

RAPPORTS DE L'OMS ET VISION DU MONDE



AURIANE GUILBAUD *

Depuis 1995, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) publie un *Rapport sur la santé dans le monde*, qui fait le point sur une question sanitaire précise (la santé mentale en 2001 par exemple) ou plus générale (comme les inégalités de santé en 1995) et fournit des statistiques sur ce thème pour chaque pays. 47 ans après la création de l'OMS en 1948, l'institution spécialisée des Nations unies sur les question sanitaires ajoute donc un nouveau titre régulier (tous les ans jusqu'en 2008, puis tous les 2 ou 3 ans) à la déjà longue liste de ses publications. L'OMS est en effet une organisation internationale qui se caractérise par l'importance de sa production scientifique, comme les rapports annuels des statistiques sanitaires mondiales, la revue mensuelle de santé publique le *Bulletin de l'OMS*, le *Eastern Mediterranean Health Journal*, sans compter les nombreux rapports thématiques publiés par l'organisation sur tous les sujets sanitaires (rapport mondial sur le paludisme, la tuberculose, le tabagisme, etc.)¹.

* MAÎTRE DE CONFÉRENCES À L'UNIVERSITÉ PARIS 8 - CHERCHEUSE AU CRESPPA-LABTOP (UMR 7217).
auriane.guilbaud02@univ-paris8.fr

¹ Liste des publications de l'OMS disponible sur: <<http://www.who.int/publications/fr/>> (08/07/2015).

Les organisations internationales (OI) sont d'importants producteurs de connaissances et de documents, qui peuvent prendre différentes formes (*fact sheet*, communiqués de presse, publications de journaux institutionnels, etc.), mais dont la plus emblématique est celle du rapport, c'est-à-dire un compte rendu analysant une question donnée. Les rapports sont des discours d'experts, rédigés pour et par des experts (décideurs, conseillers, fonctionnaires), même s'ils prétendent s'adresser à l'humanité entière². Ils répondent à un certain nombre de règles formelles dans leur structure (rappel des progrès réalisés, idéal du progrès scientifique et technique à atteindre, du bien-être de l'humanité, mais aussi des problèmes persistants³) et dans le style employé, qui se caractérise par son abstraction. Dominique Maingueneau parle ainsi d'un « code langagier onusien » ayant pour but d'effacer les spécificités linguistiques et culturelles et de produire une langue universelle⁴.

80

Différents types de travaux de sciences sociales se sont attachés à l'analyse des rapports des OI. Corinne Gobin et Jean-Claude Deroubaix identifient ainsi trois domaines d'étude : les analyses (quantitatives) de lexicométrie, les analyses portant sur la rhétorique, les analyses (qualitatives) de contenu thématiques ou lexicales⁵. Les conclusions de ces travaux insistent particulièrement sur la technicisation du vocabulaire, la dépolitisation apparente - les rapports étaient d'ailleurs décrits par Pierre Bourdieu comme des « discours politiques dépolitisés »⁶. Franco Moretti et Dominique Pestre, en effectuant une analyse linguistique quantitative des rapports annuels de la Banque mondiale entre 1946 et 2012, ont ainsi identifié un tournant dans les années 1990, lorsque les rapports deviennent plus codifiés et détachés du langage courant, remplis de nouveaux termes liés au monde de la finance, du management, de la gouvernance et du comportement moral.

² Gilbert Rist « Le prix des mots » in : Rist, Gilbert (dir.), *Les mots du pouvoir : sens et non-sens de la rhétorique internationale*, Paris et Genève, PUF/Institut universitaire d'études du développement, Les Nouveaux Cahiers de l'IUED, 2002, p. 10

³ *Ibid.*, p. 12

⁴ Dominique Maingueneau, « Les rapports des organisations internationales : un discours constituant ? », in Rist, Gilbert (dir.), *op. cit.*, p. 129.

⁵ Gobin, Corinne, Deroubaix, Jean-Claude, « L'analyse du discours des organisations internationales. Un vaste champ encore peu exploré », *Mots. Les langages du politique*, 2010, n° 94, p. 108.

⁶ Bourdieu, Pierre, *Ce que parler veut dire*, Paris, Fayard, 1982, p. 155.

