

Faculté des sciences économiques,
sociales, politiques et de communication

Bolsa Familia : un programme social qui
contribue à l'amélioration de la santé de la
mère et de l'enfant dans un Brésil
émergent sous la présidence de Lula

Mémoire de : Guy Kiusa Makelele

Promoteur : Prof Amine Ait-Chaalal

Lecteur :

Année académique 2022-2023

Master de spécialisation en Action Humanitaire
Internationale

DECLARATION DE DEONTOLOGIE

« Je déclare sur l'honneur que ce mémoire a été écrit de ma plume, sans avoir sollicité d'aide extérieure illicite, qu'il n'est pas la reprise d'un travail présenté dans une autre institution pour évaluation, et qu'il n'a jamais été publié, en tout ou en partie. Toutes les informations (idées, phrases, graphes, cartes, tableaux, ...) empruntées ou faisant référence à des sources primaires ou secondaires sont référencées adéquatement selon la méthode universitaire en vigueur. Je déclare avoir pris connaissance et adhérer au Code de déontologie pour les étudiants en matière d'emprunts, de citations et d'exploitation de sources diverses et savoir que le plagiat constitue une faute grave. »

Guy Kiusa Makelele

REMERCIEMENTS ET DEDICACE

A ma chère épouse et mère de mes enfants Irène Mbambu,

A mes chers enfants Angélique Makelele, Nestor Makelele, Guy Junior Makelele et Barachiel
Makelele

A ma nièce Angy Makelele,

Je vous remercie pour mes longs moments d'absence et votre soutien moral qui m'ont permis d'avancer et de terminer ce travail au prix du sacrifice consenti.

A mes parents : mon cher défunt papa Nestor Makelele et ma chère maman Angélique Tsongo, vous qui m'avez donné la vie et appris à travailler avec détermination, je vous remercie pour tout ce que vous avez fait pour moi

A mon promoteur, le professeur Amine Ait-Chaalal, veuillez trouver en ces quelques mots l'expression de ma profonde gratitude pour vos orientations et conseils ainsi que tout l'encadrement dont j'ai bénéficié de votre part pour la réalisation de ce travail. Malgré vos multiples occupations et vos soucis de santé, vous êtes resté disponible, merci.

A ma grande sœur Caroline Masika, son mari Dr Alois, mes nièces Deborah et Lise, merci pour le soutien et l'accueil apportés pendant mon séjour à la maison à Ruisbroek, Sint Pieters leeuw.

Je dédie ce travail à tous les peuples défavorisés dont les dirigeants peuvent s'inspirer de l'expérience brésilienne en matière de politique sociale afin de lutter contre l'extrême pauvreté et les multiples inégalités dans les communautés.

SIGLES ET ABREVIATIONS (ACRONYMES)

OCDE : Organisation de coopération et de développement économiques

CCT: Conditional cash transfer

BFP: Bolsa Familia Program

OMD : Objectifs millénaires pour le développement

ODD : Objectifs du développement durable

PIB : Produit Intérieur Brut

OMS : Organisation Mondiale de la santé

UNICEF : Fonds des nations unies pour l'enfance

UNFPA : Fonds des nations unies pour la population

BM : Banque Mondiale

ASPC : Agence de la santé publique du Canada

CNPI : Comité national sur les pratiques d'immunisation

OPS : Organisation panaméricaine de la santé

PT : Parti des Travailleurs

SUS : Système Unique de Santé « Sistema Único de Saúde »

DCSi : dépense courante de santé au sens international

PPA : Parité de pouvoir d'achat

SSP : Soins de santé Primaires

ONG : Organisation Non Gouvernementale

FMI : Fonds Monétaire International

MERCOSUR : Marché Commun du Cône sud ou marché commun de l'Amérique du Sud créée en 1991 (composé de l'Argentine, du Brésil, du Paraguay et de l'Uruguay) et structuré en 1995 en une zone de libre-échange institutionnalisée. (Mercosur en Espagnol et Mercosul en portugais)

FIAM : Facilité Internationale pour l'Achat de médicaments

RESUME

Le Brésil, vaste pays émergent de l'Amérique latine est connu pour ses inégalités sociales et l'extrême pauvreté qui caractérisent certaines de ses municipalités et états fédérés, malgré sa grande croissance économique et sa forte industrialisation.

Pour mettre fin à cette répartition inéquitable de revenus et combattre l'extrême pauvreté, la stratégie des programmes sociaux, sera mise sur pied dans le territoire brésilien et cela permettra de lutter au même moment contre la faim et la malnutrition grâce au projet « *Fome Zero* », auquel s'ajoutera la '*Bolsa Familia*', fortement soutenue par le leader charismatique et très engagé dans la vague de changements sociaux. Cette personne, considérée comme un vrai héros n'est autre que le président Lula qui aura à diriger le pays de 2003 à 2010 en réorientant la politique nationale par une série de réformes sociales visant à booster une certaine équité communautaire, avant de revenir pour un troisième mandat présidentiel en janvier 2023.

En mettant en œuvre la Bolsa Familia, un programme social, qui s'appuie sur le transfert de revenus, les conditionnalités et les programmes complémentaires, l'objectif visé est aussi d'améliorer la qualité de la vie de la population tout en agissant sur le capital humain par le truchement de l'éducation. Ainsi, la citoyenneté de la population est fortement éveillée, les gens deviennent plus consciencieux sur certaines obligations qui sont les leurs. La santé des mères, des femmes enceintes, allaitantes et des enfants sont au centre des préoccupations communautaires et gouvernementales. Et plus la population est éduquée et en bonne santé, mieux elle travaille et cela entraîne un accroissement de la production avec des retombées financières élevées qui s'en suivent.

Afin de matérialiser ce qui est repris ci-dessus, ce travail est structuré en quatre chapitres, suivis d'une conclusion. Son contenu permet de constater que certains indicateurs de la santé maternelle et infantile ont été améliorés pendant la mise en œuvre de la Bolsa Familia. Cependant à ce stade il ne sera pas possible d'affirmer si l'approche Bolsa Familia mise sur pied, serait le seul facteur qui expliquerait cette amélioration positive des indicateurs de santé. Probablement que d'autres éléments contributifs pourraient aussi être mis à profit ; d'où la nécessité d'une autre étude plus approfondie pour infirmer ou confirmer ce qui précède.

Ainsi donc, cette riche expérience brésilienne, pleine de succès a traversé les limites frontalières et a été aussi mise en œuvre dans d'autres pays tels qu'au Mexique, en Argentine,

au Venezuela, etc., voire au-delà du continent américain, à savoir en Afrique du Sud, pour ne citer que ces quelques exemples parmi tant d'autres.

Mots clés : Bolsa Familia, santé maternelle et infantile, couverture vaccinale, mortalité maternelle, mortalité infantile, inégalité sociale, extrême pauvreté, pays émergent, vaccination, extrême pauvreté

Table des matières

SIGLES ET ABREVIATIONS (ACRONYMES)	4
RESUME	5
INTRODUCTION	9
CHOIX ET IMPORTANCE DU SUJET	9
CHAPITRE I : Situation géographique, sociopolitique et économique	11
1.1. GENERALITES	11
1.1.1. Situation géographique.....	11
1.1.2. Situation sociopolitique	12
1.1.3. Situation économique	12
1.2. Quelques concepts clés.....	15
1.3. Brésil : un pays émergent sous la magistrature suprême de Lula.....	18
1.3.1. Parcours atypique d'un leader persévérant et emblématique	19
1.3.2. Quelques actions menées par Luis Ignacio da Silva Lula	21
1.3.3. Quelques aspects de la politique extérieure de Lula.....	23
CHAPITRE II : POLITIQUE SANITAIRE DU BRÉSIL	25
2.1. Historique de la politique sanitaire brésilienne	25
2.2. Un système de santé universel dans un univers néolibéral : Opérationnalisation du SUS	25
2.3. La santé : un droit au Brésil.....	27
2.4. Couverture santé universelle et organisation du système des soins au Brésil	29
2.5. Prise en charge des questions sanitaires sous la présidence de LULA.....	33
2.6. Le Brésil confronté à la pandémie du coronavirus (Covid-19)	34
2.6.1. Bref aperçu sur la maladie à coronavirus	34
2.6.2. Gestion de la Covid-19 sous le lead de Jair Bolsonaro	35
2.7. Quelques indicateurs de la santé maternelle et infantile.....	36
CHAPITRE III : PROGRAMME BOLSA FAMILIA	37
3.1. Partie introductive.....	37
3.2. Contexte du concept Bolsa Familia.....	38
3.3. Objectifs visés par la BOLSA FAMILIA.....	38
3.4. Mise en œuvre du programme Bolsa Familia	39
3.5. Bolsa Familia : une approche pour la réduction de la pauvreté et des inégalités	41
3.6. Modèle de programme similaire à BOLSA FAMILIA en dehors du Brésil	43
3.7. Quelques retombées positives de Bolsa Familia dans la communauté.....	44
CHAPITRE IV : ANALYSE DESCRIPTIVE DE QUELQUES INDICATEURS DE LA SANTE MATERNELLE ET INFANTILE DANS UN CONTEXTE DE L'APPROCHE BOLSO FAMILIA EN SE REFERANT SUR 2 RAPPORTS DES AGENCES DES NATIONS UNIES.....	46

4.1. Rapport mortalité maternelle (RMM)1990-2015.....	47
4.2. Rapport « ÉVOLUTION DE LA MORTALITÉ MATERNELLE 2000-2017 ».....	50
4.3. Mortalité des enfants de moins de 5 ans (pour 1000 naissances vivantes) :.....	52
4.4. Quelques données vaccinales :	53
CONCLUSION	59
ANNEXES :.....	66
La Déclaration universelle des droits de l'homme	66
Préambule	66

INTRODUCTION

CHOIX ET IMPORTANCE DU SUJET

BOLSA FAMILIA est un programme social qui a été lancé au Brésil pour lutter contre l'extrême pauvreté et contre les inégalités rencontrées au sein de la communauté brésilienne. Il est d'autant plus qu'important car il rencontre la vision de la déclaration universelle des droits de l'homme, adoptée le 10 décembre 1948 par les 58 Etats Membres qui constituaient alors l'Assemblée générale des nations unies à Paris au Palais de Chaillot (résolution 217 A (III)).(1)

Au-delà de la question de lutte contre la pauvreté, les objectifs de ce programme social brésilien abordent aussi les questions de la santé maternelle et infantile ainsi que celles de l'éducation des enfants ; cela fait qu'ils soient en conformité avec la déclaration ci haut évoquée en ses articles 25.1, 25.2 et 26.1, dont le contenu est entièrement repris dans la partie « Annexes » de ce travail.

Ce vaste programme social à multiples conséquences positives, est l'un des plus importants connus au monde, puisqu'il touche plus de 11 millions de familles, plus de 46 millions de personnes (près de 25 % de la population totale brésilienne). Mais il y a lieu de signaler que quatre programmes antérieurs à la réforme ont été regroupés pour n'en faire plus qu'un seul en s'appuyant sur des décennies d'expérience au Brésil en matière de transferts de cash assorti de conditions ou conditional cash transfert, CCT en anglais.(2)

En outre, les transferts de cash assorti de conditions (CCT) envers les ménages, réalisés sous le mandat du président Fernando Henrique Cardoso (1995–2002), et particulièrement sous la présidence de Lula (2003-2010), ont été intégrés dans le système politique brésilien.(3)

Ayant constaté tous les bienfaits produits dans le vécu du quotidien brésilien ainsi que dans certains autres pays tels que le Mexique, l'Argentine, et pouvant être expérimentés ailleurs, nous avons trouvé intéressante cette pratique, dont certains résultats non exhaustifs seront partagés dans ce travail.

En outre, il sied d'évoquer le fait que la constitution brésilienne de 1988 a établi de nouveaux droits sociaux en matière de vie, d'éducation et de santé, lesquels corroborent avec ce programme qui par conséquent constitue une expression concrète des garanties constitutionnelles du pays.(2)

Au-delà de ce qui précède, les programmes et expériences en matière de lutte contre la pauvreté et de politique sociale progressiste ont tellement attiré l'attention au niveau national, sud-américain et international (exemple : Banque mondiale, UNESCO, PNUD et FAO), à telle enseigne que des organisations confessionnelles et celles citées ci-dessus continuent à offrir au pays une aide matérielle et morale comme des reconnaissances internationales et autres récompenses (Suriyama, 2007). Cela encourage d'autres pays (tels que le Ghana ou le Mozambique) à profiter des expériences du Brésil.(2)

Un autre aspect important est que le programme Bolsa Familia cadrait déjà en son temps avec les objectifs du millénaire pour le développement (OMD) 1, 4 et 5 qui sont :

- ✓ Objectif 1 : « Eliminer l'extrême pauvreté et la faim », en donnant des subventions à la population, en la permettant de manger à sa faim. (4)
- ✓ Objectif 4 : « Réduire la mortalité infantile et post infantile » : afin de permettre les enfants de vivre dans des bonnes conditions et plus longtemps (nécessaire pour le développement d'un pays). (4)
- ✓ Objectif 5 : « Améliorer la santé maternelle », en réduisant le taux de mortalité maternelle (réduction des décès maternels). (4)

Hormis les OMD, on constate également que le contenu des objectifs de développement durable (ODD) se retrouvent dans le corps même de ce programme social brésilien.

Parmi les cibles des ODD relatives à la santé maternelle figurent la cible 3.1, qui vise à faire passer le taux mondial de mortalité maternelle au-dessous de 70 pour 100 000 naissances vivantes d'ici à 2030 et la cible 3.8, qui appelle à faire en sorte que chacun bénéficie d'une couverture sanitaire universelle. Ces cibles ne peuvent être atteintes sans une couverture de santé reproductive, maternelle, néonatale et infantile pour tous(5). Ainsi, en exploitant le programme Bolsa Familia, on s'aperçoit que sa logique cadre aussi avec les ODD en agissant d'une part sur la santé maternelle à travers les consultations médicales des femmes enceintes et des femmes ayant accouché, et d'autre part sur la santé infantile à travers la vaccination.

CHAPITRE I : Situation géographique, sociopolitique et économique

1.1. GENERALITES

Le Brésil dispose d'un système fédéral qui s'appuie sur 27 États et 5564 municipalités, qui connaissent toutes la pauvreté, l'extrême pauvreté et les inégalités. Par exemple, l'État de Rio de Janeiro présente des pourcentages élevés de pauvreté et de misère (respectivement, 22 et 6 pour cent).(2)

Les inégalités de revenus y sont importantes, puisque l'État enregistre le fossé le plus profond parmi les États brésiliens les plus développés. Avec un indice de Gini de 0,61 en 2000, Rio de Janeiro présentait des indices supérieurs à ceux de Sao Paulo (0,59) et Santa Catarina (0,56) (*The State of Rio de Janeiro Strategic Plan, 2007-2010*, gouvernement d'État de Rio de Janeiro). Donc en tant que pays émergent, le Brésil est particulièrement reconnu pour ses inégalités dans la répartition des revenus, il se caractérise par le volume de ses activités industrielles et tertiaires au sein de son système productif et par la part croissante de ses exportations dans le commerce mondial. Sa croissance économique est forte.(6)

Ci-dessous, le pays est présenté en tenant compte de ses aspects tant géographique, sociopolitique, qu'économique.

1.1.1. Situation géographique

Le Brésil se caractérise par une « géographie en mouvement », l'expansion agricole y est continue, la population extrêmement mobile, les réseaux urbains en évolution rapide et les quantités agricoles produites sont gigantesques à l'image de ce pays « en voie de développement » dans lequel les chantiers sociaux et économiques représentent un défi amplifié par la taille continentale du pays et le poids démographique qui est passé de ses 193 millions d'habitants (estimation de 2009) à plus de deux cent seize millions (216 285 000 (*estimation de 2023*)).(7). Sa population est plus urbaine que rurale, répartie comme suit : 86,60 % et 13,40 % (*données de 2018*).(8).

Le Brésil occupe plus de la moitié de la superficie de l'Amérique du Sud, évaluée à environ 8 502 728 km². Sa partie littorale longe l'océan Atlantique. A l'intérieur, dans le nord-ouest, l'Amazonie forestière est chaude et humide ; plus à l'Est et au Sud, les plateaux, aux sols médiocres, sont souvent arides. (7,9)

Ce pays est un Etat de l'Amérique du Sud baigné à l'Est par l'océan Atlantique, et limité au Nord par la Guyane, le Suriname, le Guyana et le Venezuela, au Nord-ouest par la Colombie, à l'Ouest par le Pérou, la Bolivie et le Paraguay, au Sud-ouest par l'Argentine, et au Sud par l'Uruguay.(9)

Le Brésil est le cinquième pays le plus large de la planète : d'Est en Ouest comme du Nord au Sud, près de 4000 kilomètres séparent ses villes les plus éloignées. Cette immensité, qui s'associe à une structure décentralisée, permet aux territoires de conserver une large autonomie culturelle. (9)

1.1.2. Situation sociopolitique

Il existe au Brésil d'influents dynasties politiques. En 2021, près des deux tiers des députés et les trois-quarts des sénateurs brésiliens en étaient issus. Les « grandes familles » dirigent une majorité de capitales régionales et dominent la plupart des assemblées locales.(10)

Durant tout le vingtième siècle, le Brésil a connu une accentuation de ses inégalités régionales et sociales. Ainsi, au niveau régional, avec 43% de la population nationale, le Sudeste réalise 59% du PIB, alors que le Nordeste concentre 29% de la population pour seulement 13% du PIB. (10)

Pour faire face à ces inégalités et à la forte pauvreté, des programmes sociaux tels que Fome Zero, Bolsa Escola, Bolsa Familia, sont mis sur pied par le gouvernement brésilien afin de combattre l'extrême pauvreté et de lutter contre la faim. Afin de matérialiser cela et en se référant à la vision de la nouvelle constitution (de 1988), Luis Ignacio Da Silva s'exprima en promettant ceci : « *If, by the end of my term of office, every Brazilian has food to eat three times a day, I shall have fulfilled my mission in life.* ». (11,12) Cette expression est traduite de l'anglais en français comme suit : « Si, à la fin de mon mandat, chaque Brésilien a de quoi manger trois fois par jour, j'aurai accompli ma mission dans la vie ». Cette déclaration montrait sa ferme volonté de changer les choses avec son pouvoir des membres de la gauche.(11)

1.1.3. Situation économique

L'économie et la politique du Brésil pendant les deux dernières décennies, ont été marquées par deux changements structurels décisifs. Le premier est de nature politique, avec l'élaboration et la mise en œuvre de la constitution fédérale de 1988. Celle-ci a résulté d'un long processus de luttes pour la démocratie : luttes pour les droits politiques et civiques, mais aussi pour les droits sociaux. Ce fut une période d'émancipation des mouvements et des

organisations populaires, durement poursuivis et marginalisés pendant la dictature militaire (1964-1985). Pour la première fois, la constitution contient une partie spécifique sur les droits sociaux, autrefois considérés comme relevant du champ économique.(13)

Après la guerre, et plus précisément au début des années 1980, le Brésil a vécu un processus intensif d'industrialisation et d'urbanisation lié à une forte croissance. Celle-ci connaissait des niveaux semblables à ceux de la croissance chinoise aujourd'hui, avec des augmentations annuelles du PIB de huit, neuf ou dix pour cent, malheureusement avec une rupture à partir de l'année 1982. Période à laquelle on assiste à une réorganisation de l'économie mondiale : les pays en développement accusent des difficultés dans les paiements de leurs dettes : d'où un réajustement négatif avec des taux d'intérêts élevés et l'augmentation de la dette jusqu'en 2002. Mais après cela, le Brésil a pu se réinsérer dans l'économie mondiale avec une nouvelle vigueur, et prendre une place plus grande dans le commerce international. (13)

Le Brésil a une économie industrielle relativement complexe, qui s'est développée tardivement, dans la seconde partie du XX^e siècle. D'importants secteurs sont intégrés dans le marché international (industrie pétrochimique, matériel de transport, aciéries, etc.). Mais ces secteurs perdent de l'importance par rapport aux exportations de l'agro-business qui, bien que lié à des industries connexes (aliments, boissons, papier et cellulose, métallurgie...) dépend pour l'essentiel de la production primaire et des « avantages comparatifs naturels » face à la concurrence.(13)

