies concernées par la Déclaration¹. Ce qui fut interprété comme une tentative de renverser le sens de ladite Déclaration, après en avoir accumulé les bénéfices médiatiques. Cette énumération, qu'aucun critère de santé publique ne vient étayer, fit l'unanimité contre elle : 143 pays sur les 144 membres de l'OMC s'y opposèrent. Mais cela n'a pas empêché le Directeur Général de l'OMC de tenter une relance des négociations en 2003, sur la base d'une liste similaire, en suggérant que, pour toute maladie n'y figurant pas, une consultation préalable de l'OMS permettrait de l'ajouter.

Les États-Unis et l'UE mettent désormais les pays pauvres face à un choix difficile et cruel : ou bien ils acceptent un accord vicié et complexe, empreint de limitations et de restrictions, qui, au final, ne fonctionnera (mal) que dans une poignée de pays, ou bien ils restent les mains vides. Les débats se veulent très techniques, mais quelques éléments devraient avoir la force de l'évidence. On a suscité un faux débat autour de la question des licences obligatoires, car l'Accord sur les ADPIC donnait déjà le droit à chaque pays membre de l'OMC de ne pas tenir compte d'un brevet, en fixant lui-même les raisons. Cela, on l'a vu, ne peut fonctionner efficacement pour les petits pays, dont le marché domestique est limité. D'autant plus qu'ultérieurement, les pays producteurs et exportateurs de copies de médicaments (l'Inde et autres pays potentiels) intégreront les contraintes des ADPIC et ne seront plus autorisés à fournir aux petits pays des médicaments à bas prix.

Selon Love (2003)², aucun indice ne permet, par ailleurs, de penser que les pays du Sud abuseront des licences obligatoires. Dans la pratique, c'est même l'inverse qui se produit actuellement, rare étant les pays à oser faire valoir leurs droits face au risque de mesures d'intimidation et de rétorsion³. Par ailleurs, les pays du Sud, étranglés par la dette, consacrent

¹ L'exclusion de certaines maladies telles que la pneumonie, le diabète, l'asthme, les maladies cardiaques ou le cancer qui ne sont pas prioritaires pour les pays du Nord relève du cynisme sachant que la majorité des morts dues à ces maladies ont lieu dans les pays pauvres.

² Love, James (2003), « L'Europe et les États-Unis Prolongent l'apartheid Sanitaire », *Le Monde Diplomatique*, mars, p.28-29.

³ L'Afrique du Sud, bien qu'elle compte 5 millions de séropositifs, a rejeté fin 2002 une demande de licence obligatoire sur des médicaments anti-sida suggérée par le fabricant indien Cipla. Quant au Brésil, il s'est limité à menacer, à trois reprises, de prendre des licences obligatoires, deux fois pour des produits anti-sida très

trop peu de ressources à la santé. Chaque dollar, économisé sur le coût des traitements, des vaccins, des tests, pour l'une ou l'autre des maladies qui affectent leur population, est un dollar utilisable pour se procurer plus de médicaments, ou des médicaments plus chers, pour soutenir ou reconstruire les infrastructures, payer médecins et infirmières, etc. L'accord de novembre 2001, mis en œuvre par des gens de bonne foi, devait lever les principaux obstacles juridiques interdisant à ces pays de s'organiser pour promouvoir l'accès de tous aux traitements. C'est, au contraire, au sabotage systématique de la Déclaration de Doha que se sont employés, depuis lors, les représentants des pays les mieux dotés en matière de santé et de niveau de vie.

3. L'impérieuse nécessité d'une gouvernance mondiale de la santé

Les politiques mondiales de la santé ne peuvent faire l'économie de l'action des États, mais elles doivent prendre la mesure d'autres acteurs qui agissent en dehors des cadres étatiques, comme les ONG ou les firmes multinationales. Enjeu des relations interétatiques Nord-Sud, la santé prend désormais une place croissante dans l'agenda des différents acteurs de la politique mondiale qu'ils soient publiques ou privés.

Le développement rapide des épidémies et l'absence d'amélioration du niveau de santé sont actuellement très préoccupants, et les politiques de santé sont à la fois un enjeu éthique, économique et politique de la gouvernance mondiale. Elle est considérée comme telle, car tout retard dans la mise en œuvre des politiques mondiales de santé efficaces et équitables est susceptible d'avoir un impact sur la croissance économique, sur le développement et sur la sécurité collective. L'ensemble des régulations de la gouvernance mondiale risque d'être handicapé par une mauvaise évaluation des enjeux sanitaires et des besoins qu'ils requièrent. Les conséquences de politiques sanitaires inadaptées peuvent rendre aussi plus difficile la fluidification des relations internationales recherchée par les tenants d'une gouvernance mondiale élargie au plus grand nombre d'acteurs. Pour que les problèmes de santé ne perturbent pas l'ensemble de la gouvernance mondiale, il est nécessaire que les acteurs ajustent leurs pratiques aux changements mondiaux liés à la santé, et que les obstacles à la mise en œuvre de politiques de santé efficaces soient levés.

Pour résoudre les graves problèmes engendrés par le mauvais état de santé des plus démunis, il faut beaucoup plus que de grands discours politiques, des études statistiques ou des colloques internationaux. Pour progresser vraiment, il faudra un engagement sérieux à long terme ainsi que la volonté de revoir radicalement les stratégies de santé et de développement. Cela veut dire aussi qu'il faudra, tout en s'en inspirant, aller bien au-delà des évolutions prometteuses évoquées plus haut pour déclencher un mouvement et une force réels en faveur des réformes. Comment y parvenir – tel est l'un des principaux enjeux pour ceux préoccupés par les inégalités sanitaires Nord-Sud.

3.1 Gouvernance mondiale : Notion et portée

Au cours des années 90, la notion de gouvernance a acquis la notoriété d'un produit qui aurait bénéficié d'un remarquable plan de promotion. La réflexion sur les difficultés, les nécessités, les voies multiples d'une « gouvernance » mondiale bat son plein depuis plus d'une dizaine d'années, et ne se dément pas. Selon Ruano-Borbalan¹, il n'est pas d'écrit sur ce sujet qui ne

onéreux, et une fois pour le Glivec, un médicament contre la leucémie coûtant 50 000 euros par an - dans les trois cas un accord amiable de réduction des prix fut trouvé.

¹ Ruano-Borbalan, Jean-Claude (2004), « La gouvernance mondiale: nécessité ou idéologie ? », *Revue de Sciences Humaines*, Hors Série, n° 44, p.58-62.

rappelle l'importance. Rien que pour la discipline des relations internationales, ce sont des dizaines de livres et de manuscrits par année. Ce sont d'abord les organisations internationales de Bretton Woods (Banque Mondiale et Fonds Monétaire International-FMI) qui, à la fin des années 1980, ensuite l'ONU dans les années 90, puis les diverses instances de coopération économique ou des rapports étatiques, qui ont utilisé et popularisé une réflexion sur la gouvernance mondiale. Mais, l'abondance de réflexions et d'écrits sur la question entraîne par le fait même de la confusion et nul ne sait ce que recouvre exactement la notion de gouvernance mondiale que, pourtant, beaucoup appellent de leurs vœux.

Terme ancien, la gouvernance se présente parfois comme un fourre-tout qui, selon celui qui s'en empare, permet d'invoquer le réalisme du marché ou l'efficacité de l'entreprise comparée aux déficiences des administrations publiques. Dans une certaine mesure, le discours sur la gouvernance reflète, selon les cas, une forme d'idéalisme ou d'occultation des rapports de force, comme lorsqu'on évoque les biens publics mondiaux. Pour l'étude des relations internationales, la notion de gouvernance permet toutefois de s'atteler à la difficile question de la localisation de l'autorité dans la définition et la mise en œuvre des politiques mondiales, autorité répartie en de multiples espaces, parfois déléguée à des agences privées. Cette notion ne peut être appréhendée en dehors de la globalisation qui conduit à repenser les modes de représentation et de participation politiques.

En effet, la notion de la gouvernance prend en considération la diversité des acteurs et des interactions entre des domaines a priori cloisonnés : public/privé; économie/politique; interne/externe. Les définitions proposées pour cette notion sont nombreuses. Elle peut être considérée comme l'ensemble des régulations produites par la prolifération d'acteurs interdépendants et des interventions publiques qui en découlent. Ces acteurs interdépendants sont les États, les organisations interétatiques, les ONG nationales ou transnationales, les entreprises privées, les fondations, la communauté scientifique, les médias, voire même les individus. La nature des relations entre ces acteurs n'est jamais définitive, pas plus que le nombre de ceux qui participent à une discussion sur un problème ou un enjeu donné.

En outre, la gouvernance mondiale s'appuie sur des procédures de statuts divers, qui vont de la simple consultation entre gouvernements à l'adoption de législations communes, en passant par la formation de consensus sur les objectifs à atteindre, la reconnaissance mutuelle, ou la définition de bonnes pratiques (*Soft law*). Cette gouvernance repose sur la coopération intergouvernementale ou sur l'action d'institutions multilatérales spécialisées dotées d'instruments propres, dans certains cas aussi sur l'action normalisatrice d'opérateurs privés. Elle s'exerce au niveau mondial ou par le canal d'organisations régionales. Elle tient, ou ne tient pas, sa légitimité de la délégation des États, de la ratification des traités par les parlements, de la prise en compte des points de vue exprimés par les différentes représentations des sociétés civiles dans le cadre du débat démocratique, mais ne relève d'aucune autorité politique centrale et ne fait l'objet d'aucune sanction démocratique d'ensemble. En d'autres termes, la gouvernance mondiale est considérée comme un processus de négociations permanentes entre des acteurs très hétérogènes engagés dans la conduite des politiques mondiales : définition des orientations, des ressources allouées et des moyens mis en œuvre ainsi que le développement des différentes formes de partenariats mondiaux¹.

Dans la mesure où elle illustre des mutations permanentes en réponse à l'intensification et à l'extension sectorielle ou géographique des interdépendances, « la gouvernance permet de penser la gestion des affaires internationales non comme un aboutissement, comme un

¹ Dixneuf, Marc (2003), « La Santé, Enjeu de la Gouvernance Mondiale ? », *Les Études du CERI*, n° 99, p. 3.

résultat, mais comme un processus continu »¹. Elle peut être vue également sous l'angle d'un ensemble de tensions en évolution constante, un processus dans lequel alternent ou se développent conjointement les moments de conflit et de coopération. Néanmoins, on retrouve ce présupposé qui veut que la participation du plus grand nombre d'acteurs aux discussions peut contribuer à désamorcer leurs possibles conflits ou mésententes. Processus soumis à des tensions permanentes, la gouvernance est aussi caractérisée par cette représentation partagée par les acteurs - pas par tous ni simultanément - selon laquelle elle peut contribuer à fluidifier les relations et les négociations à différentes échelles.

Dans une autre perspective et, qu'on le veuille ou non, l'avenir de la gouvernance mondiale passe obligatoirement par une reconfiguration en profondeur des modes qui gouvernent les relations entre les premiers acteurs du grand échiquier : les États. Ce constat pourrait paraître paradoxal puisque l'« État » se caractérise d'abord par ses limites, ses aveuglements, ses mauvaises habitudes, et son inhabilité à aborder les problèmes de la globalisation (en l'occurrence ceux liés à la santé et à l'environnement). Il est d'ailleurs convenu de parler d'une érosion inéluctable de l'État, avec l'idée que celui-ci est, à terme, condamné. Rien de neuf dans tout ceci, dira-t-on, puisqu'on avait avancé cette hypothèse au 19^e siècle. Or, même si d'autres acteurs plus ou moins légitimes ont pris une place grandissante sur l'échiquier planétaire suite au dégel de l'après-guerre froide et à la révolution des technologies de l'information et des communications, ceux-ci n'ont qu'un rôle au mieux secondaire (y compris l'ONU ou les grandes multinationales) dans la conduite des grandes affaires de ce monde. L'État sera au cœur de la mise en place, si elle a lieu, d'une nouvelle architecture de la gouvernance mondiale².

3.2. Politiques sanitaires globales : Champs et spécificités

Le préambule de la constitution de l'OMS définit la santé comme « un état de complet bien-être physique, mental et social, qui ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité ». Ainsi, les politiques de santé au niveau mondial visent la réduction des effets néfastes des maladies et des affections liées à nos modes de vie. Une politique de santé consiste également à se préoccuper de la situation des femmes, de la violence dans les sociétés ou des risques environnementaux. Que les décès soient liés à des affections transmissibles (VIH/Sida, maladies diarrhéiques, tuberculose, paludisme), ou non transmissibles (maladies cardiovasculaires, cancer, asthme), les motifs de préoccupation sanitaire sont nombreux. Dans quelques cas, des programmes mondiaux ont réussi à éradiquer certaines pathologies. L'OMS se félicite ainsi d'avoir pu contribuer à la disparition de la variole en 1980, à la suite d'un programme de vaccination lancé en 1967. D'autres maladies bénéficient de programmes d'envergure, soutenus par des firmes pharmaceutiques. À l'inverse, le Programme d'éradication du paludisme dans plusieurs pays en développement, lancé en 1955 par l'OMS, a connu un échec complet.

Pour tracer l'évolution chronologique des interventions de l'OMS et évaluer son apport, il faut dire que cette organisation, malgré l'existence d'un certain nombre de difficultés, a pu influencer l'action internationale en faveur de la santé. La Conférence mondiale sur la promotion de la santé (Ottawa, 1986) et la Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé qui en résulte sont mondialement reconnues comme le fondement des concepts et des principes régissant la promotion de la santé moderne. La Conférence d'Ottawa et la série ultérieure de

¹ Smouts, Marie-Claude (dir.), (1998) *Les Nouvelles Relations Internationales. Pratiques et Théories*, Paris, Presses de Sciences Po, 1998, p.150.

² Blin, Arnaud et Marin, Gustavo (2007), « Repenser la gouvernance mondiale », disponible sur: http://www.world-governance.org/IMG/docRepenser_sans_logo.doc. [20/11/2008]

conférences mondiales de l'OMS, qui ont eu lieu à Adélaïde (Australie) en 1988, Sundsvall (Suède) en 1991, Jakarta en 1997 et Mexico en 2000, ont aidé à orienter les mesures au moyen desquelles on s'attellera aux déterminants de la santé pour atteindre l'objectif de la santé pour tous. La promotion de la santé, grâce à des interventions d'ordre comportemental, social, politique et environnemental, a amené les individus, communautés et acteurs à modifier leurs habitudes en matière de santé, contribuant ainsi à réduire les causes de mortalité et de morbidité telles que les cardiopathies, les accidents de la circulation routière, les maladies infectieuses et le VIH/SIDA¹. Les bienfaits sont, cependant, plus nets chez les personnes plus favorisées aux plans sociaux et économiques. Aussi est-il urgent de compléter les programmes influant sur les facteurs de risque par des politiques qui génèrent des conditions de nature à améliorer la santé des groupes vulnérables.

Par ailleurs, l'application des stratégies de promotion de la santé s'inscrit dans un contexte qui a sensiblement évolué depuis la Conférence d'Ottawa, spécialement sous l'effet de la globalisation, à la fois source de difficultés et d'opportunités pour la promotion de la santé. La Sixième Conférence Mondiale sur la promotion de la santé, intitulée « Politique et partenariat pour l'action : s'atteler aux déterminants de la santé » (Bangkok, 2005), a été organisée par l'OMS en vue d'aider à réduire les inégalités face à la santé dans le contexte de la globalisation moyennant la promotion de la santé. Le principal résultat de la Conférence a été l'adoption de la Charte de Bangkok pour la promotion de la santé à l'heure de la globalisation, et le consensus entre les participants sur les orientations futures de la promotion de la santé. Un forum mondial d'organisations et de parties intéressées sera chargé de promouvoir le suivi de cette Charte et de soutenir les travaux jusqu'à la 7^e Conférence mondiale sur la promotion de la santé qui se tiendra dans la Région africaine en 2009².

Dans le cadre de toutes ces rencontres internationales, les principaux clivages sanitaires recourent souvent les différences de développement entre les différents États du monde. Mais si les pathologies qui touchent les pays du nord et ceux du sud illustrent jusqu'à la caricature ces différences, les enjeux sanitaires mondiaux se situent davantage au niveau des moyens disponibles pour lutter contre les maladies et les effets de celles-ci : c'est l'accès aux soins et aux médicaments qui sépare les populations. Ainsi, les maladies tropicales font l'objet d'un quasi-abandon de la recherche conduite par les firmes pharmaceutiques privées. Celles-ci développent en premier lieu des produits adaptés aux marchés des pays riches. L'un des objectifs des politiques mises en œuvre au niveau mondial est donc de corriger ces disparités. La santé se situe au carrefour des problèmes actuels dont souffre l'Humanité, car si elle dépend de nombreuses variables (l'éducation, la pauvreté) elle en influence d'autres (le développement, la sécurité). Ce faisant, elle stimule les rivalités des acteurs engagés dans la définition des politiques mondiales et, comme dans l'espace national, elle reflète la configuration du champ politique dans lequel elle s'inscrit : ici, celui de l'économie politique internationale.

Les préoccupations de l'OMS suivent ces évolutions, de la reconstruction des services de santé de pays dévastés à la fin de la Seconde Guerre Mondiale à l'assistance aux pays du sud, en passant par le contrôle des épidémies. Le décalage entre le modèle des politiques de santé occidentales (hôpitaux, soins curatifs, techniques coûteuses, personnels qualifiés) et les moyens des pays du sud a conduit à l'élaboration de la politique des soins de santé primaires qui prenait en compte la faiblesse des moyens de ces pays, mais qui reposait sur une vision

¹ OMS (2002), *Rapport sur la Santé dans le Monde, 2002 – Réduire les Risques et Promouvoir une Vie Saine*, Genève, Organisation mondiale de la santé.

² OMS (2006), *Promotion de la Santé : Suivi de la VI^e Conférence Mondiale sur la Promotion de la Santé*, Rapport du Secrétariat de l'OMS.

optimiste du développement et n'envisageait pas l'émergence de nouvelles épidémies. La prise de conscience de la diversité des facteurs qui contribuent à un bon niveau de santé, notamment ceux qui touchent à l'environnement et à la question du genre, a conduit à l'extension des domaines d'intervention des politiques de santé. Ce changement a contribué au renforcement des interactions entre les questions de santé et les enjeux sociaux ou de sécurité. En n'étant plus cantonnées au contrôle des épidémies, les politiques de santé s'inscrivent un peu plus comme une des variables des négociations de la gouvernance mondiale.

3.3 Limites d'une gouvernance mondiale de la santé

Tout en bénéficiant de leur inscription à l'agenda mondial, les défis sanitaires actuels soulignent l'éparpillement de la gestion de la santé dans l'architecture onusienne et les ambiguïtés des politiques étrangères des États membres. Face à l'émergence de nouveaux acteurs ou à la mise en place de nouvelles structures, les limites des interventions des acteurs « centraux » apparaissent d'autant plus clairement. Les organisations interétatiques peinent à coordonner leurs actions ou à coexister de manière satisfaisante, et les États concilient difficilement les objectifs de leurs politiques étrangères avec ceux de l'action en faveur de la santé.

Les politiques multisectorielles de santé impliquent plusieurs organisations interétatiques et génèrent des tensions que les structures de coordination n'arrivent pas toujours à réguler, si elles ne les exacerbent pas parfois. Dans la mesure où ces organisations sont dotées de ressources (financières, médiatiques, humaines, techniques) souvent inégales, on peut légitimement s'interroger sur leur hiérarchisation. Mais une réforme complète du système ne semble pas la voie la plus immédiatement intéressante pour la santé. Bien avant la période d'affaiblissement de l'OMS sous la direction d'Hiroshi Nakajima, l'ensemble du système de l'ONU, programmes et agences, s'est préoccupé des aspects sanitaires qui pouvaient toucher leur domaine de compétence. Dans les années 1960, l'UNICEF a rassemblé plusieurs agences pour évaluer les besoins des enfants en matière de santé ; elle a également conduit des programmes de vaccination et mis en œuvre le principe des prix différenciés qui les a rendus possibles¹.

L'action contre la pauvreté et pour le planning familial de la Banque Mondiale lui a permis d'investir progressivement dans ce secteur. Les effets désastreux des plans d'ajustement structurel (PAS) et les vertus tant prônées de la « bonne gouvernance » lui ont offert également une occasion d'aller plus avant dans ce domaine. En 1987, elle a défendu l'évaluation de l'impact de ses plans sur le secteur de la santé tout en faisant la promotion de systèmes partiellement privés pour les pays du sud. En 1993, la publication du Rapport « *Investing in Health* » a été perçue par certains observateurs comme une tentative de la Banque visant l'orientation des politiques de santé de l'ensemble du système de l'ONU.

Les organisations interétatiques qui interviennent dans le secteur de la santé tentent d'influencer les choix des politiques. D'un côté, la Banque Mondiale et le Fond Monétaire International (FMI) sont en compétition pour influencer les autres agences. De l'autre, l'OMS (considérée ces derniers temps comme incapable de gérer les défis et à piloter seule les politiques internationales en matière de santé malgré son rôle de sensibilisation et d'alerte et l'apport de sa Commission Macroéconomie et Santé²), l'Organisation Internationale de

¹ Dixneuf, Marc (2003), « La Santé, Enjeu de la Gouvernance Mondiale ? », *Les Études du CERI*, n° 99, p. 12.

² Commission Macroéconomie et Santé. 2001. *Macroéconomie et Santé : Investir dans la Santé pour le Développement Économique*. Genève, OMS, 2002.

Travail (OIT) ou l'UNICEF ne s'alignent pas nécessairement sur les projets du Département des Affaires Sociales de l'ONU. Par ailleurs, les programmes comme le Pacte Mondial et l'OMD doublent parfois l'action des agences. Reste à signaler que, dans la mesure où la Banque Mondiale finance des projets, il pourrait paraître légitime qu'elle les oriente. Toutefois, elle ne semble avoir convaincu aucun acteur de santé de la qualité de son action en la matière¹.

3.4 Interventions des acteurs non-étatiques

Dans le domaine sanitaire, la place acquise par des ONG, capables de diffuser rapidement des messages ou de mobiliser des mouvements de protestation sur un même sujet dans plusieurs pays, est en mesure d'affaiblir les positions des États et des organisations interétatiques. En effet, l'émergence des acteurs non-étatiques a contribué à remettre en cause les modalités de l'action gouvernementale ou intergouvernementale ou, au moins, à les placer sous surveillance.

Il faut souligner encore que les OMD ont fourni un nouveau cadre pour les partenariats entre les acteurs gouvernementaux et non gouvernementaux pour créer un environnement propice au développement, à l'élimination de la pauvreté et à l'investissement dans la santé. Grâce à la défense de la politique de santé publique, les ONG avec leurs diverses structures et fonctions constituent les conditions sine quo non à la promotion de la santé en raison de leur présence dans le terrain et leur proximité avec les communautés, ce qui leur permet de contribuer à la satisfaction des besoins, préoccupations et aspirations des populations en termes de santé² et du bien-être.

Par ailleurs, les enjeux de santé sont d'une certaine vitalité, à tel point qu'ils sont directement perçus par ceux qui sont en attente de prestations, médicaments ou de structures de soins. L'élaboration et l'annonce d'un projet gouvernemental ou intergouvernemental, dont les objectifs ne se traduisent pas concrètement sur le terrain, représentent un facteur de risque à un double titre. En premier lieu, le retard dans l'action sanitaire aggrave l'impact du mauvais état de santé de la population sur le développement ou la sécurité³. En second lieu, ce décalage porte atteinte à l'image de l'État et peut faire douter de sa capacité future à prétendre à une position de leadership. Les États ont donc intérêt à préserver leur légitimité d'action en achevant de placer la santé en haut de l'agenda international ; l'adaptation de leur politique étrangère à la réalité des risques sanitaires leur permet d'exercer leur influence dans les processus de négociations permanentes qui sont au cœur de la gouvernance mondiale.

De manière générale, en exposant leur politique, les États et les organisations interétatiques doivent prendre la mesure de l'émergence des ONG dans ces domaines et de l'attention qu'elles portent aux politiques et programmes mis en place. La santé relève d'une gestion mondiale du fait de la diffusion des maladies, que cette diffusion dépende de la transmissibilité de la pathologie ou de l'extension des facteurs qui la favorisent, comme la consommation ou les conditions environnementales. La santé dépend des projets de réduction de la pauvreté, de l'amélioration des conditions de vie et du développement économique, mais en même temps elle les conditionne. Une politique étrangère orientée par les enjeux de santé

¹ Dixneuf, Marc (2003), op. cit. p.13.

² Narayan, Thelma, Wise, Marilyn and Ghebrehiwet, Tesfamicael, « NGO Coalitions for Global Health Promotion », <http://phmovement.org/pha2/issues/documents/ngocoalitionsforglobalhealthpromotion.doc>

³ Coupland, Robin (2007), « Security, Insecurity and Health », *Bulletin of the World Health Organization*, n° 85, p.181-184.

globaux peut contribuer à l'amélioration de la gouvernance mondiale; elle peut aussi aider à façonner un environnement plus sûr pour l'État qui la conduirait.

Pour la Commission sur la gouvernance mondiale, les États doivent accepter le principe d'une éthique globale, garante de l'efficacité de la gouvernance, afin de dépasser les intérêts particuliers, souvent égoïstes. Certainement souhaitable et contribuant à fixer un objectif, ce principe semble difficile à respecter compte tenu des ressorts de la compétition internationale¹. En revanche, les limites des acteurs gouvernementaux peuvent être repoussées grâce à une meilleure perception des conséquences globales des risques sanitaires aujourd'hui cantonnés aux pays pauvres. Volontiers invoquée, l'interdépendance n'est pas encore pour autant perçue comme une réalité tangible. Pourtant, le développement d'un certain nombre d'épidémies dont les effets transcendent les frontières géopolitiques (comme le SRAS et le VIH), devrait contribuer à faire tomber la barrière entre le discours sur la globalisation et la reconnaissance de ses impacts concrets.

4. Pour une gouvernance mondiale de la santé efficace, équitable et crédible

Dans le domaine de la santé, les caractéristiques de la gouvernance mondiale (telles que la participation des acteurs non-étatiques à la définition et à la mise en œuvre de politiques mondiales et l'importance et la portée des accords encadrant le commerce mondial) portent en elles autant d'éléments prometteurs que de motifs d'inquiétude. La santé s'avère de plus en plus un vecteur d'innovation en matière de gestion des problèmes mondiaux; pour autant, il importe de penser constamment les solutions mises en œuvre au regard de leurs effets. La gouvernance mondiale a fait les frais des heurts multiples consécutifs aux débats sur l'accès aux médicaments dans le cadre de l'Accord sur les ADPIC, et l'image de l'OMC en a pâti un peu plus.

La santé représente donc un enjeu pour la gouvernance mondiale par les obstacles qu'elle est susceptible de faire surgir au cœur des processus de régulation. La complexité des politiques de santé suppose une intégration prudente des acteurs non-étatiques afin de retirer le bénéfice de leur expertise sans perdre de vue les objectifs du bien commun. La mise en œuvre de politiques inadaptées peut être un obstacle à la résolution de problèmes de santé qui, alors, sont susceptibles d'avoir un impact au-delà du domaine sanitaire. De la même manière, il est nécessaire d'anticiper les blocages à même de survenir à l'OMC afin de préserver l'organisation elle-même, et sa crédibilité pour les pays du sud, tout en limitant les heurts dans l'agenda mondial. Dans ce cadre, Petiteville affirme qu'« *il ne faut pas sous-estimer la montée en puissance des pays en développement depuis la création de l'OMC. Ceux-ci ont désormais, pour eux, la force du nombre et leur importance au sein de l'Organisation s'accroît encore sous l'effet d'entraînement produit par les puissances émergentes du Sud (Inde, Brésil, Afrique du Sud, Chine). Cette nouvelle place qu'occupent aujourd'hui les pays du Sud a fait considérablement évoluer la structure du pouvoir au sein du régime commercial international [...] Depuis Seattle, on sait que cette fronde des pays en développement n'est pas que symbolique et qu'elle est effectivement en mesure de paralyser l'OMC* »².

Donc, compte tenu des enjeux sanitaires actuels et de l'absence de solution à court terme pour certaines d'entre elles, le rôle de ces deux vecteurs de la gouvernance mondiale dans la santé est appelé à faire l'objet d'une réflexion constante. Les accords de l'OMC ont établi le cadre

¹ Habermas, Jürgen (2000), *Après l'État-Nation. Une Nouvelle Constellation Politique*, Paris, Fayard, p.118-119.

² Franck, Petiteville (2004), « L'Hégémonie est-elle Soluble dans le Multilatéralisme ? Le cas de l'OMC », *Critique Internationale*, n°22, p.63-76.

dans lequel s'organise, en grande partie, la gouvernance mondiale, mais ce cadre n'est pas forcément adapté à certains problèmes mondiaux, à savoir les enjeux sanitaires et environnementaux. Négociés à un moment où les défis mondiaux affichés étaient différents, une grande partie de ces accords devraient être repensés en tenant compte de l'extension des risques actuels (sanitaires et environnementaux). Leur rigidité apparente opposée au processus en évolution constante que représentent la gouvernance et les enjeux de santé risque de monopoliser l'agenda international sur des questions de santé plus étendues que celles de l'accès aux médicaments en tant qu'enjeu et priorité importants pour les pays du Sud.

Les facteurs qui conditionnent l'état de santé des populations, comme les impacts de celui-ci sur le développement, sont au cœur de l'élaboration des politiques. L'implication effective des acteurs non-étatiques dans le processus de définition et de mise en œuvre de telles politiques accompagne le discours sur la gouvernance qui voit en la participation du plus grand nombre la garantie d'une plus grande efficacité, crédibilité et représentativité. Pour autant, la simple présence de ces acteurs dans certains processus décisionnels n'assure pas nécessairement leur meilleure contribution.

CONCLUSION

L'analyse ci-haut montre visiblement qu'il y a un défi à relever : celui de mettre fin aux inégalités sanitaires entre les pays du Nord et ceux du Sud. Ces inégalités, conjuguées à une crise de santé à l'échelle mondiale, ne sont pas principalement liées seulement aux maladies, mais également à un système de gouvernance qui laisse à désirer tant aux niveaux nationaux (affaiblissement des politiques étatiques) qu'au niveau international (affaiblissement des mécanismes interétatiques en raison d'un contexte mondialisé en restructuration permanente). Selon Kickbusch¹, nos interventions doivent donc porter sur les déterminants politiques de la santé, tout particulièrement sur les mécanismes qui aideront à préserver les biens publics mondiaux nécessaires à un développement viable et équitable. Ces derniers temps, on a proposé dans le cadre du 6^e Conférence mondiale sur la promotion de la santé un traité «nouveau genre» qui établirait les nouveaux paramètres de la gouvernance mondiale de la santé². Selon le même auteur, reprendre cette proposition serait un pas dans la bonne direction. Les associations nationales pour la santé publique doivent prêcher l'exemple en présentant la santé comme un bien public mondial et en organisant des « sommets nationaux sur la santé mondiale » pour discuter des mécanismes éventuels du processus politique nécessaire. Il faut, pour cela, inscrire les questions de gouvernance mondiale de la santé aux programmes d'autres secteurs, comme la politique étrangère, car la santé est indispensable non seulement à la réduction de la pauvreté et à la promotion du développement humain et économique³, mais pour tout ce qui concerne la sécurité humaine⁴.

¹ Kickbusch, Ilona (2006), « Mapping the Future of Public Health: Action on Global Health », *Canadian Journal of Public Health*, vol. 97, n° 1.

² OMS (2006), *Promotion de la Santé: Suivi de la Sixième Conférence Mondiale sur la Promotion de la Santé*, Rapport du Secrétariat de l'OMS.

³ OMS (2001), *Macroéconomie et Santé: Investir dans la Santé pour le Développement Économique*, Rapport de la Commission Macroéconomie et Santé, Genève, Organisation mondiale de la Santé.

⁴ Coupland, Robin (2007), « Security, insecurity and health », *Bulletin of the World Health Organization*, n°85, p.181-184.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- Behnassi, Mohamed et Bonnin, Marie (2010), « Évaluation de la gouvernance mondiale pour l'environnement et le développement durable dans la perspective des pays du Sud », *Les Cahiers du CEDIMES*, vol.4, N°2.
- Blin, Arnaud et Marin, Gustavo (2007), « Repenser la Gouvernance Mondiale », disponible sur: http://www.worldgovernance.org/IMG/docRepenser_sans.
- Blouin, Chantal (2007), « Trade Policy and Health: From Conflicting Interests to Policy Coherence », *Bulletin of the World Health Organization*, n° 85, p.218-224.
- Commission Macroéconomie et Santé (2001), *Macroéconomie et Santé : Investir dans la Santé pour le Développement Économique*, Genève, OMS, 2002.
- Coupland, Robin (2007), « Security, Insecurity and Health », *Bulletin of the World Health Organization*, n° 85, p.181-184.
- Delorme, Jacky, « SIDA: Prévention et Trithérapies, pas de Contre-Indication pour le Sud », <http://www.oit.org/public/french/dialogue/actrav/publ/123/aids.pdf>
- Dixneuf, Marc (2003), « La Santé, Enjeu de la Gouvernance Mondiale ? », *Les Études du CERI*, n° 99, p. 3.
- Dumoulin, Jérôme (2001), « Globalisation et Santé Publique : Doha, un Tournant ? », *Société Française de Santé Publique*, n° 13, p.321-323.
- Franck, Petiteville (2004), « L'hégémonie est-elle Soluble dans le Multilatéralisme ? Le Cas de l'OMC », *Critique Internationale*, n°22, p.63-76.
- Franck, Petiteville (2004), « L'Hégémonie est-elle Soluble dans le Multilatéralisme ? Le Cas de l'OMC », *Critique Internationale*, n°22, p.63-76.
- Gwatkin, Davidson R. (2000), « Health Inequalities and the Health of the Poor: What do we Know? What can we Do? », *Bulletin of the World Health Organization*, n° 78, p.3-18.
- Habermas, Jürgen (2000), *Après l'État-Nation. Une Nouvelle Constellation Politique*, Paris, Fayard, p.118-119.
- Human Development Network (1997), *Health, Nutrition, and Population Sector Strategy*, Washington, DC, the World Bank.
- Kaul, Inge, Pedro Conceicao, Katell Le Goulven, Ronald U. Mendoza, (2003), *Providing Global Public Goods. Managing Globalization*, New York, PNUD, Oxford University Press.
- Kickbusch, Ilona (2006), « Mapping the Future of Public Health: Action on Global Health ». *Canadian Journal of Public Health*, vol. 97, n° 1.
- Laïdi, Zaki (2002), « Les Enjeux de la Gouvernance Mondiale », *Annuaire Français des Relations Internationales (AFRI)*, volume III. p.262-278.

- Love, James (2003), « L'Europe et les États-Unis Prolongent l'apartheid Sanitaire », *Le Monde Diplomatique*, mars, p.28-29
- McMicheal, Anthony J. and Colin Butler (2005), « Emerging Health Issues: The Widening Challenge for Population Health Promotion », *Proceedings of the 6th Global Conference on Health Promotion*, Bangkok, Thailand, 7-11 August.
- Ndour, Maramé (2006), « Partenariats Public-privé Mondiaux pour la Santé : L'Émergence d'une Gouvernance Transnationale des Problèmes de Santé des Pays en Développement ? », *Entreprises & Biens Publics*, N° 07. p 3.
- Organisation de coopération et de développement économiques (1996), *Le Rôle de la Coopération pour le Développement à l'aube du XXIe Siècle*, disponible sur : <http://www.oecd.org/dataoecd/41/32/15249681.pdf>
- Organisation mondiale de la santé (2000), *Renforcement des Systèmes de Santé dans les Pays en Développement*. Rapport du Secrétariat de l'OMS, Genève: OMS.
- Organisation mondiale de la santé (2001), *Macroéconomie et Santé: Investir dans la Santé pour le Développement Économique*, Rapport de la Commission Macroéconomie et Santé, Genève, Organisation mondiale de la Santé.
- Organisation mondiale de la santé (2001), *Santé et Développement Durable : Principales Tendances en Matière de Santé*, Rapport du Secrétaire Général de l'OMS. E/CN.17/2001/PC/6. Point 35, p. 7.
- Organisation mondiale de la santé (2002), *Rapport sur la Santé dans le Monde, 2002 – Réduire les Risques et Promouvoir une Vie Saine*, Genève: OMS.
- Organisation mondiale de la santé (2006), *Promotion de la Santé : Suivi de la Sixième Conférence Mondiale sur la Promotion de la Santé*, Rapport du Secrétariat de l'OMS.
- Ruano-Borbalan, Jean Claude (2004), « La Gouvernance Mondiale: Nécessité ou Idéologie ? », *Revue de Sciences Humaines*, Hors Série, N° 44, p. 58-62.
- Smouts, Marie-Claude (dir.), (1998) *Les Nouvelles Relations Internationales. Pratiques et Théories*, Paris, Presses de Sciences Po, 1998, p.150.
- Sol, Picciotto (2003), « Private Rights vs Public Interests in the Trips Agreement: The Access to Medicines Dispute », *American Society of International Law. Proceedings*, vol .97, p.167-172.
- Thieren, Michel (2007), « Health and Foreign Policy in Question: The Case of Humanitarian Action », *Bulletin of the World Health Organization*, n° 85, p.218-224.
- World Health Organization (2002), *Global Crises – Global Solutions, Managing Public Health Emergencies of International Concern through the Revised International Health Regulations*, International Health Regulations Revision Project.

CHAPITRE VI

LA GOUVERNANCE SANITAIRE AU MAROC

Yacine EL MAAROUFI*

Résumé

Le monde de la santé est en pleine métamorphose. L'ampleur des réformes en cours en donne la mesure. L'enjeu (à la fois humain, économique, technique, politique et géographique) exige une forte mobilisation de tous. Mobilisation qui passe par une bonne circulation de l'information, par une concertation bien organisée, par une amélioration de la qualité des relations entre tous les partenaires... Bref, par de bonnes pratiques de gouvernance. Dans ce contexte, les préceptes de la gouvernance sanitaire ont remis au goût du jour et insisté sur l'intérêt de faire participer le citoyen aussi bien dans la définition et la formulation qu'à l'évaluation des politiques et des programmes de santé dont il est destinataire (empowerment). Le manque d'une telle participation empêche la formation d'un contrepoids et entraîne une faible adhésion de la part de la population, ce qui va donc à l'encontre de la gouvernance du système et de l'Initiative Nationale de Développement Humain (INDH) qui engage l'ensemble des acteurs de développement, à savoir : le gouvernement, les collectivités locales, la société civile, la communauté ainsi que le secteur privé à se mobiliser pour améliorer la qualité de vie des populations en général et celle des plus défavorisées en particulier. L'approche doit être sociale, avec une forte composante éducative, participative et multisectorielle. Récemment, le recours de l'État à l'introduction de nouveaux modes de gestion des structures de santé et à la coopération avec ses partenaires a été d'ailleurs dicté par plusieurs raisons et notamment par : L'insuffisance quasi-structurelle des ressources budgétaires allouées au secteur de la santé ; La complexité et le polydéterminisme des problèmes de santé nécessitant impérativement des stratégies d'intervention intersectorielles et pluridisciplinaires ; La faiblesse de la couverture sanitaire surtout en milieu rural ; La faiblesse du revenu moyen par habitant et de la couverture par l'assurance maladie empêchant le citoyen marocain de bien s'auto-prendre en charge en matière de santé. De l'autre côté, le système de santé marocain est aujourd'hui sujet à des réformes qui visent à améliorer tant son financement, son organisation, que son pilotage et sa régulation. Ceci constitue pour nous, une occasion d'approcher la notion de gouvernance sanitaire et son impact sur les performances de ce système, et d'anticiper les éventuelles opportunités qu'offre l'application de ce nouveau concept pour la réussite de telles réformes à la lumière de nouveau rôle de l'État. Une telle réflexion s'impose d'autant plus que les conditions tant nationales qu'internationales, n'ont jamais été aussi favorables à l'implantation de ce nouveau concept.

Mots-clés : Gouvernance sanitaire, Maroc, INDH, Système de santé, soins de santé, Réforme.

INTRODUCTION

Ibn Khaldoun avait bien dit, il y a bien longtemps, que le sous développement se résume en la présence de trois facteurs : l'analphabétisme, la pauvreté et l'injustice sociale. D'où toute approche de développement devrait prendre en considération, entre autres, ces trois portes d'entrée vers le développement.

* Doctorant à l'UFR Stratégie et Gouvernance des Organisations, Faculté des Sciences Juridiques, Économiques et Sociales-Souissi, Université Mohammed V- Rabat. yacinelmaaroufi@yahoo.fr

Partons de ce point de vue, il est vrai que le développement est avant tout la construction d'un élément humain fort, équilibré ; actif et productif. Cet objectif ne peut être espéré sans investir dans la santé. Un chantier qui est en pleine mutation (installation de l'assurance maladie obligatoire qui a coïncidé avec le grand projet d'Initiative Nationale de développement Humain).

Historiquement, le système de santé s'est adapté à l'évolution des besoins de la population en cherchant à accroître sa capacité de production. Confronté à une demande accrue, l'Établissement performant était celui qui réussissait le mieux à obtenir les ressources nécessaires pour relever son offre de service. Plus récemment, certains travaux ont commencé à apprécier autrement la performance organisationnelle. On a notamment procédé à des évaluations de la satisfaction des usagers et de la performance budgétaire des Établissements de santé.

Toutefois, ces initiatives portent sur quelques paramètres limités et considèrent l'Établissement de façon isolé, comme s'il pouvait remplir à lui seul les exigences qu'impose la prestation de services de santé.

Dans quelques années encore, chacun des acteurs du système de santé marocain pourrait devoir évaluer sa performance autrement qu'à l'aune d'indicateurs budgétaires ou de production. Dans une telle perspective, il aurait à baser son appréciation et sa reddition de comptes sur les résultats obtenus en termes d'impact sur la santé et le bien-être de la population dont il est responsable. Parmi ces intervenants, citons : Gouvernement, administrations régionales ou locales, ordres et associations professionnels, les fournisseurs de soins de santé, organismes de gestion de l'assurance maladie, ONG, syndicats, citoyens, etc. Chacun possède ses propres intérêts, points de vue, capacités et attentes, sans oublier l'éventail de rôles et de responsabilités qui incombent à une seule partie ou à plusieurs.

Les changements intervenus à l'intérieur du système de santé marocain et les nouveaux défis auxquels il se trouve confronté, supposent une reconsidération des modalités de son organisation et de la dynamique de ses acteurs. La discordance entre des indices prometteurs et des indicateurs décevants est dans le domaine de la santé une réalité objective et chiffrée. A chaque fois, de nouveaux moyens ont été mobilisés et les indicateurs surtout d'iniquité et de manque d'efficacité ont été enregistrés. De nouvelles vérités tiennent de plus à l'épuisement des moyens et à la genèse de nouveaux besoins de santé¹. De ces constats découlent deux remarques essentielles:

- la fréquence des « crises de la gouvernance » révèlent l'inadaptation des régulations actuelles et se traduisent souvent par un discrédit croissant de la gestion de la politique publique ;
- l'importance des questions de gouvernance sanitaire quel que soit le sujet abordé, car ce ne sont ni les moyens techniques et scientifiques ni même les ressources financières et humaines qui font défaut, mais la capacité à les combiner et à les orienter pour assurer un réel épanouissement individuel et collectif.

