

Rapport évolutif

# L'impact de la mondialisation sur la santé au Québec

Rapport 1 — L'écheveau global/local en santé : problématique et perspectives



Laboratoire d'étude  
sur les politiques publiques  
et la mondialisation

Anne-Marie Robert, MA  
Anthropologue

Septembre 2005



Université du Québec  
École nationale  
d'administration  
publique

## INTRODUCTION

Rarement un sujet soulève-t-il les passions et les débats autant que celui de la santé. Si ce domaine constitue aujourd'hui un espace majeur d'intervention de l'État québécois, il demeure aussi un enjeu fort émotif pour les citoyens. Cela s'explique par la place centrale qu'occupe la santé au niveau des besoins de la population et par l'importance qu'elle revêt à l'échelle de la société. Dans un contexte de réforme et au moment où de nouvelles décisions juridiques suscitent la réflexion quant à la privatisation, la question prend une résonance nouvelle.

Quant au processus de mondialisation<sup>1</sup> de la santé, il a revêtu des aspects bien différents au fil de l'histoire, que l'on songe à la propagation des maladies lors des grandes explorations, à l'émergence de politiques internationales relatives à la santé ou à la reconnaissance, dans le cadre juridique international, du droit à la santé. Aujourd'hui, les canaux par lesquels il se manifeste sont encore davantage diversifiés. Cela implique qu'en fonction des stratégies élaborées par les gouvernements locaux, ses effets sur ces derniers pourront s'avérer fort différents.

Or, dans les débats sur la réforme du système de santé au Québec, les implications de nos choix locaux vis-à-vis des mécanismes internationaux n'apparaissent pas toujours clairement. Pour juger de l'ensemble de la problématique, il ne suffit pas de s'intéresser aux liens « descendants » du global au local, mais bien aussi de prendre en considération l'impact de nos décisions locales « ascendantes » vis-à-vis du système mondial et des instruments par lesquels ce dernier opère. À l'heure de statuer, il importe de considérer les possibles répercussions aux différents niveaux.

C'est pourquoi la première section de ce rapport examine à la fois les conditions globales d'expression de la mondialisation et les rouages locaux à l'œuvre, en décortiquant les dimensions de la santé affectées par la mondialisation et en rappelant quelques particularités du système de santé québécois. Par la suite, un exposé des perspectives relatives à trois axes d'expression de la mondialisation est présenté, hypothèses et enjeux à l'appui. Enfin, les bases de la réflexion sur les politiques publiques, comme outil de la souveraineté opérationnelle de l'État dans un tel contexte, sont posées. En conclusion, une synthèse des perspectives rappelle les pistes de recherche à suivre et les événements à surveiller dans ce dossier.

## 1 LES IMPACTS DE LA MONDIALISATION SUR LA SANTÉ : FACTEURS GLOBAUX, FACTEURS LOCAUX

La mondialisation opère par des mécanismes qui s'influencent réciproquement, tels la libéralisation des marchés, les politiques et les institutions favorisant l'intégration, l'émergence de nouvelles technologies, les normes internationales et la circulation accrue de biens, de services et de personnes. Tous ces éléments sont susceptibles d'influencer la santé, à travers différentes dimensions.

La mondialisation a des impacts sur l'état de santé<sup>2</sup> des populations, tant de manière négative (risques accrus de propagation de maladies par les transports et les échanges internationaux) que positives (nouvelles possibilités de cure et de prévention). Elle influence également l'accès des populations à la santé, ce qui soulève les enjeux relatifs au *droit* fondamental à la santé<sup>3</sup> et à sa dimension de *bien public*<sup>4</sup>. Par le rôle qu'elle joue au niveau de la commercialisation des biens et des services liés à la santé, la mondialisation fait ressortir la dimension de *bien marchand* de ces derniers. De plus, l'interdépendance accrue des sociétés et des populations encourage les États à coordonner leurs efforts afin de préserver l'état de santé de leurs populations, puisque l'état de santé des uns est susceptible de modifier l'état de santé des autres. Elle influence également les relations entre les organes responsables de la santé, ce qui soulève des questions sur les modes de gouvernance locale et mondiale les plus appropriés pour assurer ce *bien public global*.

Dans un tel contexte, comment les États peuvent-ils préserver leur capacité opérationnelle et s'adapter à la nouvelle donne mondiale, de manière à répondre adéquatement aux besoins de leur population ? Pour répondre à cette question, il est nécessaire d'explorer plus avant les enjeux que supposent la *commercialisation de la santé*, la *sécurité sanitaire* et la *gouvernance de la santé*.

Si ces trois axes désignent des domaines où la mondialisation revêt une figure très concrète, retenons que les particularités caractérisant l'action des États influencent tant la forme que la force de ses éventuelles manifestations sur le plan local. Aussi, il convient de rappeler quelques particularités propres au domaine de la santé au Québec. Pour ce faire, on doit notamment considérer : la répartition des *compétences* entre le gouvernement fédéral et le gouvernement provincial ; le type d'*entente* liant ces paliers de gouvernement ; les *valeurs* à la base du système de santé ; et les *tendances* caractérisant le renouvellement du système de santé québécois.

<sup>1</sup> Pour connaître la manière dont le LEPPM analyse la mondialisation, consultez le site <http://www.enap.ca/leppm> sous l'onglet « Notre objet d'étude ».

<sup>2</sup> Santé : « Un état de complet bien-être physique, mental et social [...] ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité. » *Préambule à la Constitution de l'Organisation mondiale de la Santé*, tel qu'adopté par la Conférence internationale sur la Santé, New York, 19-22 juin 1946; signé le 22 juillet 1946 par les représentants de 61 États. 1946; (Actes officiels de l'Organisation mondiale de la Santé, n°. 2, p. 100) et entré en vigueur le 7 avril 1948.

<sup>3</sup> La santé constitue un droit fondamental pour tout individu, tel que stipulé à l'Article 25 de la *Déclaration universelle des droits de l'homme*.

<sup>4</sup> Cette notion est expliquée un peu plus loin.

La santé est une compétence provinciale (Beaudoin, 2000 : 735), néanmoins il demeure possible pour le gouvernement fédéral d'y intervenir en misant sur son pouvoir de dépenser, sur sa compétence dans les affaires internationales (Duplé, 2004 : 260-261) ou sur sa capacité d'intervention pour protection de la santé publique (Beaudoin, 2000 : 737-738). En ce qui concerne l'exercice des compétences relatives à la santé entre le gouvernement fédéral et les provinces, l'*Entente sur la santé* de septembre 2004 (Santé Canada, 2004) reconnaît le fédéralisme asymétrique<sup>5</sup> comme outil de gouvernance des soins de santé au pays.

Dans le cadre du renouvellement du système de santé, le plan d'action décennal élaboré par les premiers ministres (SCIC, 2004 ; Santé Canada, 2004) réaffirme les valeurs fondamentales à la base de ce dernier, soit l'universalité, l'accessibilité, la transférabilité, l'intégralité et la gestion publique. Il spécifie aussi que l'accès aux services de santé doit être fondé sur le besoin et non sur la capacité de payer des citoyens. En affirmant cette vision, les gouvernements se positionnent dans un paradigme de protection de la santé en tant que bien public. La santé constitue en effet un bien « non-rival » (on en consomme sans en priver les autres) et « non-exclusif » (tous y ont accès), de même qu'un élément essentiel au fonctionnement de la société, un droit fondamental et un besoin primaire de la personne humaine. Elle ne peut être régulée uniquement par les forces du marché et diffère nettement du concept de santé en tant que « bien/service marchand » (Lille et Verschave, 2003 : 5-6). Ceci étant, le système de santé actuel n'en comporte pas moins certaines composantes impliquant le secteur privé (Hankivsky et Morrow, 2004 : 21).