Selon Guilherme Delgado, deux facteurs à prendre en compte à savoir : le nouveau contexte mondial qui est celui d'une croissance des pays asiatiques tels que la Chine et l'Inde, ainsi que du changement de politique économique, font que le Brésil devienne un grand exportateur de grains pour les rations animales (viandes bovine, de porc et de poulet) mais aussi d'éthanol pour alimenter le fuel de voitures, de cellulose, de minerais bruts et semi-industrialisés (fer, bauxite, manganèse, aluminium, etc.). Ces exportations représentent de vastes niches pour une participation au marché. Les exportations ont été ainsi multipliées par quatre au cours des dix dernières années, passant de quelque 50 milliards de dollars par an pour la période 1995-1999 à une moyenne actuelle de 200 milliards.(13)

En outre, il est à noter que le Brésil dispose de sols abondants et fertiles, de l'eau, de la lumière solaire, de ressources en biomasse, et de riches gisements dans son sous-sol dont une grande part est transformée et exportée pour répondre à une demande mondiale croissante. Si

ces exportations ne représentaient qu'une part résiduelle du projet de développement, ce serait un atout, mais elles sont au centre du projet. Et cela entraîne une série d'inconvénients sur les plans social, environnemental, et même financier. (13)

Il y a donc une faiblesse du point de vue social, c'est à dire une certaine fragilité sociale car ce processus de relance d'exportations primaires profite d'abord aux vieilles forces de production liées aux grandes propriétés terriennes, aux détenteurs de capitaux, et contribue à une concentration croissante de la richesse et du pouvoir. Ainsi, les relations de travail sont perverties : emplois précaires, accidents mortels, pratique de l'esclavage. Cette mauvaise distribution à travers le marché peut être en partie compensée par des politiques sociales. En même temps qu'une politique « développementiste nationaliste », le gouvernement de Lula a promu par ce biais de petites améliorations dans la distribution des revenus du travail. (13)

Il existe une fragilité environnementale, car les règles, les précautions écologiques et les exigences nouvelles de préservation du milieu ambiant sont complètement désorganisées, comme le montre la tentative récente de modifier le Code forestier. Celui-ci ne considérerait plus les forêts comme un bien social, jouant une fonction socio-environnementale, mais comme « matière première forestière ». Le risque est de transformer toutes les ressources naturelles en marchandises : – la terre, l'eau, la biodiversité, les sols, etc. –, tout cela au nom des avantages comparatifs naturels. Les coûts sociaux et environnementaux de l'exploitation des terres sont reportés sur la société, alors que les bénéfices en sont captés par les propriétaires terriens et les détenteurs de ressources primaires. Et ces derniers pèsent d'un poids politique très fort, et constitue un facteur de reproduction des inégalités.(13)

La croissance à tout prix n'est pas la bonne solution : elle semble en partie la cause de notre grave problème agricole et contribue au problème écologique mondial. Sa mise en œuvre suppose de déboiser encore et d'augmenter les surfaces plantées en biomasse d'Amazonie et du Cerrado. (13)

Au terme de cet aperçu introductif sur la situation socio politique et économique du Brésil, il est utile d'expliquer certains concepts qui seront utilisés dans ce travail afin de faciliter sa compréhension. D'où la nécessité du glossaire repris ci-dessous.

1.2. Quelques concepts clés

a) Pays émergent :

Le terme de « pays émergent » est apparu dans les années 1980 pour qualifier l'expansion des marchés financiers dans les pays en développement. Puis la banque d'investissement Goldman Sachs parle pour la première fois des BRIC en 2001 (devenu BRICS en 2011 avec l'ajout de l'Afrique du Sud).(14). BRIC signifie : Brésil, Russie, Inde et Chine

Les pays émergents sont caractérisés par un niveau de richesse nettement inférieur à celui de la moyenne des pays de l'OCDE et par une part croissante dans le commerce mondial de biens manufacturés.(15) Ces pays se caractérisent avant tout par le volume des activités industrielles et tertiaires au sein de leur système productif et par la part croissante de leurs exportations dans le commerce mondial. Leur croissance économique est forte et le niveau de vie de leurs populations a tendance à se rapprocher des standards de consommation occidentaux.(6)

Vers les années 1980, le concept « nouveaux pays industriels », était une expression très en vogue, à laquelle s'est substituée celle de « pays émergents ». La Chine, l'Inde et l'Indonésie, de même que des pays latino-américains comme le Brésil et l'Argentine relèvent aujourd'hui de cette catégorie.(6)

L'émergence caractérise ainsi, le processus par lequel un Etat s'intègre à l'économie globalisée et au capitalisme mondial grâce à une croissance économique, à une augmentation de son produit intérieur brut (PIB), forte pendant plusieurs années.(16)

L'intégration des pays émergents dans l'économie mondiale est rapide et se caractérise par des taux de croissance élevés. À titre indicatif, sur la période 1995-2005, la croissance des exportations de marchandises a été de 18 % pour la Chine, de 13 % pour l'Inde et de 10 % pour le Brésil, contre 4 % pour les États-Unis. De même, tandis que le taux de croissance annuel pour les pays de l'Union européenne tourne généralement autour de 2 % cette dernière décennie, la Chine a affiché pour sa part un taux de croissance qui oscille autour de 10 %. Quant à l'Inde, ce taux avoisine les 8 % en 2007, contre 4 % pour le Brésil. (17)

b) Bolsa Familia :

La Bolsa Familia, vient du portugais et signifie « bourse familiale », « fonds familial ». C'est un programme de transfert conditionné de revenu mis en œuvre au Brésil. Il représente une importante innovation dans la politique sociale brésilienne en ce sens qu'il n'a pas seulement

pour objectif d'alléger la pauvreté avec le transfert de revenus mais aussi de combattre ses causes à l'aide de conditionnalités qui génèrent des incitations à des investissements en capital humain.

La Bolsa Familia est aussi définie comme : un programme brésilien de transferts monétaires conditionnels, conçu pour faire bénéficier les catégories plus pauvres (ciblage). Il consiste à verser des prestations monétaires (en espèces plutôt qu'en nature) à des familles (plutôt qu'à des individus) s'engageant en contrepartie à remplir certaines conditions, généralement en matière de santé et d'éducation (conditionnalité).(18)

Ces caractéristiques propres soulèvent différentes questions : la Bolsa Família est-elle bien ciblée ? Quels sont ses effets sur la pauvreté ? Contribue-t-il à réduire les inégalités ? Le vif intérêt jadis éveillé par ces questions s'est tari au fil des dernières années et les études à leur sujet se sont faites rares.(18)

c) Santé :

L'OMS définit « la santé » comme « *un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité* ». Elle représente « *l'un des droits fondamentaux de tout être humain, quelles que soit sa race, sa religion, ses opinions politiques, sa condition économique ou sociale* », un droit consacré dans le Préambule de la constitution de l'OMS (1946). La santé est un sujet à la fois individuel (état de santé d'un individu) et collectif (état de santé d'une population)(19)

d) Santé maternelle :

La santé maternelle se rapporte à la santé des femmes pendant la grossesse, l'accouchement et la période postnatale. Chacune de ces étapes devrait être une expérience positive, permettant aux femmes et à leurs bébés d'atteindre leur plein potentiel de santé et de bien-être.(5)

Bien que des progrès importants aient été accomplis au cours des vingt dernières années, environ 295 000 femmes sont mortes pendant ou après la grossesse ou l'accouchement en 2017. Ce chiffre est bien trop élevé. (5)

Selon l'OMS, cela montre que ces décès constituent un problème de santé publique qui doit toujours être suivi avec le maximum d'attention possible afin qu'il soit jugulé surtout pour les morts évitables. Donc ces chiffres doivent être réduits le plus possible et pourquoi pas éliminer le problème si cela serait réalisable.

e) Santé infantile :

La santé infantile fait référence à la santé des enfants de 0 à 2 ans (ASPC, 2013). Une grossesse en santé et un accouchement sans risque, suivis d'une croissance et d'un développement sains du jeune enfant, sont garants d'une bonne santé à long terme (Santé Canada, 2012).(20)

Il vise à mettre fin, en l'espace d'une génération, aux décès infantiles et maternels évitables. Le point focal du programme est d'assurer que toutes les femmes, tous les nouveau-nés et tous les enfants les plus démunis aient un accès équitable à des services de santé de qualité dans le but de sauver des vies.(21)

f) Système de santé :

Le système de santé est défini comme étant l'ensemble des organisations, des institutions et des ressources dont le but est d'améliorer la santé. La plupart des systèmes de santé nationaux sont composés d'un secteur public, d'un secteur privé, d'un secteur traditionnel et d'un secteur informel. Les systèmes de santé remplissent principalement quatre fonctions essentielles : la prestation de services, la création de ressources, le financement et la gestion administrative. » *Source : http://www.who.int/topics/health_systems/fr/. (22)*

g) Couverture vaccinale :

La couverture vaccinale représente dans une population donnée la proportion des enfants de *moins d'un an*, ayant reçu les vaccins suivants :

- ✓ Une dose de vaccin du bacille de Calmette et Guérin (BCG ou tuberculose),
- ✓ La troisième dose de vaccin antipoliomyélitique (vaccin polio oral ou vaccin polio inactivé),
- ✓ La première dose de vaccin anti-Diphtérie-Tétanos-Coqueluche (anti-DTC) et anti-Haemophilus influenzae type b (anti-Hib),
- ✓ La troisième dose de vaccin anti-DTC et anti-Hib et la dernière dose de vaccin antirotavirus (pouvant être la 2e ou 3e dose selon le vaccin utilisé), et la troisième dose de vaccin conjugué antipneumococcique, respectivement. (23)

La couverture vaccinale est aussi définie comme étant la proportion dans une population donnée des enfants âgés d'un an ayant reçu la première dose de rappel du vaccin anti-DTC et une dose de vaccin anti-rougeole-oreillons-rubéole (anti-ROR). (23)

h) Taux d'abandon DTC1-DTC3 :

Le taux d'abandon du vaccin anti-Diphtérie-Tétanos-Coqueluche 1^{ère} et 3^{ème} doses (anti-DTC1-DTC3) est la différence entre le nombre de doses de la 1^{ère} administration et celui de la 3^{ème} administration, exprimée en pourcentage. Ce taux est calculé pour les enfants de moins d'un an.

i) Municipalités avec une couverture $\geq 95\%$ pour le DTC3 :

Les municipalités avec couverture DTC3 supérieure ou égale à 95% représentent la proportion de municipalités pour lesquelles on a enregistré des taux de couverture anti-DTC3 supérieurs à 95%, exprimée en pourcentage en comparaison au nombre total de municipalités pour la juridiction concernée. Cependant il est utile de rappeler que la municipalité est définie comme étant le troisième niveau administratif (le premier étant le niveau national).

1.3. Brésil : un pays émergent sous la magistrature suprême de Lula

Bien que pays émergent, l'un des défis majeurs du Brésil est celui de la réduction des inégalités, qui sont parmi les plus élevées au monde. Les 50 % les plus pauvres recevaient 14,5 % du revenu total en 2000, alors que les 10 % les plus riches bénéficiaient de 46 % du revenu total. Plus du tiers de la population vit sous le seuil de pauvreté et la classe moyenne (25 % de la population) est très vulnérable.(24)

Le Brésil est également marqué par de très fortes disparités régionales, quel que soit l'indicateur choisi. Ainsi la mortalité infantile, bien qu'en forte baisse (de 38 %), reste deux fois plus élevée dans le Nord-Est que dans le Sud. Les taux d'équipement en biens durables sont deux à trois fois supérieurs dans le sud du pays. Dans les zones rurales, plus de la moitié de la population a un salaire inférieur au revenu minimum (230 reals soit près de 60 €) alors que ce taux est de 25 % en zone urbaine(24). On distingue traditionnellement trois Brésil :

- 1. Le Brésil développé : 50 % de la population brésilienne, sept Etats du sud (Rio Grande do Sul, Santa Catarina, Paraná, São Paulo, Mato Grosso do Sul, Rio de Janeiro, Espírito Santo) et Brasília.
- 2. Le Brésil intermédiaire : 17 % de la population brésilienne, six Etats contigus, de la frontière vénézuélienne au Minas Gerais (Roraima, Amazonas, Rondônia, Mato Grosso, Goiás, Minas Gerais) et l'Amapá (frontalier de la Guyane française).

- 3. Le Brésil pauvre : 33 % de la population brésilienne, neuf Etats du Nordeste (Alagoas, Bahia, Ceará, Maranhão, Paraíba, Pernambuco, Piauí, Rio Grande, Sergipe) et les trois Etats amazoniens les plus défavorisés (Acre, Pará et Tocantins). (24)

L'élimination ou la réduction des inégalités n'est pas facile. Pour y parvenir cela nécessite des stratégies adéquates et appropriées sous le management d'un leader rassurant et éclairé.

1.3.1. Parcours atypique d'un leader persévérant et emblématique

Garant national de l'état fédéral du Brésil, pendant deux mandats successifs (2003-2010), après les élections de 2002, Luis Ignacio Lula da Silva est devenu le premier président de gauche depuis quarante ans. (25)

Pendant ses mandatures précédentes, la stratégie de son gouvernement était double : assurer la stabilité macroéconomique et atteindre une croissance plus équitable avec un changement social plus rapide. Sa politique économique n'était pas qualitativement différente de la gestion antérieure : le contrôle de l'inflation par une politique budgétaire et monétaire rigoureuse est resté la principale ligne directrice. Cependant, la politique sociale, devait prendre une approche différente. Au lieu d'améliorer les programmes de transfert conditionnel de revenus existants, le gouvernement Lula a tout d'abord opté pour le lancement du Programme *Fome Zero*, décision fondée sur le diagnostic que la faim était un problème majeur au Brésil. Financé par le Trésor public et par des donateurs privés, le programme consistait principalement en une distribution de nourriture, de bons alimentaires, et d'incitations/subventions pour la production alimentaire locale. (24,25)

Parlant de l'enfance de Lula, il est né en octobre 1945 dans un milieu rural du Nord-Est du pays (l'une des régions encore les plus pauvres aujourd'hui) d'une famille d'agriculteurs, dont le père est polygame avec une famille de plus de vingt enfants. Un an après sa naissance, la pauvreté pousse la famille à l'exode en vue de rechercher une vie meilleure : d'où leur installation ultérieure à São Paulo. (24)

Durant cette période mouvementée, Lula parvient à suivre cinq ans d'école primaire en faisant des petits boulots (cireur de chaussures, vendeur de tapioca...). Cependant lorsqu'il atteint ses quatorze ans, il entre à l'usine. En ce moment-là, c'est une période de forte croissance économique car les entreprises recrutent beaucoup de travailleurs et la situation familiale s'améliore. En 1967 il entre au Syndicat des Métallurgistes, dont il assume la Présidence à

partir de 1975, après avoir été élu avec plus de 90 % des voix. Il est réélu à ce poste trois ans plus tard et parvient à mobiliser massivement les ouvriers à se lancer dans une forte grève pour des revalorisations salariales. Il est très dynamique dans les activités syndicales pendant la dictature militaire (1964-1985). (24,25)

En 1979, environ 170 000 travailleurs arrêtent le travail, le gouvernement militaire déclare la grève illégale, laquelle sera réprimée avec force. Peu de temps, plus tard, une trêve sera rapidement trouvée pour la reprise du travail, mais le gouvernement s'en sortira affaibli. (24)

En ce moment-là, il existe un courant, dénommé « *théologie de la libération* », lequel appuie largement l'action des ouvriers. En 1980, la grève reprend pour une durée historique de 41 jours. Ensuite, Lula sera arrêté et mis en prison avec d'autres responsables syndicaux ; ils seront libérés après six jours de grève de la faim. Au terme de la grève, le gain politique du mouvement syndical est important, et l'idée de créer un parti politique grandit. Le Parti des Travaillistes (PT) sera créé quelques mois plus tard dans la même année, avec à sa tête Lula da Silva.(25). En 1986, Lula est élu député de l'Etat de São Paulo. Dès lors, le PT poursuit son ascension et ne cesse de gagner des sièges de députés (34 en 1990) et de maires. Le parti assoit petit à petit sa notoriété dans le sud du Brésil. (24)

En 1989, Lula postule pour les élections présidentielles, mais il enregistre son premier échec. Cela le pousse à chercher à agrandir son électorat en essayant de se battre en circulant dans tout le pays, surtout dans le Nord pour mieux se faire connaître, car il n'obtient qu'un tiers des votes dans les zones rurales, contre les deux tiers dans les grandes villes. Il se représentera par deux fois aux mêmes élections présidentielles à savoir en 1994 et 1998, mais les résultats ne seront pas en sa faveur car il échouera au total par trois fois de suite. Ayant comme challenger en 1998, le Socio-démocrate Cardoso (très populaire à la suite de son succès pour avoir jugulé l'inflation avec le plan Real en 1994, alors qu'il était encore ministre des Finances), il était donc très difficile pour Lula de remporter les élections dans un contexte comme celui-là. (24)

Enfin, le 27 octobre 2002, Luis Ignacio Lula da Silva, dit « Lula » depuis son adolescence, est élu avec près de 53 millions de voix, soit 61 % des suffrages exprimés. C'est la première fois dans l'histoire du Brésil qu'un homme est élu avec autant de voix ; première fois également que le Brésil avait à sa tête un homme aux origines sociales modestes et qui n'avait aucun diplôme supérieur. Des millions de Brésiliens placent leur confiance en lui lors de son élection : 71 % d'entre eux estiment que le chômage va baisser, 64% que la corruption va diminuer et 62 % que leur vie quotidienne va s'améliorer rapidement. (24)

Subsidiairement à son passé, à sa détermination et à son engagement, Lula est perçu aux côtés des plus modestes, comme celui qui comprend le mieux les problèmes de la population et qui saura y apporter des réponses efficaces. (24)

Effectivement, avec Lula les choses changent : par exemple, il prend en compte le mélange culturel et considère le genre : son gouvernement comporte trois ministres Noirs et quatre ministres femmes ; cela est une première dans le pays. En comparaison au régime précédent, il y a beaucoup de changements même si la rupture n'est pas totale avec le gouvernement précédent. (24)

1.3.2. Quelques actions menées par Luis Ignacio da Silva Lula

L'entrée au pouvoir de Lula amène une dynamique nouvelle, beaucoup de changements interviennent dans la manière de gérer la chose publique, le pouvoir devient de plus en plus démocrate. Cela se fait sentir à travers *une démocratie participative*, qui est une innovation dans le mode ou système décisionnel.