¹ A. IRAKI, « Le concept de système de santé », in *Système de santé au Maroc : éléments de réformes*, Ministère de la Santé, 2001, p : 115

Quoique le Maroc s’inscrit dans le cadre de la stratégie universelle « Santé pour tous », et que l’Assurance Maladie Obligatoire (AMO) excipe du credo «Le droit à la santé pour tous», force est de constater que le système de soins en vigueur est encore loin de satisfaire la majeure partie des citoyens qui le perçoivent comme un secteur profondément inégalitaire et exclusif.

À la lumière de ce qui précède, nous allons traiter le sujet de la gouvernance sanitaire au Maroc selon une démarche analytique en conjuguant deux approches complémentaires : une approche fonctionnelle et une autre structurelle. Cette analyse vient à un moment où le secteur de la santé est sujet à des réformes ambitieuses aussi bien sur le plan organisationnel que de financement, sans oublier qu’il contribue activement à la mise en œuvre de l’Initiative Nationale pour le Développement Humain (INDH).

1. Analyse fonctionnelle de la gouvernance sanitaire au Maroc

Cette approche repose sur l’acception classique de la notion de gouvernance, selon laquelle elle signifie la conduite, la direction et la maîtrise d’un système d’actions collectives. Dans ce cadre, la gouvernance sanitaire serait une fonction supérieure qui guide et régule l’ensemble des fonctions d’un système de santé. Cette acception correspond à ce que l’Organisation Mondiale de la Santé (OMS) ait appelé dans son rapport sur la santé dans le monde 2000, la fonction d’Administration générale. Selon cette approche, l’analyse de la gouvernance sanitaire consiste à vérifier le respect des principes de bonne gouvernance dans la réalisation des fonctions du système de santé. L’analyse fonctionnelle de la gouvernance sanitaire est donc une analyse par attribut appliquée aux fonctions du système de santé. Elle questionne le niveau de réalisation de ces quatre attributs dans chacune des fonctions du système de santé. (Tableau n°1).

Tableau n°1 : Matrice d’analyse fonctionnelle de la gouvernance sanitaire

Fonctions du Système de santé	Attributs d’une bonne gouvernance			
	Participation	Imputabilité	Subsidiarité	Transparence
Identification des besoins et priorités				
Prestation de soins et services				
Financement				
Administration				

Source : Groupe de travail du Ministère de la Santé sur la gouvernance du système de santé au Maroc, 2002

1.1 Attributs de la bonne gouvernance

1.1.1 La participation

Elle repose sur deux rationnels essentiels: la démocratisation et l’efficacité de l’action publique¹. Le rationnel démocratique signifie la présence d’acteurs, autre que l’État, dans la

¹Mohamed HAKKAT, « Le concept de gouvernance au Maroc : signification et pertinence » in, Du gouvernement à la gouvernance : les leçons marocaines, in Revue Marocaine d’Audit et de Développement (REMAD), série management stratégique, n°5, 2004, p: 7

gouvernance des actions de santé à différents niveaux (national, régional et local) et dans ses différentes formes, depuis la formulation des politiques jusqu'à leur mise en œuvre. Le rationnel d'efficacité se rapporte à la nature intersubjective de l'action sanitaire. La participation peut se traduire à travers la représentation des citoyens dans les Conseils d'Administration, la participation des Comités Médicales Consultatifs (CMC) dans la direction des établissements de santé ou le renforcement des compétences de la société civile dans la promotion de la santé, etc.

Une participation aussi large est fondée également sur la liberté d'association et de parole, ainsi que sur les capacités nécessaires pour participer de façon constructive à la prise de décision.

Elle permettrait une meilleure circulation de l'information dans le système de pilotage politique. Les gouvernants prendraient en effet des mauvaises décisions à cause d'un déficit d'information en provenance de la base. Les procédures participatives, au contraire, permettraient d'institutionnaliser une manière de faire remonter les savoirs et les désirs locaux, afin que le pouvoir politique puisse décider en connaissance de cause. Il ne s'agit donc pas, par la participation, de créer un espace de débat politique, mais plutôt d'instaurer une modalité «technique» de l'information gouvernementale.

1.1.2 L'imputabilité

C'est le corollaire de la responsabilité. Elle désigne l'aptitude à rendre compte de ses actes au public ainsi qu'aux parties prenantes institutionnelles. Selon ce principe, la primauté est accordée à la performance. Elle suppose la mise en place de trois mécanismes : i) le contrôle de l'exercice du pouvoir, ii) l'assurance de l'utilisation conforme des ressources, et iii) l'amélioration continue de la qualité du travail.

1.1.3 La subsidiarité

Elle repose sur un rationnel d'efficacité selon lequel, l'efficacité d'une décision est déterminée par sa proximité de l'action. Elle vise donc l'organisation du pouvoir de décision entre différents niveaux d'action. Selon ce principe, le choix du niveau d'intervention doit être adapté à l'objectif visé, et la prise de décision doit être au niveau le plus bas possible au sein d'une hiérarchie ou d'une organisation. Pour Lemieux¹ (2001), la subsidiarité traduit un souci de décentralisation et la nécessité de confier le soin de la régulation dans un secteur donné d'activités, aux entités les plus proches possible de l'acteur.

1.1.4 La transparence ou ouverture

Ce principe vise l'instauration d'un climat de confiance entre les différents groupes d'acteurs. Il se réalise par la communication des actions et des décisions, ainsi que l'utilisation d'un langage accessible et compréhensible par le grand public. Selon le PNUD (1997) «*la transparence est fondée sur la libre circulation de l'information* ».

Dans le document du Pacte de Bonne Gestion, « la communication, le dialogue au sein de l'appareil administratif, l'accueil et l'écoute du citoyen, le recours au partenariat en tant que

¹ Vincent LEMIEUX, « Décentralisation, politiques publiques et relation de pouvoir », Presses de l'université de Montréal, 2001, 198 p.

principe d'action, constituent un ressort important de l'action publique ». La communication est synonyme également de lutte contre la corruption, d'éthique, de respect des règles de droits et de garantie de l'égalité d'accès au service public.

Ces caractéristiques essentielles qui sont interdépendantes, se renforcent mutuellement et ne peuvent exister indépendamment¹.

1.2 Analyse des fonctions du système de santé

1.2.1 Production de soins et des services de santé

- Les structures de l'offre de soins de santé

Le système de production de soins est organisé en 3 secteurs :

Le secteur public de santé:

C'est de loin le plus important et le seul à être distribué sur tout le territoire. Il déploie des structures de santé de base, un réseau hospitalier qui représente 79% de la capacité litière du pays et un réseau de laboratoires nationaux et d'instituts d'appui à la mission de santé publique. Le secteur public de santé est le principal employeur des professionnels de santé au Maroc. Il a le mérite de prendre en charge les problèmes de santé de la population pauvre, notamment en milieu rural, là où le secteur privé est absent. Cependant, il n'est pas compétitif par rapport au secteur privé. Les hôpitaux ne fonctionnent qu' à 50% de leur capacité. Ceci prive l'État d'une ressource financière importante.

D'un autre coté, des disparités interrégionales et interprovinciales restent manifestes et les déséquilibres de couverture sanitaire entre les provinces se sont accentués. Les établissements de santé de base construits dans le cadre des projets financés en faveur des provinces les plus démunies restent fermés par défaut de ressources humaines². Même lorsqu'ils sont ouverts, ils restent très peu fréquentés faute de disponibilité des produits essentiels de soins (notamment les médicaments) ou en raison des crédits dérisoires alloués au niveau du budget de fonctionnement.

Le secteur Privé à but lucratif :

Il a connu un essor remarquable depuis les années 80, prenant en quelque sorte le relais de la panne de l'investissement public surtout en direction des soins ambulatoires ou de haute technologie.

Le nombre³ de cabinets de consultations des médecins généralistes et spécialistes a augmenté entre 1991 et 2002 de 126%. Cependant, l'implantation de ces structures privilégie les grandes agglomérations urbaines surtout sur l'axe Casablanca-Kénitra et très rarement les centres de moyenne importance ou le milieu rural et ne répond donc pas au concept de « soins de santé pour tous ».

Le secteur privé à but non lucratif :

¹ Patrick Simon, « La bonne gouvernance, une culture de la paix », IDRP, Avril 2004, p : 15.

² En 2007, 260 établissements de santé étaient fermés.

³ Source des chiffres bruts: Annuaire statistique 2002 (d'après les données du Ministère de la santé), Direction de la Statistique, Ministère de la Prévision Économique et du Plan

Il est représenté par les établissements de soins des mutuelles, de la Caisse Nationale de Sécurité Sociale (CNSS), et de quelques fondations. Il intervient essentiellement dans le domaine de l'hospitalisation.

De façon globale, ce qui caractérise le système de production de soins au Maroc, ce n'est pas tant son insuffisance en valeur absolue, c'est surtout sa trop forte concentration autour des grands axes de développement urbain et le cloisonnement excessif entre ses différentes composantes, c'est l'iniquité qui persiste dans l'offre et l'accès aux soins. D'abord, les établissements de soins de santé de base (ESSB), dont l'effectif est faible en comptant 1 unité pour 14 012 habitants, révèlent des structures mal encadrées et déficientes en approvisionnement en matériel et médicaments. Tandis que le réseau hospitalier, avec un lit pour 1060 habitants, évolue en deçà de l'accroissement de la population. Pis encore, pour le secteur de la santé privé qui offre un cabinet de consultations pour 7 870 habitants sans compter que la quasi-totalité de ces cabinets (96%) sont implantés dans les grandes villes et les petits et moyens centres urbains. Aussi, l'accessibilité aux espaces de soins est durement ressentie par les populations rurales dont 31% sont contraintes à traverser une dizaine de kilomètres pour se faire soigner. A ces carences s'ajoute une lente évolution de la prise en charge des prestations des programmes sanitaires prioritaires, notamment les accouchements en milieu rural et l'insuffisance de la couverture en médicaments dans les campagnes avec très peu de pharmacies et un dépôt de médicaments pour 46 000 habitants

Les trois secteurs fonctionnent selon une certaine autarcie et dans le cadre de règles juridiques hétérogènes et floues, surtout pour ce qui concerne les établissements à but non lucratif, qui de ce fait, sont perpétuellement en butte aux critiques des producteurs de soins libéraux. Les modalités de recours aux soins sont, en théorie, libres même si l'on assiste à certaines formes de dirigisme de la part des financeurs actuels.

Les patients déjà assurés ou solvables s'adressent préférentiellement au secteur privé, alors que les patients non assurés ou insolubles n'ont, la plupart du temps, d'autre recours que de s'adresser au secteur public, sauf en ce qui concerne l'achat de médicaments (85% des flux de médicaments consommés transitent par les pharmacies d'officine).

- Ressources humaines en santé

On se contentera simplement de souligner le nombre des professionnels médicaux et paramédicaux dans le pays tout en rappelant que ces deux catégories de personnel sont inégalement réparties. On les rencontre souvent dans les villes et centres urbains, le milieu rural est largement démuné.

Sachant que le nombre de médecins et d'infirmiers par habitants est un critère de mesure de développement, le Maroc à ce niveau est mal loti. En 2005¹, le Royaume ne comptait que 15633 médecins, soit un médecin pour 1791 habitants² et 24 045 infirmiers³ (toutes catégories confondues), soit un infirmier pour 1164 habitants⁴. A titre indicatif, le Maroc se situe bien loin de sa voisine l'Algérie, qui compte un médecin pour 900 habitants et encore plus loin de la France qui dispose d'un ratio de 1/500. Tous ces effectifs restent en deçà des besoins de la

¹ Ministère de la santé, « Santé en chiffre 2006 », DRPF, Service des études et de l'information sanitaire, 2006.

² La norme OMS précise qu'en deçà de 1 médecin pour 1000 habitants, le pays en question fait partie des derniers de la classe.

³ Ministère de la Santé, « Politique de santé : acquis, défis et objectifs », in plan d'action 2005-2007. p : 31

⁴ La norme de l'OMS est de 1 infirmier pour 300 habitants.

population marocaine en matière de santé. Le déficit est plus ressenti, ou même s'est accentué, chez les médecins spécialistes surtout après l'opération du départ volontaire¹.

Devant ce déficit, le Ministère de la Santé tire la sonnette d'alarme : les ressources dont disposent le Maroc en matière de l'encadrement paramédical restent très insuffisantes² par rapport à des économies similaires et au regard des standards de l'OMS. Selon cet organisme, le Maroc figure parmi les cinquante-sept pays qui connaissent une pénurie aigue en matière de personnel médical. Pour pallier ce manque, le pays vient de lancer une stratégie visant à former quelque 3 300 médecins par an d'ici 2020, au lieu de 900 actuellement. Le coup d'envoi de cette stratégie sera donné dès la rentrée universitaire 2008/2009, avec 1 300 nouveaux inscrits aux facultés de médecine et de pharmacie. Un tel déficit doit être résorbé pour accompagner la mise en place de l'Assurance Médicale Obligatoire (AMO) et le Régime d'Assistance Médicale aux Économiquement Démunis (RAMED).

1.3 Financement du système de soins de santé

L'OMS³ souligne le rôle décisif des investissements en matière de santé en tant que contribution concrète au développement et à la réduction de la pauvreté. Les données macroéconomiques semblent indiquer que les pays dans les quels les secteurs de la santé et de l'éducation connaissent les situations les plus difficiles ont beaucoup plus de mal à atteindre une croissance durable que les autres.

Toutefois, Le financement de la santé au Maroc est caractérisé par une grande complexité engendrée par une faible couverture médicale (17% passée tout récemment à 34% de la population) et par une inflation des coûts de la santé.

Cette inflation est due à l'augmentation de la dépense globale de santé devant la transition démographique (vieillesse de la population) et épidémiologique (nouvelles pathologies en relation avec le changement du mode de vie) et devant l'apparition de technologies médicales de pointe. La stagnation de la croissance économique et du pouvoir d'achat contribuent également à cette inflation des coûts de la santé.

Les dépenses globales de santé sont toujours insuffisantes, le financement globale du système national est de l'ordre de 18 milliards de dirhams par an, ce qui représente 4.7% du produit Intérieur Brut (PIB), soit un pourcentage des plus bas parmi ceux des pays ayant un développement économique similaire⁴ (6.5% du PIB pour la Tunisie, 9.5% pour la Jordanie, 12.2 % pour le Liban).

Par conséquent, et en raison du coût élevé des soins et des médicaments et de la faiblesse du financement collectif et solidaire, une bonne partie de la population marocaine se trouve devant un choix difficile, soit renoncer aux soins soit s'endetter⁵ et se ruiner pour pouvoir offrir les soins nécessaires à un ou plusieurs membres souffrant de maladie (s) chronique (s).

¹ Au total, le départ volontaire a été accordé à 1138 Infirmiers, 236 Médecins spécialistes, 135 Médecins généralistes, 4 pharmaciens. Cf. www.sante.gov.ma

² Le Maroc accuse un déficit de plus de 15000 infirmiers en 2007.

³ OMS, « Macroéconomie et santé : investir dans la santé pour le développement économique », Genève, commission macroéconomique et santé, 2001.

⁴ OMS, « Rapport de la santé sur le monde : façonner l'avenir », Genève, 2003.

⁵ Le citoyen participe à hauteur de 56% dans le financement du système de santé. L'État veut réduire la part supportée par les ménages dans le financement de la santé à moins de 25% d'ici 2012.

Bien évidemment, cette situation s'aggrave particulièrement chez la population la plus pauvre.

Bien que l'État assure des soins gratuitement dans ses établissements de soins de santé de base (Dispensaires, Centres de Santé, Centres spécialisés – Tuberculose) pour toute la population et dans les hôpitaux pour les personnes indigentes, le cadre de prise en charge de ces personnes démunies est inéquitable : en plus de la bureaucratie, les critères d'éligibilité ne sont pas standardisés et demeurent subjectifs. L'attribution du certificat d'indigence dépend de l'humeur de responsable local. Le flou entourant l'octroi dudit certificat ouvre la voie à des pratiques malsaines de la part des responsables concussionnaires privant quelques fois les véritables économiquement faibles de ce droit qui est attribué injustement dans certains cas à des personnes nantis¹.

Par ailleurs, l'étude menée par le Ministère de la Santé en 2004 sur les coûts à l'hôpital public a montré que les patients, et les indigents en particulier, subissent des surcharges importantes² :

- 15% des usagers des hôpitaux sont obligés de recourir à la vente de certains biens et à l'endettement en vue de couvrir les frais d'hospitalisation ;
- Pour une hospitalisation, l'indigent supporte en moyenne plus de 813 DH dont 80% sont dépensés à l'extérieur de l'hôpital ;
- Bien que les hôpitaux publics réservent près d'un quart de leurs budgets à l'achat des produits pharmaceutiques, l'indigent doit dépenser en moyenne 355 DH en achat de médicaments et fongibles en dehors de l'hôpital.

Quoiqu'il n'est pas encore mis en œuvre, l'opportunité de résoudre cet épineux problème d'accès aux soins et services de santé des indigents est offerte par le RAMED³ dans le cadre de la loi 65-00 portant code de couverture médicale de base. L'objectif du RAMED est certes l'équité et l'égalité d'accès au service public de santé et dans la fourniture des prestations de soins et de services. Cependant, toutes ces personnes ne bénéficieront pas automatiquement de ce régime. Les pouvoirs publics distinguent, en effet, les bénéficiaires de droit et les bénéficiaires sous conditions. Dans la première catégorie, on retiendra les personnes bénéficiant de la gratuité totale ou partielle en vertu d'une législation spécifique. On peut citer à ce titre les pupilles de la Nation, les Sans Domiciles Fixes (SDF), les pensionnaires des maisons de bienfaisance et les pensionnaires des pénitenciers.

1.4 Administration générale

¹ L'étude de Transparency Maroc en 2006, indique que sur 1.000 personnes qui ont été en contact avec les services publics de la Santé, 40% ont admis avoir corrompu pour obtenir des services normalement gratuits. Parmi ceux qui ont besoin d'être hospitalisés, 59% ont reconnu avoir payé pour être examinés ou admis à l'hôpital. Alors que 26% ont payé pour avoir un traitement.

² Ministère de la Santé, « Profil épidémiologique et morbidité hospitalière », DHSA/HERA, 2004, Rabat.

³ On a identifié près de 12,5 millions de personnes potentiellement éligibles au RAMED dont environ 6 millions sont considérées comme économiquement faibles absolus et 6,5 millions comme économiquement faibles relatifs. Les premiers sont les personnes dont la dépense annuelle moyenne est inférieure à 3960 DH. Pour les seconds, la dépense se situe dans une fourchette allant de 3960 DH à 6899 DH. Ils doivent payer 150 DH de cotisation par an.

La structure de l'administration générale du système de santé est composée de trois groupes d'acteurs ayant des rôles et des liens définis :

- Acteurs publics : État (Ministère de la Santé, autres départements ...), Collectivités locales.
- Société civile : ONG, associations, ordres professionnels.
- Secteur privé.

A côté de ces trois acteurs, il existe une catégorie d'acteurs « supranationaux » en l'occurrence, les organismes internationaux et la coopération étrangère. Cette pluralité d'acteurs implique des mécanismes de régulation différents :

Mécanismes internes : ils sont représentés par la réglementation ou la normalisation de manière générale, le contrôle des ressources et la hiérarchie.

Mécanismes externes : comme ceux qui s'appliquent à la relation tels que :

- les organisations internationales (les textes et les conventions internationales, les accords de siège, les canaux diplomatiques, les accords bilatéraux et le partenariat).
- la société civile : dans ce cas, il s'agit du code des libertés publiques, des conventions, de la contractualisation, du partenariat et de la subvention.
- le secteur privé : le code d'investissements, la contractualisation, la normalisation, la sous-traitance, le code fiscal, la concession, la concurrence (règle du marché), etc.

Il est à noter qu'au Maroc, on se heurte avec des défaillances dans la définition des stratégies de chacun des acteurs. Inévitablement, les mécanismes de régulation souffrent aussi d'une insuffisance de coordination à travers les missions confiées au Ministère de la Santé. Dans ce contexte, l'État intervient aussi bien aux niveaux politique, stratégique qu'opérationnel. Il découle de ce cumul de rôles, une incapacité d'assurer une bonne gouvernance du Système de Santé, outre l'existence d'une multiplicité d'intervenants dans la gouvernance du réseau sanitaire, avec une faible imputabilité des principaux acteurs.

De ce fait, la réforme de secteur de la santé vise le redéploiement des grandes fonctions du système, notamment la séparation entre la fonction de financement et la fonction de production de soins ; la séparation entre la fonction de tutelle et la fonction de gestion et le développement de la fonction de régulation.

2. Analyse structurelle de la gouvernance sanitaire au Maroc

Cette approche repose sur l'acceptation émergente de la notion de gouvernance selon laquelle, elle représente une forme de coordination entre des groupes d'acteurs. Elle se conçoit selon 4 étapes¹ :

- Identification des différents acteurs intervenants dans le champ de la gouvernance sanitaire ;

¹ Ministère de la Santé, « Gouvernance de la santé », dossier thématique n°5, Rabat, Février 2002, p : 16

- Identification, parmi ces acteurs, ceux qui détiennent le plus d'enjeux liés à la santé (stakeholders) ;
- Définition du type de relations qu'ils entretiennent entre eux et avec l'État ;
- Positionnement de l'État et définition de son rôle dans ce réseau de relations et de responsabilités.

Ces étapes ont été envisagées par niveau de représentation de l'autorité publique (supranational, national, régional, provincial et local). Au Maroc, ces niveaux correspondent à des paliers de gouvernance potentielle, puisque jusqu'à présent la gouvernance reste centralisée (tableau n°2).

Tableau n° 2 : Matrice d'analyse structurelle de la gouvernance sanitaire

Niveau (réel ou potentiel) d'exercice de la gouverne	Groupes d'acteurs participant à la GSS			
	État	Secteur privé	Société civile	Autres
Supranational				
National				
Régional				
Provincial				
Local				

Source : Groupe de travail du Ministère de la Santé sur la gouvernance du système de santé au Maroc, 2002

2.1 Rôle de l'État

La gouvernance sanitaire réfère à la distribution de pouvoirs entre acteurs. Dans ce cadre, l'État a intérêt à intervenir au niveau de toutes les fonctions du Système National de Santé (SNS) pour être en mesure d'influencer et d'arbitrer cette distribution de pouvoir. Il intervient directement dans toute la chaîne du système de santé allant du rôle de prestataire de service à celui de pourvoyeur de financement, ou encore de régulateur et planificateur, ce qui accentue les difficultés précitées. Or, son intervention doit être, toutefois, complémentaire et non compétitive des autres acteurs du système. Il doit veiller notamment au respect des principes fondamentaux du SNS (Équité, Solidarité, universalité) et au contrôle des externalités.

Toutefois, la constitution ne reconnaît pas le droit à la santé comme un droit fondamental au même titre que le travail et l'éducation. C'est plutôt à travers les conventions internationales que le Maroc souscrit à ce droit (Charte de l'ONU, de l'OMS, des Droits de l'Homme, etc.). Toutes ces conventions constituent une forme d'obligation qui engage la responsabilité de l'État marocain vis à vis de la santé de ses citoyens. L'exercice de cette responsabilité est partagé entre plusieurs départements afin d'encourager une action intersectorielle et d'assurer une coopération adéquate entre le Ministère de la Santé et les autres ministères concernés. Pour ce faire, il est indispensable de¹ :

¹ Ahmed LAZRAK, « Analyse de la mobilisation sociale : cas de lutte contre le trachome à la province d'Errachidia », Mémoire présenté pour l'obtention du diplôme de Maîtrise en Administration Sanitaire et en Santé Publique, INAS, Rabat, 2001, p : 8

- Créer des comités interministériels pour la santé ou utilisation des comités interministériels existants.
- Conclure des accords entre le Ministère de la Santé et d'autres ministères et secteurs intéressés sur des points concernant des domaines spécifiques tels que la nutrition, l'approvisionnement en eau, l'habitat insalubre, l'éducation, les communications, la protection de l'environnement et l'utilisation des médias.

Un autre type d'intervenants dans le système national de santé peut être identifié. Il est représenté par les offices, tels que l'OCP, qui participe au niveau de la fonction de production de soins ; l'ONCF, l'ONE, l'ONEP qui fournissent des services ayant un impact direct sur la santé.

En général, les attributions confiées à ces différents départements et les rôles qu'ils jouent en matière de santé, soit directement ou indirectement, confirment la diversité des intervenants dans le SNS aux différents niveaux. Ceci implique la nécessité d'un repositionnement stratégique du rôle de l'État dans la dynamique de la gouvernance sanitaire et de le doter des instruments requis pour lui permettre de jouer son rôle de régulateur et de catalyseur des interventions de l'ensemble des acteurs publics. L'idée est d'aller vers la décentralisation et ce à travers la création d'organismes publics autonomes de gestion des infrastructures sanitaires avec l'introduction d'un système de péréquation verticale (entre régions riches et régions pauvres) ou horizontale (entre population à faible revenu et population avec pouvoir d'achat élevé).

2.2 Rôles des Collectivités Locales (CL)

Le rôle des CL est très important dans l'accompagnement et la mise en place de l'Initiative Nationale pour le Développement Humain (INDH) vu la nature de leur niveau le plus proche de la représentation de la population et la politique de proximité. Ce qui est d'ailleurs, l'une des principales nouveautés de l'esprit de la Charte Communale introduite en 2003.

En relation avec la gouvernance sanitaire, les collectivités locales ont des rôles bien définis à assumer par les textes qui les organisent. En effet, l'article 41 prévoit dans son paragraphe 4 que le conseil communal :

- Conclut des partenariats avec les fondations, les ONG et autres associations à caractère social et humanitaire.
- Contribue à la réalisation de programmes d'aide, de soutien et d'insertion sociale des handicapés et des personnes en difficultés.

L'article 42, prévoit la possibilité pour le conseil communal d'engager avec les administrations publiques ou toutes autres personnes morales de droit public ou privé, des actions de coopération et de partenariat, de nature à promouvoir le développement socioéconomique de sa commune.

Enfin l'article 50, fixe au président du conseil communal des pouvoirs de police administrative qu'il exerce par voie d'arrêtés réglementaires ou de mesures individuelles dans des domaines tels que :

- L'hygiène et la salubrité des habitations ;
- La salubrité des cours d'eau ;
- La prévention et la lutte contre les maladies endémiques ou dangereuses ;
- La prévention des incendies, des inondations et autres calamités naturelles.

Étant un moyen d'amélioration de la gouvernance, la décentralisation comporte un enjeu politique important qui se manifeste notamment par la recherche permanente d'un équilibre entre deux tendances antinomiques : une tendance favorisant le renforcement du pouvoir central, et une autre privilégiant l'épanouissement de la diversité locale. Dans ce cadre, le Ministère de la Santé a procédé à la restructuration du système national de santé en mettant en place des structures régionales de la santé, jouissant de l'autonomie de gestion des établissements de santé. L'objectif visé, c'est de permettre aux citoyens de pouvoir compter sur une offre de soins accessible au niveau quantitatif et qualitatif et bien répartie aux quatre coins du Maroc, même dans les régions les plus éloignées. En 2007, des contrats programmes¹ ont été signés avec les six autorités régionales existantes. Cette initiative marque le début officiel de la décentralisation administrative du secteur de la santé et pourrait contribuer à améliorer la disponibilité et la qualité des soins médicaux dans le système national de santé.

Étant donné leur proximité de la population et leurs attributions générales et celles spécifiques au domaine de la santé, les CL constituent un acteur stratégique incontournable dans les décisions sur le SNS et particulièrement au niveau des territoires qui les concernent. Elles participent de manière directe au Système National de Santé (SNS) par leur appui aux différentes fonctions, par la prise en charge d'une bonne partie de la fonction de production des soins (promotion de la santé).

D'un autre côté, les ressources annuelles budgétaires des CL au Maroc s'établissent à 20 milliards de dirhams². En rapportant à ces ressources le montant des dépenses des CL consacrées à la santé, nous allons trouver qu'elles représentent une faible part, d'environ 0,7 %, par rapport à ces ressources. La simple lecture de ce pourcentage précité nous fait légitimement penser à un désengagement des CL du secteur de la santé, un domaine pourtant essentiel au bien être des populations dont elles assurent la représentativité.

Dés lors, bâtir et développer une coopération en santé avec les CL, ne nécessite ni de grands investissements, ni d'importants moyens humains et matériels, mais simplement d'avoir des responsables et des professionnels de santé bien formés, imaginatifs, persévérants et en même temps, des représentants communaux ayant la conscience, la volonté et le désir de contribuer à prendre en charge les problèmes de santé de leurs populations.

2.3 Rôles de la société civile

En tant que composante de la société civile, les individus sont au cœur des systèmes de santé. Ils les utilisent, y apportent une contribution financière, sont dispensateurs de soins et jouent

¹ Des fonds ont été réservés pour Casablanca (31 millions d'euros), Doukkala-Abda (8 millions d'euros), Tadmouct (6 millions d'euros), Taza-Al Hoceima-Taounate (16 millions d'euros), Oriental (8,4 millions d'euros) et Marrakech-Tansift Al Haouz (9,6 millions d'euros). L'État envisage d'investir de surcroît 120 millions d'euros dans de tels programmes en 2008, ainsi que 100 millions d'euros supplémentaires en 2009.

² Ministère de l'intérieur/DG CL « Les collectivités locales en chiffre » Rabat, 1998

un rôle dans l'élaboration des politiques sanitaires et dans la conception des systèmes de santé¹. C'est pourquoi la demande de transparence est de plus en plus forte et les réactions aux actions de la société civile sont plus nombreuses.

La mobilisation de la société civile s'inscrit dans la mouvance de la communication sociale, de l'information, de l'éducation, du plaidoyer pour la santé, du marketing social et de bien d'autres concepts qui se définissent notamment comme des stratégies éprouvées pour faire aboutir les programmes sociaux. Pour que cette nouvelle forme de collaboration et de coalition soit pérenne, elle doit reposer, entre autres, sur la construction et le renforcement d'un partenariat impliquant les différents secteurs de développement ainsi que le monde associatif et la communauté.

Dans le secteur de la santé, les principaux acteurs identifiés sont : les partis politiques, les syndicats, les représentants des professionnels (ordres et associations), les fondations, les sociétés savantes et les ONG. Dans ces paragraphes, nous allons présenter brièvement leurs rôles respectifs mais en mettant l'emphase sur la relation avec les ONG.

2.4 Les partis politiques et les syndicats

Ils interviennent de manière indirecte dans le SNS et ce, sous différentes formes. Ainsi, ils jouent un rôle de contrôle et d'orientation de l'action publique, comme ils contribuent à rendre celle-ci plus transparente. En outre, ils ont un rôle de représentation des prestataires et d'encadrement du personnel.

2.5 Les ordres professionnels et associations

Dans ce cadre, nous citons l'Ordre National des Médecins (ONM), les différentes associations des professionnels et techniciens de santé. Ils jouent un rôle important dans la formation, la sensibilisation sur les problèmes de la pratique professionnelle et des intérêts de ceux qu'ils représentent. Ils possèdent des attributions importantes qui font d'eux des détenteurs d'enjeux et des partenaires de taille dans la gouvernance sanitaire ; encore faut-il utiliser ce levier, ou ce mécanisme, et de sortir un peu de la vision classique qui place ces organisations en opposition par rapport à l'administration ou qui marginalise leurs apports.

2.6 Les Organismes non-gouvernementaux (ONG)

La relation avec les ONG est régie par des conventions de partenariat. Le Ministère de la Santé (MS) est en relation avec plus de 411 ONG² dont 322 associations marocaines (59 associations vouées aux actions et activités concernant la santé de l'enfant), 58 ONG étrangères ou internationales et 31 associations scientifiques médicales. Le MS accorde des subventions, contribue à la réalisation des projets par du personnel, des locaux, des moyens de transport et de fonctionnement divers.

Le champ d'activité des ONG marocaines couvre plusieurs aspects liés à la santé dont : la prise en charge des enfants abandonnés ; l'hémodialyse ; la construction des Établissements de soins de base (ESSB); la réadaptation et la rééducation des handicapés ; IEC, la lutte contre les déficiences visuelles et campagnes de dépistage et de soins ; la lutte contre le SIDA ; etc. Quant aux ONG étrangères, elles interviennent particulièrement dans les programmes

¹ OMS, « Alliance stratégiques : Le rôle de la société civile dans le domaine de la santé », CIS/2001/DDP, p : 3

² Documents internes de la DR, Division de la Coopération. Bilan 2001, MS.

sanitaires ; l'acquisition et don de véhicules ; la participation aux activités de réadaptation et de réhabilitation des handicapés ; la construction des ESSB ; la formation du personnel ; etc. En bref, le bilan de cette expérience de coopération avec les ONG se révèle encourageant mais encore insuffisamment exploité et connaît des contraintes liées à l'absence de vision, à la rigidité du cadre institutionnel, aux choix des actions prioritaires, à la dispersion des efforts et à la faible concertation, au manque de transparence, à la méconnaissance par les ONG de l'intérêt d'investir dans la santé¹.

2.7 Rôles du secteur privé

Le rôle de l'État dans l'exclusivité de l'offre de soins a changé depuis ces dernières années. On exige dans une mesure croissante des services de qualité que l'État ne peut pas offrir, pas plus qu'il ne peut pas répondre à toutes les demandes. Il faut donc reconnaître le rôle que peut jouer le secteur privé comme prestataire des soins et des services de santé d'une part, et comme fournisseur de biens et services connexes (médicaments, équipements médico-techniques) d'autre part.

Cependant, l'analyse du secteur privé permet de constater l'absence d'une vision globale intégrant l'ensemble des intervenants du secteur privé dans le SNS. De plus, on note la quasi absence de textes législatifs et réglementaires régissant les rapports entre d'une part, le secteur privé et le Ministère de la Santé, et d'autre part entre les différents acteurs du secteur privé lui-même. Or, le secteur privé ne peut contribuer de manière optimale à l'amélioration de la performance du SNS à condition que l'État crée un cadre réglementaire favorisant un système pluraliste stratifié qui n'exclut pas les pauvres. Ce cadre réglementaire permettra de trouver le juste milieu entre l'offre du secteur privé, celle du secteur public et celle du secteur de la société civile.

2.8 Rôles des organisations internationales

Plusieurs pays donateurs et organisations internationales participent activement au financement des activités sanitaires et des travaux connexes (assistance technique, recherche, formation,...). Cependant, ce financement ne dépasse guère 0,7% de la dépense globale de santé, soit l'équivalent d'un peu moins de 3% du budget global du MS et 7% de ce même budget hors salaires. Parmi les organisations qui contribuent activement au développement du système de santé au Maroc, nous citons à titre d'exemple : le financement octroyé par la Banque Européenne d'Investissement (BEI) qui s'élève depuis 1997 à 1,5 milliards d'euros dans le cadre du projet « santé au Maroc » consacré à la rationalisation, la réhabilitation, l'extension, l'amélioration technique, l'équipement ainsi que la construction de nouvelles structures hospitalières publiques des différentes régions du royaume. L'AIEA a contribué, pour sa part, avec un budget de 723.751 USD en 2005-2006 pour le renforcement de l'utilisation des techniques nucléaires et de la radioprotection et la Banque Mondiale qui a octroyé durant les cinq dernières années un prêt de 76 millions de dollars US pour le projet de financement et de gestion du secteur de la santé (PFGSS).

En fait, le financement de la coopération bilatérale et multilatérale au profit de la santé a connu une baisse remarquable, due essentiellement au retrait de certains organismes comme

¹ Malika MAZZINI, « L'action associative dans le domaine de la santé au Maroc », Mémoire pour l'obtention du diplôme de Maîtrise en administration sanitaire et santé publique, INASS Rabat, 2001, pp : 53-54

l'USAID ou la réduction de leurs activités¹ dans le domaine sanitaire et leur orientation vers d'autres secteurs tels que l'éducation et la promotion de la PME.

Le financement au travers la coopération française et espagnole n'a pas connu de changement. Par contre, la contribution de la coopération allemande a connu une augmentation remarquable. Cette amélioration est due principalement à la participation de la Coopération Technique Allemande (GTZ) et son appui à la décentralisation du système de santé, aussi bien que la formation des orthoprothésistes.

CONCLUSION

Une réflexion sur la gouvernance sanitaire arrive à point nommé pour inscrire le débat sur la réforme du système de santé dans le cadre d'une approche globale et compte tenu de la conjoncture nationale et internationale.

Toute proposition de réforme relève d'un choix de société. La capacité et la légitimité des pouvoirs publics à influencer en profondeur les déterminants de la santé sont sujettes au débat. Comme l'ensemble de l'action publique a une influence potentielle sur l'état de santé de la population, il convient de privilégier de ce fait, les recommandations qui favorisent une approche intégrée et globale de la santé dont les principales sont :

- Revoir le rôle du Ministère de la santé et de ses services extérieurs dans la gouvernance du système national de santé (SNS) ;
- Promouvoir plus d'imputabilité pour assurer une meilleure performance du SNS ;
- Ouvrir le SNS sur son environnement, sur le citoyen, sur les prestataires et sur les détenteurs des enjeux financiers ;

Puisque l'influence de la santé sur la croissance économique et la réduction de la pauvreté est avérée, elle doit figurer en bonne place dans la stratégie nationale de développement économique et de lutte contre la pauvreté et les inégalités. Une forte volonté politique, une bonne gouvernance et une direction avisée s'imposent.

Par ce travail, nous considérons l'analyse de la gouvernance sanitaire, a comme une bonne entrée en matière pour débat public sur la santé au Maroc en vue de redistribuer les rôles et les responsabilités en matière de santé. En effet, la nature des enjeux qu'elle supporte et le type de décision qu'elle suppose sont les préalables essentiels à l'élaboration de toute charte de santé.

¹ La part du financement de l'USAI est passée de 52% en 1997/98 à 7% en 2001. Cf. « Comptes nationaux de la santé au Maroc 2001 », Ministère de la Santé, DR, Sept 2005. p : 85

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- Ahmed LAZRAK, « Analyse de la mobilisation sociale : cas de lutte contre le trachome À la province d'Errachidia », Mémoire présenté pour l'obtention du diplôme de Maîtrise en Administration Sanitaire et en Santé Publique, INAS, Rabat, 2001, p:8.
- Malika MAZZINE, « L'action associative dans le domaine de la santé au Maroc », Mémoire pour l'obtention du diplôme de Maîtrise en administration sanitaire et santé publique, INAS Rabat, 2001, pp : 53-54
- Ministère de la Santé, « Comptes nationaux de la santé au Maroc 2001 », DPRF, Sept 2005.
- Ministère de la Santé, « Profil épidémiologique et morbidité hospitalière », DHS/HERA, 2004, Rabat
- Ministère de l'intérieur./DGCL « Les collectivités locales en chiffre » Rabat, 1998
- Mohamed HAKAKAT, « Le concept de gouvernance au Maroc: signification et pertinence », Revue Marocaine d'Audit et de Développement (REMAD), Série Management Stratégique, n°5, 2004, p: 7.
- Mohamed HAKAKAT (dir), « gouvernance et nouvelle gestion publique au Maroc », REMA, Série Management Stratégique, n°6, 2005.
- OMS, « Macroéconomie et santé: investir dans la santé pour le développement économique », Genève, commission macroéconomique et santé, 2001.
- OMS, « S'engager pour la santé », onzième programme général de travail 2006-2015, programme mondial d'action sanitaire.
- OMS, « Rapport de la santé sur le monde : façonner l'avenir », Genève, 2003.
- OMS, « Alliance stratégiques : Le rôle de la société civile dans le domaine de la santé », CSI/2001/DP1, p:3.
- Patrick Simon, « La bonne gouvernance, une culture de la paix », IDR, Avril 2004, p : 15
- Romain Felli, « Développement durable et participation : la démocratie introuvable », Institut d'études politiques et internationale (Lausanne) 2005.
- Vincent LEMIEUX, « Décentralisation, politiques publiques et relation de pouvoir », Presses de l'université de Montréal, 2001, 198 p.
- Yacine EL MAAROUFI : « la place de la gouvernance sanitaire dans le nouveau rôle de l'État au Maroc », Thèse pour l'obtention du diplôme des études supérieures approfondies, FSJES Souissi Rabat - Juin 2006.



VOLET III

VARIATIONS MAROCAINES

CHAPITRE VII

PROBLÉMATIQUE DE LA SANTÉ EN RAPPORT AVEC LA PAUVRETÉ ET LE DÉVELOPPEMENT HUMAIN DANS UN MAROC INCERTAIN

Abdellah BOUDAHRAIN*

Résumé

Sachant que la santé est un « état de complet bien-être physique, mental et social » et que finalement l'étendue de la pauvreté, sous toutes ses formes, a été officiellement reconnue, bien après la publication successive par le Programme des Nations unies pour le développement d'un indicateur de développement humain franchement bas et révélateur, les dirigeants marocains ont lancé au début du présent millénaire une « Initiative nationale pour le développement humain » (INDH), dont l'un des principaux axes concerne la santé dans le sens qui lui est donné par le commun de mortels. Ainsi, après avoir rappelé le problème de la fiabilité des chiffres livrés par différentes sources d'information publiques et privées, il est souligné l'importance des engagements des gouvernants du pays autant à l'égard de leurs bailleurs de fonds étrangers, qui leur apportent un soutien financier combien conditionné sur plusieurs plans, qu'envers les populations vivant dans la précarité en milieu rural comme en milieu urbain. Si plusieurs mesures prises en faveur des légions de pauvres et de miséreux s'inscrivent désormais dans le cadre des programmes de l'INDH, y compris les services de soins de santé, leur réalisation et les priorités gouvernementales annoncées récemment restent peu convaincantes, sans préjudice des problèmes d'application d'une initiative mobilisant pourtant une bonne partie des agents publics, toutes catégories confondues. Plus particulièrement en matière de santé, l'évaluation de la conception puis de l'élaboration et la mise en œuvre des politiques publiques a malheureusement montré leurs limites et les retards dont pâtissent les populations concernées. Certes, des réformes ont été, sont ou seront menées pour essayer de s'en sortir, mais la santé humaine restera fragile pour un temps incertain encore, comme cela ressort des différentes données quantitatives et qualitatives ayant servi à l'appréciation du système marocain de santé dans sa globalité. Pour remédier à cet état de lieux alarmant, l'alternative islamique paraît d'autant plus indiquée qu'elle fait prévaloir une éthique humaine et sociale toujours renouvelée dans tous les domaines qu'elle peut transformer en bien. Toutefois, l'étendue de la corruption et de l'hypocrisie, qui minent les relations individuelles et collectives, n'incitent guère à l'optimisme au Maroc et dans un monde devenus trop matérialistes.

Mots-clés : Santé, Développement, Maroc, Indicateurs de développement humain, INDH.

INTRODUCTION

Traiter de la problématique de la santé au Maroc, un pays pauvre et endetté, dirigé par des gouvernants mus plutôt par des intérêts égoïstes et à court terme, n'est d'autant plus pas une sinécure qu'on est obligé de se limiter dans le choix des données chiffrées et non chiffrées en tant que justificatifs parmi le flot d'informations existant en la matière, sans préjudice de leur contradiction et/ou leur différence. Aussi se contentera-t-on d'évoquer ou se pencher sur quelques aspects et éléments de la problématique de la santé au regard de l'ampleur de la

* Ex-Professeur d'Enseignement Supérieur à la Faculté des Sciences Juridiques, Économiques et Sociales d'Agdal, Rabat, Maroc.

pauvreté, à laquelle les décideurs politiques veulent finalement, après plusieurs décennies de laxisme ou de léthargie, y remédier, contraints et forcés autant de l'extérieur que déterminés par des responsabilités sincères envers les populations autochtones dans le besoin.

