

NOTES SUR LES POLITIQUES RECENTES DE SANTE DANS LE BRESIL DE LA TRANSITION
DEMOCRATIQUE (ANNEES 80)

MADEL T. LUZ

INTRODUCTION

De notre point de vu, et en accord avec d'autres auteurs brésiliens qui ont développé des études sur les politiques et institutions de santé au Brésil (1), celles-ci ont joué un rôle historique non négligeable dans la constitution et dans la stabilisation de l'ordre socio-politique de notre pays.

Elles ont même aidé, à notre avis, à façonner certains traits fondamentaux de cet ordre, dont la tendance à la concentration bureaucratique du pouvoir et l'exclusion des classes populaires des décisions économiques, politiques et culturelles du pays (2).

Ce rôle peut-être réperé et analysé tout au long des périodes qui signalent les conjonctures principales de notre histoire, c'est à dire, celles comprenant le moment de la "proclamation de la République" (15 novembre 1889), jusqu'à la restauration des droits politiques à partir de 1982, dans cette conjoncture dite "Nouvelle République" (Nova República), un siècle à peu près de la proclamation.

Dans les notes qui s'en suivent nous essayerons de rendre compte des tendances dominantes dans la politique de santé de la conjoncture actuelle, aussi bien que du rôle que cette politique pourrait jouer dans la constitution d'un nouvel ordre politique, plus juste au niveau économique, plus démocratique au niveau social, comme les discours gouvernementaux semblent l'affirmer. *tendances*

On essayera aussi de faire une très brève comparaison au niveau des politiques de santé entre cette conjoncture et celles que l'ont précédées, depuis la première République (1890-1930).

Tout d'abord, pour situer le rôle historique des institutions et politiques de santé brésiliennes, nous dirons quelques mots sur la première République.

LA PREMIÈRE RÉPUBLIQUE (1890-1930)

Pendant cette période nous pouvons voir la création et la mise en place des services et programmes les plus généraux de santé publiques au niveau central (national). Avec la politique sanitaire menée par l'ancien élève et chercheur de l'Institut Pasteur Oswaldo Cruz, nous pouvons observer, pendant sa période à la Direction Générale de la Santé Publique au Brésil, l'organisation des institutions de santé. Nous observons aussi le développement du modèle des "campagnes sanitaires", destiné au combat des épidémies urbaines et - plus tard - des endémies rurales.

Ce modèle, concentré au niveau des décisions, et repressif au niveau des interventions médicales, s'est instauré comme discours dominant dans la politique de santé en accord avec les politiques d'urbanisation et de l'habitat. Il a réussi à consolider une structure administrative centraliste, bureaucratique et autoritaire, au même temps que corporatiste, c'est-à-dire, lié à un corps médical provenant de cette oligarchie sociale et politique issue de la grande propriété foncière et de l'exportation agraire qui caractérise la "La Vieille République" (*Republica Velha*). Ces traits de centralisme et d'autoritarisme demeurent encore de nos jours dans la plupart de nos institutions médicales et dans les orientations de la politique de santé brésiliennes (3).

LA PÉRIODE POPULISTE (DES ANNÉES 30 AUX ANNÉES 50)

Dans la période suivante, comprenant la conjoncture d'ascendance et d'hégémonie de l'Etat populiste on, observe la création des instituts de sécurité social (Instituts d'Aides et Pensions de la Prévoyance Sociale - les IAPs), organisées par des catégories professionnelles. Ces instituts ont été créés au long des années trente.

Parmi les catégories professionnelles favorisées par la création d'un institut, nous pouvons citer: les employés des chemins de fer (chémínots et

techniciens); les employés du commerce et des bureaux; les employés des banques, les employés de l'industrie (ouvriers et techniciens); les employés de l'administration publique, les transporteurs et les porteurs de charges. Toutes ces catégories sont, comme on peut voir, liées au monde urbano-industriel.

Les programmes d'aide et soins médicaux mis en place par les instituts de sécurité sociale (IAPs) ont été imprégnés par des pratiques clientélistes liées à la structure du régime populiste depuis son commencement.

Ces pratiques clientélistes se sont d'ailleurs ancrées aussi dans les syndicats des travailleurs. Elles ont aidé à implanter un système des normes administratives et une politique de personnel s'exprimant par des décisions et des stratégies de cooptation des élites syndicales à la direction des institutions et des politiques gouvernementales.

Le "clientélisme" a été rendu possible aussi par la politique d'attelage des syndicats et des instituts à l'Etat, à travers le contrôle des règles électorales pour le choix des directions des deux types d'organisations et par la détermination gouvernementale de la composition de ces directions, détermination concernant le poids respectif de la représentation des travailleurs, des patrons et de l'Etat. Plus tard, après 1945, l'attelage des syndicats et des instituts de sécurité sociale s'est étendu aux "parti des travailleurs brésiliens" (P.T.B.).

Centralisme, verticalisme, autoritarisme du côté de la santé publique. Clientélisme, populisme, paternalisme du côté des soins médicaux de la prévoyance sociale. Ces traits caractéristiques des institutions et politiques de santé au Brésil ont été modelés durant l'espace d'environ cinquante ans. Il faut noter que des tels traits ne sont pas étrangers à ceux de l'ordre politique que s'est constituée pendant cette période. Nous pensons, au contraire, que c'est le visage même de notre structure sociale que se dessine sur cette double face, tout au moins en ce que ce visage a de plus atroce au niveau du pouvoir.

