



HAL
open science

Entre violences armées et politiques néolibérales, des systèmes de santé en grande difficulté

Élisabeth Longuenesse

► **To cite this version:**

Élisabeth Longuenesse. Entre violences armées et politiques néolibérales, des systèmes de santé en grande difficulté. *Confluences Méditerranée*, 2024, Des systèmes de santé à la dérive, 128, pp.13-20. 10.3917/come.128.0014 . halshs-04593012

HAL Id: halshs-04593012

<https://shs.hal.science/halshs-04593012>

Submitted on 29 May 2024

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Entre violences armées et politiques néolibérales, des systèmes de santé en grande difficulté

Elisabeth Longuenesse, Institut Français du Proche-Orient, Comité scientifique de Confluences Méditerranée

La pandémie de Covid-19 a cruellement mis en lumière les inégalités abyssales dans l'accès aux services de santé, aux équipements, aux vaccins, entre pays riches et pays pauvres, mais aussi entre régions ou groupes sociaux. Elle a suscité de nombreuses enquêtes et travaux critiques sur l'état des systèmes de santé, y compris dans quelques-uns des pays de la région Méditerranée¹.

Il est pourtant admis que la santé est un droit universel, depuis son inscription dans la Déclaration Universelle des Droits Humains de l'ONU en 1948, comme dans la charte de l'OMS qui proclame : « *La santé de tous les peuples est une condition fondamentale de la paix du monde et de la sécurité* ». Droit individuel, c'est aussi un droit collectif, associé à l'idée plus large des droits sociaux, du droit au logement, à celui de l'alimentation, en passant par la sécurité ou un environnement sain. Reste à identifier les moyens de garantir ce droit.

Au lendemain de la Seconde Guerre mondiale, les pays développés mettent en place des systèmes de protection sociale qui incluent l'assurance maladie et la protection contre les accidents du travail, mais aussi une protection contre le chômage et un droit à la retraite. Dans le même temps, les pays colonisés qui accèdent à l'indépendance font de la santé, comme de l'éducation, des missions essentielles des nouveaux États, à la fois condition et conséquence de l'effort de développement. Les politiques d'aide au développement, qui prennent le relais des politiques coloniales de modernisation, considèrent de plus en plus la santé comme un enjeu central d'un « développement » conçu sur le modèle des pays industrialisés².

La conférence d'Alma Ata en 1978 a introduit le concept de « soins de santé primaire » et la notion de « soins de santé pour tous », en associant à nouveau les progrès sanitaires à l'éducation et à la prévention, mais aussi et toujours au développement économique. celui-ci étant désormais conçu dans une perspective de marché. En 2000, sur les huit « Objectifs du Millénaire pour le Développement » adoptés par l'ONU, trois concernent la santé : réduction de la mortalité infantile, amélioration de la santé maternelle, combat contre le VIH, le paludisme et autres maladies³. La santé occupe désormais une place croissante dans l'aide publique au développement et l'OMS se repositionne en coordinateur d'initiatives de santé globale. Mais si les acteurs se multiplient, ils tendent à revenir à une définition restrictive de la santé dans sa définition biologique⁴. Les soins de santé primaires sont désormais au cœur des stratégies d'aide à l'amélioration de la santé des populations et prétendent s'appuyer sur la participation des communautés locales. Celle-ci est toutefois souvent illusoire et se réduit à la délégation de la mise en œuvre de programmes élaborés au sommet à des associations caritatives en concurrence pour l'accès aux financements. En outre, dès les années 1990, les politiques d'ajustement structurel imposent progressivement une logique gestionnaire et les soins de santé primaires deviennent un outil de la réduction des dépenses publiques de santé⁵.

¹ On citera, entre autres : Bayram Balci, Philippe Bourmaud et Sümbül Kaya (dir.), *Analyses pluridisciplinaires sur la crise sanitaire COVID-19 en Turquie, Istanbul Les Dossiers de l'IFEA*, 2021 ; Oissila Saaidia (dir.), *Vivre au temps du Covid-19 : chroniques de confinement : regards de chercheurs depuis la Tunisie*, Tunis, IRMC, 2020 ; Laurent Bonnefoy, *Oman : Quand pandémie et transition politique se conjuguent (2020-2022)*, Paris, *Les Études du CERI*, N° 263, octobre 2022. Giannipapaolo Ferrari présente dans sa contribution l'importance de la réflexion des sociologues italiens pour tirer les leçons de la pandémie dans leur pays.

