

La santé, les soins et le capitalisme

PAR COLIN LEYS¹

Traduit de l'anglais par Thomas Chiasson-LeBel

Selon une croyance largement répandue, le capitalisme serait à l'origine des progrès de la santé au cours des 125 dernières années. Le capitalisme est vu comme le moteur de la croissance, et cette croissance est perçue comme une condition essentielle à l'amélioration de la santé. Or, il n'en est rien. Les pays pauvres peuvent avoir et ont parfois des populations en meilleure santé que les pays riches. Les États-Unis sont présentés par exemple comme le leader mondial en médecine alors que ce pays est en fait le champion des échecs du marché dans le domaine de la santé. Les Américains dépensent près du cinquième de leur immense budget national pour produire des résultats à peine meilleurs, voire pires dans certains cas que leurs voisins cubains, dont le revenu par personne ne représente que le vingtième du leur. Les « percées » dans les sciences et les technologies de la santé – en médecine nucléaire, en génétique ou dans les nanotechnologies – sont présentées comme des triomphes de l'investissement capitaliste dans la recherche. Or la recherche médicale réellement innovante se réalise en fait dans les écoles médicales et les laboratoires subventionnés par l'État.

L'origine de l'idée selon laquelle le capitalisme est bon pour notre santé réside dans la « révolution de la mortalité » qui s'est amorcée en Angleterre à la fin du XIX^e siècle. Auparavant, la santé physique de la plupart des gens telle que mesurée par l'espérance de vie était très mauvaise. Les maladies infectieuses étaient fréquentes, plusieurs étant transmises par les animaux à la suite du développement de l'élevage. Les gens mangeaient des aliments contaminés et buvaient l'eau des rivières qui servaient aussi d'égoûts, ainsi que sont toujours

1 Ce texte est la traduction de : Colin Leys, « Health, health care, and capitalism », dans Leo Panith et Colin Leys (dir.), *Socialist Register 2010. Morbid Symptoms, Health Under Capitalism*, Toronto, Fernwood Publishing, 2009. Il a d'abord été publié dans *Socialist Register* (www.socialistregister.com) par Merlin Press (www.merlinpress.co.uk). L'auteur tient à remercier Nancy Leys Stepan pour son aide inestimable dans la recherche des sources; il tient aussi à la remercier de même que David Rowland pour leurs critiques acérées et leurs suggestions.

contraintes de le faire des centaines de millions de personnes qui vivent dans les pays du Sud. La situation empirera lorsque l'industrialisation déplacera des masses de gens depuis les campagnes vers les villes. En 1840, à Liverpool, l'espérance de vie moyenne des enfants qui naissaient dans une famille de classe prolétarienne n'était que de 15 ans alors que dans les familles de classes aisées, elle était le double, ne dépassant pas toutefois 35 ans². De plus, à quelques exceptions près (comme la vaccination contre la variole largement pratiquée à partir de 1800), la plupart des traitements pour les maladies infectieuses étaient inutiles, voire nuisibles, comme c'était le cas avec la saignée. Jusque dans les années 1850, les patients étaient parfois saignés à mort alors qu'ils auraient eu des chances de s'en sortir si on leur avait épargné cette pratique. Quant aux femmes, elles étaient plus en sécurité lorsqu'elles accouchaient à la maison plutôt que dans les hôpitaux où, dans certains cas, plus du quart d'entre elles mourraient de fièvre puerérale³.

Néanmoins, à partir des années 1870, la santé de la population en Angleterre commence à s'améliorer considérablement. En 1850, l'espérance de vie en Angleterre et au Pays de Galles était approximativement de 40 ans. En 1950, elle atteignait près de 70 ans, une augmentation inégalée dans l'histoire de l'humanité. Depuis lors, le rythme d'amélioration a diminué, mais l'espérance de vie a tout de même continué son ascension par un ajout de deux ans et demi chaque décennie. Cette tendance générale s'est reproduite, non sans quelques variations, en Europe de l'Ouest et en Amérique du Nord, puis à travers le monde malgré un certain délai, bien que ce fut par des voies souvent bien différentes et avec d'énormes disparités entre les classes sociales⁴. Le changement en cause est souvent appelé « transition épidémiologique », pour signaler le passage de l'ère où les maladies infectieuses étaient la principale cause de décès à une période où ce sont plutôt les maladies chroniques non contagieuses qui se développent chez les personnes âgées et qui sont les principales causes de mortalité. C'est bien en Angleterre, épicerie du capitalisme industriel, qu'une telle transition eut d'abord lieu. Toutefois, puisque l'industrialisation capitaliste a aggravé les risques de contagion, et puisque les capitalistes se sont souvent opposés aux

2 Friedrich Engels, « The condition of the working class in England in 1844 », dans Karl Marx, *Karl Marx and Frederick Engels on Britain*, Moscou, Foreign Languages Publishing House, 1953, p. 140, qui cite le *Report on the Sanitary Condition of the Working Class*. Tant et aussi longtemps que les maladies contagieuses étaient courantes, l'espérance de vie était réduite par le taux élevé de mortalité infantile. Ceux et celles qui survivaient à l'enfance avaient cependant de bonnes chances de survivre assez longtemps pour se reproduire.

3 Roy Porter, *The Greatest Benefit of Mankind: A Medical History of Humanity from Antiquity to the Present*, Londres, Fontana Press, 1999, p. 369-70.

4 Le Japon par exemple, dont l'espérance de vie était d'approximativement 37 ans à la fin du XIX^e siècle, est aujourd'hui le pays avec l'espérance de vie la plus élevée du monde, et ce, même si jusque dans les années 1930, très peu de maisons japonaises avaient l'eau courante ou des égouts. Voir James C. Riley, *Rising Life Expectations: A Global History*, Cambridge, Cambridge University Press, 2001.



mesures qui les préviendraient, il est juste de penser que la transition s'est déroulée autant en dépit du capitalisme que grâce à lui. En Europe de l'Ouest, afin de faire face aux pressions grandissantes du mouvement des travailleurs organisés, les patrons capitalistes se sont opposés aux protections offertes aux travailleurs par le biais des systèmes d'assurance sociale qui se mettaient en place à partir des années 1880. Au départ, les assurances sociales étaient surtout utiles pour supporter financièrement les travailleurs pendant leur maladie et leur convalescence, notamment à la suite d'un accident. Or, à partir des années 1930, la science médicale a connu des avancées permettant non seulement de comprendre les causes des maladies et d'ainsi les prévenir, mais aussi de trouver des façons de les guérir. Il s'agissait alors de la soi-disant révolution thérapeutique qui se produisit autour de la Seconde Guerre mondiale. Parce qu'un nombre grandissant de maladies pouvaient être traitées, les *soins* de santé acquéraient une plus grande valeur et le mouvement ouvrier eut la force nécessaire pour s'assurer que les travailleurs – et leur famille – en soient les principaux bénéficiaires. Tant et si bien qu'à partir de 1945, bien que sous différentes formes, la plupart des pays occidentaux et communistes instauraient des services de soins de santé universels supportés par la société.

À travers l'Europe et la plus grande partie du globe, la coïncidence de la révolution thérapeutique avec la création d'États-providence sociaux-démocrates et communistes a ainsi un sens historique important. Or, à la même époque, une industrie capitaliste de la santé se développait en parallèle, principalement aux États-Unis, mais aussi dans certains pays d'Europe, et elle se concentrait non pas sur ce qui apporterait le plus de bénéfices au plus grand nombre, mais sur ce qui s'avérerait le plus profitable financièrement. L'industrie privée de la santé s'est ainsi opposée avec succès aux efforts pour implanter un service universel de soins aux États-Unis, et depuis les années 1980, elle s'est engagée dans une bataille pour convertir les systèmes universels qui existent depuis 1945 en des systèmes guidés par le marché, réduisant ainsi l'accès égalitaire de tous et toutes aux soins. Cette même industrie parvient aussi de plus en plus à subordonner la recherche et la formation à ses intérêts. Le néolibéralisme démontre ainsi une fois de plus à quel point le capitalisme accentue ou du moins perpétue un mauvais état de santé dans l'environnement médical d'aujourd'hui, d'abord et avant tout par l'augmentation des inégalités tant entre les nations qu'en leur sein. Même dans les pays les plus riches, l'espérance de vie des pauvres peut être de 10, voire 20 ans, inférieure à celle des mieux nantis⁵.

Malgré l'abondance des faits reconnus sur tous ces points, le mythe voulant que « le capitalisme améliore la santé » est consciemment et inconsciemment accepté, probablement par une majorité de la population mondiale. Se départir

5 Aux États-Unis, l'écart peut dépasser les 20 ans lorsque des facteurs tels que l'origine ethnique ou le sexe sont pris en compte. Voir Christopher Murray et coll., « Eight Americas: investigating mortality disparities across races, counties, and race-counties in the United States », *Public Library of Science Medicine (PLoS Medicine)*, vol. 3, n° 9, 2006.



de ce mythe est donc un point de départ nécessaire à toute analyse rationnelle sur la question.

Le capitalisme et la révolution de la mortalité

Quel est donc le lien entre le capitalisme et la chute radicale du taux de mortalité qui eut lieu en Angleterre entre 1850 et 1950 ? Cette diminution ne pouvait être due aux soins de santé disponibles sur le marché puisque, durant l'essentiel de cette période, il n'existait que très peu de traitements efficaces pour les maladies. Jusqu'à tout récemment, l'explication principale suggérait que ce soit l'amélioration de l'alimentation, elle-même résultat de l'amélioration du revenu réel, qui en soit la principale responsable, mais des recherches historiques plus approfondies ont démontré qu'il s'agissait au mieux d'une explication partielle⁶. Au cours des deux premiers tiers du XIX^e siècle, le taux de mortalité ne diminuait pas dans les villes, où pourtant le revenu et l'amélioration de l'alimentation des familles allaient croissant. Par contre, le taux de mortalité était relativement plus bas dans les régions rurales, là où les salaires demeuraient toujours faibles. Une chute significative du taux urbain de mortalité se fit sentir à partir des années 1870 alors que le « mouvement hygiéniste » construisait des égouts et des aqueducs, améliorait les logements et distribuait de la nourriture non contaminée. Cet effort d'assainissement se heurta souvent à l'opposition des capitalistes, par exemple à celle des employeurs qui refusaient de payer plus de taxes pour l'amélioration des égouts ou de dépenser de l'argent pour remplacer les logements inadéquats de travailleurs, ou encore à celle des fournisseurs privés d'eau et de nourriture. Le mouvement sanitaire eut raison de ces résistances, aidé notamment par la peur des épidémies contre lesquelles les classes moyennes et élevées n'étaient pas immunisées. Il fut également aidé par la détermination de dirigeants du mouvement de réforme du gouvernement local de l'époque, et aussi, vers la fin du XIX^e siècle, par l'impact, sur une opinion publique de plus en plus éduquée, des avancés qui, lentement, permettaient de mieux comprendre les causes des maladies.