LA PÉRIODE DU "DÉVELOPPEMENT NATIONAL" (DESENVOLVIMENTISMO):

ANNÉES 50 ET DÉBUT 60

Pendant cette période, connue dans l'histoire du Brésil comme celle de la tentative de mise en oeuvre d'un projet national de développement économique et social d'un côté, et de crise du populisme de l'autre côté, les politiques de santé expriment cette double réalité par une dichotomie institutionnelle accentuée. Le modèle des campagnes sanitaires, arrivé à un stade de bureaucratisation routinière, prédomine encore dans les services de santé publique du Ministère de la Santé Publique, s'opposant au modèle des soins médicaux individuels curatifs, dominant dans les services de la prévoyance sociale.

Une techno-bureaucratie médicale, ayant une formation de gestion institutionnelle acquise aux Etats-Unis, s'est installée dans l'administration des Instituts de Sécurité Sociale, par opposition à la technocratie sanitariste de tendance national-progressiste prédominante dans l'administration des services de Santé Publique.

A la juxtaposition, la répétition, l'incompétence et l'innéficacité, présentes dans les programmes et services de santé, on répondra institutionnellement par de nouveaux programmes, services et campagnes que ne serviront, finalement, qu'à la reproduction de la dichotomie santé publique x soins médicaux individuelles.

Entretemps, si les conditions de vie de la plupart de la population ne se sont pas aggravées, tout au moins la conscience de la dureté de ces conditions est devenue claire pendant cette conjoncture. Mais une telle conscience, face à l'impossibilité de réponses réelles aux conditions sanitaires de la part des institutions, a donné origine à une situation d'impasse dans les politiques de santé. Cet impasse a été perçu comme un impasse structurel, concernant l'ensemble des politiques sociales et de l'ordre politique lui-même.

On sait maintenant que la sortie historique de cet impasse a été ce grand mouvement social du début des années soixante au Brésil, mouvement mené par

des élites progressistes qui révélaient des "réformes de base" immédiates parmi lesquelles une réforme sanitaire consistante.

On sait aussi que la réaction politique au niveau des forces sociales conservatrices a été le coup d'état militaire de 1964.

LA CONJONCTURE DE L'ÉTAT MILITARISTE (1964-1984) ET LE "MIRACLE" BRÉSILIEN

La période que s'ensuit, comprenant les vingt ans de dictature militaire, a été croisée par quelques sous-conjonctures, sil'on peut dire, principalement en ce qui concerne les politiques de santé.

Dans cette synthèse introductive, ce que nous intéresse c'est mettre en relief la conjoncture qui a été connue comme celle du "miracle" (milagre brasileiro), allant de 1968 à 1974. Cette conjoncture succède à la grande razzia que s'est abbatue sur les appareils étatiques, y compris ceux de la santé, entre les années 64 et 67, pendant laquelle on a opéré une grande réorientation normative institutionnelle.

En effet, c'est durant la période du "miracle" que s'est établie au Brésil une politique de santé originale par rapport aux deux modèles antérieurs, puisqu'elle a reorganisé en une synthèse nouvelle les traits institutionnels du sanitarisme des campagnes, provenant de la première république, et ceux des soins médicaux de la sécurité sociale, de la période populiste.

Il y a cependant un élément qui a favorisé cette synthèse originale créée par l'autoritarisme caractéristique de la conjoncture dite du "miracle brésilien". C'est que cette conjoncture a été en fait la plus dure connue par le pays en temps de République au niveau politique. Elle a été marquée par les "Actes Institutionnels", c'est à dire, des décrets signés par le président de la République modifiant la Constitution au niveau des droits de citoyenneté, de diffusion et de communication sociale, aussi bien que de l'exercice des pouvoirs législatif et judiciaire. Cette période se caractérise aussi par une volonté politique arbitraire et très concentrée au niveau de l'exécutif. Celui-ci était à son tour au service d'un pouvoir institutionnel très suspicieux au regard des mesures ou politiques sociales favorisant la société civile.

C'est dans ce contexte que se produit la nouvelle politique de santé, cohérente avec la politique économique du "miracle" qui elle, prônait une croissance accélérée à un taux élevé de productivité, conjuguée à des bas salaires. Mais si cette politique économique a défavorisé la majorité des catégories des travailleurs, elle néanmoins a joué à la faveur des ouvriers spécialisés, des techniciens et des cadres employés dans les secteurs de pointe de l'économie. Ceux-là ont été encouragés par les hauts salaires et les primes, ce que a rendu possible la pratique de consommation dans ce secteur privilégié, ainsi que l'idéologie de la consommation dans l'ensemble de la société. La santé tend à être vue alors comme un bien de consommation, et spécifiquement comme un bien de **consommation médicale**.

C'est ainsi qu'on assiste pendant la période 68 à 75 à la généralisation de la demande de consultations médicales comme réponse aux conditions de santé de la population; à l'éloge de la médecine comme synonyme de guérison et de rétablissement de l'état de santé au niveau social; à la construction ou à la réforme des cliniques et hopitaux privés financés par la sécurité sociale; à la multiplication des facultés privées de médecine partout dans le pays; à l'organisation de la politique des accords entre l'Institut National de Sécurité Sociale (I.N.P.S.) et les hopitaux, cliniques et entreprises de prestations des soins médicaux, au détriment des subsides traditionnellement destinées aux institutions publiques. Telles ont été les orientations principales de la politique sanitaire de la conjoncture du "miracle".