Par exemple, à Fortaleza, capitale du Ceara (au Nord-Est), en 2004, neuf propositions élaborées par des adolescents de la capitale ont été approuvées par le conseil municipal lors de l'adoption du budget de la ville pour l'année 2005. Presque 2 millions de R\$ sont affectés dans les projets qui concernent les enfants et les adolescents. Seules cinq propositions élaborées par les jeunes n'étaient pas retenues(24). Ces jeunes, qui avaient entre 13 et 18 ans, faisaient partie du projet « *Enfant et adolescent en action, budget participatif* » mené par le Centre de Défense de l'Enfant et de l'Adolescent de la région. Parmi les propositions qui étaient mises en place, il y avait :

- ✓ L'accueil des victimes d'exploitation sexuelle,
- ✓ Les activités sportives pour les personnes handicapées,
- ✓ Un foyer pour les enfants des rues : une prise en charge psychologique destinée aux enfants et adolescents,
- ✓ Des équipements informatiques dans les écoles,
- ✓ Un service pour les personnes souffrant de dépendance aux drogues
- ✓ Enfin des programmes garantissant des conditions favorables au maintien des enfants et adolescents les plus pauvres dans leur famille et à l'école. (24)

Quant à *l'engagement dans la démocratie participative*, si elle part réellement de l'intention de faire participer les citoyens à l'élaboration de projets les concernant directement et concrètement, cela a parfois encore du mal à se développer, en raison notamment de la

réticence de certains élus, qui considèrent qu'on les prive, d'une certaine façon, de leur légitimité et de leur liberté d'action ; mais également à cause du manque de sensibilisation, et parfois du manque d'intérêt de la population. (24)

Du point de vue économique, à l'accession de Lula au pouvoir, le pays est au bord de la faillite : Fin 2002, le taux d'inflation atteint 12,5 % et le real s'est fortement dévalué par rapport au dollar américain, le poids total de la dette représente 59,4 % du PIB et le revenu moyen des Brésiliens a chuté de 13,5 % entre août 1999 et octobre 2002. De plus, en période électorale, c'est-à-dire particulièrement à l'été 2002, la perspective de la potentielle arrivée de Lula au pouvoir inquiète les marchés, qui s'affolent et se rétractent. Le Fonds Monétaire International (FMI) intervient en urgence pour éviter une véritable faillite économique : le 7 août 2002, il accorde un prêt en urgence de 30 milliards de dollars, pour éviter au Brésil une véritable faillite économique. (24)

Après son élection pourtant, Lula annonce que, s'il s'engage à respecter les accords conclus avec le FMI, sa priorité politique est de vaincre la faim et la pauvreté qui frappent durement près de la moitié de la population brésilienne. De façon relativement surprenante, Lula, non seulement maintient la politique d'austérité initiée par le gouvernement Cardoso et imposée par le FMI, mais en plus il va plus loin. Il fixe un objectif d'excédent budgétaire de 4,25 %, soit 0,5 % de plus que ce qui était demandé par le FMI ; il prévoit la baisse de l'inflation à 6% pour l'année à venir, il restreint de 10% tous les budgets publics, visant ainsi une économie de près de 8 milliards de real (2,2 milliards d'euros). Cette approche orthodoxe de discipline budgétaire et de rigueur monétaire a permis, de rassurer les marchés afin d'entrer à nouveau dans une dynamique vertueuse, qui réduirait l'inflation et améliorerait la croissance. En effet, le real se raffermi par rapport au dollar, et la bourse de Sao Paulo gagne 27 % (de 10 600 à 17 800 points) entre le 1er mars et la mi-mai 2003. (24)

Il faut également mentionner que les exportations avaient gardé un taux conséquent pendant cette période. La politique de rigueur de Lula porte donc ses fruits ; cependant le chômage augmente, *Lula est accusé de jouer le jeu des politiques néo-libérales* (sa cote de popularité oscille fortement entre décembre 2003 et mars 2004, également à cause d'une affaire de corruption au sein de son gouvernement) *et de n'apporter aucune réponse aux questions environnementales*. Cependant, Lula obtiendra par la suite des résultats positifs, notamment grâce au programme Fome Zero. Le Brésil a considérablement réduit sa vulnérabilité, même s'il reste fragilisé par le poids de sa dette (plus de 50 % du PIB). (24)

En décembre 2005, les autorités brésiliennes ont annoncé le remboursement par anticipation de sa dette envers le FMI, témoignant ainsi de sa bonne santé. (24)

Bref, l'amélioration de la politique de Lula apporte ses fruits, malgré la période de turbulence économique. Les exemples repris ci-dessus ne sont pas exhaustifs et ne sont cités qu'à titre illustratif pour montrer quelques-unes des multiples actions positives menées sous la gouvernance de Lula.

1.3.3. Quelques aspects de la politique extérieure de Lula

Avec le premier mandat présidentiel doublé de Lula, ce leader plein d'ambitions, veut donner une nouvelle vision extérieure à son pays. Ainsi, le Brésil aspire à devenir le *leader* continental d'un pôle sud-américain de stabilité, en mesure de faire contrepoids aux Etats-Unis, ainsi qu'une grande puissance émergente, capable de peser dans les affaires du monde. Le président Lula da Silva a placé la politique étrangère au cœur de son projet politique pour faire du Brésil une « *nation mieux respectée, capable de défendre ses intérêts internationalement* ». (24). *De ce fait, ce pays sud-américain devient :*

a) Un acteur essentiel en Amérique Latine

La politique brésilienne en Amérique Latine se décline selon deux axes principaux :

Renforcer le marché commun (Mercosur) entre le Brésil, l'Argentine, le Paraguay et l'Uruguay. En s'appuyant sur une alliance stratégique avec l'Argentine, le président Lula da Silva veut développer le Mercosul sur le modèle de l'Union européenne : achever l'union douanière (un programme ambitieux a été défini lors de la réunion du Conseil du marché commun à Montevideo en décembre 2003) et engager une réelle coordination des politiques macro-économiques. Les institutions du Mercosul ont été renforcées (secrétariat exécutif, création du comité des représentants permanents, installation d'un tribunal des différends à Assomption le 13 août 2004). L'association envisage d'intégrer de nouveaux membres (Venezuela, Bolivie) mais le sommet d'Assomption en juin 2007 a montré de nouvelles divisions du Mercosur (absences et critiques d'Hugo Chavez). (24)

Être le moteur de l'intégration et le leader de l'Amérique du Sud : le Brésil est à l'origine du sommet des Chefs d'Etat d'Amérique du Sud (Brasilia, 2000 ; Guayaquil, 2002). Il a joué un rôle essentiel dans la création, le 9 décembre 2004, de la Communauté Sud-américaine des nations, qui s'est réunie en octobre 2005 à Brasilia. Le Brésil promeut un renforcement des liens entre le Mercosul et la Communauté andine (Bolivie, Colombie, Equateur et Pérou) des

nations (avec laquelle un accord-cadre de libre-échange a été signé en avril 2004), ainsi que le développement des infrastructures continentales. Avec Lula, le Brésil s'implique davantage dans le règlement des crises régionales : Colombie, Venezuela, Bolivie et Haïti (commandement de la MINUSTAH - force internationale de stabilisation). De plus, malgré la diplomatie parfois controversée du Président Chavez, ce dernier fait apparaître le Président Lula comme un sage. (24)

b) Une ambition affichée : pour occuper une place parmi les grandes puissances mondiales

- *Le Brésil mène actuellement une politique commerciale offensive.* Depuis 1994, Il mène une politique d'ouverture équilibrée envers ses partenaires pour élever ses exportations (+20 % en 2003) ... Il amorce des négociations et accords avec l'Union européenne, à partir de 1999. Il est aussi membre du G20 (qui inclut notamment l'Inde, la Chine et l'Egypte) pour lutter contre les subventions à l'exportation (notamment contre les subventions agricoles américaines) et négocier à l'OMC.
- *Par ailleurs, le Brésil souhaite être reconnu comme une puissance, porte-parole des pays pauvres et émergents.* Il cherche à conclure des partenariats stratégiques avec les grands pays émergents et à promouvoir la coopération Sud-Sud qui viendrait s'élever contre la domination du Nord, et qui constituerait un véritable contrepoids. Le forum de dialogue avec l'Afrique du Sud et l'Inde - baptisé IBSA - montre la volonté du Brésil de développer ses relations avec les grands pays émergents du Sud : Lula visite l'Inde en juin 2007. Il développe ses relations avec l'Afrique et le Moyen-Orient. Un sommet Afrique-Brésil s'est tenu à Abuja, en novembre 2006. (24)
- Le Brésil veut associer les pays émergents à la définition de règles internationales plus équitables. Il a proposé « *une alliance contre la pauvreté et la faim dans le monde* » lors d'une déclaration conjointe avec les Présidents Chirac et Lagos (Chili) et Kofi Annan, à Genève, le 30 janvier 2004. Le Brésil s'est engagé en faveur de nouveaux modes de financement du développement (taxe sur les billets d'avion par ex) et a contribué au lancement d'une Facilité Internationale pour l'Achat de médicaments (FIAM) lancé officiellement en octobre 2006.
 - *D'autre part, le Brésil se pose en promoteur intransigeant du désarmement.* Auparavant considéré comme un pays du « *seuil nucléaire* », le Brésil a ratifié le Traité de non-prolifération, ainsi que le Traité d'interdiction des essais nucléaires en 1998. (24)

CHAPITRE II : POLITIQUE SANITAIRE DU BRÉSIL

2.1. Historique de la politique sanitaire brésilienne

La politique sanitaire du Brésil est caractérisée par des contradictions dans son système, lorsque le pays sort de sa période d'autoritarisme militaire vers la démocratie.

Partant du moment de la mise sur pied de la nouvelle constitution et par la suite, de 1988 à 2018, plusieurs débats sont à l'ordre du jour, dont les politiques sociales en règle générale et la politique de santé en particulier. (26)

Le Brésil, un pays très inégalitaire, où l'accès à la santé du plus grand nombre dépend du système public de santé, dispose d'un outil appelé « Sistema Único de Saúde » (SUS : Système Unique de Santé), créé en 1988 et mis en œuvre en 1990, dans un contexte de transition démocratique après la période de dictature militaire. (26,27)

Beaucoup de réformes restrictives se sont accumulées pendant plusieurs années, favorisant le transfert du secteur public vers le privé dans le volet du financement et de la production des soins. Ainsi, les caractéristiques historiques du SUS, à savoir l'hybridation et le sous-financement, l'empêchent d'atteindre son ambition d'universalité, une situation que les alternances politiques successives n'ont pas remise en cause. (26)

Si des différences dans les orientations politique et économique sont incontestables, on peut cependant mettre en évidence une continuité entre les politiques de santé du Parti des travailleurs (PT) et ses successeurs. Mais 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 (26)

2.2. Un système de santé universel dans un univers néolibéral : Opérationnalisation du SUS

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 d'un 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) (26)

Au-delà du fait que la constitution du 5 octobre 1988 marque le début de la démocratie, en mettant fin au régime militaire autoritaire, elle confère non pas seulement les droits politiques mais prévoit aussi la mise en place d'une Sécurité sociale fondée sur trois piliers à savoir :

- ✓ La prévoyance (retraite, invalidité, etc.),
- ✓ L'assistance (aide aux plus pauvres, aux familles, etc.)
- ✓ La santé, avec le SUS, créé définitivement par la loi organique de santé de 1990 (Lei Orgânica da Saúde). (26)

L'objectif du SUS est de financer par l'impôt l'accès aux soins (préventifs et curatifs) pour tous. 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. (26)

Si le SUS finance les soins, la production des soins peut être publique (le SUS directement), mais aussi, de façon complémentaire, et privée, lorsque le secteur public est insuffisant ou débordé. Le SUS achète les soins auprès des acteurs privés.

Finalement, 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 publique et, de façon complémentaire, privée ;
 - une couverture des soins très étendue, de façon que le dispositif ne soit pas un filet de sécurité minimale qui implique la nécessité d'une couverture privée pour des biens supérieurs.
- (26)

Cette architecture, abordée ci-dessus, s'explique en grande partie par l'histoire du système de santé, sachant qu'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 formel 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 les secteurs formel et informel. (26)

Bien qu'un système de santé unique ait été créé au Brésil, sous le label « SUS », ce dernier semble souffrir d'une sorte d'anachronisme entre l'évolution de l'économie mondiale et 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. (26)

2.3. La santé : un droit au Brésil

Dans plusieurs pays où le principe du néolibéralisme est de mise, l'élaboration des politiques de santé s'appuie sur la balance commerciale et budgétaire plutôt que sur les besoins. En pareille circonstance, l'équité en souffre et n'est pas assurée. Cela a comme conséquence l'exclusion d'une partie de la population, entraînant ainsi une discrimination au niveau sociétal. (28)

Le droit à la santé étant souvent réfléchi dans le champ de l'éthique ou de la morale sur la solidarité, il est temps d'en parler en termes de politique. Ainsi, approcher la santé comme un droit humain et fondamental de l'homme, a un impact profond sur la façon dont sera modelé le concept politique. Donc considérer la santé comme un bien public, avec ses dimensions individuelles et collectives, changera les politiques de santé qui seront ciblées sur les besoins sociaux et entreront dans un processus de construction de démocratie et de justice sociale. C'est ce que font les pays tels que le Brésil, le Venezuela et la Colombie, notamment au niveau des gouvernements locaux. (28)

Selon Agnès Heller (A Theory of need in Marx), les besoins fondamentaux ne peuvent être rencontrés dans un système dominant, donc cela implique l'imagination d'un nouvel ordre politique, institutionnel et organisationnel. Ainsi, une approche « équitable » devra systématiquement s'interroger sur la politique et les actions proposées afin de savoir si elles répondent aux principes de justice, d'exhaustivité et d'universalité. (28).

Parlant de la santé, il est utile d'aller au-delà de cette notion vue de façon un peu trop simpliste, vers une vision plus large à savoir celle de « la qualité de vie », Concept qui confère à la santé un objectif plus large qui prend racine dans l'idée de territoire social comme espace social de l'action des soins de santé primaires (SSP). Dans cet espace, ci-haut évoqué, l'objectif ne peut pas être simplement la santé au sens habituel car lorsqu'on utilise le mot

« *santé* », les gens entendent « *maladie* », et lorsqu'on évoque la notion « *services de santé* », ils entendent « *les services où on va lorsqu'on est malade* ». (28). Il serait donc souhaitable de considérer la vision large de l'OMS, qui intègre dans sa définition le volet de la santé, qui fait intervenir le fait qu'être en bonne santé ne signifie pas seulement une absence de la maladie ou d'infirmité.

En remplaçant le vocable « *santé* » par « *qualité de vie* », cela permet de faire recours à d'autres secteurs politiques dans le territoire pour donner des réponses plus complexes, qui correspondent à la complexité des besoins des gens. Ainsi, l'effort de planification pourra alors rencontrer les besoins des gens. Donc considérer la santé comme résultat de la réalisation de la qualité de la vie implique une compréhension en profondeur des causes du « *mal* » et de la maladie et met en évidence le rapport entre « *pauvreté et maladie* », entre « *besoins et droits* ». Et ce n'est qu'en rencontrant les besoins de la population que l'on pourra aspirer ou atteindre une qualité de vie. Cette approche est différente de celle où c'est l'offre qui est vue en priorité, car ici c'est le besoin, qui détermine la réponse sociale. (28)

Si la santé est un droit, alors le respect de ce droit doit se fonder sur trois principes inséparables : *universalité, équité, intégralité* (ou exhaustivité).

- i. L'universalité signifie que personne ne peut être exclu du droit.
- ii. L'équité implique le fait de lutter contre les inégalités qui touchent les classes sociales, les genres, les territoires, les groupes ethniques, les âges.
- iii. L'intégralité (ou exhaustivité) entraîne que le droit ne peut être modulé : par exemple, l'accès aux soins concerne tous les soins.

C'est indispensable si on veut un changement radical des déterminants. La volonté de déployer une politique basée sur le respect des droits humains et sur les principes d'universalité, d'équité et d'intégralité modifie l'approche de la santé.(28)

Partant de tout ce qui précède et surtout du concept « *qualité de vie* », qu'il faut à tout prix améliorer pour un mieux-être, la gestion de la maladie sous-entend, dès lors, la promotion de la santé pendant la vie des populations, en développant pour l'individu, les possibilités d'autonomie et d'équité, visant à produire plus de justice sociale.

Dans ce cadre, toutes les actions devront viser la qualité de la vie, qui s'articule en 5 sphères interdépendantes :

- ✓ Individuelle (autonomie, se conçoit sur le plan socio-économique),

- ✓ Collective (équité entre groupes sociaux, espace démocratique),
- ✓ Institutionnelle (répondant aux besoins et agissant sur les déterminants de la santé de manière démocratique et intersectorielle),
- ✓ Environnementale (développement durable) et
- ✓ Subjective (nouvelles formes de subjectivation correspondant aux nouvelles conceptions du social basées sur des valeurs telles que la solidarité, la justice et le respect des différences). (28)

C'est donc ce modèle de promotion de qualité de vie pour lequel le Brésil a opté et pour y arriver il est utile de développer les soins de première ligne pour garantir la cohérence du système de santé. Tous les Brésiliens ont droit à la santé. Cela est constitutionnel. (28)

2.4.Couverture santé universelle et organisation du système des soins au Brésil

Abordant la question de la couverture santé universelle, il est important de se référer aux orientations de l'institution mondiale de la santé, à savoir l'OMS pour arriver à bien comprendre comment est-ce que ce concept est vécu ou matérialisé au Brésil pour la prise en charge des questions de santé, qui ne doivent pas se limiter à la gestion du problème focalisé sur la maladie seule mais s'étendre dans une vision plus large c'est-à-dire de la matérialisation de la notion de la « qualité de vie », telle que vue dans les paragraphes précédents.

La couverture dont il est question est illustrée par un *cube* (voir figure) qui a trois dimensions dont chacune représente un des trois termes du fameux concept, à savoir « *couverture santé universelle* ».

Figure 1 : Les trois directions vers la couverture universelle (OMS)

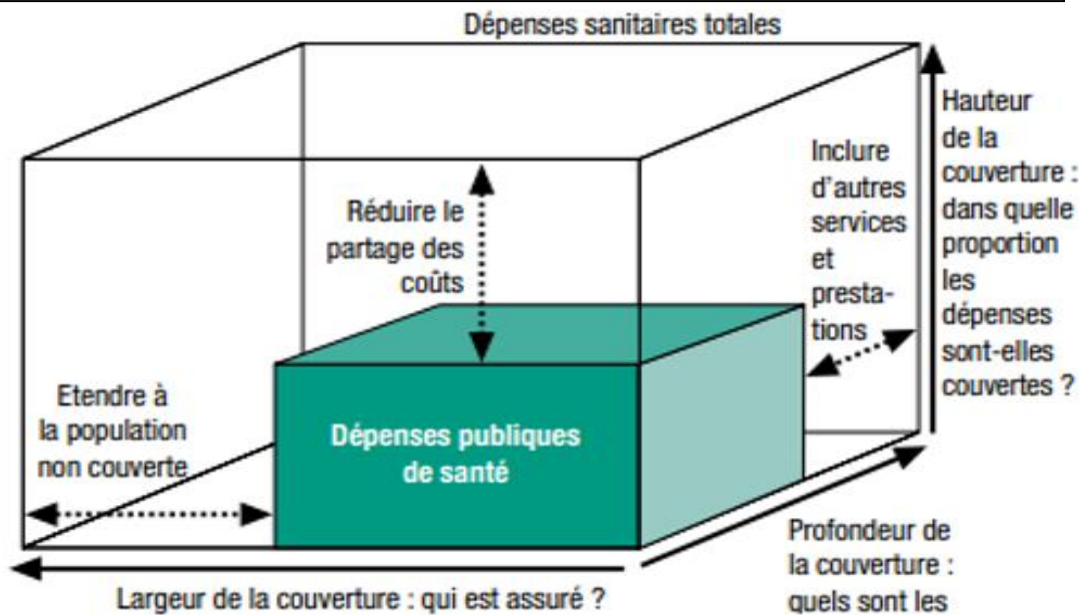


Figure 1. Les trois directions de la progression vers la couverture universelle (cube OMS)

En 2016, Michel Roland, président de l'ONG « médecins du monde », décrit ce concept comme suit : « *Universelle* » est la première dimension, qui sous-entend la population couverte. Elle doit être la plus large possible, bref, concerner tout le monde. « *Sanitaire* », soit la deuxième dimension, c'est-à-dire un accès à tous les services de santé, de qualité équivalente pour tous, et exercés par des professionnels compétents. Par services de santé, on comprend aussi bien les soins préventifs, curatifs, de réadaptation, de promotion de la santé, ainsi que l'accès aux médicaments, aux technologies dont chacun a besoin. « Ce qui nécessite de légiférer sur les différentes professions pour voir ce *qu'est un soin* car il doit être reconnu et validé scientifiquement. » (22).