Ce mouvement sanitaire était à l'origine fondé sur des croyances erronées relativement à la cause des maladies (principalement sur celle voulant que celles-ci étaient causées par l'air vicié ou « miasme »). Dans les années 1870, la découverte que les maladies étaient en fait causées par des germes constitua une partie importante de la solution, mais ces nouvelles connaissances ont surtout mené à l'accroissement de la portée des activités de santé publique, de l'éducation en matière de santé pour les écoles et les foyers – relativement à l'hygiène, aux soins des bébés et des enfants et ainsi de suite. Les sources des maladies contagieuses furent identifiées les unes après les autres, et de nouvelles

6 La thèse selon laquelle une meilleure alimentation explique l'accroissement de la longévité reposait sur les recherches statistiques approfondies de Thomas McKeown. Pour en lire la critique, voir tout particulièrement Simon Szreter, *Health and Wealth: Studies in History and Policy*, Rochester, University of Rochester Press, 2005.



mesures préventives furent adoptées, notamment l'immunisation. Dans l'ensemble, le résultat fut spectaculaire. Entre 1871 et 1940, pour l'Angleterre et le Pays de Galles, la part des décès causés par les maladies contagieuses passa de 31 à 10 pour cent. En 1951, les maladies contagieuses étaient la cause de seulement 6 pour cent des décès, et le taux annuel de décès chutait de 22,4 à 6,1 par milliers d'habitants⁷. Il est important de souligner que presque l'ensemble de cette évolution est le résultat de mesures préventives. En effet, durant la plus grande partie de cette période, il n'existait pas de remède pour les pires maladies contagieuses (les sulfanilamides ne sont apparus qu'en 1935, la pénicilline en 1941 et les antibiotiques à large spectre à partir de 1947).

Richard Easterlin résume le verdict historique sur la relation entre le marché capitaliste et la santé de la façon suivante⁸. Premièrement, l'espérance de vie est demeurée stable, ou ne s'est améliorée que timidement au cours du XIX^e siècle dans les régions du monde qui connaissaient une croissance économique importante. L'espérance de vie (et la santé physique générale) ne s'est améliorée radicalement que lorsque les mesures préventives ont acquis une efficacité certaine; une meilleure alimentation, fruit de meilleurs salaires, n'a pas produit un tel effet à elle seule. Deuxièmement, la plupart des mesures préventives qui ont produit cette révolution de la mortalité – de l'eau potable pour tous, des égouts, etc. – sont des initiatives publiques qui ont requis un effort collectif qui a été bénéfique pour tous et toutes, indépendamment de leur contribution pour en payer les coûts. Le marché capitaliste ne vise pas à fournir de tels biens, et il ne l'a pas fait. Le même raisonnement s'applique à la vaccination et à l'immunisation – elles ne fonctionnent efficacement que lorsqu'elles sont appliquées le plus universellement possible. Puisqu'il y a peu de chances que la majorité paie pour ces soins, c'est l'État qui doit s'en charger. Il en va de même pour l'hygiène domestique : « puisque les nouvelles connaissances n'étaient pas susceptibles d'être appropriées et brevetées, il était contre-indiqué de se fier au marché pour les diffuser ». Troisièmement, les coûts des avancées phénoménales en santé et des mesures préventives proposées par la science médicale étaient somme toute modestes. Les améliorations ne dépendaient donc pas de la croissance du revenu produite par le capitalisme, et la preuve en est que des gains de longévité importants ont eu lieu récemment dans des régions encore très pauvres, depuis la Chine des années 1950 en passant par Cuba (1960) et le

7 Richard Easterlin, *The Reluctant Economist*, Cambridge, Cambridge University Press, 2004, p. 108.

8 *Ibid.*, chapitre 7, « How beneficent is the market ? A look at the modern history of mortality ».



Kerala (État indien) dans les années 1970⁹. Finalement, le coût de la recherche qui a mené à ces avancées en santé était en fait plutôt faible, et ne dépendait pas de la croissance économique alimentée par le capitalisme. « Lorsque l'on considère l'aspect rudimentaire des laboratoires de Pasteur, Koch et Fleming, nous dit Easterlin, il est difficile de défendre la nécessité d'installations beaucoup plus sophistiquées que celles de leurs prédécesseurs deux siècles plus tôt ». En 1929, les dépenses totales en recherche et développement, tant publiques que privées, dans tous les champs de la science aux États-Unis ne représentaient que 0,2 % du PIB, et la recherche biomédicale ne constituait qu'une infime fraction de cela¹⁰. Aujourd'hui, les coûts de la recherche médicale ont explosé, mais il n'en va pas de même pour les bénéfices pour la société en général, qui, comme nous le verrons plus bas, se situent sur un autre registre.

Le mouvement sanitaire qui a enclenché la révolution de la mortalité en Angleterre peut difficilement être considéré comme étant une réussite du capitalisme, au sens où il s'agirait d'un effet recherché par le capitalisme lui-même, pas plus que la révolution russe n'est une prouesse de l'autocratie tsariste, ou l'indépendance indienne un succès de l'impérialisme britannique. Le mouvement sanitaire qui a produit la révolution de la mortalité était en fait une réaction contre les coûts sociaux liés au capitalisme, bien plus qu'un cadeau généreusement offert par la classe dominante. De plus, des pays non capitalistes ont bien souvent accompli des progrès équivalents, voire dépassé les succès capitalistes en termes d'espérance de vie. Cela dit, la révolution de la mortalité est sans contredit associée dans une certaine mesure à la montée du capitalisme industriel. Il y avait sans doute plus de profits à faire en construisant des aqueducs pour l'État qu'en vendant de l'eau à un nombre limité de clients. Les tendances ayant conduit à une telle révolution du taux de décès sont donc nombreuses, et souvent contradictoires.

La science fut sans doute un élément très important. Les sciences pures – tout spécialement la physique et la chimie – ont pu prospérer parce qu'elles ont amplement démontré leur valeur pour l'accumulation du capital. Les avancées en biologie sont quant à elles venues plus tard, et elles n'ont démontré tout leur potentiel que bien plus tard. Mais le soutien général accordé par la classe capitaliste à la science en général, qui était le résultat des gains économiques apportés par les progrès des sciences pures, fut un facteur important qui contribua

9 « Le faible coût lié à une amélioration de l'espérance de vie est démontré par l'expérience de la Chine, qui a fait passer cet indicateur d'approximativement 40 ans au début des années 1950 à 60 ans vers la fin des années 1960. À la fin de cette période, le niveau de revenu en Chine représentait les trois quarts du niveau de l'Europe occidentale en 1820, où l'espérance de vie était alors de moins de 40 ans. La Chine n'allouait que 2 % de son PIB aux dépenses en santé durant cette période. » *Ibid.*, p. 132. Voir aussi John Charles Caldwell, « Routes to low mortality in poor countries », *Population and Development Review*, vol. 12, n° 2, 1986, p. 170-220.

10 Easterlin, *op. cit.*, p. 134.



à des avancées cruciales, tant dans le domaine des technologies sanitaires que de la science médicale. C'était là une conséquence de la liberté intellectuelle, gagnée essentiellement par les révolutions bourgeoises antérieures. Ainsi, bien que la révolution de la mortalité ne soit pas une conquête volontaire des capitalistes, la croissance de la bourgeoisie a bel et bien, d'une façon indirecte et complexe, créé le contexte dans lequel se développèrent les bases scientifiques qui allaient permettre un tel progrès.

Cependant, il importe de souligner qu'au sommet de la révolution de la mortalité à la fin du XIX^e siècle, la recherche médicale était encore relativement désintéressée et critique. Elle n'avait pas encore commencé à perdre son intégrité, contrairement à ce que Marx voyait se dérouler dans le domaine de l'économie, où :

la lutte des classes [...] sonne le glas de l'économie bourgeoise scientifique. Désormais il ne s'agit plus de savoir si tel ou tel théorème est vrai, mais s'il est [...] utile ou nuisible au capital. La recherche désintéressée fait place au pugilat payé, l'investigation consciencieuse à la mauvaise conscience, aux misérables subterfuges de l'apologétique¹¹.

Or il y a cent ans, l'ère des mercenaires, ces pugilats payés de la recherche biomédicale – avec des docteurs touchant de fortes sommes pour signer des articles dans des revues médicales alors que ceux-ci sont écrits par et pour des entreprises pharmaceutiques, avec des chercheurs en santé publique déformant des preuves de façon flagrante au profit de compagnies d'assurances, etc. – n'avait pas encore vu le jour¹².

La révolution de la mortalité, et après

Voilà pour la relation contradictoire entre le capitalisme et la révolution de la mortalité. Mais qu'en est-il du rôle du capitalisme alors que cette révolution est achevée ? Depuis le milieu du XX^e siècle, l'espérance de vie a continué son ascension, tout particulièrement dans les pays capitalistes avancés où elle avoisine

11 Karl Marx, « Postface to the second edition of Capital » (London, 1873), dans Karl Marx, *Le Capital*, Volume 1, Londres, Penguin Books, 1976, p. 97.

12 La prostitution des docteurs qui se laissent acheter par les compagnies pharmaceutiques est largement documentée. Pour une contribution récente, voir Marcia Angell, « Drug companies and doctors: a story of corruption », *The New York Review of Books*, vol. 56, n° 1, 15 janvier 2009, p. 8-12. Pour un exemple grossier de mauvaise utilisation de données au bénéfice des intérêts de l'industrie de l'assurance médicale, voir le récit de Richard Feachem, Neelam Sekhri et Karen White, « Getting more for their dollar. A comparison of the NHS with California's Kaiser Permanente », *British Medical Journal*, vol. 324, n° 7330, 2002, qui prétend démontrer que Kaiser Permanente offre de meilleurs services pour une même quantité d'argent que le NHS, dans Allyson Pollock, *NHS plc*, 2e éd., Londres, Verso, 2005, p. 217- 19.



les 80 ans¹³. Certains des mercenaires intellectuels du capitalisme soutiennent que c'est là une preuve de l'apport de la croissance économique à la durée de vie, indépendamment de la façon dont les ressources additionnelles sont utilisées. Pour eux, la croissance doit donc demeurer l'objectif premier des décideurs politiques (une thèse soutenue par Larry Summers en 1996, alors qu'il était sous-secrétaire au Trésor américain de l'administration Clinton, dans un article souvent cité intitulé « La richesse c'est la santé »)¹⁴.

Étant donné que nous comprenons mieux les causes des maladies qu'il y a 150 ans, une amélioration de la qualité de vie des citoyens et des citoyennes les plus pauvres peut, même dans des pays très pauvres, mais dans des circonstances favorables, améliorer la santé par la seule modification des comportements individuels (meilleure diète, hygiène personnelle, utilisation de filets antimoustiques, etc.). Néanmoins, les faits ne soutiennent pas la thèse voulant que la richesse soit la santé. L'essentiel des progrès de l'espérance de vie qui continue d'augmenter dans les pays capitalistes avancés résulte de la consolidation de pratiques préventives qui, dès le départ, étaient à l'origine de la révolution de la mortalité. L'alimentation et la consommation individuelle ne jouent ainsi qu'un faible rôle, et seuls 10 à 15 pour cent de gains peuvent être attribués aux soins de santé¹⁵. De plus, les gains les plus importants n'ont pas été effectués là où les revenus sont les plus élevés, mais bien là où ils sont le mieux distribués. Parmi les pays les plus riches, ce n'est pas la classification en fonction du PIB, mais plutôt celle en fonction de l'égalité entre les citoyens et les citoyennes qui détermine l'espérance de vie¹⁶.

Or, le capitalisme tend à reproduire inexorablement les inégalités : d'abord selon la logique normale du marché du travail qui permet aux propriétaires du capital de s'approprier les surplus sous forme de dividendes et de rente; ensuite, à travers l'influence du capital sur les politiques publiques – sur le système de taxation, les services publics et sociaux (logement, transport, espaces publics, bibliothèques, etc.)¹⁷. La principale pulsion du capitalisme est d'accroître les

13 John Bongaarts, *A Decomposition of Life Expectancy Levels and Trends*, New York, Population Council, Table 1, 15 février 2006.

