

Brésil

Les contradictions du système de santé (1988-2018)

*Elizabeth CARDOSO DE OLIVEIRA et Nicolas DA SILVA*¹

L'élection inattendue de Jair Bolsonaro a stupéfié de nombreux observateurs désormais inquiets de l'avenir économique, social et politique du Brésil. Parmi les sujets de débat figurent les politiques sociales en règle générale et la politique de santé en particulier. Le Brésil est un pays très inégalitaire, où l'accès à la santé du plus grand nombre dépend du système public de santé, appelé Sistema Único de Saúde (SUS, système unique de santé), créé en 1988 et mis en œuvre en 1990, dans le contexte de transition démocratique après la période de dictature militaire. Or, ces dernières années, les réformes restrictives se sont accumulées, favorisant le transfert du secteur public au privé du financement et de la production de soins. L'évènement le plus marquant est probablement le vote en 2016 de l'amendement constitutionnel 95 gelant les dépenses sociales pendant 20 ans, sans prise en compte de

la croissance économique et de la dynamique démographique du pays.

Afin de contribuer à une lecture cohérente de l'actualité récente au Brésil et de son impact sur le système de santé, nous proposons dans cet article une analyse du SUS, depuis sa naissance à aujourd'hui. La thèse défendue est que les caractéristiques historiques du SUS (hybridation et sous-financement) l'empêchent d'atteindre son ambition d'universalité, une situation que les alternances politiques successives n'ont pas remise en cause. Si des différences dans les orientations de politique économique sont incontestables, on peut cependant mettre en évidence une continuité entre les politiques de santé du Parti des travailleurs (PT) et ses successeurs. Dans tous les cas, les fondements structurels des inégalités au Brésil n'ont pas été ébranlés ; au mieux, des politiques de ciblage ont permis d'atténuer les effets néfastes du développement inégal. Le SUS étant tributaire de

1. Doctorante en politique sociale à l'Université fédérale du Espírito Santo (UFES) et boursière de la Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) ; maître de conférences en économie au Centre d'économie de l'Université Paris Nord (CEPN). Nous tenons à remercier Philippe Batifoulou, Mariana Jansen et Catherine Sauviat qui ont contribué à l'amélioration des versions antérieures de ce texte. Nous restons cependant les seuls responsables des imperfections subsistantes.

ce cadre global, à aucun moment il n'a été question de le rendre réellement universel, le développement de l'accès aux soins étant alors pensé dans le cadre de l'extension de la sphère privée.

**Caractéristiques historiques du SUS :
hybridation et sous-financement
(1988-2002)**

La compréhension des évolutions politiques récentes au Brésil et de leurs conséquences sur la politique de santé nécessite de revenir sur le fonctionnement du SUS depuis sa création à la fin des années 1980. Dans cette section, nous présentons brièvement les conditions historiques contradictoires dans lesquelles a été créé le SUS. Depuis sa naissance, l'institution est marquée par deux caractéristiques persistantes : une hybridation public-privé et un sous-financement chronique.

***Un système de santé universel
en univers néolibéral***

Le système de santé brésilien est marqué par des paradoxes dès sa naissance à la fin des années 1980. Au niveau national, le SUS naît du mouvement de démocratisation et de progrès social consécutif à la fin de la dictature militaire. Mais, au niveau international, la situation du Brésil contraste avec le regain des politiques libérales mises en œuvre tant au sein des pays industrialisés (austérité,

privatisation, nouvelle gestion publique, etc.) que des pays en développement (Consensus de Washington ²).

La Constitution brésilienne du 5 octobre 1988 représente une étape majeure du processus continu de démocratisation mettant fin à la dictature militaire. Outre les droits politiques, elle prévoit la mise en place d'une Sécurité sociale fondée sur trois piliers : la prévoyance (retraite, invalidité, etc.), l'assistance (aide aux plus pauvres, aux familles, etc.) et la santé (le SUS). Le SUS est créé définitivement par la loi organique de santé de 1990 (Lei Orgânica da Saúde). Son objectif est de financer par l'impôt l'accès aux soins (préventifs et curatifs) pour tous ³. Il s'agit d'un système universel au sens où l'accès aux soins devient un droit du citoyen – indépendamment de sa situation économique, sociale ou politique. Si le SUS finance les soins, la production des soins peut être publique (le SUS directement), mais aussi, et de façon complémentaire lorsque le secteur public est insuffisant, privée (le SUS achète les soins à des acteurs privés). Au total, le SUS se caractérise par :

- un financement reposant intégralement sur l'impôt, sans paiements directs par les ménages ni indirects par les assurances privées ;
- une production de soins (hôpitaux, centre de soins primaires, professionnels, laboratoire, etc.) majoritairement

2. Le Consensus de Washington renvoie à la liste de recommandations formulée dans un article de 1989 par un économiste du Peterson Institute for International Economics basé à Washington (J. Williamson) à l'adresse des pays en développement, notamment ceux d'Amérique latine endettés et en crise durant les années 1980. Ces recommandations ont été reprises par le Fonds monétaire international (FMI) et la Banque mondiale, institutions qui siègent à Washington DC, et qui conditionnent leurs aides financières aux pays demandeurs à la mise en œuvre d'un certain nombre de réformes structurelles (discipline budgétaire, réforme fiscale, stabilité monétaire, déréglementation, privatisation des entreprises publiques, etc.).

3. Le SUS prend en charge également d'autres activités liées à la santé mais en dehors du soin proprement dit : vigilances sanitaire et épidémiologique, contrôle de l'industrie pharmaceutique, contrôle de la qualité de l'eau, recherche et production de vaccins, etc.

publique et, de façon complémentaire, privée ;

- une couverture des soins très étendue, de façon à ce que le dispositif ne soit pas un filet de sécurité minimal qui implique la nécessité d'une couverture privée pour des biens supérieurs.