Outre l'existence d'une certaine collaboration des secteurs public et privé en matière de santé, des tendances récentes semblent favoriser une privatisation accrue de ce secteur, selon un mode plus ou moins actif/passif (Giroux et Hallé, 2005). Le 9 juin 2005, le jugement de la Cour Suprême du Canada dans l'affaire Chaoulli<sup>6</sup> a établi le droit des Québécois à souscrire une assurance privée en matière de santé, en vertu de l'article 1 de la *Charte des droits et libertés de la personne du Québec*<sup>7</sup>, dans un contexte où les délais d'attente du système public mettent en péril l'accès à la santé. Cette décision annule certaines dispositions de la *Loi sur l'assurance maladie du Québec*<sup>8</sup> et de la *Loi sur l'assurance hospitalisation*<sup>9</sup> interdisant la souscription à une assurance privée. Cette décision engendre plusieurs craintes en ce qui concerne le maintien du système public québécois de santé. C'est là une notion des

soins de santé en tant que bien marchand qui est mise de l'avant et l'on s'interroge sur les éventuels impacts, devant les accords multilatéraux, d'une ouverture au marché privé dans ce domaine. Diverses expériences de privatisation des soins de santé ont cours dans certaines provinces, comme le soulignent plusieurs analystes : l'Alberta et la Colombie-Britannique se sont lancées dans la construction d'hôpitaux privés ; la Colombie-Britannique embauche, en sous-traitance, des travailleurs des services hospitaliers ; l'Ontario admet la prestation à but lucratif de services de soins à domicile (Hankivsky et Morrow, 2004 : 20). Il convient d'évaluer l'impact de telles pratiques sur la capacité des gouvernements à contrôler le système et à le protéger de concurrents internationaux, puisque les règles afférentes à certains accords multilatéraux tiennent compte de l'implication respective des secteurs publics et privés vis-à-vis de certains services. On verra, dans les sections suivantes, en quoi ces visions de la santé s'affrontent dans le cadre de la mondialisation.

## 2 PROSPECTIVES

Les facteurs de transformation locaux et globaux fonctionnent selon leur dynamique propre, mais ils sont susceptibles de s'amalgamer de manière plus ou moins harmonieuse et les effets de système en résultant doivent être pris en compte dans l'analyse. C'est ce que cette section se propose de faire, en présentant un bref aperçu des principaux axes de développement de la mondialisation et de leurs effets éventuels sur les États.

### 2.1 Mondialisation et commercialisation de la santé

Par le biais de la libéralisation des échanges et grâce aux possibilités offertes par les nouvelles technologies (qu'il s'agisse de technologies relatives à la santé ou aux télécommunications), la mondialisation ouvre la voie à une commercialisation accrue des biens et des services de santé. Quant au bien-fondé ou à la manière de réaliser cette dernière, diverses assumptions coexistent dans le domaine des politiques publiques. Si certains se félicitent des possibilités qu'offre l'échange accru de biens et de services de santé afin de faciliter l'accès à cette dernière, d'autres craignent plutôt que les règles du commerce ne renforcent les inégalités relatives à l'accès à la santé ou aux médicaments. Pour les gouvernements, il apparaît donc nécessaire de réfléchir sur le modèle de santé qu'ils souhaitent fixer : bien marchand, bien public ou encore bien hybride, à la fois public et marchand, justifiant un traitement à part ?

<sup>5</sup> Le fédéralisme asymétrique autorise les arrangements et ententes adaptés à la spécificité des entités constituantes. Dans le cas énoncé, le Québec adhère à l'entente, mais dispose d'une marge de manœuvre particulière.

<sup>6</sup> *Chaoulli c. Québec (Procureur général)*, 2005 CSC 35.

<sup>7</sup> *Charte des droits et libertés de la personne du Québec* (L.R.Q. C-12). Partie I : Les droits et libertés de la personne. Chapitre I : Libertés et droits fondamentaux. [Droit à la vie.] Tout être humain a droit à la vie, ainsi qu'à la sûreté, à l'intégrité, et à la liberté de sa personne. [Personnalité juridique.] Il possède également la personnalité juridique. 1975, c. 6, a. 1 ; 1982, c. 61, a. 1.

<sup>8</sup> *Loi sur l'assurance maladie*, L.R.Q., ch. A-29 : 15.

<sup>9</sup> *Loi sur l'assurance-hospitalisation*, L.R.Q., ch. A-28 : 11.1.

### a) Hypothèses

En matière de commercialisation de la santé, le postulat néolibéral suppose que la libéralisation des échanges de produits et de services de santé, de personnel (professionnels de la santé) et d'investissements permet d'élever l'accès général à la santé des populations, tant en raison de l'offre accrue de services que par effet de levier sur les économies nationales. L'aboutissement de cette réflexion mènerait donc à l'élaboration de politiques publiques nationales favorisant la libéralisation du commerce dans le secteur de la santé, ainsi que la privatisation. Dans ce cadre, la santé est considérée en tant que *bien/service marchand* et est touchée, au niveau mondial et régional, par plusieurs accords encadrant les règles du commerce.

Parallèlement, certains postulent plutôt que la santé doit être considérée comme un *bien/service public*. Les tenants de cette vision posent l'hypothèse que le marché, placé au-dessus de la santé, est susceptible de fragiliser cette dernière. Ils craignent que les lois du marché, laissées à elles-mêmes, ne favorisent les inégalités en matière d'accès à la santé. Ils appréhendent la possibilité que les mécanismes du commerce et une vision marchande de la santé ne nuisent à la capacité des gouvernements de mettre en œuvre des politiques publiques afin de protéger cette dernière. Au niveau mondial, divers groupes d'intérêts et plusieurs instruments normatifs cherchent donc à protéger la santé en tant que *bien/service public*. À mi-chemin entre ces deux tendances, demeure également la possibilité de reconnaître une nature duale, particulière, aux biens et services de santé.

Tout cela oblige à considérer l'incidence des accords<sup>10</sup> et des instruments internationaux favorisant la commercialisation des biens et des services de santé sur les capacités des gouvernements nationaux à élaborer et à mettre en œuvre des politiques publiques répondant à leurs valeurs et à leurs besoins en matière de santé.

### b) Enjeux

La principale instance internationale au sein de laquelle se négocie la commercialisation des biens et des services est l'Organisation mondiale du commerce (OMC). À l'OMC, il n'y a pas d'accord concernant la santé comme telle, en tant qu'objet de libéralisation, contrairement à ce qui peut se faire dans d'autres domaines (comme en témoigne l'accord sur l'agriculture, par exem-

ple). Cela ne signifie pas qu'il n'y ait aucun impact sur cette dernière : la capacité à fournir des soins de santé et les éléments en permettant l'accès dépendent d'une foule de facteurs, susceptibles d'être influencés par d'autres accords. Aussi la santé doit-elle être considérée comme un enjeu de fond, transversal, dans le cadre des négociations commerciales multilatérales. Les principaux accords de l'OMC qui concernent la santé (à divers degrés) sont : l'accord général sur les tarifs douaniers et le commerce de 1994 (GATT), l'accord sur les mesures sanitaires et phytosanitaires (accord MSP), l'accord sur les obstacles techniques au commerce (accord OTC) (accords se rapportant au commerce de marchandises), l'accord sur les aspects des droits de propriété intellectuelle qui touchent au commerce (accord sur les ADPIC) et l'accord général sur le commerce des services (AGCS). Certains de ces accords, qui visent avant tout à réguler le commerce, envisagent particulièrement les situations de risques sanitaires<sup>11</sup>. En matière de libéralisation des échanges à proprement parler, retenons pour l'instant pour examen le GATT, l'accord sur les ADPIC et l'AGCS, qui comportent des éléments de réponse aux enjeux de santé liés au commerce.

Dans le cadre du GATT, la santé fait l'objet d'une exception générale (article XXb). Le GATT atteste de la possibilité de subordonner le commerce à la santé pour protéger cette dernière, dans la mesure où cela ne constitue pas « un moyen de discrimination arbitraire ou injustifiable entre les pays où les mêmes conditions existent, [ou] une restriction déguisée au commerce international » (OMC (2), 1994 : art. XX ; OMS/OMC, 2002 :11).