² Une représentation du développement désormais remise en question, depuis la démonstration de Gilbert Rist, *Le développement, histoire d'une croyance occidentale*, Paris, Presses de Sciences Po, 2007

³ Pierre-Marie David, « La santé : un enjeu de plus en plus central dans les politiques publiques de développement international ? », *Socio-logos*, N°6, 2011, <https://journals.openedition.org/socio-logos/2522>.

⁴ *Ibid.*

⁵ Bernard Hours, « La santé publique entre soins de santé primaire et management », Paris, *Cahiers des Sciences Humaines* N°28, 1992, pp. 123-140

Dans ce contexte, il est paradoxal que les travaux de sciences sociales appliqués aux questions de santé dans le monde arabe soient relativement peu nombreux – particulièrement en français⁶. La publication par l'Université américaine de Beyrouth, en 2012, de l'ouvrage *Public Health in the Arab World*, vient en partie combler ce manque⁷. Résultat de plusieurs années de réflexion collective, ce volume regroupe une quarantaine de contributions et plusieurs dizaines d'auteurs. Mais malgré le souci d'introduire une réflexion sur les facteurs sociaux et environnementaux de la santé, il reste marqué par une approche biomédicale de la santé publique.

Le présent numéro de *Confluences Méditerranée* cherche donc à contribuer à la réflexion sur l'évolution des systèmes de santé au Moyen-Orient et dans l'espace méditerranéen, dans une perspective associant approches d'économie politique, de santé publique, et d'anthropologie. La dizaine d'articles ici regroupés traitent de sujets très divers, mais en filigrane, se dessinent certaines préoccupations partagées, autour de la crise des systèmes de santé dans un contexte où se conjuguent les effets des situations de violence et de guerre et ceux des politiques de désengagement des États parallèlement au renforcement du rôle des organisations internationales, non-gouvernementales ou interétatiques, sans négliger le vécu des individus. Le champ de recherche concerné est immense et ce dossier est inévitablement très incomplet, tant du point de vue des pays analysés, que des thématiques abordées. La question de l'encadrement médical et de la formation des personnels de santé, y compris du personnel infirmier⁸, est ainsi à peine évoquée dans quelques contributions, de même que le tourisme médical.

Nous aurions souhaité, comme toujours dans les numéros thématiques de la revue, quelques contributions concernant le nord et l'est de l'espace méditerranéen. Certes, les problématiques sont à première vue très différentes : d'un côté, des pays à économie libérale industrielle plus ou moins avancée, ayant mis précocement en place des systèmes de protection sociale, héritiers tantôt des mutuelles ouvrières du XIX^{ème} siècle, tantôt des institutions caritatives chrétiennes, soit financés par l'impôt (système beveridgiens) soit par le travail (système bismarckiens)⁹ ; de l'autre des pays ayant connu une période plus ou moins longue de colonisation, où le colonisateur a parfois justifié un projet « civilisateur », par l'introduction d'une éducation et d'une médecine « modernes »¹⁰, qui ne pouvait masquer la nature oppressive et spoliatrice du projet colonial. Entre les deux, la Turquie, la Grèce ou l'Iran n'ont pas connu de domination coloniale directe, et leur trajectoire combine des éléments des deux « modèles », libéral d'un côté, développementaliste de l'autre. Au-delà des modèles, les trajectoires de chaque pays sont marquées par une histoire particulière, produit de luttes sociales et de compromis remis en question au fil de l'évolution des rapports de force et de la construction des États. Dans le cas de la santé, comme plus largement des questions sociales (travail, logement, école, enfance, etc.), l'espace méditerranéen témoigne donc d'une diversité, qu'il nous semble d'autant plus intéressante de confronter que tous ces pays sont soumis aujourd'hui aux injonctions des politiques néolibérales de rationalité et de rentabilité, en même temps qu'à des évolutions sociales et culturelles majeures ; celles-ci touchent les représentations liées au corps, à la santé, aux droits humains, à la façon dont les professionnels concernés répondent aux attentes des citoyens, et dont les acteurs collectifs, qui constituent ce que l'on désigne sous le nom de société civile, s'organisent à cet effet.

La seconde moitié du XX^{ème} siècle a vu successivement l'hégémonie du modèle développementaliste, sa crise et sa remise en question. L'imposition brutale des normes néolibérales de désengagement de l'État et l'intervention des organisations internationales, interétatiques ou non-gouvernementales ont reconfiguré radicalement les rapports entre États et sociétés, creusé les inégalités entre les groupes sociaux, ébranlé les systèmes de santé, et modifié les représentations du droit à la santé.