Les acteurs sociaux en sont absents, remplacés par des principes universels auxquels il est impossible de s'opposer⁷. Jean-Louis Siroux, en travaillant sur les rapports annuels de l'OMC, montre pourtant que la dépolitisation du discours de cette organisation n'est qu'apparente puisqu'elle promeut l'universalité du libre-échange⁸. Enfin, des travaux de sociologie politique s'intéressent davantage au contexte d'énonciation, c'est-à-dire aux contraintes institutionnelles ainsi qu'au profil professionnel et sociologique des auteurs des rapports⁹.

L'analyse des rapports des OI doit en effet tenir compte de deux éléments principaux : d'abord leurs conditions de production (ils sont le produit de rapports de forces internes et externes à l'OI et sont destinés à une certaine audience) ; ensuite les fonctions que les rapports sont supposés remplir (qui permettent de rendre compte de la manière dont les OI se « présentent » à travers leurs rapports mais aussi de la vision du monde véhiculée).

Les rapports des OI remplissent une fonction de diffusion de l'information qui relève de la nécessité quotidienne du travail de l'organisation (informer sur une cause, défendre une action, etc.), mais ce sont aussi des outils de communication pensés pour donner une certaine visibilité aux activités de l'OI et ainsi renforcer sa légitimité. À travers les rapports, l'organisation se présente au monde tout en donnant à voir la manière dont elle se représente le monde¹⁰. Il s'agit d'ailleurs d'une des missions de l'Onu et de ses institutions spécialisées : fournir une certaine vision du monde afin de renforcer son universalité, c'est-à-dire fournir un ensemble de représentations collectives qui, en livrant une justification de la réalité, fondent l'identité de l'ensemble des membres de l'humanité¹¹. Les OI tirent en effet leur légitimité

⁷ Moretti, Franco, Pestre, Dominique, « Banskpeak. The Language of World Bank Reports », *New Left Review*, 92, March-April 2015, p. 75-100.

⁸ Siroux, Jean-Louis, « La dépolitisation du discours au sein des rapports annuels de l'Organisation mondiale du commerce », *Mots. Les langages du politique*, 2008, n° 88, novembre, p. 13-23.

⁹ Rist, *op. cit.*, p. 10.

¹⁰ Maingueneau, Dominique, *op. cit.*, p. 119-121.

¹¹ Pour des définitions de la notion de « vision du monde », voir : De Jonge, Emmanuel, « La Déclaration Universelle des Droits de l'Homme comme l'expression d'une vision du monde : une approche topique et génétique », *Argumentation et Analyse du Discours*, 2010, n° 4 [en ligne].

de leur universalité¹², de leur capacité à avoir pour membres l'ensemble des États de la planète et à affecter l'ensemble de la population humaine.

L'étude des seize *Rapports sur la santé dans le monde* de l'OMS est à cet égard particulièrement intéressante : non seulement parce qu'elle permet de suivre les évolutions des priorités sanitaires mondiales et les transformations des conceptions de la santé mondiale, mais surtout parce qu'elle révèle les tensions entre la diversité de la situation sanitaire mondiale et la vocation universelle de l'organisation sanitaire internationale.

Une fonction principale : la mise en valeur de l'organisation

82

La publication du premier rapport sur la santé dans le monde, intitulé « Réduire les écarts », en 1995, intervient dans un contexte difficile pour l'OMS, qui voit son rôle d'autorité directrice et coordinatrice de la santé internationale contesté et concurrencé par de nouveaux acteurs.

Cet affaiblissement de l'organisation est dû en partie à une crise interne. La gestion du docteur Nakajima, directeur général de l'OMS de 1988 à 1998, est critiquée. Les critiques visent en particulier son attitude face aux intérêts économiques de grands groupes et son manque de capacité à définir une nouvelle approche de la santé susceptible de revitaliser l'OMS¹³. L'organisation doit en outre faire face à des difficultés budgétaires. Le budget ordinaire est soumis à une politique de croissance zéro en valeur réelle depuis 1980¹⁴ et les contributions fléchées (ou volontaires), c'est-à-dire des financements des États, de fondations privées ou de firmes multinationales destinés à des programmes spécifiques, sont en augmentation, limitant ainsi la marge de manœuvre de l'organisation. De plus, l'OMS est confrontée aux contributions impayées de ses États-membres, à hauteur de 243 millions de

¹² Devin, Guillaume, Smouts, Marie-Claude, *Les Organisations Internationales*, Paris, Armand Colin, 2011, p. 75.