Cette politique a eu, il est évident, une série des conséquences institutionnelles et sociales dont nous citerons les plus importantes: la prédominance d'un système des soins médicaux "de masse" sur une proposition de médecine sociale et préventive qui était le modèle dominant dans la conjoncture antérieure; le surgissement et la croissance rapide d'un secteur d'entrepreneurs médicaux, c'est à dire, constitué par des propriétaires d'entreprises médicales centrées plutôt sur la logique du profit que sur celle de la santé ou de la guérison de sa clientèle. Ce secteur était d'ailleurs garanti par les subsides étatiques, donc indirectement par les travailleurs, à travers les impôts et les prélèvements de leurs salaires, destinés au financement de la sécurité sociale. On assiste aussi au développement d'un enseignement médical tourné vers la spécialisation, la

sophistication médicale et l'industrie d'équipements médicaux, au détriment de la réalité sanitaire de la population; à la consolidation sociale d'une relation médecin-malade et services des soins-population autoritaire et mercantile.

Finalement, comme on pouvait s'y attendre, tous ces effets ont donné naissance à une grande insatisfaction populaire envers la politique de santé de la dictature brésilienne, perceptible à la fase finale du "miracle" (74-75).

Le saccage des ambulatoires et les conflits dans les files d'attente des services de soins en sont l'illustration fréquente dès le début des années 70. Ils s'accroissent vers la fin de la conjoncture du miracle, se constituant en symptôme de sa défaite et en prélude de la mort des politiques sociales et de santé de cette période.

L'image de la médecine comme solution miraculeuse aux conditions de vie commence à être socialement perçue comme un mirage à être dénoncé et publiquement démasqué.

Les premiers mouvements revendicatifs des internes et résidents en médecine datent de cette époque et cherchent des alliances avec d'autres mouvements sociaux, dans le sens d'établir des stratégies communes pour la mise en question de la politique de santé du régime.

Le corps médical, de son côté, mécontent avec ce qu'il qualifie de "processus de massification de la consultation médicale dans les institutions publiques", commence à dénoncer la mauvaise qualité des soins accordés à la population.

Des mouvements de contestation s'accroissent en nombre et en intensité, si bien que entre 75 et 82 on assiste à une phase d'agitation intense au niveau des syndicats et partis politiques autour de la question de la santé.

C'est ainsi que par exemple, les étudiants de médecine, surtout les résidents, font plusieurs grèves d'importance nationale pendant ces années, et accusent la politique de santé de la dictature de "tenter de remettre avec une main

(celle de la politique médicale) ce qu'elle soustrait avec l'autre aux travailleurs" (celle de la politique économique).

Les scientifiques et technocrates progressistes, de leur côté, discutent dans des congrès, des colloques, des séminaires nationaux et internationaux, la question des conditions de vie de la population par rapport à la politique économique, en apportant de nombreux chiffres sur l'augmentation des maladies endémiques et des épidémies.

Finalement, des mouvements sociaux communautaires, des associations des quartiers, des mouvements des femmes, aussi bien que des syndicats et des partis politiques plus progressistes font appel aux autorités sur la question de la politique de santé et des services de soins médicaux, dans le sens de résoudre les problèmes posés par le modèle de santé mis en place par le régime militaire.

De nouveau on assiste, comme au début des années 60, à un mouvement populaire pour la réforme des politiques sociales et de santé. C'est ainsi qu'en 1982, première année des élections libres pour l'Assemblée Nationale et les assemblées provinciales après vingt ans, un grand nombre des députés a été élu à partir d'un programme électoral centré sur la question de la santé. Cette question a été d'ailleurs le thème obligatoire des programmes des candidats à gouverneurs des provinces (Estados) brésiliennes.

C'est ainsi aussi quels services des soins médicaux sont devenus l'enjeu de la crise du modèle politique et économique pendant la période de 1975-82, dans la mesure où les conditions de santé sont devenues critiques par effet d'une politique de santé autoritaire et inefficace, expression elle-même du régime autoritaire. Si bien que au début des années 80 la crise des politiques sociales était identifiée à la crise du régime.

A partir de 1983 c'est la société toute entière qui est descendue dans les rues pour de nouvelles politiques sociales et pour une Assemblée Constituante libre et souveraine, qui pourraient garantir les pleins droits de citoyenneté à tous les brésiliens, y compris le droit à la santé.

Pour la première fois dans l'histoire du pays la santé est vue comme droit universel et comme devoir d'Etat.

LA "NOUVELLE RÉPUBLIQUE" (NOVA REPÚBLICA): LA LUTTE POUR LA RÉFORME SANITAIRE (1982-87)

La réorganisation du pays en tant qu'Etat de droit se déroule lentement et de façon conflictuelle.

A partir des élections parlementaires et provinciales de 1982, les négociations entre les forces conservatrices et modérées du pays se sont succédées, dans la recherche d'une "ouverture démocratique". Ces négociations ont pourtant réjetté à un plan secondaire les forces progressistes (syndicats et partis de gauches), malgré leur succès électoral aux élections de 82 et 84. Les résultats des dernières élections - 1986 - ont donné la victoire aux forces politiques conservatrices, grâce à des procédés de corruption électorale utilisées par ces forces depuis l'arrivée de la République. Néanmoins, une masse considérable des voix est allée aux secteurs et aux partis progressistes.