Cette architecture s'explique en grande partie par l'histoire du système de santé. Avant la création du SUS, l'accès aux soins était très restreint pour la majorité des Brésiliens en raison de leur incapacité à payer directement les producteurs de soins (insolvabilité) et/ou à obtenir une assurance santé (publique ou privée, individuelle ou collective). Seuls ceux qui disposaient d'un emploi dans le secteur formel⁴ de l'économie bénéficiaient d'une couverture santé professionnelle (publique ou privée). Dans le contexte de la démocratisation, le SUS a permis d'étendre l'accès aux soins à tous les citoyens tout en maintenant un espace privé puissant, témoin de la perpétuation de la division de la société brésilienne entre secteur formel et informel.

La création du SUS souffre néanmoins de son caractère qui pourrait apparaître anachronique dans l'évolution de l'économie mondiale et de la conception des politiques publiques qui en découle. Le Brésil crée de toutes pièces un système de santé universel au moment où se généralisent les politiques publiques hostiles à toutes formes d'intervention collective. Le Consensus de Washington impose

partout des politiques libérales et le Brésil n'échappe pas au chapelet des mesures restrictives préconisées : équilibre budgétaire, réforme de la fiscalité, libéralisation des taux d'intérêt, ouverture au commerce extérieur, privatisations, déréglementation des marchés, etc.

Après les premiers pas des gouvernements Fernando Collor (1990-1992) et Itamar Franco (1993-1994), Fernando Henrique Cardoso (1995-2002) applique un vaste programme de libéralisation et de réforme de l'État. Il met au point à la suite de la crise internationale de la fin des années 1990 un cadre macroéconomique destiné à encadrer les politiques publiques, dénommé le trépied : taux de change flottant, solde primaire excédentaire et lutte contre l'inflation. S'ensuivent une flexibilisation du travail, une pression à la baisse des salaires et une domination de la logique financière (paiement des intérêts de la dette et rendement du capital) dans la conduite des politiques économiques et sociales. Dans ce contexte, la Sécurité sociale prévue par la Constitution ne peut pas se déployer pleinement et la santé est, parmi les trois piliers, la « dernière roue du carrosse ». Cette histoire contradictoire explique la situation actuelle de la politique de santé au Brésil.

Une hybridation publique-privée au détriment du secteur public

Le SUS n'est jamais parvenu à ancrer dans la réalité l'aspiration à un système

4. Au Brésil, en héritage de l'esclavage et de l'insertion du pays dans la division internationale du travail, le marché du travail est structurellement segmenté en un secteur formel et informel (Ulysses, 2005). Le secteur formel est constitué de tous les travailleurs du secteur privé qui possèdent une carte de travail et des fonctionnaires. Ces travailleurs cotisent et ont accès à la prévoyance et aux services de soins. Plus difficile à définir, le secteur informel concerne les travailleurs sans carte de travail, essentiellement les travailleurs ruraux et les travailleurs urbains précaires. Le travail informel représentait 60 % de la population active en 1999 contre moins de 50 % aujourd'hui (Ipeadata2018, « Grau de informalidade – definição I », Macroeconômico – Tema: Emprego, 2018, <http://www.ipeadata.gov.br/Default.aspx>), – soit autant de personnes pour lesquelles le SUS est le seul moyen d'accéder aux soins.

public universel dans la mesure où il coexiste depuis sa création avec un secteur privé très important. La Constitution de 1988 ne fait pas de ce point de vue un choix clair d'universalisation (par exemple par la nationalisation des hôpitaux privés pourtant construits et entretenus *via* l'investissement public) et pérennise le secteur privé préexistant. L'accès au secteur privé est possible soit par des assurances (généralement liées au travail formel, tableau 1), soit par le paiement direct des patients aux producteurs de soins (médecins, hôpitaux, etc.).

Le système de santé n'est pas dual (au sens d'une étanchéité stricte entre privé et public) mais hybride : le recours au privé n'interdit pas le recours au public. D'une part, les 25 % de la population utilisant le système privé utilisent aussi régulièrement le système public. D'autre part, en raison de l'absence d'investissements publics massifs pour créer une offre de soins suffisante, le SUS achète au secteur privé les soins nécessaires pour la patientèle publique. Ainsi et de façon emblématique, le SUS passe des contrats

avec certains groupes hospitaliers privés afin que ces derniers puissent satisfaire la demande de services de soins émanant de la patientèle publique. Il y a de fait deux files d'attente au sein de ces hôpitaux : l'une constituée par les patients privés et l'autre par les patients du SUS. Les services rendus par les hôpitaux privés sont de multiples natures : accès à un lit, à des professionnels, à des services de diagnostic, etc. Dans certains cas, les structures privées assurent jusqu'à 90 % des soins financés par le SUS, ce qui montre que « ces services privés ont perdu leur caractère complémentaire (comme le prévoit la Constitution) pour devenir le système nerveux du système [de santé] » (Santos, 2012).

Le SUS est donc à la fois assureur et producteur de soins, *via* son propre réseau public de soins (cliniques de soins primaires ⁵, hôpitaux d'urgences, hôpitaux universitaires, hôpitaux spécialisés, etc.) et *via* les fonctionnaires qui le font vivre (médecins, infirmiers, travailleurs sociaux, secouristes, ambulanciers, etc.), bien qu'il fasse appel à des offreurs privés

Tableau 1. Couverture privée : assurances – décembre 2018

Type de couverture	Nombre de bénéficiaires	%
Individuelle ou familiale	9 114 120	19
Collective liée à l'emploi	31 666 094	67
Collective non liée à l'emploi	6 483 796	14
Total	47 264 010	100

Source : ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar, *ANS Tabnet – consultas (beneficiários)*, http://www.ans.gov.br/anstabnet/cgi-bin/tabnet?dados/tabnet_br.def, juillet 2019.