C'est ce qui nous amènera, dans un premier temps, à souligner l'enchevêtrement de la pauvreté, de la santé et du développement humain (I), avant d'essayer de cerner ce développement qu'on cherche vainement à humaniser (II) puis d'approcher les problèmes particuliers à la santé humaine (III), sans prétendre à l'exhaustivité des questions abordées.

1. Pauvreté, santé et développement humain : un enchevêtrement problématique

L'évaluation pertinente du système marocain de santé serait handicapée en l'absence d'un bref tour d'horizon de l'environnement ou du milieu politique, économique, culturel et social dans lequel il se situe, sans oublier ses bases juridique et éthique. Mais comme il n'est pas permis de prendre une certaine liberté pour s'étaler sur la plupart de ces aspects, il y a lieu de se limiter à cerner subrepticement la notion de la pauvreté, préalablement à un rappel de ses indicateurs principaux qui nous renseignent sur l'état des lieux d'un éventuel développement humain et d'une santé bien déficiente, tout en rappelant le problème de la fiabilité des chiffres livrés par des organismes plus ou moins compétents ou spécialisés.

1.1 La pauvreté : Une notion fluctuante

Généralement, suivant en cela les indications des Nations unies, une personne, quel que soit son sexe ou son âge, est considérée comme pauvre lorsqu'elle n'est pas censée posséder un dollar, voire deux dollars américains selon la cherté du coût de la vie. De toutes les façons, on est devant un cas de pauvreté absolue et non d'une pauvreté relative plus ou moins prononcée. C'est ce qui permet d'utiliser d'autres appellations ou termes synonymes. Ainsi, sont estimés de la même famille de la pauvreté (ou de pauvre), les mots ou concepts d'exclusion sociale, de fragilité, de marginalisation, de misère, de précarité, de ségrégation sociale, de vulnérabilité ou de discrimination¹. On peut, en outre, lier la notion de pauvreté à celle des droits de l'Homme². En effet, les droits fondamentaux de la personne humaine, en l'occurrence le droit à des conditions de vie convenables, le droit à l'alimentation et aux soins de santé indispensables, le droit à recevoir une éducation et à exercer un travail décent et le droit de ne pas subir de discriminations, sont ceux dont les plus pauvres ont le plus besoin.

On arrive ainsi à déterminer pour un pays donné, ne serait-ce que d'une façon générale, un « Indicateur de Pauvreté Humaine » (IPH). Cet indicateur permet de mesurer des formes d'exclusion sociale, un déficit d'accès (ou un pourcentage d'une population donnée n'ayant pas accès) aux services de santé, à l'eau potable, à l'instruction et à d'autres services sociaux. De même, la pauvreté implique en général une vulnérabilité face à la maladie, à l'exclusion sociale et politique, à la criminalité... Autant d'éléments qui impliquent des politiques de lutte contre la pauvreté³. Mais, au lieu de cet indicateur, il existe un autre, élaboré ou initié par un

¹ Il va sans dire que chacun de ces termes a un sens propre suivant son utilisation dans tel ou tel contexte. Tel est le cas par exemple de l'exclusion, qui est entendue selon un économiste (M. Mekki Zouaoui), auteur d'un ouvrage avec un universitaire (M. Larbi Jaïdi) sur les : « Figures de la précarité. Genre et exclusion économique », comme un processus de fragilisation du lien social, au cours duquel l'individu perd peu à peu les liens installés avec d'autres individus ou des groupes d'individus ». Cf. *Le Matin* du 17-10-2007.

² Comme l'a fait l'ancien secrétaire général de l'ONU (M. Kofi Annan) dans un discours prononcé le 10-12-2006 à l'occasion de la journée des droits de l'Homme, placée sous le signe « combattre la pauvreté, une obligation non un geste charitable ». Cf. *Le Matin* du 17-10-2007.

³ Sur les politiques publiques dans ce domaine et autres voir infra n°s 14 et 18.

pakistanaï (M. Mahbub Ul Haq) au service du Programme des Nations unies pour le développement (PNUD) dès le début des années 90 du millénaire précédent, qui différencie les pays en avance et ceux en retard dans le domaine du développement humain. Il s'agit de l'indicateur de développement humain, cité IDH.

1.2 Retard ou insuffisance chronique du Maroc pour ce qui est de l'indicateur de développement humain

Pour se limiter à l'un des plus récents rapports annuels établis par le Pnud, en 2006 exactement¹, ce document classe le Maroc à la 123^e place, au lieu du 124^e rang en 2005, soit juste derrière le Tadjikistan (faisant partie de l'ancien bloc soviétique) et devant le Gabon (pays pétrolier de l'Afrique subsaharienne). A rappeler que l'IDH permet d'évaluer le bien-être dans une société donnée. Il mesure trois facteurs d'un tel développement : l'espérance de vie, l'instruction (concernant à la fois l'alphabétisation et la scolarisation) et le niveau de vie décent (qui est mesuré par le revenu en parité de pouvoir d'achat)². Ce classement permet de comparer un pays qualifié souvent d'« intermédiaire », des pays riches et ceux dits les « moins avancés »³. Ainsi, s'il est bien devant le Niger (177 : un des PMA), le Maroc est loin devancé par la Libye (58^e), la Tunisie (89^e), les Territoires palestiniens occupés (102^e) et l'Algérie voisine (103^e)⁴. Aussi n'est-il pas exagéré de qualifier le Maroc de pays pauvre et endetté, voire de très endetté⁵. Pourtant, les dirigeants autochtones et leurs médias fidèles ne manquent pas de mettre en épingle tout chiffre artificiel censé être positif. Or, sachant qu'il n'y a pas eu vraiment d'avancée notable par rapport aux années précédentes, les données du rapport mondial sur le développement humain relatives à l'année 2003 montrent que l'indicateur de développement humain (IDH) du Maroc est bel et bien inférieur de 10% à la moyenne des pays en développement et de 14,8% à la moyenne mondiale. C'est dire l'importance des efforts que les décideurs et autres intervenants marocains sont appelés à consentir dans le domaine social en général. En d'autres termes, la frêle progression de son IDH ne change pas réellement la donne, ni son rang mondial de façon significative (en 2006, par exemple), en raison de l'évolution des autres pays à des rythmes supérieurs à ceux du Maroc parce que leurs gouvernants sont plus entrepreneurs⁶. Mais les dirigeants marocains n'ont probablement pris conscience d'une telle situation que récemment, à la suite de l'étude - recherche qu'ils ont commandée.

1.3 Un état des lieux lamentable et désolant du développement humain

¹ Auquel se réfère un chroniqueur du quotidien officiel le Matin daté du 27-11-2006.

² On aura d'ailleurs l'occasion de chiffrer ces facteurs et bien d'autres, qui représentent des preuves quasi-irréfutables malgré le doute sur leur véracité. Voir infra n°s 3, 5, 17 et 19.

³ Les PMA sont une quarantaine dont la plupart d'entre eux (39 environ) sont des pays africains subsahariens.

⁴ On observe que parmi cette catégorie de pays, l'existence de deux pays maghrébins producteurs et exportateurs de pétrole, d'un petit Etat membre de l'Union du Maghreb arabe et même des territoires arabes occupés par les sionistes.

⁵ Cité PPTE. On verra plus loin que ce pays n'hésite pas à quémander moult prêts, outre des dons plus ou moins volontaires. Voir infra n°s 10 et 11.

⁶ A cet égard, l'écart entre le PIB (Produit intérieur brut) par habitant au Maroc et celui des pays en développement s'est creusé entre 2001 et 2003 en passant de 250 à 355 dollars (américains). Cf. Croissance économique et développement humain : éléments pour une planification stratégique 2007-2015. Publication du Haut commissariat au Plan (HCP - Rabat), avril 2007. Compte rendu succinct de ce document in le Matin du 23-6-2007 et son édition du 24-3-2006 qui titrait : « Le Maroc toujours au 124^e rang dans le rapport mondial du développement humain 2005 », tout en ajoutant le « PNUD salue (cependant) les progrès du Maroc » !

La décision a été prise en haut lieu puisque l'initiative d'entreprendre des études et des enquêtes portant sur différents sujets ou thèmes¹, qui ont été réunis dans un rapport sur « cinquante ans de développement humain au Maroc et perspectives pour 2025 », a été attribuée à l'un des conseillers du monarque (M. Abdelaziz Meziane Belfquih) en tant que coordonnateur d'une équipe d'une centaine environ de « compétences nationales », relevant de l'université, de l'administration et de la société civile. Ce travail de quelque 5000 pages² se veut objectif en signalant les insuffisances en matière de développement humain. Il souligne cependant les « acquis non négligeables » dans les domaines ou secteurs approchés et ce, depuis l'indépendance formelle du pays tout en se projetant sur un avenir censé plein d'espoirs pour la nation toute entière jusqu'à l'horizon 2025, voire un deuxième cinquantenaire du futur³. C'est, entre autres, à la suite dudit rapport que le souverain lança, le 18 mai 2005, ce qu'on appellera désormais « l'initiative nationale de développement humain » (INDH) pour faire sortir le pays du cercle vicieux et infernal qu'il connaît depuis des lustres⁴. Il convient néanmoins de rappeler que le projet en question était, dans une certaine mesure, attendu. En effet, déjà début septembre de l'année précédente, le ministre du développement social, de la famille et de la solidarité avait affirmé que « la stratégie de l'État dans le domaine social ne consiste nullement à encourager l'assistanat », car celle-ci n'est guère le moyen adéquat de lutter contre la pauvreté. « Seul le développement durable s'avère efficace »⁵. Il ajoutait que, pour cette raison, « tous les projets menés par l'État avec la collaboration des citoyens et des ONG sont à caractère de développement », se voulant global et non seulement humain. De ce fait, « l'orientation actuelle privilégie les projets de proximité destinés à permettre à une communauté (de personnes) de se développer de façon durable, puis de se prendre en charge » et ce, conformément aux instructions royales. De plus, « le développement social ne peut être l'affaire de l'État seul », mais implique également d'autres intervenants, en l'occurrence les collectivités locales, la société civile, voire l'individu⁶. C'est ce qui incline la non confusion d'un tel développement, qualifié aussi et dorénavant d'« humain », avec la lutte contre la pauvreté dans les campagnes et l'exclusion sociale dans les villes qui ne représentent que deux parmi les programmes faisant partie de l'INDH. Autrement dit, cette récente initiative était sous jacente avant que son label ne soit formulé par le monarque et qu'elle bénéficie de l'aura royale et, partant, sa médiatisation à outrance⁷, en espérant qu'elle profitera réellement aux populations cibles et qu'on vérifiera plus loin⁸. Il va sans dire que les programmes prévus portent substantiellement sur la santé des bénéficiaires de l'INDH, entendue dans son sens large.

¹ Tels ceux relatifs à la formation et l'enseignement, la santé et l'accès aux soins de santé, la protection sociale, l'administration sanitaire, la gouvernance, la persistance de la pauvreté, le soutien financier interne, le recours probable à une économie nationale moderne et bien de « nœuds qui bloquent et des atouts qui semblent libérer ». Sur les divers rapports et leurs auteurs cf. « Le Maroc possible », rapport de synthèse. Éditions Maghrébines. Casablanca. Juillet 2006. 288 pages, not pp. 277-281.

² Ou de 7000 pages selon l'un des membres de la commission scientifique (M. Ahmed Herzenni, devenu président du conseil consultatif des droits de l'Homme (CCDH). Cf. Le Matin du 28-5-2007.

³ Cf. not. le texte intégral du discours royal présentant le rapport en question in Le Matin du 7-1-2006.

⁴ Sur le lancement de l'INDH, cf. Le Matin du 19-5-2005 qui a publié le texte intégral du discours royal y afférent.

⁵ Cf. l'entretien accordé par M. Abderrahman Harrouchi (médecin et universitaire, responsable d'une organisation non gouvernementale - ONG - dénommée « Afak ») à « La Vie économique » et dont des extraits ont été repris par le Matin du 4-9-2004. Les décideurs comme les gestionnaires de l'INDH distinguent également celle-ci de l'« aumône ». Cf. Le Matin du 5-12-2007.

⁶ Qui serait devenu « citoyen » à l'occasion !

⁷ A tel point que certains pourraient y voir une opération de marketing politico-social à l'adresse à la fois des autochtones crédules et des donateurs occidentaux qui fournissent la plupart des fonds utilisés par les programmes du plan d'action de l'INDH. Sur l'appui financier extérieur voir infra n°s 10 et 11.

⁸ Sur les réalisations de l'INDH jusqu'à ce jour et les problèmes rencontrés à cet égard voir infra n°s 13 à 15.

4.4 Approche générale de la santé humaine

Il est généralement admis, en se reportant à la notion libérale ou vaste de l'Organisation mondiale de la santé (OMS), telle qu'elle est solennellement mentionnée dans sa loi fondamentale (ou constitution), que la santé est un « état de complet bien-être physique, mental et social » et donc elle n'est pas seulement conçue puis perçue en tant qu' « absence de maladie ou d'infirmité »¹. Devant une telle définition, d'obédience occidentale, on est obligé de convenir qu'elle est inexistante au Maroc comme dans d'autres pays dits en développement, voire dans des pays économiquement avancés. On est alors enclin à observer qu'il s'agit d'un vœu pieux ou d'une déclaration d'intention en complet déphasage avec la ou les réalités d'un pays donné. La santé s'interprète alors en tant qu'objectif prospectif, d'autant plus difficile à atteindre que la même institution spécialisée des Nations-Unies avait lancé, dès la fin des années 1970, un slogan qui n'a pu être réalisé en son temps, à savoir « la Santé pour tous d'ici à l'an 2000 ». Or, ayant dépassé cette date motivante et engageant tous ses États membres, les problèmes de santé n'ont pas cessé de s'aggraver, quoique les normes et actions de l'OMS ne constituent qu'une obligation d'ordre moral, même si la volonté politique s'est penchée dans cette optique avec des moyens plus ou moins suffisants². Toutefois, pour essayer d'appuyer une certaine contrainte éthique, cette organisation n'a pas hésité à faire valoir une autre notion occidentale et l'imposer à tous ses pays membres aux fins de contrôler plus ou moins directement leurs politiques publiques. Elle a ainsi inventé une possible « Étude de l'impact sur la santé » (EIS) qui est définie, dans son sens large, comme un processus permettant d'identifier des changements entraînant la modification des risques pour la santé suite à la mise en œuvre d'une politique dans différents domaines. L'utilisation de ce processus dans l'élaboration des politiques publiques permettrait aux acteurs gouvernementaux de contribuer à la protection et à la promotion de la santé et du bien-être de la population, tout en participant à accroître les impacts positifs et à minimiser ceux négatifs d'une INDH par exemple³. Mais l'institutionnalisation puis l'application de l'EIS, voire sa réussite, dépendent largement de la volonté politique des décideurs, qui doivent cependant l'adapter au contexte socioculturel et économique proprement marocain. Or c'est là que le bât blesse en rappelant les problèmes de gestion que connaît l'INDH⁴. Il n'en va pas différemment en ce qui concerne les systèmes de santé en particulier qui font aussi intervenir tous les acteurs, organisations, institutions et les ressources dont le but premier est d'améliorer la santé⁵, vu sa situation déficiente comme cela ressortira des chiffres avancés ici et là au gré des circonstances mais souvent contestés par les autorités ou par d'autres intervenants et toute personne basement intéressée.

4.5 La fiabilité des statistiques en question

Si le recours à des données quantitatives est souvent indispensable pour mettre en relief les carences, les insuffisances et autres lacunes des actions menées par différents acteurs et intervenants dans les domaines approchés, ces chiffres et leurs commanditaires ou leurs formations politiques d'appartenance ne lésinent pas sur la contestation des résultats des

¹ Sur d'autres éléments complémentaires de cette définition voir infra n° 16.

² Sur les problèmes particuliers à la santé des marocains voir infra n°s 17 et ss.

³ C'est ce que défend le chef de projets à la Fondation Mohamed V pour la solidarité (M. Shible Sahbani) qui est chargée de la mise en œuvre de l'INDH. Cf. L'interview de ce cadre in *Le Matin* du 8-5-2007.

⁴ Sur les difficultés rencontrées à l'occasion de la réalisation de l'INDH voir infra n° 15.

⁵ A cet égard, l'OMS appelle à l'adoption d'une approche novatrice, grâce à la recherche sur les systèmes de santé. C'est ce qui ressort de son « rapport mondial sur les connaissances » en vue d'améliorer la santé, notamment par le renforcement des systèmes de santé. Cf. *Le Matin* des 11 et 18-11-2004.

recensements, enquêtes ou sondages. Il arrive en outre de relever, au cours de la quête d'informations permettant de justifier des arguments, des chiffres erronés, contradictoires ou revus faussement à la baisse ou à la hausse pour défendre une position peu recommandable. Le problème de la véracité des statistiques s'est révélé au grand jour à la suite du recensement général de la population et de l'habitat (RGPH) en septembre 2004, considérées en tant que chiffres officiels. Le débat sur leur fiabilité et leur authenticité a été au cœur d'une polémique liée aux questions orales au parlement bicaméral. En effet, quelques différences ont été observées entre les chiffres du Haut commissariat au plan (HCP), organisme officiel autonome, et le ministère des finances et de la privatisation, l'un des départements du gouvernement, sans tenir compte d'autres sources d'information plus ou moins autorisées ou scientifiques. Ce sont ces différences qui ont été à l'origine de la polémique, faisant intervenir le premier ministre à l'époque (M. Driss Jettou) et le Fonds monétaire international (FMI)¹. Pour tenter de dépasser les querelles des chiffres, le nouveau gouvernement (dirigé par M. Abbas El Fassi)n'a trouvé mieux que de projeter à créer un autre établissement public appelé « office indépendant des statistiques » (OIS)². Si on a insisté sur ce problème, c'est seulement pour faire prendre conscience, aux personnes qui ne sont pas au courant, de l'importance du problème de la fiabilité des données quantitatives et des conséquences qu'entraîne leur utilisation ou leur interprétation³, en l'occurrence lorsqu'il est question du développement humain dans sa globalité ou sur certains de ses aspects ou facteurs liés directement à la santé, compte tenu de l'environnement dans lequel se situent et se meuvent un tel développement et cette santé.

2. À la quête d'un développement humain introuvable

2.1 Approche révélatrice suivie

Avec le matraquage médiatique relayant les discours officiels et officieux, fut-il de certains experts, consultants ou universitaires mais en réalité des « apparatchiks », quelques intellectuels ou hommes de bonne volonté s'éloignent souvent de la réalité de la recherche apparemment obstinée d'un véritable développement humain et son pendant le bien-être physique, mental et social des populations défavorisées ou seulement celles considérées comme telles par les détenteurs du pouvoir. En effet, ces décideurs essayent principalement de répondre plus ou moins positivement à des engagements internationaux à la fois normatifs et pratiques (A), qui leur sont dans la plupart des cas dictés par les puissances européennes et la superpuissance américaine, notamment dans le cadre juridique de leurs relations multiformes ou multisectorielles. C'est en contrepartie de leurs exigences en matière de réformes d'envergure sur les plans politique, économique et social que ces puissances occidentales octroient aux gouvernants marocains des fonds non négligeables sous forme de dons et de prêts mesurés en fonction du répondant de ces dirigeants. L'appui financier de l'Union européenne (UE) s'inscrit dans le cadre général de l'accord d'association euro-méditerranéen de 1996, mais compte tenu de leur politique du voisinage et de leur programme MEDA ou celui qui s'y est substitué en 2007, en attendant de répondre définitivement à la demande insistante de ces gouvernants de faire bénéficier leur pays d'un « statut avancé », ou un statut privilégié, à défaut d'une adhésion pure et simple à l'instar des vingt sept membres de

¹ Cette institution de Bretton Woods (comme la Banque mondiale) a notamment été du côté du HCP en soutenant que les statistiques de cet organisme public sont conformes à la « norme spéciale de diffusion des données » (NSDD), tandis que le chef de l'exécutif contestait ces chiffres. Cf. *Le Matin* du 10-6-2005.

² Sur l'annonce de la création future d'un tel office cf. *Le Matin* du 3-11-2007.

³ Les documents et autres sources d'information utilisés sont donc sujets à caution, bien que les chiffres livrés apportent un éclairage approximatif des tenants et aboutissants du développement humain ou de la santé en particulier.

l'Union. Dans ce contexte, une zone de libre-échange (ZLE) devra être instaurée à l'horizon 2010 proche, sinon plus tard. C'est aussi en fonction de l'application de l'accord de libre-échange signé entre les États-Unis et le Maroc en 2001 et du fait que l'un des sultans alaouites a été le premier à reconnaître officiellement le jeune État au XVIII^e siècle que le géant américain contribue financièrement à certains projets de développement, y compris ceux relatifs à l'INDH. Mais si ces contributions sont les bienvenues, fut-il avec des compensations parfois, sinon souvent, intolérables, le problème du financement du développement humain n'est pas pour autant aplani (B), sans préjudice des tentatives malheureuses de solutions préconisées par une certaine INDH (C). En fin de compte, on est amené à rechercher des alternatives viables.

2.1.1 Engagements internationaux contraignants du Maroc

Les objectifs du millénaire pour le développement peuvent-ils être atteints d'ici 2015 ?

Sans s'attarder sur les données livrées par le rapport de suivi des OMD en général pour l'année 2005¹, il est d'emblée souligné que la « réalisation (des OMD) reste une gageure ». Que dire de l'Afrique subsaharienne en particulier lorsqu'on prend connaissance des huit OMD fixés en l'an 2000 et formalisés par la Déclaration du millénaire qu'ont signé les 189 pays de l'ONU² ? Sans reprendre d'autres statistiques alourdissant le texte, on ne manque pas de souligner que l'Afrique subsaharienne est « en panne pour chaque objectif », mais on garde quand même espoir à ce que les pays africains sortent du gouffre dans lequel ils se trouvent³. Toutefois, selon un récent rapport de l'ONU sur la question, il est signalé que les OMD seront difficiles à atteindre dans les pays visés, y compris le Maroc et particulièrement dans le domaine de la santé⁴.

¹ Cf. FMI Bulletin (Washington) du 2-5-2005, pp. 110-111. Ce document est établi conjointement par le FMI et la Banque mondiale, les deux institutions financières de Bretton Woods. On peut également rappeler que la moitié de la population mondiale vit avec moins de 2 dollars par jour. Le Groupe des 77, qui est constitué de 132 pays d'Afrique, d'Amérique latine et des Caraïbes et compte 80% de cette même population planétaire, ne dispose que de 40% du PIB mondial.

² (2) il n'est pas, en effet, indifférent de rappeler ces huit OMD : 1) Entre 1990 et 2015, réduire de moitié la proportion de la population dont le revenu est inférieur à un dollar par jour et la proportion de la population qui souffre de la faim. 2) Assurer l'éducation primaire pour tous d'ici à 2015. 3) Éliminer les disparités entre les sexes dans les enseignements primaire et secondaire d'ici à 2005, si possible, et tous les niveaux de l'enseignement en 2015, au plus tard. 4) Réduire de deux tiers le taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans entre 1990 et 2015. 5) Réduire de trois quarts le taux de mortalité maternelle entre 1990 et 2015. 6) D'ici à 2015, stopper la propagation du VIH/Sida et commencer à inverser la tendance ; maîtriser le paludisme et d'autres grandes maladies, et commencer à inverser la tendance. 7) Intégrer les principes de développement durable dans les politiques nationales, inverser la tendance à la déperdition des ressources environnementales. 8) Mettre en place un partenariat mondial pour le développement, 1990 étant l'année de référence.

³ Cf. Afrique : des progrès, mais les OMD restent hors de portée. FMI Bulletin du 2-5-2005, p. 113. Il est signalé que la situation dans cette région est la plus catastrophique : 300 millions de personnes vivent avec moins d'un dollar par jour, dont 70% de femmes. L'espérance de vie n'est que de 53 ans, et l'analphabétisme frappe 38% de la population. Le taux de scolarisation dans le secondaire n'est que de 29,3%. Enfin, 80% des enfants atteints de Sida se trouvent dans cette contrée. Les causes d'une telle situation se ramènent principalement à l'instabilité politique, au manque de démocratie et à une gouvernance inefficace et corrompue. Cf. not. Le Matin du 12-4-2007 qui rend compte des conclusions d'un rapport spécial récent (du PNUD) sur la question. Pourtant, le FMI vient d'annoncer que l'Afrique connaît la plus forte croissance économique du monde, soit 6% environ, comme cela été rapporté par les médias audio : Radio France International (RFI) du 5-11-2007.

⁴ Cf. Le Matin du 14-7-2007. Sur les statistiques concernant le Maroc en matière de développement humain dans le cadre de l'INDH et en matière de santé voir infra n°s 13 et 17.

Un programme d'action en cinq points a été proposé pour tous par le rapport de suivi mondial 2005 sus indiqué¹ ; encore faut-il trouver les ressources financières et l'assistance technique nécessaires et suffisantes pour les mener à bien et les utiliser efficacement au niveau national ou local. Or, comme on le verra au niveau de l'aide extérieure au développement, dont le but est avant tout de faciliter la mise en œuvre effective d'un tel programme, beaucoup reste à faire malgré les promesses ou les décisions formelles². Déjà en 2003, le président de la Banque africaine du développement (M. Omar Kabbaj à l'époque) a déclaré que « Tout le monde convient que l'Afrique est le continent qui n'arrivera probablement pas à réaliser les OMD ». Selon lui, « Le problème est qu'il n'y a pas encore eu de progrès généralisés touchant de nombreux pays »³. De son côté, M. Fathallah Oualalou, à l'époque ministre marocain des finances et de la privatisation⁴, a appelé les pays en développement et la communauté internationale de prendre des actions collectives, tangibles et rapides pour accélérer la dynamique permettant d'atteindre les OMD à l'horizon 2015.

Quant au secrétaire général du Haut commissariat au plan (HCP), M. Mohamed Bijaad, il estime que la réalisation de ces objectifs est « tributaire de la concrétisation du huitième objectif du millénaire, en l'occurrence la mise en place d'un partenariat mondial pour le développement. Ce qui interpelle particulièrement les pays riches ... »⁵. Toutefois, à l'instar de ce qu'ont également soutenu l'ancien président de la Banque africaine du développement et des analystes économistes, les pays qui progressent le plus rapidement dans ce domaine sont ceux qui ont fait preuve de discipline sur le plan macroéconomique, adopté des réformes de marché et des principes démocratiques, encouragé les investissements internes et étrangers, tout en renforçant leurs systèmes juridique et judiciaire et en réduisant la corruption et la bureaucratie. Or, en prenant connaissance de ces conditions, on est en droit de se demander si les gouvernants marocains sont parvenus à réaliser les OMD. Vu la ou les réalités à cet égard, le doute persiste quant à la réussite de ce qui a été entrepris, alors que certains d'entre eux se complaisent de donner des conseils à d'autres pays africains⁶. On ne peut être certain de la

¹ Il s'agit de : - Veiller à l'internationalisation des initiatives de développement par pays. - Créer un environnement plus propice à une croissance économique tirée par le secteur privé. - Accélérer la prestation des services de base. - Démanteler les obstacles au commerce. - Doubler l'aide au développement en cinq ans.

² Sur l'appui financier extérieur en rapport avec la problématique générale du financement du développement humain voir infra n°s 9 à 11. S'il est aussi question de l'élimination ou du moins la diminution plus ou moins substantielle de la dette extérieure, on n'abordera pas les problèmes y afférents comme cela a été signalé dans l'introduction de ce papier.

³ Cité par Michael Fieschman : « Objectifs du Millénaire pour le développement : L'Afrique peine. Ses progrès et des revers marquent les efforts du continent pour améliorer son sort ». Afrique Relance, octobre 2003, pp. 10 à 13, not. p. 11. Même « les pays africains producteurs de pétrole, dont le Gabon, doivent décider comment tirer partie de la manne pétrolière ». Cf. L'article de M. Paul Toungui, ministre d'État et ministre de l'économie, des finances, du budget et de la privatisation du Gabon : « Dépenser ou épargner ? ... ». Finances et développement (publication périodique du FMI, Washington), décembre 2006, pp. 40 et 41. A signaler que M. Omar Kabbaj est devenu, par la suite, conseiller du roi.

⁴ Intervenant devant la 71^e session du comité du développement conjoint de la Banque mondiale et du FMI. Cf. Le Matin du 19-4-2005.

⁵ Cf. Le Matin du 17-5-2005. Ce même haut fonctionnaire a ensuite admis, devant la conférence des ministres africains des finances, de la planification et du développement économique, dont les travaux avaient débuté le 2-4-2007 à Addis Abeba (Éthiopie), que si « le progrès économique du Maroc constitue une rupture avec le passé », des retards doivent encore être rattrapés, en raison notamment de la lenteur des réalisations et leurs insuffisances. Cf. Le Matin du 4-4-2007. Ce commis de l'État s'était probablement appuyé sur l'étude récente du ministère des finances et de la privatisation qui a reconnu d'emblée que le Maroc n'est pas encore en mesure d'atteindre tous les objectifs du millénaire pour le développement (OMD) en 2015. Cette étude s'était même basée sur la comparaison de ce pays avec un échantillon de cinq autres pays africains (et/ou maghrébins) : Algérie, Cameroun, Mauritanie, Sénégal et Tunisie. Cf. Le Matin du 28-2-2007.

⁶ On se réfère ici aux déclarations de MM Fathallah Oualalou et Mohamed Bijaad à titre d'exemple seulement. Sur le rapport marocain relatif aux OMD en 2005, qui fait notamment état des progrès réalisés à propos de la

fiabilité de l'« Initiative nationale de développement humain (INDH), qui témoigne au moins de l'étendue et de la gravité de la précarité des légions de marocains pauvres. Tant les dirigeants marocains¹ que la déclaration de Rabat, adoptée à l'issue de la première conférence africaine sur le développement humain², ont mis l'accent sur la nécessité de l'engagement des décideurs du continent à conjuguer leurs efforts communs (ou de partenariat) pour « faire l'usage le plus judicieux des potentialités, d'une part, et à mettre en place des politiques nationales efficaces, vouées à la concrétisation d'un développement global intégré », d'autre part. Mais probablement pour souligner les avancées du Maroc dans ce domaine, on rapporte que l'Afrique du Nord, où se trouve ce pays, « a fait des progrès évidents dans la mise en œuvre des huit objectifs du Millénaire pour le développement et en voie d'atteindre plusieurs d'entre eux »³. Encore faut-il préciser que les statistiques livrées par le rapport de l'ONU sur les OMD concernent l'ensemble des pays de la région et non seulement le Maroc. En tout cas, les objectifs du millénaire pour le développement ont été insérés au processus de réformes entrant dans le cadre du « Nouveau partenariat pour le développement de l'Afrique » (NEPAD).

Un nouveau partenariat pour le développement : chimère ou réalité ?

On commencera d'abord par une très brève présentation de ce « nouveau partenariat » concocté pour l'Afrique toute entière, y compris au Nord du Sahara avec le Maroc⁴, afin de faire sortir ce continent du sous-développement, en attirant notamment les investissements privés, en contrepartie d'un engagement des dirigeants africains à la « bonne gouvernance ». Lancé en juillet 2001, le Nepad semble s'être inspiré des OMD puisqu'il a fixé plusieurs « super-priorités » qui s'y rapprochent ou les rappellent⁵. Ainsi, il prévoit la réalisation des mesures particulières suivantes : bonne gouvernance politique, bonne gouvernance de l'économie privée, infrastructures, développement humain (éducation, santé, amélioration des

femme, cf. *Le Matin* du 17-5-2005. On rappelle que M. Bijaad est aussi intervenu lors de la 38^e session de la conférence des ministres africains des finances et du développement économique à Abuja (Nigeria), qui s'est tenue les 14 et 15 mai 2005.

¹ Sur le texte du message royal, lu par le ministre des affaires étrangères et de la coopération (M. Mohamed Benaïssa) le 7-4-2007, cf. *Le Matin* du 9-4-2007.

² Cette rencontre, tenue à Rabat les 6 et 7-4-2007, a réuni une cinquantaine de ministres africains, des partenaires bilatéraux et multilatéraux, des institutions financières régionales, des représentants d'organisations internationales et régionales chargées du développement, y compris celles des Nations unies, ainsi que des organisations non gouvernementales africaines et occidentales. Réunie à mi-parcours entre l'adoption des OMD et du programme d'action de la Havane (Cuba) et l'échéance de 2015, cette conférence a été l'occasion de faire le bilan des résultats déjà réalisés et de permettre un échange et un partage d'expériences en vue d'instaurer des partenariats concrets entre les pays africains, par le biais d'une série de projets Sud-Sud et triangulaires visant le renforcement des capacités de développement local intégré. Cf. *Le Matin* du 9-4-2007 précité.

³ Sur ce document (2007), qui a été rendu public le 2-7-2007, cf. *Le Matin* du 5-7-2007. Sur la mise en place puis les réalisations limitées ou tangentes de l'INDH voir infra n^os 12 à 15.

⁴ On notera en effet qu'un sommet, groupant une vingtaine de chefs d'Etat et de gouvernement, s'était tenu le 23-11-2004 à Alger et était co-présidé par les présidents algérien et nigérian. En outre, la répartition des tâches après cette rencontre montre qu'outre les chefs d'Etat du Nigeria (chargé des flux de capitaux), de l'Afrique du Sud (de la bonne gouvernance), du Sénégal (des infrastructures et de l'environnement), ce sont leurs homologues algérien et égyptien qui ont été chargés respectivement du développement humain et de l'accès aux marchés. On remarquera cependant que les dirigeants marocains n'étaient pas présents à cette session pour des considérations purement politiques ayant trait à l'affaire du Sahara. Cf. *Le Matin* du 24-11-2004. Par contre, ils sont intéressés, sinon impliqués, dans la mise en œuvre des OMD qui sont l'œuvre des Nations unies.

⁵ Le Nepad, dont le nom initial était « Nouvelle initiative africaine » (NIA), avait été adopté en juillet 2001 à Lusaka (Zambie), lors du 37^e sommet des chefs d'Etat de l'Organisation de l'unité africaine (OUA, devenue depuis Union africaine - UA).

compétences), technologies de l'information et de la communication, agriculture, environnement, énergie et accès aux marchés des pays développés. Un mécanisme africain d'évaluation par les pairs (MAEP), ou mécanisme d'évaluation intra-africaine, représente un nouveau système d'évaluation collégiale de la « bonne gouvernance » lancé en février 2004, sachant que cette dernière est le fil conducteur du Nepad¹. Mais déjà des voix se sont élevées de la part des opposants à la globalisation libérale pour critiquer ce plan de développement qui ne serait, selon eux, qu'un « nouvel instrument de mendicité » initié par des dirigeants africains acquis aux thèses libérales, y compris ceux du Maroc². D'ailleurs, même sans les qualifier de tels, ces gouvernants ne cessent de réclamer davantage de moyens financiers et une assistance plus prévisible et coordonnée aux pays riches. Ils demandent à leur groupe, connu sous le sigle de G8, un « calendrier pour éliminer les subventions (notamment agricoles) compromettant le commerce » et un « programme d'opportunités pour permettre aux biens africains de pénétrer les marchés occidentaux »³.

Sans reprendre les différentes données quantitatives en la matière, les décideurs africains estiment que les grandes priorités du Nepad permettraient à leurs pays de diversifier leur économie, d'accélérer la croissance et de progresser vers la réalisation des objectifs du millénaire pour le développement. Ils se plaignent encore des discriminations et des disparités imposées par les pays développés, qui représentent autant d'entraves au développement de leurs pays, en particulier le développement humain. En d'autres termes, les dirigeants des pays développés sont appelés à faire moins de promesses fallacieuses et donc moins d'hypocrisie⁴. Cet appel sera-t-il entendu puis suivi par des actes et des faits concrets ? C'est ce qu'il convient de vérifier.

Quant aux gouvernants marocains⁵, ils réaffirment leur détermination à poursuivre leurs efforts pour la promotion de l'investissement et du développement en Afrique en vue de la réalisation des objectifs et priorités du Nepad. Selon eux, le Maroc encourage l'établissement de partenariats impliquant la participation du secteur privé avec les autres pays du continent dans des secteurs comme les infrastructures, les télécommunications, les banques, le transport aérien et maritime, l'habitat, l'eau et l'agriculture. Or, faut-il le rappeler, ce n'est certes par la solidarité qui motive en priorité les opérateurs économiques marocains en s'investissant dans ces secteurs productifs, mais bel et bien l'appât du profit qu'ils pourront en tirer. Ils sont loin d'être sensibilisés par les principaux axes et projets de développement humain, dont ceux de la santé des populations démunies de leur pays.

2.2 Honorer le soutien financier extérieur

2.2.1 Problématique générale du financement du développement humain

Comme on vient de l'évoquer, les pays riches sont en principe appelés à la rescousse, par solidarité ou du moins par obligation morale et éthique, voire par une obligation quasi-contraignante eu égard à leur exploitation abusive de ressources appartenant à l'humanité toute entière et qui se trouvent souvent dans les pays défavorisés ou pauvres. L'aide publique

¹ Jusqu'à février 2004, seize pays africains ont accepté d'y adhérer, dont l'Algérie mais non le Maroc... Cf. Le Matin du 13-2-2004 et, sur le plan général, Afrique Renouveau, janvier 2007, p.15.

² Sur la problématique du financement en général et l'aide publique internationale au développement voir infra n°s 9 à 11.

³ Cf. not. le Matin du 20-4-2005.

⁴ Cf. La conférence de presse des ministres des finances africains. FMI Bulletin du 10-5-2004, pp. 127-129.

⁵ Notamment par la voix de leur ambassadeur-représentant permanent auprès de l'ONU, qui s'exprimait devant l'assemblée générale de cette organisation. Sur les propos de M. El Mostafa Sahel cf. Le Matin du 20-10-2007.

au développement (APD) venant de l'extérieur représente ainsi une compensation censée être légitime. Toutefois, l'octroi d'une telle aide rencontre des problèmes non négligeables dus aux organisations et aux pays donateurs. Outre la publicité qui entoure tant de générosité plus ou moins factice¹, les bailleurs de fonds n'hésitent pas à poser des conditions s'analysant en autant de contraintes envers les pays bénéficiaires, sans préjudice des difficultés tenant à l'amélioration de la qualité et de l'efficacité de cette aide² tout en défendant leurs propres intérêts⁽⁴⁾. Mais la responsabilité des dirigeants des pays pauvres et endettés tels que ceux du Maroc est également engagée. En effet, c'est à cause de leurs mauvaises politiques et gouvernance ou gestion des affaires de leur pays que les populations de celui-ci pâtissent des répercussions de l'absence ou de la déficience du développement humain depuis l'indépendance formellement acquise voilà bien des décennies. C'est aussi parce qu'ils font lamentablement preuve, eux et leurs agents, de mauvaise gestion des fonds qu'ils reçoivent de l'extérieur, en plus des gaspillages et/ou des détournements des moyens financiers pour des intérêts personnels ou égoïstes et à court terme. Même s'ils paraissent faire preuve de bonne volonté dans leurs stratégies et actions, ces gouvernants rendent peu ou prou compte de leurs actes devant leur peuple et surtout devant les populations miséreuses⁽¹⁾. C'est donc compte tenu de ces éléments de débat qu'il convient d'approcher et de placer l'aide financière que reçoivent les décideurs politiques marocains de leurs homologues occidentaux de l'Union Européenne et de la superpuissance américaine, qui sont leurs principaux bailleurs de fonds. Il est bien entendu que le financement ponctuel de l'INDH et les insuffisances de ressources financières en matière de santé puis leurs conséquences néfastes pour les populations pauvres seront examinées dans le cadre qui leur est réservé³. Faut-il préciser encore que si le budget de l'INDH est réparti entre l'apport du budget général de l'État (6 MMdhs), la participation des collectivités locales (2MM dhs) et la coopération internationale (2 MMdhs)⁴, pour des questions de souveraineté, les dirigeants du pays ne font pas transparaître les sommes prêtées ou octroyées (des dons) et affectées au budget général et à celui réservé aux localités de l'administration territoriale. On rappelle, en tout cas, qu'on est contraint, pour les raisons évoquées au début de ce travail, de s'en tenir à l'essentiel⁵ et, partant, il sera succinctement question de l'aide publique européenne et celle du géant américain dans plusieurs domaines ou secteurs liés directement ou indirectement au développement humain.

Une mise en œuvre cahotante et versatile d'un prétendu partenariat spécial entre l'Union Européenne et le Maroc

L'une des exigences européennes pour que le Maroc bénéficie de certains avantages offerts dans le cadre de la politique européenne de voisinage (PEV) est que ses gouvernants adoptent

¹ Tel est le cas en particulier en matière de santé, cf. Financement de la santé : une chance à saisir, par George Schieber, Lisa Fleisher et Pablo Gottret. Finances et développement (FMI), décembre 2006, op. cit., pp.46-50.

² Notamment lorsqu'il s'agit de pays donateurs, occidentaux de surcroît. Ces donateurs « calculent toujours d'efficacité de leur aide en matière de développement malgré leurs arrières pensées initiales » et « reprochent ensuite aux bénéficiaires de n'avoir pas fait un bon usage de l'aide ». C'est aussi ce que conviennent les auteurs d'une étude en la matière tout en relevant l'échec de l'APD et la responsabilité en partie des donateurs. Cf. Marc Sundberg et Alan Gelb : « Pour que l'aide soit utile ». Finances et développement (FMI, Washington), décembre 2006, ibid., pp. 14-17. Et ce, en réponse à des observations critiques d'un consultant nigérian en marketing (à Lagos). Finances et développement, septembre 2007, p.2.

³ Voir sur cette approche générale supra n° 1.

⁴ Sur les sommes allouées aux bénéficiaires ou aux projets de l'INDH ou attribuées au budget de la santé publique voir infra n°s 13 à 15 et n°s 19 et 20.

⁵ Soit 10 milliards de dhs au total alloués sur cinq ans (2005-2010) dès le lancement de l'INDH et pour lesquels un compte d'affectation spéciale a été créé. Cf. le Matin du 5-12-2007.

d'abord un « plan d'action ». De fait, répondant positivement à cette condition sine qua none, ces dirigeants l'ont adopté, le 27 juillet 2005, avec l'aval de l'Union européenne. Il est basé sur des aspects essentiels portant, outre le dialogue renforcé dans les domaines politique et sécuritaire, sur l'appui à la coopération économique et commerciale en vue de permettre un meilleur accès progressif des marchandises, des services et des capitaux dans les territoires douaniers européens et marocains. Ce plan d'action, qui donne la priorité au développement, vise également à mettre en phase des réseaux de transport et de communication dans les domaines culturel et scientifique et à favoriser la communication avec la société civile, tout en envisageant la possibilité de participer dans certains programmes et agences européens à définir ultérieurement. Ensuite, si les gouvernants marocains auront donné bonne satisfaction, ils pourront bénéficier du fameux « statut avancé », afin que leur seraient octroyés plus d'aides et avantages, indispensables à la pérennité de leur pouvoir¹. Le but poursuivi par ces décideurs est, paraît-il, de parvenir à un « plan d'action global » d'une durée de trois ou cinq ans, en espérant que la partie européenne l'accepterait².

