

Partout dans le monde, la résilience des systèmes de santé affaiblie par les réformes néolibérales

mercredi 28 juin 2023, par [DAGENAIS Christian](#), [RIDDE Valery](#) (Date de rédaction antérieure : 26 juin 2023).

Ayant subi des années de réformes néolibérales, les systèmes de santé de nombreux pays du monde ont vu leur résilience face aux crises se réduire significativement.

Sommaire

- [Des systèmes de santé « \(...\) »](#)
- [Aux racines d'une crise \(...\)](#)
- [La négligence des soins \(...\)](#)
- [Comprendre la résilience](#)

Les systèmes de santé sont avant [tout des systèmes sociaux](#). La manière dont ils fonctionnent aujourd'hui s'inscrit dans une histoire politique nationale mais aussi dans la diffusion d'idées et de croyances à l'échelle internationale concernant la manière dont ils devraient être organisés. Or, depuis plusieurs décennies, en de nombreux lieux de la planète, ce sont les idées néolibérales qui ont le vent en poupe et qui ont inspiré les réformes des systèmes de santé.

Un débat organisé par la revue internationale [Social Science & Medicine](#) a notamment permis de mettre en exergue les effets qu'ont eus les réformes néolibérales des systèmes de santé sur la [résilience de ceux-ci](#), c'est-à-dire sur leur capacité à s'adapter aux chocs auxquelles ils sont exposés.

Les crises récentes, à commencer par la pandémie de [Covid-19](#), ont mis à rude épreuve cette résilience, déjà mise à mal par les réformes des années précédentes.

Des systèmes de santé « néo-libéralisés »

Les exemples ne manquent pas, dans de nombreux pays du monde.

En France, [Nicolas Da Silva](#) montre parfaitement comment, au cours de l'histoire des réformes successives du système de santé, on a de plus en plus laissé le service privé et la pratique privée de la médecine se développer, y compris au sein des hôpitaux publics. Alors que les soins concernent d'abord les malades, ceux-ci ont été mis à l'écart des prises de décisions qui affectent directement leur vie.

Au Mali et au Sénégal, les thèses de [Lara Gautier](#) et de [Jean-Hugues Caffin](#) ont explicité comment les organisations internationales cherchent à imposer la mise en œuvre de réformes néolibérales des systèmes de santé nationaux, à commencer par l'indexation du financement sur la performance.

L'objectif, le plus souvent, est d'inciter à l'utilisation d'instruments politiques issus de la « nouvelle

gestion publique » ([New Public Management](#), NPM) où l'État est censé réduire ses actions au profit d'acteurs privés, soi-disant plus efficaces.

Dans le domaine des réformes hospitalières, cela se traduit par une demande de plus d'autonomie pour les établissements, d'approches contractuelles où les hôpitaux ont des objectifs à atteindre pour obtenir des financements, de séparation des fonctions entre l'acheteur et le fournisseur de soins, de paiement direct de la part des patients ou d'incitations liées à l'atteinte d'objectifs de performance.

Dans les années 1990, des [études](#) conduites au Ghana, au Zimbabwe, au Sri Lanka, en Inde et en Thaïlande avaient déjà mis en évidence les effets catastrophiques de ces approches sur le fonctionnement des hôpitaux et l'accès aux soins. En France, les réformes de l'hôpital public ont été qualifiées par des spécialistes de [casse du siècle](#).

Au [Québec](#), une analyse portant sur 50 années (1961-2010) de réformes s'appuyant sur le NPM constate qu'elles ont abouti à « l'omniprésence de l'idéologie managériale » et eu un impact profondément négatif sur le système de santé. Une synthèse mondiale du recours des approches fondées sur le paiement à la performance dans les systèmes de santé montre [qu'il n'existe pas de théorie](#) permettant de justifier scientifiquement cette approche et que son application doit plus à l'idéologie du NPM qu'à son efficacité concrète pour mieux soigner les malades.

Dans la revue du MAUSS, [Batifollier](#) montre aussi combien en France, [comme en Afrique d'ailleurs](#), la [marchandisation](#) des soins s'est développée au détriment de la solidarité, de l'accès aux soins et des relations de soins.

Vidéo

[Gelly et Spire](#) ont rendu compte des effets délétères de la présence du privé dans les hôpitaux publics français sur l'égalité de traitement pour les patients mais aussi sur les conditions de travail des soignants.

Aux racines d'une crise organisationnelle

C'est dans ce contexte, dont un [résumé concernant l'Afrique est présenté ailleurs](#), qu'il faut appréhender la façon dont les systèmes de santé contemporains réagissent aux crises. Que ces crises soient internes (changements de personnel, mode de financement, modalité de gestion) ou externes (épidémie, attaque informatique ou terroriste, ouragan, etc.), de forte ou de basse intensité, de courte ou de longue durée, anticipées ou non, il est essentiel de comprendre comment les systèmes y font face.

L'enjeu n'est évidemment pas seulement scientifique ou conceptuel : il suffit de penser aux épidémies ou aux événements liés aux changements climatiques (canicules, inondations, etc.) pour comprendre qu'il est indispensable de tirer les leçons de ces expériences afin de se préparer à réagir au mieux face à d'autres événements similaires. Comment expliquer l'absence de préparation du système de santé français à la pandémie de Covid-19 alors qu'il disposait de plans, de comités, et d'expériences, avec par exemple la canicule de 2003, les attentats de 2015 ou la lutte contre le VIH ?

Le concept de résilience est très ancien et, évidemment, ses critiques sont nombreuses et [très connues](#). D'abord utilisé dans le monde de la physique et de la [biologie](#), puis développé dans celui de la psychologie, il a été mobilisé plus récemment dans le champ de la [recherche sur les systèmes de](#)

[santé](#).