Cette situation est rendue possible par le fait que l'Ordre Républicain s'est instauré chez nous avec ces traits anti-démocratique qu'on a déjà soulignés, les politiques sociales jouant un rôle important pour l'instauration de cet ordre. Il y a donc, des racines structurelles des ces traits qui plongent dans les origines de notre vie républicaine, se fondant à des intérêts sociaux qui sont au même temps objectifs et contradictoires. Il est évident que ces conditions ne peuvent pas être changées d'une conjoncture à l'autre.

Les intérêts contradictoires enracinés dans le sol politique brésilien se manifestent actuellement avec force dans notre politique de santé, dans la mesure même de son importance historique. Les propositions de changement structurels, malgré le fait qu'elles se présentent à travers des orientations réformatrices, se heurtent aux obstacles posés par ces intérêts. Ce qui rend difficile la mise en oeuvre de transformations consistantes de la pratique institutionnelle.

Or, la transition d'un régime dictatorial vers une situation de stabilité démocratique supposerait la capacité politique de dépasser les problèmes sociaux hérités d'un passé séculaire.

Dans le cas particulier des propositions pour une nouvelle politique de santé, en débat depuis 1985, il faut souligner la divergence, et parfois même l'antagonisme des discours institutionnels à propos des certains thèmes fondamentaux. Il faut souligner aussi l'originalité de certaines pratiques institutionnelles, et l'opportunité d'autres, dans le domaine de la participation communautaire au niveau des services de santé.

Nous devons souligner, par ailleurs, une série de caractéristiques de cette conjoncture, dont la confrontation des intérêts économiques et politiques dans le champ de la santé et la lutte qu'en résulte pour l'occupation des différents espaces institutionnels sont les principales. Ces luttes se déroulent soit dans le champs juridique, au niveau des décisions et des normes, soit dans le champs parlementaire, aux niveau des lois, soit au niveau des ministères ayant trait à la santé, soit encore dans les services de soins; soit finalement dans les corps professionnels liés à la santé (médecins, infirmières, psychologues, nutritionnistes, assistantes sociales).

Autrement dit, ces luttes se déroulent tant au niveau macro-analytique du pouvoir qu'au niveau micro-analytique. Elles se déroulent aussi bien dans les Ministères, dans le parlement, dans la justice, que dans les hôpitaux, les ambulatoires, les unités de soins municipaux de santé. Les discours et les savoirs des corporations professionnelles sont l'enjeu de l'entrecroisement politique des deux niveaux analytiques.

On doit remarquer, encore, le débat qui existe à l'heure actuelle entre les professionnels, et entre ceux-ci et la clientèle, cible des interventions et des politiques médicales.

C'est dans ce contexte de luttes au niveau des discours, des pratiques et des stratégies pour la réforme des institutions de santé que se manifestent, ces dernières années, les impasses de nos politiques sociales. Ces politiques, caractéristiques à maintes égards, des pays du tiers monde, se

revêtent au Brésil d'une importance d'autant plus grande quand on songe à l'importance du rôle que joue encore ce pays dans le cadre de l'Amérique Latine et du tiers monde, malgré ses revers politiques.

Dans la question des oppositions sociales de base touchant la santé, il faut mentionner, en tout premier lieu, celle que concerne les intérêts d'une "bourgeoisie médicale", versus ceux d'une clientèle de travailleurs. La bourgeoisie dans la santé se compose des propriétaires des grands hôpitaux et cliniques privées, des groupes liés aux services médicaux destinés aux entreprises, des propriétaires nationaux et internationaux de l'industrie d'équipements et de médicaments, et finalement des grands médecins libéraux. La clientèle inclue les travailleurs eux-mêmes et leurs dépendants, organisés ou non dans les syndicats, partis ouvriers et associations civiles.

Cette grande opposition sociale trouve son expression en termes d'orientation et de propositions dans la politique de santé: à une orientation privatisante et internationalisante correspond la plupart du temps, une orientation étatisante et nationalisante. Il faut souligner, cependant, quelques nuances à l'intérieur de l'une comme de l'autre tendance, d'autant plus que ces nuances provoquent parfois des conflits considérables à l'intérieur des tendances.

C'est ainsi que la défense de ce que doit être ou non "nationalisé", c'est à dire, rendu étatique, soulève des discussions et des divergences profondes parmi les souteneurs de l'étatisme. Ceci n'est qu'un exemple des points de conflit à l'intérieur d'une seule tendance. Maintenant, si l'on met en rapport les divergences des deux tendances de base, on peut se faire une idée de l'intensité du débat pendant cette dernière conjoncture.

La gestion, la distribution, le contrôle financier, aussi bien que l'évaluation des services des soins; la nature et l'opportunité des actes médicaux; l'intégration et l'hiérarchisation des services au niveau de leur complexité, à partir des unités des soins primaires jusqu'aux hôpitaux les plus spécialisés, sont autant de points de discussion et de combat pour l'obtention du pouvoir de décision dans le domaine de la politique de santé.