14 Lant Pritchett et Lawrence H. Summers, « Wealthier is healthier », *Journal of Human Resources*, vol. 31, n° 4, 1996, p. 841-868. Les auteurs soutiennent que puisque ce ne sont pas toutes les améliorations de la longévité qui peuvent être expliquées par les politiques publiques, il est souhaitable que les gouvernements fassent de la croissance du revenu un objectif de la politique de santé publique.

15 Richard Wilkinson, *The Impact of Inequality: How To Make Sick Societies Healthier*, New York, The New Press, 2005, p. 59. La raison principale est quantitative : le prolongement de la vie produit par les nouveaux traitements médicaux est éclipsé par la position dans l'échelle des conditions médicales de la personne qui reçoit les traitements.

16 *Ibid.*, chapitre 4, p. 119-23.

17 J'analyse ces facteurs dans mon livre, *Market-Driven Politics: Neoliberal Democracy and the Public Interest*, Londres, Verso, 2001. Voir aussi C. Leys, « The cynical state », dans *Socialist Register 2006*, p. 1-27.

inégalités sous toutes ces dimensions à la fois, et des contraintes moindres sur le capital produisent de plus grandes inégalités. Depuis la fin des années 1970, les inégalités se creusent presque partout, particulièrement aux États-Unis et au Royaume-Uni où les politiques néolibérales sont adoptées systématiquement, mais aussi entre les pays riches et les pays pauvres¹⁸. Dans plusieurs pays anciennement communistes, les effets de la transition soudaine au capitalisme ont été bien pires encore, produisant une explosion scandaleuse de la mortalité, particulièrement chez les hommes.

Les mécanismes qui font que les inégalités engendrent la mauvaise santé sont complexes et font l'objet de moult débats¹⁹. Les mauvaises conditions de vie dans lesquelles vivent les personnes pauvres augmentent les risques pour la santé physique (infections, malnutrition, maladies chroniques et blessures), le retard du développement social et cognitif, les problèmes sociaux (socialisation, préparation à la vie active et de famille) et l'interaction de tous ces facteurs dont l'impact peut être cumulatif peut causer différentes maladies à différentes époques de la vie²⁰. La thèse souvent évoquée de Richard Wilkinson selon laquelle le statut social en lui-même produirait des réponses physiologiques pathogènes n'est pas soutenue par des preuves solides, mais il fait peu de doute par contre que, comme il le soutient, les influences positives et la réciprocité qui résulte de rapports humains actifs et intimes contribuent à la bonne santé de plusieurs façons. Or les inégalités tendent à réduire ces facteurs positifs²¹. Cela semble particulièrement vrai pour la santé mentale, notamment pour la dépression, qui atteint aujourd'hui une ampleur épidémique – affectant entre le cinquième et le quart des adultes dans les pays les plus inégalitaires.

Pour être comprise, cette complexité doit être abordée par l'étude des différents déterminants sociaux de la santé s'exerçant sur des individus appartenant à différentes cohortes générationnelles et à des contextes sociaux variés. Par exemple, certaines maladies qui se déclarent tard au cours de la vie, telles que le cancer de l'estomac, la tuberculose ou les accidents vasculaires cérébraux (AVC), ont des causes liées à des événements qui remontent à la petite enfance et qui sont plus susceptibles de survenir dans les familles pauvres. D'autres événements peuvent se produire au cours des premières années de la vie adulte, tels les accidents du travail qui, eux aussi, ont lieu plus fréquemment

18 George Davey Smith, Daniel Dorling, David Gordon et Mary Shaw, « The widening health gap. What are the solutions ? », dans George Davey Smith (dir.), *Health Inequalities: Lifecourse Approaches*, Bristol, The Policy Press, 2003, p. 459-465.

19 Voir tout particulièrement Smith, *ibid.*, p. xxxv-xxxvii et 440.

20 Dennis Raphael, « Social determinants of health: present status, unanswered questions, and future directions », *International Journal of Health Services*, vol. 36, n° 4, 2006, p. 651-77.

21 Richard Wilkinson, *The Impact of Inequality: How to Make Sick Societies Healthier*, New York, The New Press, 2005, et Kate Pickett, *The Spirit Level: Why More Equal Societies Almost Always Do Better*, Londres, Allen Lane, 2009, p. 66-67.

dans les emplois manuels non qualifiés. Les effets des inégalités à un stade antérieur de la vie peuvent s'additionner pour ainsi cumulativement augmenter les chances d'exposition à d'autres causes de mauvaise santé qui surviennent à des stades ultérieurs.

Les causes de mauvaise santé peuvent aussi inclure, à différents stades, le fait de ne pas recevoir une attention médicale suffisante. Or celle-ci tend à être moins accessible aux moins nantiEs, où à celles et ceux qui sont désavantagés par leur sexe, leur appartenance ethnique, un handicap ou autre facteur du genre. Même au Royaume-Uni, où les soins de santé sont entièrement payés par les revenus de taxation et gratuits pour tous et toutes, la célèbre « loi inverse des soins » de Julian Tudor Hart continue de se vérifier – et la quantité de soins donnés est inversement proportionnelle aux besoins. Cette loi s'applique aux communautés en fonction de leur emplacement géographique, et aux individus et groupes au sein des communautés : par exemple, les patientEs les plus pauvres en proie à la schizophrénie reçoivent des soins en moyenne huit ans plus tard que les mieux nantiEs; et les plus pauvres reçoivent également beaucoup moins de traitements pour les problèmes cardiaques sérieux que les mieux nantiEs²². Dans plusieurs, voire la majorité des pays en développement, le système public de soins de santé financé par l'État s'est atrophié, laissant une place grandissante aux services privés, non régulés et dangereux, tant et si bien que dans certaines régions, les gains des années antérieures sont annulés²³. Dans un rapport de l'Organisation mondiale de la santé de 2008, on lisait ainsi : « Phénomène limité au milieu urbain à l'origine, ces offres payantes de soins de santé sont proposées à petite échelle par une multitude de prestataires indépendants qui dominent désormais le paysage sanitaire depuis l'Afrique subsaharienne jusqu'aux économies en transition d'Asie et d'Europe »²⁴. Une régression similaire a affecté les pays de l'ex-Union soviétique, principalement ceux qui ont subi des privatisations rapides et massives après 1990. Dans les cinq pays les plus affectés, le chômage a bondi à 23 % conduisant à une croissance du taux de mortalité chez les hommes de 42,3 %²⁵.

22 Julian Tudor Hart, *The Political Economy of Health Care: A Clinical Perspective*, Bristol, Policy Press, 2006, p. 67 et 145 n.58 et Smith, *Health Inequalities*, op. cit., p. 494.

23 En Afrique subsaharienne, l'espérance de vie moyenne est passée de 50 ans en 1990 à 46 ans en 2002. Dans d'autres cas, les effets sur la santé des politiques d'ajustement structurel se révéleront dans les statistiques à venir.

24 *World Health Report 2008*, Genève, World Health Organization, 2008, p. 13-14. Le rapport dénonce le danger des soins de santé non régulés : « En République démocratique du Congo, par exemple, on désigne par l'expression "chirurgie safari" une pratique commune de certains agents de santé qui consiste à effectuer au noir des appendicectomies et d'autres interventions chirurgicales au domicile du malade, souvent pour un prix exorbitant ».

25 David Shukler, Lawrence King et Martin McKee, « Mass privatisation and the post-communist mortality crisis: a cross-national analysis », *Lancet*, vol. 373, n° 9661, 31 janvier 2009, p. 399-407.



Les déterminants sociaux de l'espérance de vie pour chaque société sont ainsi historiquement déterminés et fort complexes. Dans les pays riches (où est effectué presque l'ensemble de la recherche approfondie sur les liens entre les conditions sociales et la santé), on remarque un ensemble de tendances contradictoires : il y a bel et bien un déclin du taux de mortalité, mais il y a aussi un creusement des écarts d'espérance de vie entre différents groupes en fonction des inégalités sociales et économiques. George Davey Smith résume habilement cela ainsi :

Il est possible d'identifier les processus sociaux qui mènent à la concentration de l'exposition à des facteurs défavorables sur ceux qui sont dans les positions les moins privilégiées de la naissance jusqu'à la mort [...] L'alimentation, l'expérience environnementale et la santé des parents, influencées par l'appartenance à une catégorie sociale, affectent par exemple le poids à la naissance, la taille, les fonctions respiratoires, qui à leur tour, sont des indicateurs puissants de la santé à venir. Cet aspect biologique des corps (et de l'histoire des corps) devrait être vu comme des rapports sociaux cristallisés²⁶.

Une santé publique²⁷

Les rapports sociaux sont ainsi des déterminants majeurs pour la santé des populations. Or, depuis les années 1980, la transformation des rapports sociaux du capitalisme contemporain n'est à l'ordre du jour d'aucun État central si bien que les causes véritables de la mauvaise santé ne sont pas prises en compte par les politiques publiques. Le déni est en fait la principale réponse politique apportée aux déterminants sociaux de la santé. Alors que les inégalités poursuivaient inexorablement leur ascension, même des mesures aussi modestes que de rendre les taxes un peu moins régressives, de diminuer la taille des classes dans les écoles, ou de réduire la précarité du travail – des politiques qui dépendent de l'État et qui pourraient améliorer le sort des secteurs les moins en santé de la population – n'ont pas été jugées prioritaires, et ce, indépendamment de la rhétorique politique. Les politiques en santé ont plutôt été centrées d'abord et avant tout sur les individus et leurs initiatives – pour que chacun prenne en charge sa propre santé – et ensuite sur l'achat de matériel de haute technologie pour qu'on puisse s'occuper au cas par cas de maladies dont plusieurs n'auraient probablement pas constitué un problème si les conditions sociales avaient été modifiées en conséquence.

²⁶ Smith, *op. cit.*, p. xlvii.

²⁷ Les définitions de « santé publique » varient considérablement, mais la plupart d'entre elles désignent des activités qui visent l'amélioration de la santé de la population en général, en mettant un accent particulier sur les activités de prévention et sur les institutions publiques qui les effectuent.





Il s'agit là d'une régression majeure par rapport aux ambitions en santé publique qui émergeaient des succès de la révolution de la mortalité. Ces ambitions étaient centrées sur la santé de la population plutôt que sur celle des individus, sur la prévention plutôt que sur le traitement. En effet, avec la montée du mouvement ouvrier dans la première moitié du XX^e siècle, les problématiques sociales occupaient l'avant-scène et :

La médecine commença à s'intéresser au borbier jusqu'alors négligé des dysfonctions profondément incrustées et largement répandues : les enfants malades, ceux éprouvant des retards, les mères anémiques, les travailleurs de bureau ulcérés, ceux souffrant d'arthrite, les douleurs au dos, les attaques, les conditions médicales héréditaires, la dépression, les névroses ainsi que les afflictions des gens âgés [...] Les problèmes de santé qui affectaient la société moderne étaient ainsi liés à des anomalies physiologiques et psychologiques, des tendances profondes et peut-être congénitales à la maladie qui apparaissaient parmi des populations rendues dysfonctionnelles et improductives par la pauvreté, l'ignorance, les inégalités, la mauvaise alimentation, les logements insalubres, le chômage ou la surcharge de travail. Pour combattre tout ce gâchis, cette misère et cette souffrance, la médecine devait se transformer en discipline positiviste et systématique. Elle devait entreprendre la surveillance de gens apparemment en santé et normaux tout autant que des malades, en observant, depuis l'enfance jusqu'à la vieillesse, les conditions héréditaires ou particulières et l'incidence des maladies chroniques afin d'établir les liens entre la mauvaise santé et des variables telles que le revenu, l'éducation, la classe sociale d'appartenance, le régime ou le logement²⁸.