« *Couverture* » : est la troisième dimension, elle indique la proportion des coûts couverts. Cette notion vise l'accessibilité financière à tous, elle doit donc être la plus étendue possible. Notamment en veillant au fait que « les systèmes de financement de la santé évoluent à telle enseigne qu'ils permettent d'éviter les paiements directs importants au moment de la prestation et comportent une méthode de prépaiement par des cotisations pour les soins et services de santé, ainsi qu'un mécanisme de partage des risques sur l'ensemble de la population afin d'éviter les dépenses catastrophiques de santé et l'appauvrissement des personnes qui ont besoin des soins » précise la résolution des Nations-Unies sur la couverture sanitaire universelle (2012). Ainsi le financement peut être assuré par un principe tel que :

Tiers-payant obligatoire, diminution du ticket modérateur, voire suppression de ce dernier en première ligne, pour accroître l'accessibilité financière de la population et par conséquent l'amélioration de l'utilisation des services de santé. Cela est fait par certains pays. (22)

L'Organisation mondiale de la santé formule sa définition comme suit : « *la couverture sanitaire universelle consiste à veiller à ce que l'ensemble de la population ait accès aux services préventifs, curatifs, de réadaptation et de promotion de la santé dont elle a besoin et à ce que ces services soient de qualité suffisante pour être efficaces, sans que leur coût n'entraîne des difficultés financières pour les usagers* ». Dans une perspective de sociologie de l'action publique, la couverture sanitaire universelle se définit alors comme un référentiel de politique publique, un référentiel d'objectif. »(22)

Revenant au contexte brésilien et en comparaison à l'OMS, pour l'universalité et la couverture des soins, tout repart sur des bases nouvelles avec l'avènement de sa nouvelle constitution de 1988. Le Brésil, Etat fédéral met sur pied un système de santé universel basé sur le droit à la santé : tous les citoyens ont droit à des soins sans barrière financière. (28)

Dans ce pays, la gratuité des soins concerne les différents niveaux du système des soins et inclut aussi les médicaments, la santé buccale, les soins intensifs, la transplantation rénale. Quant au coût moyen annuel des soins, il est généralement plus abordable que celui des pays de l'union Européenne. Il est estimé à 367 dollars USD (à peu près 331 euros). (28) Pendant qu'en France, pays qui se situe au 7^{ème} rang des pays de l'UE-28, ce coût est proche de celui du Canada, de la Belgique ou du Danemark et sa dépense de santé par habitant s'élève à 3 970 euros (par habitant en 2018). (29)

Comparativement aux États-Unis, où les dépenses par habitant sont deux fois plus élevées : 8 180 euros par habitant. (Chiffres calculés en considérant la dépense courante de santé au sens international, DCSi et la Parité de pouvoir d'achat, PPA).(29)

Quant au financement des soins, il est assuré par les impôts généraux, il n'y a pas de critère d'assurance ni de contribution sociale spécifique, c'est un système Beveridgien. Comme le nom le dit, il a été conçu en 1942 par William Beveridge (1879-1963), un économiste et homme politique Britannique.(30) Ce système est basé sur les principes ci-dessous :

- L'universalité de la protection sociale par la couverture de toute la population (ouverture de droits individuels) et de tous les risques ;

- L'uniformité des prestations fondée sur les besoins des individus et non sur leurs pertes de revenus en cas de survenue d'un risque ;
- L'unité de gestion étatique, par le biais d'une assurance nationale financée par l'impôt
- Le financement reposant sur l'impôt.

Le système brésilien concerne toute la population mais il existe également un système privé, dont une partie substantielle est intégrée au système public national. En ce moment-là, les services privés sont sous contrat du système national de santé. C'est ainsi qu'environ 60 % des lits hospitaliers sont dans des hôpitaux privés mais une majorité est incluse dans le système national de santé et utilisée sans frais par les citoyens, exactement comme dans les autres hôpitaux de l'Etat. En soins de santé primaires, les services sont en majorité étatiques et sont gérés par les municipalités, parce que la république est fédérative et les soins de santé sont de la compétence municipale. (28)

Les SSP constituent une structure stratégique pour le développement de l'ensemble du système. Cela signifie qu'ils occupent une position centrale dans le système de santé, mais cela n'a de sens que si le système est bien agencé, régulé et intégré afin de permettre un soutien et un accompagnement de la personne pendant toute sa vie, avec la possibilité d'accéder si nécessaire aux soins spécialisés, aux services des urgences et hôpitaux. (28)

Dans le cadre de la mise en œuvre, le pays a mis sur pied des équipes de santé familiale, qui sont responsables chacune de la charge sanitaire de 3500 personnes. Chaque équipe est composée d'un médecin, d'un(e) infirmier(e), d'une ou deux aides-soignantes, et de 4 à 6 agents communautaires de santé, issus de la communauté concernée (et qui sont élus, engagés et payés par l'état). Ces agents sanitaires exercent un travail de liaison-surveillance en santé, un accompagnement et une traduction des besoins de la communauté vis-à-vis des services.

Selon la revue de la fédération « maisons médicales, santé et solidarité », diffusée sur leur site web, à travers le numéro 56 d'avril 2011 (de Negri Armando), il y aurait en ce moment-là environ 32.000 équipes de santé familiale pour plus ou moins 105 millions d'habitants avec un plan d'extension des équipes qui devrait permettre d'en couvrir 150 millions dans les 5 ans à venir (sur 194 millions d'habitants). En outre, Il y avait aussi 20.000 équipes de santé buccale composées des dentistes, des hygiénistes en santé dentaire, des cabinets dentaires. (28)

2.5. Prise en charge des questions sanitaires sous la présidence de LULA

En fin 2002, et commençant sa mandature en janvier 2003, Lula était fortement engagé dans la lutte contre la pauvreté et très enthousiasmé, à telle enseigne qu'il soutenait fortement ce programme social, aspect qu'il a clairement fait ressortir dans son discours inaugural d'entrée en fonction de la magistrature suprême du pays. Tel qu'évoqué dans les paragraphes précédents de ce travail, nous avons insisté sur le fait que Lula tenait à nourrir sa population, il voulait que les gens parviennent à bénéficier de trois repas par jour et que cela était son cheval de bataille. (3). Bien manger, confèrerait une bonne santé à la population, cela fait qu'en appuyant vivement son programma social à travers la Bolsa Familia Program, Il aurait suffisamment milité pour la santé de la population en général, mais surtout pour la santé de la mère et de l'enfant de manière particulière, lorsqu'on essaie de considérer les conditions exigées aux familles pour accéder au programme. (11,31)

Certes que le programme militait pour la réduction de la pauvreté, mais en incitant vers la bonne santé des mères et des enfants, entraînant un mieux-être familial suite à ses conséquences positives sur le plan économique et sanitaire sachant qu'une population en bonne santé produit plus. Et dans une société industrielle comme au Brésil, Cela ne peut qu'accroître les revenus de la population et donc du pays, grâce à une politique fortement soutenue par Lula, ainsi que par son prédécesseur le président Fernando Henrique Cardoso, qui en son temps avait initié certaines actions.

Cependant, il serait erroné d'attribuer les succès économiques et sociaux du président Lula à l'action menée par son prédécesseur, F.H. Cardoso, l'argument principal étant que la politique économique suivie par Lula serait la poursuite de celle définie par Cardoso : libéralisme dans le domaine monétaire (taux d'intérêt élevés) et budgétaire (excédents primaires conséquents). Même si elle est en partie fondée, cette opinion pêche par son simplisme. Les régimes de croissance ne sont pas les mêmes, les réponses aux crises différentes(32). La crise financière de 1998-1999 est en partie le résultat des fragilités du modèle économique mis en place sous la direction de Cardoso. L'« économie casino » sur laquelle reposait la logique de ce régime de croissance, à savoir le bouclage de la balance des paiements par le jeu du taux d'intérêt pour attirer les capitaux et financer ainsi le service de la dette et le déficit de la balance commerciale, laissait la porte ouverte « aux vents contraires » de la finance internationale et avait comme seule issue logique de mettre en place des politiques d'austérité drastiques (hausse très élevée du taux d'intérêt, coupe dans les dépenses publiques, notamment sociales, dévaluations) lorsque les capitaux fuyaient, afin de retrouver une crédibilité perdue auprès des

marchés financiers internationaux. Une telle politique précipitait la crise et faisait surtout payer le prix fort aux plus vulnérables, les pauvres et les catégories les plus modestes.(32)

La gestion des questions sanitaires ne se traitent pas forcément de la même manière et les approches peuvent être vraiment différentes d'un leader ou d'un président à un autre. Est-ce que Lula gèrerait une urgence sanitaire ou de santé publique de portée internationale de la même façon que Bolsonaro, il y a lieu de douter car si pour les maladies courantes c'est-à-dire de tous les jours, il a mis tous les moyens et stratégies possibles en jeu afin de répondre aux besoins de la population, il le ferait probablement encore mieux en situation d'urgence épidémique.

Cela nous amène à la gestion de la pandémie Covid-19 par le président Bolsonaro, dont le management et le lead n'ont pas convergé avec les attentes du peuple Brésilien comme nous pourrions le constater dans le paragraphe ci-dessous.

2.6.Le Brésil confronté à la pandémie du coronavirus (Covid-19)

Étant donné que ce travail est beaucoup plus basé sur les aspects positifs de la Bolsa Familia, cet aspect de la Covid ne sera pas détaillé dans ce dernier car étant un domaine très vaste. Ainsi, quelques informations d'ordre général seront données afin d'avoir une idée sur la gestion de la crise sanitaire Covid-19 par Bolsonaro

2.6.1. Bref aperçu sur la maladie à coronavirus

La COVID-19 est une maladie causée par un coronavirus appelé SARS-CoV-2. L'OMS a appris l'existence de ce nouveau virus pour la première fois le 31 décembre 2019, lorsqu'un foyer épidémique de cas de pneumonie virale a été notifié à Wuhan, en République populaire de Chine.(33). Les symptômes les plus courants de la COVID-19 sont les suivants :

- Fièvre ; toux,
- Frissons ;
- Mal de gorge.

D'autres symptômes moins courants peuvent se manifester chez certains patients :

- Douleurs musculaires ; Écoulement nasal, nez bouché ou éternuements
- Fatigue ou fatigue intense ; maux de tête ; yeux endoloris ; vertiges ; toux nouvelle et persistante ; oppression thoracique ou douleurs thoraciques ; essoufflement ; etc. (33)

2.6.2. Gestion de la Covid-19 sous le lead de Jair Bolsonaro

Quelques années après l'élection de Bolsonaro, force est de constater que le pays traverse une situation sanitaire qu'on qualifierait de désastreuse suite au nombre très élevé de décès provoqués par la pandémie à coronavirus-19, appelée aussi Covid-19, crise sanitaire qui aggrave les inégalités.(34)

Plus de 4 000 morts par jour en début avril, plus de 350 000 morts depuis le début de la pandémie, ce qui classe le Brésil au deuxième rang mondial derrière les États-Unis en termes de décès dus à la Covid-19, des manifestations pour réclamer le début de la campagne de vaccination qui a démarré après celles des États-Unis et de l'Europe, des déclarations stupéfiantes du président Bolsonaro montrant son déni de la réalité sanitaire : « *La pandémie arrive à sa fin. Les chiffres l'ont montré. Nous avons actuellement une petite augmentation, ce qui s'appelle un petit rebond* » (entretien avec son fils, le député Eduardo Bolsonaro 20 décembre 2020) ou sa méfiance envers le vaccin : « Dans le contrat de Pfizer, c'est très clair : *“Nous ne sommes pas responsables de quelconques effets secondaires.” Si tu te transformes en crocodile, c'est ton problème* », ou encore « *Arrêtez de geindre !... Vous allez pleurer jusqu'à quand ?* » (5 mars 2021). (34).

Cette gestion de l'épidémie rappelle, en pire, celle de Donald Trump, qui, lui, a au moins pu financer la recherche d'un vaccin en allouant 11 milliards de dollars pour la recherche, le développement et l'achat de doses, ce qui permet une campagne de vaccination très active dont les premiers signes positifs, sans doute associés aussi à un meilleur respect des gestes barrières et du port du masque, apparaissent dès le mois de février avec un ralentissement des contaminations.

Cependant, faisant fi des réticences du président, la Cour suprême a rendu la vaccination contre la Covid-19 obligatoire, mais non « forcée ». Preuve que les institutions résistent encore aux foudres du président brésilien. (34).

Jair Bolsonaro, on le sait, est un fervent admirateur de Donald Trump, mais sa gestion de la crise n'a pas du tout été efficace et on serait tenté de dire que si Lula était Président, les choses seraient probablement mieux qu'avec Bolsonaro.

Ainsi, pour revenir sur quelques faits positifs qui nous pousseraient à penser que dans une certaine mesure la mise en œuvre de la Bolsa Família, pourrait être considérée comme une opportunité dans l'amélioration de certains indicateurs de la santé maternelle et infantile, nous

allons aborder ci-dessous au point 2.7 de ce travail certains aspects sanitaires en lien avec notre thématique.

2.7. Quelques indicateurs de la santé maternelle et infantile

Ces derniers seront plus développés dans la partie analyse descriptive de ce travail, et nous nous référerons aux indicateurs de santé qui sont suivis et monitorés au Brésil, mais en lien avec le programme Bolsa Familia tout en tenant compte de ceux, proposés par l'Organisation Mondiale de la santé (OMS).

Ainsi, nous avons retenu les indicateurs ci-dessous qui seront expliqués un peu plus loin tel que signalé ci-dessus. Nous citons :

- ✓ Mortalité maternelle
- ✓ Mortalité infantile
- ✓ Couverture vaccinale

L'étude de ces indicateurs considérera la période sous la présidence Lula en consultant les rapports réalisés par les agences spécialisées des nations unies.

Après les aspects sanitaires vus ci-dessus, nous allons aborder dans la partie suivante l'approche Bolsa Familia comme programme social visant à lutter contre les inégalités et l'extrême pauvreté.

CHAPITRE III : PROGRAMME BOLSA FAMILIA

3.1. Partie introductive

Afin de lutter contre la pauvreté et les inégalités sociales, le Brésil avait adopté une stratégie sociale mise en œuvre à travers des programmes dont le but était de résoudre les problèmes sociaux de sa population. Ainsi, les deux principaux sont : BPC (bénéfices de prestation continue) et Bolsa Familia (fonds familial, BFP).

Bolsa Familia contient plusieurs composantes, qui étaient autrefois administrées par des ministères distincts, allant de l'Éducation à la Santé, en passant par les Mines et l'Énergie. Quant aux programmes qui existaient autrefois ainsi que leurs ministères respectifs, nous citerons : Bolsa Escola (Éducation), Bolsa Alimentacao (Santé), Cartao Alimentacao, Fome Zero (Santé) et Auxilio Gas (Mines et Énergie). Cette différenciation sectorielle fonctionnelle présentait plusieurs inconvénients liés à la gestion et à la coordination des programmes (2)

« Bolsa Família », une politique sociale de transferts conditionnels de revenus qui cristallise de manière exemplaire le débat et l'expérience vécue de la pauvreté dans le contexte brésilien. On y explique comment les mécanismes de régulation de la pauvreté interagissent avec les pratiques locales de citoyenneté.

En effet, l'accès des pauvres aux droits sociaux et l'exercice de leurs droits politiques sont l'objet d'un processus de régulation par les valeurs familiales dans un contexte de fortes inégalités sociales.(35)

Au-delà du fait que l'aide sociale dépende de l'organisation familiale, la mise en œuvre du programme « Bolsa Família » se fait selon des règles informelles, reflétant les représentations sociales dominantes de la pauvreté au Brésil. De plus, l'octroi des allocations sociales dépend en partie de rapports personnels entre les bénéficiaires et les élus et les candidats politiques. Ces relations varient selon un répertoire d'évaluation des candidats politiques par les bénéficiaires du programme.(35)

La « Bolsa Família » peut aussi être considérée par les praticiens d'autres économies émergentes comme un programme pouvant être adapté à leur situation propre dans le cadre d'une mise en œuvre efficace et durable de la lutte contre la pauvreté et du changement social progressif.(2)

3.2. Contexte du concept Bolsa Familia

Bien que le sujet de notre travail cadre avec la Bolsa Familia, il existe une certaine similitude avec une autre approche qui est celle de "Bénéfices de prestation continue", que nous citons à titre informatif et non comparatif, car une étude comparative des deux n'est pas le but de ce mémoire. Ainsi ces deux programmes « Bénéfices de prestation continue (BPC) » et « Bolsa Familia (fonds familial, BFP) » atteignent leurs objectifs, à savoir la réduction de la pauvreté familiale et des inégalités grâce à un revenu minimum garanti (à court terme) en améliorant le capital humain dans l'éducation et la santé afin d'éviter le transfert intergénérationnel de la pauvreté et donc des inégalités aussi.

Ces derniers n'ont pas de conséquences négatives sur les mesures d'incitation au travail et les cotisations au système de pension, et que leur impact sur le budget national est gérable(2)

Une analyse de Bolsa Familia réalisée par la Banque mondiale le félicitait pour son approche décentralisée et le recommandait à d'autres pays (Lindert, et al, 2007)(2).

Le programme Bolsa Familia aborde les problèmes en imposant des conditions aux bénéficiaires, si bien que les allocations sont subordonnées à l'accès continu aux investissements publics dans l'éducation, la santé maternelle et le développement de l'enfant. Les enfants doivent aller et rester à l'école, les femmes enceintes doivent avoir accès aux services médicaux prénataux et postnataux et le travail des enfants est surveillé. (2)

3.3. Objectifs visés par la BOLSA FAMILIA

Le président Lula encourageait activement le programme Bolsa Familia, et ses idées furent soutenues par son successeur la présidente Dilma Rousseff, qui réussit avec l'aide de son gouvernement à introduire en juin 2011, un vaste plan social de plusieurs milliards de dollars, intitulé « Brazil sem Miséria » (Le Brésil sans misère) qui devrait prendre fin en 2014.(36)

Ce financement venait compléter le programme Bolsa Familia (BFP) et ciblait 16 millions de citoyens vivant dans l'extrême pauvreté, promettant de l'éliminer en quatre ans. Cependant, les problèmes continus de corruption, qui débouchèrent sur des démissions de ministres et de hauts fonctionnaires, les pressions budgétaires grandissantes et la baisse des exportations due à la devise forte, qui menaçait aussi les emplois, étaient autant de facteurs qui nuisirent à la lutte contre la pauvreté et au changement social progressif, pourtant nécessaires (The Economist, 20-26 août 2011 : 36-7).

Le programme a un caractère certes social mais il a des conditions qui dans une certaine mesure peuvent limiter son accès, ce que certains ne trouvent pas intéressant parce qu'étant un programme social, il ne fallait pas qu'il y ait des mesures restrictives. Il y en a qui ont été assez critiques et l'ont qualifié d'« action de charité pour les mendiants » (Andrews, 2004 ; Hall, 2006 : 707) ,cependant quelques conditions d'accès le rendent quand même contraignant d'une part et limitatif. Cependant cela se fait quand même pour une cause noble car le respect de ces dernières font qu'il y ait une possibilité d'entraîner des bienfaits sur l'éducation des enfants mais aussi sur la santé maternelle et infantile, ce qui est aussi un effet très bénéfique et qui pourrait réduire les effets pervers de certaines aides pour la communauté.(2).

Conditions pour bénéficier du programme :

« Les enfants doivent aller et rester à l'école, les femmes enceintes doivent avoir accès aux services médicaux prénataux et postnataux et le travail des enfants est surveillé ». par ailleurs, le programme a permis au pays de développer des mécanismes de coordination et d'intégration stratégiques et opérationnelles, horizontalement, à l'échelle des secteurs et des fonctions, comme l'éducation, la santé, la protection sociale des enfants et leur développement, et verticalement, à l'échelle des différents niveaux de gouvernement.(2).

Donc avec ce qui précède, on se rend compte que le programme a des limites, qu'on appellerait « conditions d'accès au programme ».

3.4. Mise en œuvre du programme Bolsa Familia

Le programme « *Bolsa Familia* » (BFP) a été initié par le gouvernement fédéral brésilien en 2004 et comprend « *Fome Zero* » (Zero Hunger/Famine zero) qui est une stratégie ou politique publique qui vise à garantir les droits humains en assurant une nutrition suffisante et appropriée à la population. Ce programme promeut la sécurité alimentaire et nutritionnelle en essayant de protéger les couches de la population qui sont les plus vulnérables et par conséquent qui sont touchées par la famine. Une Subvention Familiale est accordée en fonction du revenu familial par personne (évaluée au Real brésilien équivalant à 60 Euros), et du nombre, ainsi que de l'âge des enfants. La subvention accordée à la famille lui permet de réaliser des bénéfices pouvant varier de 14 à 105 Euros (données basées sur l'évaluation d'avril 2011, <http://www.mds.gov.br/bolsafamilia/noticias>, consulté le 25/08/2011). (9)

Le programme exécuté comporte trois domaines ou axes principaux : à savoir le transfert de revenus, les facteurs conditionnels et les programmes complémentaires. Selon le ministère du Développement social (MDS, 2011), le transfert de revenus vise à promouvoir une réduction immédiate de la pauvreté ; les facteurs conditionnels (ou limitants) renforcent l'accès aux droits sociaux fondamentaux dans les domaines de l'éducation, de la santé et de l'assistance sociale ; tandis que les programmes complémentaires, quant à eux, visent le développement familial, afin que les bénéficiaires puissent sortir de leur situation de vulnérabilité. (9)

Le système de gestion de Bolsa Familia est fortement décentralisé et partagé entre l'Union, les États fédérés et les municipalités. Ces trois entités fédérales travaillent ensemble pour coordonner, étendre et contrôler l'exécution du programme. La liste des bénéficiaires est publique et accessible à tout citoyen (MDS, 2011).