5. Elles sont appelées « unidades básicas de saúde – UBS (ou postos de saúde) » (unités basiques de santé) au Brésil. Ce sont les unités/centres de soins pour les services dits « basiques » ou « primaires », qui regroupent sous le même toit des professionnels comme le médecin généraliste, le gynécologue, le pédiatre, le psychologue, le nutritionniste et le dentiste (le dermatologue et le kynésiothérapeute/physiothérapeute aussi, dans quelques unités). En plus, les UBS offrent des vaccins, de salles de curatifs/pansements et quelques examens laboratoires (par exemple, l'hémogramme).

LES CONTRADICTIONS DU SYSTÈME DE SANTÉ (1988-2018)

lorsqu'il n'est pas en mesure de répondre à la demande. Le système dit universaliste repose alors non sur la coexistence mais sur l'imbrication entre privé et public. L'offre de soins est ainsi très partagée entre ces deux sphères (tableau 2).

Le secteur privé est un obstacle historique au développement du SUS. Ce dernier rencontre en effet dès sa création et à l'instar de la plupart des pays dans la même situation une opposition importante des acteurs du système privé de santé préexistant et d'autres secteurs : médecins, industriels (dont l'industrie pharmaceutique), finance et assurance.

Ces acteurs cherchent à conserver leur pouvoir face à la concurrence d'une institution à vocation universelle. Ils ont aujourd'hui encore un poids considérable puisqu'ils s'inscrivent dans l'histoire du système de santé brésilien depuis les années 1930. À cette époque et jusqu'à la création du SUS, seules les cotisations liées au travail formel du monde urbain, supposant l'obtention de la carte de travailleur, donnent l'accès à des services de santé. Pour les autres, en grande majorité travailleurs ruraux, informels ou sans emploi, l'accès aux soins se fait par les institutions philanthropiques, et de façon

Tableau 2. L'offre de soins – décembre 2018

Nombre d'hôpitaux *, **	6 687		
	Public	Privé	
	2 290 (34 %)	4 397 (66 %)	
		Lucratif	Non lucratif
		58 %	42 %
		Dont bail avec le SUS : 56,5 %	
Unités basiques de santé *	46 351		
	Public	Privé	
	44 033 (95 %)	2 318 (5 %)	
Cabinets médicaux *	163 118		
	Public	Privé	
	8 156 (5 %)	154 962 (95 %)	
Nombre de lits d'hôpitaux *, **	432 788		
	Public	Privé	
	168 779	264 009	
		Dont bail avec le SUS : 73,5 %	
Taux de lits d'hôpital (pour 1 000 hab.) *, **	3,0 (1999)	2,3 (2010)	2,0 (2018)

Sources :

* MS - Ministério da Saúde, *Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde do Brasil* – CNES (Cadastro Nacional d'Établissements de Santé au Brésil), DATASUS, <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/defthtm.exe?cnes/cnv/estabbr.def>, juillet 2019.

** FBH/CNS (Federação Brasileira de Hospitais/Confederação Nacional de Saúde) (2018).

BRÉSIL

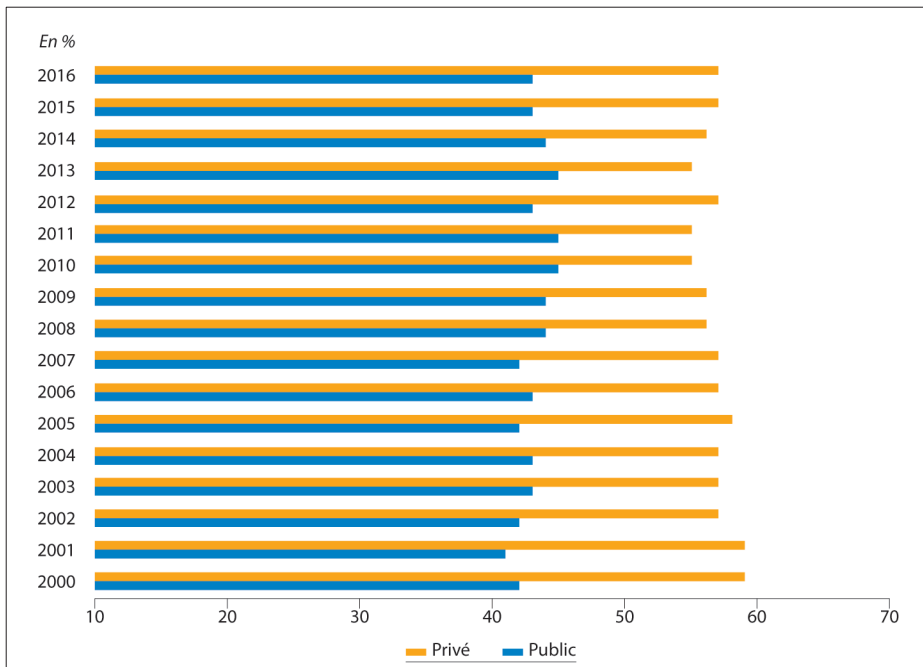
plus résiduelle par l'assistance publique (Escorel, 2012).

Comme les gouvernements précédents, ceux issus de la dictature militaire ont encouragé par la suite le développement du secteur privé au détriment de l'investissement public. Entre les années 1950 et les années 1990, le secteur privé voit sa place se consolider avec, par exemple, l'augmentation relative de sa part de lits d'hôpitaux (de 53,9 % à plus de 76 % sur la période) (Menicucci, 2007). Le sous-investissement public dans les infrastructures induit un recours grandissant au secteur privé directement et indirectement (lorsque le public adresse ses patients au privé). Le public

constitue un marché captif et solvable pour l'activité privée.