⁶ Parmi les quelques exceptions, outre les travaux d'Anne-Marie Moulin et de Sylvia Chiffolleau, on peut citer un dossier publié par le CEDEJ en 2007 : *Figures de la santé en Égypte*, Le Caire, *Égypte Monde arabe*, n° 4, 2007. Sans compter les travaux des chercheurs des pays du Maghreb, pas toujours faciles d'accès.

⁷ "In the Arab world, research on the history and sociology of health and medicine remains limited", voir Elisabeth Longuenesse, Sylvia Chiffolleau, Nabil Kronfol, Omar Dewachi, "Public Health, the Medical Profession and State Building: A Historical Perspective", in *Public Health in the Arab World*, Cambridge, 2012, p. 7.

⁸ Voir Anne-Marie Moulin, « Genre et Soins. Du statut et de l'évolution récente des professions de santé dans la péninsule Arabique », *Arabian Humanities*, N°1, 2013, <https://journals.openedition.org/cy/1910>

⁹ Pierre Rosanvallon, *La crise de l'État providence*, Paris, Seuil, 1992

¹⁰ Yvonne Turin, *Affrontements culturels dans l'Algérie coloniale, : école, médecine, religion, 1830-1880*, Alger, Entreprise nationale du livre, 1971

Le cas grec, qui malheureusement n'est pas traité dans ce numéro, est particulièrement révélateur de ce point de vue. On sait à quel point le système de santé y a souffert des politiques d'austérité imposées par la troïka¹¹, mais peut-être moins comment les professionnels de la santé et la population ont fait face, quel élan de solidarité s'est produit, à la fois à l'intérieur du pays et à l'international¹².

En Irak, comme en Syrie, en Algérie ou en Libye, dans des contextes certes différents, des services de santé en principe accessibles gratuitement à tous¹³ avaient été mis en place au lendemain des indépendances ou à l'arrivée au pouvoir de partis se réclamant d'une forme de socialisme « arabe ». Si l'on peut être tenté de rapprocher ces choix du modèle dit beveridgien dans une économie libérale, Mohamed Mebtoul propose plutôt, à juste titre, de les qualifier de « populisme sanitaire ». Il est en effet peu pertinent d'appliquer un modèle construit dans une économie industrielle, dans une perspective de protection contre les risques sociaux, à un contexte de pays dit « en développement », où le projet est de faire accéder les populations à la « modernité » et au bien-être censé y être associé, mais s'accompagne d'un autoritarisme en réalité peu attentif aux besoins et à la sensibilité réelle des dites populations.

En tout état de cause, les modèles populistes se sont rapidement heurtés aux blocages économiques et à la corruption découlant de la logique autoritaire des régimes. À partir des années 1980, loin de lever ces blocages, les politiques néolibérales mises en œuvre sous la pression des organisations internationales et des plans d'ajustement structurel, synonymes de réduction des dépenses publiques et d'encouragement à un secteur privé lucratif, n'ont qu'aggravé les inégalités sociales et régionales.

Les soulèvements populaires de 2011 exprimaient l'épuisement des populations face aux difficultés croissantes, et leur rejet du mépris de dirigeants corrompus. Ils ont dramatiquement débouché sur des contre-révolutions¹⁴, des situations de guerre civile et de division, en Syrie, en Libye, au Yémen, au Soudan, ou sur le retour de régimes encore plus autoritaires que précédemment, comme en Égypte, plus récemment en Tunisie, ou de maintien sous une forme particulièrement brutale de l'ancien régime, comme en Syrie.

Dans ce contexte de crises et de violences, les services de santé ont subi de terribles destructions. Les hôpitaux ont été directement ciblés par les bombardements, en Syrie comme au Yémen – et plus récemment, de façon dramatique et à une échelle jamais égalée, à Gaza – tandis que les professionnels de santé payaient un lourd tribut, et souvent n'avaient d'autre choix que celui de la fuite et de l'émigration.

En Irak, le système de santé publique a souffert de la succession des guerres : la guerre Irak-Iran de 1980 à 1988, la guerre du Golfe de 1991, suivie d'un long embargo de 10 ans, jusqu'à l'invasion américaine de 2003. La désorganisation du pays depuis 2003, le poids des logiques ethno-confessionnelles, la corruption et l'incompétence de la classe politique, le règne des milices¹⁵ entravent la mise en place d'une administration et de services publics accessibles à tous. Robert Istepanian dénonce la responsabilité des élites politiques et religieuses dans la faillite des services de santé de base, au profit d'un secteur privé très lucratif réservé à une minorité, et propose des pistes de réforme, incluant des stratégies innovantes utilisant les ressources numériques.