L'accord sur les ADPIC (OMC (4)), lui, vise à protéger la propriété intellectuelle en vue de favoriser l'innovation et la recherche. Il a également un impact direct en matière d'accès aux médicaments. Aussi comprend-t-il certains principes permettant d'assurer la protection de la santé publique, à la condition que les mesures à cette fin soient compatibles avec les dispositions générales (article 8). Il permet également aux pouvoirs publics, ou à des tiers autorisés par ces derniers, d'utiliser l'objet d'un brevet sans l'autorisation préalable du détenteur du droit, afin de parer aux problèmes de santé publique (article 31) (OMS (2), 2001). D'autre part, la *Déclaration ministérielle sur l'accord des ADPIC et la santé publique*, bien que constituant un document non contraignant, affirme le droit des pays à sauvegarder la santé publique face au commerce, en autorisant les mesures de dérogation aux

<sup>10</sup> Il s'agit ici d'effectuer un bref survol de ces dispositifs afin d'en saisir les traits principaux et non d'entrer dans le détail des accords ; il pourrait faire l'objet d'une présentation plus poussée dans le cadre de futurs travaux.

<sup>11</sup> Ces accords sont exposés à la section 2.2.

brevets « dans le but de protéger la santé et de promouvoir l'accès aux médicaments pour tous » (OMC (6), 2001 : para. 4).

L'AGCS vise la libéralisation des services sous quatre modes : la fourniture de services transfrontaliers (ex : télé-médecine), la consommation de services à l'étranger (ex : déplacements de patients pour quérir des soins dans un autre pays), la présence commerciale (ex : établissements de services de santé dans un autre pays) et la circulation de personnes physiques (ex : migration de professionnels de la santé) (OMC (1)). L'AGCS permet aux États de préserver leur marge de manœuvre en matière de politiques de santé, car il leur est possible de décider de ne pas prendre d'engagements de libéralisation dans ce domaine. D'autre part, les services fournis par les pouvoirs publics, c'est-à-dire des services qui ne sont fournis ni sur une base commerciale, ni sur une base concurrentielle (article I :3), ne sont pas compris dans l'AGCS. Cette « exception publique » se justifie-t-elle lorsque des services publics et privés coexistent sur un même territoire ou doit-on interpréter une telle situation comme un état de « concurrence » ? On se trouve, en la matière, devant une zone grise. « Comme aucune de ces questions n'a encore entraîné de différend entre les Membres de l'OMC, il n'en existe pas d'interprétation définitive et [...] si les gouvernements Membres de l'OMC ont la faculté de demander des précisions dans le cadre des négociations en cours sur l'AGCS, ils n'en ont pas encore exprimé le besoin. Cela est peut-être lié au fait que, pour un pays qui n'a pas pris d'engagements en matière de services de santé, l'application ou non de l'exception des services publics n'aurait pas d'incidence sur l'accès aux marchés [...] » (OMS/OMC, 2002 : 131-132).

Ces accords contraignants comprennent donc des dispositions accordant aux gouvernements nationaux une marge de manœuvre qui leur permet d'assurer la santé de leurs populations. Doit-on pour autant en conclure que la santé, en tant que bien/service public, est vraiment protégée au cœur des négociations commerciales multilatérales ? Les avis à cet effet divergent et on se doit de constater l'extrême prudence dont font preuve les auteurs sur cette question (VanDuzer, 2004 : 28-29).

En matière de libre-échange et de commerce international, c'est le gouvernement fédéral qui négocie et qui représente les intérêts des provinces, qui peuvent diverger. Le Canada a répété à moult reprises qu'il n'avait pas inclus la santé dans les négociations multilatérales actuelles sur la commercialisation des services (MAECI, 2005), ce qui laisse penser que ces services demeurent protégés. Malgré tout, certains remarquent que le Canada a inscrit l'assurance-maladie sur la liste des éléments négociables dans le cadre de

l'AGCS (Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada, 2002 : 6). Aussi craignent-ils que cela ne diminue la protection accordée au système de santé, d'autant plus que les principes à la base des accords et ceux de l'assurance-maladie sont aux antipodes : l'un misant sur la capacité de payer des « consommateurs », l'autre sur les besoins des « patients » (Sanger, 2001 ; CCPA (1), 2001 ; CCPA (2), 2002 ; Groupe sur la mondialisation et la santé du Centre canadien de politiques alternatives, 2002 : 4).

Outre les éléments propres au contenu et à la forme des accords commerciaux multilatéraux, les développements sur le plan local sont également susceptibles de modifier la portée de ces derniers. Dans la foulée de l'affaire Chaoulli, certains ont critiqué la décision de la Cour Suprême du Canada d'ouvrir, par la privatisation de l'assurance-maladie, une fenêtre d'opportunité pour les multinationales étrangères. L'arrivée sur le marché d'un pourvoyeur privé de services commerciaux serait alors susceptible d'invalider l'exception sur les services publics. Plusieurs dénoncent l'impact d'une telle décision par rapport aux traités commerciaux internationaux (Grieshaber-Otto et Schacter, 2005).

Enfin, en plus des zones grises inhérentes au format des accords et aux données locales, d'autres négociations sont également susceptibles de fragiliser les protections prévues pour la santé publique. À titre d'exemple, si l'accord sur les ADPIC laisse une certaine marge de manœuvre afin de permettre les adaptations pour protection de la santé publique, certaines de ses dispositions peuvent retarder l'introduction de produits génériques, selon la manière dont la législation nationale est appliquée. Devant ces éléments d'incertitude, il n'est pas conseillé aux États de nouer des accords « ADPIC-plus », un terme non technique désignant les accords bilatéraux qui contiennent des normes juridiques allant au-delà de celles de l'ADPIC<sup>12</sup> (OMS (2), 2001 ; Morin, 2003).

Le principal accord régional influençant la commercialisation des biens et des services, pour le Québec, est l'Accord de libre-échange nord-américain (ALENA). Si les services de santé ne font pas directement l'objet de l'ALENA, ils peuvent être affectés par les dispositions relatives aux investissements<sup>13</sup> (chapitre 11), aux services transfrontaliers (chapitre 12), aux services financiers (chapitre 14), à l'entrée temporaire de gens d'affaires (chapitre 16) et à la propriété intellectuelle (chapitre 17), qui s'appliquent à l'ensemble des services (Gómez-Dantes, 1997 : 462). Bien que le Canada ait inscrit des réserves dans ce traité pour protéger les services sociaux et les systèmes de santé (ALENA, 1994 : Annexes I et II), leur portée est mal définie. De plus,

<sup>12</sup> Pour l'heure, ces accords concernent surtout des pays en développement, signataires d'ententes bilatérales nouées avec les États-Unis.

<sup>13</sup> À titre d'exemple, le chapitre 11, en permettant les investissements directs, pourrait mener à une situation où un investisseur étranger deviendrait entièrement propriétaire d'établissements de santé basés en sol canadien (Hankivsky et Morrow, 2004 : 25).

lorsqu'un gouvernement modifie ses politiques et mesures publiques en matière de santé, il doit considérer que seules les mesures déjà existantes au moment de l'entrée en vigueur de l'accord sont protégées par ce dernier. Plusieurs soulignent également le fait que le retour à la situation antérieure ne soit pas possible (Appleton, 2000 : 2 ; Hankivsky et Morrow, 2004 : 26). Aussi, plusieurs auteurs craignent-ils que de tels accords commerciaux n'entravent la capacité gouvernementale à élaborer et à appliquer de nouvelles politiques de santé, pourtant nécessaires à la réforme et à l'adaptation du système (Schwartz, 1996 ; Appleton, 2000 ; Hankivsky et Morrow, 2004 ; Griesbahe-Otto et Sinclair, 2004 ; Griesbahe-Otto et Schacter, 2005).