Lors de la création du SUS face à l'opposition du secteur privé et à l'importance des investissements nécessaires pour asseoir un régime réellement universel, le système de santé prend un caractère hybride de façon durable. Lors de la dernière décennie, 72 % des hospitalisations et 70 % des consultations ambulatoires complexes sont réalisées dans le secteur privé (avec un financement privé et/ou public) (IBGE, 2010 ; Santos, Servo, 2016). De nombreux chercheurs mettent alors en évidence la dimension parasitaire du système privé sur les possibilités de financement et d'extension du public (graphique 1).

Graphique 1. Répartition du financement privé/public de la santé entre 2000 et 2016



Source : WHO – World Health Organization, Global Health Expenditure Database, <https://apps.who.int/nha/database/Select/Indicators/fr>, juillet 2019.

Un sous-financement chronique

Parallèlement à l'hybridation du système de santé, l'insuffisance chronique des financements est la deuxième caractéristique clé du SUS. Dès 1988, il existe une forte contradiction entre l'ambition et les moyens mis en œuvre. Si le SUS prévoit le financement public, universel et solidaire des besoins de santé, le niveau de dépenses est très faible. Parmi les pays à système universel (Canada, Angleterre, Espagne, Danemark, Suède), le Brésil est le seul pays pour lequel le niveau des dépenses privées est supérieur à celui des dépenses publiques. Dans ces pays, la part des dépenses publiques de santé est systématiquement supérieure à 70 % et va souvent au-delà de 80 %. Même aux États-Unis, système le plus privatisé et le plus coûteux des pays développés, les dépenses privées de santé représentent 49 % du total, contre 57 % au Brésil.

Comme nous l'avons vu dans la section précédente, cette situation s'explique par l'opposition des acteurs traditionnels du secteur privé au SUS. Mais le SUS souffre de surcroît d'une position dominée au sein du système brésilien de Sécurité sociale face à la prévoyance. Le budget de la Sécurité sociale est unifié et abondé par les trois échelons du pouvoir : le gouvernement fédéral, les États, et les municipalités. La Constitution ne prévoit pas de règle d'affectation des ressources entre ces trois piliers. Or, depuis le début, pour des raisons tant politiques qu'économiques, l'attribution du budget de la Sécurité sociale s'est faite de façon prioritaire en direction de la prévoyance. L'une des principales raisons de ce choix tient au fait que l'assurance santé a longtemps été un sous-dispositif des institutions de prévoyance pour la retraite. Dès lors, le niveau des

pensions est considéré comme une question prioritaire. D'ailleurs, les syndicats soutiennent massivement la Sécurité sociale pour protéger le niveau de leurs pensions, tandis qu'ils sont moins attachés au SUS, puisqu'ils bénéficient des assurances privées de santé *via* leur emploi formel.

Cette situation s'est aggravée au fil du temps, notamment avec la loi de 1993 affectant les cotisations sociales prélevées sur les salaires à la branche prévoyance de la Sécurité sociale (alors que cette ressource n'était pas préalablement affectée). Cette mesure a entraîné à l'époque une perte de 30 % de financement pour le SUS (Ocké-Reis, 2012). L'instabilité institutionnelle des financements a contraint le SUS à devoir emprunter pour payer ses dépenses courantes.

L'amendement constitutionnel 29, voté en 2000, a tenté de stabiliser les ressources du SUS en imposant des financements minima pour les trois échelons du pouvoir (Marques *et al.*, 2017). Les États et les municipalités se sont vus contraints d'accorder au minimum respectivement 12 % et 15 % de leur budget au financement du SUS. Le gouvernement fédéral a été moins contraint, ne devant assurer au minimum que le renouvellement du budget des années précédentes, corrigé de la variation nominale du PIB. Cela a eu pour conséquence un recul massif de la participation du gouvernement fédéral au financement du SUS. Alors qu'en 1990, celui-ci représente 74,4 % du budget du SUS, il n'y contribue plus qu'à hauteur de 43,2 % en 2015. Les États et les municipalités voient au contraire leur contribution augmenter, et passer respectivement de 13,5 % à 25,9 % et de 12,1 % à 30,9 % (Mendes, Funcia, 2016).

**Transfert public-privé :
des alternances sans politique
alternative (2003-2019)**

Les conditions historiques contradictoires de naissance du SUS n'ont pas permis à l'institution d'atteindre ses objectifs ambitieux. Contrairement aux attentes, l'avènement au pouvoir du PT en 2003 n'a pas constitué une rupture. En ce sens, il est possible de montrer une continuité forte entre les gouvernements PT et les précédents. Par la suite, Michel Temer et Jair Bolsonaro ne font que radicaliser les options prises auparavant en matière de politique de santé, ce qui empêche la mise en place d'un SUS véritablement universel ⁶. La ligne directrice de ces alternances sans politique alternative est l'organisation du transfert public-privé du financement des soins.

**Les gouvernements du Parti
des travailleurs ne reviennent pas
sur les choix initiaux...**

Au Brésil comme dans d'autres pays d'Amérique latine, les politiques néolibérales menées pendant les années 1990 ont conduit à l'augmentation des inégalités et du chômage, ce qui a provoqué en retour l'avènement de partis politiques dits progressistes comme le PT, arrivé au pouvoir en 2003 avec l'élection de Lula. Fort d'une base populaire et syndicale solide, le PT n'a cependant pas rompu avec le cadre néolibéral et les classes dominantes en promouvant une

« démocratie de la cooptation », une stratégie des classes dominantes définie dans les années 1970 par le sociologue et militant du PT Florestan Fernandes (1975). Celle-ci consiste à démocratiser le pays en mettant fin au régime militaire tout en conservant le pouvoir politique et économique, ce qui exige des concessions envers certaines franges des classes moyennes et populaires afin de les coopter ⁷. Cette stratégie s'est traduite par le maintien du « trépied » (voir *supra*), modéré par la mise en œuvre de politiques sociales de ciblage envers la population la plus pauvre (principalement avec le programme Bolsa Família ⁸). Si le combat contre la faim et l'extrême pauvreté ne doit pas être négligé, celui-ci s'est opéré *via* des politiques ciblées et résiduelles qui ont gravé dans le marbre la segmentation de la population sans remettre en cause les déterminants structurels des inégalités.