¹³ Godlee, Fiona, « WHO in retreat, is it loosing its influence ? », *British Medical Journal*, vol. 309, 3 décembre 1994, p. 1492.

¹⁴ Beigbeder, Yves, « L'organisation mondiale de la santé en transition : la rénovation nécessaire », *Études internationales (Québec)*, septembre 1999, 30 (1), p. 481.

dollars en 1996¹⁵. Le budget de l'OMS diminue même à partir de 1996, il n'atteindra à nouveau son niveau de 1995 qu'en 2002. Ces difficultés permettent à de nouveaux acteurs d'occuper l'espace laissé vacant.

En 1993, la Banque mondiale a consacré pour la première fois son *Rapport sur le développement dans le monde* (publication annuelle de premier plan de la Banque mondiale, très attendue par les acteurs du développement) aux questions sanitaires. Ce rapport, sous-titré *Investir dans la santé*, présente la stratégie sanitaire de la Banque et marque son engagement dans le domaine de la santé internationale. Celui-ci croît depuis les années 1970, en lien avec l'intérêt porté à la question de la pauvreté au sein de la Banque sous la présidence de Robert McNamara (1968-1981). Différentes unités sont créées, qui forment en 1979 un département Santé, nutrition et population, structure en charge des projets sanitaires au sein de la Banque. En 1974, la Banque mondiale adopte sa première stratégie sanitaire, publiée sous la forme d'un *Health Sector Policy Paper*¹⁶. La santé est présentée comme un investissement et la banque s'appuie sur la théorie du capital humain pour justifier son action dans le domaine sanitaire : la bonne santé de l'être humain est directement reliée à sa productivité. En effet, la Banque mondiale n'est pas seulement une institution financière, c'est aussi une institution de production de savoirs, qui combine recherche empirique, théorique et évaluation. Ces efforts de recherche permettent de justifier intellectuellement les stratégies de la Banque et de les diffuser auprès d'autres acteurs internationaux. La Banque mondiale développe ainsi des publications dans le domaine de la santé, comme les *Health, Nutrition and Population Knowledge Briefs Series* par exemple¹⁷.

Le lancement en 1995 de la série des « Rapports sur la santé dans le monde » par l'OMS est donc une réponse directe aux menaces pesant sur l'organisation et fait partie d'une stratégie d'affirmation face à la Banque mondiale, qui avec ses publications

¹⁵ Godlee, Fiona, « New Hope for WHO? », *British Medical Journal*, vol. 312, 1^{er} juin 1996, p. 1376.

¹⁶ Ruger, Jennifer Prah, « The Changing Role of the World Bank in Global Health in Historical Perspective », *American Journal of Public Health*, 95, 2005, p. 64.

¹⁷ <<http://www.worldbank.org/en/topic/health> (09/07/2015)>.

sur des thèmes sanitaires vient explicitement concurrencer l'OMS. Ces rapports ont pour fonction de mettre en valeur l'organisation, de rappeler son utilité et de renforcer sa légitimité. Tous les rapports contiennent donc des éléments sur les contributions de l'OMS à la santé mondiale, le plus souvent dans le cadre d'un chapitre dédié, qui les réinscrit dans l'histoire de l'organisation (création, histoire, grands programmes, etc.). Il s'agit de légitimer l'organisation en l'ancrant dans le passé et ainsi réaffirmer sa place sur la scène internationale. Dans le rapport sur la santé dans le monde de 1998, le chapitre 1 s'intitule ainsi « Diriger et réagir », titre éloquent faisant référence au mandat de l'organisation (la constitution de l'OMS en fait l'autorité directrice et coordinatrice de la santé internationale). Le rôle de la Banque mondiale y est minimisé, elle est présentée comme reprenant des stratégies définies par l'OMS (par exemple : « [la Banque mondiale] a adopté l'idée d'un partenariat avec l'OMS pour le développement de la santé »¹⁸). L'organisation est présentée de manière positive, tentant de justifier ce qui peut apparaître comme des difficultés par ailleurs. Ainsi, alors que l'OMS voit la gestion de l'épidémie de VIH/Sida lui échapper avec la création de l'ONUSIDA en 1996, ce qui constitue un désaveu sévère pour l'organisation qui aurait a priori dû jouer le rôle de coordinateur des actions contre le VIH/Sida des agences des Nations unies, cette décision est présentée comme reflétant le souhait de l'OMS (« on a lancé un nouveau programme commun des Nations unies sur le VIH/Sida » peut-on lire dans le rapport de 1998¹⁹).