Les conditions qui garantissent l'accès à la subvention financière du BFP sont les suivantes :

- a) le suivi des carnets de vaccination, de croissance et du développement des enfants de moins de sept ans ;
- b) les femmes âgées de 14 à 44 ans doivent également se soumettre à des examens médicaux et, si elles sont enceintes ou allaitantes, elles doivent assister aux séances de consultations prénatales et subir des examens médicaux pour leur santé et celle du bébé ;
- (c) tous les enfants et adolescents entre 6 et 15 ans doivent être inscrits dans une école et assister à un minimum de 85 % des cours programmés par mois ;
- (d) les étudiants âgés de 16 à 17 ans doivent avoir témoigné d'une présence aux cours ou d'une assiduité minimale de 75 % ;
- (e) les enfants et les adolescents (jusqu'à 15 ans) exposés au risque de travail des enfants ou ceux récupérés ou intégrés dans par le programme d'éradication du travail des enfants doivent participer aux services d'insertion et de renforcement des liens et assister à au moins 85 % des cours programmés par mois

Les critères de sélection pour participer au BFP sont basés *sur le revenu familial par habitant et la répartition des bénéfices sur l'ensemble du pays*. Bolsa Família sélectionne les familles sur la base des informations fournies par les municipalités au Registre unique des programmes sociaux (MDS, 2011). Les personnes inscrites sont sélectionnées au moyen « *d'un processus automatisé* » et l'inscription n'implique pas automatiquement l'accès (obligatoire) immédiat de la famille au programme.(31)

La proposition de facteurs conditionnels garantit que les familles bénéficiaires s'engagent à améliorer leur accès aux droits sociaux fondamentaux. Et dans ce sens, ces facteurs conditionnels ne sont pas punitifs ; mais ils visent plutôt à accroître les possibilités des bénéficiaires à manifester leur citoyenneté. Ainsi donc, la stratégie est d'aider à empêcher ces familles à ne pas se retrouver dans une situation d'exclusion par suite du non-respect des conditions exigées pour le programme. Les familles peuvent voir leurs subventions bloquées, suspendues ou annulées lorsque leurs chances de renverser la situation sont épuisées. (9)

3.5. Bolsa Familia : une approche pour la réduction de la pauvreté et des inégalités

Certes qu'il y a eu des changements de régime politique ainsi qu'une grande croissance économique, mais les indicateurs qui les mesurent, tels que le coefficient de Gini, sont restés statiques entre les années 1970 et 1990.(37). Au niveau de développement du pays, en mesurant par exemple le revenu par habitant, on constatait que la proportion de pauvres était relativement élevée, révélant ainsi un pays plus injuste que pauvre. (37)

Cependant au cours de la première décennie du second millénaire, période qui coïncide avec le président charismatique Lula, on a assisté à une réduction graduelle et constante des inégalités de revenus qui, associée à la croissance économique, a réduit la pauvreté au Brésil de façon significative.(3,37)

Selon Soares (2010), les deux tiers de la baisse récente des inégalités de revenus peuvent être expliqués par l'amélioration des revenus du travail, *liée à « une augmentation significative du salaire minimum », le dernier tiers étant lié « aux programmes de transferts de revenus vers les plus pauvres »*.(37).

A partir du milieu des années 1990, le gouvernement a commencé à chercher une meilleure réponse aux problèmes des plus vulnérables en se focalisant sur les programmes de transfert conditionné de revenu. L'exigence de contreparties incluse dans ces derniers est devenue la référence pour les actions gouvernementales dans leur politique de combat contre la pauvreté(37).

Au moment de son lancement en 2003, le programme Bolsa Familia a profité à 3,6 millions de familles (soit 14,4 millions de personnes) avec un financement de 3,4 milliards de Réais, soit seulement 1,6% des dépenses sociales (représentant 0,5% du PIB) selon les données du ministère du Développement social et de la Lutte contre la faim et du ministère de la Planification, du Budget et de la Gestion. Le programme, qui visait les plus pauvres, s'est

rapidement développé, la couverture des bénéficiaires a augmenté, et a eu un impact significatif sur les inégalités de revenu et la pauvreté au Brésil.(37)

Les programmes de transfert conditionné de revenu du type Bolsa Familia représentent une importante innovation dans la politique sociale brésilienne en ce sens que celle-ci n'a pas seulement pour objectif d'alléger la pauvreté avec le transfert de revenus mais aussi de combattre ses causes à l'aide de conditionnalités qui génèrent des incitations à des investissements en capital humain. Selon Pero et Szerman (2010), cette conception, qui déplace l'accent de l'assistance sociale vers le développement social, est la caractéristique d'une nouvelle génération de programmes sociaux. Le programme Bolsa Familia s'appuie ainsi sur le transfert de revenus, les conditionnalités et les programmes complémentaires. Les transferts de revenus permettent de lutter contre la pauvreté de façon immédiate, alors que les conditionnalités cherchent à renforcer l'accès aux droits sociaux de base dans les domaines de l'éducation, la santé et l'assistance sociale. (37)

Le Brésil a été le premier pays d'Amérique latine à mettre en place un programme de transfert conditionné de revenus avec le programme Bolsa Escola en 1995. Celui-ci a servi de base pour la conception d'autres programmes dans la région. Cet article décrit l'évolution récente des politiques publiques de lutte contre la pauvreté à travers les programmes de transfert conditionné de revenus au Brésil, les problèmes rencontrés et les défis de l'avenir.

L'expérience brésilienne est intéressante en raison des défis d'un pays aussi grand et diversifié et par le fait que de tels programmes sont le résultat d'un processus d'apprentissage dans la conduite de la politique sociale plutôt que l'option idéologique d'un Etat néolibéral comme l'avait suggéré le débat des années 1990 sur ce sujet. Par ailleurs, bien que les ressources du programme Bolsa Familia ne représentent qu'un faible pourcentage du PIB, celui-ci s'avère efficace dans la mesure où l'on observe une diminution significative des inégalités et de la pauvreté au Brésil au cours de la période d'augmentation de la couverture et des avantages.

Les aides sont allées de manière croissante dans différentes villes du Brésil jusqu'à hauteur de plusieurs millions de réais (monnaie brésilienne). Voir l'annexe (Aides versées, Fig.6)(38)

Une réduction sensible de la pauvreté a été constatée avec les transferts sociaux, même si encore modestes. L'ampleur de la pauvreté au Brésil était évaluée à 35 % de la population en 1999. Elle a nettement décliné ensuite : 26,9 % en 2006, 25,1 % en 2007 selon la PNAD (Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios). La baisse est donc incontestable et elle a eu lieu surtout pendant la présidence de Lula.(32)

3.6. Modèle de programme similaire à BOLSA FAMILIA en dehors du Brésil

Le programme de transfert conditionné de revenu du type Bolsa Familia, lequel contraste avec les méthodes habituelles de distribution d'aides, n'est pas une stratégie appliquée seulement au Brésil mais également dans d'autres pays dans le monde.(2,3)

Depuis les années 1990, au-delà du Brésil, beaucoup de programmes de transferts de revenus ont été initiés dans plusieurs autres pays à travers le monde, dont quelques exemples cités ci-dessous : au Mexique où il existe « PROGRESA » connu aussi sous le nom de « OPORTUNIDADES », en Colombie, il existe « FAMILIAS EN ACCION », tandis qu'au Chili, il existe « SUBSIDIO UNITARIO FAMILIAR », et au Nicaragua, c'est « RED DE PROTECCION SOCIAL ». En Argentine, nous citerons « JEFES DE HOGAR », tandis qu'en Equateur il existe « BONO DE DESARROLLO HUMANO ». (3). Cette liste n'est pas exhaustive.

Cette approche sociale de transfert conditionné de revenu en faveur des familles, exploite *un principe focalisé sur le développement du capital humain*. Il faut donc investir dans l'homme pour espérer à un avenir meilleur, investir dans l'enfant ou mieux dans les jeunes car ils constituent un potentiel humain sur lequel il est bon d'agir dans le but de casser la transmission intergénérationnelle de la pauvreté. Donc il faut arriver à casser la chaîne des inégalités et de la misère sociale grâce à une participation active dans l'éducation et dans les services de santé.

En jetant un coup d'œil rapide sur le programme mexicain « *Oportunidades* », le constat immédiat fait état d'une différence dans son mode de gestion et de coordination en le comparant au modèle brésilien « Bolsa Familia », bien que cela ne soit pas l'objectif de ce travail. Ainsi avec *Oportunidades*, le gouvernement fédéral mexicain est le principal gestionnaire, tandis que dans le système brésilien, le management est nettement plus décentralisé : il appartient aux trois niveaux de gouvernement (fédéral, Etat et municipal), ainsi qu'à la société civile et au secteur privé. Tous interagissent car ils sont conjointement impliqués dans la mise en œuvre du programme. Vu de cette manière, il y a lieu de tirer de la mini analyse réalisée, une conclusion qui serait orientée dans le sens de soutenir l'hypothèse selon laquelle Lula serait davantage considéré comme un défenseur des pauvres, que le Président Fox du Mexique.

Avantages ou expérience de Bolsa Familia : Comparaison Mexique versus Brésil

Sur base de la littérature exploitée, il apparaît que le Mexique est davantage tributaire des envois d'argent des émigrés que des transferts d'argent assortis de conditions, financés par l'État, alors que c'est l'inverse au Brésil. Les envois de fonds au Mexique s'élevaient à US\$ 22,6 milliards, contre à peine US\$ 4,3 milliards pour le Brésil (Banque mondiale, 2011). L'on ne connaît pas l'importance relative des envois de fonds et des transferts d'argent assortis de conditions dans la réduction de la pauvreté et de l'inégalité. Nous pensons cependant que les envois de fonds importants et en hausse peuvent éviter aux gouvernements de devoir puiser dans les finances publiques, par exemple, dans le cadre des CCT, pour lutter contre la pauvreté et les inégalités(2)

3.7. Quelques retombées positives de Bolsa Familia dans la communauté

En nous référant à la littérature exploitée, nous avons constaté qu'il y a eu plusieurs conséquences positives qui pourraient être considérées comme impacts de ce programme dont quelques-uns sont repris ci-dessous(18) :

Secteur d'Impact « Éducation »

- Réduction du taux de redoublement scolaire
- Amélioration des taux de progression
- Diminution de la distorsion âge/grade
- Augmentation de la fréquentation à l'école secondaire

Secteur d'Impact « Santé et nutrition »

- Effets positifs sur l'utilisation des services de santé, notamment pour les soins prénataux.
- Augmente la consommation alimentaire, améliore les mesures anthropométriques des enfants et diminue l'anémie.
- L'expansion de la BF est corrélée à la baisse des taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans (Réduction de 58,2 % et de 46,3 % des taux de mortalité par malnutrition et par maladies diarrhéiques, respectivement).(18)
- L'expansion de la BF est également corrélée à une moindre incidence des suicides et des homicides et à une réduction significative des nouveaux cas de tuberculose et de lèpre.
- Il est prouvé que la BF contribue à améliorer considérablement les résultats en matière de santé chez les pauvres au Brésil.

Secteur d'Impact « Marché du travail »

- Réduction du temps consacré aux travaux domestiques pour les filles

- Résultats mitigés, mais de faible ampleur, sur la participation au marché du travail et les heures de travail, avec des effets plus marqués pour les femmes ayant des enfants.

Secteur d'Impact « Pauvreté /Inégalité »

- Impact pertinent sur la réduction de la pauvreté : réduire la pauvreté de 15 % et l'extrême pauvreté de 25 %.

- Effets positifs sur les inégalités - les décompositions du coefficient de Gini suggèrent que le programme est responsable de 10% de la réduction des inégalités entre 2001 et 2015. Effet multiplicateur du PIB

Au-delà de tous les avantages abordés dans les parties précédentes de ce travail, il y en a d'autres dans le monde essentiellement agricole et donc rural.

Le Brésil est essentiellement urbain : 80 pour cent de la population réside dans des zones urbaines. Même si la population rurale a tendance à être plus pauvre, les évolutions dans l'agriculture et le négoce agricole, en particulier dans les États du centre-ouest, ont modernisé les campagnes et contribué à combler l'écart de revenus entre les zones rurales et les zones urbaines. Depuis la crise financière de 2008- 9, l'économie est à nouveau en croissance, le chômage est faible (environ 6 pour cent) et des millions de Brésiliens participent à présent activement à l'économie, (2)

Afin de se rendre compte des effets bénéfiques de la Bolsa Familia sur la santé maternelle et infantile, quelques rapports ont été consultés pour observer l'évolution des indicateurs de santé pendant la mise en œuvre du programme de transfert de revenus au Brésil. Ces aspects sont abordés dans la partie ci-dessous.

CHAPITRE IV : ANALYSE DESCRIPTIVE DE QUELQUES INDICATEURS DE LA SANTE MATERNELLE ET INFANTILE DANS UN CONTEXTE DE L'APPROCHE BOLSO FAMILIA EN SE REFERANT SUR 2 RAPPORTS DES AGENCES DES NATIONS UNIES

Justification du choix des indicateurs :

En consultant les informations reprises dans les précédents paragraphes de ce travail, on s'aperçoit que dans le programme Bolsa familia, plusieurs indicateurs peuvent être suivis et évalués. Certains sont en lien avec la scolarité des enfants, tandis que d'autres peuvent être rattachés au travail forcé dont les jeunes adolescents sont victimes ; et par là on voit le travail illégal des enfants. D'autres encore ont un lien avec la santé maternelle et infantile. C'est donc cet aspect sanitaire qui nous intéresse le plus dans le cadre de notre étude et celui vers lequel notre attention se focalisera le plus.

Ces indicateurs, que nous appellerons aussi outils ont été choisis sur base des aspects mis en exergue dans ce travail et leur importance au niveau tant mondial que du pays d'étude, qui est le Brésil. Ainsi, la mortalité maternelle par exemple est un indicateur qui est fortement suivi et constitue une des cibles des ODD dont l'ambition mondiale est de mettre fin aux décès maternels évitables d'ici 2030. Cette vision universelle est exprimée à travers les nations unies dans ses objectifs de développement durable. De ce fait, on peut dire qu'il est toujours urgent que la santé et la survie des mères restent une priorité principale dans l'agenda mondial de la santé et du développement.(39)

Restant dans le contexte du domaine sanitaire, il y a aussi la vaccination, qui est l'une des conditions pour bénéficier de la « Bolsa Familia ». Elle est très importante pour le bien-être des enfants et de leurs parents et par conséquent de toute la population. Ce volet important constitue tout un programme dans plusieurs pays, y compris le Brésil, et est l'objet de toute une politique sanitaire car des preuves irréfutables démontrent les avantages de la vaccination comme l'une des interventions de santé les plus efficaces et rentables connues. (40)

Au cours des dernières décennies, la vaccination a permis beaucoup d'avancées, telle que l'éradication de la variole, qui constitue, une réalisation considérée comme l'un des plus grands triomphes de l'humanité. Les vaccins ont sauvé d'innombrables vies, abaissé l'incidence mondiale de la polio de 99 % et réduit, les maladies, les infirmités et la mort liées à la diphtérie, la coqueluche, la rougeole, l'infection par *Haemophilus influenzae* de type b, au tétanos, et aux épidémies de méningites à méningocoques.(40)

Par ailleurs, la vaccination constitue une composante essentielle du droit humain à la santé et une responsabilité individuelle, collective et gouvernementale, et doit être reconnue comme telle. On estime qu'elle réduit la mortalité infantile et prévient chaque année 2,5 millions de décès. À l'abri des maladies évitables par la vaccination, les enfants vaccinés peuvent grandir dans de bonnes conditions et développer pleinement leur potentiel. Ces avantages sont encore majorés par les vaccinations à l'adolescence et à l'âge adulte. (40)

Donc au vu de tout ce qui précède, on ne peut que saluer les initiateurs de la Bolsa Familia, d'avoir intégré le respect de la vaccination des enfants comme l'une des conditions d'accès à ce programme social de réduction et de lutte contre la pauvreté.

Ainsi lorsque les enfants sont vaccinés, cela contribue efficacement à la meilleure santé de la population, ce qui pousserait à dire qu'une bonne couverture vaccinale est un facteur de succès pour une meilleure santé des enfants d'une part et de la population entière d'autre part. (40)

Les observations reprises ci-dessous, à partir des données tirées des rapports de santé de l'OMS en partenariat avec les autres agences spécialisées des nations unies, montrent à suffisance de manière descriptive qu'il y a eu des grandes avancées du point de vue sanitaire pendant la période de la mise en œuvre de la Bolsa Familia.

4.1. Rapport mortalité maternelle (RMM)1990-2015

Evaluation de certains indicateurs :

Tableau 1 : Évolution des estimations du rapport de mortalité maternelle (RMM : décès maternels pour 100 000naissances vivantes) et progrès vers la réalisation de l'OMD 5A, Brésil, 1990-2015.(41)

Pays : Brésil											
	RMM PAR ANNEE										
Année	1990	1995	2000	2005	2010	2015	ERMM (%)	EAMRRM (%)	Es I	Es S	Progrès vers l'OMD 5A
Valeur	104	84	66	67	65	44	57,7	3,5	2,5	4,5	En progrès

(Estimations de l'OMS, l'UNICEF, l'UNFPA, le Groupe de la Banque mondiale et la Division de la population des Nations Unies).(41)

Légende : RMM : rapport mortalité maternelle (sur 100.000 naissances vivantes)

EAMRRM : Évolution annuelle moyenne du RMM entre 1990 et 2015, en %

ERMM : Évolution du RMM entre 1990 et 2015, en %

Es I : Estimation Inférieure

Es S : Estimation Supérieure

En analysant le tableau ci-dessus, on constate qu'au fil du temps il y a une nette réduction de la mortalité maternelle sur le nombre de naissances vivantes en partant de la période de 1990 à 2015.

Ainsi en essayant de suivre l'évolution de la situation de la mortalité maternelle sur chaque période quinquennale, on constate ce qui suit :

1^{er} quinquennat (de 1990 à 1995) : la régression de la mortalité maternelle est de l'ordre de 19,23% car on est passé du chiffre de 104 décès maternels sur 100.000 naissances vivantes en 1990 à 84 décès maternels sur 100.000 naissances vivantes en 1995. Cette réduction n'est qu'une expression des efforts fournis par le système de santé brésilien.

2^{ème} quinquennat (de 1995 à 2000) : la réduction de la mortalité maternelle est de 21,43 % car le pays passe de 84 décès maternels sur 100.000 naissances vivantes en 1995 à 66 décès maternels sur 100.000 naissances vivantes en 2000, soit deux ans avant la prise du pouvoir par Lula, avant de céder le bâton de commandement de la magistrature suprême de la nation à sa dauphine Dilma Van Rousseff pour la continuité du pouvoir de 2011 à 2016, laquelle mènera la politique du pays dans la vision de son mentor.

3^{ème} quinquennat (de 2000 à 2005) : Au vu des chiffres rendus disponibles par le rapport de l'OMS en collaboration avec la Banque mondiale et le fonds des nations unies pour la population (UNFPA), on constate plutôt une légère augmentation de l'ordre de 1,52% des décès maternels, car on part de 66 décès maternels sur 100.000 naissances vivantes en 2000 à 67 décès maternels sur 100.000 naissances vivantes en 2005. Ce qui n'est nullement un bon signal pour le système de santé de pays. Cela est une faiblesse.

4^{ème} quinquennat (de 2005 à 2010) : partant de 67 à 65 décès maternels sur 100.000 naissances vivantes de 2005 à 2010, le pays réalise une régression de la mortalité maternelle de l'ordre de 2,99 %. Ce chiffre traduit un léger progrès dans le système de santé, lequel sera plus visible avec le cinquième quinquennat.

5^{ème} quinquennat (de 2010 à 2015) : cette période se caractérise par une nette réduction de la mortalité maternelle de l'ordre de 32,31% car les chiffres sont tels que : de 65 décès maternels sur 100.000 naissances vivantes en 2010, on atteint 44 décès maternels sur 100.000 naissances vivantes en 2015. Cette période correspond avec la fin du mandat de Lula en janvier 2011 et de la continuité de l'exercice du pouvoir par Dilma Van Rousseff, jusqu'en 2016.