Par ailleurs, l'adoption en décembre 2005 du cadre financier de l'UE pour la période 2007-2013 a, semble-t-il, satisfait le Maroc³. Le montant de l'aide financière prévue pour la mise en œuvre de ce plan a été fixé à 654 millions d'euros, tout en indiquant que c'est pour une période triennale (2007-2010) et qu'elle sera complétée par d'autres programmes financiers⁴. En effet, outre les dons et prêts octroyés ou qui le seront par la Banque européenne d'investissement (BEI), à travers la facilité euro-méditerranéenne d'investissement et de partenariat (FEMIP) et la Banque de développement (CEB) du Conseil de l'Europe, une nouvelle « Banque euro-méditerranéenne » (BEM) est également impliquée⁵. Mais on retiendra surtout que, selon la déclaration de l'ambassadeur - chef de la délégation de la

¹ C'est ce que confirme la commissaire européenne chargée des relations extérieures et de la politique de voisinage et motive même sa visite au Maroc le 7-11-2007. Cf. *Le Matin* du 5-11-2007 qui publie un entretien avec elle.

² A moins que cette acceptation ne se soit traduite par la signature des trois contrats de jumelage entre l'UE et le Maroc qui inaugure la mise en œuvre effective de la politique de voisinage et sur lesquels on se penchera dans ce même paragraphe. Cf. Lettre d'information de la délégation de la Commission européenne au Maroc n° 181, octobre-novembre 2005. p. 5 et *Le Matin* des 22-11-2005 et 1^{er}-12-2005.

³ Lors d'un entretien, le chef de la délégation de la Commission européenne à Rabat (M. B. Dethomas) indique qu'il est question de finaliser « la programmation 2007-2010 », tout en reconnaissant que « le processus MEDA avait pris beaucoup de retard dans les premières années de sa mise en œuvre », mais « on rattrape actuellement celui-ci à grand pas ». Comme preuve, il avance le niveau des déboursments : 217 millions (d'euros ?) en 2005, voire 290 millions en 2006 et cite les secteurs concernés. Cf. *Le Matin* du 25-11-2006. Il est aussi signalé que l'enveloppe globale de MEDA II, qui a pris fin en décembre 2006, est de 615 millions d'euros. Cf. *Le Matin* du 19-12-2006.

⁴ Cf. *Le Matin* du 5-2-2007, qui fait notamment état de la satisfaction du ministre délégué aux affaires étrangères et à la coopération (M. Taïeb Fassi Fihri) du soutien politique et financier et de l'accompagnement de l'UE aux grandes réformes réalisées ces dernières années. Cf. aussi *Le Matin* du 9-3-2007. Mais voilà, serait-ce une confirmation, il ressort de la déclaration conjointe (ou commune), adoptée à la clôture de la 6^e session du Conseil d'association à Bruxelles (le 23-7-2007), que le montant qui sera alloué par l'UE en vue d'appuyer les projets de développement socio-économique et de contenir les réformes initiées dans différents domaines est de 654 millions d'euros pour la période 2007-2010 ? Il fait partie des 12 milliards d'euros environ qui représentent le budget (révisé à la baisse) réservé par la Commission européenne à la PEV pour la période 2007-2013. Cf. *Le Matin* du 26-7-2007. A cette occasion, les médias officiels et officieux n'ont pas lésiné sur les satisfécits de l'UE, en particulier de la commissaire européenne chargée des affaires étrangères et de la PEV (Mme Benita Ferrero-Waldner) aussi bien à propos des réformes engagées sur l'insistance des autorités européennes que de la contribution des dirigeants marocains à la sécurité régionale européenne (y compris les luttes contre la migration illégale et le terrorisme). Cf. *Le Matin* des 24, 25 et 26-7-2007. Pour une autre confirmation de la même responsable européenne, qui s'est rendue le 7-11-2007 au Maroc, cf. l'entretien qu'elle a accordé à l'officieux *Le Matin* du 5-11-2007.

⁵ Sur cette institution et ses divers domaines d'intervention, cf. *Le Matin* des 22-1-2007 et 7-2-2007.

Commission européenne à Rabat, les aides directes au budget de l'État marocain ont atteint 46% des paiements en 2006, ce qui a représenté 265 millions d'euros, soit 30% de l'ensemble des déboursments Meda. Or ce soutien financier ne peut figurer tel quel dans ce budget pour des questions de souveraineté (ou de susceptibilités...). Aussi pour éclairer l'opinion publique marocaine sur la large contribution de l'Union européenne au développement du pays, une campagne de communication a-t-elle été lancée pour sept mois à partir de janvier 2007 par la représentation de la Commission européenne au Maroc¹. De son côté, traduisant la position de ses supérieurs, l'ambassadeur du Maroc en Espagne, M. Omar Azziman, a affirmé que « l'aide européenne aux réformes engagées par le Maroc ne relève pas de la charité », mais « d'un effort que doit consentir l'Europe dans un esprit de responsabilité »². Pour marquer l'insatisfaction des gouvernants marocains et révèle leur désir ardent d'obtenir au moins un statut privilégié, à défaut d'une adhésion complète³, il est indiqué que le soutien financier apporté par l'Europe unie à leur pays pour sa croissance économique ou la réduction de la pauvreté d'une partie de sa population est loin d'égaliser celui dont ont bénéficié la Bulgarie et la Roumanie en vue de les intégrer en qualité des 26^e et 27^e membres de l'Union début janvier 2007⁴.

Ainsi, les dirigeants de ce pays espèrent une répartition « *équitable* » des crédits, qui garantirait l'application du plan d'action adopté. A cet effet, la mise en place d'une instance interministérielle, sous la présidence du premier ministre, permettrait d'activer ce plan et d'assurer une application prétendument efficiente de son contenu puisque c'est l'exécutif marocain qui en a la charge. C'est dans ce sens qu'il est question de créer quatre unités de suivi qui seront chargées des questions politiques, des activités de production, de l'environnement économique et du développement humain. Faisant preuve d'un optimisme béat⁵, tout en affichant sa volonté à honorer ses engagements plus à l'égard des responsables européens qu'envers sa population en grande partie démunie, le gouvernement marocain fait savoir qu'il est résolu à déployer les efforts nécessaires pour concrétiser l'ensemble des opérations programmées à l'horizon 2008 « dans les délais impartis et dans les meilleures conditions ». Bien entendu, il compte sur le soutien tant de l'exécutif européen que des pays membres de l'Union ; et c'est dans le cadre de sa politique de voisinage que cet appui est tout indiqué.

D'ailleurs, à l'occasion de la 5^e session du Conseil d'association euro-marocain, ouverte le 22 novembre 2005 à Bruxelles, entra en vigueur officiellement le plan d'action commun. Ce plan d'action devra, en principe, favoriser la conception et la mise en œuvre des politiques et

¹ M. Bruno Dethomas n'a pas hésité à révéler, parmi les exemples d'aides financières sur le terrain apportées par la Commission européenne, le financement même de certains déplacements du monarque pour ouvrir des travaux ou inaugurer des ouvrages achevés dont probablement ceux réalisés dans le cadre de l'INDH ! Également sur les raisons ou explications apportées par ce diplomate au sujet du manque de visibilité des interventions de l'Union européenne, cf. Conjoncture (CFCIM), n^os 878 et 879, janvier et février 2007, p. 10 et pp. 10 et 11.

² Cette déclaration a été faite le 20-10-2005 à Madrid, à l'occasion du congrès international sur le thème : « Europe-Maroc : 10 ans du processus de Barcelone », qui a été organisé les 20 et 21-10-2005 par le centre des études de coopération au développement (CECOD) à l'université San Pablo de Madrid. L'un des trois axes débattus était la coopération sociale, culturelle et humaine, outre ceux de la coopération politique et sécuritaire ainsi que la coopération économique et financière. Cf. Le Matin du 21-10-2005.

³ Sachant qu'une telle adhésion n'est guère dans le domaine de la réalité en rappelant l'expression de l'ancien président de la Commission européenne (M. Romano Prodi) : « tout sauf les institutions ».

⁴ Cf. Le Matin du 24-3-2006.

⁵ La partie marocaine reconnaît le concours financier de l'UE dans divers domaines, y compris celui de l'INDH, et qui « structure » l'action gouvernementale dans son ensemble. Sur le communiqué du ministère des finances relatif à la 4^e session du dialogue économique UE-Maroc cf. Le Matin du 8-12-2005.

mesures visant à promouvoir la croissance économique, l'emploi et la cohésion sociale, à réduire la pauvreté et à protéger l'environnement, contribuant par ce biais à la réalisation plus ou moins certaine de l'objectif à long terme du développement durable. Cette nouvelle orientation offre, selon les initiateurs du programme bilatéral, des opportunités multiples qui permettront éventuellement le renforcement des relations de l'Union avec le Maroc, en favorisant une plus grande homogénéisation des aspects juridiques, institutionnels et économiques dans l'espace euro-méditerranéen et donc une intégration plus profonde du voisinage. Il n'en demeure pas moins que, même irritant leurs homologues européens bienfaiteurs¹, les dirigeants marocains ne manquent pas de jouer sur plusieurs tableaux en demandant moult dons et prêts et en encourageant des investisseurs d'autres pays et/ou leurs groupements dont ceux du Proche-Orient et surtout de l'hyperpuissance américaine, sans que cela n'atténue les répercussions négatives de l'impérialisme occidental et sans que le sort des populations pauvres se trouve pour autant amélioré, en l'occurrence leur niveau de vie et leur santé, dans le cadre de leur politique ou stratégie en matière de développement humain.

Un appui financier au rabais, assez conditionné et bien contrôlé par les donateurs américains

Pourtant, il s'avère, suivant un sondage effectué auprès des marocains, que la plupart d'entre eux (70%) croient que les États-Unis sont les principaux bailleurs de fonds du Maroc contre 18% qui désignent l'Union européenne. Or la réalité est toute autre puisque seulement en 2006 cette institution supranationale a octroyé à ce pays 286 millions de dhs, tandis que la superpuissance américaine devrait allouer uniquement 46 millions de dollars américains (ou 34,7 millions d'euros) d'aide au développement, contre 28 millions en 2005, auxquels s'ajoutent des dons de 20 millions de dollars par an, par le biais de la Middle East Partnership Initiative (MEPI) et du Millenium Challenge Account (MCA)². Mais ce qui ressort de ces données et qui est important à souligner, c'est que les réformes que prétendent les gouvernants marocains avoir engagé dans divers domaines ou secteurs, (leur) sont bel et bien incitées, sinon imposées, de l'extérieur en contrepartie des aides financières et d'autres. Quoi qu'il en soit, il n'est pas indifférent de jeter un bref regard sur les Millenium Challenge Corporation (MCC) et le MCA comme sur leur portée réelle, afin de mesurer leur évolution par rapport au MEDA et à l'instrument qui l'a remplacé au niveau européen.

Ainsi, le MCA n'a été d'abord lancé qu'en 2002 par le gouvernement américain, soit parallèlement au début des négociations officielles du futur accord de libre-échange liant les États-Unis au Maroc, pour soutenir des programmes socio-économiques de certains pays dits éligibles. Le Maroc n'a été cependant admis à ce programme d'aide, qualifié indûment de « coopération », qu'en janvier 2004. Mais, pour en bénéficier, les dirigeants marocains doivent s'engager dans un système économique de libre-échange, faire preuve de bonne

¹ Les responsables de l'exécutif européen n'ont, en effet, pas caché leur désapprobation et leur irritation lorsqu'ils entendent que le géant américain est le premier donneur d'aide au Maroc. C'est, par exemple, ce qu'a fait savoir le chef de la délégation de la Commission européenne au Maroc, l'ambassadeur M. Bruno Dethomas, à l'occasion de son intervention à la chambre française de commerce et d'industrie à Casablanca (CFCIM) le 1^{er}-6-2006. Cf. Conjoncture (CFCIM) n° 873, juillet-août 2006, pp.10 et 11.

² Mais qu'il s'agisse de l'appui financier américain ou celui de l'UE, encore faut-il que les dirigeants marocains aient répondu positivement aux conditions de réformes exigées d'eux par leurs créanciers (prêteurs ou donateurs). Ainsi, c'est en ayant initié de telles réformes que le Maroc a été déclaré éligible par son bienfaiteur : le géant américain, en novembre 2004, pour le Millenium Challenge Corporation (MCC). Cf. Le Matin des 25-1-2006 et 1-9-2007. Pour ce qui est de l'UE voir supra n° 10. Il y a lieu de rappeler également la campagne de communication et de sensibilisation menée depuis janvier 2007 par la délégation de la Commission européenne pour éclairer l'opinion publique marocaine sur l'importance des montants octroyés par l'UE en comparaison avec ceux servis par la partie américaine.

gouvernance et disposer d'une stratégie de lutte contre la pauvreté¹. On retient néanmoins que l'assistance financière et technique américaine répond aux objectifs stratégiques des États-Unis, en conformité avec la politique étrangère de cette superpuissance. Il s'agit donc non seulement de la mise en œuvre de l'accord de libre-échange², mais aussi de la promotion de la « stabilité régionale », le soutien des « valeurs démocratiques » et surtout « la lutte contre le terrorisme » de par le monde³. Or ces objectifs peuvent être interprétés, implicitement ou ouvertement, en tant que conditions générales fixant même la politique extérieure des décideurs politiques du pays donataire ou récepteur⁴. Ces critères dits d'éligibilité s'analysent donc en autant d'obligations non honorées par ces dirigeants vis-à-vis de leurs populations en premier et expliquent les réformes récemment engagées dans divers domaines sous la férule de l'Initiative nationale de développement humain (lancée en mai 2005), et qu'ils doivent justifier auprès de leurs bienfaiteurs pour obtenir des dons et prêts plus ou moins parcimonieux⁵. Il s'ensuit que le respect de ces critères (ou conditions) sont évalués par le « Millenium Challenge Corporation » (MCC) sur la base d'un éventail de dix huit indicateurs⁶, afin de s'assurer s'il convient de continuer à faire bénéficier les prétendants aux largesses américaines de leur soutien, d'arrêter ou suspendre celui-ci⁷.

Par ailleurs, pour essayer de contrecarrer les critiques relatives à l'aide financière parcimonieuse, ou limitée, servie par le géant américain aux dirigeants marocains,

¹ Ce qui explique que la fameuse « Initiative nationale pour le développement humain » (INDH), lancée le 18-5-2005, répond à l'un des engagements des gouvernants marocains à l'égard de la superpuissance américaine comme même envers l'Union européenne et pas seulement à la demande interne d'une population en grande majorité analphabète (60% et plus) et nécessiteuse.

² En se référant au programme d'appui à quelques entreprises marocaines exportatrices au titre du « New Business Opportunities » (NBO) et du « Magic Show » organisé chaque année à Las Vegas.

³ Cf. Le Matin des 25-10-2004 et 11-4-2007 qui rapportent les entretiens de Mme Monica Stein-Olson, directrice de l'Agence américaine pour le développement international au Maroc (USAID-Maroc). Cette responsable américaine nous apprend que le budget destiné à accompagner le Maroc a été doté d'une somme de 100 millions de dollars pour l'exercice 2004-2008. Elle a également signalé que, depuis 1957, les États-Unis ont investi plus de 2 milliards de dollars (équivalent à 10 Mds de dollars en 2007) au profit du développement au Maroc. De même, pendant plus de 30 ans, l'USAID a été le principal partenaire du ministère marocain de la santé. Toutefois, la responsable américaine n'a avancé aucun chiffre précis, y compris pour ce qui est des programmes qui seront proposés au gouvernement marocain pour 2009 et au-delà. Tout dépendra des résultats du programme commencé en 2004 et d'autres considérations ou paramètres, en premier la réponse positive des décideurs du pays aux critères et autres conditions requises par la partie américaine. Sur d'autres détails, cf. Le dossier spécial publié par le Matin à l'occasion du cinquantenaire de l'USAID au Maroc, en particulier l'entretien accordé par la directrice de cette agence et publié dans son édition du 11-4-2007. En outre, la ventilation des fonds et des bénéficiaires du MCA nous apprend que la plupart des projets financés sont liés à l'INDH, cf. Le Matin du 14-11-2007.

⁴ D'ailleurs, sachant l'importance qu'accorde ce grand pays, depuis un certain 11-9-2001, à la lutte contre le terrorisme, la responsable de l'USAID-Maroc n'a pas manqué de rappeler les événements survenus à Casablanca le 16-5-2003 pour appeler les gouvernants marocains à donner également la priorité aux services sociaux et à l'amélioration des institutions démocratiques. Que dira-t-elle après les événements similaires survenus le 14-4-2007 dans la même capitale économique ?

⁵ Cf. Le Matin des 25-1-2006, 3-2-2007 et 14-11-2007.

⁶ Ou 16 indicateurs, qu'on peut considérer en autant de conditions dictées au pays bénéficiaire, comme cela est indiqué par le Matin du 1^{er}-9-2007. A noter aussi que le MCC, qui gère le « compte du défi du millénaire » et financé exclusivement par la Congrès américain, est un organisme gouvernemental indépendant, conçu pour travailler avec certains pays dits en développement entretenant des bonnes relations avec l'oncle Sam. C'est ce que n'ont pas manqué de rappeler et de souligner les gouvernants marocains, par l'intermédiaire de leur presse officieuse, en avançant que l'accord signé, sous la présidence du souverain, à Tétouan le 31-8-2007, « témoigne des solides relations de coopération et de partenariat privilégié qui existent entre le Maroc et les États-Unis, ainsi que les liens d'amitié séculaire unissant les deux pays ».

⁷ Peaufinant ce contrôle, le président du MCC (M. John Danilovitch) avance qu'il est question d'une « logique d'encouragement ». Cf. Le Matin du 17-4-2007.

comparativement au soutien européen de même nature, voire plus étendu¹, ce n'est que récemment que les décideurs américains ont plus ou moins mollement réagi, tout en restant en retrait par rapport aux responsables de l'Europe unie. En effet, la direction chargée du Millenium Challenge Corporation (MCC) a entériné, le 9 août 2007, le programme Compact en faveur du Maroc. Étendue sur cinq années, il est octroyé à ce pays fragile une enveloppe de l'ordre de 697,5 millions de dollars et ce, pour lutter contre la pauvreté et appuyer la promotion de l'emploi dans les secteurs à grand potentiel, ce qui s'inscrit dans le cadre des engagements des gouvernants marocains dans le domaine du développement humain, politique menée sur l'instigation à la fois des américains et des européens rappelons-le. Toutefois, les pressions plus ou moins souples, ou flexibles, exercées par ces bailleurs de fonds sont loin d'être motivées par de bonnes intentions, bien dosées d'altruisme envers leur prochain. Leurs intérêts égoïstes et à court ou à moyen terme motivent bien leurs actes, notamment en faveur de leurs opérateurs économiques et par delà ceux de leurs pays, tout en paraissant répondre aux intérêts similaires des gouvernants marocains. On mesure alors la non pertinence des informations véhiculées par les médias officiels et officieux autour de l'appui financier américaine, qui s'inscrit largement dans le cadre du développement humain². Il ressort, en tout cas, de ces informations que tant les dirigeants marocains que les décideurs politiques américains cherchent à souligner, sinon à rappeler aux responsables européens, que l'EU n'est pas la seule qui aide le Maroc, au risque d'irriter davantage les autorités communautaires et les amener à limiter leur concours financier, voire à éloigner l'échéance de l'octroi du « statut privilégié » ardemment convoité par les gouvernants marocains, ou à opter pour une stratégie contraire ... !

3. Tentative de solution par une certaine INDH

En se référant aux discours royaux du 18 mai 2005 et du trône (30 juillet 2007)³ ainsi qu'à une information incessante et plurielle relative à l'initiative nationale pour le développement humain, il n'est pas indifférent de rappeler l'objectif principal poursuivi par ce projet et la démarche adoptée à cet effet avant de se pencher sur la mise en œuvre des programmes arrêtés, ceux préconisés par le nouveau gouvernement et les difficultés rencontrées ou les retards enregistrés en la matière, tout en allant vers l'essentiel.

3.1 Objectif principal et stratégie de l'INDH officiellement déclarés

¹ Sur l'appui de l'UE aux dirigeants marocains dans le cadre de l'octroi d'un futur « statut avancé » voir supra n° 10.

² Sur le soutien apporté aux gouvernants marocains par l'intermédiaire du Millenium Challenge Account cf. Le Matin du 15-8-2007. A signaler, par ailleurs, que l'utilisation des 697,5 millions de dollars sera supervisée et coordonnée, sinon réellement contrôlée, par une « agence du partenariat pour le progrès » sous la coupe des américains. En outre, il est hautement significatif quant à l'impact des pressions de ces bailleurs de fonds qu'un conseil des ministres s'était réuni le jour même (31-8-2007) pour adopter deux projets de loi (n° 34-07 et n° 35-07) relatifs à la ratification de la convention d'octroi du montant précité (quant au principe) et à la création de l'agence du partenariat pour le progrès et un projet de décret n°2-07-1156 pris pour l'application de la loi portant création de cet établissement. Cf. Le Matin du 1^{er}-9-2007. Ensuite, moins de deux mois et demi après, un document rendu public par le ministère de l'économie et des finances trace les actions qui seront menées pour le restant de l'année 2007 et les six mois de 2008. Il est également annoncé le début de concrétisation du « contrat du défis du millénaire » par le lancement d'études de faisabilité « pour 21 millions USD ». Cf. Le Matin du 14-11-2007. De même, le 1^{er} ministre (M. Abbas El Fassi) a saisi la chambre des conseillers afin de voter en faveur des projets de loi n° 34-07 et 35-07 dans les meilleurs délais, sachant que l'exécutif accorde la priorité à ce contrat, sous entendu pour un besoin pressant d'argent. Cf. Le Matin du 1^{er}-12-2007. Il va sans dire que la 2^e chambre, comme la première, va s'exécuter en tant que « chambre d'enregistrement ».

³ Sur le texte intégral des deux discours du monarque cf. Le Matin des 19-5-2005 et 30-7-2007.

Tout d'abord, l'objectif avoué est principalement de faire bénéficier les populations défavorisées cibles à la fois des infrastructures de base (en eau, assainissement et électricité) et des infrastructures à caractère social (centres culturels, structures sanitaires et sportives). Pour y arriver, il est signalé que l'INDH constitue elle-même une stratégie de développement communautaire et participatif, au lieu d'être d'obédience conjoncturelle ou ponctuelle. On ajoute même qu'il s'agit d'un mécanisme de soutien de dimension nationale, voire un « chantier de règne » plutôt qu'une aumône¹. En effet, les habitants des communautés visées sont appelés, selon toute probabilité, à exprimer eux-mêmes leurs besoins au niveau de chaque commune rurale, qui ont un taux de pauvreté de plus de 30%², et chaque quartier urbain de 30 villes déclarées éligibles où l'exclusion sociale est aiguë³. En tout cas, l'initiative ainsi lancée comporte quatre programmes : la lutte contre la précarité, la lutte contre la pauvreté dans le milieu rural, la lutte contre l'exclusion sociale dans les villes visées et un programme dit transversal permettant, paraît-il, d'assurer la coordination et l'harmonisation des autres programmes.

3.1.1 Des réalisations voulues ambitieuses

Pour la mise en œuvre de l'INDH, une enveloppe de 10 milliards de dhs est allouée pour la période 2006 à 2010 (soit 5 années). Mais, selon d'autres données⁴, les crédits alloués à la réalisation des projets de cette initiative, jusqu'à septembre 2007, se sont élevés à près de 5,65 mds de dhs, dont 3,7 mds sont débloqués par le Fonds INDH. C'est ce qui a permis le lancement de quelque 11.000 projets depuis mai 2005, qui ont concerné deux millions et demi de bénéficiaires directs et des secteurs vitaux comme les infrastructures, la promotion des compétences et des activités génératrices de revenus⁽¹⁾. Toutefois, d'autres chiffres quelques peu différents ont été cités par le gouverneur coordonnateur national de l'INDH (M. Aziz Dadés)⁵. En effet, selon cet agent autorisé, le nombre des projets réalisés ou en cours de réalisation dans le cadre de l'INDH a atteint, entre septembre 2005 et septembre 2007, 12.137 pour trois millions de bénéficiaires. Le coût global de ces projets d'élève, toujours d'après lui, à 6,4 mds de dirhams, dont 3,8 mds de dhs sont financés dans le cadre de l'INDH. Outre les ressources financières internes assez insuffisantes et les informations relatives à l'aide

¹ On rappelle que le nombre des communes rurales et quartiers urbains identifiés est, respectivement, de 360 et de 250. Mais on a avancé, par la suite, que ce nombre, initialement fixé, a été dépassé puisqu'il est question de plus de 360 communes rurales et de 264 quartiers urbains toujours au niveau de 30 villes éligibles. Cf. Le Matin du 2-1-2007. Ce n'est que quelques mois plus tard qu'on a signalé qu'il est question de 403 communes rurales. Cf. le Matin du 5-12-2003.

² On se demande cependant si les miséreux du milieu rural seront en grande partie touchés, sachant qu'un marocain sur quatre est pauvre et se trouve dans les campagnes, tandis qu'un pauvre sur dix marocains habite dans les villes. Si la population rurale représente 46% de la population totale, 66% des pauvres vivent en milieu rural. Toutefois, la part des pauvres en milieu urbain est passée de 27% à 34% du nombre total des pauvres au cours des seules années 90 ; elle s'accroît quatre fois plus que l'exode rural de la population vers les villes. En outre, l'indicateur de la pauvreté parmi les enfants de moins de 15 ans est plus élevé (44%) que parmi les adultes (16%). Cf. Le Matin du 2-11-2007.

³ Livrées à l'occasion d'une rencontre régionale de l'INDH, la 3^e du genre, dont le thème porte sur la « Lutte contre la précarité, la pauvreté et l'exclusion sociale et initiation à l'aspect suivi-évaluation ». Cf. Le Matin du 2-11-2007.

⁴ A rappeler que les projets retenus en 2006 sont au nombre de 6.127, dont les plus importants ont concerné le renforcement des infrastructures tant en milieu rural qu'en milieu urbain et la réhabilitation des centres sociaux existants. Cf. Le Matin du 24-5-2007.

⁵ Cf. Le Matin du 17-11-2007. Ceci permet de rappeler le problème de la fiabilité des statistiques en rapport avec leurs sources, voir supra n°5. Sur d'autres données quantitatives et qualitatives cf. la même édition de ce quotidien officieux, évitant ainsi la surcharge du présent texte.

publique extérieure¹, il y a lieu de signaler, à titre d'exemple, que le Programme des Nations unies pour le développement (PNUD) et la « Coopération italienne » ont lancé, le 17 octobre 2007, à l'occasion de la journée mondiale pour l'élimination de la pauvreté, 17 projets de développement humain en faveur de 17 ONG marocaines pour un budget global de 1.056.880 euros. Il s'agit de la première étape d'un vaste programme de coopération dit « Programme d'appui à la société civile » (PASC), conçu et financé par la « Coopération italienne » et devant être réalisé par le PNUD². De même, à l'occasion de la visite d'État du président français (M. Nicolas Sarkozy) au Maroc, celui-ci a annoncé, le 23 octobre 2007³, l'octroi d'un don de 8 millions d'euros en faveur de l'INDH en plus des 350 millions d'euros déjà versés par la France en 2007 pour la lutte contre pauvreté qui sévit au Maroc.

Quoi qu'il en soit, outre un plan d'action immédiat qui a été d'abord mis en œuvre pour s'attaquer aux problèmes de première urgence⁴, le plan d'action établi pour 2007 s'articule autour de trois volets :

- la formation de 20.000 hommes par jour ;
- la stratégie de communication destinée à informer les membres des comités de développement humain, les bénéficiaires et les porteurs de projets ;
- et la convergence des actions des ministères, des collectivités locales, des établissements publics et semi-publics avec les actions et programmes de l'INDH⁵.

Toutefois, pour essayer de faire face aux multiples déficits sociaux, il est prévu de combattre l'analphabétisme et l'habitat insalubre, et d'entreprendre des actions promotionnelles en matière d'enseignement fondamental, de microcrédit et d'intégration des personnes handicapées, ainsi que dans le domaine de la santé et la protection sociale⁶.

Étant une initiative inscrite dans la durée, tellement les problèmes de la pauvreté et de la précarité sous toutes leurs aspects et facettes sont étendus et profonds, les remèdes qui leur sont apportés ne peuvent être définitifs ou se limiter à les effleurer. Est-ce ce qui ressort des actions et mesures avancées par les autorités gouvernementales ?

3.1.2 Des priorités gouvernementales annoncées mais peu convaincantes quant à leur pertinence et leurs effets bénéfiques

¹ Sur le soutien financier apporté par les puissances occidentales aux projets ou programmes de développement humain, y compris en matière de santé, voir supra n°s 10 et 11.

² Fruit d'un partenariat entre ces deux organismes, ce programme porte sur un montant global de 2 millions d'euros et vise à accompagner les ONG ciblées dans la mise en œuvre de l'INDH au niveau local (7 régions sont concernées). Cf. Le Matin du 19-10-2007.

³ Sur le discours prononcé par le président français (M. Nicolas Sarkozy) devant les élus des deux chambres du parlement marocain cf. Le Matin du 24-10-2007. Une convention d'aide de 2 millions d'euros, faisant partie de la promesse du président français, a été déjà signée, le 29-11-2007, entre l'ambassadeur de France au Maroc et le ministre de l'économie et des finances. Les six millions d'euros restant seront versés au titre de l'année 2008 (ou d'une 2e période). Cf. le Matin du 30-11-2007.

⁴ Sachant que l'INDH est entrée en vigueur dès 2006, bien que, selon d'autres informations, il soit signalé que la réalisation des projets dans ce cadre ont commencé dès mai ou septembre 2005 ! Cf. sur ces délais le Matin du 30-7-2007 pour le premier ou des 2 et 17-11-2007 pour les seconds.

⁵ Cf. Le Matin du 11-5-2007.

⁶ Sur les questions sanitaires voir infra n°s 16 et ss. Cf. aussi le Matin du 2-1-2007.

En premier lieu, il est désolant que les officiels ne reconnaissent, du bout des lèvres, que quatre millions de marocains¹, sur plus de trente millions d'habitants actuellement, vivent au-dessous du seuil de la pauvreté relative avec une dépense annuelle inférieure à 3.235 dhs en milieu urbain et à 2 989 dhs en milieu rural. A côté de cette population, une autre catégorie dépassant certainement 25% de l'ensemble des habitants du pays est estimée économiquement vulnérable car leur consommation annuelle est inférieure à 4 500 dhs. En outre, 64% de pauvres sont illettrés et la plupart des ménages pauvres ont un homme à leur tête. Cette seconde catégorie risque à son tour de basculer dans la pauvreté en cas de maladie prolongée, de perte d'emploi ou de sécheresse². En d'autres termes, on peut estimer que la moitié de la population marocaine (15 millions environ), sinon plus, sont pauvres ou vulnérables et auxquels il est impératif de répondre à leurs besoins et attentes, notamment en matière d'accès aux services de base, en particulier ceux de la santé, afin qu'ils puissent contribuer au développement durable de leur pays plus qu'à une croissance économique profitable à certains privilégiés de la population.

De toute façon, pour les catégories formellement admises comme pauvres et vulnérables, la déclaration du nouveau gouvernement, présentée à la chambre des représentants le 24 octobre 2007³, indique, en matière de « développement humain durable », que l'exécutif poursuivra non seulement la mise en œuvre des projets de l'INDH, qu'il considère en tant que chantier permanent, mais il évaluera cette initiative en 2008⁴. Après quoi, démarrera la deuxième tranche de ce chantier vers la fin 2010. De même, le gouvernement veillera à mobiliser tous les moyens matériels et humains nécessaires à la réforme du système de santé et l'amélioration de ses prestations suivant une stratégie ciblée. Enfin, il est question d'un « nouveau pacte social » qui sera élaboré en concertation avec l'ensemble des partenaires économiques et sociaux. Grâce à ce pacte, l'exécutif espère traiter les grandes préoccupations de la population, en particulier la garantie du pouvoir d'achat, la lutte contre la pauvreté, l'exclusion et le déficit sociaux.

Or il ne s'agit là que d'une déclaration d'intentions, louables certes, mais qui brillent par leur imprécision : aucun chiffre et aucune date ne sont livrés. C'est évidemment la loi de finances pour 2008 qui tente de s'étendre sur les détails. Encore faut-il l'avouer, même lorsque des indications précises ont été données par les précédents gouvernements, leur réalisation reste tangente ou assez limitée. C'est aussi ce qui ressort en partie de la réaction plus ou moins atténuée des députés appartenant aux formations politiques en opposition qui estiment que le social n'est pas tellement au rendez-vous¹. Mais, comme on s'y attendait, ignorant des

¹ Soit 3 millions de pauvres dans les campagnes et un million dans les villes, à moins qu'il ne s'agisse que ceux qui seront concernés par les programmes de lutte contre ce phénomène et encore. Sur ces données et d'autres, cf. not. le *Matin* du 22-9-2007.

² Ces données et leur interprétation justifient le rang (123^e) occupé par le Maroc en 2006, sur 177 pays, pour ce qui est de l'IDH, établi par le Pnud. Voir à ce sujet supra n°2.

³ Cf. *Le Matin* du 25-10-2007.

⁴ Comme cela a été affirmé dans la déclaration gouvernementale, 50% du budget général seront consacrés, par la loi de finances 2008, aux volets relevant des secteurs sociaux. Plus de crédits seront accordés à la santé et à l'éducation. Ainsi, par exemple, une enveloppe globale de 1,2 milliards de dhs sera allouée à l'INDH. Il est même signalé par le ministre de l'économie et des finances (M.S. Mezouar) que, depuis son lancement et jusqu'à fin septembre, 12000 projets ont été réalisés en faveur de 3 millions de personnes. Au titre de la santé, le gouvernement prévoit de revoir à la hausse de 10,4% les crédits alloués à ce secteur. Pour d'autres détails cf. l'intervention du ministre de l'économie et des finances, le 7-11-2007, devant les députés, in *Le Matin* du 9-11-2007.

¹ Cf. *Le Matin* du 30-10-2007 qui publie les déclarations du secrétaire général du Mouvement populaire (M. Mohand Laenser), et des chefs de groupes du Mouvement populaire, du Parti de la justice et de développement et de l'Union Constitutionnelle. Cf. *le Matin* du 22-11-2007. Mais cette position ou d'autres similaires sont contrées par certains membres du gouvernement ou des chefs de file de la majorité pro-gouvernementale à la

critiques jugées parfois acerbes, l'exécutif a obtenu le feu vert de « sa » majorité au parlement bicaméral¹. Toutefois, la mise en œuvre de l'INDH n'a pas été facile, malgré l'impulsion directe du souverain².

3.2 Difficultés rencontrées par l'application de l'INDH sur le terrain, sans occulter la problématique de sa conception

En effet, des problèmes de gestion et un manque flagrant d'éthique ou de comportement moral ont été notamment relevés lors de l'exécution des instructions et mesures afférentes à l'INDH dans les secteurs où elle s'est investie, comme cela résulte de quelques exemples rapportés par la presse écrite. Mais cette presse, officieuse de surcroît, ne donne pas de précisions sur ces manquements, alors qu'on sait pertinemment que cela est dû généralement à la mentalité makhzenienne et à une corruption fort étendue dans les administrations publiques et même ailleurs dans les associations ou le milieu social en général. Ce mutisme peut s'expliquer par le souci peu légitime de ne pas froisser certains dirigeants du pays qui sont censés au courant de ces malversations et surtout de ne pas éclairer réellement l'opinion publique dans un domaine qui l'intéresse, d'autant plus qu'il est question de la participation des populations concernées. Il va sans dire que ces problèmes ne manquent pas d'influer négativement sur son approche et la stratégie déclarée pour une mise en œuvre censée efficace, eu égard aux réalités du pays et aux moyens limités qui lui sont consacrés, fut-il par le recours à l'aide publique extérieure³. Toutefois, on essaye de convaincre le commun des mortels alphabétisés que les projets de l'INDH sont soumis à des procédures précises de l'identification et de sélection, qui peuvent déjouer les tentatives de « détournement et de réappropriation illégitimes »⁴.

Ainsi, dans la capitale économique du pays, il a été constaté, par le wali du grand Casablanca (M. Mohamed Kabbaj, ancien conseiller royal), que « sur 38 projets programmés au niveau des différentes préfectures de cette cité, seuls cinq projets ont été achevés, de même que sept

première chambre, telles celles du ministre délégué (M. Nizar Baraka) auprès du premier ministre chargé des affaires économiques et générales, à l'occasion d'un forum analogue organisé par le même quotidien officieux le *Matin* et édité le 2-11-2007, du chef du groupe istiqlalien ou du ministre de l'économie et des finances dans sa réponse aux interventions et critiques des députés, formulées lors des réunions de la commission spécialisée de la Chambre des représentants. Cf. le *Matin* du 22-11-2007.

¹ Ou vote de confiance. La déclaration gouvernementale fut adoptée le 31-10-2007, après un débat qualifié d'houleux, par 155 voix pour, 93 contre et 7 abstentions. Ensuite, dans sa réponse solennelle, le premier ministre a signalé que 31 engagements sont chiffrés et datés ; de même qu'il est question de la recherche de ressources extérieures pour le financement des programmes de l'exécutif qu'il dirige. Cf. Le *Matin* du 2-11-2007. D'un autre côté, l'un des premiers conseils des ministres, à savoir celui du 6-11-2007, a été essentiellement consacré à l'examen et à l'approbation du projet de loi de finances et des projets de textes législatifs et réglementaires l'accompagnant, d'où il ressort entre autres l'élargissement de la couverture médicale, la mise en œuvre optimale des projets de l'INDH et la lutte contre la pauvreté, la marginalisation et l'exclusion. Cf. Le *Matin* du 8-11-2007.

² Sur ces problèmes cf. not. Le *Matin* des 30-7-2007 et 23-11-2007.

³ Sur l'ampleur des besoins et attentes des populations en situation de précarité voir supra n°s 1 à 4, sur la problématique du financement, l'objectif essentiel et la stratégie de l'INDH voir aussi supra n°s 9 à 11 et n°12. Il est encore précisé que, malgré le fait que 50% des dépenses de l'État soient consacrées aux secteurs sociaux, le déficit social persiste, car 23% de la population rurale vit en dessous du seuil de la pauvreté, dans des habitations de fortune. Cf. Le *Matin* du 5-12-2007.

⁴ Sur l'organisation, les structures (comités de développement humain provinciaux et régionaux), les démarches et procédures de gestion (administrative et financière), ainsi que le rôle clé des agents d'autorité cf. le *Matin* du 5-12-2007. Il est également signalé que 11.000 personnes, composées au tiers d'élus, d'associations et de services extérieurs, sont chargées des activités des comités locaux précités. Cf. Le *Matin* du 5-12-2007. Et on veut faire croire qu'il n'y a pas de « brebis galeuses » parmi elles !

autres projets n'ont pas encore commencé à cause d'un problème foncier »¹. De plus, selon le même wali, « avec quelque 600 anciens projets toujours inachevés et ceux de l'année courante, les commissions pourront se retrouver avec un cumul de plus de 1500 projets à gérer ». Dans ces conditions, le nouveau programme de lutte contre la précarité ne pourra voir le jour, au meilleur des cas, qu'en 2008 et ce, malgré la bonne volonté des porteurs de projets et du comité de contrôle².

Si de telles défaillances ou insuffisances sont relatées, elles restent bien atténuées dans leur formulation ou leur présentation. Ainsi, lors de la divulgation de certaines conclusions du rapport national sur le développement humain, par le biais duquel le PNUD a établi son diagnostic relatif à la diminution des disparités au niveau de l'éducation en rapport avec les objectifs du millénaire pour le développement (OMD) à l'échéance 2015³, il est seulement indiqué que le retard accumulé par le Maroc est partiellement dû à la mobilisation insuffisante des ressources budgétaires⁴ et non à la mauvaise administration, à la corruption rampante dans ce pays et à d'autres comportements anti-éthiques sur les plans humain et social. De même, les solutions préconisées pour dépasser les seuls problèmes de gestion se sont limitées uniquement à l'élaboration d'un plan dit stratégique issu d'un certain « memorandum », tout en soulignant le réalisme et l'efficacité de l'INDH⁵ ! Certes, il est toujours permis d'espérer rectifier le tir, après l'évaluation de ce qui a été réalisé à mi-parcours, tout en veillant à la convergence des projets de l'INDH avec les autres programmes de développement, dont ont la charge la douzaine de départements ministériels, les collectivités locales et d'autres intervenants (notamment ceux de la société civile); mais il est admis plus ou moins implicitement que « le détournement et la réappropriation illégitimes » sont vaincus⁶. En ira-t-il différemment lorsqu'il est question de débattre des maux dont pâtit la santé humaine ?

3. Problèmes spécifiques à la santé humaine

3.1 Une notion ambitieuse de la santé et du droit de tous à la santé

Outre les éléments de définition de la santé humaine précédemment évoqués⁷, il n'est pas indifférent d'en rappeler d'autres facilitant l'interprétation de ce concept, compte tenu de la situation vécue au Maroc. Procédant par des allusions significatives pour rester assez bref, il y a lieu de signaler en premier lieu que : « La santé n'est qu'une traduction du développement dans le corps des hommes. Elle couvre tous les domaines de la vie, ce n'est pas simplement

¹ Sur ces déclarations cf. Le Matin du 28-4-2007.

² C'est ce qui est relativement confirmé par le même agent d'autorité, à l'occasion de la réunion (le 22-11-2007) du comité régional de l'INDH. Ont été, par exemple, évoquées « quelques difficultés pour la réalisation de projets générateurs de revenus, ainsi que pour l'animation et la gestion des centres sociaux et de maisons de jeunes ». Sur d'autres indications afférentes aux réalisations assez limitées en matière d'eau potable (20% pour 91 000 familles) et d'assainissement liquide (40% pour 106.000 ménages) cf. Le Matin du 23-11-2007.

³ Sur la réalisation incertaine des OMD par le Maroc à cette date voir supra n° 7.

⁴ Cf. Le Matin du 11-5-2007. Voir sur la problématique du financement et ses incidences supra n°s 9-11.

⁵ Ce document a été, paraît-il, discuté et enrichi par les participants à un séminaire qui s'est déroulé le 14-4-2007, suivi d'une rencontre similaire organisée le 28 juillet de la même année et en attendant une autre réunion l'année suivante. Excusez du peu ... ! Cf. Le Matin du 30-7-2007.

⁶ Les modifications éventuelles interviendront probablement au cours de l'année 2008, après l'examen, par les membres du comité de pilotage, d'un rapport sur la situation précédente et l'établissement d'un nouveau plan d'action veillant en principe à l'harmonisation et à la coordination des différentes actions de l'INDH et celles d'autres programmes similaires ou complémentaires. Cf. Le Matin du 5-12-2007.

⁷ Voir supra n° 4.

un problème médical »¹. C'est dire la corrélation entre la santé et le développement, sachant qu'elle fait partie du développement humain et en particulier du projet décliné par l'INDH², selon l'approche communautaire. On peut également souligner la complexité des liens ou des relations entre l'environnement et la santé. En effet, si on considère généralement qu'il existe des impacts positifs ou négatifs, suivant les cas, de l'environnement naturel ou d'autres aspects environnementaux sur la santé, la problématique inverse n'est pas à négliger. De fait, les préoccupations de santé individuelle sur l'environnement (collectif ou global) sont également importantes, compte tenu de tel ou tel modèle socioculturel³. En outre, étant un droit social pour chacun d'entre nous, être en bonne santé est une priorité, c'est à la fois essentiel pour l'individu et pour la société⁴. Aussi s'interroge-t-on non seulement sur les répercussions du droit à la santé sur le développement dans le Sud et au Maroc notamment, comme dans le Nord d'ailleurs, mais aussi de quelle manière un système des soins de santé devrait-il être structuré pour le bienfait de tous les citoyens⁵, et plus particulièrement des pauvres ? De même, quel rôle la société civile joue-t-elle dans la réalisation du droit à la santé ? Comment devrait être financé un système de santé d'un pays pauvre et endetté ou une structure des soins de santé reposant réellement sur le droit à la santé ? Grâce à ces questions et certaines autres, on pourra évaluer le système marocain de santé s'inscrivant dans le cadre des politiques publiques de ce secteur (A) et leur financement (B). Mais considérant ce deuxième axe et convaincu que les dépenses de santé, comme de l'éducation, peuvent améliorer le capital humain dans les pays pauvres, tel que le Maroc, et les aider à atteindre les OMD, leurs gouvernants sont tenus de rendre compte de leurs actes. Aussi a-t-on pris la liberté d'évoquer précédemment les divers engagements, y compris ceux d'ordre financier, des dirigeants marocains lors de l'examen de leurs politique et stratégie relatives au développement humain. On se contentera alors de compléter ces informations par d'autres données voulues significatives car plus spécifiques.