Mais les rapports tentent également de façonner le futur, en repositionnant l'OMS parmi les acteurs sanitaires internationaux. Il s'agit pour cela de s'engager pour une « vision politique » de la santé, afin de publiciser l'action de l'OMS au-delà d'un rôle technique auquel elle ne souhaite pas être cantonnée. Cet objectif est présent dès les premiers rapports, rédigés lors du dernier mandat du docteur Nakajima, mais il prend de l'ampleur avec le mandat du docteur Gro Harlem Brundtland (1998-2003). Le rapport de 1999, le premier publié par la nouvelle directrice générale, s'intitule ainsi « Pour un réel changement ».

¹⁸ OMS, Rapport sur la santé dans le monde 1998. « La vie au 21^e siècle : une perspective pour tous », Genève, OMS, 1998, p. 207.

¹⁹ *Ibid.*, p. 207.

Ancien Premier ministre norvégien et ancienne présidente de la Commission mondiale sur l'environnement et le développement, G.H. Brundtland a pour mission de repositionner l'OMS sur la scène internationale et de donner plus de visibilité à la santé sur l'agenda international. Ce renforcement passe par la fourniture, par l'OMS, de « preuves factuelles » de l'efficacité de son action (dans l'avant-propos du rapport de 2000, G. H Brundtland préconise ainsi d'« étayer nos recommandations par des bases factuelles et non simplement par une idéologie »²⁰). Une nouvelle unité de l'OMS, le « Groupe Bases factuelles et information à l'appui des politiques » (en anglais *Evidence and Information for Policy*) est créée, et développe de nouveaux indicateurs et outils statistiques. Ces changements se reflètent dans les rapports sur la santé mondiale, qui contiennent davantage de graphiques et tableaux statistiques à partir de 2000, passant d'une vingtaine de pages d'annexes statistiques à une cinquantaine de pages de 2000 à 2006 (à partir de 2007, il n'y a plus d'annexes statistiques présentées).

La mise en valeur de l'organisation passe également par la description de l'importance de sa mission en adoptant un ton parfois catastrophiste (par exemple, dans le rapport de 1996 : « aucun pays n'est vraiment en sécurité et aucun ne peut donc plus ignorer la menace ») ou insistant sur l'urgence de la situation sanitaire mondiale (en 1996, le monde est décrit comme « au bord d'une crise mondiale due aux maladies infectieuses »). À partir du rapport de 2000, des graphiques représentant des « arbres de décisions » font également leur apparition, afin d'illustrer la capacité de l'OMS à répondre à ces situations de crise et d'urgence.

85

L'universalité au défi de la diversité sanitaire

Les rapports sur la santé mondiale de l'OMS évaluent et rendent compte de la diversité des problèmes sanitaires et de leur distribution. Les thèmes principaux des rapports sont variés : inégalités sanitaires (1995), maladies infectieuses (1996), maladies infectieuses et chroniques (1997), vision de la santé pour le XXI^e siècle (1998), santé et développement (1999), performance

²⁰ OMS, *Rapport sur la santé dans le monde 2000. Pour un système de santé plus performant*, Genève, OMS, 2000, p. vii.

des systèmes de santé (2000), santé mentale (2001), réduction des risques pour la santé (2002), soins de santé primaires et objectifs millénaires pour le développement (2003), accès aux traitements contre le VIH/Sida (2004), santé maternelle et infantile (2005), travailleurs de santé (2006), sécurité sanitaire (2007), soins de santé primaires (2008), financement des systèmes de santé et couverture sanitaire universelle (2010), rôle de la recherche pour une couverture sanitaire universelle (2013).

L'inégalité de la répartition et de l'impact des problèmes de santé est une préoccupation majeure de l'OMS. C'est à cette question qu'est consacré le premier rapport sur la santé mondiale, et elle revient à de nombreuses reprises dans les rapports suivants. Si la lutte contre les inégalités sanitaire (entre les pays, mais aussi à l'intérieur d'un même pays) est une préoccupation majeure de l'organisation, c'est une priorité relativement récente au regard de l'existence d'un système sanitaire international depuis la fin du XIX^e siècle (centré sur le contrôle des maladies et la prévention des épidémies, avec des relations interétatiques marquées par les logiques de la colonisation). L'OMS s'engage véritablement dans la lutte contre les inégalités sanitaires dans les années 1970. Avec l'investissement par les pays du Sud des organes des Nations unies, consécutif à la décolonisation, l'accent est alors mis sur le rôle de la santé dans le développement économique et social, ainsi que sur l'importance de la réduction des inégalités socio-économiques et politiques pour l'amélioration de la situation sanitaire.