À la fin des années 1980, cet idéal (et son caractère intrinsèquement étatique, voire peut-être teinté d'un soupçon d'autoritarisme) avait cependant été catégoriquement rejeté même par les pays n'appartenant pas aux puissances néolibérales dominantes. Les médecins intéressés à la santé collective de la population soulignèrent alors qu'il était plus que jamais nécessaire de se rappeler les leçons dictées par la santé publique pour penser les politiques sociales et économiques. Tous les domaines des politiques publiques, insistaient-ils, devaient être vus comme des éléments d'une politique de la santé, et tant l'environnement physique (la pollution, le réchauffement climatique, l'énergie, la dégradation des sols, etc.) que l'environnement social (le chômage, le logement, le transport, la production alimentaire) devaient être abordés comme des enjeux de santé publique. La santé publique et les services de soins de santé devraient être complémentaires. Or dans la pratique, c'est plutôt le contraire qui se passait, et comme le notait à l'époque un médecin britannique :

28 Porter, *op.cit.*, p. 633-634.



Depuis dix ans, l'incapacité à saisir cette complémentarité s'exhibe au grand jour chaque fois qu'un ministre, croyant sincèrement faire l'annonce d'une bonne nouvelle, évite de parler de l'augmentation de la pauvreté, du chômage involontaire, de l'itinérance et des autres dangers pour la santé pour plutôt célébrer un système de santé qui « traite plus de patients que jamais !²⁹

Les professionnels naguère prestigieux du domaine perdent de leur influence lorsque même les partis sociaux-démocrates européens abandonnent l'idéal d'une santé publique. Leur rôle, qui consistait à plaider pour des réformes qui lieraient les questions sociales et économiques (le plein emploi par exemple) aux questions de santé, principalement grâce à leurs relations étroites avec les décideurs sociaux-démocrates, ainsi que leur responsabilité de premier plan dans la planification des soins fondée sur des études des besoins de la population, ont été remplacés par le recours aux « signaux du marché »³⁰. Le rôle de la santé publique a alors été réduit à la planification de la réponse aux menaces de pandémie globale et aux campagnes de sensibilisation du public pour influencer les choix individuels de style de vie. L'argent est canalisé dans des campagnes médiatiques contre la consommation de tabac et l'excès d'alcool, pour que les gens fassent plus d'exercice et mangent plus sainement, alors que les inégalités qui conduisent les gens à fumer, à boire trop et à manger de la malbouffe (parce que les aliments de qualité sont plus dispendieux, et coûtent encore plus cher dans les quartiers pauvres que dans les plus riches) ne peuvent être abordées, ni encore moins transformées. Deux éminents médecins spécialisés en santé publique concluaient ainsi dans un texte datant de 1997 que :

Les inégalités en santé au Royaume-Uni sont très importantes et vont en augmentant. Il est clair que la voie à suivre pour s'occuper de telles inégalités passe par des changements sociaux et politiques bien plus vastes qui mèneraient à une société plus équitable. Les professionnels de la santé publique ne peuvent atteindre leur but – une amélioration de la santé collective – s'ils n'en deviennent pas les promoteurs³¹.

Or, c'est une chose de défendre ces positions dans les revues spécialisées de la profession, mais c'en est une autre de les défendre publiquement quand tous les principaux partis ont décidé qu'ils ne pouvaient pas, voire ne voulaient

29 Peter Draper, « A public health approach », dans Peter Draper (dir.), *Health Through Public Policy: The Greening of Public Health*, Londres, Greenprint, 1991, p. 20.

30 En 2007, la part de la santé publique dans le total des dépenses des pays de l'OCDE était en moyenne de 3,1 %. OCDE, *Health at a Glance 2007: OECD Indicators*, Paris, OCDE, 2007, p. 91.

31 George Davey Smith et Yoav Ben-Shlomo, « Inequalities in health: what is happening and what can be done ? », dans Smith, *op. cit.*, p. 496.

pas, s'en occuper. La défense de ce genre de position publique comporte le risque de nuire à la capacité d'obtenir des fonds de recherche et des promotions, voire le risque d'encourir des attaques de la part du gouvernement contre la réputation professionnelle de celui qui les adopte³². Cette dynamique n'a pas été sensiblement différente dans les pays où le néolibéralisme a bâti son hégémonie.

Les soins de santé depuis la révolution thérapeutique

Pour la première fois de l'Histoire, la révolution de la science et de la technologie médicale du vingtième siècle a permis d'alléger les douleurs, d'augmenter la qualité de vie et de la prolonger. Lorsque cela fut bien assumé, l'accès aux soins médicaux est devenu l'objet des plus grands espoirs tout comme des plus grandes peurs de la population. Les soins médicaux ont même été inscrits comme droit dans l'article 25 de la Déclaration universelle des droits de l'homme de 1948³³. Aneurin Bevan, l'architecte du système public de santé britannique (*National Health Service*, NHS) fondé en 1948, décrivait avec justesse le système comme étant une « libération contre la peur », et à la fin des années 1950, aucun gouvernement d'un pays avec un fort mouvement ouvrier n'avait pu résister à la revendication d'un service universel et accessible. Le marché des soins médicaux ainsi que les services de second rang pour les classes inférieures ont alors été remplacés par des systèmes publics financés par un régime d'assurance sociale ou par la taxation générale, avec des couvertures variant en exhaustivité, mais qui couvraient les femmes et les enfants autant que les travailleurs. Cela ouvrait par la même occasion un important domaine d'emplois qualifiés dans la fonction publique³⁴. Même les États-Unis adoptaient en 1965 des dispositions permettant de dispenser des soins médicaux gratuitement (dans les points de service) pour les gens très pauvres (*Medicaid*) et pour les gens de plus de 65 ans (*Medicare*). Dans les pays communistes, les soins médicaux pour tous dispensés par l'État sont devenus la norme. Dans le « tiers-monde », bien que les États aient eu à composer avec un manque de ressources criant et une très forte demande, le principe de l'accès universel organisé par l'État a été très largement accepté.

Tout comme ce fut le cas lors de la révolution de la mortalité, les capitalistes, trop souvent avec l'appui de médecins, se sont à l'origine opposés à l'adoption de services de santé exhaustifs. La grande popularité des soins publics a souvent eu raison de la résistance de la profession médicale, qui a en général obtenu de

32 Pour un exemple d'abus de pouvoir d'un gouvernement qui cherche à discréditer les efforts d'un point de vue dissident dans le domaine de la santé, voir Pollock, *NHS plc*, *op.cit.* p. 219-223.

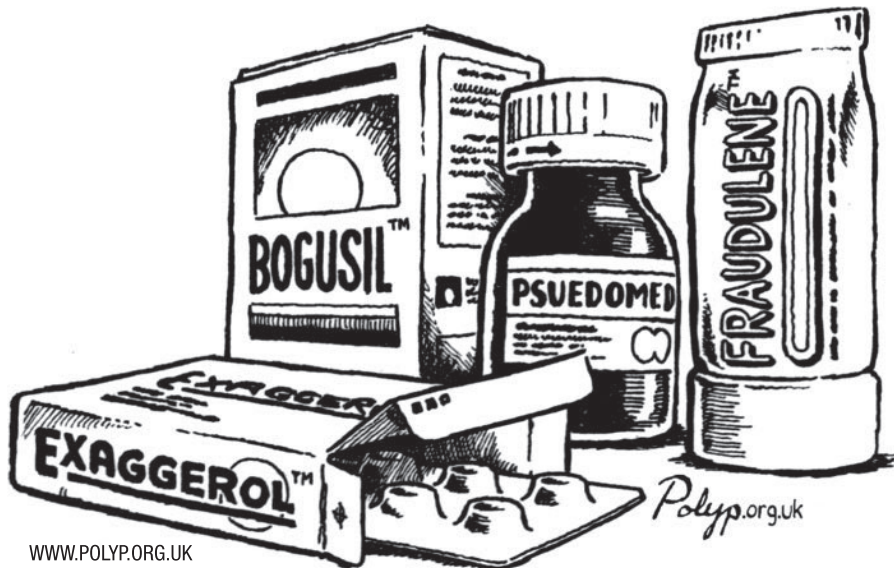
33 Pour d'autres textes qui soutiennent que l'État doit reconnaître la santé comme un droit, voir Center for Economic and Social Rights, *The Right to Health in the United States of America: What Does It Mean?*, Brooklyn, Center for Economic and Social Rights, 2004.

34 Pour un texte qui donne à réfléchir et qui rend compte de la manière dont la médecine générale est traversée par des dynamiques de classe en Angleterre, voir Porter, *op. cit.*, p. 644.

très bonnes conditions de travail comme contrepartie de sa collaboration pour que le système fonctionne. Dans plusieurs pays d'Europe de l'Ouest, un système privé était autorisé à subsister aux côtés du système public. Dans la plupart des nouveaux systèmes, les médecins continuaient d'être payés à l'acte, malgré la tendance à surtraiter les patients et, ainsi, à faire exploser les coûts que cela générerait. Alors que le compromis d'après-guerre arrivait à sa fin, cette faiblesse allait être exploitée par les ennemis du système public et universel. Le principe de base d'un système gratuit pour tous et toutes allait cependant demeurer bien enraciné dans la majorité des pays de l'OCDE.

La révolution thérapeutique allait toutefois alimenter la croissance rapide de l'industrie pharmaceutique, qui sera accompagnée plus tard par l'industrie des biotechnologies. Ces entreprises allaient devenir une puissance économique et politique, surtout aux États-Unis, en renforçant leurs alliances politiques avec les non moins puissantes compagnies d'assurances et de fournisseurs privés de soins médicaux.

En 2008, les ventes mondiales de produits pharmaceutiques étaient estimées à plus de 600 milliards de dollars, dont les deux tiers étaient générés par les 20 plus grandes compagnies, pour la plupart étatsuniennes ou d'Europe de l'Ouest. Les compagnies du secteur des biotechnologies disposaient de revenus estimés à 51 milliards de dollars en 2005, mais on s'attend à ce qu'elles dépassent en valeur les entreprises pharmaceutiques. On compte de plus une industrie des technologies médicales en expansion dont le travail est au centre d'avancées importantes relativement au mode d'administration des médicaments, aux technologies d'imagerie et d'opération assistée par ordinateur. Ses ventes sont de l'ordre de 200



WWW.POLYP.ORG.UK

milliards de dollars par année. L'industrie pharmaceutique représente maintenant jusqu'à 10 % des dépenses en santé des pays membres de l'OCDE.

Avant 1900, le nombre limité de médicaments efficaces, telle l'aspirine, était essentiellement distribué par Bayer et les autres entreprises découlant du développement de l'industrie chimique allemande. La recherche à la source de la révolution thérapeutique était alors pour l'essentiel réalisée dans des laboratoires universitaires financés par l'État ou dans des instituts supportés par des organisations caritatives. Mais au cours des années 1930, alors que le potentiel de profit des nouveaux médicaments s'avérait de plus en plus clair, les entreprises aux noms de famille aujourd'hui connus – Hoffman La Roche, Merck, Eli Lilly, les compagnies à la source de GlakoSmithKline et d'autres encore – prenaient rapidement de l'expansion, embauchaient du personnel de recherche et investissaient dans les tests sur les médicaments et dans la promotion.