Quant à l'impact éventuel du commerce des produits et services de santé dans une éventuelle Zone de libre-échange des Amériques (ZLEA), il est encore trop tôt pour le soupeser, le texte n'en étant qu'au stade de l'élaboration et des négociations. On notera cependant que le Chapitre XVI sur les services de l'avant-projet d'accord (ZLEA, 2003), offre, pour l'instant, une définition de « service public » semblable à celle figurant dans l'exception publique du GATT. En ce sens, on peut émettre l'hypothèse que des interrogations similaires s'y poseraient, concernant l'application de l'« exception » et la préservation de la nature publique du système. Certaines organisations s'inquiètent également du fait que les États-Unis tenteraient d'imposer, dans le cadre de la ZLEA, des normes relatives à la propriété intellectuelle plus strictes que dans l'accord sur les ADPIC (MSF, 2003). Le processus de négociations relatives à la ZLEA étant présentement au ralenti, il sera nécessaire d'analyser le texte une fois sa rédaction parvenue à un stade plus avancé.

Les impacts potentiels de la commercialisation de la santé exigent donc d'être évalués avec prudence. Les accords sur la libéralisation du commerce constituent des instruments contraignants et, malgré les précautions qui y sont inscrites, les mécanismes d'application des accords, comme leurs modalités de règlement des différends, peuvent avoir pour effet de subordonner, dans les faits, la santé aux impératifs commerciaux. Le mandat premier des instances responsables du libre-échange étant de juger les causes de désaccord en fonction de leur impact commercial et non sanitaire, la santé y est avant tout traitée en tant que bien/service marchand.

## 2.2 Mondialisation et sécurité sanitaire

Sous le vocable de « sécurité sanitaire », on renvoie ici aux impacts de la mondialisation dérivés des effets conjugués de la libéralisation du commerce international, de la circulation accrue des marchandises et des personnes, ainsi que des nouvelles technologies à la source de produits dont

l'innocuité à long terme ne peut être assurée, tels les organismes génétiquement modifiés (OGM). En réponse à l'accroissement de risques d'envergure mondiale, les normes internationales doivent être adaptées afin d'augmenter la capacité globale à faire face aux épidémies de maladies infectieuses ou à l'émergence d'épidémies liées au mode de production et à la consommation des produits alimentaires.

### a) Hypothèses

La réponse à la mondialisation, en termes de sécurité sanitaire, évoque différentes visions de la gestion du risque. Les États choisiront des mesures d'intervention plutôt réactives ou préventives, en fonction de l'approche du problème et selon le coût de décisions perçu. Le plus souvent, les mesures réactives découlent de la manifestation de *maux publics globaux*, mettant l'accent sur la mondialisation des maladies, alors que les mesures préventives reposeront plutôt sur une perception de la santé en tant que *bien public global*.

En effet, on a déjà mentionné le caractère de « bien public » associé à la santé. Dans un contexte d'interdépendance où l'atteinte d'un objectif de sécurité sanitaire mondiale résulte de la contribution de chaque État, de l'inclusion d'une variété de déterminants de la santé et de la capacité des divers niveaux de gouvernements à coordonner leur action, la santé peut aussi être considérée comme un bien public global. La contribution de tous est nécessaire afin de l'atteindre et d'en bénéficier. De la même manière, les maux publics globaux constituent des éléments « non rivaux » et « non exclusifs »<sup>14</sup>. Certains auteurs postulent que la tendance générale, pour la plupart des politiques visant à protéger la santé, consisterait à attendre l'émergence de maux publics globaux et ensuite d'y répondre sur la base de l'urgence (exemple : le cas du SIDA). On pourrait dire ainsi qu'on favorise une approche réactive (basée sur les maux publics globaux) plutôt que proactive, basée sur les biens publics globaux (Kaul et Faust, 2001). Reste à voir si cela s'avère exact dans toutes les situations ou si les États ont su tirer des leçons des catastrophes sanitaires dues à certains aspects de la mondialisation.

Le concept de santé en tant que bien public global offre une contrepartie à une vision essentiellement marchande de la nature des biens et des services de santé. L'idée derrière le concept de « bien public global », c'est d'identifier les biens et les services qui comportent davantage de bénéfices, grâce à leurs effets transfrontaliers, lorsqu'ils sont fournis globalement plutôt qu'au niveau national (Lille et Verschave, 2003). Ainsi, le concept de « bien public

<sup>14</sup> Voir le texte de Kaul pour plus d'information sur les caractéristiques des maux publics globaux (Kaul et Faust, 2001).



global » joue un rôle important dans la réponse aux effets de la mondialisation et devrait être considéré lors de la formulation des politiques publiques dans le domaine de la santé.

De manière générale, la gestion du risque représente un outil privilégié des politiques actuelles en vue d'éviter l'internationalisation des maux publics globaux. Cette approche supposant que les maux en question aient d'abord émergé, on peut supposer que la décision et l'intervention sont plus aisées, du fait que la menace est circonscrite et a pris une forme tangible. Le coût de décisions relatif à l'action, au type d'action à prendre ou à l'inaction, est alors plus facile à établir. Si l'on souhaite développer une approche basée sur la santé en tant que bien public global et agir en matière de prévention, le *mode de gestion du risque* privilégié par les États doit comprendre des mécanismes permettant d'agir *en contexte d'incertitude*, avant que les effets nocifs ne soient manifestes. Là encore, lorsqu'aucune preuve de risque n'a pu être établie, applique-t-on à toutes fins utiles le principe de précaution, ou les mesures concrètes de gestion du risque ne commencent-elles qu'avec l'énoncé de la preuve scientifique ?

### b) Enjeux

La protection de la sécurité sanitaire suppose, notamment, des conditions de régulation des flux de biens et de personnes à l'échelle mondiale. Face à la nature à la fois marchande et publique de la santé, plusieurs accords et outils normatifs internationaux sont voués à cet enjeu. Là encore, on doit compter avec les accords de l'OMC, particulièrement avec l'accord sur les mesures sanitaires et phytosanitaires (accord MSP) et l'accord sur les obstacles techniques au commerce (accord OTC).

L'accord MSP vise à assurer la sécurité sanitaire des produits alimentaires ainsi qu'à prévenir la transmission de maladies par les animaux ou les végétaux (OMS/OMC, 2002:12). Affirmant dans son préambule « qu'aucun Membre ne devrait être empêché d'adopter ou d'appliquer des mesures nécessaires à la protection de la santé et de la vie des personnes et des animaux ou à la préservation des végétaux ». Il vise à élaborer les règles permettant d'appliquer les dispositions du GATT de 1994<sup>15</sup> (OMC (3), 1995 : art. 2). L'accord MSP encourage les États membres à baser leurs mesures sur des normes, directives ou recommandations internationales. Il autorise également un niveau de protection supérieur à ces normes, à la condition de fournir une justification scientifique (OMC (3), 1995 : art. 3). L'accord reconnaît

aux États le droit de déterminer le niveau de risque approprié et, en l'absence de preuves scientifiques, des mesures provisoires sont autorisées (OMC (3), 1995 : art. 5). Ainsi, l'accord alloue aux États un espace d'intervention pour des motifs de santé publique et de sécurité sanitaire, en veillant à en minimiser les impacts négatifs sur le commerce.

Dans la même veine, l'accord OTC reconnaît la légitimité de normes techniques restreignant le commerce pour des motifs relatifs à la santé<sup>16</sup>, dans la mesure où l'esprit de l'article XX du GATT est respecté et où l'on évite les obstacles non nécessaires au commerce. Afin d'attester des risques encourus, les gouvernements doivent tenir compte des données scientifiques et techniques *disponibles* et les mesures choisies doivent être établies sur des normes internationales.