Ainsi dans un aperçu général, en comparant la période d'avant Lula à celle de pendant Lula, avec la continuité de Dilma Van, on peut se dire que les deux phases temporelles s'expriment par des résultats sanitaires assez proches, traduisant le fait que ce problème de santé publique attirait l'attention des différents dirigeants du pays avec des approches ou des stratégies qui pouvaient être probablement différentes mais avec des points de convergences car de part et d'autres des efforts sont fournis au vu des chiffres disponibles consultés. Ainsi, on a de manière globale une baisse de la mortalité maternelle de 36,54% pour la période avant Lula et 34,33% pour la phase suivante, tout en sachant que la chose la plus intéressante est que ces progrès sont constatés pendant la mise en œuvre de la Bolsa Familia

Mais de manière générale, en prenant toute la période évaluée soit de 1990 en 2015, on se rend compte que la réduction de la mortalité maternelle est estimée à 57,7% sur une période de 25 ans. Ce qui est très visible dans le graphique ci-dessous où on observe la variation de la mortalité maternelle au fil du temps.

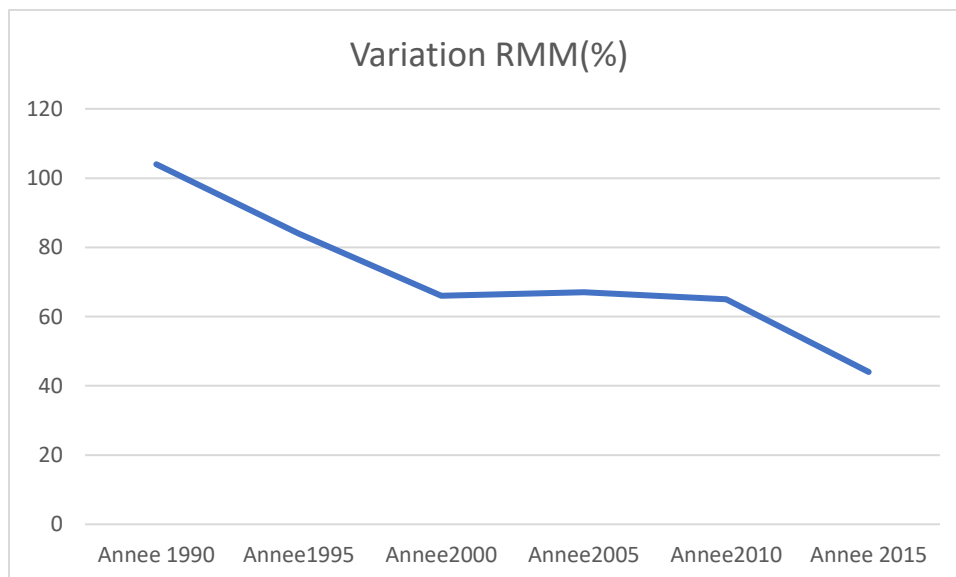


Figure 2. Variation dans le temps de décès maternels pour 100000 Naissances vivantes de 1990 à 2015 au Brésil à partir des données du rapport OMS/UNICEF/UNFPA/BM.(41)

Afin de soutenir les idées évoquées dans la réflexion ci-dessus, une autre source a été consultée pour le même pays et les observations faites sont telles que le Brésil a fourni des efforts considérables dans le sens de la réduction de la mortalité maternelle. Ici les données analysées couvrent la période allant de 2000 à 2017, laquelle couvre les deux mandats successifs de Lula (soit de 2003 à 2010).(39)

4.2. Rapport « ÉVOLUTION DE LA MORTALITÉ MATERNELLE 2000-2017 »

Un des aspects intéressants ici est que la période prise en compte dans le rapport englobe celle concernée par notre mini analyse c'ad pendant le mandat de Lula.

Ci-dessous quelques données partagées dans le tableau 2.

Tableau 2 : Évolution des estimations du taux de mortalité maternelle (TMM : nombre de décès maternels pour 100 000 naissances vivantes), entre 2000 et 2017

Pays : Brésil									
	EsPTMM					EGTMM (%)	EsPTAMR		
Année	2000	2005	2010	2015	2017		Borne Inférieure de l'IC	EsPTAMR	Borne Supérieure de l'IC
Valeur	69	71	65	63	60	13	0,7	0,9	1,1

Légende :

EGTMM (%) : Évolution globale du TMM entre 2000 et 2017

EsPTMM : Estimations ponctuelles du TMM

EsPTAMR : Estimation ponctuelle du taux annuel moyen de réduction (TAR) et intervalle confiance pour le TAR entre 2000 et 2017 (IC à 80 %) (%)

IC : intervalle de confiance

Partant des données chiffrées disponibles dans le tableau 2, ci-dessus, il se dégage les constats suivants :

1^{er} quinquennat (de 2000 à 2005) : il n'y a pas eu de réduction de la mortalité maternelle mais bien au contraire une augmentation de cet indicateur, comme c'était le cas dans l'étude précédente reprise au point (4.1) même si ces valeurs sont différentes. Mais le constat est le

même « augmentation de la mortalité maternelle ». Ici, on passe de 69 décès maternels sur 100.000 naissances vivantes en 2000 à 71 décès maternels sur 100.000 naissances vivantes en 2005. Donc un accroissement de 2,82% de décès alors que dans le rapport précédant, la majoration était de 1,52%.

2^{ème} quinquennat (de 2005 à 2010) : ici, il y a une réduction de la mortalité maternelle car les valeurs de l'indicateur monitorée passent de 71 décès maternels sur 100.000 naissances vivantes en 2005 à 65 décès maternels sur 100.000 naissances vivantes en 2010. Soit une réduction de 8,45 %, donc les mamans sont moins décédées pendant cette période et cela est la traduction des efforts déployés dans le système de santé.

3^{ème} quinquennat (de 2010 à 2015) : passant de 65 décès maternels sur 100.000 naissances vivantes en 2010 à 63 décès maternels sur 100.000 naissances vivantes en 2015, cela traduit une réduction de décès de l'ordre de 3,1%. Ce qui montre un autre progrès réalisé dans le système de santé.

Quant aux deux années qui ont suivi, soit en 2017, le constat est tel que la réduction de décès maternels était de l'ordre de 4,8%.

Ainsi de manière globale pour toute la période couverte par le rapport, on peut dire que la réduction partant de 2000 à 2017 a été de l'ordre de 13,04 %.

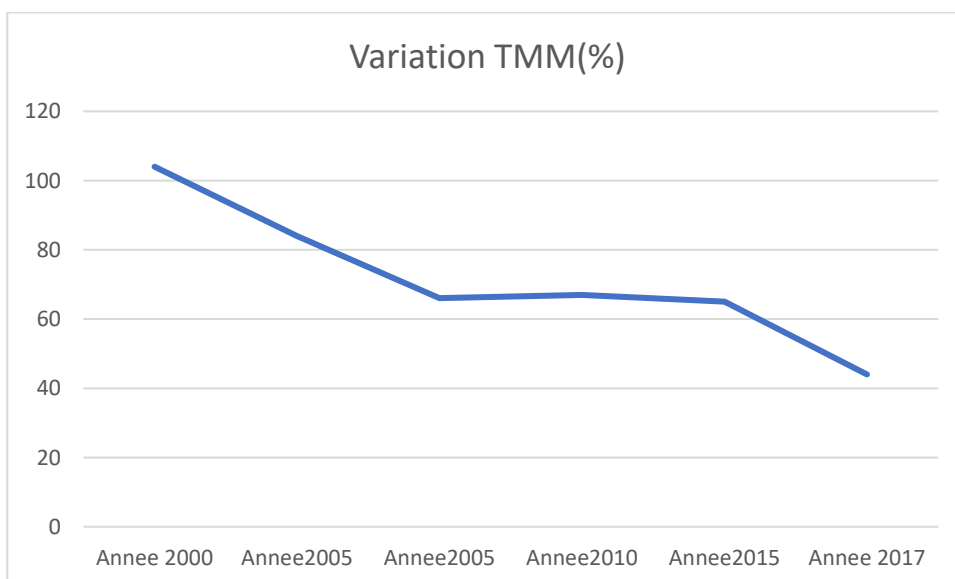


Figure 3 : Variation dans le temps du taux de mortalité maternelle (TMM, nombre de décès maternels pour 100 000 naissances vivantes), entre 2000 et 2017 à partir des données du rapport.(39)

4.3. Mortalité des enfants de moins de 5 ans (pour 1000 naissances vivantes) :

La base de données de l'OMS donne les chiffres suivants (42) :

2002 : 30 pour 1000

2006 : 23 Pour 1000

2010 : 19 pour 1000.(42)

Ainsi, l'évolution de la mortalité infantile se présente dans le sens de sa réduction. On constate que de l'année 2002 à 2010, il y a eu une nette diminution de cet indicateur qui permet de monitorer les performances réalisées dans la prise en charge de la santé infantile. Les chiffres sont passés de 30 à 19 décès des enfants de moins de 5 ans sur 1000 naissances vivantes pour la période allant de 2002 à 2010, soit une réduction de la mortalité infantile de l'ordre de 36,67%, ce qui est une grande performance réalisée dans le système de santé brésilien, sous la présidence de Lula. Le graphique ci-dessous (fig.3) représente de manière assez claire la performance précédemment évoquée.(42)

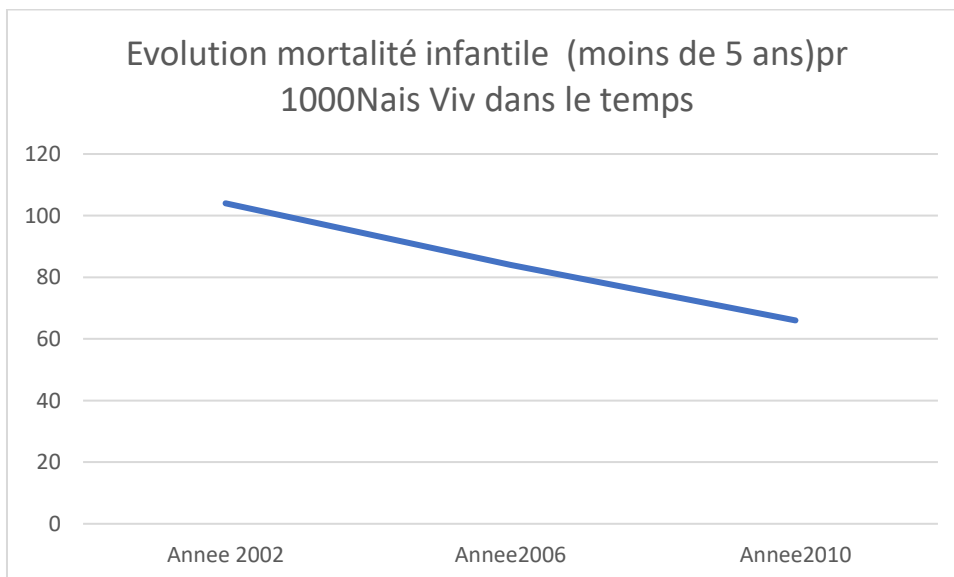


Figure 4 : Evolution dans le temps de la mortalité infantile (enfants de moins de 5 ans) : décès des enfants de moins de 5 ans pour 1000 naissances vivantes (Nais Viv), entre 2002 et 2010.

4.4. Quelques données vaccinales :

Les données vaccinales présentées dans les tableaux ci-dessous essaient de retracer les chiffres obtenus pour la vaccination de routine. Elles sont tirées des rapports des travaux de l'Organisation panaméricaine de la Santé (OPS), tenus lors de son cinquante quatrième conseil directeur en septembre 2015. Pendant les assises de cette rencontre, les États Membres ont approuvé une résolution visant à adopter le Plan d'action régional pour la vaccination (RIAP, d'après le sigle anglais) en tant que cadre directeur relatif à la vaccination dans les Amériques. Le but du RIAP est de continuer à renforcer les progrès accomplis dans la Région, ainsi que de cerner et de surmonter les défis auxquels les pays des Amériques doivent actuellement faire face en matière de vaccination. (23)

Etant donné que la région panaméricaine a toujours utilisé la vaccination comme un élément catalyseur pour concentrer ses efforts visant au renforcement des systèmes de santé et dans le même temps atteindre son objectif d'élimination des maladies évitables par la vaccination. (43)

Partant de ce qui précède, les informations à analyser sur le pays concerné par notre étude porteront sur quelques aspects de la couverture vaccinale du nourrisson pour l'année 2015, quelques données de morbidité en lien avec les vaccins concernés par cette même période, la gestion et le financement du programme, et enfin un petit aperçu sur la surveillance épidémiologique de la paralysie flasque aiguë (PFA).

1. Couverture vaccinale notifiée(23)

Tableau 3. Couverture vaccinale notifiée

Localisation géographique	Pourcentage de couverture											Pourcentage de municipalités avec une couverture vaccinale \geq 95% DTC3 2015
	BCG 2015	HepB 2015	Polio3 2015	< 1 an		Taux d'abandon DTC1-3 2015	Rotavirus 2015	PCV3 2015	1 an		ROR2 2015	
				DTC1 2015	DTC3 2015				DTC4 2015	ROR1 2015		
Amérique latine	97	87	91	96	90	6,5	85	87	82	94	83	44
Brésil	100	91	98	97	96	0,6	94	94	86	96	80	63

Légende :

BCG : Bacille Calmette-Guérin (vaccin contre la tuberculose)

Polio3 : troisième dose de vaccin contre la poliomyélite (vaccin polio oral ou vaccin antipoliomyélitique inactivé)

DTC1 : première dose de vaccin contre la diphtérie, le tétanos et la coqueluche (comme vaccin anti-DTC ou vaccin contenant DTC)

DTC3 : troisième dose de vaccin anti-DTC (comme vaccin anti-DTC ou autre vaccin contenant DTC)

Rotavirus : dernière dose de vaccin antirotavirus

PCV3 : troisième dose de vaccin conjugué antipneumococcique

DTC4 : première dose de rappel après la vaccination primaire consistant en 3 doses de vaccin anti-DTC (comme vaccin anti-DTC ou vaccin contenant DTC)

ROR1 : première dose du vaccin contre la rougeole, les oreillons et la rubéole

ROR2 : deuxième dose de vaccin ROR (lorsqu'il est offert par le programme systématique)

SRC : syndrome de rubéole congénitale

Hib : Haemophilus influenzae de type b

HepB : Hépatite B

TNN : Tétanos néo natal

GTCV : Groupe Technique Consultatif sur la Vaccination

ESAVI : événement supposé attribuable à la vaccination ou à l'immunisation

Les données reprises dans le tableau 3, ci-dessus, traduisent l'importance que le pays accorde à la vaccination avec plusieurs couvertures vaccinales qui sont supérieures à 95%, d'une part mais surtout supérieures à celles de toute l'Amérique latine réunie d'autre part. Cependant il est à signaler que la couverture ROR2 est de 80% donc inférieure à celle de la région panaméricaine dans l'ensemble, c'est-à-dire tous les chiffres réunis qui est à 83%.

Quant au taux d'abandon DTC1-3, celui du pays est inférieur à celui de la région, soit de 0,6% contre 6,5%, donc un peu plus de dix fois plus faible que celui de l'espace panaméricain. Cela n'est qu'un des signes qui traduisent le ferme engagement du pays dans le programme de

vaccination, donc beaucoup d'efforts sont fournis pour une meilleure santé de la population, ce qui porte à croire qu'un soutien efficace est apporté au système de santé du pays.

Par ailleurs une couverture BCG de 100%, montre que des grands moyens et efforts sont mis à profit pour la lutte contre la tuberculose. Sachant qu'elle est « une maladie de la pauvreté » et qu'une grande partie de la population en est porteuse sans qu'elle s'exprime et est dans une part variable selon les pays, selon le Dr Rochefort qui rappelle que même en France, qui pourtant classée parmi les pays développés, la maladie y est présente.(44)

Ainsi, le Brésil en mettant sur pied le programme Bolsa Familia, une stratégie de lutte contre la pauvreté assortie des conditions visant à promouvoir la vaccination où on constate que la couverture est de 100%, la conséquence future normale est la réduction de l'incidence et la prévalence de cette maladie, donc il y a lieu de croire fermement que cette politique sociale constitue un des moyens de la matérialisation ou de la concrétisation des actions menées par le gouvernement qui ne fait qu'exécuter les prescrits de sa constitution pour réduire non pas seulement l'extrême pauvreté mais aussi améliorer les conditions de vie du citoyen en l'aidant à jouir de ses droits fondamentaux.

2. Données de morbidité

En abordant la notion de « morbidité », il y a lieu de la comprendre dans ce contexte comme étant le nombre de cas confirmés de poliovirus sauvage, de rougeole, de rubéole, de syndrome de rubéole congénitale (SRC), de Tétanos néonatal, de tétanos non néonatal, de coqueluche, de diphtérie, de méningite à Hib et d'oreillons.

Tableau 4. Morbidité des maladies évitables par la vaccination(23)

Localisation géographique	Cas confirmés					Nombre de cas notifiés			Coqueluche 2015	Diphtérie 2015	Méningite à Hib 2015	Oreillons 2015
	Polio sauvage 2015	Rougeole 2015	Rubéole 2015	SRC 2015	Tétanos Néonatal	Hommes 2015	Femmes 2015	Total				
Amérique latine	0	229	0	0	22	416	115	531	7919	46	218	17742
Brésil	0	214	0	0	0	228	45	273	2920	12	117	0

Force est de constater que le gouvernement s’est vraiment approprié la santé de la population en mettant sur pied des stratégies qui permettent de renforcer le système de santé du pays d’une part mais on constate aussi une grande appropriation des activités de prévention sanitaire par la population à travers son adhésion à la vaccination. Cette approche permet l’obtention des résultats très encourageants avec des chiffres tels que : zéro cas confirmé de polio sauvage, zéro cas confirmé de rubéole ou de tétanos néonatal, témoignant l’existence d’une politique sanitaire efficace et dynamique quand bien même que certaines lacunes puissent quand même perdurer.

3. Gestion et financement du programme

En matière de financement de la vaccination, le Brésil, finance l’achat de vaccins pour sa population. Cela constitue une appropriation des activités préventives de santé et un engagement au plan d’action mondial pour les vaccins (PAMV), vision soutenue par Madame Carissa F. Etienne, Directrice de l’Organisation panaméricaine de la Santé qui s’exprime dans la préface du rapport des travaux de l’« exercice 2014 » en ces termes « *la décennie de la vaccination et le plan d’action mondial pour les vaccins ont établi la vision d’un monde dans lequel tous les individus et toutes les communautés peuvent mener une vie exempte de maladies évitables par la vaccination. La Région des Amériques entérine cet engagement en appelant à l’adoption du plan en matière de vaccination, qui informe sur la vision décrite dans le PAMV.* » C’est dans cette dynamique que le Brésil s’inscrit, comme les autres pays de la Région panaméricaine dans ce programme de vaccination, avec sa particularité

« Bolsa Familia » qui incite les mères à accorder une attention particulière à la santé de leurs enfants en les faisant vacciner dans le respect du calendrier vaccinal, qui du reste demeure une des conditions sine qua none pour bénéficier des subsides du gouvernement à travers ce programme social.

N’ayant pas eu accès au budget que le pays alloue à la vaccination, le tableau 5, ci-dessous présente quelques informations globales partagées lors du 54^{ème} conseil directeur de l’OPS qui montrent que le Brésil soutient financièrement les dépenses liées à l’achat de vaccins.

Tableau 5 : Informations de base du système de financement du programme de vaccination(23)

Localisation géographique	Plan multi-annuel d’immunisation 2015	Nombre de réunions du CNPI 2015	Total de districts/ municipalités 2015	Nombre de districts ayant fait l’objet d’au moins une visite de supervision 2015	Plan pour la sécurité des injections vaccinales 2015	Système national pour la surveillance des ESAVI 2015	Dépenses pour la vacc. systématique financées par des fonds du gouv. (%) 2015	dépenses pour l’achat de vaccins financées par des fonds du gouv. (%) 2015	Poste budgétaire pour l’achat de vaccins 2015
Brésil	2012-2015	2	5570	----	Oui	Oui	100	100	----

Partant du tableau ci-dessus, on se rend compte que le pays dispose d’un plan multi-annuel d’immunisation « 2012-2015 », et le plus intéressant est que les dépenses liées à la vaccination systématique ou de routine et l’achat de vaccins sont entièrement prises en charge par l’état qui appuie efficacement son système de santé en matière de prévention pour les maladies évitables par la vaccination.