Il convient, en employant ce concept, de ne pas se laisser emporter par le mésusage politique d'une résilience néolibérale comme cela a été le cas de nombreux pays durant la pandémie de Covid-19. Le terme a été instrumentalisé à des fins politiques, afin de cacher les enjeux de pouvoir, les inégalités structurelles et surtout les réformes de ces dernières décennies qui ont contribué, comme nous venons de l'expliquer, à [fragiliser les systèmes de santé](#). En quelques jours, les politiciens de presque tous les pays ont trouvé des moyens presque infinis pour répondre à la crise alors qu'ils n'en trouvaient pas pour renforcer les systèmes de santé et qu'ils les avaient fragilisés avec des instruments néolibéraux, justifiés par... le manque de financement et leur efficacité théorique.

La négligence des soins de santé primaires en temps de crise

On se rappellera qu'en 2008, le [apport mondial de la santé de l'OMS](#) mettait en avant trois principales tendances nuisant à l'orientation des systèmes de santé envers les soins de santé primaires : l'hospitalo-centrisme, la marchandisation, la fragmentation. Cela explique certainement pourquoi [l'Assemblée mondiale de la santé de mai 2023](#) a mis l'accent sur le fait que les soins de santé primaires sont la fondation de la résilience des systèmes de santé, dont il faut s'occuper en urgence.

Quinze ans après ce rapport, nos études ont montré que ce contexte de réformes néfastes avait contraint les établissements de santé lorsqu'il a fallu faire face à la pandémie de Covid-19. C'est le cas aussi bien au [Québec](#), qu'au [Mali](#), dans le [Nord-Est du Brésil](#), à [Tokyo](#), au [Sénégal](#) ou au [Burkina Faso](#).

Ces exemples tirés d'études scientifiques confirment que l'étude de la résilience n'empêche évidemment pas une [analyse d'économie politique](#), au cœur, depuis longtemps, de la recherche sur les systèmes de santé.

Comprendre la résilience

En outre, à l'aide d'une [démarche systématique et consensuelle](#), les travaux menés par notre équipe ont permis de tirer des leçons opérationnelles et de les valider auprès des différentes parties prenantes. Certaines suggèrent par exemple de fournir aux équipes médicales un encadrement plus réactif en matière de prévention et de contrôle des infections, ou encore d'améliorer la coordination et la numérisation des systèmes d'information par les autorités sanitaires afin de faciliter le partage de l'information et la prise de décision rapide par la direction de l'hôpital. Mais évidemment, tout cela n'est possible que si les enjeux d'économie politique et de contexte local sont pris en compte dans la mobilisation de ces leçons des crises passées.

Ainsi, la résilience n'est finalement qu'un mot, qu'un concept, dont on voit bien que chacun [peut l'interpréter dans le sens qu'il le souhaite](#).

Pour des raisons idéologiques, certains peuvent vouloir ne pas l'utiliser car ils l'interprètent dans une [perspective néolibérale](#), bien loin de son origine, de son usage possible et de son utilité pour la recherche sur les systèmes de santé. Ce qui est certain, c'est que « la poursuite de l'économie néolibérale ne résoudra pas les problèmes d'inégalité et de changement climatique, et ne fera pas de la santé un droit humain fondamental », [comme viennent de l'affirmer Michael Marmot et Paulo Buss](#).

[Valery Ridde](#), Directeur de recherche, [Institut de recherche pour le développement \(IRD\)](#) et [Christian Dagenais](#), Professeur, département de psychologie, [Université de Montréal](#)

< !—> <http://theconversation.com/republishing-guidelines> —>>

P.-S.

- The Conversation. Publié : 26 juin 2023, 19:21 CEST.

Cet article est republié à partir de [The Conversation](#) sous licence Creative Commons. Lire l'[article original](#).

- [Valery Ridde](#), [Institut de recherche pour le développement \(IRD\)](#) et [Christian Dagenais](#), [Université de Montréal](#).

Valéry Ridde est Directeur de recherche au CEPED depuis décembre 2017 (<http://www.ceped.org>), une Unité Mixte de Recherche associant l'Université de Paris et l'Institut de Recherche pour le Développement (IRD). Il est actuellement en affectation au sein de l'Institut de Santé et Développement (ISED : <http://ised.sn>) de l'Université Cheikh Anta Diop de Dakar au Sénégal. De 2007 à 2017 il a été professeur agrégé de santé mondiale à l'Université de Montréal. Il est rédacteur adjoint de la revue BMJ Global Health et membre du comité de rédaction de la Revue Canadienne d'Évaluation de Programme. Ses travaux de recherche portent sur la couverture universelle en santé, le financement des services de santé, l'évaluation de programme, les politiques publiques de santé et la promotion de la santé.

Christian Dagenais est professeur titulaire au département de psychologie de l'Université de Montréal depuis 2004. Il dirige depuis 2008 l'Équipe RENARD (Recherche sur les Effets Non-Académiques de la Recherche et ses Déterminants), une équipe de recherche en partenariat sur le transfert des connaissances issues de la recherche. Cette équipe repose sur des collaborations entre chercheurs et milieux de pratique en transfert des connaissances (TC), afin de contribuer à l'avancement des connaissances scientifiques dans ce domaine. Il est rédacteur en chef de la revue TUC, la revue francophone de recherche sur le transfert et l'utilisation des connaissances.

- The Conversation est un média indépendant, sous un statut associatif. Avec exigence, nos journalistes vont à la rencontre d'expert•es et d'universitaires pour replacer l'intelligence au cœur du débat. Si vous le pouvez, pour nous soutenir [faites un don](#).