En cette matière, deux instruments principaux sont liés à ces accords : le Codex alimentarius (Codex), qui veille aux normes de sécurité sanitaire des aliments et le Règlement sanitaire international (RSI), qui établit des normes afin d'éviter la propagation de maladies infectieuses. Le Codex est l'instrument du Programme FAO/OMS sur les normes alimentaires et vise à protéger la santé des consommateurs tout en recommandant de bonnes pratiques dans le commerce des denrées alimentaires (OMS (1), 2002 : 2). Le RSI, devenu désuet, fut révisé en mai 2005 par l'Assemblée mondiale de la santé afin de répondre au contexte sanitaire international actuel, notamment à l'apparition de nouvelles maladies et à la propagation accrue des risques en raison de la mondialisation. Des leçons tirées de crises sanitaires internationales, telle celle du SRAS, ont permis d'étoffer le document en instaurant des mesures, dont l'obligation, pour les États, de notifier à l'OMS toute urgence de santé publique d'importance internationale. Les dispositions du RSI sont juridiquement contraignantes, comme celles de l'accord MSP. Or, le RSI ayant été enrichi de nouvelles dispositions, il est fort possible qu'une application plus fréquente des normes en résulte, ce qui conduirait à un risque accru de conflit en vertu de l'accord MSP (OMS (1), 2002 : 2).

Si les normes internationales permettent de réglementer un *risque détecté*, il est plus malaisé de prendre position et de choisir des mesures d'intervention appropriées lorsque les risques s'avèrent incertains. Certains instruments, tels la *Charte de Bangkok pour la promotion de la santé* et le *Protocole de Carthagène sur la prévention des risques biologiques*, permettent de défendre la notion de santé comme bien public global face aux impératifs de la santé – bien marchand. La Charte de Bangkok vise la promotion de la santé

<sup>15</sup> Notamment celles mentionnées à l'article XX : « Sous réserve que ces mesures ne soient pas appliquées de façon à constituer soit un moyen de discrimination arbitraire ou injustifiable entre les pays où les mêmes conditions existent, soit une restriction déguisée au commerce international, rien dans le présent Accord ne sera interprété comme empêchant l'adoption ou l'application par toute partie contractante des mesures [...] b) nécessaires à la protection de la santé et de la vie des personnes et des animaux ou à la préservation des végétaux » (OMC (2), 1994).

<sup>16</sup> L'accord comprend les motifs tels « la protection de la santé ou de la sécurité des personnes, de la vie ou de la santé des animaux, la préservation des végétaux ou la protection de l'environnement » (OMC (5), 1995 : art. 2.2).

dans un monde où les déterminants de cette dernière sont influencés par la mondialisation. À ce titre, la stratégie de promotion développée est, en elle-même, globale. Le Protocole de Carthagène, lui, vise à contrer le commerce des OGM en raison des possibles menaces à la biosécurité. La preuve d'effets nocifs sur la santé humaine liés à la consommation d'OGM n'a pas encore été établie à ce jour. On en ignore également les effets à long terme (FAO, 2004 : 66). Dans ce dossier, la quasi-inexistence de documentation scientifique indépendante pose également un problème sérieux. Dans un tel contexte, et sachant que le Canada est le troisième plus grand producteur transgénique au monde ; quant au Québec – dont le canola transgénique occupe 80 % des superficies totale de cette culture (INSPQ, 2001 : 17) – il doit se demander quelle méthode de gestion du risque privilégier : quelles mesures concrètes sont envisageables (traçabilité, étiquetage) et sur quels principes seront fondées les actions de l'État. À cet égard, le principe de précaution propose une approche préventive du risque, en fonction du bien public global.

Le principe de précaution<sup>17</sup> permet aux décideurs d'agir sans attendre que toutes les preuves scientifiques soient disponibles. Le Codex inclut le principe de précaution dans l'élaboration de son régime d'analyse de risques et l'accord MSP l'intègre également, justifiant les limites provisoires au commerce en autant que les mesures choisies respectent les principes de l'accord : proportionnalité, non-discrimination, cohérence, effets les moins restrictifs pour le commerce (Belvèze, 2003 : 387).

Enfin, la sécurité sanitaire, mise en cause face à l'émergence de nouvelles technologies<sup>18</sup>, sert souvent de point de départ à des réflexions éthiques concernant les interventions et mesures à adopter. Les nouvelles technologies, dans le domaine de la santé, suscitent d'importants espoirs, en raison de leurs applications possibles pour la prévention et la cure. Cependant, ces mêmes technologies suscitent aussi des inquiétudes : respect des droits et libertés fondamentaux face à l'indépendance de la recherche, objectivité scientifique dans la recherche, consignation des informations génétiques des populations dans des bases de données et de l'utilisation de ces dernières par le système médical (à des fins de prévention) et judiciaire (à des fins d'identification), enjeux relatifs au clonage, etc. Dans cette situation, « les

États en particulier ont une responsabilité non seulement dans la réflexion bioéthique, mais aussi dans l'élaboration des législations éventuelles qui en découlent »<sup>19</sup>. Par là, on rejoint les questions liées à la gouvernance de la santé.

### 2.3 Mondialisation et gouvernance de la santé

Face à ces nouvelles données, les gouvernements, mais aussi les organisations non gouvernementales, la communauté scientifique et les citoyens ont exprimé leur besoin de principes directeurs relatifs à la bioéthique au niveau international.<sup>20</sup> Ainsi, la *Déclaration universelle sur le génome humain et les droits de l'homme*<sup>21</sup> (novembre 1997) constitue le premier instrument universel dans le domaine de la biologie et vise le respect des droits et des libertés fondamentales, tout comme la liberté de la recherche. C'est pourquoi cette Déclaration est assortie d'une résolution de mise en œuvre, engageant les États à prendre les mesures appropriées pour atteindre ces objectifs. La *Déclaration internationale sur les données génétiques humaines*<sup>22</sup> (octobre 2003) s'ajoute aux textes internationaux de référence dans le domaine de la bioéthique. La *Déclaration des Nations Unies sur le clonage des êtres humains* (mars 2005), déclaration non contraignante cependant, invite les États Membres à prendre des mesures pour « protéger comme il convient la vie humaine » et à interdire les formes de clonage humain « incompatibles avec la dignité humaine ».<sup>23</sup>

À ce jour, les instruments juridiques internationaux touchant la bioéthique se ramènent à de simples déclarations. Cependant, les comités d'éthique de l'Organisation des Nations Unies pour l'éducation, la science et la culture (UNESCO) et son Directeur général recommandent l'élaboration d'instruments plus contraignants et un projet de convention sur la bioéthique est envisagé. Le *Projet de déclaration relative à des normes universelles en matière de bioéthique* a été mis au point par le Comité international de bioéthique, le 28 janvier 2005, et l'UNESCO doit se prononcer en octobre 2005 sur l'adoption de cet instrument.

Si le projet d'une convention sur les normes universelles en matière de bioéthique se concrétise, il faudra en évaluer les impacts sur les États responsables de la législation et de l'élaboration de politiques publiques. Ces derniers

<sup>17</sup> « Il n'y a pas de définition internationalement reconnue et admise du principe de précaution. Ce concept est apparu dans le domaine de l'environnement où les preuves des relations de cause à effet sont souvent les plus difficiles à obtenir car échappant à la science expérimentale. [...] Ainsi lors de la troisième conférence internationale sur la protection de la Mer du Nord, la déclaration ministérielle précise : « Les gouvernements signataires doivent appliquer le principe de précaution, c'est-à-dire prendre des mesures pour éviter les impacts potentiellement dommageables des substances (toxiques) même lorsqu'il n'existe pas de preuve scientifique de l'existence d'un lien de causalité entre les émissions et les effets. » D'autres définitions de l'utilisation de la précaution dans le droit international peuvent être trouvées : dans le principe n° 15 de la Déclaration de Rio [...] dans le préambule de la Convention sur la diversité biologique [...] à l'article 3 de la Convention sur les changements climatiques [...] ou encore dans le Protocole de Montréal sur la Biosécurité qui dans son article 10 paragraphe 6 reconnaît le recours au principe de précaution » (Belvèze, 2003 : 389).