4. Indicateurs de surveillance PFA. (23)

Tableau 6. Surveillance paralysie Flasque Aigue

Localisation géographique	Paralysie flasque aiguë (PFA) 2015					% Sites notifiant
	Nbre de cas PFA	Taux de PFA (pour 100 000 enfants <15 ans)	% de cas faisant l'objet d'une investigation sous 48 heures	% de cas avec échantillon adéquat	Nombre de sites	
Brésil	485	1,03	97	71	3 423	0

Dans le cadre de l'éradication de la poliomyélite, cette dernière est une maladie sous surveillance, et donc suivie avec beaucoup d'attention. On se rend compte qu'il y a quand même encore des efforts à fournir de ce côté là parce qu'il y a environ 3% des cas notifiés qui ne sont pas investigués dans les 48h00 alors qu'il fallait mener des actions immédiates pour ce genre de pathologie.

En outre la proportion des échantillons inadéquats est élevée, dans l'ordre d'environ 29%, ce qui montre qu'il y a un besoin en formation pour les pratiques et techniques de laboratoires au vu de résultats présentés dans le tableau ci-dessus.

CONCLUSION

Au terme de ce travail, nous estimons avoir abordé différents aspects autour de la thématique ayant montré le bien-fondé de la Bolsa Familia comme une stratégie innovante pouvant contribuer à l'amélioration de la qualité de vie d'une population.

Le pays type qui est concerné dans notre étude n'est autre que le Brésil, un vaste pays aux dimensions continentales localisé en Amérique latine, habité par plusieurs peuples avec des cultures très diversifiées. Le Brésil ne se caractérise non pas seulement par sa richesse multiculturelle mais aussi par son émergence à la suite de sa forte croissance économique et industrielle mais qui contraste avec l'extrême pauvreté dans laquelle une bonne partie de la population vit, situation à laquelle s'ajoute des inégalités sociales qui sont très prononcées.

Ce pays ayant été marqué pendant longtemps par une dictature militaire, a adopté une nouvelle constitution en octobre 1988, et depuis lors il a commencé une vague de changements et réformes sociales dans le but d'améliorer les conditions de vie de sa population et cela grâce à un régime démocratique qui s'y est installé.

Dans cette turbulence politique, plusieurs fois des élections ont été organisées à différents niveaux de l'exécutif, y compris celle de la magistrature suprême du pays où plusieurs présidents se sont remplacés à tour de rôle. Parmi ces acteurs, nous citerons Luis Ignacio Lula da Silva qui est élu président pour la première fois en fin 2002. Il sera ainsi, le premier président de la gauche depuis quarante ans. Son pouvoir est caractérisé par une démocratie participative, il veut vraiment améliorer les conditions de vie de la population et pour ce faire, il lancera une série de réformes sociales pour lutter premièrement contre la faim et la malnutrition car il veut que tout brésilien arrive à manger trois fois par jour grâce au programme social « Fome zero ». En outre, il veut combattre l'extrême pauvreté et les inégalités sociales en essayant de mettre sur pied une série de mécanismes pouvant assurer une certaine équité sociale pour une meilleure répartition de revenus. Ainsi le programme « Bolsa Familia » sera mis sur pied afin de pallier aux faiblesses évoquées ci-dessus.

Bolsa Familia est donc un programme de transfert conditionné de revenus en faveur des populations défavorisées, il aide la population dans la résolution de ses problèmes en imposant des conditions aux bénéficiaires, si bien que les allocations sont subordonnées à l'accès continu aux investissements publics dans l'éducation, la santé maternelle et le développement de l'enfant.

Être parmi les défavorisés, ne suffit pas pour accéder au programme, il faut répondre à un certain critérium :

Les critères de sélection pour accéder au programme sont basés sur *le revenu familial par habitant et la répartition des bénéficiaires sur l'ensemble du pays*. Bolsa Família sélectionne les familles sur la base des informations fournies par les municipalités au Registre unique des programmes sociaux (MDS, 2011). Ensuite la sélection se poursuit par « un processus automatisé » et l'inscription n'implique pas ipso facto, l'accès (obligatoire) immédiat de la famille au programme.(31)

Donc pour continuer à jouir de cet appui, les enfants doivent aller et rester à l'école, les femmes enceintes doivent avoir accès aux services médicaux prénataux et postnataux et le travail des enfants est surveillé. Cette régulation sociétale ne constitue pas une punition mais permet plutôt un double gain car il y a un investissement au niveau du capital humain, qui permettra à la longue de combattre la transmission intergénérationnelle de la pauvreté. L'objectif à atteindre est d'arriver à casser cette chaîne qui maintient la population dans la pauvreté en s'attaquant aux causes profondes de ces maux.

Au fait, l'espoir est de ne pas se limiter au niveau d'un simple appui social mais d'évoluer vers le développement afin de permettre une certaine auto prise en charge des citoyens, les amener à bien manifester leur citoyenneté et à participer au développement communautaire intégral(2). Les conditions imposées sont très importantes car elles sont d'ordre sanitaire et éducatif. Elles seront appelées « conditions d'accès au programme ». Donc la conditionnalité du programme social est aussi un effet très bénéfique, qui pourrait réduire les effets pervers de certaines aides pour la communauté.(2)

Ainsi au regard de notre étude et des données collectées dans les rapports élaborés par les agences spécialisées des nations unies, pour les périodes correspondant à celle de la mise en œuvre de la Bolsa Família, nous avons constaté de manière descriptive que les chiffres obtenus pour les quelques indicateurs de suivi de l'état de santé de la mère et de l'enfant, ont des valeurs qui traduisent une nette amélioration positive de la santé du couple « Mère-Enfant ».

Les indicateurs sur lesquels nous avons mené nos observations sont la mortalité maternelle, la mortalité infantile (enfant de moins de 5 ans) et la couverture vaccinale.

Ainsi dans l'un des rapports UNICEF/OMS/UNFPA, on a constaté de manière générale, la réduction de la mortalité maternelle, estimée à 57,7% pour la période allant de 1990 à 2015

tandis que dans un autre rapport allant de 2000 à 2017, le constat est tel que la réduction de la mortalité maternelle est de l'ordre de 13,04 %.

Quant à la réduction de la mortalité infantile (enfant de moins de 5 ans), elle est de l'ordre de 36,67%, ce qui est une grande performance réalisée dans le système de santé brésilien, sous la présidence de Lula.

En se limitant sur une simple description des chiffres partagés ci-dessus on serait tenté de penser à un certain impact positif de la Bolsa Familia, sur l'amélioration des indicateurs de la santé maternelle et infantile. Cependant une étude analytique détaillée serait nécessairement envisageable pour arriver à émettre un avis final sur tous les facteurs déterminants qui auraient permis tous ces gains sanitaires.

Un autre aspect important à signaler est la gestion décentralisée de la BF. Elle est partagée entre l'Union, les États fédérés et les municipalités. Cela serait aussi un facteur de réussite pour sa mise en œuvre car ces trois entités travaillent ensemble pour coordonner, étendre et contrôler l'exécution du programme. (2)

Abordant la question des inégalités de revenus, on pourrait dire que sa baisse de 2/3 s'expliquerait par l'amélioration des revenus de travail *liée à « une augmentation significative du salaire minimum », le dernier tiers étant lié « aux programmes de transferts de revenus vers les plus pauvres »*.(37).

Enfin, on peut dire que déjà à ses débuts la BF, venait au secours des pauvres car environ 3,6 millions de familles (soit 14,4 millions de personnes) avaient reçu un financement de 3,4 milliards de Réais (données du ministère du Développement social).

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. United Nations. La Déclaration universelle des droits de l'homme, UN, 2015. Disponible sur : <https://www.un.org/fr/universal-declaration-human-rights/> [consulté le 28 juillet 2023]
2. Kiggundu MN. La lutte contre la pauvreté et le changement social progressif au Brésil : Enseignements destinés aux autres. *Rev Int Sci Adm.* 2012;78(4):785-808.
3. Hall A. From Fome Zero to Bolsa Família: Social Policies and Poverty Alleviation under Lula. *J Lat Am Stud.* nov 2006;38(4):689-709.
4. United Nations. Objectifs du Millénaire pour le développement, UN. Disponible sur : <https://www.un.org/fr/millenniumgoals/bkgd.shtml#>: [consulté le 18 juillet 2023]
5. WHO. Santé maternelle, WHO. Disponible sur : <https://www.who.int/fr/health-topics/maternal-health>. [Consulté le 9 juillet 2023]
6. Larousse É. pays émergent - LAROUSSE. Disponible sur : https://www.larousse.fr/encyclopedie/divers/pays_%C3%A9mergent/47084, [consulté le 28 juillet 2023]
7. Universalis, fr. Brésil - Géographie - Encyclopædia Universalis, Disponible sur : <https://www.universalis.fr/encyclopedie/bresil-geographie/> [Consulté le 18 juillet 2023].
8. Universalis, fr. Brésil - Atlas & cartes - Encyclopædia Universalis. Disponible sur : <https://www.universalis.fr/atlas/amerique/amerique-du-sud/bresil#chiffres> [consulté le 18 juillet 2023]
9. Wikipédia, Brésil situation géographique - Wikipédia Encyclopédie. Disponible sur : <https://www.google.com/search?client=firefox-b-d&q=Brésil+Situation+Géographique> + [consulté 18 juillet 2023].
10. Wikipédia. Brésil situation socio politique - Wikipédia Encyclopédie. Disponible sur : <https://www.google.com/search?client=firefox-b-d&q=bresil+situation+socio+politique>. [Consulté le 25 juillet 2023]
11. Hall A. From *Fome Zero* to *Bolsa Família* : Social Policies and Poverty Alleviation under Lula. *J Lat Am Stud.* nov 2006;38(4):689-709.
12. Bellos A. Lula promises poverty relief and stability. *The Guardian* [Internet]. 29 oct. 2002 ; Disponible sur : <https://www.theguardian.com/world/2002/oct/29/brazil.alexbellos> [Consulté 13 août 2023]
13. Delgado G. Perspectives économiques, le cas du Brésil. *Rev Proj.* 2010;318(5):44-51.
14. Culot H, Tourard H, Vincent PU de LUI> D de droit > D de droit. Pays émergents et droit international économique : à la recherche d'une définition. Bruylant ; 2021. Disponible sur : <https://orbi.uliege.be/handle/2268/264642> [Consulté le 9 juillet 2023]

15. ResearchGate. Pays-emergents-emploi-deficient.pdf. Disponible sur : https://www.researchgate.net/profile/Sebastien-Jean-3/publication/4815536_Pays_emergents_emploi_deficient/links/642551f0315dfb4ccea28d2/Pays-emergents-emploi-deficient.pdf [Consulté le 9 juillet 2023]
16. Wikipédia. Définition pays émergent - Wikipédia Encyclopédie. Disponible sur: <https://www.google.com/search?client=firefox-b-d&q=d%C3%A9finition+pays+%C3%A9mergent> [Consulté le 9 juillet 2023].
17. Trépant I. Pays émergents et nouvel équilibre des forces. *Courr Hebd CRISP*. 2008;1991-1992(6-7):6-54.
18. Ipcig. OP429FR_Les_effets_du_programme_bresilien_Bolsa_Familia_sur_la_pauvrete_et_les_in_egalites.pdf [Internet]. Disponible sur : https://ipcig.org/pub/fra/OP429FR_Les_effets_du_programme_bresilien_Bolsa_Familia_sur_la_pauvrete_et_les_inegalites.pdf [consulté le 22 juillet 2023]
19. Avise.Org. Santé : définition et éclairages | Avise.org. Mars 2020 Disponible sur : <https://www.avise.org/articles/sante-definition-et-eclairages> [Consulté le 22 juillet 2023]
20. PCPE. Le portail canadien des pratiques exemplaires – 2016 Disponible sur: <https://cbpp-pcpe.phac-aspc.gc.ca/fr/category/intervention-focus/promoting-health/maternal-and-infant-health/>[consulté le 22 juillet 2023].
21. Wikipédia, santé infantile définition - Wikipédia Encyclopédie. Disponible sur : <https://www.google.com/search?client=firefox-b-d&q=sant%C3%A9+infantile+d%C3%A9finition> [Consulté le 22 juillet 2023]
22. Bouhon JP. Fédération des maisons médicales. La couverture sanitaire universelle, définition et origine. 2016. Disponible sur : <https://www.maisonmedicale.org/la-couverture-sanitaire-universelle-definition-et-origine/> [Consulté le 27 juillet 2023]
23. IM-Brochure-2016-f.pdf.Disponible sur : <https://www3.paho.org/hq/dmdocuments/2016/IM-Brochure-2016-f.pdf> [Consulté le 23 juillet 2023]
24. Irénées. Les politiques sociales du Président Lula au Brésil, un outil de réduction de la pauvreté et de prévention des conflits sociaux -. Disponible sur : https://www.irenees.net/bdf_fiche-analyse-914_fr.html [Consulté le 08 août 2023].
25. PERO V. Bolsa Familia : une nouvelle génération de programmes sociaux au Brésil. CERISCOPE. Disponible sur : <https://ceriscope.sciences-po.fr/pauvrete/content/part4/bolsa-familia-une-nouvelle-generation-de-programmes-sociaux-au-bresil?page=3>[Consulté le 09 août 2023].
26. Cardoso de Oliveira E, Da Silva N. Les contradictions du système de santé (1988-2018). *Chron Int IRES*. 2019;167(3):13-26.
27. Sirelo.fr. Le système de santé brésilien - Qualité des soins - Assurance. Disponible sur: <https://sirelo.fr/demenager-a-etranger/demenager-au-bresil/le-systeme-de-sante-bresilien/> [Consulté le 25 juillet 2023]

28. Bouhon JP. Fédération des maisons médicales. 2011. Au Brésil, la santé comme un droit politique. Disponible sur: <https://www.maisonmedicale.org/au-bresil-la-sante-comme-un-droit/> [Consulté le 26 juillet 2023]
29. 9 Comparaisons internationales de la dépense courante de santé et du reste à charge.pdf [Internet]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2021-01/9%20Comparaisons%20internationales%20de%20la%20d%C3%A9pense%20courante%20de%20sant%C3%A9%20et%20du%20reste%20%C3%A0%20charge.pdf> [Consulté le 26 juillet 2023].
30. vie-publique.fr. 2021. Systèmes bismarckien et beveridgien d'État providence : quelles caractéristiques ? Disponible sur: <http://www.vie-publique.fr/fiches/24113-systemes-bismarckien-et-beveridgien-detat-providence> [Consulté le 13 août 2023]
31. Mourão L, Jesus AM de. Bolsa Família (Family Grant) Programme: an analysis of Brazilian income transfer programme. Field Actions Sci Rep J Field Actions [Internet]. 1 sept 2011;(Special Issue 3). Disponible sur: <https://journals.openedition.org/factsreports/1314> [Consulté le 15 juillet 2023]
32. Salama P. Brésil, bilan économique, succès et limites. Problèmes Am Lat. 2010;78(4):47-61.
33. WHO, Maladie à coronavirus 2019 (COVID-19) : ce qu'il faut savoir. Disponible sur : <https://www.who.int/fr/news-room/questions-and-answers/item/coronavirus-disease-covid-19> [Consulté le 19 juillet 2023]
34. Giblin B. Où en est le Brésil ? Hérodote. 2021;181(2):3-7.
35. Eiro de Oliveira F. La régulation familialiste de la pauvreté : le cas du Programme Bolsa Família dans la région Nordeste du Brésil. 2017. Disponible sur : <http://www.theses.fr/2017EHES0025/document> [cité 5 juillet en 2023]
36. analyse_33_englisch_social_security_in_Brasil.pdf. Disponible sur: https://www.brot-fuer-die-welt.de/fileadmin/mediapool/2_Downloads/Fachinformationen/Analyse/analyse_33_englisch_social_security_in_Brasil.pdf [consulté le 13 août 2023].
37. CERISCOPE. Bolsa Família : une nouvelle génération de programmes sociaux au Brésil. CERISCOPE ; 2012 Disponible sur : <http://ceriscope.sciences-po.fr/node/331> [Consulté le 9 juillet. 2023]
38. CERISCOPE, cartographie A de.,. CERISCOPE ; 2012. Aides versées par le programme Bolsa Família au Brésil, 2004-2010. Disponible sur: <http://ceriscope.sciences-po.fr/node/339> [Consulté le 9 juillet 2023]
39. WHO-RHR-19.23-fre.pdf. Disponible sur : <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/332962/WHO-RHR-19.23-fre.pdf> [Consulté le 20 juillet 2023].
40. Organisation mondiale de la Santé. Plan d'action mondial pour les vaccins 2011-2020 [Internet]. Global vaccine action plan 2011-2020. Genève : Organisation mondiale de la

Santé ; 2013. 148 p. Disponible sur : <https://apps.who.int/iris/handle/10665/79315> Consulté le 22 juillet 2023]

41. WHO_RHR_15.23_fre.pdf. Disponible sur : http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/204113/WHO_RHR_15.23_fre.pdf?sequence=1 [consulté le 20 juillet 2023].
42. World Bank Open Data. World Bank Open Data. Disponible sur : <https://data.worldbank.org>. [Consulté le 21 juillet 2023]
43. IM-Brochure-2015-f.pdf [Internet]. Disponible sur : <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2015/IM-Brochure-2015-f.pdf> [Consulté 24 juillet 2023]
44. WHO. Tuberculose maladie associé à la pauvreté - Recherche Google. Avril 2023 Disponible sur : <https://www.google.com/search?client=firefox-b-d&q=tuberculose+maladie+associ%C3%A9+%C3%A0+la+pauvret%C3%A9> [Consulté le 24 juillet 2023]
45. PERO V., CERISCOPE. Bolsa Família : une nouvelle génération de programmes sociaux au Brésil. Disponible sur : <https://ceriscope.sciences-po.fr/pauvrete/content/part4/bolsa-familia-une-nouvelle-generation-de-programmes-sociaux-au-bresil?page=3> [Consulté 9 août 2023]

Rapports

- Résumé d'orientation : Tendances de la mortalité maternelle : 1990-2015

Estimations de l'OMS, l'UNICEF, l'UNFPA, le Groupe de la Banque mondiale et la Division de la population des Nations Unies, OMS, 2015

Disponible sur : <http://www.who.int/reproductivehealth/publications/monitoring/maternal-mortality-2015/en/>

- Résumé d'orientation : Evolution de la mortalité maternelle : 2000-2017

Estimations de l'OMS, de l'UNICEF, de l'UNFPA, du Groupe de la Banque mondiale et de la Division de la population des Nations Unies, OMS, 2019

Disponible sur : <http://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal-mortality-2017/en/>

ANNEXES :

La Déclaration universelle des droits de l'homme

Préambule

Considérant que la reconnaissance de la dignité inhérente à tous les membres de la famille humaine et de leurs droits égaux et inaliénables constitue le fondement de la liberté, de la justice et de la paix dans le monde.

Considérant que la méconnaissance et le mépris des droits de l'homme ont conduit à des actes de barbarie qui révoltent la conscience de l'humanité et que l'avènement d'un monde où les êtres humains seront libres de parler et de croire, libérés de la terreur et de la misère, a été proclamé comme la plus haute aspiration de l'homme.

Considérant qu'il est essentiel que les droits de l'homme soient protégés par un régime de droit pour que l'homme ne soit pas contraint, en suprême recours, à la révolte contre la tyrannie et l'oppression.

Considérant qu'il est essentiel d'encourager le développement de relations amicales entre nations.

Considérant que dans la Charte les peuples des Nations Unies ont proclamé à nouveau leur foi dans les droits fondamentaux de l'homme, dans la dignité et la valeur de la personne humaine, dans l'égalité des droits des hommes et des femmes, et qu'ils se sont déclarés résolus à favoriser le progrès social et à instaurer de meilleures conditions de vie dans une liberté plus grande.

Considérant que les Etats Membres se sont engagés à assurer, en coopération avec l'Organisation des Nations Unies, le respect universel et effectif des droits de l'homme et des libertés fondamentales.

Considérant qu'une conception commune de ces droits et libertés est de la plus haute importance pour remplir pleinement cet engagement.