Les problèmes sanitaires sont variés et inégalement répartis à la surface du globe (95 % des décès liés à la tuberculose surviennent dans les pays en développement, le paludisme a disparu des pays du Nord par exemple), néanmoins, l'OMS est une OI à vocation universelle, et cette préoccupation d'universalité, de n'être accusée ni d'être « l'organisation des pays du Sud » ni celle « des pays du Nord », est un souci constant, illustré ici par le choix des thèmes et leur traitement dans les rapports sur la santé mondiale. Le rapport de 1997 prône ainsi une approche intégrée des maladies infectieuses et chroniques et insiste sur l'unité microbienne du monde. En effet, l'existence d'une « transition épidémiologique », c'est-à-dire d'un fossé entre des pays développés touchés par des maladies chroniques (maladies cardiovasculaires, diabète, cancer) et des pays en développement affectés par des maladies infectieuses (paludisme, VIH/Sida, maladies tropicales, etc.) ne

doit pas être surestimée. Les pays du Sud sont également touchés par les maladies dites chroniques (60 % des nouveaux cas de cancer et 70 % des décès ont lieu dans les pays en développement) et les maladies infectieuses sont bien présentes dans les pays du Nord (VIH/Sida, SRAS, grippe aviaire...). Le vieillissement (et les problèmes de santé associés) touche l'ensemble de la population mondiale, au Nord comme au Sud. Les rapports prennent néanmoins soin de différencier les capacités des pays à faire face aux problèmes sanitaires. Le rapport de 2001 sur la santé mentale identifie ainsi trois types de stratégies selon les revenus des pays.

Afin de maintenir l'universalité de l'organisation, les rapports ont également recours, outre aux techniques d'écriture et d'abstraction évoquées en introduction, à deux moyens complémentaires : la mise en avant de l'individu et la définition de concepts. Le rapport de 2002, qui porte sur la « réduction des risques et la promotion d'une vie saine » et identifie dix facteurs de risque²¹ responsables de plus d'un tiers des décès dans le monde, insiste ainsi sur l'importance des choix individuels (« Réduire les risques pour la santé relève de la compétence de l'État, mais doit aussi demeurer partout la préoccupation essentielle de tous les individus et de tous ceux qui en ont la charge »²²). Le rapport de 2007 sur la sécurité sanitaire souligne l'importance de prendre en considération les répercussions et les perceptions individuelles. La mise en exergue du niveau individuel, parfois ensuite relié à deux niveaux plus englobants (le « communautaire » et le « collectif »), s'inscrit ainsi dans la tradition moderne de la pensée occidentale qui lie universalisme et individualisme (les valeurs universelles découlant d'une définition de l'être humain comme individu et non de la communauté globale²³). Il en est de même avec la définition de concepts, comme la sécurité sanitaire dans le rapport de 2007 par exemple, qui ont directement une ambition universelle.

87

²¹ Ce sont la sous-alimentation, les pratiques sexuelles dangereuses, l'hypertension artérielle, le tabagisme, l'alcoolisme, l'utilisation d'eau non potable et le défaut d'assainissement et d'hygiène, la carence en fer, l'enfumage des habitations par des combustibles solides, l'hypercholestérolémie et l'obésité.

²² OMS, Rapport sur la santé dans le monde 2002. Réduire les risques et promouvoir une vie saine. Genève, OMS, 2002, p. 5.

²³ Entrée « Universalisme », in : Nay, Olivier (dir.), *Lexique de science politique*, Paris, Dalloz, 2008, p. 554.

Un fil rouge : Alma-Ata et les soins de santé primaire

À la lecture des *Rapports sur la santé dans le monde* de l'OMS, on ne peut qu'être frappé par l'importance et la récurrence de la référence à la conférence d'Alma-Ata de 1978 et à la stratégie des soins de santé primaires. Le nom d'Alma-Ata revient dans tous les rapports et les soins de santé primaires sont explicitement au cœur des rapports de 2003 et 2008, ce dernier marquant le 60^e anniversaire de l'OMS et le 30^e de la déclaration d'Alma-Ata.