<sup>18</sup> Notons au passage que le terme de « nouvelles technologies » ne réfère pas exclusivement aux technologies médicales (exemple d'implication éthique : question du clonage), mais désigne également les technologies relatives aux domaines de l'information et de la communication (exemple d'implication éthique : responsabilité du médecin dans le cadre de la télémédecine). Encore une fois, il s'agit d'un domaine émergent où les règles ne sont pas clairement établies et où les États sont appelés à délimiter le cadre de leur intervention.

<sup>19</sup> [http://portal.unesco.org/shs/fr/ev.php-URL\\_ID=1883&URL\\_DO=DO\\_TOPIC&URL\\_SECTION=201.html](http://portal.unesco.org/shs/fr/ev.php-URL_ID=1883&URL_DO=DO_TOPIC&URL_SECTION=201.html)

<sup>20</sup> [http://portal.unesco.org/fr/ev.php-URL\\_ID=16644&URL\\_DO=DO\\_TOPIC&URL\\_SECTION=201.html](http://portal.unesco.org/fr/ev.php-URL_ID=16644&URL_DO=DO_TOPIC&URL_SECTION=201.html)

<sup>21</sup> Voir UNESCO (1), 1997.

<sup>22</sup> Voir UNESCO (2), 2003.

<sup>23</sup> Voir UNESCO (3), 2005.



devraient non seulement permettre de respecter l'esprit de l'instrument qui serait adopté, mais également de se donner les moyens de les mettre en œuvre. Ce dossier est partagé entre l'OMS et l'UNESCO. Il peut s'avérer stratégique pour le Québec d'être proactif sur ce dossier, que certains n'hésitent pas à qualifier de « nouvel espace diplomatique ».

Outre les nécessaires normes visant à établir des paramètres éthiques internationaux, la gouvernance mondiale de la santé suppose aussi la coordination de tous les organismes impliqués dans ce champ. Or, l'éclatement de ce dernier, la diversité de ses déterminants, le nombre d'acteurs impliqués rend difficile la mise au point d'une démarche internationale efficace. Cela s'avère d'autant plus que les organismes internationaux responsables de la santé se basent sur des conceptions différentes. D'un côté, des organismes tels l'UNESCO, le Programme des Nations Unies pour l'environnement (PNUE), l'Organisation des Nations Unies pour l'agriculture et l'alimentation (FAO), l'OMS et les organes de l'ONU en général tablent sur une vision de la santé comme bien public mondial ; de l'autre, des instances telles l'OMC, l'ALENA et l'Organisation de coopération et de développement économique (OCDE) misent en premier lieu sur sa nature de bien marchand et sur les liens rapprochant économie et santé.

Dans la mesure où il est fréquent que les gouvernements soient membres de plusieurs de ces instances, il n'apparaît pas toujours facile d'établir des politiques publiques locales cohérentes avec les objectifs nationaux et avec les engagements internationaux négociés au sein de différents forums. Ainsi, la gouvernance de la santé, face à la mondialisation, constitue un enjeu de fond qui sera exploré à travers les autres axes de recherche. C'est une question d'autant plus pertinente à éclaircir pour les États fédérés, qui n'ont pas toujours la possibilité de représenter leurs intérêts propres sur les forums internationaux. Cet aspect touche directement l'organisation de la santé au Québec et les ajustements nécessaires dans un cadre fédératif. Encore une fois, on constate à quel point le local et le global sont interdépendants.

### 3 LES POLITIQUES PUBLIQUES COMME MOYEN D'ACTION

Face à ces données, il importe de déterminer le moyen le mieux approprié d'offrir l'accès à la santé dans le monde actuel. Un tel choix suppose notamment une évaluation des valeurs constituant le « noyau dur », c'est-à-dire les éléments « non négociables » du système de santé pour la population. Cela pourrait être fait en analysant l'évolution historique des tendances reflétant la santé publique et en interrogeant une société civile sensibilisée aux liens entre choix locaux et impacts mondiaux. Pour être complète, une

telle analyse devrait cependant être effectuée en lien avec les autres politiques publiques qui permettent d'assurer de tels services, et celles qui permettent d'agir sur les rouages de la mondialisation.

Devant les enjeux actuels, il convient aussi de choisir quelle vision de la santé sera défendue dans les forums internationaux et par là même, quelles approches et quels instruments s'avéreront les plus efficaces. Adopte-t-on une vision de la santé « bien marchand » ou « bien public » ? Quels outils le gouvernement doit-il se donner pour préserver sa marge de manoeuvre et maintenir cette vision ? Un modèle intermédiaire doit-il être proposé, comme dans le cadre de la diversité culturelle, afin de protéger une vocation « double » de la santé, à la fois bien marchand et bien public ? Face aux nouvelles menaces, convient-il d'élaborer des politiques réactives en présence de maux publics globaux ? L'adoption de principes préventifs de gestion du risque permettraient-ils de favoriser la préservation de la santé comme bien public global ? Quels changements cela suppose-t-il au niveau des instances internationales et des diverses composantes d'un cadre fédéré ? Comment les pratiques actuelles des États fédérés peuvent-elles être comparées afin de tester l'efficacité de différentes approches et comment le Québec peut-il devenir un cas de figure en la matière ? Dans notre analyse, il importe aussi de tenir compte du fait que dans un cadre fédératif, les décisions d'une entité constituante sont susceptibles d'affecter toutes les autres. Quels outils permettraient de gérer les éventuels différends et d'accorder à chacune un espace suffisant pour adapter ses choix à son contexte et à ses valeurs propres ? Telles sont les questions auxquelles notre recherche tentera de répondre, par l'étude de la situation dans plusieurs pays et états fédérés. Les « guides » de la recherche peuvent être rassemblés autour de trois grandes questions :

- 1 Dans le contexte de la libéralisation des biens et services liés à la santé, comment les politiques publiques peuvent-elles assurer un accès optimal à la santé pour toute la population ?
- 2 Dans un contexte d'internationalisation accrue des risques pour la santé, comment les politiques publiques permettent-elles d'assurer le niveau de protection sanitaire le plus élevé pour la population, tout en tenant compte des intérêts socio-économiques de cette dernière en situation d'incertitude ?<sup>24</sup>

<sup>24</sup> Question dérivée de la réflexion de Belvèze, 2003 : 388.

- 3 Dans un contexte de mondialisation et en tenant compte des canaux par lesquels elle se concrétise, comment les politiques publiques peuvent-elles assurer une gouvernance efficace de la santé en tenant compte des caractéristiques particulières aux États fédérés et des liens unissant local et global ?

Ces questions font surtout ressortir la nécessité de développer un cadre d'analyse, afin d'encourager la prise de décision et l'élaboration de politiques publiques qui tiennent explicitement compte des implications relatives à la mondialisation de la santé. Il s'agit là d'une mesure déjà soulignée par l'OMS (OMS (1), 2002) et divers groupes de recherche (Gottlieb et Pearson, 1999), mais qui gagne à être réitéré dans le contexte actuel. L'élaboration d'un modèle d'analyse permettant de tenir compte des impacts liant mondialisation et santé pourrait s'avérer un outil précieux, tant pour les décideurs que pour les juristes et chercheurs devant étudier les implications de divers scénarii de réforme.

Enfin, une réflexion sur la cohérence des politiques publiques de santé avec celles d'autres secteurs s'impose, de même que la recherche de politiques permettant au Québec d'optimiser ses capacités d'interaction avec l'international et ainsi, de développer des ententes adaptées aux particularités de son modèle de santé.