À partir des années 1980, l'époque de la découverte de nouveaux médicaments offrant des améliorations substantielles aux patientEs atteintEs d'affections graves, sans même parler de les soigner, semblait résolue, et le taux d'innovation a décliné depuis : le nombre de nouveaux médicaments enregistrés est passé de 50 par année dans les années 1990 à approximativement une vingtaine aujourd'hui³⁵. Malgré des promesses de nouvelles percées sans cesse renouvelées, le jugement sombre prononcé dans les années 1990 par le professeur de médecine Regius³⁶ d'Oxford semble toujours valide : « nous semblons avoir atteint une impasse dans notre compréhension des principales maladies mortifères des sociétés de l'Ouest [...] bien que nous en ayons appris de plus en plus sur les menus détails expliquant comment ces maladies rendent les gens malades, nous avons fait très peu d'avancées pour savoir ce qui les cause véritablement »³⁷.

L'une des réponses des compagnies pharmaceutiques a été de breveter des médicaments de « suiveux » : des quasi-copies de médicaments existants qui n'ont au mieux qu'un faible potentiel pour apporter de petites améliorations aux bénéfices du médicament existant produit par une autre compagnie, mais tout en étant suffisamment différents pour obtenir un brevet. Près de la moitié des nouveaux médicaments correspondent maintenant à cette description³⁸. Ces entreprises ont également utilisé leurs immenses ressources en promotion pour faire accepter l'idée que les médicaments en question peuvent également aider à soulager d'autres conditions. Ces maladies inventées ont parfois des appellations divertissantes, comme le « syndrome d'impatience des membres inférieurs à l'éveil », mais il s'agit le plus souvent de situations habituelles auxquelles on donne de nouveaux noms, tels que la « dysfonction érectile » (impuissance) ou l'anxiété

35 Ben Goldacre, *Bad Science*, London, Fourth Estate, 2008, p. 185.

36 Professeur Regius : titre particulier attribué par la monarchie britannique à un professeur universitaire pour diriger une chaire, elle-même historiquement fondée par un monarque. (NdT)

37 Porter, *op. cit.*, p. 595-596.

38 Goldacre, *op. cit.*, p. 185.

sociale (gêne). Des fortunes sont générées de cette façon. Marcia Angell, une ancienne éditrice du *New England Journal of Medicine*, notait ainsi : « la stratégie de ceux qui font la mise en marché des médicaments – et ils ont eu beaucoup de succès – est de convaincre les Étatsuniens qu’il n’y a que deux types d’individus : ceux qui ont un problème de santé qui nécessite de les médicamenter, et ceux qui ne le savent pas encore »³⁹. Dans le même article, Angell parle aussi du Neurontin, un médicament produit par Pfizer approuvé à l’origine pour traiter l’épilepsie lorsque les autres médicaments ne fonctionnaient pas :

En payant des experts universitaires pour qu’ils signent des articles vantant les mérites de Neurontin pour d’autres utilisations – maladies bipolaires, syndrome de stress post-traumatique, insomnie, syndrome d’impatience des membres inférieurs à l’éveil, bouffées de chaleur, migraines, maux de tête liés à la tension artérielle, et bien d’autres encore – et en finançant des conférences pour promouvoir ces utilisations, le manufacturier a pu faire fructifier ce médicament pour le hisser au rang de meilleur vendeur, avec des ventes représentant 2,7 milliards de dollars en 2003⁴⁰.



39 Marcia Angell, *op. cit.*, p. 12, qui cite Melody Petersen, *Our Daily Meds: How the Pharmaceutical Companies Transformed Themselves into Slick Marketing Machines and Hooked the Nation on Prescription Drugs*, New York, Sarah Crighton/Farrar, Strauss et Giroux, 2008.

40 *Ibid.* L'article de Marcia Angell contient une liste de références utiles sur la littérature grandissante concernant le détournement de la science par l'industrie.

La complicité de certains médecins – principalement aux États-Unis encore une fois – n'est pas nouvelle, mais le fait de leur payer de très grosses sommes d'argent (un demi-million de dollars n'étant pas rare) pour qu'ils signent des articles écrits par des employéEs de compagnies pharmaceutiques n'est qu'une partie du détournement scientifique qui s'opère. La longue et méprisable liste des résultats expérimentaux détruits par manque d'une législation suffisamment forte (contre laquelle les pharmaceutiques se battent bec et ongles) a permis l'approbation de médicaments qui se sont ultérieurement révélés dangereux, voire mortels (par exemple, l'Agence étatsunienne des médicaments n'a pas tenu compte des preuves démontrant que l'analgésique Vioxx produit par Merck augmentait les risques d'attaque ou de crise cardiaque chez certainEs patientEs). Ce manque d'égard envers la science de la part de l'industrie pharmaceutique la rend très semblable à l'industrie de la médecine dite « alternative », valant 40 milliards de dollars annuellement, et dont la caractéristique principale est justement de faire fi de la science⁴¹.

Dans les pays qui possèdent un système gratuit et universel de soins de santé, l'industrie pharmaceutique fait d'énormes pressions sur les gouvernements pour qu'ils achètent des médicaments qui n'offrent au mieux qu'une légère prolongation de la vie aux personnes souffrant d'affections principalement associées à l'âge. Elle insiste pour vendre au prix le plus élevé possible, arguant que les fonds ainsi perçus sont nécessaires pour amortir les coûts de recherche et développement. L'industrie prétend ainsi que le financement de la recherche doit provenir de la vente des quelques médicaments qui sont vraiment efficaces même si, en fait, leurs dépenses en promotion dépassent de loin leurs investissements en recherche et développement (les estimations varient entre deux et trois fois plus, voire pire). Lorsqu'elles le peuvent, les compagnies n'hésitent pas à menacer de délocaliser leur production si leurs revendications ne

41 Voir Simon Singh et Edzard Ernst, *Trick or Treatment ? Alternative Medicine on Trial*, London, Bantam Press, 2008, et Goldacre, *Bad Science, op. cit.* Singh et Ernst estiment que les dépenses en médecine alternative au Royaume-Uni atteignent 5 milliards de livres sterling dont 500 millions dans le cadre du NHS, pour l'acupuncture, l'homéopathie, etc., en raison de la pression médiatique du prince de Galles, de patientEs crédules et de certains médecins (p. 240). En 2009, dans un exemple patent d'utilisation du pouvoir du marché pour protéger les intérêts de l'industrie de la santé, l'Association de chiropractie britannique (BCA) a poursuivi avec succès Simon Singh pour libelle diffamatoire à cause d'un article dans lequel celui-ci critiquait l'association. Il lui reprochait de prétendre que ses membres pouvaient traiter, par des manipulations de la colonne vertébrale, des enfants souffrant de coliques, d'infections auriculaires, d'asthme, de problèmes de sommeil et d'appétit, et de pleurs prolongés. Singh a qualifié ce traitement de « bidon » puisqu'il ne reposait pas sur des preuves suffisantes et critiquait le BCA qui en faisait une « promotion enthousiaste ». Chris French, « "Witch hunt" forces chiropractors to take down their websites », *Guardian*, 20 juin 2009. Un groupe d'éminents scientifiques a ensuite fait publier une déclaration pour condamner le jugement.



sont pas satisfaites⁴². À ce jour, aucun des États où sont installées les principales compagnies pharmaceutiques ne semble avoir la volonté politique d'agir pour contenir ces abus. Par ailleurs, l'industrie pharmaceutique n'aime pas investir les fonds de ses actionnaires dans la recherche pour traiter des maladies qui affectent principalement les pays pauvres qui n'ont pas d'argent pour payer. Ainsi, le Forum mondial pour la recherche en santé estime que 90 pour cent des 70 milliards de dollars dépensés annuellement partout sur la planète en recherche médicale sont dédiés à des maladies qui ne représentent que 10 pour cent du fardeau global des maladies⁴³.

Les énormes dépenses en publicité de l'industrie pharmaceutique ont également un impact idéologique qui renforce une approche organisée autour du traitement plutôt qu'une approche axée sur les déterminants sociaux de la santé. Les médias y contribuent à leur manière en relayant les rêves de remèdes miracles qui devraient découler des percées de la recherche. Les progrès de la recherche sur les cellules souches devraient ainsi permettre de « réparer les yeux des vieillards, la moelle épinière des paralysés, les cellules produisant l'insuline chez les diabétiques »⁴⁴, et la recherche en médecine génétique et en nanotechnologies, « avec des robots de la taille de molécules, devrait permettre de réparer les cellules une par une, voire de modifier des parties de l'ADN afin que les gens puissent vivre pendant des centaines d'années sans afficher le moindre signe de vieillissement »⁴⁵. Par contre, la maladie mentale et la dépendance à l'alcool, qui représentent un fardeau bien plus grand dans les pays

42 Le géant pharmaceutique GlaxoSmithKline (GSK) a menacé par deux fois de délocaliser ses opérations britanniques à l'étranger. La première en 1999 lorsque le NHS a jugé que le médicament contre la grippe Relenza n'était pas suffisamment efficace pour l'acheter et la seconde en 2008 en raison d'un désaccord avec le gouvernement britannique sur l'impôt. En éparpillant ses établissements à travers le monde, GSK parvient à ne payer que 450 millions de livres sterling en taxes au Royaume-Uni alors que ses profits mondiaux atteignent 7,4 milliards. AstaZeneca a également menacé de déplacer ses opérations en Irlande pour échapper à la loi de l'impôt britannique. En 2004, des ententes d'évitement fiscal ont permis à cette société de ne payer que 103 millions de livres sterling en impôts malgré des profits de 2,6 milliards. L'impôt sur les profits est pourtant de 30 % au Royaume-Uni.

43 Global Forum for Health Research (GFHR), *The 10/90 Report on Health Research 2000*, Genève, GFHR, 2000. Patrick Bond a calculé que 89 % des dépenses globales en santé servent 16 % de la population mondiale : « Globalisation, pharmaceutical pricing and South African health policy », *International Journal of Health Services*, vol. 29, n° 4, 1999, p. 765-792.

44 Sarah Boseley, « Medical marvels », *Guardian*, 20 janvier 2009, qui cite notamment le docteur Thomas B. Okarma, PDG de Geron, une entreprise de biotechnologie enregistrée au NASDAQ.

45 Luke Mitchell, « Sick in the head », *Harper's Magazine*, février 2009, p. 39, qui rapporte les prévisions de John Hammergren, PDG de McKesson, la plus grande firme dans le secteur de la santé aux É.-U.



riches, reçoivent bien moins d'attention. S'occuper de ces problèmes signifierait s'occuper de leurs causes socio-économiques.

La révolution thérapeutique a ainsi donné des résultats contradictoires pour la santé globale. La recherche médicale fondamentale, menée principalement dans les universités supportées par des fonds publics ou dans des laboratoires sans but lucratif, a conduit à la découverte de remèdes contre des maladies contagieuses qui étaient autrefois des meurtrières à grande échelle. Ce type de recherche continue à générer des bénéfices extraordinaires pour les personnes suffisamment riches pour se les procurer, ou pour celles qui ont la chance de vivre dans des pays qui ont des systèmes de soins publics suffisamment financés et égalitaires pour les leur procurer. Les avancées récentes de l'immunologie et des technologies avancées en médecine et en chirurgie sont quant à elles brillantes. Or, bien qu'il y ait des effets de ruissellement qui diffusent certains bénéfices de ces progrès aux pays pauvres, la plupart de ces recherches concernent des problèmes qui ne sont pas prioritaires pour la plus grande partie de la planète. De plus, l'inquiétude grandit relativement à la recherche universitaire, qui serait elle-même de plus en plus orientée par les intérêts des compagnies médicales et pharmaceutiques : jusqu'à quel point les projets de recherche sont-ils choisis en fonction de la disponibilité de fonds privés ?⁴⁶ La façon par laquelle les intérêts commerciaux ont été à même de contrecarrer, de repousser ou de dénigrer les efforts de recherche sur les causes environnementales du cancer, et de confiner le progrès au traitement individuel alors que leurs produits continuaient à alimenter les maladies, n'aide en rien à bâtir la confiance dans les bénéfices concrets de la science médicale⁴⁷. Pire, en promouvant par exemple une utilisation excessive et non régulée des antibiotiques, le capitalisme détruit les avancées de la science médicale parce qu'il alimente la création de nouvelles souches de bactéries résistantes aux antibiotiques⁴⁸.