La conférence d'Alma-Ata sur les soins de santé primaires, qui se tient du 6 au 12 septembre 1978 dans ce qui est alors la capitale du Kazakhstan, marque l'aboutissement d'un processus de définition d'une nouvelle approche de santé publique par l'OMS tout au long des années 1970. La stratégie des soins de santé primaires préconisée se veut « horizontale », c'est-à-dire renvoie à une « approche intersectorielle de la santé », qui vise à fournir aux populations des soins essentiels à un coût abordable, en faisant appel à des travailleurs communautaires par exemple. Cette réorientation de l'organisation s'inscrit dans un mouvement d'affirmation des pays du Sud sur la scène internationale et a pour but de réduire le fossé sanitaire entre pays développés et en développement.

Cette nouvelle orientation résulte d'un épuisement des approches « verticales » précédentes fondées sur une approche étroite et technique des maladies ne prenant pas en compte l'environnement économique et social dans lequel vivent les populations. Après la Seconde Guerre mondiale, de nombreux pays en développement ont adopté un système sanitaire organisé sur le modèle occidental. Dans les années 1970, les échecs de ce modèle apparaissent : l'accès aux soins des populations pauvres n'est pas assuré, et les restrictions dans les dépenses publiques suite à la crise économique le rendent insoutenable. Parallèlement, diverses initiatives menées au niveau local ou national présentent des alternatives, en particulier en Amérique latine, où les actions de travailleurs sanitaires implantés dans des communautés locales se développent et se révèlent efficaces.

La conférence se termine par une déclaration, la déclaration d'Alma-Ata sur « l'accès à la santé pour tous en l'an 2000 », qui propose une définition des soins de santé primaires. Ceux-ci sont « des soins essentiels reposant sur des méthodes et des techniques

pratiques, scientifiquement valables et socialement acceptables, rendus universellement accessibles à tous les individus [...]. Ils représentent le premier niveau de contact des individus, de la famille, et de la communauté avec le système national de santé, rapprochant le plus possible les soins de santé des lieux où les gens vivent et travaillent, et ils constituent le premier élément d'un processus ininterrompu de protection sanitaire»²⁴. L'objectif initial est qu'en l'an 2000, tous les êtres humains puissent avoir accès à des soins de santé primaires.

Cette déclaration et cette nouvelle approche sont d'importance cruciale pour l'OMS. C'est en effet un moment fort d'affirmation des objectifs universels de l'organisation. La référence constante qui y est faite permet également de rappeler le rôle précurseur de l'OMS dans le domaine du développement sanitaire. En effet, la réduction des inégalités sanitaires est également au cœur des Objectifs millénaires pour le développement (OMD) adoptés en 2000 par les Nations unies et censés être atteints en 2015 (réduire la mortalité infantile [n° 4], améliorer la santé maternelle [n° 5], combattre le VIH/sida, le paludisme et d'autres maladies [n° 6] et rendre les médicaments essentiels disponibles et abordables dans les pays en développement [n° 8]). Le rapport sur la santé dans le monde de 2003 se charge ainsi de réinscrire les OMD dans la continuité d'Alma-Ata.

Néanmoins, si la déclaration d'Alma-Ata constitue le fil rouge des rapports, la signification des soins de santé primaires évolue. C'est une nécessité, à la fois pour s'adapter à l'échec de l'objectif temporel initial (« la santé pour tous en 2000 »), mais également aux transformations des conceptions sanitaires. Le rapport de 2008, « Les soins de santé primaires : maintenant plus que jamais », rend compte de ces évolutions profondes. La stratégie des soins de santé primaires (SSP) initiale reposait sur quelques principes qui sont modifiés : la focalisation sur un petit nombre de maladies, surtout infectieuses et aiguës, laisse place à « une réponse d'ensemble aux besoins et attentes de la population, couvrant toute la gamme des risques et des maladies », l'idée que les SSP étaient peu coûteux et nécessitaient peu d'investissement est remplacée par la constatation que les « SSP exigent un

²⁴ OMS/Unicef, *Les Soins de santé primaires. Rapport de la conférence internationale sur les soins de santé primaires, 6-12 septembre 1978*, Déclaration d'Alma-Ata, point III, p. 4.

investissement considérable mais ils sont plus rentables que les autres options », les SSP compris comme opposition à l'hôpital deviennent « des soins coordonnant une action globale à tous les niveaux »²⁵. L'évolution est considérable, et il ne semble pas rester grand-chose de la stratégie initiale, si ce n'est une visée universelle désormais redéfinie.