### PERSPECTIVES D'AVENIR

Les conséquences globales de la mondialisation ont déjà et auront inévitablement des répercussions variées au niveau du Québec. Un impact économique important doit être appréhendé en ce qui concerne la dimension « marchande » des biens et services de santé, par la libéralisation des marchés et l'intégration régionale. Au niveau social, le droit et l'accès à la santé devront être préservés. L'impact sanitaire est manifeste, la capacité du système étant remise en jeu face aux possibilités accrues de contagion à l'échelle mondiale, comme on l'a vu dans le cas du SRAS et comme le fait craindre la menace d'une pandémie de grippe aviaire. En matière administrative, on constate la nécessité d'analyser l'arrimage entre les organes municipal, provincial, national et supranational responsables de la santé. Enfin, l'impact politique de la mondialisation de la santé est également important, étant donné la priorité accordée à ce thème par le gouvernement québécois. Face aux manifestations de la mondialisation, les politiques publiques relatives à

la santé devront arriver à régler les nouveaux éléments de la problématique, tout en ajustant les éléments que l'on souhaite préserver.

L'analyse des modèles, des politiques publiques québécoises et des options possibles devra être complétée, au fil de la recherche, en tenant compte des développements locaux. Le gouvernement du Québec a obtenu un sursis d'un an afin de réagir au jugement de la Cour suprême dans l'affaire Chaouli. La position à adopter, dans cette affaire, peut être déterminante : aucun précédent ne permettant de juger définitivement de la portée réelle des accords et instruments internationaux en cours d'élaboration, la prudence est de mise.

Il convient donc de suivre, en parallèle, l'évolution des mécanismes et instruments internationaux, notamment celle de l'Accord MSP et de ses interactions avec le Codex et le RSI : la portée des conflits entre ces instruments permettra d'en documenter plus précisément les effets. Au niveau de la libéralisation des services, il importe de surveiller la progression des négociations, notamment dans le cadre de la sixième Conférence ministérielle de l'OMC à Hong Kong, du 13 au 18 décembre 2005. De la même manière, l'étude des développements dans le cadre de l'ALENA et de la ZLEA, le suivi des applications d'outils non contraignants, telles les chartes et autres déclarations, ainsi que le projet de convention sur la bioéthique à l'UNESCO, dont l'adoption sera proposée en octobre 2005, sont de mise. Au fil de cette évolution, il sera plus aisé de décoder les tendances susceptibles de valider les hypothèses exposées dans le présent rapport. Ainsi, il sera possible de dégager des voies d'avenir pour l'élaboration de politiques de santé à la fois cohérentes avec l'action générale de l'État québécois et adaptées au contexte mondial d'aujourd'hui.

## **ACRONYMES**

ADPIC	(Accord sur les) Accord sur les aspects des droits de propriété intellectuelle qui touchent au commerce
AGCS	Accord général sur le commerce des services
ALENA	Accord de libre-échange nord-américain
Codex	Codex Alimentarius
FAO	Organisation des Nations Unies pour l'alimentation et l'agriculture
GATT	Accord général sur les tarifs douaniers et le commerce
MSP (Accord)	Accord sur les mesures sanitaires et phytosanitaires
OCDE	Organisation de coopération et de développement économique
OMC	Organisation mondiale du commerce
OMS	Organisation mondiale de la santé
ONU	Organisation des Nations Unies
OTC (Accord)	Accord sur les obstacles techniques au commerce
PNUE	Programme des Nations Unies pour l'environnement
RSI	Règlement sanitaire international
UNESCO	Organisation des Nations Unies pour l'éducation, la science et la culture
ZLEA	Zone de libre-échange des Amériques

## BIBLIOGRAPHIE

- ALENA. *Accord de libre-échange nord-américain (ALENA)*. Secrétariat de l'ALENA, 1994, [http://www.nafta-sec-alena.org/DefaultSite/index\\_f.aspx?DetailID=305](http://www.nafta-sec-alena.org/DefaultSite/index_f.aspx?DetailID=305)
- Appleton, Barry. *NAFTA Investment Chapter Implications of Alberta Bill-11*. Toronto : Appleton et Associates International Lawyers, April 10, 2000, 13 p.
- Beaudoin, Gérald-A. *Le fédéralisme au Canada*. Ottawa : Faculté de droit – secteur de droit civil, Université d'Ottawa, 2000, 1076 p.
- Belvèze, H. *Le principe de précaution et ses implications juridiques dans le domaine de la sécurité sanitaire des aliments*. Office international des Épidémiologies, 2003, 22 (2), p. 387-396.
- Canadian Centre for Policy Alternatives (1). *Le gouvernement a exposé les soins de santé à une contestation commerciale en vertu de l'OMC, de conclure une étude*. Ottawa : News Release, CCPA National Office, 19 Février 2001, 2 p.
- Canadian Centre for Policy Alternatives (2). *Le système de santé du Canada n'est pas entièrement à l'abri de l'ALENA et de l'OMC, mais il pourrait l'être*. Ottawa : News Release, CCPA National Office, 21 Octobre 2002, 2 p.
- Commission sur l'Avenir des Soins de Santé au Canada. *La mondialisation et le système de soins de santé au Canada*. Vancouver : Dialogue sur les politiques No. 11, Université de la Colombie-Britannique (UBC), 19 Septembre 2002, 18 p.
- Duplé, Nicole. *Droit constitutionnel : principes fondamentaux*. Montréal : Wilson et Lafleur, 2004, 608 p.
- Giroux, Dalie et Hallé, Anne-Marie. « La croissance technologique et la privatisation passive des systèmes publics de santé : le cas du Québec », *Revue Gouvernance*, Vol.2, No. 1, Juillet 2005, 9 p.
- Gomez-Dantes, Octavio, Frenk, Julio et Cruz, Carlos. *Commerce in health services in North American within the context of the North American Free Trade Agreement*. Revista Panamericana de Salud Publica, 1 (6), 1997, p. 460-465.
- Hankivsky, Olena et Morrow, Marina avec la collaboration de Armstrong, Pat, Galvin, Lindsey et Grinvalds, Holly. *Accords commerciaux, soins à domicile et santé des femmes*, Condition féminine Canada, mars 2004, 188 p.
- Gottlieb et Pearson. *International trade standards and the regulatory powers of governments at the end of the 20<sup>th</sup> century – with special emphasis on public health standards and the Canadian public health system*. Canadian Health Coalition, October 1999, 13 p. [www.healthcoalition.ca/gottlieb.html](http://www.healthcoalition.ca/gottlieb.html)
- Griehaber-Otto, Jim et Sinclair, Scott. *Bad medicine: trade treaties, privatization and health care reform in Canada*. Canadian Centre for Policy Alternatives, 2004, p.
- Griehaber-Otto, Jim et et Schacter, Noel. *Trojan horse. Trade treaties, private health insurance, and the Supreme Court decision*. Notes for presentation at a public meeting sponsored by the Saskatchewan Office of the Canadian Centre for Policy Alternatives, Catedral Neighbourhood Centre, Regina, Saskatchewan, June 28, 2005, 12 p, disponible sur [http://www.policyalternatives.ca/documents/Saskatchewan\\_Pubs/2005/trojan\\_horse.pdf](http://www.policyalternatives.ca/documents/Saskatchewan_Pubs/2005/trojan_horse.pdf)
- Groupe sur la Mondialisation et la Santé du Centre Canadien de Politiques Alternatives. *Faire passer la santé en premier, La réforme des soins de santé, les accords commerciaux et la politique étrangère au Canada*. Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada, Rapport sommaire mondialisation et la santé, Octobre 2002, 75p.
- Institut National de Santé Publique du Québec (INSPQ). *Aliments génétiquement modifiés et santé publique*. Québec : Document synthèse, Octobre 2001, 37 p.
- Kaul, Inge et Faust, Michel. « Global public goods and health: taking the agenda forward », *Bulletin of the World Health Organization*, 79 (9), Genève, 2001, p. 869-873.
- Lille, François et Verschave, François-Xavier. *Comment changer le monde : à la recherche des biens publics mondiaux*. Paris : La Découverte, 2003, 123 p.
- Médecins Sans Frontières. *On ne négocie pas la santé : La propriété intellectuelle et l'accès aux médicaments dans l'Accord de libre-échange des Amériques*. Campagne pour l'accès aux médicaments essentiels, août 2003, 11 p.
- Ministère des Affaires Étrangères et du Commerce International (MAECI). *Le Canada publie son offre révisée dans le cadre des négociations de l'OMC sur les services*. Ottawa : Communiqué, le 18 mai 2005 (12 h HAE), No. 89, disponible sur [http://w01.international.gc.ca/minpub/Publication.asp?Language=Fetpublication\\_id=382575etdocnumber=89](http://w01.international.gc.ca/minpub/Publication.asp?Language=Fetpublication_id=382575etdocnumber=89)

Morin, Jean-Frédéric. « Le droit international des brevets: entre le multilatéralisme et la bilatéralisme américain », Centre international Unisfera, *Études internationales*, vol. 34, no. 3, décembre 2003, p. 537-562.