3.1 Un système de santé encore précaire

3.1.1 Disparités entre les milieux urbain et rural, aggravées par l'insuffisance des projets face à l'accroissement de la population et de besoins en matière de santé et de prévention sanitaire

En remontant à l'indépendance du pays, on relève que, selon l'évolution des indicateurs de santé, les problèmes de ce secteur éminemment social n'ont pas pu être éliminés, bien au contraire⁶. De fait, si selon le rapport sur le développement humain, depuis l'indépendance formelle du Maroc, le domaine de la santé a connu des progrès, rompant avec la multitude de maladies et les épidémies, de multiples insuffisances et retards sont enregistrés. L'offre de soins reste assez limitée pour l'écrasante majorité de la population. Il est observé une inégalité flagrante des marocains devant la santé en rapport avec les personnels et les structures de

¹ Cf. not. Dossier « santé et développement », in *Le Courrier-Afrique-Caraïbes-Pacifique (ACP) de l'Union européenne*, n° 147, septembre-octobre 1994, pp. 2 et 3, pp. 45 à 94.

² Voir supra n°s 3, 12 à 14.

³ C'est ce qui permet de s'interroger si l'Hygie (Hygée chez les occidentaux), déesse de la santé, est-elle écologique ? Cf. *La santé ou l'environnement ? (essai de diagnostic d'un modèle socioculturel)*, par Gérard Bertolini de l'université de Lyon I. *Le Courrier de l'Environnement de l'INRA (Institut national de la recherche agronomique)*, Paris, n° 49, juin 2003, pp. 5-12.

⁴ Cf. *La santé : un droit social. Cohésion sociale*, n° spécial 4, juin 2004. Publication de la DG III. Cohésion sociale. Conseil de l'Europe. Strasbourg (France). 20 pages.

⁵ Si on peut admettre que tous les marocains sont effectivement considérés comme tels.

⁶ Cf. *Rapport national sur le développement humain et les perspectives 2025 : Un système de santé encore fragile*, in *le Matin* du 11-1-2006.

santé¹. Certes, l'espérance de vie a augmenté et semble dépasser actuellement les 70 ans², mais certains indicateurs de santé infantile et maternelle demeurent alarmants et entachent le niveau de développement humain du pays. Les taux de mortalité infantile et de la mère sont deux fois plus élevés dans les zones rurales que dans les régions urbaines. Globalement et pour mille enfants en 2004, le quotient de mortalité infantile était de 40, celui de la mortalité néonatale était de 27, tandis que le taux de mortalité juvénile était de 7 enfants sur mille. La mortalité maternelle était de 227 pour 100 000 naissances vivantes, avec une fécondité de 2,5³. En outre, le Maroc passe à présent par une transition épidémiologique, où coexistent les maladies anciennement répandues et de nouvelles maladies, liées à un certain développement économique. Ainsi, ce pays n'est pas encore parvenu à vaincre les « maladies des pays pauvres », tout en faisant face à la fréquence et à l'augmentation vertigineuse des « maladies des pays riches », plus difficiles à maîtriser et plus chères pour leur prise en charge. Cette deuxième catégorie de maladies concerne cependant une partie de la population aisée et la classe dite moyenne, puisqu'elles sont liées à l'abondance de nourriture ou d'excès de stress (cancer, maladies cardio-vasculaires, dépression, etc.). Mais ce sont les maladies liées à la pauvreté qui sont florissantes (tuberculose notamment)⁴. Par ailleurs, l'accès aux soins demeure assez incomplet et fortement inégalitaire. L'état des unités de soins et des hôpitaux publics stagne ou régresse. Ainsi, le nombre de lits théoriques sur tout le Maroc est le même entre 2003 (26.257) et 2005 (26.256), sachant que deux hôpitaux ont été même fermés (Ben Ahmed à Settat et Ibn Rochd à Taza) et trois autres ont été ouverts. En 2005, le nombre d'hôpitaux est seulement passé à 128⁵ et ce, malgré la réforme hospitalière lancée en janvier 2001⁶. Par rapport à la population, il existe seulement un lit pour 1.156 personnes (1148 en 2003), d'où le surpeuplement virtuel de la totalité des hôpitaux⁷. Devant cette insuffisance

¹ Sur des statistiques dévoilées en 2002 et 2003 cf. Le Matin du 7-4-2006 qui en rend compte à l'occasion de la journée mondiale de la santé.

² Alors que, généralement, l'espérance de vie est de 68 ans en 2001 au Moyen-Orient et en Afrique du Nord, avec une variation de 3,6% durant la décennie 1990-2001. Cf. santé, richesse et bien-être, par David E. Bloom, David Canning et Dean M. Jamison. Finances et développement (FMI), op. cit., mars 2004, pp. 10-15, not. tableau in p. 10.

³ Cf. Le Matin du 28-4-2007 qui rend compte d'un « fascicule » du ministère de la santé pour dresser un état des lieux fort alarmant. Selon la direction des statistiques, rattachée actuellement au Haut commissariat au plan (HCP), qui se base sur le recensement général de la population et de l'habitat (RGPH) effectué en septembre 2004, le taux brut de natalité (pour mille) est de 20,1, tandis que le taux brut de mortalité (pour mille) est de 5,5. Cf. Le dépliant relatif aux chiffres clés 2005, édité par le HCP avec le concours de la Banque marocaine du commerce extérieur (BMCE Bank).

⁴ Avec 30.000 nouveaux cas et 1000 décès par an, le Maroc reste l'un des pays les plus touchés par la tuberculose. Les maladies cardio-vasculaires sont, de leur côté, en hausse, de même que 40 000 nouveaux cas de cancer sont diagnostiqués annuellement.

⁵ Selon la direction de la statistique (HCP) et les chiffres établis en 2005, le nombre de lits des hôpitaux publics était de 26 136 en 2004 contre 26.257 en 2003.

⁶ Cette réforme vise, paraît-il, à renforcer l'efficacité managériale des hôpitaux publics et à améliorer la qualité des soins et des prestations médicales dispensées. Mais la mise à niveau de certains établissements hospitaliers n'a pu être réalisée que grâce un prêt de la Banque mondiale de 60 millions de dollars environ et d'un don de l'UE de 20 millions d'euros pour la 1^{ère} phase. Le coût de la 2^e phase débutant en 2006, est de 140 millions d'euros ; il concerne 31 des 126 hôpitaux existants. Toutefois, les responsables de ce chantier restent inquiets pour ce qui est de la disponibilité des ressources humaines qualifiées, notamment les paramédicaux et le personnel administratif ainsi que les médecins toutes catégories confondues, comme on le notera sous ce même paragraphe. C'est dire que l'amélioration de la gestion hospitalière et l'offre de soins de qualité sont loin d'être certaines. Sur la piètre image des hôpitaux publics et son impact négatif au niveau de la dignité humaine cf. Le Matin du 9-2-2007. Sur le soutien financier extérieur en général voir supra n°s 10 et 11 et sur le financement particulier à la santé voir infra n°s 19 et 20. On a certainement remarqué quelques différences des chiffres livrés par plusieurs sources d'information ou de documents, comme on le verra aussi par ailleurs. Sur ce problème en général voir supra n° 5.

⁷ A titre comparatif, le même chiffre pour la France avoisine 250 personnes pour 1 lit, ou en Algérie où ce chiffre dépassait 1 400 en 2003. Mais ce n'est pas une raison valable pour ne pas trop se plaindre de la situation

chronique, le nouveau gouvernement de M. Abbas El Fassi ne peut, en application de la loi de finances pour 2008, que créer trois CHU (centres hospitaliers universitaires), prévoir la construction de 11 hôpitaux, réaménager 21 autres établissements similaires et mettre en place 200 nouveaux centres de santé durant le quinquennat (2007-2012) pendant lequel il présidera aux destinées du pays, si tout ira bien¹.

D'un autre côté, pour parer aux nombreuses insuffisances en la matière, le rapport national sur le développement humain incite les décideurs du pays à une nouvelle stratégie de réorganisation, de financement et de gestion du système de santé public, afin non seulement de prévenir sa dégradation, mais aussi de répondre au besoin de développement humain des populations. Dans ce cadre, en matière de protection sociale, on rappelle que plusieurs réformes ont, depuis l'indépendance politique du pays, voulu élargir la couverture sociale des personnes démunies ou en difficulté et de diversifier les prestations assurées par les différents organismes et régimes collectifs de solidarité, y compris grâce à l'assurance maladie obligatoire (AMO). Pourtant, la couverture sanitaire ne concerne que 17% de la population et 80% des fonctionnaires. Par la généralisation future de l'AMO, les gouvernants marocains tablent sur la couverture de 10 millions de personnes d'ici 2008. Or la loi de finances pour l'année 2008 prévoit seulement d'étendre la couverture médicale à 60% des marocains grâce à la mise en place du régime d'assistance médicale aux démunis (RAMED) et à 80% à l'horizon 2009 en vertu d'un programme afférent aux étudiants, sans être certain que tout sera réalisé d'ici là en rappelant le laxisme des agents publics et le manque flagrant de moyens financiers.

Il n'en va pas autrement en ce qui concerne les personnels de santé. Tout d'abord, le secteur public de la santé emploie 35.713 personnes, réparties entre médecins (9.544), infirmiers (25.721), dentistes (291) et pharmaciens (157), selon le fascicule édité en avril 2007 par le ministère de la santé². Ce document ajoute que l'incidence de ces chiffres et d'autres mentionnés dans le même sillage fait qu'entre 2003 et 2005, le nombre d'habitants par médecin est passé de 3.246 à 3.164, celui relatif aux agents paramédicaux est passé de 1.145 à 1.174. Pour les dentistes il a même régressé de 121.814 à 103.794 comme pour les pharmaciens (233.240 à 192.382), sans tenir compte de la différence de ces données avec celles de la direction de la statistique et découlant du recoupement des informations du département de la santé, du conseil national de l'ordre des médecins et celui des pharmaciens³. Mais, au delà de telles divergences, c'est l'évaluation du rapport sur le développement humain et ses perspectives 2025⁴ qui retient particulièrement l'attention. En effet, si des avancées ont été enregistrées en matière d'effectifs et de qualité de ressources humaines, en matière d'administration sanitaire et en matière de prise en charge de nouvelles fonctions au sein du système de santé, la conception et la réalisation des projets de réforme souffrent encore des avatars d'une mentalité makhzenienne allant à l'encontre d'une

dramatique que connaît le Maroc. Selon d'autres données, la capacité en lits atteint 33 275 en 2005 dont 79% pour le secteur public (124 hôpitaux). Prés de 4000 lits sont dénombrés pour le secteur privé et quelque 1700 lits pour les différentes caisses (CNSS-CNOPS-CRM). Sur d'autres détails à ce sujet cf. Le Matin du 11-1-2006.

¹ Cf. Le Matin du 9-11-2007. Sur une nouvelle génération d'hôpitaux (locaux) cf. Le Matin du 10-7-2007.

² Cf. Le Matin du 28-4-2007.

³ En effet, selon le dépliant sur les chiffres de 2005 précité, le nombre des médecins était de 16 775 en 2004 contre 16.307 en 2003, dont 9.603 contre 9.268 dans le secteur public et 7.172 contre 7.039 dans le secteur privé. Les pharmaciens privés étaient 6.765 en 2004 contre 6.394 en 2003. Quant au personnel paramédical public, il était de 26.802 en 2004 et 26.277 en 2003.

⁴ Cf. Le Matin du 11-1-2006 précité. Sur la mauvaise répartition des médecins sur le territoire national, selon les propos du ministre de la santé publique (M. Biadillah) et le représentant de l'OMS au Maroc cf. Le Matin du 9-4-2006 (à l'occasion de la célébration de la journée mondiale de la santé).

gouvernance rationnelle et judicieuse. Ainsi, les problèmes relevés concernant principalement l'absence d'un cadre stratégique d'action et d'une vision globale du système de santé, la divergence des intérêts des acteurs et intervenants et la présence de nombreuses situations de rente sont devenus de réelles forces d'inertie, accentués par le centralisme excessif de l'administration sanitaire, le faible développement des services locaux, l'étendue de la corruption et par la crise aiguë de l'hôpital public. Confrontés à la concurrence des cliniques privées qui atteint la minorité de la population solvable, les établissements hospitaliers de l'État demeurent d'autant plus fragiles qu'ils pâtissent de l'absence de ressources financières suffisantes et de personnels de santé de qualité et mus par une éthique humaine et sociale toujours renouvelée¹.

3.1.2 Des propositions de réforme ou des solutions non encore entendues par les décideurs du pays

Outre la réforme préconisée pour les hôpitaux publics et en matière de formation des personnels de santé, on constate l'absence d'une vision globale dans ce domaine. C'est aussi ce qui est relevé par certains organismes représentant les ressources humaines de ce secteur. Se contentant de quelques uns d'entre eux, on note que le syndicat national de la santé publique (SNSP) estime nécessaire l'élaboration d'une « charte nationale de la santé » à laquelle devront prendre part toutes les composantes de la société, d'une part, et la mise sur pied d'un « régime national de la santé », d'autre part, fondés sur une définition moderne du concept de la santé individuelle et sociale permettant ainsi de tirer profit du développement scientifique et technologique. Le secrétaire général de cette centrale syndicale spécialisée a également insisté sur la nécessité d'adopter une « carte nationale de santé » basée sur des normes objectives, de définir les objectifs escomptés et d'assurer la formation aux différents cadres de la santé (médecins, infirmiers et autres)². C'est ce qui est confirmé par certains membres de la profession médicale³ qui sont, eux aussi, pour la participation sociale et politique, en l'occurrence par les différents membres de la société civile ou directement par les populations (ou le grand public). Les professionnels de la santé sont, de leur côté, appelés à jouer un rôle non négligeable dans ce cadre, tout en s'assurant qu'ils sont mus par l'éthique comme cela a été souligné auparavant. Il est encore question d'assurer des prestations de qualité qui seraient accessibles à tous. A cet effet, il convient de fixer les priorités du système de santé choisi selon des critères techniques, éthiques et politiques, tout en restant réaliste en se basant sur des informations diverses et variées, en particulier sur des données épidémiologiques et les facteurs de risque qui influent sur plusieurs maladies.

Le responsable d'un grand établissement hospitalier à Casablanca, universitaire de surcroît, n'est pas en reste. Après avoir mis en épingle de nombreuses insuffisances qui grèvent la performance du système national de santé, il considère que la réforme de ce système au 3^e millénaire « n'est pas une finalité en soi, mais plutôt un moyen pour réorganiser le système

¹ Pour le moment, il est seulement proposé la formation de quelques 3.300 médecins par an d'ici à 2020, afin d'avoir un médecin pour 1000 habitants et combler le déficit qui s'est accumulé pendant plusieurs années. Cf. Le Matin du 3-8-2007.

² De même, le bureau du SNSP a exposé devant le ministre de la santé (M. Biadillah) les principales revendications du syndicat, qui sont relatives aux relations de travail (collectives et individuelles). Cf. Le Matin du 8-2-2003. De son côté, l'ordre des médecins, axé sur les questions relatives à la profession médicale, estime que les réformes doivent se faire dans un cadre légal, calme et serein. Cf. Le Matin du 1^{er}-11-2006.

³ Cf. L'article publié par le Matin du 28-4-2005 : « Vers un nouveau système de soins de santé ? », par M. Larbi Mansouri (chirurgien et docteur en droit public). A signaler aussi que, pour le vice-président du conseil régional des médecins du centre (Casablanca), le professeur Abdelouahed Amraoui, : « Le secteur de la santé a besoin d'une politique claire ». Il ajouta que « l'organisation des assises nationales pourrait l'aider à surpasser sa crise ». Sur son interview cf. Le Matin du 7-4-2006.

des soins, de moderniser les hôpitaux, d'adapter l'offre à la demande afin de réduire le décalage entre les deux ». D'après lui, « ce n'est qu'à ce prix que nous pouvons prétendre à un système de santé performant »¹. Par contre, on cherche à faire admettre à une opinion publique plus ou moins crédule qu'en tenant compte, paraît-il, des changements climatiques, environnementaux et économiques, le Maroc a finalement mis en place « des stratégies » pour prévenir contre les catastrophes naturelles, grâce notamment à la mise en place de « laboratoires très développés répondant à des normes internationales, et l'adoption de la stratégie nationale de gestion des urgences médicales et des risques sanitaires liés aux catastrophes en 2005 »². Si elles existent vraiment, reste à savoir si de telles stratégies sont réellement opérationnelles puis effectivement appliquées et, partant, qu'elles sont efficaces. On ne peut, heureusement ou malheureusement selon le cas, donner quelques exemples relatifs à leur utilisation en l'absence d'informations véhiculées par les médias, sachant que ceux-ci ne s'en priveraient pas en cas de survenance de pareilles catastrophes naturelles ou causées par l'homme.

Comme on le constate, des idées ou des propositions intéressantes et utiles furent ici et là au gré des consciences et des circonstances, avec pour dénominateur commun louable la garantie de l'égalité sociale afin de réduire la pauvreté dans son sens large, tout en tenant compte des conditions nécessaires à la préservation santé par l'amélioration de la qualité de l'alimentation, de l'eau, de l'assainissement, de l'éducation et du logement pour chaque individu ou pour chaque famille, selon le cas³. Aussi peut-on s'interroger légitimement si ces suggestions rencontrent vraiment un écho favorable chez les gouvernants du pays. Certes, ces dirigeants se démènent pour réaliser au fur et à mesure les projets faisant partie de l'INDH et annoncent des mesures nationales et locales prévues à court ou à moyen terme. Toutefois, l'intendance ne suit pas toujours convenablement leur mise en œuvre avec le concours direct des populations visées, qui ne participent pas aussi à leur confection. En outre et surtout, les décideurs se retranchent souvent derrière le ramollissement du nerf de l'argent pour financer leurs politiques et stratégies publiques.

3.2 Financement toujours insuffisant de la santé humaine

En se limitant aux ressources financières utilisées par les pouvoirs publics et à la contribution plus ou moins éventuelle du secteur privé dans ce domaine en particulier⁴, on rappellera la situation passée et actuelle avant d'évoquer certaines possibilités ou les scénarios préconisés pour remédier au déficit financier flagrant sur ce plan.

3.2.1 État des lieux lamentable des finances publiques consacrées à la santé

¹ Sur la conférence du professeur Andaloussi, Directeur du CHU (Centre hospitalier universitaire) Ibnou Rochd de Casablanca, cf. Le Matin du 18-4-2003.

² C'est encore à l'occasion de la journée mondiale de la santé (le 7 avril) qu'ont été annoncées ces mesures visant, semble-t-il, à améliorer la sécurité sanitaire. Cf. Le Matin du 13-4-2007.

³ Sur l'influence de la santé sur le PIB par habitant et sur le « revenu total » ou, en d'autres termes, l'impact de la santé sur l'économie d'un pays dit en développement cf. L'article précité : « santé, richesse et bien-être », Finances et développement, mars 2004, op. cit., pp. 10-15.

⁴ On renvoie, encore une fois, aux problèmes liés à l'aide publique extérieure dont bénéficie le Maroc ou plutôt ses dirigeants. Voir supra n°s 9 à 11. A signaler également que de nombreux projets en matière de santé sont financés par l'Agence espagnole de coopération. Cf. Le Matin du 12-6-2007 qui traite aussi de la comparaison des systèmes de santé en Espagne et au Maroc, notamment pour identifier les forces et les faiblesses de ces deux systèmes.

En se basant d'abord sur les conclusions générales du rapport national sur le développement humain et les perspectives 2025¹, on relève que le budget du ministère de la santé publique représente actuellement environ 5% du budget de l'État, alors qu'il était de 7% dans les années 1970. Pour l'exercice 2005, le budget consacré à ce secteur s'élève à 6,2 milliards de dhs (soit 1,12% d'augmentation par rapport à 2004), qui sont répartis en 4 milliards de dhs au titre des dépenses de personnel (plus de 1,17% qu'en 2004), 1,108 milliard de dhs pour les dépenses de matériel et dépenses diverses (plus de 1,04% qu'en 2004) et 1,17 milliard de dhs en dépenses d'investissements (plus de 1,4% qu'en 2004). Vu ces chiffres, les auteurs dudit document estiment que les moyens financiers ainsi déclinés sont franchement « insuffisants » et constituent même une « contrainte lourde ». C'est probablement ce qui a amené l'exécutif à revoir à la hausse de 10,4% les crédits alloués au secteur de la santé et d'augmenter les crédits dédiés à la couverture médicale des fonctionnaires de 20,6% pour atteindre 1582 millions de dhs². Mais on peut se demander si les montants consacrés à la santé publique le seront effectivement³ et s'ils seront suffisants pour répondre de manière satisfaisante aux besoins et attentes des légions de pauvres. C'est dire la nécessité et l'urgence des solutions à apporter aux problèmes posés en la matière.

3.2.2 Des réformes d'envergure non débattues pour sortir du cercle infernal dans lequel se trouve une santé fragile

Devant des budgets restreints et mal employés ainsi que l'insuffisance chronique de ressources financières nationales, qui ne permettent pas de mettre en place et appliquer un système global ou des systèmes de santé performants, la recherche d'autres modes de financement vient logiquement à l'esprit. Toutefois, le recours aux cotisations de sécurité sociale, on plutôt de l'assurance sociale⁴, s'avère de plus en plus difficile, en raison notamment du problème aigu de l'emploi et de l'augmentation des personnes âgées. Pour se limiter à l'assurance maladie obligatoire (AMO) et selon le ministre de la santé (M. Biadillah), ce régime couvre aujourd'hui 34% de la population marocaine. Pour ce qui est du RAMED (régime d'assistance médicale aux démunis), il est prévu pour 28% de la population. L'assurance Inaya, qui est en cours de lancement, devrait couvrir 30%, de la population représentée essentiellement par les indépendants et les professions libérales⁵. Aussi ces

¹ Cf. Le Matin du 11-1-2006.

² Sur les indications livrées par le ministre de l'économie et des finances (M. Salaheddine Mezouar) sur la base de la loi de finances pour 2008 cf. Le Matin du 9-11-2007.

³ Sans faire état d'une comparaison poussée et en admettant que « plus les pays s'enrichissent, plus l'État prend en charge les dépenses de santé », on se contentera de signaler les niveaux de composition des dépenses de santé, d'une part, dans la région du Moyen-Orient et de l'Afrique du Nord à laquelle appartient le Maroc et, d'autre part, la catégorie de pays à revenu intermédiaire (tr. Inf.) en espérant que ce même pays en fait partie et ce, selon les informations publiées en 2006 par la Banque mondiale et l'OMS. Cf. le tableau 1 : richesse et santé, et tableau 2 : une base de revenu étroite, in : « financement de la santé : une chance à saisir », par G. Schieber, L. Fleisher et P. Gottret. Finances et développement, décembre 2006, op. cit., pp. 47 et 49. Ainsi, selon le tableau 1, pour cette région, le PIB par habitant est de 2 360 dollars, les dépenses de santé par habitant sont de 101 dollars, le total des dépenses de santé (% du PIB) est de 5,7, les dépenses publiques sont de 47,4%, la sécurité sociale de 22,6%, les dépenses privées de 52,6%, les dépenses personnelles de 86,4% (pourcentage des dépenses privées de santé) ou 45,4% (pourcentage du total des dépenses de santé), les sources extérieures : 1,1% (même pourcentage précédent). Pour ce qui est des pays à revenu intermédiaire (tr. Inf.), le PIB est de 1.659 dollars et les dépenses de santé par habitant sont de 97 dollars.

⁴ Dans un pays où les régimes de sécurité sociale sont toujours sous développés. Cf. notre ouvrage : La sécurité sociale au Maghreb du nouveau millénaire : carences et défis. Tome1: Maroc. Éditions Al Madariss. Casablanca. Novembre 2000. 509 pages.

⁵ On rappelle que la loi de finances pour 2008 prévoit d'étendre la couverture médicale à 60% seulement des marocains grâce à la mise en place du Ramed et à 80% à l'horizon 2009, d'après un programme réservé aux étudiants. Cf. Le Matin du 9-11-2007.

produits vont-ils, selon lui, améliorer le financement du système marocain de santé, qui est caractérisé par un financement fragmenté. Il espère alors qu'avec la mise en œuvre de ces produits faire réduire la pression sur les ménages qui assurent jusqu'à présent, par des paiements directs, plus de 50% du financement de la dépense globale de la santé¹. En reconnaissant cette situation déplorable, on peut difficilement recourir à l'impact ou l'augmenter pour financer également l'accroissement des soins de santé, ce qui alourdira la charge des contribuables ou oblige les gouvernants à renoncer à d'autres services ou programmes financés par les fonds publics². Toutefois, certains experts plaident en faveur de la responsabilisation, partiellement du moins, des prestataires des soins de santé³, en leur faisant assumer une quote-part des frais (à la charge des individus) tout en exonérant les populations vulnérables⁴. Mais cela reste discutable comme on en a fait écho précédemment. Il est d'ailleurs recommandé, par le rapport national sur le développement humain et dans les perspectives 2025, d'engager une vaste réforme qui devrait notamment permettre l'accès des populations démunies aux infrastructures sanitaires. De même, il est conseillé instamment de mettre en œuvre une nouvelle stratégie de réorganisation, de financement et de gestion du système de santé public, au lieu de le hisser à un niveau répondant aux besoins de développement humain des populations.

CONCLUSION

Après ce large tour d'horizon, qui est voulu également succinct, il est proposé une islamisation du développement humain, avec sa composante santé, dont la base éthique s'avère indéniable.

1. Pour une éthique islamique du développement humain, y compris la santé

Cette modeste contribution constitue l'un des éléments faisant partie d'un débat ouvert concernant toutes les couches de la population d'un pays, surtout celles majoritaires qui souffrent de la misère, de la marginalisation et de l'exclusion sous toutes leurs formes.

On doit comprendre une fois pour toutes que la santé de ces êtres humains est non seulement leur bien le plus précieux, mais aussi celui de leur pays. Si leur droit à la santé n'est pas efficacement garanti et effectivement appliqué, on ne peut s'attendre à un quelconque développement économique et social, voire politique, durable et soutenable. Pour y arriver, la

¹ Cf. Le Matin du 12-6-2007.

² En se référant à l'article sur : « Financement de la santé : une chance à saisir » (in Finances et développement, décembre 2006, op. cit., (tableau 2, p. 497), il est notamment signalé que « Les pays à faible revenu ont du mal à prélever des impôts qui pourraient servir à améliorer la santé publique ». Ensuite, il est fait état des recettes moyennes de l'administration centrale, en % du PIB, dès le début des années 2000. Sur le montant du PIB par habitant voir le tableau 1 indiqué sous une note précédente. Ainsi, au Moyen-Orient et en Afrique du Nord, les recettes totales sont de 26,2% du PIB, les recettes fiscales : 17,1% et les cotisations de sécurité sociale : 0,8%. Suivant le niveau de revenu des pays à revenu intermédiaire (tr. Infr.) : les recettes totales sont de 21,4% du PIB, les recettes fiscales de 16,3% et les cotisations de sécurité sociale de 1,4%.

³ A savoir les bénéficiaires des prestations et non ceux qui les fournissent. Toutefois, pour ce qui est de cette seconde catégorie, considérés en tant que « pays en développement », on cherche également à les responsabiliser vis-à-vis de leurs « partenaires (ou donateurs) internationaux » qui financent les services de santé en fonction des résultats dans ces pays. C'est d'ailleurs une idée qui fait son chemin, selon les auteurs (MM. Robert hect, Amie Batson et Logan Brenzel) de l'article : « Responsabiliser les prestataires des soins de santé ». Finances et développement, mars 2004, op. cit., pp. 16-19. Ceci confirme, si besoin en est, les conditions ou critères d'éligibilité imposés par les bailleurs de fonds (UE et États-Unis) aux dirigeants marocains, en particulier pour le financement du développement humain dont l'un des axes porte sur la santé. Voir sur ces questions supra n°s 10 et 11.

⁴ Cf. not. Le Matin du 28-4-2005.

volonté et la responsabilité politiques ne suffiraient pas, même si elles sont primordiales. Car si elles constituent des éléments catalyseurs dans la consécration du droit à la santé, la réalisation quotidienne de celui-ci dépend de tout un chacun : individu ou membre d'un groupe professionnel de la santé ou agent de l'État, membre ou sympathisant motivé d'une organisation non gouvernementale. Ce n'est que par l'association de toutes les énergies et des bonnes volontés que l'on pourra parvenir à quelque chose d'acceptable ou de palpable.

Cela peut paraître, dans les conditions actuelles, une tâche ardue ou quasi impossible en raison des nombreuses et complexes résistances venant de tous les horizons. Comme ce sont les êtres humains qui font et défont les systèmes, les institutions et les lois ou règlements, ces personnes ont normalement la capacité de faire mieux si elles le veulent pour leur progrès et celui de tous les êtres humains, liés à elles par des liens indissolubles de communauté, de langue, de religion et de culture. Mais une santé accessible à tous ne peut être réalisée, maintenant et pour toujours, sans que les démarches, les efforts, les méthodes ou les travaux y afférents ne soient imbus d'une éthique du développement humain ou de santé fondée sur les solidarités individuelle et collective. Cette éthique ne peut être figée ou statique, elle doit être également dynamique pour permettre de vivifier de façon durable les bases juridiques du droit de chacun au développement humain, dont fait partie celui de la santé.

Aussi peut-on, sinon doit-on, recourir à l'Islam comme une alternative valable tendant à assainir les mentalités, les comportements et les mœurs des acteurs et autres intervenants dans les différents domaines du développement humain, y compris celui de la santé. Les décideurs ou les responsables ne pourraient qu'en tirer profit en renouant avec les citoyens et retrouver leur confiance, perdue à cause de leur mépris ou leur indifférence envers tous ceux qui ont besoin d'eux. L'alternative islamique permettra alors à ces dirigeants de rehausser leur place dans la société, au lieu de privilégier la morale inhumaine de l'argent¹. Cette vision ne renie, ni ne s'écarte d'une approche moderne de ces questions. L'utilisation des technologies et des matériels qualifiés d'occidentaux ne peut être rejetée pour autant qu'elle s'accorde avec sa base éthique et islamique.

L'alternative islamique ne veut pas dire un retour en arrière ou une quelconque stagnation, l'Islam a toujours encouragé le développement et la promotion des sciences sous toutes leurs formes. Il s'agit surtout de redéfinir, par exemple, un code d'éthique islamique de la santé afin que tous ceux concernés ou intéressés par la santé humaine respectent la vie, l'intégrité, l'identité et la dignité de chaque être humain, en particulier le pauvre, le nécessiteux, l'exclu et le marginalisé qui pâtissent à des degrés divers de discriminations négatives et intolérables portant, entre autres, directement atteintes à leur bien le plus précieux : la santé. De toute façon, il convient d'éviter de suivre l'exemple de certains gouvernants, tels ceux de la Tunisie, un autre pays maghrébin, qui, pour le maintien ou la survie de leur régime, n'hésitent pas à doubler leur « État policier » d'un certain « État social »².

¹ La situation alarmante de la corruption dans les établissements sanitaires publics a été publiquement reconnue par la ministre de la santé publique (Mme Yasmina Baddou), qui a annoncé des projets d'actions normative et pratique au cours du journal de 20 heures de la radio nationale le 27-11-2007. On ne peut qu'espérer que la réalisation des mesures qui seront prises le plus rapidement possible contribuera à assainir ce milieu, entre autres sachant que ce vice est étendu dans tout le pays et dans tous les secteurs de l'activité humaine. C'est ce que n'a pas manqué d'évoquer ce même membre de l'exécutif à cette occasion. Sur la déclaration de la ministre cf. aussi le *Matin* du 29-11-2007.

² On rappelle que cet État membre de l'Union du Maghreb arabe (UMA) occupe le 89^e rang sur 177 pour ce qui est de l'indicateur de développement humain en 2006, contre 103 en Algérie et 123 au Maroc. Sur la situation en Tunisie, conduite depuis le 7-11-1987 par le Président Ben Ali, cf. *L'Express* (hebdomadaire français) du 1^{er}-11-2007, pp. 43 à 46. Voir aussi supra n° 10 en note.

2. Quelques axes pour une réforme islamique de la santé, voire du développement humain

Une réforme d'envergure religieuse ne sera certes pas facile. Ce n'est pas à coup de baguette magique, ou par de simples oukases, que l'islamisation de la santé sera assurée du jour au lendemain. Mais faut-il se croiser les bras et attendre que la réforme de la santé sous cette acception tombe du ciel ? Les bonnes volontés doivent commencer par entreprendre la tâche ardue, mais combien indispensable, de la formation et de l'éducation sanitaires islamiques. Puisqu'une éducation religieuse existe dans les écoles primaires et secondaires, il faudrait que des modules de formation islamique en matière de santé soient introduits dans les universités et les autres établissements de formation des personnels de santé. Ensuite, il sera possible, dans une seconde phase, que chaque enseignant compétent soit impliqué à la fois sur les plans technique et d'éthique islamique.

Mais auparavant, il conviendra d'adapter les structures actuelles, administratives et sanitaires, pour que leur action puisse tendre à cet effort (Ijtihad) d'islamisation de la santé que ce soit au niveau de la formation des professionnels de santé ou de l'éducation et de l'information sanitaires des populations elles-mêmes. Les organes et autres organismes proposés et liés à la gestion de la santé, étant mus par cette alternative, pourront jouer un rôle appréciable sur ce plan comme sur celui de l'élaboration et de l'application des politiques, des stratégies, des programmes et des normes juridiques en ce domaine comme celui du développement dans sa globalité. Ces composantes de la santé n'en seront que plus acceptables par la population. Les comités d'éthique à créer au sein des organisations professionnelles (ordinales et autres) devront également mettre en exergue l'islamisation de la santé. Il en ira de même pour ce qui est des organisations non gouvernementales qui sont ou seront constituées pour la protection et la défense des droits des patients ou des malades. Si dans un premier temps les experts et autres spécialistes ou les représentants des professions de santé ne sont pas encore qualifiés pour la mission d'islamisation, il est conseillé de recueillir les avis des docteurs de la foi et de la loi musulmane particulièrement compétents en matière de santé.

Enfin, une fois la formation acquise par les personnels concernés, du secteur public comme du secteur privé, en matière de santé islamique, il sera également permis de restructurer les établissements sanitaires en hôpitaux et cliniques islamiques, dont les services en soins ne seront pas déterminés uniquement par des gains rapides et faciles au détriment de la santé des populations. Il n'en ira pas autrement en ce qui concerne l'installation et l'encouragement des diverses catégories de professionnels de santé islamiques.

Pour se limiter à ces quelques considérations générales, tout en élargissant l'approche au développement humain dans son ensemble et dont l'approfondissement demanderait plusieurs travaux de recherche, il convient de rappeler une fois de plus que le pouvoir central a tout à gagner dans l'engagement d'un tel processus si son objectif est d'atteindre réellement la santé et, plus généralement, le développement pour tous dans un pays où l'Islam, d'après la Constitution, est religion d'État. Il pourra ainsi mettre un terme à la déstabilisation et à la perversion d'une population par une modernité exogène et par une situation économique inquiétante ou si elle s'améliore, c'est au détriment des secteurs sociaux prioritaires comme celui de la santé, faisant partie intégrante du développement humain.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

George Schieber, Lisa Fleisher et Pablo Gottret, « Financement de la santé : une chance à saisir », *Finances et développement (FMI)*, décembre 2006, pp.46-50.

Marc Sundberg et Alan Gelb : « Pour que l'aide soit utile ». *Finances et développement (FMI)*, décembre 2006, pp. 14-17.

Michael Fieschman : « Objectifs du Millénaire pour le développement : L'Afrique peine. Ses progrès et des revers marquent les efforts du continent pour améliorer son sort », *Afrique Relance*, octobre 2003.

Paul Toungui: « Dépenser ou épargner ? ... », *Finances et Développement (FMI)*, décembre 2006, pp. 40-41.

Robert Hect, Amie Batson et Logan Brenzel, « Responsabiliser les prestataires des soins de santé ». *Finances et Développement (FMI)*, mars 2004, pp. 16-19.

CHAPITRE VIII

LES TIC AU SERVICE DU DÉVELOPPEMENT HUMAIN

Driss BOUZAFFOUR*

INTRODUCTION

Le développement spectaculaire des Technologies de l'Information et de la Communication (TIC) durant ces dernières années, leur rôle en perpétuelle expansion dans l'ensemble des activités humaines et leur implication directe, actuelle et potentielle, dans le quotidien des individus, nous a menés dans une société nouvelle basée sur l'information et le savoir; une société où la richesse provient de plus en plus de l'immatériel, de l'intelligence, du savoir et de son partage, où « l'avoir et le pouvoir sont les conséquences du savoir ».

En effet, les ressources matérielles et immatérielles exigent aujourd'hui plus de mobilisation des savoirs pour de meilleures valorisations et créations de richesses. L'humanité a, en effet, connu différentes formes de savoirs. Dans le passé récent, les savoirs industriels et intellectuels ont montré leurs effets. Pendant que les savoirs intellectuels ont évolué, ils ont, récemment, inclus les technologies de l'information et de communication¹.

Les TIC ont positivement affecté les savoirs industriels en plus de leurs prévalences dans les systèmes éducatifs, de recherche mais aussi de communication. Le secteur de la santé et autres domaines de la vie sont aussi devenus largement dépendants des TIC. De telles tendances sont présentes dans les pays développés et en développement.

En plus, les TIC deviennent alors « un instrument indispensable dans la lutte contre la pauvreté dans le monde »². Pour le PNUD, « les pays qui réussissent à tirer le meilleur parti des TIC peuvent espérer enregistrer une croissance économique fortement accrue, une protection sociale considérablement améliorée et des formes de gouvernement plus démocratiques »³.

En tenant compte de cette constatation réelle nous allons montrer comment les TIC peuvent-elles influencer le développement humain et plus particulièrement certains indicateurs du DH ? Comment est-il possible d'établir une interrelation entre les TIC et les indicateurs du développement ? En quoi les Technologies de l'Information et de la Communication peuvent-elles soutenir les actions de développement ?

* Enseignant-Chercheur à la Faculté des Sciences Juridiques, Économiques et Sociales d'Agadir et Vice-Directeur du Centre Nord-Sud de Recherches en Sciences Sociales (NRCS).

¹ A.Driouchi, "Les savoirs, levier du développement au Maroc", www.rdh50.ma/fr/pdf/contribution

² La pauvreté ne se définit pas uniquement par l'absence de revenus et de ressources financières. La pauvreté signifie aussi être dépourvue des moyens les plus élémentaires et implique l'absence d'accès à l'éducation, à la santé, aux ressources naturelles, à l'emploi, à la terre et au crédit, à la participation politique, aux services et aux infrastructures.

³Rapport sur le développement humain 2001, Programme des Nations-Unis pour le Développement (PNUD), <http://www.undp.org/hdr2001/french>

Les TIC touchent tous les secteurs et influencent toutes les couches de la société ; on les retrouve aussi bien dans les microprojets que dans les grandes institutions. Elles opèrent au sein d'organisations non lucratives, privées ou publiques, qui, dans les conditions idéales, communiquent entre elles selon un ensemble convenu de principes, de normes et de procédures. Mission quasi impossible pour les pays à faibles capacités, se dit-on, lorsqu'on voit l'ampleur des sujets et le nombre d'acteurs concernés.

Par ailleurs, les progrès sans précédent accomplis au XXe siècle par le développement humain sont en grande partie le fruit de percées technologiques, sur les plans de la santé, de la nutrition, des rendements agricoles et de l'emploi. Ces progrès ont généralement un effet multiplicateur : la formation d'un cercle vertueux permet d'accroître les connaissances, la productivité et les revenus et de mettre en place les moyens d'innover pour le plus grand bénéfice du développement humain. Aujourd'hui, les évolutions foudroyantes multiplient les possibilités d'utilisation de la technologie par les individus apportent avec elles de nouvelles façons de penser, d'être, de communiquer, de travailler et d'apprendre. Citons à cet égard la participation des citoyens grâce aux TIC à la diffusion des savoirs et des connaissances via Internet qui accroît l'efficacité des marchés, crée des opportunités de revenu et favorise la participation à l'échelon local ; produit de nouveaux médicaments porteurs de promesses considérables ; de nouvelles variétés végétales à plus haut rendement ; ou encore génère de nouvelles possibilités d'emploi et d'exportation portées par le e-business (I).

Les expériences de certains pays développés, durant la dernière décennie, ont montré que la contribution des TIC dans la croissance économique pouvait atteindre des proportions considérables dépassant les 30%. Le rapport mondial sur le développement humain 2001 souligne qu'à l'ère des réseaux, tout pays qui ne parvient pas à utiliser efficacement la technologie risque fort de voir son niveau de développement humain reculer et de se retrouver en marge de l'économie mondiale. Tous les pays, même les plus pauvres, doivent donc mettre en place des politiques qui encouragent l'innovation, l'acquisition de compétences poussées et l'accès aux nouvelles technologies.

Mais, la situation des différents pays reste très disparate. Les inégalités se creusent davantage entre les groupes traditionnels de pays à développement économique comparable mais aussi entre des pays d'un même groupe. C'est un constat que la plupart des études, des rapports et des analyses, confirment. Au-delà de la fracture désormais ancienne, qui partage le monde en Nord et Sud, l'avènement des TIC et leur développement fait apparaître une nouvelle fracture, la fracture numérique qui prolonge, entretient, voire accentue la fracture de développement.

Notre pays apparaît être à la croisée des chemins en ce qui concerne la production, l'utilisation, l'acquisition et l'accumulation du savoir. Nous nous retrouvons sérieusement face à une panoplie d'obstacles de tous ordres (matériel, organisationnel, financier, manque de compétence, d'expériences et d'implication) qui se cumulent pour freiner la diffusion des pratiques faisant appel à la nouvelle technologie.

De grands efforts ont été entrepris pour réduire l'écart numérique, un vaste programme pour tirer profit des perspectives qu'offrent les TIC pour le développement humain et économique du pays. Le gouvernement a alors mis en place une stratégie nationale des technologies de l'information et de la communication, baptisée e-Maroc qui vise à développer le marché intérieur des TIC ; généraliser l'utilisation des TIC et de l'Internet ; contribuer à la réduction de la pauvreté et l'amélioration de la compétitivité de l'économie et de l'entreprise, la bonne gouvernance et l'action sociale et enfin participer à la dynamique du développement.

Le Maroc pourra saisir cette opportunité pour bénéficier des avantages que lui offre les TIC et combler le retard accusé en matière du bien être de la population. A cet égard, l'intégration des TIC dans le développement socio-économique a été mise en évidence de façon systématique dans les projets de développement dans le cadre de l'INDH. Les TIC se trouvent dorénavant au cœur des projets socio-économique.

Des efforts sont également inscrits dans le cadre général de la réforme du système éducatif pour intégrer les TIC dans l'enseignement primaire, secondaire et supérieur, afin de permettre, à court terme, l'amélioration de la qualité de l'enseignement, le renouvellement des curricula et la cohérence avec les pratiques et les orientations internationales en vigueur.