Les soins de santé et la légitimation : l'idéologie

Les analystes critiques ont toujours reconnu l'importance des soins de santé pour la légitimation du système politique, tout en soulignant que la complexité de l'économie moderne a besoin de travailleuses et de travailleurs en bonne santé

46 George Monbiot, *Captive State: The Corporate Takeover of Britain*, Londres, Macmillan, 2000, chapitre 9, « The corporate takeover of the universities ». La confiance dans le bien-fondé de la recherche en milieu hospitalier sur les thérapies à base de médicaments n'a pas été renforcée par les gestes récents qui ont fait des hôpitaux de la NHS des collaborateurs officiels de l'industrie pharmaceutique.

47 Devra Davis, *The Secret History of the War on Cancer*, New York, Basic Books, 2007.

48 Les exemples comprennent la vente libre de médicaments dans des pays tels que l'Inde et le Brésil et l'utilisation abusive d'antibiotiques dans l'industrie agroalimentaire en Europe et en Amérique du Nord. Des médecins craignent que le même sort attende le plus récent – et dans certains cas le seul – médicament efficace contre le paludisme, Artemisin.



pour faire le travail pour lequel elles et ils sont engagés⁴⁹. Mais de combien de gens en santé l'économie a-t-elle besoin, et jusqu'à quel point doivent-ils être en forme ? Voilà une tout autre question. Le fait que les inégalités augmentent, que les coûts relatifs à la santé suivent la même ascension et que le travail ait été transporté depuis les pays riches vers des pays où les conditions de santé et l'espérance de vie sont moindres, suggère que la santé n'est pas une contrainte importante pour l'économie capitaliste moderne. Au cours du vingtième siècle s'est popularisée la formule de Porter selon laquelle « le fonctionnement efficace et fluide des économies de producteurs et de consommateurs requiert une population qui est autant en santé que cultivée, qualifiée et respectueuse des lois »⁵⁰. Or les réformes néolibérales tendent à démontrer que c'est seulement la dernière de ces conditions, le respect des lois, qui est véritablement essentielle⁵¹.

Cette tendance est devenue claire après 1990, lorsque les décideurs politiques néolibéraux se sont lancés dans la re-marchandisation des soins de santé en ouvrant le champ à l'accumulation privée de capital. Cela allait révéler à quel point les soins de santé sont un construit social, presque autant qu'ils sont une réalité matérielle. Ce n'est pas la qualité des soins, ni même l'accessibilité qui sont les éléments cruciaux pour que la santé produise son effet légitimant, mais bien la façon dont la santé est articulée avec d'autres éléments de l'idéologie dominante. Au sein de l'opinion publique, les soins financés par l'État ne s'accordent pas avec « pauvreté », « logement », « pollution industrielle », ou encore la « pauvreté des villes centrales », mais bien plutôt avec les idées de « coûts », « taxation », « bureaucratie », « fardeau », « autonomie » et ils sont liés à « l'État » lui-même (auquel on accole des épithètes péjoratives telles que « paternaliste », « centralisé » ou « stalinoïde », etc.). La santé, lorsque bien incrustée dans l'idéologie néolibérale – c.-à-d. associée avec « productivité », « efficacité » et « choix individuel » – peut être présentée telle une marchandise comme les autres. Aux États-Unis, les compagnies privées liées à la santé ont eu recours à des dépenses massives pour s'opposer à la création d'un système de santé public accessible à tous et à toutes, mais cela n'aurait pas été suffisant, n'eût été le contexte idéologique favorable. La croyance selon laquelle le privé fournit des soins avec plus d'efficacité que ceux dispensés à partir des revenus de taxation renforce le sentiment d'autonomie que les Étatsuniens et les Étatsuniennes chérissent tant, et leur conviction qu'il serait socialiste d'offrir des soins financés publiquement, a à ce jour permis à plusieurs reprises de couper court au désir d'un accès plus égalitaire aux soins.

49 Voir, par exemple, le document révolutionnaire de Lesley Doyall (avec Imogen Pennell), *The Political Economy of Health*, Londres, Pluto Press, 1979, p. 37-39.

50 Porter, *op. cit.*, p. 631.

51 Vicente Navarro, *Medicine Under Capitalism*, New York, Prodist, 1976, p. 160-161. De plus, si la santé des travailleurs et des travailleuses était le but principal des soins de santé universels, il n'y aurait pas de raison de les étendre aux retraités qui en sont aujourd'hui les principaux utilisateurs.



En Europe, deux idées principales traversent la campagne qui favorise la re-marchandisation de la santé : le contrôle des coûts et l'efficacité. Le contrôle des coûts est présenté comme nécessaire, voire inévitable, puisque ceux-ci augmenteraient inexorablement. Cette augmentation résulterait de la demande pour des soins qui, soutient-on, serait infinie puisqu'elle serait entraînée vers le haut par les attentes grandissantes de la population, par son vieillissement et par le développement constant de nouveaux traitements de plus en plus dispendieux. Cette hausse continue se heurterait à l'obstacle des capacités limitées des finances publiques, dont la limite serait atteinte. Voilà qui fait de l'efficacité – cette deuxième notion clef de la rhétorique privatisante – un élément si important, et l'efficacité ne pourrait être atteinte, selon ce discours, que par des réformes favorisant le secteur privé, qui lui, est organisé pour la compétition. Or, ni l'un ni l'autre de ces arguments ne résistent à l'analyse critique.

En 1998, Penelope Mullen publiait un article qui devrait être une lecture obligatoire pour tous les décideurs politiques et tous les journalistes qui couvrent les enjeux liés à la santé. Elle y concluait que la demande n'est pas infinie : les gens sont eux-mêmes des êtres finis et leurs désirs relatifs à leur santé le sont également. L'argument abstrait tiré de la théorie économique, qui suggère qu'il existe une demande infinie pour tout ce qui est à prix nul pour le consommateur ou la consommatrice, est peut-être convaincant pour les employéEs de *think tanks* néolibéraux, mais pas pour le sens commun, et encore moins lorsqu'il s'agit de soins médicaux⁵². De plus, les preuves empiriques qui existent tendent à démontrer que les besoins relatifs à plusieurs traitements spécifiques pourraient être comblés avec des dépenses raisonnables. Il est également faux de soutenir que les nouvelles technologies médicales nécessitent des dépenses toujours plus grandes : par exemple, de nombreuses chirurgies par laparoscopie⁵³ ont réduit les coûts en diminuant, voire en éliminant, le temps d'hospitalisation, tout comme l'ont fait plusieurs médicaments. Par ailleurs, le prix des nouvelles technologies, qui contient souvent une bonne part de rente de monopole, tend à chuter rapidement lorsque les technologies sont diffusées largement. La hausse des coûts due au vieillissement de la population est également souvent exagérée puisque les gens sont par le fait même en bonne santé pendant plus longtemps.

52 Penelope M. Mullen, « Is it necessary to ration health care ? », *Public Money and Management*, vol. 18, n° 1, janvier-mars 1998, p. 53-58. Voir aussi George Davey Smith, Stephen Frankel et Shah Ebrahim, « Rationing for health equity: is it necessary ? », dans Smith, *op. cit.*, p. 513-521. Les auteurs soulignent que le calcul de n'importe quel coût apparent doit être fait de façon critique. Le coût des médicaments par exemple est souvent traité comme étant fixe alors qu'un traitement aux statines qui coûte 500 livres sterling par année en Angleterre est disponible pour 67 livres sterling par année en Inde.

53 Les opérations chirurgicales utilisant la laparoscopie sont faites à l'aide d'une caméra qui passe par de petites incisions plutôt que d'ouvrir entièrement la région opérée. (NdT)



En fait, près de la moitié des dépenses en soins de santé se concentrent dans les derniers mois de la vie, peu importe l'âge du décès.

Bien que, comme le souligne Mullen, la capacité de dépenser en santé soit limitée, son niveau est en fait une question politique, car ce qu'il est raisonnable de se payer n'est rien d'autre qu'une question de choix collectif. L'argument voulant qu'il faille faire des choix difficiles lorsque les dépenses atteignent les 8, 10 ou 15 pour cent du PIB relève d'une opinion politique, qui est typiquement de droite. L'enjeu réel n'est pas celui de la quantité du produit national attribuée aux soins de santé, mais bien celui de la quantité des soins qui seront payés à partir des revenus d'imposition : cet argent que les gens riches préfèrent dépenser par et pour eux-mêmes. Les États-Unis dépensent en ce moment 18 % de leur PIB en soins médicaux, ce qui est de loin la proportion la plus élevée dans le monde, et cette proportion augmente de près d'un pour cent par année depuis quelques années. En 2007, un rapport du Bureau du budget du Congrès américain (CBO) prévoyait qu'en 2082, cette proportion atteindrait les 49 % du PIB⁵⁴. Cette extrapolation des tendances récentes visait à mettre l'accent sur le coût important des soins de santé aux États-Unis, mais il a été interprété par bien des lecteurs comme un signal de la nature infinie de la demande et a servi à supporter la revendication d'une réduction de moitié de la part des soins payés par des revenus d'imposition (ils étaient de 9 % du PIB en 2007). Le problème réel, soit que les coûts des soins sont élevés aux États-Unis justement parce qu'ils sont régis par le marché, n'est mentionné nulle part dans ce rapport⁵⁵.

Tant que le PIB augmente, il n'y a pas en fait de limite nécessaire à la part du PIB qui doit être dépensée en soins médicaux. William Baumol soulignait il y a déjà longtemps que dans ce contexte, la proportion du PIB dépensée en soins de santé (ou dans n'importe quel autre secteur exigeant une main-d'œuvre abondante) peut augmenter tout en laissant une part plus grande pour des produits issus de secteurs où la part de travail dans la production diminue

54 *The Long-Term Outlook for Health Care Spending*, US Congressional Budget Office, novembre 2007.

55 « Le CBO projette que pour éviter de réduire leur consommation réelle de biens autres que ceux liés à la santé, les employeurs, les ménages et les compagnies d'assurances vont changer leurs comportements de différentes façons (incluant potentiellement un partage supplémentaire des coûts, une gestion plus serrée de l'utilisation, une réduction de la couverture par l'employeur ainsi que des examens plus approfondis des nouvelles technologies sur la base de leur rentabilité) afin de réduire le taux de croissance des dépenses dans la part non fédérale du système de santé. Les projections supposent également que, même en l'absence d'une modification de la législation fédérale, certaines des mesures adoptées pour ralentir la croissance dans le reste du système de santé vont modérer la croissance des dépenses dans le *Medicare* et le *Medicaid*, et que des changements de la réglementation au niveau fédéral et des politiques au niveau des États vont contribuer à ralentir la croissance dans ces programmes. » (*ibid.*, p. 1-2).



constamment⁵⁶. De plus, un pays qui dépenserait la moitié de sa production nationale pour améliorer la santé de sa population par tous les moyens possible (incluant notamment un système universel de soins organisé rationnellement) ne serait pas un mauvais endroit pour vivre, et la citation célèbre du scientifique allemand Rudolf Virchow, selon laquelle « la politique n'est rien d'autre que de la médecine à large échelle », verrait son potentiel progressiste enfin réalisé⁵⁷.