Vers un « nouvel universalisme »

90 Afin de donner corps à cette exigence d'accès à la santé pour tous portée par l'OMS, les rapports sur la santé dans le monde s'attachent à définir un « nouvel universalisme », mentionné déjà dans le rapport de 1999, qui s'oppose à un « universalisme classique », qui consisterait à garantir à tous l'accès à tous les services de santé qui seraient financés par le secteur public. Le nouvel universalisme préconisé repose sur la « prestation de soins essentiels de haute qualité basés surtout sur le critère du rapport coût/ efficacité et destinés à tous, et qu'elle juge préférable à la solution qui consiste à dispenser tous les soins possibles à l'ensemble de la population ou seulement les soins les plus simples et les plus essentiels aux pauvres »²⁶. L'exigence de performance des systèmes de santé, définie selon un rapport coût/ efficacité, devient ainsi un élément central dans la nouvelle stratégie des soins de santé primaires.

Une seconde caractéristique du « nouvel universalisme » concerne les limites du rôle de l'État : « les attentes et les promesses concernant l'action des gouvernements » doivent être limitées, l'accent étant davantage mis sur la liberté de choix et la liberté individuelles. L'État a des obligations en ce qui concerne la direction, la réglementation, et le financement des services de santé, et en particulier que le financement des soins de santé pour tous soit fondé sur la solidarité, mais il ne peut fournir tous les services, le secteur privé doit être impliqué²⁷.

²⁵ OMS, Rapport sur la santé dans le monde 2008. Les soins de santé primaires : maintenant plus que jamais. Genève, OMS, 2008, p. xv.

²⁶ OMS, Rapport sur la santé dans le monde 2000. Pour un système de santé plus performant. Genève, OMS, 2000, p. 18

²⁷ OMS, Rapport sur la santé dans le monde 1999. Pour un réel changement. Genève, OMS, 1999, p. xvi.

La question du financement des services de santé est au cœur des efforts pour réaliser ce « nouvel universalisme ». L'OMS estime par exemple que 100 millions de personnes tombent dans la pauvreté chaque année parce qu'elles ont dû payer directement leurs soins de santé. L'approche privilégiée pour l'instant, et qui a fait l'objet des deux derniers rapports sur la santé mondiale de l'OMS en 2010 et 2013, est le développement d'une « couverture sanitaire universelle ». Celle-ci a pour but d'inciter les États à mettre en œuvre des mécanismes de financement des systèmes de santé qui protègent les individus contre les risques financiers associés au coût des soins. Il s'agit donc d'aider les États à répartir les coûts de l'accès aux soins dans l'ensemble de la population, en diffusant des « bonnes pratiques », en fournissant une aide technique, mais les formules varieront nécessairement selon les pays.

En mettant l'accent sur la question du financement des systèmes de santé, les rapports sur la santé dans le monde de l'OMS cherchent à investir un thème traité également par la Banque mondiale. Mais c'est par la promotion d'un nouvel universalisme inscrit dans l'histoire de l'organisation, dans la continuité de la conférence d'Alma-Ata, que l'OMS réaffirme son originalité et son autorité directrice dans le domaine de la santé mondiale.