Dans ce contexte, le SUS n'a pas été une priorité de politique publique en dépit de son inscription comme droit universel dans la Constitution de 1988. Sous les gouvernements PT, entre 2002 et 2012, les dépenses publiques de santé ont augmenté modestement pour passer de 3,2 % à 3,9 % du PIB (son niveau actuel). À l'inverse, le secteur privé a connu une importante expansion, avec l'augmentation du nombre de bénéficiaires, passé de 16,7 à 49,7 millions de 2000 à fin 2015 – ainsi qu'une forte concentration des opérateurs

6. L'amendement constitutionnel 95 instaurant le gel des dépenses sociales pendant 20 ans voté sous la présidence Temer n'est pas remis en cause par Jair Bolsonaro et tous les gouvernements qui se succèdent dans les années 2000, y compris le PT, restent fidèles aux règles macroéconomiques instaurées à la fin des années 1990 sous la dénomination du « trépied » ; voir *supra*.

7. Efficace pendant la période du « miracle économique », cette stratégie atteint ses limites depuis la crise de 2011.

8. Il s'agit d'un programme créé en 2003 de transfert monétaire conditionnel et ciblé vers la population en dessous du seuil de pauvreté et en situation d'extrême pauvreté. Il concernait en 2014 14 millions de familles (52 millions d'habitants, soit 30 % de la population) pour un budget de 0,5 % du PIB (Marques, 2015).

d'assurances maladie, dont le nombre s'est réduit de plus de moitié sur la même période (de 1969 à 1974). Autrement dit, le pouvoir économique et politique de ces acteurs s'est considérablement accru.

Le PT n'a pas démantelé les mécanismes de transfert public-privé créés par les gouvernements précédents. D'une part, les déductions fiscales⁹ sur l'impôt des particuliers et des entreprises qui achètent des services de santé au privé ont été maintenues. Par ce mécanisme, l'État solvabilise et stimule la demande pour les services privés de santé (Marques, Piola, 2014). Entre 2003 et 2011, ces déductions ont augmenté de 64 %, représentant 67,4 % des déductions totales accordées par le gouvernement à l'économie (Ocké-Reis, 2012). D'autre part, le mécanisme de dissociation des recettes fiscales du gouvernement fédéral, appelé « Desvinculação de Receitas da União » (DRU ; Déliement des recettes de l'union)¹⁰, n'a pas été remis en cause. Créé en 1994 lors de la première année de présidence de Fernando Henrique Cardoso, ce dispositif prélève une part du budget de la Sécurité sociale et le réaffecte de façon à générer un excédent primaire permettant de payer les intérêts de la dette publique. C'est un outil de transfert direct des ressources de la Sécurité sociale, dont le SUS, vers les agents privés détenteurs des titres de cette dette sur les marchés financiers. Depuis sa création jusqu'en 2016, la part prélevée correspond à 20 % du budget de la Sécurité sociale. En 2016, le gouvernement Temer a approuvé une augmentation du DRU à hauteur de 30 % (Barbosa,

2018). Autrement dit, le tiers des ressources qui devraient financer la Sécurité sociale est utilisé à d'autres fins dont, principalement, le paiement des intérêts de la dette.

Ainsi, non seulement les politiques restrictives héritées des périodes précédentes n'ont pas été modifiées par les deux gouvernements PT, mais celui de Dilma Rousseff a de surcroît contribué à l'accélération du transfert public-privé via deux grandes réformes adoptées en 2011 et en 2015. En décembre 2011 est créée l'Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH, entreprise brésilienne de services hospitaliers), une entreprise de droit privé appartenant à l'État central dont l'objectif est de gérer les hôpitaux universitaires du pays. Sa création entraîne une marchandisation de la production de soins et de la formation médicale puisque les agents dans ces hôpitaux sont soumis à un impératif de rentabilité et de réduction des coûts (Andreazzi, 2013) et apparaît alors comme un pas sur le chemin de la privatisation complète des hôpitaux universitaires. De façon à générer des profits, l'EBSERH privilégie les services les plus lucratifs (diagnostic et traitement), en favorisant l'achat des biens d'équipement à l'international et en recourant aux contrats précaires. Par ailleurs, en janvier 2015, le secteur de la santé est ouvert aux capitaux internationaux alors que l'investissement étranger y était jusque-là interdit par la Constitution de 1988 et par la loi organique de santé, sauf exceptions¹¹. Dans ce nouveau contexte, l'association

9. Adoptées depuis la promulgation de la Constitution fédérale de 1988, elles découlent de l'article 165 et sont définies chaque année par la loi de budget.

10. Dénommée à sa création Fundo Social de Emergência (Fond social d'urgence).

11. Ce point est très important historiquement dans la mesure où le mouvement de réforme sanitaire précédant la création du SUS (1970-1988) avait pour objectif de mettre au point un système de santé national souverain et indépendant de la spéculation sur les marchés. Un exemple parmi d'autres de cette ouverture aux investisseurs étrangers est la présence croissante du premier

brésilienne des économistes de la santé souligne qu'il devient « impossible de concevoir un système national de santé et donc un droit à la santé ¹² ».