En Libye, suite aux années de guerre interne et à la division du pays, le secteur public de la santé est délabré, un tiers des centres de santé primaire ont fermé alors que des dizaines de médecins ont quitté le pays. Maria Morato et Caterina Barbi montrent comment la montée en puissance du secteur privé qui en découle creuse les inégalités d'accès aux services de santé, tandis qu'une petite élite choisit de plus en plus d'aller se faire soigner à l'étranger, particulièrement en Tunisie.

En Syrie, la destruction des hôpitaux dans les régions insurgées, leur utilisation comme centres de torture, a entraîné l'effondrement du système de santé et l'exil de trois quarts des médecins. Pourtant, son système de santé avait connu des progrès importants jusqu'aux années 1980, un accès universel et

¹¹ Noëlle Burgi, « Le démantèlement méthodique et tragique des institutions grecques de santé publique », Paris, *La Revue de l'IRES*, N° 91-92, 2017, pp. 77 à 110

¹² Pascal Franchet, « Une caravane militante est en marche vers les dispensaires grecs ! », Liège, *CADTM*, 29 février 2016

¹³ Pour une présentation synthétique de l'état des systèmes de protection sociale dans le monde arabe au début des années 1990 voir Elisabeth Longuenesse et al. « Systèmes de protection sociale dans le monde arabe », Paris, *Monde Arabe, Maghreb-Machrek*, n° 138, 1992, pp. 111-126 ; Brigitte Curmi et Sylvia Chiffolleau (dir.), *Médecins et protection sociale dans le monde arabe*, Beyrouth, *Les Cahiers du Cermoc*, n° 5, 1993.

¹⁴ Voir Révolution et contre-révolution dans le monde arabe, Paris, *Confluences Méditerranée*, n° 115, 2020.

¹⁵ Voir Adel Bakawan (dir.), *Irak : un destin tragique*, Paris, *Confluences Méditerranée*, n° 116, 2021.

gratuit aux services de santé de base était alors assuré par le secteur public – au point que jusqu’aujourd’hui, comme le raconte Anis Cherif-Alami, de nombreux Syriens réfugiés au Liban, incapables de faire face au coût de la santé dans leur pays d’accueil, choisissent de retourner se faire soigner dans le pays qu’ils ont pourtant fui, malgré les risques encourus.

En Palestine, c’est la violence de la puissance coloniale qui morcelle l’espace et la société, détruit et appauvrit le système de santé, favorise l’impuissance et la corruption de l’Autorité palestinienne et la privatisation des services de santé. Samira Jarrar montre comment la santé est devenu un outil de domination qui s’appuie sur la destruction systématique des infrastructures, mais aussi, de façon paradoxale, sur l’attraction qu’exerce l’excellence du système de santé israélien sur les médecins palestiniens, nombreux à partir y exercer. À travers l’exemple des transplantations d’organe, elle éclaire concrètement les effets de la fragmentation du territoire, de la difficulté à circuler, du manque de moyens.

À l’opposé de la plupart des pays de la région, le système de santé libanais a toujours été dominé par le secteur privé lucratif. La timide tentative d’introduction d’un droit à la santé universel durant le bref mandat de Fouad Chehab (1958-1964) avait tourné court face à l’emprise des intérêts communautaires. Il faut attendre 1971 pour que soient appliqués les décrets d’application du volet assurance maladie de la caisse de sécurité sociale, fondée en 1963¹⁶. La guerre civile (1975-1990) anéantit la plus grande partie des structures hospitalières publiques, favorisant corrélativement une croissance rapide du secteur privé et des ONG dans les années 1990-2000. Mais l’effondrement de la monnaie nationale depuis 2019 a rendu l’accès aux services de santé encore plus inégalitaire. La déliquescence d’une classe politique certes moins violente, mais non moins corrompue, a rapproché le pays de ses voisins, tandis que la présence des réfugiés syriens, dont le nombre est évalué au quart de la population du pays, pèse lourdement sur ses infrastructures et sur ses services publics. À l’instar des pays les plus pauvres, ou dévastés par les guerres, le Liban « bénéficie » aujourd’hui de l’aide d’une multiplicité d’organisations internationales, pour soutenir le programme de promotion des centres de santé primaire lancé par le ministère de la Santé en 1996. Arrivées en masse pour aider à gérer l’afflux des réfugiés syriens, elles incluent de plus en plus dans leurs programmes les populations libanaises paupérisées par l’effondrement économique du pays – au prix d’une cacophonie due à l’absence d’un acteur étatique responsable en dernière instance de définition d’une politique et de la coordination des interventions sur le terrain. Dans ce numéro, Abdallah Muhieddine met en lumière l’incohérence de la politique du ministère de la santé, marginalisé par le poids croissant des organisations internationales et des ONG locales qu’elles financent.