Nous ne discuterons pas maintenant les divergences entre les divers groupes politiques concernant des points spécifiques de la réforme sanitaire. Notre but ici est de rendre compte de la politique de santé actuelle par rapport à l'histoire des politiques de santé au Brésil. Il nous intéresse souligner dans ce sens ce qu'il y a de structurel dans ces politiques, ou ce qu'il y a de commun dans plusieurs conjonctures; ce que se repète dans ces conjonctures, ou au contraire, ce qu'a change; ce qu'il y a d'inédit ou bien de spécifiquement conjoncturel au niveau des discours et des pratiques institutionnelles.

C'est dans ce sens que nous avons voulu attirer l'attention sur le débat privé x étatique, ou national x international, dans la mesure où il s'agit là de thèmes du discours de la politique de santé depuis les années cinquante.

Ce qu'il y a de nouveau, d'original même dans ces thèmes dans les années 80, par contre, c'est l'arrivée d'un nouvel acteur sur la scène des politiques de santé. Il s'agit de l'entrepreneur médical qui défend publiquement ses intérêts, qui a son "lobby" dans l'assemblée nationale, dans les ministères, dans les institutions de santé et aussi dans les services de soins publiques.

Ce qu'il y a de nouveau aussi, c'est la montée d'une prise de conscience de la part de la population, exprimée dans les mouvements sociaux des dix derniers ans, du rôle de la santé et des institutions médicales dans la vie collective. Ce rôle est vu comme d'autant plus important, dans la mesure où ce sont les travailleurs eux-mêmes qui financent les soins médicaux à travers les impôts et les prélèvements de leurs salaires, destinés à la prévoyance sociale.

Cette prise de conscience a eu comme effet de rendre plus claires les oppositions idéologiques sous entendues dans les thèmes de débats. En ce sens, que les gens s'aperçoivent que ces oppositions ne sont pas du tout récentes. Elles appartiennent, en dernière instance, à l'histoire sociale du pays.

Un point cependant, où tous les groupes présents dans le débat actuel des politiques de santé semblent être d'accord, concerne le rôle de l'Etat en

que coordinateur et gestionnaire des plans, programmes et services de santé. Les secteurs progressistes revendiquent même un élargissement de ce rôle, en faisant de ce point un pilier de la "Reforma Sanitaria".

Cette revendication rencontre néanmoins l'obstacle croissant d'une structure privée de soins médicaux solidement battie par le régime autoritaire pendant les années soixante-dix.

Malgré cet obstacle, quelques pas ont été faits dans le sens de la contention de la politique des accords avec le réseau privé de soins médicaux. Ce réseau est arrivé à être financé en plus de 80% par l'Etat. De nouveaux programmes et services publics ont été encouragés, par opposition à l'Etat de presque abandon ou certaines institutions et services étaient tombés.

Certaines mesures ont aussi rendu moins difficiles les conditions d'accès aux soins par les usagers. Le gouvernement a effectivement favorisé, en outre, la décentralisation au niveau municipal par moyen de quelques programmes pilotes, aussi bien que la "participation populaire" dans la gestion des services.

La deuxième opposition de base dans les politiques actuelles de santé, au niveau des thèmes spécifiques, se rapporte à la santé. Vue comme "droit civil", c'est à dire comme droit de citoyenneté et comme devoir de l'Etat. Cette question reste jusqu'à aujourd'hui un pôle de discussions acharnées.

Pour certains secteurs de la société, comprenant surtout les entrepreneurs, mais aussi, paradoxalement, quelques secteurs syndicaux, la santé est un droit que l'on acquiert par le travail. Il s'agit là d'une vision traditionnelle dans les politiques sociales brésiliennes, laquelle rattache l'acquisition des droits sociaux de citoyenneté à l'exercice du travail, surtout du travail urbain. C'est à dire, en dernière instance, à l'emploi. Ce que peut mettre hors de l'accès aux soins de santé la plupart de la population: les ménagères, les enfants, les jeunes sans emploi, les vieux, les sous-employés, les chômeurs.

Cependant, la perception sociale de la santé comme droit de citoyenneté est une donnée récente dans l'histoire des politiques sociales brésiliennes.

Nous croyons que cette perception est le fruit des mouvements sociaux pour la santé de la fin des années soixante-dix et début des années 80. Elle a été depuis lors l'enjeu de divergences fréquentes au niveau politique, soit dans le secteur syndical, soit dans l'assemblée nationale et constituante, soit dans les partis politiques, soit, finalement, dans les mouvements associatifs, c'est à dire, dans la "société civile". Elle est devenue le mot d'ordre principal des "progressistes de la santé", c'est à dire, les secteurs politiquement de gauche (socialistes, ouvriers, communistes) ayant une activité dans les politiques et institutions médicales. La santé comme droit civil universel et comme devoir de l'Etat est ainsi l'item numéro un de la réforme sanitaire brésilienne.

Dans ce sens, la réforme sanitaire peut elle-même être vue comme un élément nouveau dans le scénario politique du pays, l'élément instaurateur d'une politique institutionnelle inédite. Dans un autre sens, ce qui est intéressant par rapport au mot d'ordre **santé droit de citoyenneté, devoir de l'Etat**, c'est ce qu'il implique comme vision "démedicalisée" de la santé, dans la mesure où il sous-entend une définition **affirmative**, distincte de la vision traditionnelle de santé comme **absence relative de maladie**, vision typique des institutions médicales.