En matière de santé le projet pilote e-Santé consiste en la mise en ligne sur Internet de banques de données sur les indicateurs de santé, ainsi que sur l'offre de soins au Maroc. Les objectifs de ce Portail est d'avoir une seule source d'indicateurs utilisables par les organisations des Nations Unies, de fournir en temps opportun des indicateurs fiables aux décideurs à tous les niveaux pour mieux planifier, établir des objectifs, développer des actions, évaluer et mesurer les résultats obtenus et enfin améliorer la disponibilité et l'accès à l'information relative à l'offre de soins aux citoyens et aux professionnels de santé. (II)

1. Le potentiel des TIC dans le domaine du développement humain

Le rapport mondial sur le développement humain 2001 édicté par le PNUD, précise que les technologies de l'information et des communications, ainsi que les biotechnologies, peuvent en réalité largement contribuer à faire reculer la pauvreté dans le monde. L'Administrateur du PNUD, Mark Malloch Brown, nous met en garde : « *ignorer les avancées technologiques dans les domaines de la médecine, de l'information et de l'agriculture revient à laisser passer des opportunités de transformer la vie des pauvres* »¹.

Le rapport conclut que les technologies de l'information et des communications peuvent également produire un impact important sur le développement, car elles peuvent surmonter les obstacles de l'isolement social, économique et géographique, accroître l'accès à l'information et à l'éducation, et permettre aux individus pauvres de prendre davantage part aux décisions qui influent directement sur leur vie. On estime que ces nouveaux outils peuvent jouer un rôle considérable dans la réduction de la pauvreté à l'échelle planétaire, et réfute l'idée que la technologie est avant tout un luxe réservé aux pays riches (A).

En évaluant le potentiel des TIC, le rapport évoque de nouvelles opportunités d'émancipation politique comme par exemple pour l'apprentissage à distance (en Turquie) et la création d'emplois (en Afrique du Sud et en Inde). Certains auteurs affirment aussi que les TIC représentent un véritable espoir pour la démocratie, la diffusion du savoir, la lutte contre la pauvreté et l'amélioration des soins de la santé (B).

1.1 Les TIC: vecteur d'accroissement de productivité, d'emploi et de richesse

Selon les données économiques fournies par l'OCDE, le secteur des TIC joue un rôle stratégique dans l'expansion économique des pays. Il est au cœur des interactions entre l'industrie, les services et les contenus. C'est au regard de ce rôle que l'on suppose que dans les pays en développement, il est également possible d'en faire des outils de premier plan dans le développement économique et la réduction de la pauvreté.

¹ Aurélie Laborde, "TIC et développement humain : Analyse de discours", <http://www.undp.org/french/ICTF>

Le caractère stratégique des technologies de l'information et de la communication repose au moins sur deux considérations fortes :

En premier lieu, ce secteur a contribué directement et de manière importante au cycle de croissance et de créations d'emplois au cours des dernières années. En France, on estime qu'entre 1996 et 2000, ce secteur a contribué à la croissance à hauteur de 20%. En termes d'emplois, 100 000 emplois ont été créés dans le secteur des TIC entre 1994 et 1999. Ces performances sont toutefois moins bonnes que celles constatées sur la même période aux États-Unis. Le secteur des TIC tient, dans ce dernier pays, une place plus importante et il a contribué de manière plus intense à la croissance environ de 30%. L'avance américaine dans ce secteur est d'ailleurs particulièrement notable. Les États-Unis, réalisent 48% de valeur ajoutée mondiale (l'Union européenne hors Danemark, Grèce, Irlande et Luxembourg seulement 28%) et ils sont présents sur tous les segments du secteur¹

En second lieu, la diffusion des TIC dans le tissu économique produirait des effets comparables à ceux induits par les grandes évolutions technologiques de la révolution industrielle amorcée au XIXe siècle. Pour les entreprises, les TIC peuvent avoir un effet multiplicateur, remarquable sur leur productivité, et leur permettre d'améliorer leur compétitivité.

Dans le cadre de la lutte contre la pauvreté, les pays en développement doivent accroître leurs investissements en TIC dans les domaines de la recherche-développement, et de l'équipement en infrastructures afin que les TIC puissent offrir en conséquence des possibilités importantes de création d'emplois dans une nouvelle économie mondiale. En effet, de nouveaux secteurs d'activités générateurs d'emplois apparaissent. Ce sont entre autres, les radios et les télévisions privées, les télécentres privés et communautaires, la mise au point de logiciels, la saisie de données, la formation et autres domaines liés à l'informatique et à Internet.

Les TIC ont permis d'améliorer voire rénover complètement l'organisation et le fonctionnement de certains secteurs dans les pays développés comme les secteurs de la santé et de l'éducation et de l'administration publique en général. Les indices du développement humain montrent parfaitement l'effet direct et indirect des TIC sur le rendement des prestations et des services rendus aux profits des citoyens.

1.2 Contribution des TIC à l'amélioration des indicateurs du développement humain

La mesure de la richesse des nations utilise le plus souvent des indicateurs statistiques élaborés à partir de données réelles et physiques quantifiables (produit intérieur brut, produit national brut, solde de la balance des paiements, etc.). L'indice de développement humain (IDH) s'efforce, quant à lui, de mesurer le bien-être des populations et d'intégrer dans la mesure du niveau de vie par pays des variables telles que le taux de mortalité infantile, l'espérance de vie à la naissance, l'accès à l'enseignement et le taux d'alphabétisation.

L'impact des TIC dans les secteurs de la santé et de l'enseignement est très important. En effet, le secteur de la santé, cœur de l'économie et du social est le siège d'un développement des TIC sans précédent. Les attentes des patients et des citoyens de plus en plus exigeants.

¹Revue économique de l'OCDE N° 35 2002/2: Production et utilisation des TIC: Perspectives sectorielles sur la croissance de la productivité dans la zone OCDE

Le système de santé traditionnel atteint ses limites : il ne peut poursuivre son développement sur les mêmes bases. Des économies sont recherchées à travers de nouvelles pratiques de gestion et dans de nouvelles formes d'action et de coopération des acteurs et des institutions.

L'amélioration des soins de santé est, dans une large part, fonction d'une meilleure utilisation des TIC, appliquées à la prévention des maladies et à la lutte contre les épidémies, peuvent présenter des avantages considérables et offrir de grandes possibilités.

Les progrès des technologies médicales ont déjà élevé l'espérance de vie rapidement et de manière spectaculaire, même dans les pays pauvres dotés d'une infrastructure sanitaire sommaire. Ainsi, dans le monde en développement, une nouvelle thérapeutique de réhydratation par voie orale et des vaccins plus efficaces ont réduit le nombre de décès provoqués par les principales maladies infantiles d'environ 3 millions entre 1980 et 1990. Ce résultat est d'autant plus impressionnant qu'il est intervenu pendant la « décennie perdue », qui s'est caractérisée par la stagnation, voire le recul, du revenu de la plupart de ces pays. L'élaboration de vaccins contre le VIH/sida, le paludisme et la tuberculose, ainsi que contre des maladies moins connues telles que la maladie du sommeil et la cécité des rivières, permettrait également de sauver des millions de vie chaque année dans les pays en développement.¹

En plus de la Radio et la Télévision, l'Internet peut aussi servir à améliorer la prévention des maladies par la mise en œuvre de meilleurs mécanismes de surveillance et de lutte. Il peut aussi être utilisé pour suivre au jour le jour l'apparition de cas de maladies graves et aider à coordonner des programmes de vaccination massive lorsque certains seuils limites sont atteints.

Les TIC dans le domaine de la santé sont souvent envisagées sous l'angle de la télémédecine l'utilisation des TIC a explosé dans les années 2000 en quantité et en qualité modifiant progressivement le panorama de la " santé à domicile" les TIC permettent à la fois un large accès à l'information de santé, le partage d'information mais aussi la compensation de certains handicaps ou encore la restauration du lien social. L'accessibilité aux TIC est devenue un enjeu important spécifique dans le cadre de la santé.

Les TIC permettent aux personnels de santé d'assurer consultations, diagnostics, opérations chirurgicales et traitement à distance, et de collaborer avec d'autres collègues sans avoir à se déplacer. Cette application de la télémédecine présente des avantages particuliers pour les pays en développement et les populations de régions reculées où le personnel de santé qualifié est rare. Par ailleurs, les agents de santé des régions rurales et reculées peuvent accéder à une formation médicale appropriée grâce aux moyens de facilitation offerts par les TIC, comme le téléenseignement.

L'avènement de cette évolution technologique a complètement bouleversé les activités de santé surtout par l'introduction de nouveaux outils en leur sein. Ils permettent dans l'exercice de la médecine, de réaliser en temps réel et de reproduire à distance. La diffusion croissante de l'Internet et des autres TIC (téléphone mobile, capteurs, etc..) s'accompagne d'une évolution de la place et du rôle des individus dans le système de soin, de même elle a permis l'apparition de nouveaux concepts: la p-santé² et l'e-inclusion¹ ...etc. L'accessibilité via

¹ Michèl Vernières, "Développement Humain, économie et politique", Édition Economica, 2003

² La p-santé (santé personnelle). Le constat est que le système actuel est construit sur le médecin et l'hôpital. L'évolution du niveau d'éducation à la santé des populations et la place croissante des maladies chroniques

l'Internet à une quantité importante d'information de santé coïncide avec le désir des patients d'assumer plus de responsabilités dans la gestion de leur santé (dossier médical personnel – DMP).

La convergence des réseaux domestiques (télévision, téléphonie, Internet, électricité) permet l'apparition des réseaux de communication ubiquitaires. Ces réseaux munis de capteurs et d'interfaces associés permettront aux individus d'être entourés d'"objets intelligents" ces systèmes devraient contribuer au maintien à domicile et à la prise en charge par le patient de ses propres soins (selfcare).

Bref, la télémédecine sur le lieu de la vie a connu ces dernières années des développements significatifs. Elle permet le suivi médical de patients à domicile que ce soit dans le cadre des soins à domicile, d'hospitalisation à domicile ou de retour à domicile précoce après une période d'hospitalisation.

Les applications principales sont le télétraitement, les télésurveillances médicalisées, la télésurveillance santé, la télémaintenance et le télé-test de dispositifs médicaux.

Dans le domaine de l'éducation et de la recherche, la croissance de la population mondiale pose un formidable défi d'éducation pour tous et met encore plus en péril les possibilités d'éducation permanente. En 2025, environ 100 millions d'enfants dans le monde ne sont pas scolarisés.²

D'après les données recueillies par l'Organisation des Nations Unies pour l'Éducation, la Science et la Culture (UNESCO), 1,35 milliard d'hommes et de femmes, soit plus du tiers de la population mondiale, ne savent ni lire ni écrire. Et les femmes sont trois fois plus nombreuses que les hommes³.

Les pays développés ont reconnu très tôt les défis et les opportunités générés par les TIC et la nécessité de les prendre en compte pour s'assurer que la technologie serve véritablement les desseins de l'éducation de l'enseignement et de la recherche. Ils ont encouragé le développement d'équipements TIC, en garantissant une standardisation globale des procédures et systèmes de façon à permettre une coopération et des échanges efficaces en matière d'enseignement, de recherche et de formation dans le monde entier. Des budgets énormes ont été alloués pour développement des TIC.

Les TIC permettent de relier des écoles, des universités et des centres de recherche à des établissements de télé-enseignement, des bases de données, des bibliothèques, des laboratoires de recherche et à des services informatiques nationaux et internationaux. Le téléenseignement peut apporter une contribution inestimable dans l'amélioration du niveau de l'enseignement dans les universités des pays en développement. A un niveau plus bas, l'enseignement à distance peut permettre de remédier aux problèmes matériels et

remettent en cause cette organisation où les patients peuvent mieux connaître leur médecin, leur pathologie. L'individu devient expert de sa propre santé grâce à l'utilisation de l'Internet.

¹ L'e-inclusion: Dans le domaine de santé le concept d'é-inclusion a pris de l'ampleur en passant progressivement de l'interaction entre l'homme et un ordinateur à un environnement intelligent, dépassant le cadre sanitaire traditionnel (maladie, handicap) pour aller vers la qualité de la vie (wellness). Ainsi définie, l'e-inclusion regroupe les fonctions de rééducation, d'assistance et de prévention (incluant la télésurveillance).

² Geoffrey Oldham, « Création de nouveaux débouchés pour les TIC », http://www.idrc.ca/fr/ev-28856-201-1-do_topic.html

³ Fernando Chaparro, « Édification des capacités » http://www.idrc.ca/fr/ev-28856-201-1-do_topic.html

d'infrastructures que rencontre le pays et d'améliorer le taux de scolarisation. Selon une étude du PNUD, l'éducation à distance sera un critère majeur dans la détermination du niveau de développement économique et social d'un pays. L'éducation par la radio, la télévision et par téléphone a montré et continuera à démontrer son utilité. Cependant, c'est surtout l'Internet, qui de par sa nature interactive offre une efficacité de taille à la formation à distance. L'Internet ouvre la porte à de nombreuses possibilités d'apprentissage tant à l'étudiant qu'à l'autodidacte et il est plus que jamais requis maintenant de mettre en pratique les principes de base en éducation. En outre, les appareils interactifs (cd-rom, connexions au réseau Internet et aux environnements interactifs) offrent aux générations futures la possibilité d'acquérir plus rapidement et plus efficacement des connaissances de plus en plus étendues.

En ce début du 21^{ème} siècle, la situation des différents pays reste très disparate. Les inégalités se creusent davantage entre les groupes traditionnels de pays à développement économique comparable mais aussi entre des pays d'un même groupe et à l'intérieur d'un même pays. C'est un constat que la plupart des études, des rapports et des analyses, confirment. Au-delà de la fracture désormais ancienne, qui partage le monde en Nord et Sud, l'avènement des TIC et leur développement fait apparaître une nouvelle fracture, la fracture numérique qui prolonge, entretient, voire accentue la fracture de développement.

84% de la population mondiale vit dans les pays du sud alors que la contribution de cette population dans la production scientifique ne dépasse guère 10% du volume total des publications avec seulement 10% du budget mondial pour la recherche. Le nombre de brevets enregistrés par cette population ne dépasse guère 2% du volume mondial des brevets.

96% des serveurs Internet sont hébergés dans les pays développés qui ne représentent que 16% de la population mondiale¹.

L'intégration progressive des TIC dans la stratégie marocaine de développement surtout dans le secteur de la santé et de l'éducation a tendance à réduire plus en moins le fossé numérique, mais les efforts déployés restent amplement loin des ambitions et des résultats escomptés.

2. La place des TIC dans la stratégie nationale de développement socio-économique

Le Maroc ne peut rester à l'écart des mutations qui se dessinent et des opportunités qui s'offrent à lui avec l'avènement des TIC. C'est ainsi qu'un vaste programme a été mis en place pour tirer profit des perspectives qu'offrent les TIC pour le développement humain et économique du pays. Le gouvernement a alors mis en place une stratégie nationale des Technologies de l'Information et de la Communication (TIC), baptisée e-Maroc, qu'il a élaboré en concertation avec des acteurs publics et privés représentés au sein du comité stratégique des TIC (CSTI). Celle-ci vise à développer l'économie du savoir et de contribuer à l'amélioration de la compétitivité de l'économie et de l'entreprise, la bonne gouvernance et l'action sociale.

Dans le cadre de cette stratégie globale, un "Contrat Progrès 2006-2012" entre le gouvernement et les professionnels du secteur, représentés par l'Apebi (Fédération des Technologies de l'Information, des Télécommunications et de l'Offshoring), est ainsi

¹Communication de la commission au conseil et au parlement européen TIC dans le développement le rôle des TIC dans la politique de développement de la CE Bruxelles 2001

l'expression d'un engagement conjoint quant à la création des conditions qui favorisent la transformation des potentiels du secteur. Mais la stratégie de l'insertion des TIC dans développement socio-économique, demeure moins audacieuse et moins ambitieuse (A), à l'exception de quelques projets sociaux programmés dans le cadre de l'initiative nationale pour le développement humain (B).

2.1 Une faible intégration des TIC dans les projets de développement humain

L'intégration des nouvelles technologies de l'information et de la communication dans l'enseignement et l'apprentissage s'inscrit dans le cadre général de la réforme du système éducatif au Maroc.

Il s'agit d'une option dictée par l'obligation de suivre l'évolution de la société en contact avec un monde qui connaît des mutations aussi rapides que profondes dans les domaines économiques, technologiques et politiques.

La charte nationale de l'éducation et de la formation, traduit la stratégie du Ministère pour la généralisation des TIC dans l'enseignement en un plan d'actions en trois ans.¹

Cette stratégie vise à permettre, à court terme, l'amélioration de la qualité de l'enseignement, le renouvellement des curricula et la cohérence avec les pratiques et les orientations internationales en vigueur. Cette stratégie a intégré en plus de la politique d'équipement en ordinateurs, les aspects formation, développement de contenus, mécanismes de financement, coopération avec les partenaires. Ces axes reposent sur les volets infrastructure, formation et contenu. Elle recommande l'utilisation de ces technologies, essentiellement en matière de formation continue et d'équipement des établissements en matériels informatiques. Pourtant, ce qui est dit et ce qui est écrit sur l'intégration de ces moyens en classe au Maroc, et peut-être ailleurs, n'a pas changé. On remarque toujours l'existence d'un nombre restreint d'initiés enthousiastes, qui exploitent ces technologies de l'information et de la communication avec leurs élèves, un grand nombre d'enseignants dans l'expectative.

Nous nous retrouvons donc face à une panoplie d'obstacles de tout ordre (matériel, organisationnel, manque de compétence, d'expériences et d'implication) qui se cumulent pour freiner la diffusion des pratiques faisant appel à la technologie.

L'usage des TIC pour l'enseignement et l'apprentissage s'articule autour de trois problématiques complémentaires : technologique, méthodologique et pédagogique. Au niveau technologique, il s'agit de trouver les moyens (matériel et logiciel). Au niveau méthodologique, il s'agit de trouver les démarches les mieux adaptées aux situations pour mettre en place des dispositifs de formation basés sur l'usage des TIC. Au niveau pédagogique, il s'agit de trouver ou d'appliquer les modèles d'enseignement / apprentissage.

Malgré ceci, de grands efforts ont été entrepris dans cette étape charnière entre le primaire et le secondaire. Au niveau de l'équipement, des programmes sont mis en place à savoir les programmes "ALEF" et "Génie" visent la mise en place des salles multimédia connectées à l'Internet dans tous les établissements scolaires. La mise en place de ces infrastructures vise à garantir un volume horaire hebdomadaire minimal par élève, selon le niveau scolaire. Dans cette optique, le programme génie prévoit d'équiper 8 700 établissements scolaires (écoles, collèges et lycées) en salles multimédia connectées au réseau Internet d'ici fin 2009. En 2006,

¹ www.men.gov.ma

le programme a permis d'équiper 1 671 établissements scolaires en salles multimédia fonctionnelles cette première phase permettrait, d'offrir à 1,5 million d'élèves, 2055 salles multimédia dans les 16 académies régionales d'éducation et de formation.¹

Du côté contenus, un certain nombre d'actions ont été identifiées dont : le développement des contenus pédagogiques, la mise en place d'un laboratoire national de développement de contenus numériques et, enfin, la mise en place d'un portail éducatif national.

Une bibliothèque virtuelle est également mise à la disposition des élèves et des enseignants. Celle-ci comprend les productions numériques élaborées par 600 enseignants innovants.

Enfin, des formations spécifiques sont programmées qui permettront aux enseignants de se familiariser avec les TIC, d'utiliser ces outils dans leurs programmes scolaires afin de permettre aux élèves de bénéficier des avantages et opportunités qu'offrent les TIC dans le domaine éducatif et, enfin, elles permettront aux enseignants de disposer des connaissances relatives aux aspects maintenance des équipements. A cet égard, trente deux (32) centres de formation TIC ont été mis en place dans l'ensemble des Académies Régionales d'Éducation et de Formation avec pour mission principale d'assurer la formation de 230 000 enseignants. Plus de 6 000 sont déjà formés dans les 32 centres de formation. A leur tour, ces enseignants - formateurs vont assurer la formation de leurs pairs au sein des établissements scolaires équipés.²

D'autres programmes sont mis en place en matière de formation à distance "e-Learning" : il s'agit de *Maktabe* : un programme de formation en ligne sur la bureautique en mode Intranet. *e-Madrassa* : Mise en place d'une plateforme d'apprentissage à distance "e-Learning" de l'arabe aux profits des enfants des marocains résidant à l'étranger.

Dans le domaine de la santé, le Maroc, comme la plupart des pays en développement, est confronté à des problèmes de santé publique et de médecine préventive considérables. Les régions, les plus éloignées en particulier, sont de plus en plus marginalisées et ont difficilement accès aux soins de base, encore moins à des soins spécialisés de qualité. La concentration des professionnels de la santé dans les capitales et les grandes villes des pays, le nombre très limité de médecins dans les zones éloignées des pays, voire leur inexistence dans bon nombre de spécialités (notamment Sciences Neurologiques, Cardiologie, Santé de la reproduction, Ophtalmologie et Imagerie médicale) sont autant de facteurs qui éloignent les régions de base des soins spécialisés et de qualité pour tous.

Les technologies de l'Information et de la Communication (TIC) constituent une alternative pratique et réaliste pour rapprocher les régions des structures du sommet de la pyramide sanitaire et leur apporter en temps réel l'expertise diagnostique et éventuellement les conseils et/ou soins nécessaires. Il s'agit en réalité de déplacer vers les régions, les compétences regroupées au sein du C.H.U. dans les domaines du diagnostic et des soins à distance, d'encadrer les professionnels de la santé par la formation continue et d'asseoir une recherche action pour le bénéfice des populations en vue de leur développement économique et social.

L'utilisation des TIC dans le secteur de la santé doit s'inscrire dans un contexte de développement durable évitant toute frustration et garantissant les droits de l'individu à la santé. Pour ces raisons, il sera nécessaire de développer des applications pilotes dans des

¹ Ben Seddiq Bachir, " L'intégration des NTIC face aux obstacles" www.tanmia.ma/article.php3 le 2-01-2008.

² www.men.gov.ma

zones identifiées objectivement et pour le bénéfice des couches de la population ciblées ayant donné leur consentement libre et éclairé.

Dans ce cadre, le secteur de la santé a bénéficié d'un intérêt particulier avec la constitution d'un groupe de travail chargé de l'examen de l'ensemble des données nationales se rapportant à la thématique "Santé, Qualité de Vie ", et des expériences des autres pays, en relation étroite avec le concept de développement humain. Il a permis d'une part d'établir un état des lieux, tendances et enseignements tirés de l'étude rétrospective, et d'autre part de fixer les perspectives et recommandations qui en découlent¹.

La stratégie e-Maroc 2010² lancée par le gouvernement vise à réduire la fracture numérique et positionner le Maroc à l'échelle internationale. Concrètement, quatre grands axes sont au programme : e-Administration (www.egov.ma et tout dernièrement www.maroc.ma), e-Économie, e-Social (e-Learning, e-emploi, e-santé) et réseaux virtuels.

Lancé en septembre 2005, le projet pilote e-Santé consiste en la mise en ligne sur Internet de banques de données sur les indicateurs de santé, ainsi que sur l'offre de soins au Maroc. Les objectifs de ce Portail sont de disposer d'une seule source d'indicateurs utilisables par les organisations des Nations Unies, de fournir en temps opportun des indicateurs fiables aux décideurs à tous les niveaux pour mieux planifier, établir des objectifs, développer des actions, évaluer et mesurer les résultats obtenus. Il ambitionne aussi d'améliorer la disponibilité et l'accès à l'information relative à l'offre de soins aux citoyens et aux professionnels de santé et de doter les décideurs du ministère de la santé d'informations fiables et nécessaires à la planification à moyen et à long terme des ressources à affecter aux différentes régions du Maroc. Les TIC sont un levier fondamental d'accélération des chantiers et projets de développement humain surtout dans le cadre de l'Initiative nationale pour le développement humain (INDH).

2.2 La diffusion des TIC: facteur clé de succès de l'INDH

L'INDH est une initiative qui vise, d'une part, à réduire la pauvreté, la vulnérabilité, la précarité et l'exclusion sociale, et d'autre part, à instaurer une dynamique pérenne en faveur du développement humain, de l'épanouissement et du bien-être de l'ensemble de la population; et ce dans le cadre d'une vision d'ensemble démocratique, stratégique, humaine et économique.

En quoi les technologies de l'information et des communications sont-elles un outil sans précédent dans la lutte contre la pauvreté et deviennent, en conséquence, une clé de succès de l'INDH ? Premièrement les TIC interviennent presque à tous les niveaux de l'activité humaine car elles peuvent être utilisées quasiment partout et pour tous. Deuxièmement ces technologies suppriment les obstacles au développement humain dans au moins trois domaines. Comme le précise le rapport du développement humain les TIC permettront ainsi « l'élimination des obstacles au savoir », « l'élimination des obstacles à la participation » et « l'élimination des obstacles aux opportunités économiques »

Les technologies de l'information et de la communication deviennent un outil de plus en plus indispensable pour atteindre les objectifs de développement, dans les domaines de

¹ Sqalli Tarik, La stratégie e-santé au Maroc www.sante.gov.ma

² www.affaires-generales.gov.ma/upload/semaroc2010F.htm

l'éducation, des soins de santé, de l'égalité des sexes, de la protection de l'environnement et du partenariat.

Notre pays est confronté à un certain nombre d'obstacles qui l'empêche de tirer parti des nouvelles technologies: mauvaise perception de ce que les TIC peuvent offrir, insuffisance de l'infrastructure de télécommunication, accessibilité inabordable, absence de cadre juridique et réglementaire, contenu et applications inappropriés et absence de priorité de la part des gouvernements.

La mise au point d'applications et de contenus localement appropriés sera cruciale pour assurer la viabilité et la durabilité des initiatives relatives aux TIC. Puisque notre pays ne peut satisfaire ses besoins fondamentaux par ses seules ressources, il leur faudra établir des partenariats avec le secteur privé, avec les ONG et avec la communauté internationale des donateurs, y compris l'Organisation des Nations Unies.

En effet, dans tous les domaines, le dispositif existant et les moyens mis en œuvre sont insuffisants pour contribuer de façon optimale au développement du pays. Dès lors se pose la question de savoir quelles stratégies mettre en œuvre pour favoriser le développement des TIC et partant, permettre à celles-ci de contribuer à la création des conditions d'un développement économique durable ?

Les nouvelles technologies de l'information et de la communication sont aujourd'hui des outils fondamentaux dont la maîtrise détermine la réussite de toute initiative en matière de développement économique et social. Le Maroc pourra saisir l'opportunité pour bénéficier des avantages que lui offrent les NTIC et combler le retard accusé en matière du bien être de la population. La relation entre les TIC et développement socio-économique dans le cadre de l'INDH a été mise en évidence de façon systématique dans les projets de développement les NTIC se trouvent au cœur des projets socioéconomique. L'Internet par exemple en éliminant les contraintes de l'espace et du temps, offre un moyen sans précédent de surmonter deux causes fondamentales de la misère : l'ignorance et l'isolement. On peut citer par exemple dans ce cadre la signature de deux conventions portant sur le programme de service universel des télécommunications visant la desserte en téléphonie et Internet des localités rurales de la province dans le cadre du programme PACTE (Programme d'accès généralisé aux télécommunications), on cite à titre d'exemple la région d'Anefgou dans la province de Khénifra. qui a bénéficié dans le cadre de ce programme d'une enveloppe budgétaire de près de 497 millions de dirhams pour désenclaver ladite région¹.

La progression spectaculaire du télé-enseignement, la possibilité d'accéder à des informations sanitaires et médicales à jour, et une capacité nouvelle de participer aux marchés mondiaux sont autant d'atouts qui, pour la première fois, permettront à de nombreux groupes démunis et isolés de s'intégrer dans la communauté mondiale.

Ces technologies qui permettent d'offrir des services aussi performants que diversifiés, ont largement contribué à la globalisation de l'économie et à l'internationalisation des échanges. Grâce aux évolutions rapides qui les caractérisent et qui constituent un développement fort et irréversible, les technologies de l'information sont à la base de l'émergence d'une nouvelle société dont les composantes se mettent en place presque quotidiennement, entraînant dans leur sillage des bouleversements sans précédent de notre perception du temps et de l'espace,

¹ "Anefgou et le Roi des « Azaghar »", Publié au Matin du 02.05.2008

modifiant nos systèmes d'enseignement, nos relations de travail et jusqu'à notre façon de nous soigner et de nous distraire.

Les technologies des télécommunications modernes ont permis aussi aux organismes de produire et de vendre des produits sur le marché et ce, malgré les contraintes géographiques. Ceci a un impact profond sur les économies et les marchés locaux et étrangers. La compétitivité globale serait la norme de ce nouveau siècle. Les économies nationales et locales devront basculer vers une économie globale.

La stratégie nationale en matière des TIC vise, tout aussi, des objectifs importants qui permettront au secteur de porter son volume de chiffre d'affaire des 26 milliards de dirhams enregistrés à fin 2004, à près de 60 milliard de dirhams en 2012 ; soit un potentiel moyen de croissance par an de l'ordre de 18%. Elle offre, de ce fait, un potentiel de création d'emplois de plus de 33 000 emplois par les activités de l'industrie des technologies de l'information hors télécommunications. Cette même vision intègre un accroissement de la pénétration des TIC aussi bien pour le développement de la compétitivité de l'entreprise (près de 50 000 entreprises d'ici 2012) qu'au profit des citoyens (1,8 millions d'abonnés Internet d'ici 2012).¹

Le secteur des nouvelles technologies de l'information et de la communication joue un rôle fondamental dans le décollage économique, la réduction de la pauvreté et dans la maîtrise des enjeux de la compétitivité, de la modernisation, de l'afflux des investissements et de la création d'emplois. Internet, composante majeure de ces nouvelles technologies, est un moyen facilitateur pour l'enseignement des jeunes et l'accès au savoir en général, un catalyseur de l'efficacité des entreprises et de l'administration, un outil d'ouverture sur le monde et un levier de création de nouveaux métiers. En conséquence, le développement de l'Internet peut contribuer à améliorer le développement humain.

¹ www.affaires-generales.gov.ma/upload/semaroc2010F.htm

CHAPITRE IX

RÉGIONALISATION DU DÉVELOPPEMENT HUMAIN CAS DU BIPOLE FÈS-MEKNÈS

Oumhani EDDLANI*

Résumé

Concevoir, mener et faire le suivi du développement de l'homme, par et pour l'homme n'est plus une utopie, non plus une simple théorie (noir sur blanc) soutenue par Aristote, Ibn Khaldoun ou Amartya Sen pour une société imaginaire. Le développement humain devient sinon une réalité vécue au quotidien, une aspiration réunissant les institutions internationales (PNUD en tête), les gouvernements, les ONG et tous les acteurs du développement. A travers l'INDH, le rapport du cinquantenaire du développement du royaume et d'autres programmes sociaux, le Maroc fait ses premiers pas surs sur ce champ encore abordable. Son classement, certes encore insatisfaisant (126^{ème} en 2007) montre que la situation est critique. Un état que les disparités socio-spatiales détériorent davantage. Nous prenons dans cette étude les cas des régions Fès Boulemane et Meknès Tafilalet pour essayer de régionaliser les indicateurs de développement humain. Nous insistons surtout sur la Médina de Fès et la Commune rurale de Tighassaline pour montrer comment les disparités spatiales peuvent fausser les indicateurs nationaux. Les diagnostics territoriaux sont à prendre en considération de manière progressive et systématique car "l'atterrissage brusque" risquera d'aggraver la situation au lieu de la sauver.

Mots-clés : Développement humain, Territorialisation, Disparités socio-spatiales, Césure des territoires.

INTRODUCTION

Expression dont les racines remontent à la déclaration universelle des droits humains notamment son article 22¹, le concept du développement humain considère que le bien être des humains ne se résume pas à l'économie et aux revenus. C'est une notion qui s'impose partout et pour tous dans sa dimension éthique surtout. Une telle version du développement suppose avec insistance la participation de tous à la production, la justice sociale, la durabilité du processus de développement et le contrôle des personnes sur leur destin. En bref, le développement humain c'est le développement de l'Homme, par l'Homme et pour l'Homme.

Dans la lignée des pays aspirant à l'amélioration de leurs niveaux de développement, le Maroc adopte la logique humaine de développement surtout après le fameux bilan décennal du PAS (1983 - 1993) qui a montré que la recherche des équilibres macroéconomiques sacrifiait la dimension sociale et humaine. Cependant, le déphasage discours / pratiques fait que le royaume reste cantonné dans le niveau moyen en oscillant entre les rangs 123 et 126 sur un total de 177 pays. (Tunisie 91, Turquie 84, Jordanie 86, Algérie 104... tous en amélioration à part le Maroc qui s'est détérioré de 3 points).

* Enseignante-Chercheur à la Faculté des Sciences Juridiques, Économiques et Sociales, Université Moulay Ismail-Meknès. oumhani72@yahoo.fr

¹ Cet article reconnaît à toute personne les droits économiques, sociaux et culturels indispensables à sa sécurité, à sa dignité et au développement de sa personnalité.

Étant conscient de cette situation, le Maroc essaye intensément de répondre à ce que le PNUD a appelé en 2005 les objectifs du millénaire pour le développement¹. D'ailleurs l'INDH vient conforter ce choix stratégique. En effet, au niveau macroéconomique on remarque une certaine évolution ou amélioration mais qui peut être *trompeuse quand on cherche son ancrage territorial*. La césure du territoire et les disparités socio spatiales ne risquent-elles pas de fausser les indicateurs de développement humain? Peut-on classer les populations des grandes villes marocaines dans le même niveau que celles d'"Anfgou" à Tounfit et celles d'autres localités marginalisées et laissées pour compte? Les seize régions ont-elles toutes le même niveau de développement?...

Ces questions introduisent un chapitre délicat du développement humain à savoir la territorialisation de ses indicateurs aux niveaux des régions, des provinces voire des communes. Pour approcher la réponse à cette problématique épineuse, nous proposons dans ce papier de "localiser" les indicateurs de développement au niveau de la médina de Fès et de la commune rurale de Tighassaline. Une tâche délicate surtout qu'elle sera la première de son genre. En effet j'entends me baser sur les résultats du dernier recensement général, sur les publications du HCP, sur le premier bilan de l'INDH et sur les résultats d'une enquête auprès de la population locale pour "façonner" les indicateurs de développement humain de la commune. Ces derniers seront comparés à ceux du royaume pour en mesurer les éventuels écarts. Cet exercice technique sera, bien évidemment, précédé d'un recul conceptuel, d'une brève présentation monographique.

1. Contexte et cadrage conceptuel

Après les grands chocs macroéconomiques vécus et/ou subis par tous les pays du monde contemporain, l'homme est sensé devenir l'acteur, la cible et l'objectif de tout projet de développement. En effet, avec la globalisation des économies et la globalisation des systèmes productifs et de la finance, une sorte de « personnalisme » s'impose. En ce début du troisième millénaire, cette référence permet de rappeler les limites de toute approche économique (au sens étroit du terme) de ce qui concerne l'Homme. (M. Vernier 2003)

Si la Banque Mondiale (BM) publiait depuis déjà 1978 un rapport sur "le développement dans le monde" ce dernier était à caractère purement économique. Pour ce, il a fallu attendre le prix Nobel d'économie, l'indien Amartya Sen pour que le PNUD publie en 1990 son premier rapport sur le développement humain et que le concept devienne une norme internationale et une "mode" imitée formellement partout.

Les concepteurs / diffuseurs du développement humain veulent attirer l'attention sur le fait que les êtres humains constituent la principale richesse des nations. Pour eux *l'objectif premier du développement est de créer un environnement permettant de vivre longtemps, en bonne santé et de manière créative*. Cependant la préoccupation immédiate que constitue l'accumulation de biens et de richesses fait souvent oublier la "richesse de l'accumulation".

Ainsi reconnu, le concept du développement humain est-il défini de manière unanime? Plusieurs définitions sont proposées. A titre de référence rappelons en quelques unes :

¹ Lutter contre l'exclusion et l'extrême pauvreté, assurer l'éducation primaire, promouvoir l'égalité, améliorer la santé maternelle, assurer un environnement durable...

- Pour le PNUD « *le principal objectif du développement humain est d'élargir la gamme des choix offerts à la population, qui permettent de rendre le développement plus démocratique et plus participatif. Ces choix doivent comprendre des possibilités d'accéder aux revenus, à l'emploi, à l'éducation, aux soins de santé et à un environnement propre ne présentant pas de danger (...)* »¹.
- Pour M. Vernières, le développement humain apparaît comme un processus qui ne se limite pas seulement à un accroissement des biens et services pour l'ensemble de la population et l'amélioration de leur répartition entre les différents groupes. Il s'agit aussi qu'il augmente les capacités humaines².
- Pour le rapport de la commission du Sud (Tanzanie), « *le développement est un processus qui permet aux êtres humains de développer leur personnalité, de prendre confiance en eux-mêmes et de mener une existence digne et épanouie. C'est un processus qui libère les populations de la peur, du besoin et de l'exploitation et qui fait reculer l'oppression politique, économique et sociale* ».

En nous limitant à ces trois définitions nous pouvons avancer de manière simple que le développement humain est un *processus qui insiste sur la dimension éthique du développement des sociétés*. Il est le développement de la population, par la population et pour la population : "*de la population*" car privilégie les progrès en matière de santé et d'éducation, "*par la population*" en assurant sa liberté de participation à la production et aux décisions et "*pour la population*" car améliore son bien être et réduit les inégalités de richesse.

De manière claire et concise, le développement humain dit « *processus d'élargissement des choix* »³ sous-tend la volonté de :

- La participation de tous à la production (revenu et emploi);
- La justice sociale (égalité des chances indépendamment du sexe, de la couleur, de l'origine ethnique, de l'appartenance sociale...);
- La durabilité du processus de développement (se développer sans tirer des traites sur les générations futures);
- Le contrôle des personnes sur leur destin (liberté et participation aux décisions);
- La démocratisation territoriale.

Toujours dans le cadre d'essais de circonscription de ce vaste champ dit de développement humain, un effort de recherche technique s'est fait sentir. En effet, les organisations internationales (ONU en particulier) ont organisé une série de sommets et de conférences qui ont abouti au façonnement d'un premier indicateur de développement humain: IDH. Ayant la certitude que le revenu et la croissance économiques sont réducteurs et insuffisants pour rendre compte du niveau de développement humain, l'IDH tient compte de trois sous indicateurs, dont il présente la moyenne arithmétique, à savoir :

¹ PNUD, Rapport de développement humain, 1999.

² M. Vernières, Développement humain, économique et politique; Economica, 2003, p. 3.

³ Rapport arabe de développement humain, chapitre 2, 2002

- la longévité mesurée par l'espérance de vie à la naissance (EVN);
- Le niveau de formation tenant compte de deux dimensions : le taux de scolarisation global (primaire, secondaire et supérieur) et le taux d'alphabétisation des adultes;
- Le PIB réel par habitant.

L'IDH focalise alors le développement sur trois aspirations essentielles :

- Vivre longtemps et en bonne santé, objectif mesuré par l'EVN;
- Accéder au savoir élémentaire comme aspiration qu'on mesure par le taux de scolarisation et celui d'alphabétisation des adultes ;
- Disposer de ressources matérielles suffisantes pour mener une vie décente (mesuré par le PHB/ habitant).

Comme première tentative, l'IDH était un effort louable mais qui a suscité plusieurs remarques et observations. D'abord il est loin de constituer une mesure exhaustive du développement humain. Il ne prend pas aussi en considération les succès réalisés à court terme et leurs effets en termes de développement humain. En troisième lieu, c'est un « *indicateur moyen qui risque de masquer des disparités et des inégalités au sein des pays. La ventilation de l'indicateur par sexe, par région, par race et par groupe ethnique peut indiquer l'existence de domaines où il conviendrait d'intervenir d'urgence* » (Rapport arabe de développement humain 2002).

La portée limitée de l'IDH a incité à d'autres indicateurs tels que l'indicateur sexo-spécifique de développement humain (ISDH) ou et l'indicateur de participation des femmes (IPF). Cependant, même avec ces indicateurs complémentaires, les acteurs du développement humain et les spécialistes avancent que les images instantanées du développement sont trompeuses. Pour fournir une image globale et plus complète, s'impose toute une « *comptabilité du développement humain* ». A titre d'exemple on peut citer l'indicateur de développement humain alternatif (IDHA) qui tient compte d'autres éléments que ceux de l'IDH, entre autres citons :

- Espérance de vie à la naissance;
- Acquisition du savoir;
- Indice de liberté (jouissance des libertés civiles et politiques);
- Indicateur de la participation des femmes;
- Le nombre d'hôtes Internet par habitant (connectivité aux TIC);
- Le taux d'émission du dioxyde de carbone par habitant (entendu comme pénalisation reflétant les dégâts causés à l'environnement).

L'analyse ne s'arrêtera sûrement pas à ce niveau du fait que l'esprit du concept de développement humain et donc du « bien être » est très difficilement réductible à un

indicateur ou série d'indicateurs. Les classements que publient les différents rapports ne font, à notre sens, que pousser la compétition à l'amélioration et non atteindre le parfait.

2. Développement humain au Maroc: un standard faussé par les disparités spatiales

En concordance avec les ondes de chocs internationaux, le Maroc change la philosophie de sa conception du développement pour laisser succéder l'INDH au PAS. En effet, après avoir soutenu les équilibres macro économiques, le royaume s'inscrit dans la mouvance internationale du développement "de, par et pour" l'homme. Cette tendance, qui est pour certains une exigence des bailleurs de fonds internationaux et pour d'autres dictée par l'évolution interne et les conditions d'un développement entretenu, s'est manifestée par les programmes PAGER¹, PERG², PNCRR³, le micro crédit, l'alphabétisation, la lutte contre la vulnérabilité et la marginalité... Ce dynamisme se conforte par l'auto prise en charge des populations à travers le réseau associatif dense et les fondations publiques (fondation Mohammed 5, Mohammed 6...).

Malgré ces efforts, concrétisés par le fait que l'État consacre près de 50% de son budget aux secteurs sociaux, le Maroc a à peine atteint le niveau moyen avec un IDH de 0.672 en 2006, soit le rang 123 sur un total de 177 pays; situation détériorée avec le rang 126^{ème} en 2007. A titre de rappel, sont dits à niveau de développement humain élevé les pays dont l'IDH est supérieur à 0.8 et inférieur ou égal à l'unité, alors que de zéro à 0.5 on parle de pays à faible niveau et ceux à niveau de développement humain moyen ont l'IDH compris entre 0.5 et 0.8.