Dans un pays où la santé est massivement privatisée et où les réfugiés syriens, souvent sans statut légal, sont privés de tout droit, marginalisés et souvent rejetés et méprisés par une partie de la population locale, Anis Cherif Alami, déjà cité, a de son côté essayé de comprendre quelles ressources ils réussissaient à mobiliser.

L’exemple égyptien, à travers le cas de la santé maternelle, met en lumière une autre modalité d’intervention des organisations internationale et de promotion des soins de santé primaire. Dans un contexte d’appauvrissement de la population et de reprise de la croissance démographique, la question du contrôle des naissances est revenue au cœur des préoccupations des autorités égyptiennes et des organisations internationales qui se penchent à son chevet. Mariam Ghafir analyse de façon précise et subtile la façon dont l’État égyptien, avec l’aide de l’OMS et de la Banque mondiale, s’efforce de promouvoir une « médecine de famille », censée améliorer la santé des femmes et les aider à réguler les naissances. Ce faisant, les méthodes autoritaires, le manque de moyens et la sous-rémunération des professionnels affectés aux centres de planning familial suscitent la défiance des intéressées, tout en les culpabilisant. Plus largement, l’article met en lumière le cercle infernal de l’autoritarisme et de l’inefficacité.

L’Iran de la Révolution islamique semble à l’inverse imperméable à ces injonctions. Le pays est toutefois peut-être moins monolithique que ce que l’on imagine. Aurore Sahar Saaidnia montre que le droit universel à la protection sociale introduit par le régime islamique est resté éclaté au profit d’une

¹⁶ Entretien avec le Dr Tobie Zakia, président de la Caisse de sécurité sociale, Paris, le 15 décembre 2023. Le Dr Zakia dénonce le fait qu’ait toujours dominé une logique d’assurance privée lucrative, au détriment d’une logique de solidarité. Voir aussi : *Timeline: Social Protection in Lebanon | September, 1946 to December, 2021*, Beirut, Civil Society Knowledge Centre, janvier 2022

multiplicité d'acteurs corporatistes ou religieux, dont le rôle est particulièrement important dans les régions. Les politiques de désengagement de l'État favorisent une forme d'éclatement de l'action publique et d'autonomie de ces acteurs, qui peuvent entrer en compétition sur le marché des services de santé, loin de la centralisation imaginée du régime, tandis que l'autorisation de la chirurgie de changement de genre révèle une circulation de pratiques et de représentations inattendue.

Loin des modèles de protection sociale ou du droit universel à la santé officiellement promus, on assiste ainsi un peu partout à un désengagement de l'État et à une marchandisation du social, dans lequel les organisations internationales, interétatiques ou non-gouvernementales, jouent un rôle d'accompagnement paradoxal.

L'Italie elle-même, qui a inscrit le droit à la santé dans sa constitution, et a construit un des premiers systèmes de santé universels en Europe, se trouve aujourd'hui confrontée à un certain nombre d'impasses, que la crise du Covid-19 a révélées au grand jour. Giovannipaolo Ferrari démontre que l'affaiblissement du rôle de l'État central au profit de « l'autonomie différenciée », qui avait permis à la Lombardie d'investir dans l'excellence hospitalière, au détriment de la médecine de proximité, a eu pour effet de la rendre incapable de faire face à la pandémie. L'impact dramatique de la pandémie a ainsi prouvé les limites d'une approche centrée sur la biomédecine, le curatif et les technologies de pointe, et l'importance du rôle de l'État central pour promouvoir la solidarité et l'égalité des citoyens, mais aussi le rôle essentiel de la médecine de proximité.

En Italie, comme en Irak ou au Liban, la logique de marché favorise la médecine supposée de pointe, au détriment de la prévention, qui a besoin de pouvoir s'appuyer sur des institutions publiques solides et sur un État soucieux du bien-être de ses citoyens. L'aide internationale, l'intervention des ONG, la promotion d'une société civile orpheline, privée des outils démocratiques lui permettant de peser sur les politiques publiques, restent incapables de promouvoir la santé pour tous, dans une perspective de promotion des droits humains, et d'égalité des citoyens.