Dans ce nouveau contexte de définition, la notion de santé tend à être perçue comme l'effet réel d'un ensemble de conditions collectives d'existence, comme l'expression active de l'exercice des droits de citoyenneté, dont le droit au travail, au salaire juste, à la participation dans les décisions institutionnelles, etc. Ce que veut dire que la société a la possibilité de dépasser politiquement la compréhension de la santé jusque lors socialement dominante comme un état biologique abstrait de normalité - ou de pathologie.

La nouvelle notion de santé est très récente et encore restreinte aux mouvements d'avant garde politique de la société, mais elle est déjà proposée comme un article que doit être inclus dans la prochaine constitution brésilienne.

Par ailleurs, la lutte pour l'accès aux soins médicaux, pour la participation

dans la gestion et la coordination des services, pour la propriété publique des institutions de santé sont autant de points parmi d'autres, que dépassent les limites institutionnelles des politiques de santé, atteignant celles de la politique sociale en général.

Il nous reste maintenant à examiner certains de ces points dans le contexte du régime politique actuel, dit de la "transition démocratique". Parmi ces points, il convient de mettre en relief ceux que, malgré le fait d'être récurrents dans l'histoire des politiques de santé, on été redéfinis dans la conjoncture actuelle dans un sens que l'on pourrait qualifier d'inédits, ou tout au moins d'originaux. Citons et commentons les plus importants:

1 - L'UNIFICATION DES SERVICES DE SOINS MEDICAUX

La questions du rôle de la reforme sanitaire dans l'établissement d'un ordre social démocratique situe la politique de santé comme un élément d'importance fondamentale dans la conjoncture présente de transition politique. Cette situation de la réforme sanitaire comme le moment inaugural possible du nouveau contexte la pose, en effet, comme une grande nouveauté à l'égard des politiques sociales.

La reforme peut-être vue aussi comme une exigence de changement structurel posée par l'ensemble de la société, plutôt que comme simple revendication d'avant-gardes politiques, dans la mesure où le mouvement social l'appuie, et plusieurs secteurs sociaux en font un thème prioritaire de discussion.

Dans ce sens, s'opposer à la reforme, ou nier le besoin de l'accomplir, c'est s'opposer à l'effort même de la transition politique, dans la mesure où le régime démocratique ne saurait s'installer, ni durer, sans la mise en oeuvre d'un ensemble de politiques sociales capables de liquider la "dette sociale historique". Pourtant, les oppositions à ces politiques sociales, y comprises celle de la santé, restent réelles, aussi bien que les tentatives de dilutions, voire de rejet de leurs propositions. On peut constater, dans ce sens, la tendance à identifier les leaders et les cadres liés aux nouvelles politiques à des anarchistes, communistes, populistes; en d'autres mots, à des éléments intéressés en la destruction ou la subversion

de l'ordre établie. Cette tendance exprime, d'ailleurs, une stratégie de négation envers les changements proposés par les leaders et cadres institutionnels engagés dans la réforme des politiques sociales.

Malgré les stratégies de résistances aux transformations de la politique de santé, nous pouvons signaler deux événements institutionnels très importants pendant la période de la "nouvelle république" (1985-1987): la réalisation de la VIII^e Conférence Nationale de Santé, à Brasilia en mars 1986, réunissant plus de quatre mille personnes pour discuter la "Reforma Sanitaria", et l'installation de l'Assemblée Nationale Constituante un an après. Pendant ces deux événements politiques majeurs des prises de position pour la réforme sanitaire ont été faites, aussi bien que sur l'urgence de sa mise en marche.

La discussion autour des chemins de la réforme s'est poursuivie tout au long de l'année 87: quelle(s) direction(s), quel(s) but(s), quelle méthodologie, quels moyens, quelles stratégies politiques adopter pour assurer l'irréversibilité des conquêtes de la réforme?

Sur ces points majeurs se sont manifestées, bien sûr, beaucoup de divergences, mais aussi sur d'autres, plus spécifiques, concernant des contenus de programmes, des directrices, des priorités à atteindre.

L'un de ces points, qui n'a pas cessé d'être au centre des discussions ces dernières années, est celui concernant l'unification des institutions et services de soins médicaux sous un seul ministère. Ce ministère deviendrait, ça va sans dire, le responsable, le coordinateur et l'exécutif principal de la réforme sanitaire, et aussi des politiques de santé de l'avenir.

Remarquons cependant, que là aussi on retrouve un thème récurrent de débat, qui disparaît et réapparaît à travers les conjonctures. Ce thème implique la question délicate de la distribution - ou la concentration - du pouvoir institutionnel, puisque c'est là que l'on discute les compétences, les responsabilités, les directions politiques au niveau de la santé. Ce partage du pouvoir institutionnel suscite des problèmes déjà traditionnels au Brésil, concernant le pouvoir et sa nature, son degré de personnalisation, centralisation, concentration, etc.

On peut repérer, néanmoins, des données nouvelles dans la réaffirmation actuelle du thème, qui peuvent le situer comme un élément intéressant de compréhension de la conjoncture de "transition démocratique".

Parmi ces données nouvelles, il convient de souligner le dépassement, rendu possible, du modèle actuel de soins médicaux individuels, curatifs, par un modèle intégré de santé publique et soins individuels de la sécurité sociale. Ce qui implique l'intégration du modèle de médecine préventive et sociale avec le modèle médical dominant encore aujourd'hui dans les institutions, intégration inédite dans l'histoire des politiques de santé au Brésil, il faut le reconnaître.