Selon le rapport de développement humain du cinquantenaire du royaume, l'IDH du Maroc a été multiplié par 3 depuis son indépendance mais reste toujours en dessous des attentes. Pour comprendre cette situation nous revenons sur les principaux aspects du parcours du Maroc depuis les années 1950 :

- Pour l'éducation, la part dans le PIB est passée de 6% en 1975 à 6.4% en 2003 (soit 28% du budget de l'État). Concernant la scolarisation, le taux général est passé de 60% en 1994 à 87% en 2004, avec respectivement 52% à 84% pour les filles et 30% à 79% pour les filles rurales. Quand à la carte de scolarisation des enfants de 6 à 11 ans, elle indique un taux moyen de 92.20% pour l'année 2003/2004, ce qui est largement loin des objectifs dessinés.
- Un autre aspect du développement humain, non loin des précédents, a trait à l'analphabétisme. Près de la moitié de la population marocaine sont des analphabètes. Ce taux était de 95% à la fin du protectorat, 87% en 1960 et 65% en 1982 pour descendre à 43% en 2005 avec 13 millions d'analphabètes. Un taux qui atteint les hommes à 66%, les femmes 50%, le rural à 61% et l'urbain à 29%. Une opacité plus ou moins éclairée avec la réduction du taux d'analphabétisme des personnes ayant 10 à 15 ans qui est passé de 36% en 1994 à 13% en 2003. Effort encore à applaudir, mais le taux doit tendre vers zéro car un pays aspirant à un développement humain digne n'aura pas d'excuse de laisser ses enfants à la rue ou aux usines alors qu'ils sont sensés être à l'école.
- L'espérance de vie à la naissance, sous indicateur important de l'IDH et dimension importante du niveau d'accès aux soins de santé, est passée au Maroc de 47 ans seulement

¹ PAGER : Programme spécifique de rattrapage et d'accélération de l'approvisionnement en eau potable dans les campagnes lancé à partir de 1995.

² PERG : Programme spécifique de rattrapage pour généralisation de l'électrification rurale lancé en 1996

³ PNCRR : Programme national de construction des routes rurales lancé en 1995.

en 1962 à 71 ans en 2005 pour une population qui croit de 1.4% depuis 1994 contre 2.6% pour la période 1960-1971.

- Accès à l'eau potable : comme déjà signalé, d'importants efforts se font à ce niveau. En effet, grâce aux programmes précités, près de 83% de la population urbaine bénéficie d'un branchement d'eau à domicile contre seulement 18% en milieu rural. Ce taux atteint, comme moyenne nationale, 58%, soit 14 millions de citoyens en 2004 après avoir été seulement 0.8 millions en 1956 et 3 millions en 1972. Pour illustrer encore davantage les disparités spatiales on attire l'attention sur un taux de 18% de desservis dans le milieu rural contre 83% en urbain.
- Un autre aspect encore non moins important concerne le PIB par habitant et le taux de croissance économique. Les marocains touchent en moyenne annuelle un revenu de 1440\$ (2005) alors que le PIB par habitant n'était que de 690\$ en 1960, soit une croissance moyenne de 1.7 % par an sur cette période. C'est un indicateur trompeur ne tenant compte ni des disparités sociales ni des déséquilibres spatiaux.
- Avant de parler de la participation des femmes comme dernier aspect du développement humain présenté par l'IDH, la connectivité aux NTIC est une facette non moins importante de ce développement. Le Maroc compte plus de 13 millions d'abonnés GSM, près de 2 millions d'abonnés au fixe et plus de 6 millions d'internautes.

Ces NTIC favorisent la participation des femmes à la vie active illustrée ici à travers le travail comme indicateur d'émancipation. Tout d'abord le taux d'activité des femmes marocaines est passé de 12 % en 1980 à 18 % en 2005 contre 48 % à 55 % pour les hommes. A titre de comparaison ces taux sont de 68% pour les hommes et 24% pour les femmes en Tunisie. Mais avec la prise en compte des disparités spatiales, le taux global d'activité au Maroc (36%) est réparti en 37% dans le milieu urbain et 35% au rural.

Tous les rappels précédents attestent que le chemin à parcourir reste encore long pour atteindre au moins les pays magrébins (Tunisie notamment) et les autres pays à niveau comparable à celui du Maroc. Une tâche qui n'est pas aisée surtout que le chômage, le faible taux de croissance, le déficit commercial, le poids de la dette ainsi que les déséquilibres locaux et régionaux sont alarmants.

A ce niveau précisons que l'IDH du Maroc qui était de 0.642 en 2004 était pour la région du Grand Casablanca de 0.74, pour Rabat Zemmour Zear 0.63, à Doukkala Abda seulement 0.48, à Tadla Azilal 0.39 encore pire pour Méknes- Tafilalt qui s'est contentée de 0.48, Fès Boulmane 0.53, Taza Alhocima Taounat 0.46, Mais Tanger Tetouan 0.52, Oued Eddahab Laguiria 0.78, Laayoune Boujdour 0.67, Guelmim Essemara 0.58, Sous Massa Darâa 0.48, Charb Chrarda Beni Hssein 0.48 K Chaouia Ouardigha 0.53K Marakech Tansift Elhaouz 0.4 et la région de l'Oriental avec 0.52

Le classement des 16 régions selon leur développement humain place la région Oued Eddahab Laguiria au premier rang suivie du Grand Casablanca (2) puis (3) Laayoune Boujdour, (4) Rabat Zemmour Zear, (5) Guelmim Essemara, (6) Fès Boulmane, (7) Chaouia Ouardigha, (8) Tanger Tetouan, (9) l'Oriental, (10) Doukkala Abda, (11) Méknes- Tafilalt, (12) Sous Massa Darâa, (13) Charb Chrarda Beni Hssein, (14) Taza Alhocima Taounat, (15) Marakech Tansift Elhaouz et Tadla Azilal intervient enfin avec un IDH de 0.39. Une région très riche en potentialité économiques mais trop pauvre en développement humain!

Rien qu'à travers cet indicateur, *IDH / région*, les disparités sont très criantes et le deviennent d'avantage quand on cherche les spécificités locales surtout dans une province telle que Khénifra et une commune rurale de «renommée»: «Tighassaline». Fès médina sauve l'honneur comme nous allons le voir.

3. Le développement humain à la CU de Fès- médina et à la CR de Tighassaline

3.1 Cas de Fès

Avant de traiter de la Tighassaline, rappelons quelques données pour la région de Fès-Boulemane et par là la Médina de Fès dont on faite les 1200 ans d'existence cette année.

Tableau 1: Population et IDH des provinces de Fès-Boulmane

Région	Provinces									
	Fès - Boulmane		Boulemane		Fès		Sefrou		Moulay Yaakoube	
Population totale	100	1 567 846	100	184 015	100	975 507	100	259 254	100	149 070
Dont Masculin	49,2	771 676	48,7	89 686	49,3	480 675	48,6	126 059	50,5	75 256
Dont Féminin	50,8	796 170	51,3	94 329	50,7	494 832	51,	133 195	49,5	73 814
Pauvreté des ménages	100	308 206	100	33 108	100	52 498	100	52 498	100	23 315
Ménages inférieurs au SPR	14,2	43 765	23,9	7 913	16,3	8 557	16,3	8 557	22,4	5 223
Ménages inférieurs au SV	18,1	55 785	21,1	6 986	18,4	9 660	18,4	9 660	22,1	5 153
Indice de la sévérité	(X)	1,5	(X)	3,2	(X)	1,9	(X)	1,9	(X)	2,7
IDH	(X)	0,53	(X)	0,33	(X)	0,5	(X)	0,5	(X)	0,36
IDS	(X)	0,55	(X)	0,47	(X)	0,56	(X)	0,56	(X)	0,58

Source : tableau tissé par notre soin sur la base des données fournies par le hcp.ma

Il ressort du tableau que l'IDH de la région de Fès Boulemane qui était 0.53 en 2004 se déclinait en 0.33 pour la province de Boulemane, 0.36 pour celle de moulay Yaakoub et 0.5 pour Fès et Sefrou. Signalons que ces indicateurs sont inférieurs à la fois à celui de la région (0.53) et à celui du royaume (0.672). Encore là notre déduction se confirme "IDH : standard faussé par les disparités spatiales". Une conclusion qu'on explique davantage par l'analyse territorialisée de l'IDH de la wilaya de Fès à travers le tableau suivant:

Tableau 2: IDH des communes rurale et urbaine de la Wilaya de Fès

	Fès		Communes U & R											
	Fès		AR- Agdal		MU Mechoir Fès Jdid		AR- Sais		AR- Fès m'dina		AR Jnan louard		ARLmari niyine	
Pauvreté/ménages	100	52 498	100	32 740	100	6 097	100	32 990	100	20 088	100	32 618	100	37 958
Ménages inférieurs au SPR	16,3	8 557	3,6	1 179	8,2	500	7,8	2 573	8	1 607	16	5 219	10,7	4 062
Ménages	18,	9 66	7,4	2 42	15,5	945	14,	4 65	15,3	3 073	22,6	7 372	17,6	6 68

inférieurs au SV	4	0		3			1	2						1
Indice de la sévérité	(X)	1,9	(X)	0,3	(X)	0,7	(X)	0,6	(X)	0,6	(X)	1,5	(X)	0,9
IDH	(X)	0,5	(X)	0,75	(X)	0,68	(X)	0,7	(X)	0,67	(X)	0,61	(X)	0,65
IDS	(X)	0,56	(X)		(X)		(X)		(X)		(X)		(X)	

Suite du tableau 2:

Communes U & R											
AR-Zouagha		CR- Oulad tayeb		AC – Oulad Tayeb		CR- Ain bida		CR – Sidi Hrazem		AC-Skhinate	
100	31 433	100	2 339	100	894	100	1 146	100	310	100	672
15,4	4 841	11,1	260	17,8	159	6,8	78	17,4	54	16,4	110
21,7	6 821	16,9	395	24,2	216	13,2	151	20,9	65	22,7	153
(X)	1,4	(X)	1	(X)	1,6	(X)	0,6	(X)	1,8	(X)	1,7
(X)	0,63	(X)	0,61	(X)	0,62	(X)	0,63	(X)	0,56	(X)	0,57
(X)		(X)	0,73			(X)	0,76	(X)	0,92	(X)	

Source : Tableau tissé par notre soin sur la base des données fournies par le hcp.ma

Si l'IDH pour les provinces composant la région de Fès-Boulemane présente des valeurs inférieures à 0.53 correspondant à l'IDH régional, les tableaux ci-haut nous donnent d'autres indicateurs pour l'ensemble des communes rurales et urbaines de Fès. La wilaya de Fès avec un IDH de 0.5 qui se decline en 0.56 pour la CR de Sidi Hrazem, 0.57 pour Skhinate, 0.61 pour la CR d'Oulad Tayeb et Jnan Louared, 0.62 pour Oulad Tayeb AC, 0.63 pour la CR d'Ain Bida et Zouagha AC, 0.65 pour Imariniyine, 0.67 pour Fès Mdina, 0.68 concernant Michoir Fès Jdid, 0.70 pour AR Sais et 0.75 concernant Agdal (AR).

Nous voyons là que la médina de Fès présente un IDH de 0.67 qui est supérieur à celui de la région et à ceux de 67 % des communes de Fès. Cependant 3073 ménages de ceux Fès Medina soit 15.3% vivent au dessous du seuil de vulnérabilité et 8 % sont inférieurs au seuil de pauvreté relative. Fetez alors les 1200 ans de Fès devrait passer d'abord par l'amélioration du niveau vie de ses habitants avant de penser à la distraction.

3.2 La Commune rurale de Tighassaline entre chiffres et réalité

"Tighassaline" ou "laveuses" si l'on traduit directement le terme combinant l'arabe dialectal et le Tamazight, est une localité (une commune rurale CR) située sur la route menant de Fès à Marrakech et précisément à 24 Km après la ville de khnifra et à 100 Km de Beni Mellel. La commune est délimitée du Nord par la CR d'Elhri, celle de sidi Yahya Oussaâd au Sud, de l'Est par la commune rurale d'El Kbab et celle d'Ait Ishaq à l'Ouest. C'est une commune de 14 076 habitants (selon le recensement de 2004) dont 54% sont des femmes. C'est là l'une des raisons qui sont derrière notre choix pour cette commune. En effet, ce village est devenu, surtout dernièrement, de renommée nationale et régionale pas pour son développement, mais pour les multiples contradictions qu'il recèle, entre revenu élevés des femmes et leur pauvreté, l'émancipation et la misère, la marginalité, la vulnérabilité, l'exclusion...

Loin du style journalistique, nous essayons dans ce papier de donner suite à l'intérêt que nous avons déjà accordé à cette commune et ce en l'étudiant à travers un arsenal de données

statistiques et démographiques publiées par le Haut Commissariat au Plan (HCP). De plus nous avons mené une enquête auprès des habitants de la commune pour en comparer les résultats à ceux publiés officiellement sur le développement humain.

3.1.1 Le développement humain de Tighassiline selon le HCP

Cette CR est située au cœur de la région de Meknès-Tafilalt constituée de la préfecture de Meknès et des provinces d'Errachidia, El Hajeb, Ifrane et Khénifra, dont l'IDH et la population peuvent être illustrés par le tableau suivant :

Tableau 3: Population et IDH des provinces de Meknès – Tafilalt

Province ou préfecture	Population	IDH
Meknès (ville)	703.363	0.49
EL Hajeb	215.753	0.54
Errachidia	554.300	0.48
Ifrane	142.310	0.45
Khénifra	509.882	0.40
Total	2.125.608	-

Source : tableau tissé par notre soin sur la base des données fournies par le hcp.ma

Si l'on emprunte la grille d'analyse du PNUD, on constate qu'à part la province d'El Hajeb qui a un niveau de développement humain moyen, les quatre autres restent à faible niveau clairement inférieur à celui du royaume (0.642 en 2004 et 0.672 en 2006).

Si alors le Maroc reste classé 123^{ème} (2004), la région de Meknès Tafilalt prend le 10^{ème} rang et classe ses circonscriptions territoriales comme suit : El Hajeb en tête, Meknès en second rang, puis Errachidia, Ifrane pour que khnifra arrive 5^{ème} et en dernier rang du développement humain.

Cette dernière province qui s'étale sur 12 320 Km², est découpée en 40 communes rurales et urbaines à niveaux de développement différents. Pour essayer de placer la commune de Tighassaline dans l'enceinte de la province, nous présentons ci après l'IDH au niveau de ces provinces à côté de la population (voir annexe n°1). La première lecture que nous pouvons faire de ce tableau c'est le classement des différentes communes selon leur IDH. En effet, on peut relever trois fourchettes :

- $0.5 \leq \text{IDH} \leq 0.66$
- $0.4 \leq \text{IDH} < 0.5$
- $0.1 < \text{IDH} < 0.4$

Dans le premier groupe à développement humain moyen, nous avons 20 communes dont celle de Midelt vient en tête (0.66), Khnifra (0.64) et M.Rirt (0.62) puis Ait Isdeg et Ben Yacoub (0.60) pour finir la fourchette par Lekbab et Sidi Hcine (0.5) avant d'autres ayant entre 0.50 et 0.55 telles que Aghbalou ou Zayda, Mibladen et Ait Ayyache (0.53).

Le deuxième groupe proche du niveau moyen mais y est inférieur, regroupe Ait Saâdli, Sebt Ait Ahhou et Sidi Amer (0.49) qui sont très proches des communes de la borne inférieure du précédent intervalle. A la "queue" de ce segment viennent les communes de Tounfit &

Agoudim (0.42) et Tizi N'Ghchou (0.40). Signalons que Tighassaline (CR) fait ici partie avec (0.46) soit un niveau inférieur à ceux des communes environnantes.

Les deux dernières fourchettes comprennent des communes telles qu'Anemzi (0.16) Sidi Yahya Ayoussef (0.36) avoisinant le fameux dernier "théâtre" de la misère de la population d'Anfgou comme cas criant du Maroc à deux vitesses.

Ce qui est contradictoire dans cette classification c'est que les communes qui sont les plus riches en matières premières (produits de la cedraie) telle que ces deux dernières sont les plus pauvres sur cette grille de lecture. Sidi Yahya Ouyoussef, Agoudim, Amenzi, Tounfit... étaient riches par leurs forêts mais l'exploitation se faisait au détriment de leur développement depuis les années du protectorat français. Elles font toujours partie du "Maroc inutile"! Mais à ne pas comprendre par là que seules les richesses matérielles font le développement, l'intelligence d'un territoire peut être due à sa population et à l'investissement dans l'immatériel.

Autrement, ne nous voulons pas soutenir la seule richesse matérielle comme synonyme du territoire intelligent et compétitif, mais nous voulons en avancer que l'accumulation du revenu de dotations en facteurs matériels crée le décollage de l'intelligence humaine qui est avortée dans ces localités. Qu'en est-il alors dans la commune de Tighassaline?

3.1.2 Les résultats de l'enquête

A proximité du niveau de la région Meknès-Tafilalt (0.48) et de celui de la province de Khnifra (0.64), la commune rurale de Tighassaline est classée 31^{ème} sur un total de 39 communes rurales et urbaines avec un IDH ne dépassant pas (0.46).

Pour décortiquer cet indicateur, nous nous sommes référés au site du HCR qui nous fournit les données relatives aux sous indicateurs du développement humain, à savoir la scolarisation, l'alphabétisation des adultes, l'espérance de vie à la naissance et le niveau du revenu. La première donnée à retenir concerne la population: 14 0 76 habitants en 2004 dont plus de la moitié sont de sexe féminin et près de 70% des jeunes de moins de 34 ans. Soit une croissance de 1.6% par rapport à celle de 1994 qui n'était que de 11 994.

C'est une population dont les ménages avec individus de moins de 18 ans représentent 80.1%, dont 10% des ménages ont des femmes comme chefs, dont juste 1% des habitants ont un niveau universitaire (soit 0.2% pour les femmes), dont 50% des personnes âgées de 15 à 24 ans sont analphabètes et dont seulement 2.1% parlent arabe et français (à côté du Tamazight évidemment). Le HCP indique que 87.3% de la population de cette commune sont des actifs occupés et chômeurs ayant déjà travaillé dans l'agriculture; le reste étant répartis entre d'autres activités. Signalons à ce niveau que le HCP n'a pas parlé de la prostitution comme activité économique.

Concernant les actifs occupés ou ayant déjà travaillé membres des corps législatifs élus locaux, responsables hiérarchiques de la fonction publique, directeurs et cadres de direction des entreprises, cadres supérieurs et membres des professions libérales et cadres moyens ne représentent que 0.5% et encore moins pour les femmes soit 0.1%. Pour les mines, l'eau électricité et énergie, le BTP, transport et communication on a 0% de femmes. Une situation se détériorant encore plus si on y ajoute que 6.8% seulement des ménages ont un "WC", que juste 1.1% ont un bain moderne ou douche moderne et qu'ils ne bénéficient de l'électricité que 14.7% de la population. Chiffre restant loin des promesses et du bilan du gouvernement.

Notre échantillon est composé de 50 individus repartis sur toute la commune. Auprès de cette population statistique nous avons administré un questionnaire de 30 questions regroupées en trois principales thématiques:

- l'identification de l'enquêté;
- les principaux sous indicateurs du DH (longévité, acquisition du savoir et le revenu);
- le troisième et dernier axe concerne la participation des femmes à la vie active ;

Les résultats de notre enquête permettent les remarques suivantes:

- Malgré le fait que nous avons choisi que l'échantillon soit à 50% femmes et 50% hommes, les réponses reçues montrent que 36% des femmes n'ont pas rempli le questionnaire. Ainsi, les conclusions que nous allons tirer sont basées sur une prise de position masculine à raison de 80%.
- L'explication de cette abstention est due à la phobie du contrôle surtout pour les femmes prostituées dont la sortie de la presse dernièrement a dévoilé le "paradis fiscal ghassalien". A titre d'exemple aucune personne de moins de 15 ans n'a répondu à notre questionnaire, alors qu'on trouve beaucoup de "vendeuses de sexe" qui sont mineures.
- Pour l'espérance de vie, les réponses obtenues indiquent 70 ans dans 80% des cas. C'est la moyenne nationale, chose qu'on peut expliquer par le fait que les cultures vivrières sont encore présentes et donc la consommation « bio » et l'activité physique. L'accès aux soins de santé est loin d'être l'explication du fait que 98% des enquêtés déclarent qu'ils n'ont ni mutuelle ni assurance-maladie, qu'ils accèdent difficilement aux soins et qu'ils attendent en moyenne 3 heures pour consulter un médecin généraliste et 2 à 3 mois pour voir un spécialiste et ce à une distance de 24 Km au moins.
- Concernant la scolarisation, le taux de 69% indiqué par le HCP apparaît exagéré devant le résultat de notre enquête qui l'estime à 60% seulement.
- Le taux d'analphabétisme élevé en 2007 à 40% au niveau national (selon le bilan du gouvernement) et à 89 % en (2004) pour la population de la CR de Tighassaline de 25 ans et plus est –selon l'enquête- de 60%. Ce résultat s'explique par les efforts louables fournis en matière d'alphabétisation les deux dernières années et au fait que les analphabètes acceptent rarement de répondre à ce genre de questionnaire.
- Pour ce qui est du standard de vie calculé au niveau national à travers le PIB, nous l'avons approché dans l'enquête à travers le revenu annuel de la famille ou du ménage.

Les réponses qui concernent le niveau de vie font ressortir qu'à part deux enquêtés (un pensionnaire MRE recevant 240 000dhs et une prostituée ayant une moyenne de 230 000dhs), 80 % des réponses indiquent des revenus strictement inférieurs à 16 000 dhs par an et par ménage, soit une moyenne de revenu mensuel de 1333dhs ce qui est loin d'atteindre le SMIG. Plus que cela, près de 62% des enquêtés qui ont répondu à notre questionnaire ont un revenu annuel inférieur à 4000 dhs, ce qui est équivalent à 333dhs par mois. Ces données concordent en quelque sorte avec celles du HCP qui stipulent que près de 24 % des ménages de la

commune vivent en dessous du seuil de pauvreté relative¹ et 25.6 % inférieur au seuil de vulnérabilité².

Le dernier axe de notre questionnaire concerne la participation des femmes à la vie active. En effet, la quasi absence de la femme du domaine politique et académique (déjà signalé) ne doit pas laisser croire que la population est contre le dynamisme féminin. En effet, 97% des enquêtés sont pour la présidence féminine de la commune et avouent que les femmes travaillent mieux que les hommes dans le domaine politique et administratif. Ce qui va cependant à l'encontre des déclarations officielles locales et du cadrage des activités économiques présentées par le HCP (recensement de 2004), c'est le "secteur" de prostitution qui est une activité économique à part entière dans ladite commune. Plus encore, cette "branche d'activité" constitue la locomotive de l'économie et sa force motrice. C'est un secteur aux spécificités propres et qui fait des maisons des "vendeuses du sexe" les principaux nids de l'accumulation de la richesse matérielle (bijoux, comptes bancaires, achats de maisons...). Une accumulation qui ne fait pas penser à "la richesse de l'accumulation" et donc ne donnerait jamais de saut qualitatif en la matière. A titre d'indication l'ASSODET, une ONG locale a donné les statistiques suivantes: 166 maisons, 13 intermédiaires et 501 filles et femmes professionnelles, sans parler de "l'armée industrielle de réserve" faite des filles qui abandonnent l'école qu'elles soient originaire de la région ou d'autre région du royaume.

En nous basant sur l'ensemble des observations précédentes, nous pouvons conclure que l'IDH de 0.46 retenu par le recensement de 2004 est loin de correspondre à la réalité de la commune, en témoigne les sous indicateurs dégagés des résultats de notre enquête et qui sont inférieurs aux statistiques officielles.

CONCLUSION

Envisager le développement dans une perspective humaine n'est pas une œuvre nouvelle. Le rapport du PNUD de 1990 l'ayant largement diffusé s'est appuyé sur une tradition déjà ancienne remontant jusqu'à Aristote (la différence entre les bonnes et les mauvaises dispositions politiques consiste en leur aptitude à renforcer la capacité humaine à mener une vie épanouie) et Ibn Khaldoun (les revenus sont liés à la valeur du travail humain). Cependant, la globalisation faisant prévaloir la croissance économique par rapport au développement humain attire en même temps l'attention sur le fait que la première sans le second sera une sorte de "canard boiteux". En effet, c'est la qualité de la croissance et non son aspect purement quantitatif qui est décisive pour le bien être humain. En ayant pris conscience, le Maroc adhère officiellement au développement humain mais fait à peine partie des pays à niveau moyen. Il est classé 123^{ème} en 2006, 8^{ème} au niveau de l'Afrique et 4^{ème} au niveau du Grand Maghreb. Une situation qui ne rassure pas surtout quand on la décline au niveau des régions et des localités laissées pour compte. Pire encore, le Maroc vient d'être classé 126^{ème}.

¹ La pauvreté est essentiellement estimée par le nombre de personnes vivant avec un revenu en dessous d'un niveau dit « de pauvreté », qui est en 2002 de 2 USD par jour. D'autres niveaux de pauvreté sont fixés à 1, 4 et 11 USD par jour, ce qui permet d'affiner l'analyse.

² La vulnérabilité appréhende la fraction de la population qui est au dessous du seuil de la pauvreté relative, mais qui risque de se trouver en deçà de ce seuil si des aléas de différentes sortes affectent leur situation économique et sociale. Sur cette base et conformément à la BM, est dit vulnérable tout ménage dont la dépense totale se situe entre le seuil de la pauvreté relative et 1.5 fois ce seuil. Le niveau de 1 \$ US est dit d'extrême pauvreté.

La Région de Fès Boulemane classée 6^{ème} en termes d'IDH (0.53) dépassant celui de la wilaya de Fès 0.5 mais les deux sont dépassés par Fès Medina présentant un IDH de 0.67. les disparités faussent l'indicateur dans un sens ou dans un autre.

La CR de Tighassaline intervient comme exemple d'une économie vulnérable mais à deux vitesses. Les disparités sociales et spatiales sont criantes même à ce niveau territorial entre riches et pauvres d'une part et entre Tighassaline-centre (0.61) et Tighassaline commune rurale (0.46). En dépit des interventions "concertées" des différents acteurs économiques pour le développement humain, l'œuvre n'est pas encore couronnées de succès et ce pour plusieurs raisons. D'abord les activités agricoles, principal secteur préalablement créateur d'emploi ne l'est plus. Ce dernier tend à se précariser en créant l'exclusion, la marginalité, la pauvreté, et les replis identitaires. De même, d'une manière assez globale, les petites unités formant le tissu économique de la commune et dont la dynamique doit beaucoup à la prostitution comme locomotive, n'offrent pas la possibilité d'une véritable accumulation. C'est pourquoi l'analyste restera sceptique à l'égard d'un véritable développement économique et donc humain.

Rappelons pour conclure que les richesses, à la fois tangibles et intangibles, de la commune sont là comme véritable potentiel de développement mais la volonté politique des acteurs locaux et la conscience responsable et constructive des habitants font encore défaut. En conséquence, un vrai développement humain doit passer – à notre sens- d'abord par une sorte de "révolution culturelle" pas seulement à la commune rurale de Tighassaline, mais au niveau de tout le Maroc.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- PNUD, Rapport de développement humain, 1999.
- M. Vernières, Développement humain, économique et politique; Economica, 2003, p: 3.
- Rapport arabe de développement humain, chapitre 2, 2002.
- www.hcp.ma
- www.wikipédia.org

ANNEXE 1

IDH et population des communes rurales et urbaines de la province de khénifra

IDH de chaque	% de femmes	Population	Les CR et CU	N°
0.64	52	71.522	Khénifra (ville)	1
0.66	49	44.730	Midelt	2
0.62	52	35.196	M'Riet	3
CR : 0.52,	52	19.624	Aïn ishaq	4
0.49	50	2621	Aïn Saâdli	5
CR : 0.5,	50	16.719	Lekbab	6
CR : 0.42, centre	52	7598	Kerouchen	7
0.52	51	7846	Ouaoumana	8
0.48	51	8559	Sidi Yahya Aussaâd	9
0.46 CR, 0.61 au	54	14.076	Tighassaline	10
0.45	50	8817	Aglman Aziza	11
CR 0.47 et 0.6 au	51	35.849	Aglmous	12
0.51	49	4973	El Borj	13
0.48et 0.57 pour	49.4	15.438	El hnmam	14
0.53	55	7281	Hed Bouhssous	15
0.47	49	9424	Lahri	16
0.5	52	39.661	Mouha Ouhammou	17
0.5 (CR) et	55	9328	Moulay bouaâza	18
0.47	49	11.314	Oum rbia	19
0.49	49	10.209	Sebt Ait rhou	20
0.49	49	2762	Sidi Amor	21
0.5	49	3614	Sidi Hcine	22
0.53	51	16.340	Sidi Lamine	23
0.55 CR et 0.63	54	8292	Aghbalou	24
0.42	48	4431	Agoudim	25
0.53	49	11.254	Ait Ayache	26
0.6	51	4310	Ben Yacoub	27
0.6	51	8004	Ait Izdeg	28
0.48	50.5	6183	Amersid	29
0.16	49	4313	Anemzi	30
0.46 CR et 0.6 AC	53	15.204	Boumia	31
0.54 CR et 0.69	54	10.719	Itzer	32
0.53	51	3087	Mibladen	33
0.36	52	2531	Sidi Yahya Ouyoussef	34
0.51	51	2777	Tanourdi	35
0.4	49	3053	Tizi N'ghchou	36
0.42 CR et 0.54	53	12.306	Tounfit	37
0.53 CR et 0.56	52	9920	Zayda	38
-	-	509.882	-	Total

Source: www.hcp.ma (données recueillies par notre soin)

CHAPITRE X

SANTÉ AU TRAVAIL ET MANAGEMENT ENVIRONNEMENTAL : QUELLE PLACE POUR LE MÉDECIN DE TRAVAIL AU SEIN DE L'ENTREPRISE?

Hassan ASSAKTI*

INTRODUCTION

De nos jours, il est unanimement admis que l'organisation du travail¹ suscite de plus en plus d'intérêt comme source incontestable de beaucoup de problèmes qui touchent à la santé, à la sécurité au travail et à l'environnement de l'entreprise. Aussi, une grande partie des recherches et des enquêtes réalisées dans ce domaine indiquaient que plusieurs aspects reliés au processus et au contexte de travail apparaissent, aux yeux des acteurs du monde de travail, et aux environnementalistes comme des facteurs susceptibles d'expliquer les principaux problèmes de santé et sécurité et leur influence sur l'environnement naturel.

A cet égard, dans un contexte de libéralisation et de globalisation des économies, d'universalisation des marchés provoquant une concurrence acharnée et une demande plus exigée en terme de qualité, de variété, de délai, de réactivité, de nombreuses entreprises ont développé des innovations organisationnelles très importantes visant en premier lieu à améliorer leurs performances productives mais également à repenser une nouvelle articulation entre l'économique, le social et l'environnemental de leurs systèmes productifs.

Certes, cette bataille n'est pas datée d'aujourd'hui, dans la mesure où chaque forme d'organisation constitue, à son époque, une tentative de réponse aux défis que les relations sociales, les évolutions générales des sociétés développées et la concurrence des capitaux posent à l'entrepreneuriat. En effet, coté santé, au début du XXe siècle l'organisation taylorienne et fordienne du travail se présente comme l'une des modalités d'organisation les plus productives. Toutefois, à partir des années soixante, et avec de nouvelles mutations industrielles, et au regard des pénibilités physiques et psychiques qu'ils engendrent, ces deux modèles dominants vont s'exposer à de vives critiques tant en Europe qu'aux États-Unis et par la suite, ils vont se révéler progressivement inaptes à apporter des réponses convaincantes aux nouvelles contraintes du marché et de la société, en raison de leur rigidité organisationnelle et du rejet social croissant dont ils vont faire l'objet².

* Enseignant-chercheur à la Faculté des Sciences Juridiques, Économiques et Sociales de l'Université Ibn Zohr d'Agadir. e-mail : h.assakti@gmail.com

¹ *Gumela westlander*, encyclopédie de sécurité et santé au travail « les organisations et la sécurité et la santé », les facteurs psychosociaux et la gestion organisationnelles. Le terme organisation trouve sa place dans ce que l'on appelle aujourd'hui la science de gestion. Mais il y a également des raisons qui justifient la prise en considération de la théorie organisationnelle dans le domaine de la sécurité et la santé au travail. En effet, l'organisation est essentielle pour la bonne gestion de l'entreprise, mais elle joue aussi un rôle primordial pour chaque travailleur aussi bien sur le plan de la santé qu'au regard des possibilités qui s'offrent à lui à court terme, d'apporter une contribution efficace au travail. C'est donc la forme que revêt une organisation qui façonne les relations sociales. C'est-à-dire que les spécialistes de la santé et la sécurité au travail doivent se familiariser avec les concepts des théories organisationnelles car ses dispositions ont une influence et des conséquences sur les relations sociales qui se tissent entre les gens travaillant au sein d'une organisation.

² *Antoine VaLeyre*, « Conditions de travail et santé au travail des salariés de l'union européenne : Des situations contrastées selon les formes d'organisations », Centre d'études d'emploi, document de travail, n° 73 nov. 2006.

Par la suite, et avec l'avènement d'une nouvelle vision axée sur la tenue en considération d'une nouvelle approche s'ouvrant sur la participation des salariées à la prise en charge de leur santé et sécurité au travail, et l'instauration d'une culture d'hygiène dans l'environnement du travail au sein de l'entreprise, longtemps dominé par un souci quasi exclusif de lutter contre les accidents de travail (AT) et les maladies professionnelles (MP), de nombreuses entreprises ont développé des innovations organisationnelles très importantes destinées à remédier aux insuffisances tant économiques que sociales des organisations tayloriennes et fordiennes du travail¹.

Récemment, dans le même cadre, avec le développement des tendances lourdes comme la tertiairisation de l'économie, l'automatisation et l'informatisation de la production, constituant des facteurs favorables à la réduction des pénibilités et des risques professionnels, ces innovations organisationnelles s'accompagnent également par l'amplification des instruments et des techniques susceptibles d'améliorer l'environnement naturel de l'entreprise². C'est pourquoi, l'émergence de certaines entreprises citoyennes dans des pays développés, qualifiées de socialement responsables, est actuellement le maître mot dans le contexte de développement durable. Les « big-bangs » sociaux et environnementaux qui se sont produits en occident pendant la décennie passée semblent donc gagner progressivement le tiers monde, et ce en relation étroite avec l'avènement du phénomène de la globalisation.

Dans cet environnement économique, financier et social mondial nouveau, marqué par l'avènement du concept de la responsabilité sociale de l'entreprise (RSE), qui chevauche fréquemment des approches similaires telles que la durabilité de l'entreprise et la présence sociale de l'entreprise, les pays en voie de développement se livrent, même timidement, à une véritable compétition qui se joue entre autres sur le terrain du développement durable. Le Maroc de sa part vient de sortir d'une décennie marquée par l'adoption des programmes de mise en train de profonds changements visant à rétablir ses équilibres fondamentaux et à moderniser son économie tout en concédant une large place au libre jeu des mécanismes de marché à même de faciliter son intégration dans l'économie mondiale. Cette transformation radicale est enrichie par un enchaînement de réformes de son arsenal juridique intéressant les marchés de capitaux, le droit de l'entreprise et tout dernièrement une loi relative au travail et d'autres concernant la protection de l'environnement naturel.

L'adoption des ces deux dernières réformes a été marquée par le développement des préoccupations pour la santé, la sécurité et l'environnement dans les entreprises. En effet, le Code du travail mis en vigueur en 2004, qui repose sur une démarche préventive, a joué un rôle important dans la promotion de nouvelles relations de travail et un mode de management plus participatif. Durant presque la même période, une nouvelle préoccupation, centrée cette fois sur la protection des écosystèmes et la santé publique, a également joué un rôle stratégique dans la vie des entreprises³. Ainsi, à l'image de la protection des travailleurs, le

¹ Philippe Davezies, «La santé au travail, une construction collective » article publié dans santé et travail n°52, juillet 2005 P 24-28.

² Elyane Bressol, « Organisation du travail et nouveaux risques pour la santé des travailleurs » notes D'IENA, information du conseil économique et social, n° 170 du vendredi 2 avril 2004.

³ Dahir n° 1-06-153 du 30 chaoual 1427 portant promulgation de la loi n° 28-00 relative à la gestion des déchets et à leur élimination. (B.O. n° 5480 du 7 décembre 2006), Dahir n° 1-03-61 du 10 rabii I 1424 (12 mai 2003) portant promulgation de la loi n° 13 -03 relative à la lutte contre la pollution de l'air, Dahir n° 1-03-60 du 10 rabii I 1424 (12 mai 2003) portant promulgation de la loi n° 12 -03 relative aux études d'impact sur l'environnement, Dahir n° 1-03-59 du 10 rabii I 1424 (12 mai 2003) portant promulgation de la loi n° 11 -03 relative à la protection et à la mise en valeur de l'environnement, Dahir n° 1-99-174 du 16 rabii I 1420 (30 juin 1999) portant promulgation de la loi n° 19-98 modifiant et complétant la loi n° 10-95 sur l'eau, eau, Dahir (20

respect de l'environnement est aujourd'hui soumis à de nombreux règlements et nécessite une remise en cause globale des habitudes de gestion ainsi que les méthodes de travail pouvant avoir un impact significatif sur le milieu. Les questions de santé et d'environnement apparaissent donc comme des impératifs pouvant avoir des effets sur le développement humain, et sur la soutenabilité de la légitimité sociale et la pérennité des entreprises, et surtout celles à vocation industrielle¹.

En partant du fait qu'il est impossible de mettre des barrières isolant ou séparant ces deux fonctions, le développement des mesures permettant de réduire à la fois les risques pour le milieu naturel et pour la santé des travailleurs représente aujourd'hui une préoccupation vitale pour les entreprises. Car protéger à la fois l'environnement et la santé des travailleurs implique le plus souvent une démarche préventive, visant à éliminer les problèmes à la source. Sur la base de ce constat se décline et se formule le nouveau rôle du médecin du travail, comme institution préventive, qui doit se pencher aussi bien sur les problèmes environnementaux des postes de travail, mais également sur les questions du management environnemental externe de l'entreprise.

Toute la question est désormais : comment développer cet élan, le maintenir et en faire un outil bien coordonné aux autres véhicules de développement durable et aussi efficacement ouvert pour contribuer à rendre les entreprises plus novatrices, productives et compétitives. Autrement dit, dans le contexte du développement durable, cette belle combinaison, environnement/santé, associée à d'autres dimensions notamment économiques, financières juridiques et fiscales, doit être en mesure de pousser au devant les entreprises marocaines à être plus concurrentielles en soutenant la hausse de l'efficacité opérationnelle, l'amélioration de la gestion des risques, le maintien de relations favorables avec le milieu de l'investissement, l'accroissement de l'accès aux capitaux, l'amélioration des relations avec les employés, le renforcement des relations avec les collectivités, le rehaussement du « droit » d'exploitation et l'amélioration de la réputation et de l'image de marque².

A cet égard, et à partir du moment que les réformes concernant les questions de la santé-sécurité du travail et de l'environnement naturel sont accomplies dans le sens de l'édification d'un contexte qui permet de doter l'entreprise d'un statut d'organisation légitime et de garantir sa durabilité, c'est sur leurs évaluations, leurs intégrations dans le processus productif, leur coordination et leur harmonisation avec les normes et les référentiels internationaux que l'attention doit être portée.

La réflexion que nous proposons à travers cette présentation va nous amener à se pencher dans un premier temps, sur l'analyse d'une éventuelle interdépendance, loin de toute tentative de fusion ou d'intégration, qui peut avoir lieu entre la dimension santé-sécurité et environnement, dans toute entreprise qui s'engage dans un processus de production (1). Avant d'être conduit, dans un second temps à juger la place de la médecine du travail, dans l'échiquier des acteurs de prévention, comme outil de veille en amont susceptible de tisser

hija 1335) sur la conservation et l'exploitation des forêts ,Dahir (3 chaoual 1332) portant réglementation des établissements insalubres, incommodes ou dangereux

¹ José Allouche, Isabelle Huault, Géraldine Schmidt "Responsabilité sociale des entreprises : la mesure détournée ?

² Dans le cadre de la 7ème édition de la semaine nationale de la qualité organisée du 20 au 24 octobre 2003 sous le thème «la Qualité, une stratégie et des objectifs clairs », le Ministre de l'Industrie du Commerce et des Télécommunications et le Ministère de l'Emploi, des Affaires Sociales et de la Solidarité ont organisé avec l'appui de l'Association française de Normalisation AFNOR et la chambre Belgo luxembourgeoise au Maroc (CCBLM) le 23 octobre 2003 une journée sur les Systèmes de Management de la Santé et de la Sécurité au Travail et des aspects sociaux

une coordination et une concertation entre ces deux mondes fragmentés (2), le tout dans l'optique d'instaurer une politique visant à la fois la protection de l'intégrité physique des travailleurs et celle du milieu naturel de l'entreprise.

1. Interdépendance entre santé des travailleurs et environnement naturel de l'entreprise

Pendant longtemps, les seules préoccupations qui ont marqué les esprits, étaient de s'intéresser aux problèmes de santé et de sécurité des travailleurs au sein des entreprises et de renforcer la réglementation dans ce domaine. Toutefois, depuis les décennies passées une nouvelle préoccupation, centrée cette fois sur la protection des écosystèmes et la santé publique, ne cesse de sonner comme une évidence pour jouer un rôle stratégique dans la vie des entreprises.

Si l'on veut définir la notion d'environnement, c'est l'action d'environner, d'être autour mais c'est également le résultat de cette action¹. Alors, l'environnement du travailleur, c'est bien entendu, l'espace qui entoure son poste de travail, mais c'est aussi son milieu de travail, c'est à dire l'entreprise et plus largement encore au-delà de l'enceinte de l'unité de production.

De ce fait, l'on peut donc voir se tisser cette relation intimement liée entre la dimension sanitaire et environnementale pour les entreprises et en parallèle, dénonçait le peut d'intérêt que porte les entreprises pour l'environnement naturel et l'absence de volonté à l'intégrer dans leurs stratégies évolutives. Il est donc temps pour les entreprises aujourd'hui, de changer leurs mentalités et de revoir leurs modes d'organisation et leurs formes de management dans le sens de rééquilibrer entre les nécessités économiques, sociales et environnementales, seul moyen pour éviter d'altérer l'aptitude de l'individu (salarié/citoyen) à confectionner son identité et à façonner sa santé.

Le respect de la santé du travailleur (environnement interne) et l'environnement naturel (environnement externe) sont devenu de nos jours comme des valeurs essentielles de l'éthique et de la culture pour toute entreprise. Ce sont les actions entamées par les entreprises, dans ces deux domaines, qui peuvent définir leur légitimité dans un contexte où cohabitent deux tensions, l'une dérive le système vers un état de déséquilibre des principes de développement durable l'autre marque un équilibre du système grâce à l'avènement des acteurs, des institutions de développement durable. Ainsi toute entreprise souhaitant s'intégrer dans ce processus de développement durable, doit se mettre au diapason et entreprendre des démarches de management pour se conformer d'un côté avec la réglementation et améliorer et approuver son image comme entreprise responsable. Mais, cela ne peut se concrétiser qu'en fonction de la conception qu'elle se fait de ses responsabilités vis-à-vis de la société et de la vision qu'elle a de l'avenir souhaitable pour tous. Une telle conduite reflète une valeur juste et authentique de civisme, qui est en parfait lien avec les ambitions de la population en générale et donc des salariés.

C'est-à-dire que, les facteurs qui affectent l'environnement et le milieu du travail ont généralement la même source. Car, dans toute activité de production, ce sont les travailleurs qui sont les premières victimes touchées par les nuisances dégagées. Et c'est également à l'intérieur de l'unité de fabrication où sont réalisées toutes les opérations du processus

¹ Pour reprendre les termes de l'article premier du dahir n 1-03-60 du Rabii I 1424 (12 mai 2003) portant promulgation de la loi n° 12-03 relative aux études d'impact sur l'environnement, Bulletin officiel n° 5118 du jeudi 19 juin 2003, par environnement on entend « L'ensemble des éléments naturels et des établissements humains, ainsi que des facteurs économiques, sociaux et culturels qui favorisent l'existence, la transformation et le développement du milieu naturel, des organisations vivants et des activités humaines »

productif qui est à l'origine de la plupart des rejets dans l'environnement. Ce qui revient à dire, que cette pollution matérialisée par des déchets ou des empoisonnants dégagés de l'intérieur de l'entreprise, avant de devenir une préoccupation de l'environnement naturel, a d'abord été une inquiétude pour la santé et la sécurité des travailleurs. Donc cette symétrie, entre les questions de l'environnement et celles de la santé et la sécurité au travail et leurs conséquences sur le développement humain au sein de l'entreprise, ne doit pas être méconnue ou ignorée et doit apparaître comme une seule préoccupation pour les acteurs¹.