Au-delà de ces mesures, les gouvernements PT ont peu investi le champ de la santé autrement que par des politiques résiduelles. Par exemple, le programme Mais Médicos (Plus de médecins) lancé en 2013 a facilité l'accès aux soins dans les zones isolées et pauvres du Brésil (terres intérieures et périphérie des grandes villes) par des mécanismes d'incitation. Face au peu de succès du programme auprès des médecins nationaux, il a été étendu aux médecins étrangers, les médecins cubains étant particulièrement représentés. Ce type de programme est typique des politiques de ciblage favorisées par le PT dans la mesure où il ne cherche pas à remettre en cause les structures économiques mais à en atténuer les conséquences les plus problématiques.

... de même que les gouvernements Temer et Bolsonaro

À partir de 2011, l'économie brésilienne est atteinte par la crise mondiale ouverte en 2007-2008. Dans ce contexte

dégradé, le fragile équilibre issu de la « démocratie de la cooptation » est rompu, ce qui donne naissance à des mouvements sociaux massifs et à une réorganisation des classes dominantes. Le PT est attaqué sur sa gauche ¹³ parce qu'il n'a pas remis en cause les structures profondément inégalitaires de l'économie brésilienne et sur sa droite car les élites veulent démanteler les politiques de ciblage et, plus largement, les politiques sociales à l'origine de la crise selon elles (León, Malta, 2017). À la suite d'un processus complexe, que certains auteurs n'hésitent pas à qualifier de « coup d'État » (Souza, 2016), l'*impeachment* de Dilma Rousseff marque la fin du pouvoir PT. Le vice-président Michel Temer assure la transition avec pour mission première l'accélération des mesures néolibérales.

Ce moment est marqué par la remise en cause des principes de la démocratie formelle, tant en ce qui concerne la procédure d'*impeachment* elle-même que les moyens utilisés par la suite pour réformer les politiques sociales (Souza, 2016). Ainsi, en à peine un an, la présidence de Michel Temer se traduit par un nombre significatif de réformes régressives

groupe d'assurance privée aux États-Unis, United Health, qui a acheté en 2012 pour près de 5 milliards de dollars le plus grand groupe brésilien, Amil. À cette époque-là, l'acquisition d'hôpitaux était interdite, mais pas celle de compagnies d'assurance. Cependant, Amil possédait 22 hôpitaux, placés de fait sous le contrôle d'United Health. En 2017, c'est-à-dire deux ans après l'ouverture du secteur de la santé aux capitaux internationaux, ce groupe possédait déjà 41 hôpitaux. Il a aujourd'hui l'intention d'en acheter d'autres, y compris des hôpitaux philanthropiques (RBA, 2017) qui ont la particularité de bénéficier d'exonérations fiscales. Voir C. Oliveira, « Até hospitais filantrópicos estão na mira do capital estrangeiro », *Rede Brasil Atual*, 9 de agosto de 2017, <https://www.redebrasilatual.com.br/saude-e-ciencia/2017/08/ate-hospitais-filantronicos-estao-na-mira-do-capital-estrangeiro-que-avanca-no-pais/>.

12. ABRES - Associação brasileira de economia da saúde, « Por que somos contrários ao capital estrangeiro na atenção à saúde: Veta Presidenta Dilma! », 9 de janeiro de 2015, <http://bit.ly/2IECDAq>.
13. C'est le cas, par exemple, du Parti Socialisme et Liberté (PSOL) né, en 2004, d'une rupture à l'intérieur du PT, pendant le premier mandat du Lula. En 2015, durant le second mandat de Dilma Rousseff, le PSOL se présente comme un opposant farouche au PT, en affirmant qu'il « est complètement impossible de conclure n'importe quelle coalition électorale avec le PT [puisqu'] il s'est converti en une simple machine appliquant des politiques d'austérité » : « O PSOL se afirma como oposição radical ao PT », *Nota da CST*, 22 de maio de 2015, <http://www.cstpsol.com/viewnoticia.asp?ID=748>.

comme celles du droit du travail (Carelli, 2019), du recours à la sous-traitance et celle avortée du système de prévoyance. Néanmoins, le cadre économique global ne change pas puisqu'il est toujours question de défendre le « trépied » (taux de change flottant, solde primaire excédentaire et lutte contre l'inflation) afin d'assurer le paiement des intérêts de la dette. L'évolution par rapport aux gouvernements PT porte sur le rythme des réformes qui s'affirme plus soutenu, sur la réduction des politiques de ciblage et sur les moyens mis en œuvre pour réformer (non-respect de règles démocratiques formelles). Plus qu'une réorientation des politiques de santé, on assiste à partir du gouvernement Temer à une radicalisation des options antérieures : maîtrise des dépenses publiques de santé, conciliation avec les producteurs de soins privés, généralisation du nouveau management public, incitation au développement des assureurs privés, etc. De ce point de vue, en dépit de différences réelles, on peut parler d'alternance sans alternative. L'orientation commune des différents gouvernements se donne aussi à voir à travers la complémentarité de leurs politiques. Ainsi, la loi de 2017 favorisant la sous-traitance votée sous Michel Temer facilite la réduction des coûts salariaux dans les hôpitaux gérés par l'EBSERH, créée dans ce but sous Dilma Rousseff.

Deux grandes questions marquent le secteur de la santé sous la présidence de Michel Temer. La première concerne la remise au goût du jour des « assurances populaires », contrats d'assurance maladie privée pour les personnes à faibles revenus créés en 2010 (sans lien avec l'emploi). Ce dispositif n'a pas connu de succès à sa création car il s'inscrit dans une période d'augmentation du taux d'emploi formel, qui ouvre l'accès à des

assurances professionnelles. Cependant, depuis 2015, l'augmentation du chômage a réduit l'accès au système privé de santé avec, par exemple, une baisse de 2 millions de bénéficiaires en 2017 (Guimarães, 2017). Plutôt que d'augmenter le budget du SUS pour faire face à l'afflux de nouveaux patients, le gouvernement projette de mettre en place une politique d'incitation à l'achat de ces « assurances populaires ». L'objectif du ministre de la Santé Ricardo Barros – déclarant être ministre de la Santé et non ministre du SUS – est alors de doubler le nombre de bénéficiaires d'une assurance santé privée en le faisant passer de 25 à 50 % de la population. La limite évidente de cette politique est le fait qu'en raison de son prix d'achat faible, le panier de soins couvert par les « assurances populaires » est si restreint qu'il n'empêche pas le recours massif au SUS (IDEC, 2017). Le gouvernement Temer n'est pas en capacité de mettre en œuvre cette réforme mais il semble que le ministre de la Santé actuel du gouvernement Bolsonaro, Luiz Mandetta, veuille achever le travail.