Il faut souligner aussi la possibilité de dépassement de la dichotomie, de la juxtaposition, de la répétition, de l'inefficacité des programmes et services institutionnels ouverte par l'unification des institutions de santé. Il faut mentionner encore, la possibilité, devenue enfin réelle, de pouvoir contrôler les programmes et services de santé au niveau financier, c'est à dire, au niveau de la comptabilité des dits programmes et services, par moyen de l'unification institutionnelle.

Finalement, il faut signaler la reprise par l'Etat de la direction de la politique médicale, rendue possible par la gestion unifiée de la réforme sanitaire. Il est vrai que seulement une gestion démocratique des institutions et des programmes de santé ce qui doit être distingué d'une gestion purement étatique - peut rendre possible la résistance face aux pressions des lobbies, des "clientèles" politiques et du populisme, aujourd'hui encore très forts dans notre structure institutionnelle.

Toutes ces possibilités de changement se heurtent, toute aux vieilles résistances installées dans les appareils étatiques de santé. Il ne faut pas oublier non plus, les grands intérêts sociaux déjà mentionnés dans ce travail.

Malgré ces obstacles, la tendance vers l'unification des institutions et services de soins de santé l'a emporté, pendant l'année 87, tout au moins au niveau des décrets présidentiels. Mais encore là, ce que reste toujours problématique, c'est la distribution du pouvoir institutionnel parmi des

groupes politiques historiquement divergents, qui revendiquent tous leur tranche de pouvoir dans les décisions et les orientations majeures de la politique de santé du régime de la transition démocratique.

2 - LA DECENTRALISATION DES SERVICES DE SANTE

Malgré la récurrence historique du thème de la décentralisation - il réapparaît souvent depuis la fin du gouvernement Vargas, durant les années cinquante, dans le discours de la politique de santé - on peut relever certains faits nouveaux qui contribuent pour une redéfinition de ce thème dans la conjoncture actuelle, et parmi ces faits, citons d'abord celui de la nouvelle vision de la décentralisation institutionnelle comme déconcentration réelle du pouvoir étatique. On constate aussi la croissance d'une perception sociale de la nécessité de transparence des décisions publiques. Citons encore la revendication, de la part des professionnels de santé, d'une délégation réelle de responsabilités et de pouvoir de décision envers les municipalités et les provinces, à l'inverse de la tendance historique dominante depuis le début du siècle.

Avec ces nouvelles vision et perception sociales de la décentralisation institutionnelle, on pourrait aller au-delà d'une conception purement **géo-politique** du processus, en dépassant en même temps une tendance à limiter la décentralisation aux aspects **exécutifs** de la politique institutionnelle.

C'est pour éviter ces limites que le programme de la reforme sanitaire prévoyait, déjà en 1986, l'existence de **conseils municipaux** (et départementaux) **interinstitutionnels de gestion** des services de soins médicaux. Ces conseils supposeraient la participation populaire à travers des représentants de la "communauté". Comme orientation politique on peut dire qu'il s'agit là d'un fait nouveau au niveau institutionnel. La participation était prévue, en principe, à toutes les étapes du plan du santé, dès l'élaboration à l'évaluation des services mis en oeuvre. Ces faits, ajoutés à l'orientation de prendre des expériences locales pilotes comme base pour le plan national, re-situent, à notre avis, la question de la décentralisation dans le contexte actuel de transformations institutionnelles au Brésil. Ils supposent, en effet, la place importante de la politique de santé dans le projet de

démocratisation de nos politiques sociales et, par la même, dans le processus de démocratisation de l'ordre politique brésilien.

3 - L'HIERARCHISATION DES ACTES ET SERVICES DE SOINS MEDICAUX

La question de la hiérarchie des actes médicaux et de la priorité à être accordée à ces différents actes, des plus simples et plus généraux aux plus complexes et spécialisés, constitue aussi un thème récurrent dans l'histoire des politiques santé brésiliennes.

En effet, la discussion sur les soins dits **primaires** comme une priorité absolue dirigée vers la population, par opposition aux soins sophistiqués, dits **tertiaires**, est présente dans le débat institutionnel depuis le début des années soixante. Ce débat, conduit surtout par les médecins du champ de la santé publique, a été partagé par les médecins sociaux, aussi bien que par ceux des cliniques des hôpitaux publiques et par les libéraux qui sont liés à la sécurité sociale. Tous ces médecins revendiquaient la priorité pour les soins primaires intégrés aux secondaires et même, dans le cas des certaines pathologies chroniques et des urgences, aux soins "tertiaires".

L'hiérarchisation des soins médicaux dispensés par les grands hôpitaux à haute spécialisation a deux significations institutionnelles qu'il faut distinguer. La première a trait à l'établissement de la priorité aux actes médicaux les plus généraux, prenant en considération ce qu'on appelle les besoins primaires de santé de la majorité de la population.

Cette orientation s'oppose à la tendance historique de la médecine moderne à privilégier la sophistication technique dans l'intervention médicale, c'est à dire une intervention hautement spécialisée et tournée vers la "nouveau" ou la "rareté" des maladies, au détriment des maladies courantes de la population.

La deuxième signification a trait à la restructuration des services, et à l'organisation d'un système unifié et intégré de soins institutionnels, en cohérence avec la nosologie de la population, surtout de cette partie de la

population qui est la plus atteinte par des conditions de vie très défavorables.