Organisation Mondiale du Commerce (OMC) (1). *Accord général sur le commerce des services* (AGCS), [http://www.wto.org/french/docs\\_f/legal\\_f/26-gats.doc](http://www.wto.org/french/docs_f/legal_f/26-gats.doc)

Organisation Mondiale du Commerce (OMC) (2). *Accord général sur les tarifs douaniers et le commerce de 1994* (GATT de 1994), [http://www.wto.org/french/docs\\_f/legal\\_f/06-gatt.doc](http://www.wto.org/french/docs_f/legal_f/06-gatt.doc) [à considérer conjointement avec le GATT de 1947, [http://www.wto.org/french/docs\\_f/legal\\_f/gatt47.doc](http://www.wto.org/french/docs_f/legal_f/gatt47.doc)]

Organisation Mondiale du Commerce (OMC) (3). *Accord sur l'application des mesures sanitaires et phytosanitaires* (Accord MSP), 1995, [http://www.wto.org/french/docs\\_f/legal\\_f/15-sps.doc](http://www.wto.org/french/docs_f/legal_f/15-sps.doc)

Organisation Mondiale du Commerce (OMC) (4). *Accord sur les aspects des droits de propriété intellectuelle qui touchent au commerce* (Accord sur les ADPIC), [http://www.wto.org/french/docs\\_f/legal\\_f/27-trips.doc](http://www.wto.org/french/docs_f/legal_f/27-trips.doc)

Organisation Mondiale du Commerce (OMC) (5). *Accord sur les obstacles techniques au commerce* (Accord OTC), 1995, [http://www.wto.org/french/docs\\_f/legal\\_f/17-tbt.doc](http://www.wto.org/french/docs_f/legal_f/17-tbt.doc)

Organisation Mondiale du Commerce (OMC) (6). *Déclaration sur l'accord sur les ADPIC et la santé publique*, Adoptée le 14 novembre 2001, Conférence ministérielle de l'OMC, Doha, 2001, [http://www.wto.org/french/the WTO\\_f/minist\\_f/min01\\_f/mindedl\\_trips\\_f.htm](http://www.wto.org/french/the WTO_f/minist_f/min01_f/mindedl_trips_f.htm)

Organisation Mondiale de la Santé (OMS) (1). *À crises mondiales, solutions mondiales. Gérer les urgences sanitaires de portée internationale au moyen de la version révisée du Règlement sanitaire international*. Projet de révision du Règlement sanitaire international – OMS, Genève, Suisse, 2002, 19 p.

Organisation Mondiale de la Santé (OMS) et Organisation Mondiale du Commerce (OMC). *Les accords de l'OMC et la santé publique : étude conjointe de l'OMS et du Secrétariat de l'OMC*. Genève, 2002, 94 p.

O Organisation Mondiale de la Santé (OMS) (2). *Mondialisation, ADPIC et accès aux produits pharmaceutiques. Perspectives politiques de l'OMS sur les médicaments*, No. 3, mars 2001, OMS, Genève, 6 p.

Organisation des Nations Unies pour l'Alimentation et l'Agriculture (FAO). *La situation mondiale de l'alimentation et de l'agriculture*, Rome, 2004, 88 p.

Organisation des Nations Unies pour l'Éducation, la Science et la Culture (UNESCO) (1). *Déclaration universelle sur le génome humain et les droits de l'homme*, 11 novembre 1997, [http://portal.unesco.org/fr/ev.php-URL\\_ID=13177etURL\\_DO=DO\\_TOPICetURL\\_SECTION=201.html](http://portal.unesco.org/fr/ev.php-URL_ID=13177etURL_DO=DO_TOPICetURL_SECTION=201.html)

Organisation des Nations Unies pour l'Éducation, la Science et la Culture (UNESCO) (2). *Déclaration internationale sur les données génétiques humaines*, le 16 octobre 2003, [http://portal.unesco.org/shs/fr/file\\_download.php/635a56963f23977537ca67067fc6d759Declaration\\_Fr.pdf](http://portal.unesco.org/shs/fr/file_download.php/635a56963f23977537ca67067fc6d759Declaration_Fr.pdf)

Organisation des Nations Unies pour l'Éducation, la Science et la Culture (UNESCO) (3) *Déclaration des Nations Unies sur le clonage des êtres humains*, mars 2005, <http://www.un.org>

Sanger, Matt *Reckless Abandon: Canada, the GATS and the Future of Health Care - Executive Summary*. Ottawa : Canadian Centre for Policy Alternatives, 2001, 13 pages.

Santé Canada. *Fédéralisme asymétrique qui respecte les compétences du Québec*. Ottawa : Communiqué, 15 septembre 2004, [http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/medi-assur/ftcollab/2004-fmm-rpm/bg-fi\\_quebec\\_f.html](http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/medi-assur/ftcollab/2004-fmm-rpm/bg-fi_quebec_f.html)

Schwartz, Bryan P. *NAFTA reservations in the areas of health care*. March 4, 1996, 20 p.

Secrétariat des Conférences Intergouvernementales Canadiennes. *Un plan décennal pour consolider les soins de santé*. 15 septembre 2004, 11 p.

Vanduzer, Anthony J. *La santé, l'éducation et les services sociaux au Canada: l'incidence de l'AGCS*. Université d'Ottawa, Décembre 2004, 29 p.

Zone de libre-échange des Amériques (ZLEA), *Troisième Avant-Projet d'Accord de la ZLEA*, 21 novembre, 2003, [http://www.ftaa-alca.org/FTAADraft03/Index\\_f.asp](http://www.ftaa-alca.org/FTAADraft03/Index_f.asp)



Le Laboratoire d'étude sur les politiques publiques et la mondialisation a été créé en 2004 par une entente de partenariat entre le Ministère des Relations internationales et l'ENAP. Le Laboratoire est un lieu de veille et d'analyse consacré à l'étude des effets de la mondialisation sur le rôle de l'État, et sur les politiques publiques au Québec, et ce sur les enjeux d'ordre culturel, économique, environnemental, de santé, d'éducation et de sécurité. Il est apparu essentiel de répondre à cette préoccupation des impacts de la mondialisation sur la vie des institutions, des entreprises et de la société québécoise.

Direction scientifique : Nelson Michaud, Ph. D.

Directeur associé : Paul-André Comeau

Pour plus d'information ou si vous avez des renseignements à nous transmettre, vous pouvez contacter :

Véronique Dumesnil, adjointe du Laboratoire

Téléphone : (418) 641-3000 poste 6467

[veronique.dumesnil@enap.ca](mailto:veronique.dumesnil@enap.ca) ou [leppm@enap.ca](mailto:leppm@enap.ca)

Les publications du Laboratoire peuvent être consultées sur le site internet :

[www.enap.ca/enap-fra/leppm](http://www.enap.ca/enap-fra/leppm)