Le deuxième évènement majeur est le vote en 2016 de l'amendement constitutionnel 95 sur le nouveau régime fiscal, qui inscrit dans la Constitution la politique d'austérité. Si, comme nous l'avons vu, l'austérité n'est pas une nouveauté, la constitutionnalisation des choix de politique économique radicalise l'orientation néolibérale. L'amendement prévoit le gel des dépenses publiques pendant 20 ans corrigé de l'inflation – donc indépendamment des évolutions du PIB et de la démographie. Dans l'avenir, plus la croissance économique sera forte, plus la part des dépenses sociales sera faible (Vieira, Benevides, 2016). Cette réforme impose sans l'organiser le décrochage du système public de santé par rapport au privé. Étant

donné par ailleurs l'accroissement et le vieillissement de la population, la part des dépenses de santé par tête va décroître de façon significative. D'ailleurs, le vieillissement de la population va rendre le poids des pensions de plus en plus important dans le budget de la Sécurité sociale, au détriment du SUS. Pour l'année 2017, première année de mise en œuvre de l'amendement, le montant de la recette courante nette (recette fédérale moins transferts constitutionnels de l'État fédéral vers les États et les municipalités) affectée à la santé passe de 15,8 % à 13,9 %, son niveau le plus bas depuis cinq ans (Funcia, 2019).

À la suite de la présidence de Michel Temer, le Brésil est dans une situation sociale et économique explosive caractérisée politiquement par un déclin démocratique et un déficit de légitimité des partis traditionnels. À gauche, si le PT ressemble à un repoussoir, Lula semble encore incarner la figure du *leader* charismatique jusqu'à son emprisonnement. À droite, les classes dominantes ne réussissent pas à promouvoir les élites politiques traditionnelles – marquées par des années d'échecs et de corruption. Dans ce contexte, c'est Jair Bolsonaro, candidat d'extrême droite quasi-inconnu venant d'un parti politique confidentiel¹⁴, qui est élu Président par plus de 55 % des votants¹⁵.

Si ses propos réactionnaires sur le plan sociétal ont retenu principalement l'attention, il faut noter que sur le plan économique et social, Jair Bolsonaro s'inscrit dans la continuité de son prédécesseur. L'un des principaux arguments

concernant les politiques sociales, martelé dès sa candidature, consiste à dire qu'il « est possible de faire beaucoup plus avec les ressources actuelles ». Autrement dit, il n'a aucune intention d'augmenter les ressources publiques au niveau fédéral et donc de revenir sur les réformes antérieures. Structurellement il ne souhaite pas remettre en cause l'amendement constitutionnel 95 et, ponctuellement, il revient sur les politiques de ciblage héritées de la période PT. L'un des effets directs sur le système de santé des élections de 2018 est la fin de la participation des médecins cubains au programme Mais Médicos. Le gouvernement cubain prend cette décision à la suite des déclarations du nouveau Président brésilien visant à modifier les conditions d'accès et de permanence des médecins cubains dans le programme (soumission à un examen de validation de leurs diplômes et perception de l'intégralité de leurs salaires alors qu'une partie était récupérée par le gouvernement cubain, pour soutenir les budgets de formation médicale notamment¹⁶). Plus de 8000 professionnels cubains quittent ainsi le territoire, transformant quelque 3000 municipalités en déserts médicaux.

Conclusion

Les difficultés historiques que traverse le SUS depuis sa création se sont institutionnalisées et renforcées au fil des ans : hybridation public-privé et sous-financement caractérisent le système de santé brésilien. Aucun des gouvernements installés depuis le processus de

14. Avant l'élection de Jair Bolsonaro, son parti, le Parti social libéral (PSL), disposait de seulement 8 sièges de députés.

15. Pour une analyse plus fine de l'élection, voir Marques (2019).

16. « Cuba decide deixar programa Mais Médicos no Brasil e cita declarações "ameaçadoras" de Bolsonaro », G1, 14 de novembro de 2018, <https://glo.bo/2lVldzI>.

démocratisation n'a essayé de rendre le système de santé public brésilien réellement universel – y compris le PT qui s'est contenté de politiques de ciblage. Au cœur de cette difficulté se trouve un secteur privé très puissant qui parasite le système public en accaparant les financements. Pourtant, le SUS permet à 75 % de la population d'accéder aux soins gratuitement. Telle est l'ambivalence de l'institution : d'un côté, elle permet au plus grand nombre d'accéder aux soins gratuitement et donc de pacifier la société et de l'autre, elle solvabilise le système de santé privé. L'accélération de la crise économique et politique rompt progressivement cet équilibre. Avec le désengagement du SUS au profit d'un secteur privé par définition incapable de soigner les personnes non solvables, il faut probablement s'attendre à moyen terme à des conséquences néfastes en termes sanitaires et sociaux.

Sources :

Andreazzi M.F.S. (2013), « Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares: Inconsistências à luz da reforma do Estado », *Revista Brasileira de Educação Médica*, vol. 37, n° 2, p. 275-284, <http://bit.ly/2k1DfQp>.