Dans la conjoncture présente le thème de la hiérarchisation soulève aussi la discussion du problème de la qualité des soins dirigés à la population désignée comme "population à bas revenus".

En effet, le mouvement social centré autour de la question de la santé, comprenant les différents corps professionnels, les associations de quartiers, les syndicats, des secteurs des partis politiques, on mis en questions, depuis l'arrivée de la "nouvelle république" tout projet d'organisation du réseau des soins de santé se basant sur une "médecine primaire", que se limiterait à n'être qu'une médecine pauvre destinée aux pauvres.

Par ailleurs, le thème de l'hiérarchisation des soins médicaux, pose le problème délicat de la relation médecin-client et, par extension, le problème critique de la relation institution médicale-clientèle, en débat depuis la fin des années soixante-dix.

Dans la conjoncture de transition du régime politique depuis 1985, des milieux sociaux divers tels que le milieu syndical, le milieu associatif, le milieu professionnel lié à la santé, aussi bien que celui des partis politiques, sont en train de discuter sérieusement les rapports existants entre institutions et professionnels de santé, d'un côté, et professionnels et population de l'autre côté. La conscience du besoin de démocratisation de ces rapports est en train de croître à partir de ces discussions. Cette conscience peut devenir le levier pour de nouvelles politiques de santé.

4 - LA PARTICIPATION POPULAIRE DANS LA GESTION DES SERVICES DE SANTE

Un quatrième thème historiquement récurrent dans les politiques de santé au Brésil est celui de la participation populaire dans les services de soins médicaux. Ce thème est présent dans toutes les discussions concernant la réforme sanitaire depuis les années soixante.

Ce que nous repérons d'original dans la discussion actuelle, c'est la recherche de dépassement de la catégorie "participation communautaire",

hérité de la période populiste, par laquelle on avait pour but l'adhésion de la clientèle aux programmes destinés à la population "pauvre". Ces programmes étaient en général élaborés par une techno-bureaucratie se voulant parfois de gauche, mais ayant une pratique aussi autoritaire que celle connue comme des bureaucrates de droite.

Dans ce sens, la participation populaire revendiquée par le mouvement social lié à la santé propose des mesures concrètes à être prises par l'Etat, dans le sens de la démocratisation des décisions au niveau du plan, aussi bien que de la gestion, de l'exécution et de l'évaluation des programmes et services de santé.

Des "conseils institutionnels intégrés de santé", composés par des représentants des institutions publiques privés et par des délégués des syndicats et des associations communautaires devront être, en principe, la base de la nouvelle pyramide institutionnel, à laquelle devra se soumettre le sommet. Jusqu'à présent, pourtant, ce projet de participation s'est heurté à des obstacles presque insurmontables, liés non seulement aux intérêts et aux orientations politiques divergents, mais aussi à la tendance séculaire à la centralisation et à la concentration du pouvoir institutionnel chez nous. D'ailleurs, il reste toujours l'obstacle puissant des noyaux "clientéliques" et populistes incrustées dans les institutions de santé il y a plus de cinquante ans.

Quelques expériences se sont développées, malgré tout, depuis "l'ouverture démocratique", pendant les années quatre-vingt, lorsque des gouverneurs de province élus par les parths progressistes encourageaient la discussion et l'innovation institutionnelles de la part des acteurs politiques en présence. Certaines de ces expériences se maintiennent jusqu'à présent.

Là réside, selon notre avis, un point important pour la transformation des politiques de santé au Brésil, qui peut apporter des résultats positifs pour la transformation de l'ordre vers un régime démocratique, où les droits sociaux de citoyenneté soient enfin respectés.

Ce point suscite, comme les autres d'ailleurs, beaucoup des controverses et des résistances institutionnelles, ne fut-ce que par l'inertie séculaire de la machine bureaucratique républicaine. Celle-ci suit sa propre logique,

une logique sociale conservatrice, sans doute, qui ne se soucie guère des besoins de changement des politiques sociales, exigés par un régime de "transition démocratique".

NOTES

(1) Voir à ce propos, parmi d'autres travaux:

- LUZ, M.T. As instituições medicas no Brasil. Ed. Graal, Rio de Janeiro, 1979.
- Medicina e Ordem Política Brasileira. Ed. Graal, Rio de Janeiro, 1982.
- MACHADO et aliii Danação da Norma: a Medicina Social e a Constituição da Psiquiatria no Brasil. Ed. Graal, Rio, 1978.
- COSTA, J.F. Ordem Médica e Norma Familiar. Ed. Graal, Rio de Janeiro, 1980.
- OLIVEIRA, J.A..; TEIXEIRA, S.M.F. (Im) Previdência Social: 60 Anos de História da Previdência no Brasil. Ed. Vozes, Co.Ed. ABRASCO, Petrópolis, 1986.

(2) Voir de LUZ, M.T. "Notes sur l'histoire des pratiques de santé publique au Brésil" (1890-1930) 15 p. Article écrit pour les cours Médecine Sociale et Politique Sociale et Politiques et Institutions du Social au Brésil, donnés au Département de Sociologie à l'Université de Paris VIII, Saint Denis, deuxième semestre de l'année 87/88.

(3) A propos des politiques de santé de la 1ère République, voir l'article cité en (2).

* Je tiens à remercier Vera MACHADO et Osmar FONSECA, qu'ont édité, corrigé et apporté plusieurs modifications à la rédaction de ce texte.