91

Bibliographie

- BEIGBEDER, Yves, « L'organisation mondiale de la santé en transition : la rénovation nécessaire », *Études internationales* (Québec), septembre 1999, 30 (1).
- BOURDIEU, Pierre, *Ce que parler veut dire*, Paris, Fayard, 1982.
- DEJONGE, Emmanuel, « La Déclaration universelle des droits de l'homme comme l'expression d'une vision du monde : une approche topique et génétique », *Argumentation et Analyse du Discours*, 2010, n° 4 [en ligne].
- DEVIN, Guillaume, Smouts, Marie-Claude, *Les Organisations Internationales*, Paris, Armand Colin, 2011.
- GOBIN, Corinne, Deroubaix, Jean-Claude, « L'analyse du discours des organisations internationales. Un vaste champ encore peu exploré », *Mots. Les langages du politique*, 2010, n° 94, p. 107-114.
- GODLEE, Fiona, « New Hope for WHO ? », *British Medical Journal*, vol. 312, 1^{er} juin 1996, p. 1376.
- GODLEE, Fiona, « WHO in retreat, is it losing its influence ? », *British Medical Journal*, vol. 309, 3 décembre 1994, p. 1492.
- LEE, Kelley, *The World Health Organization*, New York, Routledge, Global Institutions Series, 2009.
- MORETTI, Franco, Pestre, Dominique, « Banskpeak. The Language of World Bank Reports », *New Left Review*, 92, March-April 2015, p. 75-100.
- NAY, Olivier (dir.), *Lexique de science politique*, Paris, Dalloz, 2008.
- OMS, Rapport sur la santé dans le monde 1995, « Réduire les écarts », Genève, OMS, 1995.
- OMS, Rapport sur la santé dans le monde 1996, « L'état de la santé dans le monde », Genève, OMS, 1996.

AURIANE GUILBAUD

- OMS, Rapport sur la santé dans le monde 1997, « Vaincre la souffrance, enrichir l'humanité », Genève, OMS, 1997.
- OMS, Rapport sur la santé dans le monde 1998, « La vie au 21^e siècle : une perspective pour tous », Genève, OMS, 1998.
- OMS, Rapport sur la santé dans le monde 1999, « Pour un réel changement », Genève, OMS, 1999.
- OMS, Rapport sur la santé dans le monde 2000, « Pour un système de santé plus performant », Genève, OMS, 2000.
- OMS, Rapport sur la santé dans le monde 2001, « La santé mentale : nouvelle conception, nouveaux espoirs », Genève, OMS, 2001.
- OMS, Rapport sur la santé dans le monde 2002, « Réduire les risques et promouvoir une vie saine », Genève, OMS, 2002.
- OMS, Rapport sur la santé dans le monde 2003, « Façonner l'avenir », Genève, OMS, 2003.
- OMS, Rapport sur la santé dans le monde 2004, « Changer le cours de l'histoire », Genève, OMS, 2004.
- OMS, Rapport sur la santé dans le monde 2005, « Donnons sa chance à chaque mère et à chaque enfant », Genève, OMS, 2005.
- OMS, Rapport sur la santé dans le monde 2006, « Travailler ensemble pour la santé », Genève, OMS, 2006.
- OMS, Rapport sur la santé dans le monde 2007, « Un avenir plus sûr : la sécurité sanitaire mondiale au XXI^e siècle », Genève, OMS, 2007.
- OMS, Rapport sur la santé dans le monde 2008, « Les soins de santé primaires : maintenant plus que jamais », Genève, OMS, 2008.
- OMS, Rapport sur la santé dans le monde 2010, « Le financement des systèmes de santé : le chemin vers une couverture universelle », Genève, OMS, 2010.
- OMS, Rapport sur la santé dans le monde 2013, « La recherche pour la couverture sanitaire universelle », Genève, OMS, 2013.
- RIST, Gilbert (dir.), *Les mots du pouvoir : sens et non-sens de la rhétorique internationale*, Paris et Genève, PUF/Institut universitaire d'études du développement, Les Nouveaux Cahiers de l'IUED, 2002.
- RUGER, Jennifer Prah, « The Changing Role of the World Bank in Global Health in Historical Perspective », *American Journal of Public Health*, 95, 2005, p. 60-70.
- SIROUX, Jean-Louis, « La dépolitisation du discours au sein des rapports annuels de l'Organisation mondiale du commerce », *Mots. Les langages du politique*, 2008, n° 88, novembre, p. 13-23.

92

Résumé :

À travers ses rapports, l'OMS, comme toute institution internationale, se présente au monde tout en donnant à voir la façon dont elle se représente le monde. L'étude des seize *Rapports sur la santé dans le monde* de l'OMS est à cet égard particulièrement intéressante. Non seulement parce qu'elle permet de suivre les évolutions des priorités sanitaires mondiales et les transformations des conceptions de la santé mondiale, mais surtout parce qu'elle révèle les tensions entre la diversité de la situation sanitaire mondiale et la vocation universelle de l'organisation sanitaire internationale. Ainsi, peu à peu s'élabore la vision d'un « nouvel universalisme » pour penser les questions de santé en insistant sur les limites du rôle de l'État, la nécessaire implication du secteur privé et la question du financement des systèmes de santé.