Quant à l'argument selon lequel les soins médicaux à but lucratif sont plus efficaces que les services publics ou les services à but non lucratif, il ne repose sur aucune preuve. Les meilleurs éléments de preuve proviennent des États-Unis, où l'échantillon est suffisamment grand pour permettre la comparaison entre les *Health Maintenance Organisations* (HMO)⁵⁸ qui fournissent des soins sur une base non lucrative et celles qui ont des visées lucratives (souvent désignées comme étant « détenues par les investisseurs »). Dans une étude de 1999, des chercheurs de pointe dans le domaine ont utilisé des bases de données qui recensent 56 % de toutes les inscriptions à une HMO (tant avec que sans but lucratif) aux États-Unis, et ils arrivent à des conclusions catégoriques sur un point central : « en comparaison des HMO sans but lucratif, les installations détenues par leurs investisseurs ont des résultats plus faibles pour chacun des 14 indicateurs de la qualité des soins. [...] la propriété privée par les investisseurs est ainsi systématiquement associée à une qualité moindre »⁵⁹. Cette découverte n'aurait pas dû surprendre : dans un secteur de services qui dépend autant du travail qualifié, le moyen principal pour engranger des profits est de se tourner vers un modèle industriel – réduction du personnel, moins de compétences partagées, des temps de consultation plus courts et ainsi de suite – qui ne peut qu'affecter la qualité des soins, à moins que la concurrence n'amène à une utilisation plus efficace des ressources existantes. Mais encore là, les preuves indiquent plutôt le contraire. Une métaanalyse passant en revue 132 études comparatives sur les hôpitaux, centres de soins de longue durée, HMO, services de traitement à domicile et centres de dialyse aux États-Unis, comparant les soins avec et sans but lucratif entre 1980 et 2000, démontre que les soins prodigués par les

56 William J. Baumol et William G. Bowen, *The Performing Arts: The Economic Dilemma*, New York, Twentieth Century Fund, 1966, et des articles par Baumol et son épouse Hilda Baumol réunis dans Ruth Towse (dir.), *Baumol's Cost Disease: The Arts and Other Victims*, Londres, Edward Elgar, 1997.

57 Cité par Porter, *op. cit.*, p. 643. Virchow a supporté la révolution de 1848 et a été banni de Berlin pour huit ans à la suite de son échec. Il est néanmoins devenu une figure importante de la santé publique et de la recherche scientifique en Allemagne.

58 Les HMO sont des intermédiaires entre les compagnies d'assurances et les différents fournisseurs de soins et sont organisés autour d'un médecin qui contrôle l'autorisation faite aux patients d'avoir accès à des soins spécialisés remboursés par l'assurance ou non. (NdT)

59 David U. Himmelstein, Steffie Woolhandler, Ida Hellander et Sidney M. Wolfe, « Quality of care in investor-owned vs not-for-profit HMOs », *Journal of the American Medical Association*, vol. 282, n° 2, 1999, p. 159.

organisations sans but lucratif étaient non seulement de meilleure qualité, mais aussi plus souvent supérieurs en termes d'efficacité des coûts⁶⁰.

De plus, ces comparaisons ne révèlent en fait qu'une partie de l'histoire, car aux États-Unis, tous les fournisseurs de soins agissent au sein d'un marché. Les frais de fonctionnement au sein du marché – les coûts de promotion et de publicité pour les régimes d'assurance et pour les différents établissements qui se livrent une compétition, pour faire les contrats entre les assurances et les fournisseurs de soins, de comptabilité et de facturation pour chaque traitement, pour enregistrer chaque traitement et pourchasser les défauts de paiement, et les coûts d'audit et de règlement des litiges – ne sont rien de moins qu'énormes⁶¹. Il est souvent dit que la norme aux États-Unis est qu'un tiers de chaque dollar dépensé en soins médicaux se perd dans l'administration. Or, les coûts administratifs du Service national de santé britannique (NHS) dans le milieu des années 1970, soit avant qu'il ne soit converti en marché, ne représentaient que 5 à 6 pour cent du total des dépenses⁶².

L'affirmation (ou plutôt l'hypothèse) selon laquelle les soins de santé fournis par des compagnies à but lucratif sont plus efficaces ou gaspillent moins d'argent que les services publics contredit en fait la théorie économique que soutiennent pourtant les apologistes du marché. Il est à ce titre intéressant de rappeler qu'en 2003, le Trésor britannique a tenté d'établir un raisonnement pour évaluer la productivité des services publics. Dans son rapport, qui s'appuie sur la théorie des choix publics (*public choice*), il conclut que le marché n'est pas efficace lorsqu'il s'agit de prodiguer des soins de santé accessibles universellement. Le rapport étudie différents facteurs dont les asymétries d'information entre les patientEs et les médecins, le monopole naturel qui donne un pouvoir important aux fournisseurs de soins locaux, la difficulté et les coûts liés à la définition, au suivi et au respect des contrats, l'impossibilité de transférer les risques aux fournisseurs privés (« car il est difficile de laisser un hôpital faire faillite »,

60 Pauline Vaillancourt Rosenau et Stephen H. Linder, « Two decades of research comparing for-profit and nonprofit health provider performance in the United States », *Social Science Quarterly*, vol. 84, n° 2, 2003, p. 219-241; voir aussi Vaillancourt Rosenau et Linder, « Comparison of the performance of for-profit and nonprofit US psychiatric inpatient care providers », *Psychiatric Services*, vol. 54, n° 2, février 2003, p. 183-187.

61 En 1994, les coûts administratifs des hôpitaux publics aux États-Unis comptaient pour 22,9 % du total des coûts; dans les hôpitaux privés à but non lucratif, ils s'élevaient à 24,5 % et dans les hôpitaux à visée lucrative, cette proportion atteignait 34 %. Steffie Woolhandler et David Himmelstein, « Costs of care and administration at for-profit and other hospitals in the United States », *New England Journal of Medicine*, vol. 336, n° 11, 1997, p. 769-774.

62 Charles Webster, *The NHS: A Political History*, 2^e éd., Oxford, Oxford University Press, 2002, p. 203. « Après [l'introduction de ce qu'on appelle le marché interne du NHS], les coûts administratifs ont explosé ; en 1997, ils étaient de 12 % alors que les administrateurs évoquent aujourd'hui 17 % comme cible éventuelle (la facturation pour chaque traitement hospitalier) ». En 2009, les coûts administratifs du NHS ne devaient pas être très loin de ceux des hôpitaux sans but lucratif aux États-Unis.

comme le rappelle non sans ironie le rapport), les incitatifs pervers qui sont intrinsèques à l'assurance médicale privée⁶³ – bref tous ces facteurs qui font que des soins universels prodigués par le privé sont moins efficaces et plus coûteux que les soins fournis par l'État (bien entendu, ce rapport avait été coordonné par un fonctionnaire public issu de la vieille école, qui n'était pas prêt à fournir des preuves pour défendre la politique que le ministre voulait adopter, et tenait plutôt à trouver les preuves devant guider le choix de politiques)⁶⁴. Le gouvernement a néanmoins ignoré complètement les conclusions de ce rapport. Dès 2009, le NHS d'Angleterre (l'Écosse et le Pays de Galles ont utilisé leurs pouvoirs résiduels pour s'y opposer) était bien aligné pour être fractionné au sein d'un marché dans lequel les compagnies privées joueraient un rôle de plus en plus grand⁶⁵.

La re-marchandisation des soins de santé

Dès 1976, Vincente Navarro décrivait de façon prémonitoire ce qui s'avèrera être le refrain dominant concernant les soins de santé sous le capitalisme pour les trois décennies suivantes :

la tendance du capitalisme contemporain est de transformer les services publics en des marchandises qui sont échangées sur les marchés privés. Les pressions des conservateurs au Royaume-Uni, ainsi que des conservateurs et de nombreux libéraux aux États-Unis, pour transférer la prestation de soins de santé au secteur privé (supposément pour qu'ils soient administrés de façon plus efficace et profitable) et pour les y maintenir, témoigne de cette tendance. Dans un tel régime, le paiement pour les services est effectué par le public, alors que l'appropriation des profits est privée⁶⁶.

63 Les effets pervers comprennent le refus d'assurer les patientEs à risque, l'écrémage des traitements en fonction de leur rentabilité, le surtraitement causé par le paiement à l'acte, et bien d'autres encore.

64 HM Treasury, *Public Services: Meeting the Productivity Challenge. A Discussion Document*, Londres, HMT, 2003. Lorsqu'un journal a rapporté qu'un conseiller nouvellement embauché sur la politique du médicament avait auparavant écrit un article dans un journal médical soutenant que la prise d'Ecstasy était moins dangereuse que la promenade à cheval, la secrétaire d'État de l'intérieur (la ministre responsable) lui a dit que ce n'était pas de ce genre de conseil scientifique dont elle avait besoin – cela « allait au-delà du genre de conseil scientifique que j'attendais de lui ». Press Association, « Jacqui Smith slaps down drugs adviser for comparing ecstasy to horse riding », *Guardian*, 9 février 2009.

65 L'histoire est racontée dans Pollock, *op. cit.*, et John Lister, *The NHS after 60: For Patients or Profits ?*, Londres, Middlesex University Press, 2008. Au sujet des premiers pas vers la privatisation du NHS, voir aussi Stewart Player et Colin Leys, *Confuse and Conceal: The NHS and Independent Sector Treatment Centres*, Monmouth, The Merlin Press, 2008.

66 Navarro, *op. cit.*, p. 216.



Il s'agit là de l'une des composantes essentielles de la contre-révolution néolibérale des années 1970. Auparavant, le capital se contentait bien d'un rôle limité à la construction des hôpitaux et à la vente d'équipement médical pour des services de santé fournis par le secteur public. Il a maintenant changé de stratégie et cherche à prendre le contrôle des services eux-mêmes. Étant donné l'importance de ces services dans la vie des gens et la popularité des systèmes publics qui ont été construits après 1945 dans autant de pays, la rapidité avec laquelle l'assaut capitaliste a remporté ses victoires mérite des explications. Pour les pays du « Sud global », il n'y a pas là grand mystère puisque leur revenu était hypothéqué par le paiement de la dette et qu'ils étaient forcés d'abandonner la majorité de leurs services publics par les ajustements structurels imposés depuis le Fonds monétaire international (FMI). Il en va de même pour les pays de l'ex-bloc soviétique. Alors qu'ils étaient mis en faillite par une « thérapie de choc » et que leur population s'éprenait brièvement de la rhétorique des Reagan et Thatcher, les compagnies américaines qui donnaient des conseils aux gouvernements vendaient en même temps des régimes d'assurance-maladie à tous ceux et celles qui pouvaient s'en payer une.

L'énigme est cependant plus obscure pour les pays d'Europe de l'Ouest et les autres pays industrialisés où le système de santé public était profondément ancré et jouissait d'une forte popularité : comment est-il possible que tant de gouvernements aient pu convertir leur système public en des champs d'accumulation capitaliste ? Les différences nationales entre les systèmes de soins de santé et bien d'autres facteurs historiques, culturels et politiques font en sorte que les explications varient d'un endroit à l'autre. L'histoire de ce qui a conduit à la privatisation d'une partie significative du système d'hôpitaux en Allemagne n'est pas la même que celle qui a mené à la privatisation des soins de première ligne en Suède, ou à l'adoption des « partenariats public-privé » pour la construction et l'entretien des hôpitaux en Australie et au Canada. Cependant, des points communs existent entre tous ces exemples.