Barbosa R.S. (2018), *Política de Saúde, Questão Regional, Eficiência e Equidade do Gasto: Subsídios contra Ajustes Injustos no SUS*, Thèse de doctorat en développement économique, Université de Campinas, <http://bit.ly/2m0TRsa>.

Carelli R. (2019), « Brésil : la réforme du droit du travail de 2017 », *Chronique internationale de l'IRES*, n° 166, juillet, p.29-37, <http://bit.ly/2m2llqV>.

Escorel S. (2012), « História das políticas de saúde no Brasil de 1964 a 1990: Do golpe militar à reforma sanitária », in Giovanna L., Escorel S., Lobato L., Noronha J.C., Carvalho A.I. (eds.), *Políticas e Sistema de Saúde no Brasil*, 2^e édition, Rio de Janeiro, Fiocruz, p. 323-363.

FBH/CNS (2018), *Cenário dos Hospitais no Brasil 2018*, Relatório da Situação dos Hospitais Privados no Brasil, maio, http://fbh.com.br/wp-content/uploads/2018/07/Relatorio-FBH-CNS_web.pdf.

Fernandes F. (1975), *A Revolução Burguesa no Brasil: Ensaio de Interpretação Sociológica*, São Paulo, Globo.

Funcia F.R. (2019), « A receita federal cresce, mas o Orçamento da Saúde cai. O que fazer? Revogar a EC 95/2016 e aprovar a PEC 01-D/2015 com revisão do ajuste fiscal », *Domingueira*, n° 2, janeiro, <http://idisa.org.br/domingueira/domingueira-n-02-janeiro-2019?lang=pt>.

Guimarães C. (2017), « Novos planos de saúde no mercado: Acessíveis para quem? », *Fiocruz*, 17 de março, <http://bit.ly/2kku3a4>.

IBGE (2010), *Estatística da Saúde: Assistência Médico-Sanitária 2009*, <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv46754.pdf>.

IDEC (2017), « Assistência medíocre », *Revista do IDEC*, n° 212, maio-junho, <https://idec.org.br/em-acao/revista/o-t-da-questo/materia/assistencia-medioce>

León J.E.W.H., Malta M.M. (2017), « Um debate sobre a democracia brasileira: Tradição plutocrática e perspectivas de democratização no meio de uma crise de poder e de acumulação », *Texto Para Discussão*, n° 017, julho, UFRJ, <http://bit.ly/2kvj5yq>.

Marques R.M. (2015), « Brésil : la protection sociale publique sous les gouvernements Lula et Dilma : entre avancée et recul des droits sociaux », *Chronique Internationale de l'IRES*, n° 150, juin, p. 30-38, <http://bit.ly/2kv44g1>.

Marques R.M. (2019), « Brasil, direita volver! », *ODiário info*, 1 de janeiro, https://www.odiario.info/b2-img/Brasil_Direitavolver3.pdf.

Marques R.M., Piola S.F. (2014), « O financiamento da saúde depois de 25 anos de SUS », in Rizzotto M.L.F., Costa A. (eds.), *25 Anos de Direito Universal à Saúde*, Rio de Janeiro, Cebes.

Marques R.M., Ximenes S.B., Ugino C.K. (2017), « Brésil : les politiques en matière de santé et d'accès à l'enseignement supérieur sous les présidences Lula et Dilma », *Chronique internationale de l'IRES*, n° 159, septembre, p.73-83, <http://bit.ly/2Gk2xxt>.

Mendes Á., Funcia F.R. (2016), « O SUS e seu financiamento », in Marques R.M., Piola S.F., Roa A.C. (eds.), *Sistemas de Saúde no Brasil*:

BRÉSIL

Organização e Financiamento, Rio de Janeiro, ABrES/Brasília, Ministério da Saúde, OPAS/OMS no Brasil, p.139-168, http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sistema_saude_brasil_organizacao_financiamento.pdf

Menicucci T.M.G. (2007), *Público e Privado na Política de Assistência à Saúde no Brasil: Atores, Processos e Trajetória*, Rio de Janeiro, Fiocruz, <http://books.scielo.org/id/tr7y8/pdf/menicucci-9788575413562.pdf>.

Ocké-Reis C.O. (2012), *SUS, o Desafio de Ser Único*, Rio de Janeiro, Fiocruz.

Santos M.A.B., Servo L.M.S. (2016), « A provisão dos serviços e ações do SUS: participação de agentes públicos e privados e formas de produção/remuneração dos serviços », in Marques R.M., Piola S.F., Roa A.C. (eds.), *Sistema de Saúde no Brasil: Organização e financiamento*, Rio de Janeiro, ABrES/Brasília, Ministério da Saúde, OPAS/OMS no Brasil, p.205-245, http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sistema_saude_brasil_organizacao_financiamento.pdf.

Santos N.R. (2012), *SUS, Política Pública de Estado: Seu Desenvolvimento Instituído e Instituinte, o Direito Sanitário, a Governabilidade e a Busca de Saídas*, Cebes, Rio de Janeiro, <http://cebes.org.br/site/wp-content/uploads/2015/02/6SUS-POL%C3%8DTICA-P%C3%9ABLICA.pdf>.

Souza J. (2016), *A Radiografia do Golpe: Entenda Como e Por que você foi enganado*, São Paulo, LeYa.

Ulyssea G. (2005), « Informalidade no mercado de trabalho brasileiro: Uma resenha da literatura », *Texto Para Discussão*, n° 1070, Ipea, fevereiro, http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/TDs/td_1070.pdf.

Vieira F.S., Benevides R.P.S. (2016), « Os Impactos do Novo Regime Fiscal para o Financiamento do Sistema Único de Saúde e para a Efetivação do Direito à Saúde no Brasil », *Nota Técnica*, n° 28, Ipea, setembro, http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/nota_tecnica/160920_nt_28_disoc.pdf.