L'interdépendance ne signifie pas que ces deux domaines sont identiques et une tentative de liaison ne doit pas être regardée dans le sens de la fusion. Certes, d'aucun ne peut nier qu'il s'agit-là de deux métiers différents, avec des spécificités différentes, et que les politiques mises en œuvre obéissent en pratique à des logiques distinctives. Mais c'est la coordination et la concertation qui doit être visée en premier lieu, comme chantier propice pour bâtir une stratégie d'ensemble, pour concilier entre les intérêts divergents des différents acteurs qui interviennent dans ces domaines, et également, ceux de l'entreprise qui cherche à bénéficier du statut d'une organisation citoyenne, nécessitant de concilier entre légitimité économique, sociale et environnementale. Cela ne peut être atteint sans la justification de sa raison d'être à l'égard de son entourage².

Malheureusement, tel n'est pas le cas aujourd'hui, dans la mesure où l'on constate que la pratique annonce une ligne de démarcation entre ces deux fonctions intimement liées et empêche leur intégration. La question de l'environnement est considérée comme une tâche et une préoccupation externe à l'entreprise et les inquiétudes relatives à la santé des travailleurs et leur sécurité sont purement internes. Cette attitude est adoptée aussi bien par les environnementalistes que par les hygiénistes.

Les questions environnementales n'ont jamais constitué une préoccupation dominante du mouvement ouvrier, qui fait généralement des questions de la santé et de la sécurité un thème central de mobilisation et de revendication. Pire encore, dans certains cas, la mise en œuvre d'une réglementation pour la protection sanitaire, motivée par une pression syndicale, se fait au détriment de l'environnement. On peut citer par exemple le cas des mesures prises pour évacuer les empoisonnants et les nuisances vers l'extérieur de l'entreprise (Installation d'évacuateur de l'air polluée vers l'extérieur). Sur le plan juridique, à part la disposition timide par laquelle le législateur marocain a tenté de minimiser la défaillance de ce cloisonnement en énonçant, à travers la définition du mandat du comité de santé et de sécurité³, dont le rôle est de promouvoir une démarche participative dans la prévention des accidents de travail et des maladies professionnelles, que cette dernière doit veiller à la protection de l'environnement à l'intérieur de l'entreprise et son environnement⁴. Il faut donc dire que le chapitre relatif aux dispositions sur la santé et la sécurité au travail, ne donne pas d'importance à la protection de l'environnement.

¹ Boiral, O, « Protéger l'environnement naturel et la santé des travailleurs », revue internationale de gestion, 1997, vol. 22, n° 4 pages 49-55.

² Estelle M. Morin " *Promouvoir la santé au travail: Donner un sens au travail.*

³ D'après les termes de l'article 336 du code de travail « Les comités de sécurité et d'hygiène doivent être créés dans les entreprises industrielles, commerciales et d'artisanat, et dans les exploitations agricoles et forestières et leurs dépendances qui occupent au moins 50 salariés ». Ce comité est composé de l'employeur ou son représentant, président, du chef du service de sécurité ou à défaut, un ingénieur ou cadre technique travaillant dans l'entreprise, désigné par l'employeur, du médecin du travail dans l'entreprise, de deux délégués des salariés, élus par les délégués des salariés, et d'un ou deux représentants des syndicats dans l'entreprise, le cas échéant. Article 337 du code de travail.

⁴ Article 338 du dahir n° 194-03-1 portant promulgation de la loi n° 65/99 (du 11 septembre 2003) relative au code de travail.

En l'absence de tout contrôle et mesures préventives prudentes, les mécanismes prévus par la loi, et qui sont utilisés par les entreprises, tendent fréquemment à convertir les problèmes d'hygiène interne en problèmes environnementaux. Ces moyens traduisent également, la réflexion du législateur qui se penche sur le contrôle de la pollution uniquement au sein des unités de production, loin de toute préoccupation de son influence sur l'environnement externe de l'entreprise et donc sur la population. Ce raisonnement traduit le fait que, l'air ambiant donc l'environnement naturel, se présente comme une sorte de cavité, d'espace disponible dans lequel peuvent se déverser librement les infectants atmosphériques considérés comme néfastes à la santé des travailleurs à l'intérieur de l'entreprise ou l'environnement du milieu du travail. Ce qui fait que, les acteurs de la prévention, désignés volontairement ou instaurer par la force de la loi, ne cherchent pas à entamer des actions pour l'environnement externe. Leur souci est de veiller à tout ce qui va toucher l'environnement immédiat du milieu de travail, du poste du travail. Bref à la protection des employés à l'interne.

Cet égoïsme, qui manœuvre l'esprit des responsables de la prévention, les conduits à prendre les choses à la légère en choisissant les solutions les plus simples, en l'occurrence celle d'évacuer les déchets vers l'extérieur sans se soucier des conséquences sur la pollution externe et donc sur la santé des citoyens dont fait parties les salariés. Les situations affichées par les installations dont sont équipée la majorité des entreprises, toute activité confondue, en attestent de la réalité de ce dilemme entre la protection de l'environnement et la santé des travailleurs. En effet, d'aucun ne peut démentir que peu d'unités de productions sont équipées de systèmes de ventilations entendus pour soutenir l'appui de l'environnement naturel.

Devant cette situation, c'est la légitimité de l'entreprise et sa pérennité qui peut être mise en cause. Car un tel arbitrage non réfléchi soulève à la fois des questions économiques, sociales et éthiques, liées en particulier au transfert des nocivités provoquées par l'activité de l'entreprise et dont le coût est supporté par la collectivité, car avec le temps, cette pollution permanente va éveiller des pressions de la part de la population, protestataire et résidente à proximité, pour demander la levée du préjudice¹.

Le degré de ce cloisonnement se révèle et se dévoile plus amplement à plusieurs égards. D'abord, au niveau des formes d'organisations et des modes de management adoptés par les entreprises où l'on peut constater que les services environnement, santé-sécurité sont fréquemment séparés². Ensuite, les mesures de prévention et de réparation des risques (MP et AT) ne prévoient aucune disposition concernant les questions environnementales. Les lois sur l'environnement n'ont fait aucune référence aux questions de santé des travailleurs. La raison c'est que les textes de lois en vigueur sont faits sans concertation entre les différents protagonistes. Et enfin, les programmes et les stratégies publiques sont loin d'assurer la coordination qui peut favoriser la combinaison entre la promotion de l'environnement et la santé.

Donc toute la réflexion doit être focalisée sur la manière d'instaurer des mesures susceptibles d'assurer la compréhension de l'importance de cette interdépendance entre la protection de l'environnement naturel et la santé des travailleurs. Seule une parfaite coordination entre les acteurs et une articulation entre les différentes actions et programmes de type préventifs peut

¹ Patrick Gabriel, « Le système de légitimité de l'entreprise responsable : Délimitation et dynamique », XVe Conférence internationale de managements stratégiques, AIMS – 14/16 juin 2006, université de Savoie, Annecy-le-vieux, Genève.

² Chantal Brisson, Michel Vézina et Alain Vinet "Organisation du travail et santé mentale: le travail répétitif sous contrainte du temps"

permettre d'éviter des obstacles et d'acheminer vers une synchronisation entre la gestion environnementale et la gestion de la santé et sécurité au travail, pilier de base de développement humain.

À cet effet, l'on peut conclure qu'il est temps de combiner entre les actions environnementales et les programmes de protection de la santé des travailleurs vu que la frontière entre la pollution interne, la santé des travailleurs et la pollution externe, l'environnement naturel, est artificielle. D'ailleurs face à ces deux questions, les mécanismes de préventions reposent sur les mêmes principes et les mêmes enjeux. Développer une approche préventive commune, susceptible de lutter contre le décloisonnement entre ces deux dimensions, passe par une remise en cause globale des formes d'organisation et des modes de management et par la mise en œuvre des moyens susceptibles de réduire la pollution et les nocivités à la source¹.

C'est donc par le développement de nouvelles synergies entre des stratégies en environnement et en hygiène, plus particulièrement par la prévention, que l'entreprise est amenée à gérer l'environnement comme elle le fait pour la santé et la sécurité. Parce que c'est de la santé des gens et la pérennité de la production et de l'activité qui en dépendent. Autrement dit, dans le contexte du développement durable, chaque forme d'organisation adoptée doit être justifiée. Cela ne peut se faire que par une parfaite planification qui permet d'assurer l'interaction entre la production, la santé-sécurité et l'environnement.

L'enjeu majeur pour activer de telles recommandations étant d'intervenir au niveau des modes de réflexion des responsables et des institutions qui participent à cette compétition qui se joue actuellement sur le terrain du développement durable. Autrement dit, l'absence de changement au niveau des attitudes et des comportements, accompagner d'une opposition aléatoire non-justifiée entre pollution interne et externe, risque d'accentuer l'écart entre l'environnement interne et l'environnement externe et établir une ligne de séparation entre la santé-sécurité et l'environnement.

Certes, les questions environnementales constituent une préoccupation globale qui dépasse les frontières organisationnelles à l'intérieur de l'entreprise. Mais leur interdépendance avec les questions de santé, de sécurité et d'hygiène, montrent que seule une politique de prévention commune peut être en mesure d'assurer à la fois l'intégrité physique des travailleurs (santé ou environnement interne) et le milieu naturel (environnement externe).

Seule une politique d'ensemble qui regroupe toutes les mesures nécessaires, susceptibles d'influencer positivement les modes de management du système productif, dans le sens d'adhérer de manière efficace au processus d'émergence d'entreprises citoyenne, qualifiées de socialement responsables, actuellement, le maître mot dans le contexte de la responsabilité sociale, permettra à l'entreprise marocaine, quel que soit son domaine d'activité, de réussir cette bataille qui semble gagner progressivement son terrain². Pour donner ses fruits, et aboutir efficacement à un résultat convaincant dans le sens de l'édification d'une culture d'entreprise citoyenne, cette politique doit prendre en considération les ingrédients suivants : d'abord, intervenir sur le changement des techniques de production qui son à l'origine de l'émission des empoisonnants. Ensuite, développer, et encourager des actions relatives aux programmes de formation et d'information pour les travailleurs sur les questions de santé et

¹ Emmanuel Abord de Châtillon, « Management de la santé et de la sécurité au travail: Un problème de mesure? »

² GUIOL Patrick et MUÑOZ Jorge, « Management des entreprises et santé des salariés ».

d'environnement. Et enfin, faire participer le personnel, via un mode de management participatif, à des actions de concertation et de coordination des mesures sanitaires et environnementales entamées par l'entreprise¹.

La médecine du travail peut être un outil pour les entreprises qui souhaitent mettre en œuvre ou relancer des actions de sensibilisation en interne sur les gestes et les bonnes pratiques dans les domaines de l'environnement, de la santé et de la sécurité du travail. Développer et mettre en place des outils et des programmes pour sensibiliser les acteurs de l'entreprises, doit faire partie des missions phares du médecin du travail¹. Les actions de sensibilisation s'adressent indifféremment aux dirigeants, responsables de la santé, sécurité et environnement et aux responsables de communication. L'intervention du médecin de travail est un complément indispensable à une politique de management environnemental. Sa présence peut constituer un véritable outil au service de la politique interne, susceptible de permettre aux entreprises de s'impliquer concrètement pour faire évoluer les comportements des salariés et d'améliorer leur condition de travail.

2. Quelle place pour le médecin de travail au sein de l'entreprise?

Comme il a été démontré ci-dessus, le statut du salarié justifie sa double appartenance à la population générale et à la communauté de l'entreprise à laquelle il est attaché par un contrat de travail. Autrement dit, l'on est en droit de dire, d'une manière simpliste, que tout ce qui est bon pour le salarié l'est aussi pour la population générale et inversement d'ailleurs. Face à ce dilemme, bon nombre d'entreprises, se mettent au diapason et préludent des démarches de management sanitaire et environnemental afin de se mettre d'une part en règle avec la réglementation, réduire les coûts et d'autre part, afin de conforter et améliorer leur image comme entreprises responsables. Dans le cadre de cet engouement nouveau, se pose la question de savoir comment construire cette relation santé/environnement pour aboutir à donner un sens au travail, à travers la promotion de la santé, seul stimulant du bien être psychologique et répondre aux aspirations des populations, dont fait partie les salariés, qui vont toutes dans le sens d'une amélioration de la qualité de la vie, de recherche du naturel, du bio, d'assainissement des atmosphères, et par conséquent se doter de statut d'une entreprise citoyenne.

C'est à partir de ce postulat, que se décline et s'articule le nouveau rôle qui doit être assigné au médecin du travail dans le management sanitaire et environnemental. Cet acteur est certes concerné par les problèmes environnementaux des postes de travail et de l'entreprise. Toutefois, force est de constater que le médecin de travail, acteur parmi d'autres de la prévention interne de l'entreprise², n'est pas forcément associé aux démarches de management environnemental, il n'intervient souvent qu'à posteriori.

À cet égard, personne ne peut nier qu'au-delà de l'arsenal de lois, règlements ou sanctions qu'on pourra mettre en place, l'essentiel reste de convaincre les chefs d'entreprises et les travailleurs eux-mêmes de changer de comportement et adopter une attitude plus sûre. Or, parce qu'ils connaissent bien les risques auxquels sont exposés les travailleurs et les mesures permettant de réduire ces risques, les médecins du travail ont un rôle déterminant à jouer dans cette prise de conscience des travailleurs. Et cela ne peut se réaliser que par une mise en œuvre réfléchie des moyens de préventions susceptibles de favoriser un esprit et une culture

¹ Emmanuel Abord de châillon, op. cit.

² Parmi les acteurs de la prévention interne de l'entreprise on peut citer l'employeur, le salarié, le médecin de travail et le comité de sécurité et d'hygiène dont fait partie également le médecin du travail en tant que membre.

de santé et de sécurité et d'environnement aussi bien chez les managers d'entreprises qu'auprès de ses travailleurs¹.

Au Maroc, la santé et la sécurité au travail est encadrée, sur le plan juridique, par le dahir n° 194/03/1 portant loi n° 65/99 daté du 11 septembre 2003 relatif au code du travail adopté en 2004. À l'instar des législations qui ont été adoptées dans beaucoup d'autres sociétés industrielles avancées, il s'agit d'une loi qui tente de favoriser la prise en charge de la prévention dans les lieux de travail par les parties directement concernées, en l'occurrence l'employeur, les travailleurs, le médecin du travail et les comités d'hygiène et de sécurité².

Mieux vaut prévenir que guérir. Ce dicton prend tout son sens aujourd'hui dans l'entreprise, surtout à un moment où l'on constate un développement important d'atteintes à la santé, liées directement à une instabilité et à une aggravation des conditions d'emploi et de travail, par l'augmentation de la pollution et de l'intensité du travail³. Certes, l'obligation générale du maintien de la santé des salariés, qui pèse sur l'employeur, est une véritable obligation de moyen. Le code de travail a prévu des sanctions en cas de manquement à cette mesure préventive par une faute inexcusable de l'employeur.

Évaluer et prévenir ces risques professionnels est une obligation légale. Pour autant, l'entreprise a tout intérêt à dépasser la simple mise en conformité, pour intégrer la prévention à ses projets et à son fonctionnement quotidien. Bref, avec le temps faire de la démarche préventive un réflexe, une seconde nature, donc une culture d'entreprise⁴. A cet égard, vu son activité professionnelle, et sa mission qui consiste à prévenir toute altération de la santé des salariés, le médecin de travail, acteur de prévention parmi d'autres, en est le seul interlocuteur direct des salariés et de l'employeur pour les problèmes de santé et sécurité. Sa présence sur le terrain le met à même d'analyser les conditions de travail et de faire des propositions d'amélioration⁵.

Comme il ressort de la loi, la médecine du travail est une médecine exclusivement préventive : Elle a pour objectif d'éviter toute altération à la santé des salariés, du fait de leur travail, notamment en surveillant leur état de santé, les conditions d'hygiène du travail et les risques de contagion. Exercée au sein d'un « service médical du travail », la médecine du travail est obligatoirement organisée, sur le plan matériel et financier, par les employeurs. Elle est placée sous la surveillance de la délégation provinciale chargée du travail et de l'inspection médicale du travail et le contrôle des services du ministère de l'emploi, du travail et de la cohésion sociale. Sont à la charge de l'employeur l'ensemble des dépenses liées à la médecine du travail et notamment les examens médicaux, les examens complémentaires, le temps et les frais de transport nécessaires pour ces examens, le temps passé par les médecins du travail à l'étude des postes de travail dans l'entreprise.

Assurés par un ou plusieurs médecins du travail, les services de santé au travail sont organisés en fonction de l'importance de l'entreprise, soit en service « autonome », dans le cadre des

¹ MANAOUIL Cécile, Née David " La responsabilité du médecin du travail" Mémoire de DEA droit social, 1999- 2000 Université de droit et de la santé – Lille 2.

² Rappelons que l'organisation des services médicaux du travail et de l'inspection médicale du travail, calquée sur la législation de l'époque, date du dahir du 8 juillet 1957 dont les modalités d'application ont été fixées par le décret du 8 février 1958.

³ Articles 296 à 301 du Code de travail, précédemment cité.

⁴ HODEBOURG Jean, « Prévenir des risques professionnels, mieux protéger la santé des travailleurs » , Revue NVO Espace Elus de mars 2004.

⁵ MORIN Estelle M., « Promouvoir la santé au travail : donner un sens au travail » p.2.

entreprises, toute activité confondue, ayant plus de 50 travailleurs, de même que dans les entreprises de certains secteurs particuliers, quels que soit le nombre de salariés qui y travaillent, et qui en raison de leurs activités, effectuent des travaux exposant les salariés au risque de maladies professionnelles¹. Toutefois, le choix est laissé aux entreprises qui emploient moins de cinquante salariés, sur qui repose la richesse nationale économique et sociale du pays, entre la constitution d'un service médical de travail inter-établissements, en cas de pluralité d'établissements, ou un service médical indépendant.

En effet, si le rôle du médecin du travail est bien établi dans la surveillance des nuisances au poste de travail, aussi bien à priori qu'à posteriori, la gestion du risque environnemental ne fait pas partie des missions que le législateur lui a attribuées. D'après la réglementation actuelle, le médecin de travail a un rôle préventif qui consiste à procéder à des examens en amont et en aval² et de prendre toutes les mesures jugées nécessaires³ qui lui permettent de surveiller les conditions d'hygiène dans les lieux de travail, les risques de contamination et l'état de santé des salariés. Toutefois, est-on en droit de déduire que l'emploi de l'adverbe « Notamment » cache l'intention du législateur d'y est regrouper également l'environnement global de l'entreprise, c'est à dire tous les rejets chimiques, qui peuvent s'avérer polluants ou physique, en l'occurrence le bruit, ainsi que toutes les nuisances qui peuvent atteindre le voisinage immédiat de l'entreprise à court et à long terme.

Certes, il ressort des missions confiées au médecin du travail, que ce dernier joue également un rôle de conseiller en particulier, auprès de la direction de l'entreprise et du chef du service social sur toutes les questions relatives à l'amélioration des conditions de travail, en l'occurrence tout ce qui concerne les constructions et aménagements nouveau ainsi que l'adaptation des techniques de travail à l'aptitude physique du salarié, l'élimination des produits dangereux et l'étude des rythmes du travail. De même, le médecin du travail peut aussi être consulté sur toutes les questions d'organisation technique du service médical du travail, les nouvelles techniques de production et sur les substances et produits nouveaux. Le médecin du travail peut proposer le changement de poste de travail si celle-ci n'est pas conforme à son aptitude physique. On peut citer l'exemple des salariés qui arrivent à un âge avancé et qui déclarent des troubles de santé⁴.

De ce qui précède, l'on constate que le médecin du travail peut associer à plusieurs reprise, même indirectement, la prévention des risques professionnels, sécurité sanitaire et environnementale. C'est à dire que sa mission doit être regardée ici de manière plus large, car au-delà de la sécurité, il lui est assigné également de prendre en compte l'impact des risques physiques, chimiques ou biologiques sur les conditions de vie des salariés, de leurs proches mais également des tiers⁵.

¹ Article 304 du code de travail.

² Article 218 du nouveau code de travail de 2004. « Le médecin de travail a un rôle préventif qui consiste à procéder sur les salariés aux examens médicaux nécessaires, notamment à l'examen médical d'aptitude lors de l'embauchage et à éviter toute altération de la santé des salariés du fait de leur travail, notamment en surveillant les conditions d'hygiène dans les lieux de travail, les risques de contamination et l'état de santé des salariés »

³ Article 319 et 320 de la loi citée précédemment.

⁴ Anne-Françoise Molinié, « La santé au travail des salariés de plus de 50 ans », dans santé et protection sociale, édition 2006 P 543.

⁵ Aujourd'hui, une nouvelle tendance se dessine vers la création d'une nouvelle discipline intitulée « médecine environnementale », apparue en France récemment sous le nom de « Allergologues » ou le médecin sentinelle de l'environnement et de sa relation avec l'être humain. Cette discipline a pour mission d'étudier les relations entre modes de vie et santé.

De plus, dans les entreprises à vocation industrielles, et à la lumière des nouvelles connaissances en matière d'évaluation et de contrôle des risques pour la santé, le médecin de travail est amené à vérifier les substances chimiques utilisées dans l'industrie et libérer dans l'environnement, et évaluer leur nocivité, et les effets cliniques qu'ils peuvent avoir sur la santé des travailleurs, seuls victimes qui y sont exposés de manière aiguë ou prolongée¹.

D'aucun ne peut donc nier l'apport de la médecine du travail dans la connaissance et la prévention des risques environnementaux, surtout que les éléments de toxicologie industrielle se synchronisent avec les données sur l'impact environnemental, et que ces dernières s'appuient sur les valeurs de référence du milieu du travail². Par ailleurs, toute démarche de management environnemental mise en action dans une entreprise peut impliquer des modifications positives ou négatives au poste de travail. Ainsi, par exemple une action, pour recouvrir une unité de production afin d'empêcher des rejets puants ou toxiques pour l'entourage, implique automatiquement une augmentation des concentrations atmosphériques sur l'environnement du travail. L'on note bien alors l'apport de la médecine du travail dans la connaissance et dans la prévention des risques environnementaux.

Il est vrai que les questions de santé, sécurité et hygiènes internes et les préoccupations environnementales externes, passent par une adaptation du processus productif de l'entreprise, afin de répondre aux nouvelles normes technologiques susceptibles d'identifier les risques et de les maîtriser. Ainsi, la prise en compte de la santé des salariés avec leur environnement, compétence toxicologique du médecin du travail, influence de management environnemental de l'entreprise sur le poste de travail, sont autant d'arguments qui doivent amener le médecin du travail à inclure dans son rôle de conseil, de donner des informations sur l'impact environnemental du comportement de l'entreprise. Son champ d'intervention ne doit plus se limiter aux missions classiques de préventions tertiaires couvrant les examens médicaux d'aptitude, et les préventions secondaires liées à la surveillance des conditions d'hygiène dans les locaux (dépistage). Mais, il est nécessaire de l'étendre pour s'orienter vers plus d'interventions en prévention primaire qui vise les facteurs de risques aux postes de travail et dans l'environnement. Dans sa culture médicale, le médecin du travail, doit être guidé par le principe selon lequel, l'évaluation et la maîtrise des risques au poste de travail et ceux de l'environnement forment un tout indissociable³.

La concrétisation de cette tendance passe nécessairement par le renforcement des compétences professionnelles du médecin de travail, et par la mise en activité d'un système de veille qui puisse avoir un rôle primordial dans la surveillance des impacts croisés santé-travail, accompagne d'une volonté de rapprochement entre santé publique et santé au travail. Car, d'aucun ne peut contester que les problèmes de santé au travail peuvent être des alertes pour la santé de la population en général et constituer un signal d'alarme pour les acteurs de la prévention des risques professionnels en l'occurrence le médecin de travail. Les facteurs professionnels pèsent d'un grand poids sur la santé des populations. Les maladies d'origine professionnelle sont nombreuses et diverses : cancers, trouble de l'audition, affections respiratoires, affections articulaires troubles psychologiques et dépressifs, troubles

¹ D'après la définition de l'association internationale d'hygiène du travail- IOHA « La toxicologie industrielle ou « hygiène du travail » est la science visant à anticiper, identifier et contrôler les risques dans l'environnement du travail avec un objectif de protection de la santé et du bien être du travailleur et de la communauté ».

² D'après les termes de l'article 323 du 1^{er} alinéa du code de travail « Le médecin de travail doit être mis au courant par le chef d'entreprise de la composition des produits employés dans son entreprise »

³ Depuis 1985 L'O.I.T conseille l'orientation vers plus d'intervention des médecins de travail en prévention primaire visant, la mise en oeuvre de moyens susceptibles de remédier conjointement aux problèmes de santé au sein des entreprises et ceux de son environnement.

allergiques, asthmes professionnels. Les facteurs de ces risques sont eux-mêmes très nombreux et de natures variées : Nuisances chimiques, physique et biologiques, contraintes physique et posturales, de charge mentale et de stress, d'horaire, de rythme de travail, etc. Au total, les risques professionnels ne concernent pas une seule pathologie ou un déterminant mais un monde immense. Bref, la protection de la santé de la population, dont fait partie les travailleurs, passe par l'évaluation et la maîtrise des risques générés par le système productif et ses conséquences sur l'environnement du travail et de l'entreprise.

Le rôle assigné par la loi, au médecin du travail, à ce niveau en est un élément de plus qui peut authentifier cette tendance. L'emploi de l'expression « *le médecin de travail doit être consulté sur les nouvelles techniques de production..* »¹, implique que ce dernier doit obligatoirement s'intéresser à l'impact de la production de l'entreprise sur la santé des salariés, mais également sur la santé des populations environnantes. Cela lui permettra d'intervenir en amont, au moment même de la conception du processus productif, c'est à dire dans une logique de prévention primaire, unique outil qui permet d'associer cette équipe de prévention à participer à l'évaluation des risques professionnels pour en cerner les conséquences environnementales.

Il faut le dire encore une fois, l'entreprise a intérêt à associer l'équipe de santé au travail aux démarches de certification environnementale. C'est à dire que les acteurs de prévention sont condamnés à cohabiter ensemble. Pour se faire, le médecin de travail ne doit plus se borner dans le cadre de ses missions classiques, comme un généraliste du travail et de sa pathologie. Cette restructuration passe nécessairement par un élargissement des compétences, c'est à dire par la pluridisciplinarité qui inclut sa participation à la sensibilisation de l'entreprise à l'environnement, sa maîtrise et son suivie de l'évolution d'une démarche en management environnemental et enfin l'implication du souci de l'environnement dans les habitudes des travailleurs et dans l'étude des postes de travail². Ce devoir d'information et de sensibilisation du médecin du travail ne doit pas se limiter uniquement aux salariés, mais doit s'étendre également à tous les acteurs de l'entreprise qui doivent ensemble s'habituer à intégrer les manières d'agir pour préserver leur santé comme celle de leurs proches.² L'efficacité de la prévention dépend principalement de l'action des intéressés eux-mêmes : employeurs, cadres et travailleurs. La pédagogie de l'éducation pour la santé dépasse la simple transmission de connaissance pour développer le désir et la capacité d'agir en faveur de la santé, non seulement sur soi-même, mais aussi dans son milieu de vie.

À l'ère où la notion de responsabilité de l'entreprise sonne comme une évidence, et sa légitimité est mesurée par ses actions à l'égard des questions sociales et environnementales, la question d'ouverture du médecin du travail dans ses actions aux préoccupations du management de l'entreprise, qui ne cessent d'évoluer, se pose avec beaucoup d'acuité. Seul un système de santé pluridisciplinaire, élargie aux questions d'environnement, peut permettre de concrétiser cette réflexion. L'objectif recherché par la prévention étant d'assurer le bien-être au travail et aux citoyens. La pratique de la médecine du travail et de l'environnement nécessite l'évaluation de l'ensemble des facteurs à l'origine des problèmes de santé d'un travailleur, en particulier ceux reliés à l'environnement de son travail et d'agir sur ces facteurs au bénéfice du salarié et par conséquent de son entourage, voire même de la population en générale. En ce sens, la pratique de la médecine du travail et de l'environnement intègre les dimensions cliniques et de santé publique. Autrement dit, l'approche thérapeutique doit

¹ Article 322, 3^{ème} alinéa du Code de travail.

² Madeleine Estryn-Behar Avec la collaboration de Jean François Caillard Olivier Le Nézet Claire Charton-Promeyrat Pascale Heurteux et Eric Ben-Brik , Étude PRESST-NEXT Partie 1 Janvier 2004 " Santé, satisfaction au travail et abandon du métier de soignant"

dépasser le traitement individuel pour inclure les actions préventives et correctrices sur des facteurs pouvant nuire à la santé des travailleurs et de la population.

Seule donc, une attention particulière pour les facteurs professionnels et environnementaux peut conduire à de bons diagnostics, à la mise en place de thérapies adéquates et à la diminution des coûts de soins de santé. Car à part les causes biomédicales et comportementales des maladies liées aux habitudes de la vie, la plupart des problèmes de santé sont liés au travail ou à l'environnement. Les statistiques et les enquêtes réalisées, montrent que de nos jours, les médecins de travail ne sont pas adéquatement préparés pour faire face à ce type de problème. En l'absence de programme de formation universitaire dans ce domaine, les connaissances sont généralement acquises en cours pratique.

Il n'y a pas beaucoup de données précises pour évaluer la pratique de la médecine du travail et de l'environnement au Maroc. Une enquête réalisée en 1998 auprès de 582 agrées par le Ministère de l'emploi a fait ressortir les constats suivants : les médecins de travail ne semblent pas percevoir leur rôle au regard des problèmes de santé reliés aux risques professionnels. Côté problèmes de santé reliés à l'environnement, à notre connaissance, aucune étude ne s'est penchée sur cette question, vu la tendance qui continue de régner et qui considère que les médecins de travail n'ont pas à intervenir en ce sens et que c'est à la santé publique que revient la tâche de s'en occuper¹.

La médecine de travail ne doit plus être cantonnée dans son statut classique d'avant. Sa mission doit se pencher sur l'évaluation clinique des salariés présentant des problèmes de santé potentiellement reliés au travail ou à l'environnement et la mise en place d'actions correctives et préventives pouvant également contribuer à la protection de la santé de la population. Pour se conformer à cette nouvelle approche, la médecine du travail doit être cette discipline qui met l'accent, en plus du diagnostic et du traitement des dangers liés aux risques professionnels, sur l'étude et la prévention des maladies et des blessures reliées à des facteurs de l'environnement².

CONCLUSION

En guise de conclusion, ce qui est sûr c'est que depuis ces dix dernières années, les exigences réglementaires relatives à la santé et sécurité et à l'environnement n'ont cessé de sonner comme une évidence dans le monde de l'entreprise. Toutefois, aujourd'hui, si les très grandes entreprises ont permis une avancée plus ou moins importante en la matière, il faut garder à l'esprit le cas des PME, qui disposent de moyens bien différents. Contrairement à ce que l'on peut penser, les petites et moyennes entreprises constituent le berceau de la majorité des problèmes liés à la santé et la pollution de l'environnement. La prévention des risques doit donc former un enjeu stratégique car l'entreprise, et notamment son dirigeant, peut se voir tenue pour responsable et supporter les coûts des dommages, accidents, maladies et pollutions survenus³. Si l'on se limite au seul secteur industriel où les flux de matières et d'énergies ne cessent d'augmenter, et où les dangers sur la santé des travailleurs, via les conditions de travail, et ceux sur la population, via la pollution externe, s'accroissent, il est temps de dire

¹ C.H Iaraoui, N.lahlou Echinard, I.belamlem. K. Harourate, O, Laraoui , C.Verger « La médecine du travail au Maroc : analyse des pratiques et propositions d'action » santé publique 1998, volume 10, N° 4 PP 447-457.

² Louts Party, Louts Jacques, Martinez Baillarceon , Institut national de santé publique du Québec, Bulletin d'information en santé environnementale, volume 19 numéro 1 janvier- février 2008 « Médecine du travail et de l'environnement : De la pratique clinique à la santé publique »

³ BICHON Benjamin, « Réussir la prévention des risques dans les PME ».

que les traditionnelles remises en cause du système industriel, dominées par les questions de pollution et d'épuisement des ressources naturelles ne suffisent plus.

POSTFACE |

POSTFACE

M. Azzedine MEKOUAR

À la différence des précédentes séquences historiques qui ont jalonné l'épopée mondialisatrice, plus de quatre siècles lors desquels propagation des faits sociaux et diffusion des idées allaient de concert, quand bien même le plus souvent à un rythme lent et sur un mode cacophonique, la séquence néolibérale contemporaine se caractérise nettement moins par la généralisation escomptée des bienfaits du développement économique que par la globalisation de la pensée unique réputée en être à l'origine.

Car, au terme d'une fallacieuse confrontation idéologique, qui n'aura en réalité mis aux prises, bien loin de la moindre expérience socialiste, que ses deux variantes marchande et étatiste, le mode de production capitaliste s'est auto-créité d'un pseudo-triomphe qui réside essentiellement, en définitive, dans la prégnance d'une construction idéale totalitaire, d'envergure universelle.

De cette rhétorique en effet, depuis déjà plusieurs décades, maints concepts et catégories convenus procèdent qui, se drapant de la force de l'évidence et bravant toute mise à l'épreuve, colonisent les discours philosophique, scientifique, décisionnel ou médiatique, forgent massivement les mentalités et se lovent au principe des politiques qui gouvernent le système-monde, sans susciter, sinon marginalement, de remise en cause.

Ainsi en-est-il des trois concepts clés qui structurent la thématique du présent Colloque. Lorsqu'ils sont usités (y compris dans ce recueil, à par exception), santé, environnement et développement renvoient communément à leurs acceptions dominantes, qu'il ne vient que rarement à l'esprit d'interroger. Pourtant, à raison moins d'un intérêt paradigmatique pur, que des graves retombées factuelles inhérentes à leur forte charge symbolique, il serait des plus judicieux, en prélude à une rupture épistémologique, de mettre ces concepts à la question.

- De prime abord s'impose, de par sa posture matricielle, une archéologie du concept du développement. À s'en tenir à l'étymologie, le vocable (circonscrit aux sciences sociales) évoque les notions dialectiques d'évolution, de progressivité, de perfectibilité, propres aux finalités qualitatives dont l'horizon échappera perpétuellement à la finitude. Or, répondant d'une simple rationalité instrumentale, quantitative, immédiate, la représentation du développement aujourd'hui consacrée trouve sa quintessence dans une réification de la croissance économique, partant, dans une maximisation de la consommation, donc du revenu moyen. À l'aune de cette souveraineté, qui ravale au rang d'instrumentalité les entités humaine et écologique, passage obligé est devenue la déclinaison du développement en sous-catégories subjectives aussi récurrentes que non significatives.

De la sorte, sont réputés développés, leur mission historique accomplie, les pays trônant, en tant que référentiel absolu, revenu moyen élevé et confort matériel opulent, au centre de la polarité concentrique multiple (scientifique, technologique, financière, communicationnelle, décisionnelle, productive) qui régit le système mondial ; en comparaison, sont présumés émergents (au développement), en voie de développement, sous-développés, les moins avancés (vers le développement), voire en voie de sous-développement, selon une hiérarchie arbitraire des revenus et du confort, les pays dispersés parmi les cercles périphériques gigognes qui, de loin en loin, consolident ce système et auxquels il incomberait donc, par le jeu d'un mimétisme mécanique, il ne tient qu'à eux, d'accéder également à la sphère du développement.

Une telle nomenclature s'avère, à plus d'un titre, proprement dénuée de la moindre pertinence. Tout d'abord, l'analyse dût-elle-même être cantonnée à la dimension matérialiste primaire de la condition humaine, il s'agirait d'envisager non des pays en bloc, supposés homogènement développés ou sous-développés, mais des formations sociales composites où, quelle qu'en soit la configuration, des couches sociales plus ou moins nanties et intégrées en côtoient d'autres plus ou moins déshéritées et exclues, partout l'opulence s'accommodant apparemment sans peine de la pauvreté.

Plus fondamentalement, l'analyse dégagerait une tout autre hiérarchie si elle devait, en regard des postulats du développement durable, considérer en premier les dimensions non matérielles de l'existence. À en dresser simultanément le parallèle, c'est sans conteste bien davantage au Centre qu'à la Périphérie que l'individualisme forcené supplante la solidarité ; que, en dépit des illusions du consumérisme, sévit la pauvreté immatérielle ; que l'ivresse technologique tient lieu de raison d'être ; que s'incrute la défiance envers l'altérité ; que prospèrent les ravages de l'insouciance écologique ; en un mot, que peine l'éthique à labourer les consciences. Cela étant, à l'échelle des paramètres qualitatifs du développement, les pays « sous-développés » ne sont donc pas toujours ceux qui passent habituellement pour l'être.

Par conséquent, la quête, inversion des valeurs, deviendrait-elle un développement durable, soucieux d'épanouissement humain en symbiose avec la sauvegarde écologique, qu'il faudrait objectivement se résoudre à regarder tous les pays sans exception, puisqu'aucun n'est uniformément ni développé ni sous-développé, comme formations sociales en voie permanente de développement, chacune à son stade, la relativité des itinéraires pouvant, au besoin, condamner parfois à puiser un surcroît de développement dans une décroissance économique sélective. Cette nouvelle approche ne pourrait manquer d'interférer, en toute logique, sur les représentations de la santé et de l'environnement.

Premier prolongement, il y a lieu de reconsidérer le concept de santé. Éminemment subjective, car complexe, mouvante, insaisissable, cette notion se prête davantage qu'une autre au malentendu. Dans sa nature, la santé résulte d'une multitude interactive de déterminants. Toutefois, dès lors que le développement capitaliste ramène l'être humain à une force productive, le seul impératif consistant dans la réparation *a posteriori* des dysfonctionnements de cette dernière, l'acception dominante de la santé renvoie implicitement au champ étriqué du système médical.

Ainsi est-il communément question de système de santé (infrastructure et déontologie médicales), droit de la santé (médical, pharmaceutique et hospitalier), d'économie de la santé (allocation optimale des ressources médicales), de sociologie de la santé (représentations sociales de la maladie et des soins médicaux), de politique de la santé (priorités parmi les prestations médicales), d'indicateurs de santé (morbidité, longévité, mortalité), d'éducation sanitaire, de droit à la santé, ou de gouvernance sanitaire, lorsqu'il s'agit seulement en réalité, tour à tour, de système médical, de droit médical, d'économie médicale, de sociologie médicale, de politique médicale, d'indicateurs médicosanitaires, d'éducation médicale, de droit aux soins médicaux, ou de gouvernance médicale.

Cette méprise est lourde de conséquences. Dans la mesure où, reposant sur une approche statique, l'identification de la santé à la médecine laisse entendre que : le système médical est débiteur de santé ; l'accès à ses prestations confère ou rétablit une santé idéale ; les progrès de la médecine se répercutent forcément sur l'état de santé collectif ; à la limite, l'omnipotence médicale serait promise sur le tard à défier jusqu'à l'utopie de l'immortalité, il pourrait alors

sembler nécessaire et suffisant de généraliser l'infrastructure médicale pour garantir qualité et équité sanitaires.

Dans ces conditions, afin de se défaire d'une mystification, autant que de resituer le sanitaire au niveau de tous ses déterminants, qu'ils soient sociétaux (physiologiques, psychosociaux, spirituels) ou écologiques, indispensable et percutante serait la substitution du concept de santé par celui, plus expressif, de santé. Acception élargie pour approche dynamique, ce dernier ne prêche pourtant pas la quête chimérique d'une santé parfaite, laquelle ne pourrait être ni concevable dans l'absolu, ni équitablement opposable en tant que telle. La santé, qui se mérite, se comprend plutôt comme aspiration, conquête incessante à l'intérieur d'un affrontement avec les réalités biologique et relationnelle, entre dotation génétique initiale et adaptation aux influences exogènes qui, propices ou défavorables, vouent ensemble à une inexorable dégénérescence, quels que soient par ailleurs les diverses préventions ou l'appoint de la médecine.

Autrement dit, formation *a priori*, promotion, puis déclin, de la santé participent d'une finalité transversale, édification collective et responsabilité individuelle, qui constitue en somme le pendant de toute la dialectique du développement durable. Aussi bien, pas plus qu'à la beauté ou au bonheur, il ne saurait être question, par delà le droit aux soins médicaux, de revendiquer un droit à la santé, sauf à confondre celui-ci avec l'intégralité indivisible de tous les droits humains.

Second prolongement, il reste à spécifier le concept d'environnement, dont l'usage en l'occurrence se révèle doublement impropre. D'une part, puisque, de manière générale, ce terme générique, polysémique, peut désigner tout élément qui environne, entoure, conditionne ; en référence à l'environnement, il peut s'agir, entre autres, de l'atmosphère familiale, de l'ambiance professionnelle, de la conjoncture économique, du contexte culturel, du milieu social, de la configuration géopolitique, ou du paysage alentour. Or, censée implicitement, sans précision, évoquer la seule dimension naturelle, l'acception hégémonique du vocable, arbitrairement exclusive des autres, peut prêter à confusion, lorsque sont évoqués droit de l'environnement, économie de l'environnement, politique de l'environnement, indicateurs de l'environnement, conscience environnementale, droit à l'environnement ou gouvernance environnementale.

- D'autre part, puisque, préciserait-on même qu'il s'agit du registre écologique, l'environnement ne revêt, eu égard à la rationalité capitaliste, qu'une connotation bassement instrumentale. Ensemble des conditions naturelles (physiques, chimiques, biologiques) qui se contentent d'enceindre *homo œconomicus* tout puissant, l'environnement, considéré inerte, indifférent, impassible, n'y est jamais envisagé, comme réservoir de ressources et réceptacle de rejets, qu'autant qu'il se révèle susceptible de favoriser l'activité humaine.

En conséquence, mieux vaudrait, au regard de la logique du vivant qui fonde le développement durable, préférer à celle, péjorative, d'environnement, des notions écologiquement plus signifiantes de la Nature, en ce qu'elle est à la fois vivante, dynamique et torturée. Ce n'est qu'en l'invoquant, au choix, comme Terre-Patrie, berceau primordial, ou Biosphère, nourricière du vivant, ou encore Patrimoine naturel, héritage immémorial à préserver, que l'humanité prendra pleinement conscience, responsabilité autrement plus lourde, qu'elle en est non le maître mais le dépositaire. À ce titre, bien inspirée serait une consécration de la catégorie plus explicite d'écologie, partant, de ces modulations, droit écologique, économie écologique, politique écologique, indicateurs écologique, conscience écologique, droit à l'écologie, ou gouvernance écologique.

Manifestement, leur remise en cause aura, *in fine*, permis de dépouiller les trois concepts des préjugés qui les tronquent. Nonobstant, les idées reçues ayant les dents longues et la vie dure, l'on peut sans illusions gager qu'en matière de développement, de santé ou d'environnement, les acceptions actuelles, aussi réductrices qu'inexplicites soient-elles, continueront encore longtemps de prévaloir, ici, confortable infatuation, ou là, désespérante vanité.