Premièrement, les services publics de soins de santé ont toujours souffert de certaines faiblesses que les médias capitalistes ont su exploiter. Affectés par les contraintes budgétaires de l'État, ils ont été forcés de rationner l'accès par des délais de plus en plus longs. Des bureaucraties imposantes, malgré leurs défauts habituels, sont néanmoins nécessaires pour opérer et administrer ces systèmes. Certains politiciens ont été capables de s'y immiscer pour y faire prévaloir des intérêts particuliers. Les compromis d'origine entre différents groupes d'intérêt (notamment avec une partie de la profession médicale, ou encore avec les propriétaires d'hôpitaux) ont fait croître certaines tendances irrationnelles, telles que le maintien du paiement à l'acte qui génère des coûts de transaction élevés et récompense le traitement excessif, ou encore le manque d'intégration entre les soins de santé primaires et secondaires, et ainsi de suite. Or les médias sont muets sur le fait que le secteur privé souffre de problèmes similaires, tout comme sur le fait que les patientEs de la classe moyenne préfèrent être traités séparément des patientEs de la classe des travailleurs et des travailleuses (un



sentiment sur lequel s'appuie la publicité de l'industrie privée). Mais pis encore, il n'est jamais question du développement d'une approche démocratique pour rendre les bureaucraties redevables et réceptives aux demandes publiques.

Deuxièmement, un secteur privé est presque toujours actif aux côtés du système public, fournissant des soins à ceux et celles qui peuvent se les payer. Ce secteur privé sélectionne à la pièce les services qui sont les plus rentables, en offrant par exemple des chambres d'hôpital à l'allure de chambres d'hôtel ou des délais de traitement plus courts. Il présente alors un modèle commercial qui est attrayant justement parce qu'il est cher. En Angleterre, un petit secteur privé qui offre des soins secondaires à fort prix a été construit de cette façon. Jusqu'à tout récemment, il fonctionnait sur la base de traitements fournis exclusivement par des médecins du secteur public (NHS) qui travaillaient pendant leurs temps libres contre des salaires exorbitants pour desservir une clientèle fortunée de gens d'affaires et de professionnels (et de riches patients venus de l'étranger). Lorsqu'on a offert à ces compagnies privées l'opportunité de prendre en charge une part du travail effectué par le public en étant payées par l'État, elles ont alors développé un modèle d'affaires complètement différent qui reposait, pour les patientEs desserviEs au même prix que dans le secteur public, sur un haut taux de roulement et l'absence de fioriture⁶⁷. Le Canada est à cet égard un contre-exemple. La loi canadienne sur la santé limite le développement d'un secteur privé parallèle. Partout ailleurs, le secteur privé a servi de base pour que de nouvelles voies soient ouvertes dans les soins prodigués par l'État.

Troisièmement, à partir de ce point d'appui, le capital a travaillé à pénétrer les endroits pertinents de l'État et ses structures avoisinantes, notamment la profession médicale elle-même. L'exemple le plus extrême provient probablement de l'Angleterre où le secteur privé a réalisé l'archétype de la « capture de l'État ». Au milieu de l'année 2006, l'équipe de direction du ministère de la Santé, composée de 32 membres, n'avait qu'un seul fonctionnaire de carrière. Six provenaient du secteur privé et 18 provenaient d'emplois cliniques ou managériaux dans le NHS. Seulement cinq étaient en poste depuis plus de cinq ans – en d'autres mots, leur mémoire collective des structures et de la philosophie d'origine du NHS ne faisait tout simplement pas le poids eu égard à leur implication collective dans le processus visant à le marchandiser⁶⁸. En 2007, le département commercial du ministère, qui était aussi le principal moteur du processus de

67 Le PDG de BMI, la plus grande compagnie à but lucratif d'Angleterre, disait que pour les patients dans le privé, l'objectif était « d'augmenter la qualité clinique et d'offrir une excellence inégalée de soins et de services », et pour les patients du secteur public, il y aurait « des services sur mesure basés sur un modèle d'opération à bas prix ». Nigel Hawkes, « The giant of private care will bid for NHS work », *The Times*, 10 janvier 2005.

68 Scott L. Greer et Holly Jarman, *The Department of Health and the Civil Service: From Whitehall to Department of Delivery to Where ?*, Londres, The Nuffield Trust, 2007, p. 20, tableaux 1 et 2.



marchandisation, avait une équipe de 190 personnes, dont 182 provenaient du secteur privé et étaient embauchées pour des contrats à court terme⁶⁹.

Le facteur commun le plus important soutenant cette impulsion du capital à convertir les soins de santé financés par l'État en des marchandises générant des profits a sans doute été le néolibéralisme, devenu hégémonique tant à titre d'ensemble de pratiques sociales qu'en tant que système d'idées. L'Angleterre s'offre encore ici comme un cas d'école, caractéristique de ce qui s'est passé dans plusieurs autres pays occidentaux. L'hégémonie néolibérale y fut le produit de la neutralisation du mouvement syndical et de la transformation du Parti travailliste en un organe de politiciens professionnels s'appuyant sur quelques riches donateurs plutôt que sur une militance de masse. Au tournant du siècle, la grande majorité des électeurs et des électrices ne se sentait plus attachée aux politiques publiques, ce qui a permis de procéder à la marchandisation du NHS, qui s'est accomplie sans grand débat public. De plus, puisque le principal parti d'opposition et la majorité de la presse étaient favorables à la privatisation, les critiques informées n'avaient nulle part où se diriger. Dans certains pays, la résistance a été plus forte, notamment à cause de parcours politiques et culturels historiquement différents. Dans d'autres, aux Pays-Bas par exemple, l'offensive pour un marché complet de la santé a pénétré avec plus de profondeur encore qu'en Angleterre.

Le succès des partisans de la privatisation est également un reflet de la profondeur de l'ancrage au sein du sens commun de l'idée selon laquelle tout devrait être, et est en fait, une marchandise. L'expérience quotidienne des gens, lorsqu'ils sont des patientEs, les mène à chérir le système de soins universel et accessible, et de nombreuses protestations se sont manifestées à la fermeture d'établissements locaux jugés « non rentables », ou lors de leur transfert à des compagnies privées. Mais les gens envisagent aussi de façon abstraite que les soins de santé se consomment et qu'en définitive, ce sont eux qui en paient la facture, même si les traitements sont gratuits pour les patients qui les reçoivent. L'idée selon laquelle la demande est infinie alors que les ressources sont limitées, ou encore celle voulant que le rationnement soit nécessaire pour contrôler les coûts, sont largement acceptées. Même le modèle industriel de soins de santé tant vanté en Angleterre, lequel traite les patientEs à la chaîne dans des « centres sans rendez-vous » et des « supercliniques » (cliniques à grande échelle) est perçu favorablement tant et aussi longtemps qu'il offre les mêmes commodités que les supermarchés.

En Angleterre, cette combinaison de facteurs a permis à la marchandisation des soins cliniques de la NHS de se faire par une série d'étapes plus ou moins calculées. Cela a commencé par l'entrée en scène de compagnies privées qui accomplissaient des chirurgies de routine payées par le NHS et s'est poursuivi par

69 Nicholas Timmins, « Private sector role in pioneering healthcare scheme to be slashed », *Financial Times*, 15 novembre 2007.



l'implication d'un grand nombre de cliniques et d'hôpitaux privés qui exécutent un nombre grandissant de tâches payées par le NHS. Des plans annonçaient ainsi le transfert de 64 pour cent de tous les services aux patientEs externes à de nouveaux centres de santé construits et opérés par des entreprises privées, ou par des partenariats entre le NHS et des firmes privées⁷⁰. Finalement, les services de médecine générale ou de première ligne (médecine familiale et autres services de santé communautaires) ont commencé à être transférés vers des fournisseurs privés. Ce processus pourrait mener à la création d'un vaste secteur de fournisseurs privés s'abreuvant directement au budget du NHS, parallèlement à un secteur de plus en plus isolé de fournisseurs publics et à la résurgence de paiements différentiels pour obtenir des soins de meilleure qualité. Il est cependant encore possible que le poids et la taille du système public n'offrent pas assez de choix au secteur privé. Il est encore trop tôt pour le dire.

Il appert déjà cependant que dans les pays où la marchandisation fait des avancées, elle réoriente les soins fournis par l'État vers des avenues commerciales. La rentabilité devient un objectif avoué alors que le nombre d'employéEs et les conditions de service sont revus à la baisse, ce qui provoque ensuite une diminution de la qualité des soins. Plutôt que l'objectif de répondre aux besoins en santé, on retrouve une conception industrielle de l'efficacité qui s'accorde avec une perception de la santé comme étant une marchandise – et s'ensuit, inexorablement, l'introduction de tickets modérateurs ou de franchises pour un nombre grandissant de traitements⁷¹.

Conclusion

Quel sera l'impact de la crise économique globale engendrée par le capital financier sur l'érosion actuelle des soins de santé accessibles de façon égalitaire, et sur la vague d'abandon des politiques sociales et économiques de redistribution ? Cette situation rassemble tous les éléments de ce que Gramsci appellerait une crise organique, c'est-à-dire une « crise réelle de l'hégémonie de la classe dirigeante ». La classe dirigeante a sans contredit échoué dans son « grand projet politique pour lequel [...] elle avait besoin de l'accord des masses, librement consenti ou arraché de force », pour créer une économie globale sur des principes néolibéraux (sans même parler du rêve impérialiste d'un « projet pour le nouveau siècle américain »). Les classes dirigeantes ont réagi exactement comme l'avait décrit Gramsci : en travaillant très fort pour rétablir l'ordre avec le strict minimum de changements : une légère augmentation de la régulation financière, une faible réduction de la portée de l'évasion fiscale des superriches,

70 Lord Darzi, le ministre responsable, lors d'une conférence sur la santé en décembre 2008. Voir *Public Private Finance*, <www.pppbulletin.com/Document.aspx%2?ppf=true&ID=1459959>.

71 Sur l'industrialisation des soins primaires, voir Steve Iliffe, *From General Practice to Primary Care: The Industrialisation of Family Medicine*, Oxford, Oxford University Press, 2008.



des bonus un tout petit peu moindres pour les milliardaires de la finance, sans oublier le retour – évidemment temporaire – des déficits fiscaux ⁷².

Reste à voir si cela fonctionnera à long terme. Les effets de la crise économique globale ne seront pas que de courte durée et ils s'enchevêtrèrent avec la crise écologique qui s'accélère. Des millions de gens demeureront sans emploi pendant des années (et de nombreux travailleurs et travailleuses plus âgés ne se retrouveront jamais un emploi), alors que les gouvernements coupent dans les services sociaux afin de rembourser l'immense dette qu'ils ont contractée pour sauver les banques et relancer l'économie. Dans ce contexte, le caractère inégalitaire des politiques néolibérales en santé pourrait bien devenir de plus en plus apparent. La rhétorique promouvant le respect du choix des consommateurs et des consommatrices perdra de son lustre et il ne sera plus possible d'ignorer ou de simplement survoler l'impact profond des inégalités de revenus et de taxation héritées de l'ère néolibérale sur la santé des moins nantis. Il ne sera pas non plus possible d'ignorer la qualité déclinante des soins publics de santé, le flux grandissant des revenus de taxation dirigés vers les corporations privées qui fournissent des soins, voire peut-être la contradiction entre, d'une part, la gratuité pour un petit nombre de soins de base, et d'autre part, la disponibilité de tant d'autres traitements pour ceux et celles qui en ont les moyens. Tout cela pourrait bien mener, en cours de route, à l'émergence d'un nouveau sens commun dans lequel le lien entre l'égalité et la santé sera fondamental.

72 Antonio Gramsci, *Selections from the Prison Notebooks*, New York, International Publishers, 1971, p. 178 et 278.