L'Assemblée générale proclame la présente Déclaration universelle des droits de l'homme comme l'idéal commun à atteindre par tous les peuples et toutes les nations afin que tous les individus et tous les organes de la société, ayant cette Déclaration constamment à l'esprit, s'efforcent, par l'enseignement et l'éducation, de développer le respect de ces droits et libertés et d'en assurer, par des mesures progressives d'ordre national et international, la reconnaissance et l'application universelles et effectives, tant parmi les populations des Etats Membres eux-mêmes que parmi celles des territoires placés sous leur juridiction.

Article premier

Tous les êtres humains naissent libres et égaux en dignité et en droits. Ils sont doués de raison et de conscience et doivent agir les uns envers les autres dans un esprit de fraternité.

Article 2

1. Chacun peut se prévaloir de tous les droits et de toutes les libertés proclamés dans la présente Déclaration, sans distinction aucune, notamment de race, de couleur, de sexe, de langue, de religion, d'opinion politique ou de toute autre opinion, d'origine nationale ou sociale, de fortune, de naissance ou de toute autre situation.

2. De plus, il ne sera fait aucune distinction fondée sur le statut politique, juridique ou international du pays ou du territoire dont une personne est ressortissante, que ce pays ou territoire soit indépendant, sous tutelle, non autonome ou soumis à une limitation quelconque de souveraineté.

Article 3

Tout individu a droit à la vie, à la liberté et à la sûreté de sa personne.

Article 4

Nul ne sera tenu en esclavage ni en servitude ; l'esclavage et la traite des esclaves sont interdits sous toutes leurs formes.

Article 5

Nul ne sera soumis à la torture, ni à des peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants.

Article 6

Chacun a le droit à la reconnaissance en tous lieux de sa personnalité juridique.

Article 7

Tous sont égaux devant la loi et ont droit sans distinction à une égale protection de la loi. Tous ont droit à une protection égale contre toute discrimination qui violerait la présente Déclaration et contre toute provocation à une telle discrimination.

Article 8

Toute personne a droit à un recours effectif devant les juridictions nationales compétentes contre les actes violant les droits fondamentaux qui lui sont reconnus par la constitution ou par la loi.

Article 9

Nul ne peut être arbitrairement arrêté, détenu ou exilé.

Article 10

Toute personne a droit, en pleine égalité, à ce que sa cause soit entendue équitablement et publiquement par un tribunal indépendant et impartial, qui décidera, soit de ses droits et obligations, soit du bien-fondé de toute accusation en matière pénale dirigée contre elle.

Article 11

1. Toute personne accusée d'un acte délictueux est présumée innocente jusqu'à ce que sa culpabilité ait été légalement établie au cours d'un procès public où toutes les garanties nécessaires à sa défense lui auront été assurées.
2. Nul ne sera condamné pour des actions ou omissions qui, au moment où elles ont été commises, ne constituaient pas un acte délictueux d'après le droit national ou international. De même, il ne sera infligé aucune peine plus forte que celle qui était applicable au moment où l'acte délictueux a été commis.

Article 12

Nul ne sera l'objet d'immixtions arbitraires dans sa vie privée, sa famille, son domicile ou sa correspondance, ni d'atteintes à son honneur et à sa réputation. Toute personne a droit à la protection de la loi contre de telles immixtions ou de telles atteintes.

Article 13

1. Toute personne a le droit de circuler librement et de choisir sa résidence à l'intérieur d'un Etat.
2. Toute personne a le droit de quitter tout pays, y compris le sien, et de revenir dans son pays.

Article 14

1. Devant la persécution, toute personne a le droit de chercher asile et de bénéficier de l'asile en d'autres pays.
2. Ce droit ne peut être invoqué dans le cas de poursuites réellement fondées sur un crime de droit commun ou sur des agissements contraires aux buts et aux principes des Nations Unies.

Article 15

1. Tout individu a droit à une nationalité.
2. Nul ne peut être arbitrairement privé de sa nationalité, ni du droit de changer de nationalité.

Article 16

1. A partir de l'âge nubile, l'homme et la femme, sans aucune restriction quant à la race, la nationalité ou la religion, ont le droit de se marier et de fonder une famille. Ils ont des droits égaux au regard du mariage, durant le mariage et lors de sa dissolution.
2. Le mariage ne peut être conclu qu'avec le libre et plein consentement des futurs époux.
3. La famille est l'élément naturel et fondamental de la société et a droit à la protection de la société et de l'Etat.

Article 17

1. Toute personne, aussi bien seule qu'en collectivité, a droit à la propriété.
2. Nul ne peut être arbitrairement privé de sa propriété.

Article 18

Toute personne a droit à la liberté de pensée, de conscience et de religion ; ce droit implique la liberté de changer de religion ou de conviction ainsi que la liberté de manifester sa religion ou sa conviction seule ou en commun, tant en public qu'en privé, par l'enseignement, les pratiques, le culte et l'accomplissement des rites.

Article 19

Tout individu a droit à la liberté d'opinion et d'expression, ce qui implique le droit de ne pas être inquiété pour ses opinions et celui de chercher, de recevoir et de répandre, sans considérations de frontières, les informations et les idées par quelque moyen d'expression que ce soit.

Article 20

1. Toute personne a droit à la liberté de réunion et d'association pacifiques.
2. Nul ne peut être obligé de faire partie d'une association.

Article 21

1. Toute personne a le droit de prendre part à la direction des affaires publiques de son pays, soit directement, soit par l'intermédiaire de représentants librement choisis.

2. Toute personne a droit à accéder, dans des conditions d'égalité, aux fonctions publiques de son pays.
3. La volonté du peuple est le fondement de l'autorité des pouvoirs publics ; cette volonté doit s'exprimer par des élections honnêtes qui doivent avoir lieu périodiquement, au suffrage universel égal et au vote secret ou suivant une procédure équivalente assurant la liberté du vote.

Article 22

Toute personne, en tant que membre de la société, a droit à la sécurité sociale ; elle est fondée à obtenir la satisfaction des droits économiques, sociaux et culturels indispensables à sa dignité et au libre développement de sa personnalité, grâce à l'effort national et à la coopération internationale, compte tenu de l'organisation et des ressources de chaque pays.

Article 23

1. Toute personne a droit au travail, au libre choix de son travail, à des conditions équitables et satisfaisantes de travail et à la protection contre le chômage.
2. Tous ont droit, sans aucune discrimination, à un salaire égal pour un travail égal.
3. Quiconque travaille a droit à une rémunération équitable et satisfaisante lui assurant ainsi qu'à sa famille une existence conforme à la dignité humaine et complétée, s'il y a lieu, par tous autres moyens de protection sociale.
4. Toute personne a le droit de fonder avec d'autres des syndicats et de s'affilier à des syndicats pour la défense de ses intérêts.

Article 24

Toute personne a droit au repos et aux loisirs et notamment à une limitation raisonnable de la durée du travail et à des congés payés périodiques.

Article 25

1. Toute personne a droit à un niveau de vie suffisant pour assurer sa santé, son bien-être et ceux de sa famille, notamment pour l'alimentation, l'habillement, le logement, les soins médicaux ainsi que pour les services sociaux nécessaires ; elle a droit à la sécurité en cas de chômage, de maladie, d'invalidité, de veuvage, de vieillesse ou dans les autres cas de perte de ses moyens de subsistance par suite de circonstances indépendantes de sa volonté.
2. La maternité et l'enfance ont droit à une aide et à une assistance spéciales. Tous les enfants, qu'ils soient nés dans le mariage ou hors mariage, jouissent de la même protection sociale.

Article 26

1. Toute personne a droit à l'éducation. L'éducation doit être gratuite, au moins en ce qui concerne l'enseignement élémentaire et fondamental. L'enseignement élémentaire est obligatoire. L'enseignement technique et professionnel doit être généralisé ; l'accès aux études

supérieures doit être ouvert en pleine égalité à tous en fonction de leur mérite.

2. L'éducation doit viser au plein épanouissement de la personnalité humaine et au renforcement du respect des droits de l'homme et des libertés fondamentales. Elle doit favoriser la compréhension, la tolérance et l'amitié entre toutes les nations et tous les groupes raciaux ou religieux, ainsi que le développement des activités des Nations Unies pour le maintien de la paix.

3. Les parents ont, par priorité, le droit de choisir le genre d'éducation à donner à leurs enfants.

Article 27

1. Toute personne a le droit de prendre part librement à la vie culturelle de la communauté, de jouir des arts et de participer au progrès scientifique et aux bienfaits qui en résultent.

2. Chacun a droit à la protection des intérêts moraux et matériels découlant de toute production scientifique, littéraire ou artistique dont il est l'auteur.

Article 28

Toute personne a droit à ce que règne, sur le plan social et sur le plan international, un ordre tel que les droits et libertés énoncés dans la présente Déclaration puissent y trouver plein effet.

Article 29

1. L'individu a des devoirs envers la communauté dans laquelle seule le libre et plein développement de sa personnalité est possible.

2. Dans l'exercice de ses droits et dans la jouissance de ses libertés, chacun n'est soumis qu'aux limitations établies par la loi exclusivement en vue d'assurer la reconnaissance et le respect des droits et libertés d'autrui et afin de satisfaire aux justes exigences de la morale, de l'ordre public et du bien-être général dans une société démocratique.

3. Ces droits et libertés ne pourront, en aucun cas, s'exercer contrairement aux buts et aux principes des Nations Unies.

Article 30

Aucune disposition de la présente Déclaration ne peut être interprétée comme impliquant pour un État, un groupement ou un individu un droit quelconque de se livrer à une activité ou d'accomplir un acte visant à la destruction des droits et libertés qui y sont énoncés.

Cartes du Brésil : Bolsa Familia

Bénéficiaires des programmes *Bolsa Familia* au Brésil, 2004-2010

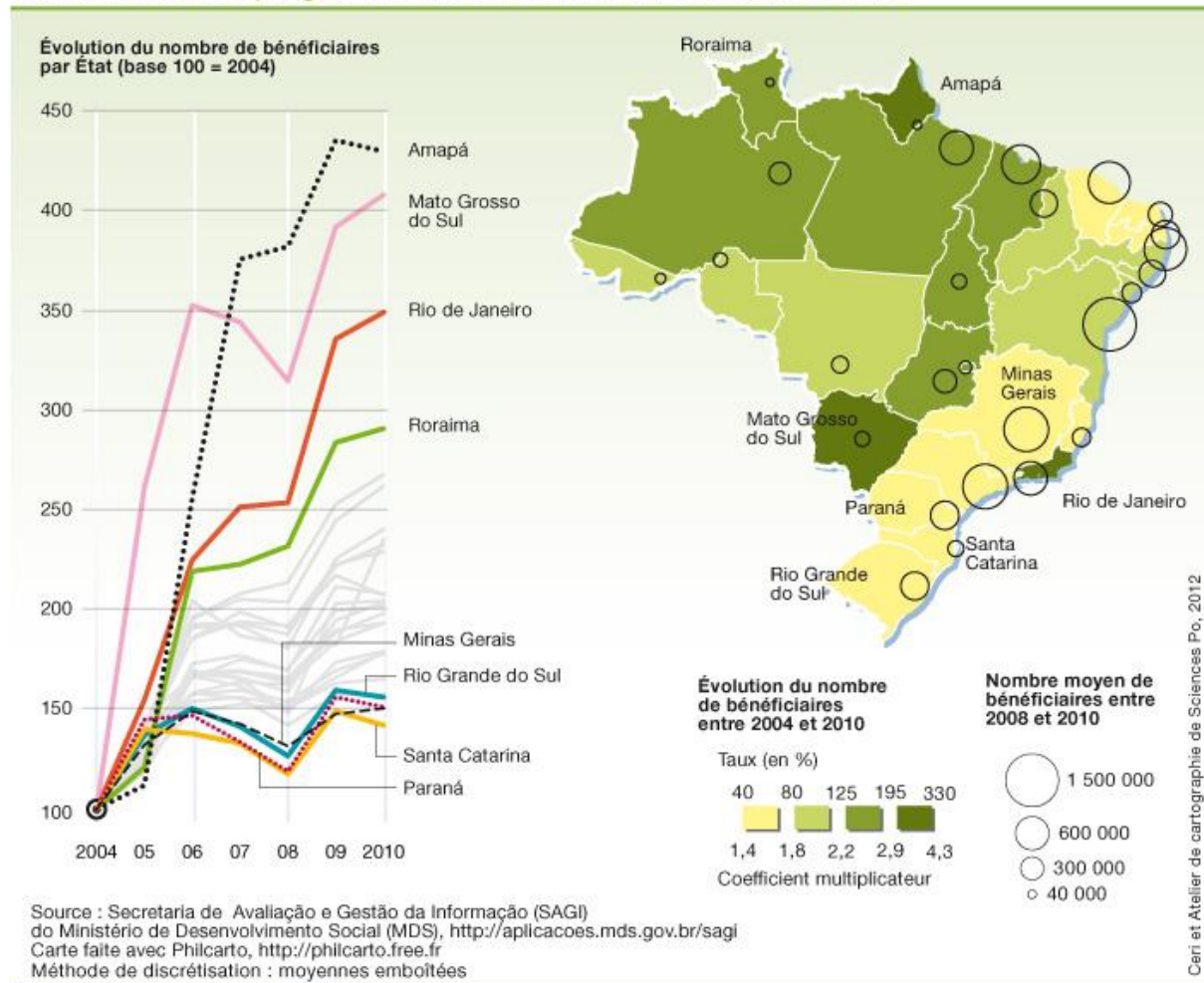


Figure.5. (45)

Aides versées par le programme *Bolsa Família* au Brésil, 2004-2010

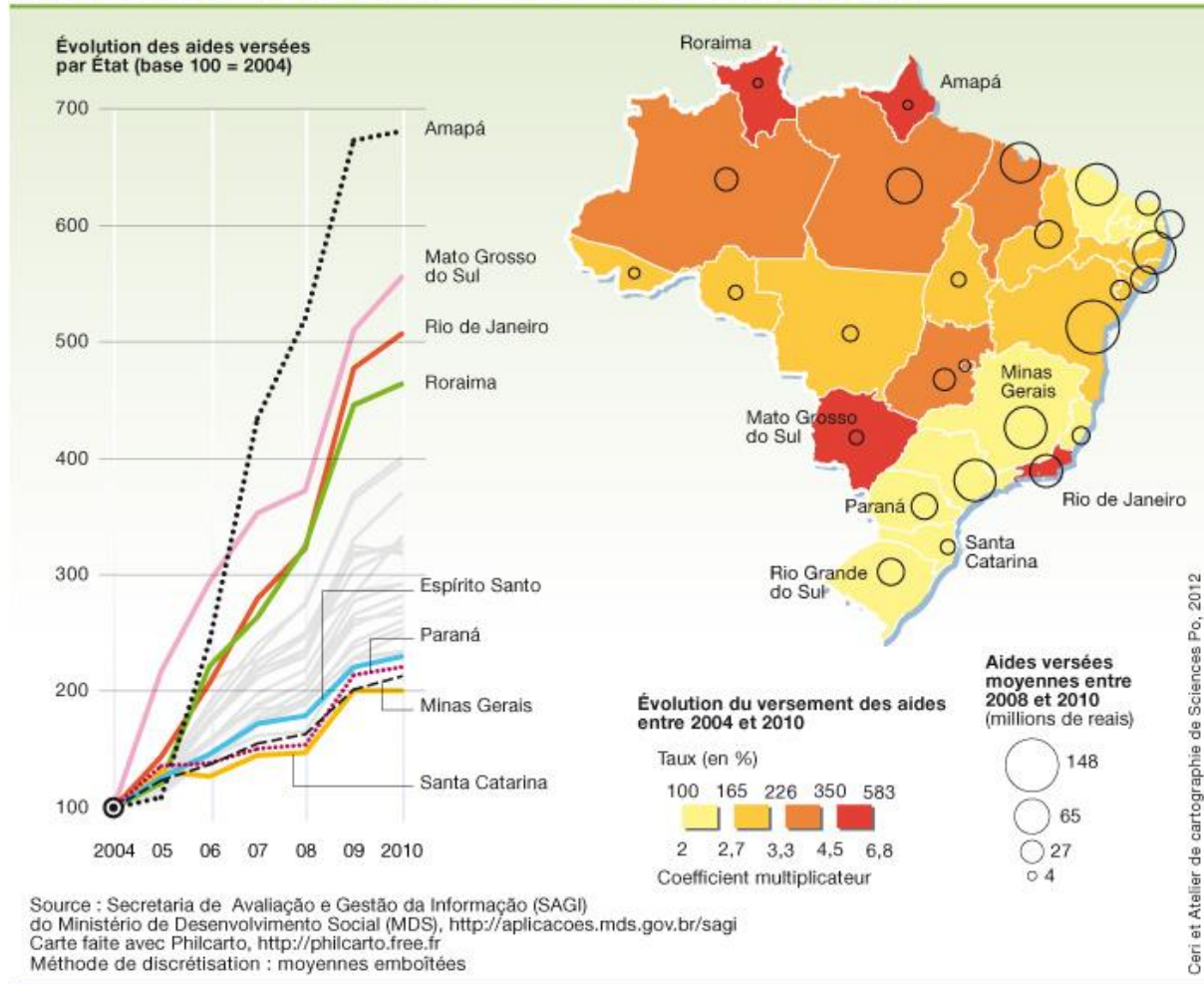


Figure.6. (45)

Diminution de la pauvreté et de l'extrême pauvreté au Brésil, 1992-2009

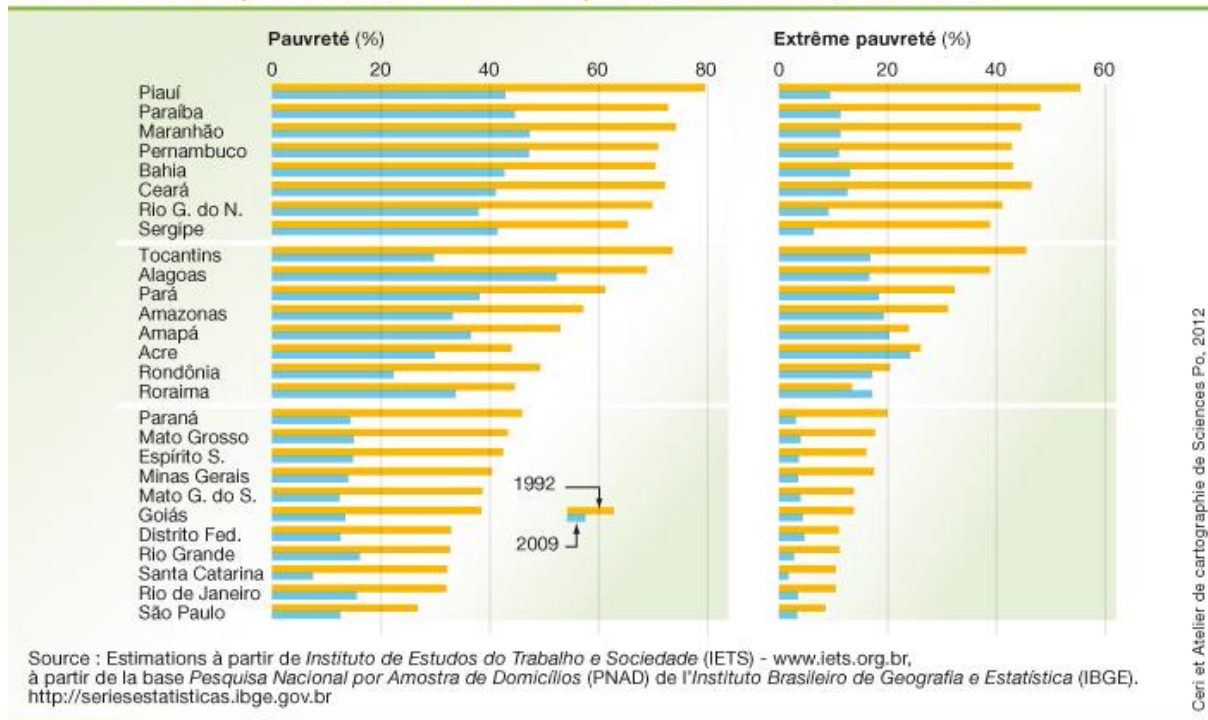


Figure.7. (45)

UNIVERSITÉ CATHOLIQUE DE LOUVAIN

Faculté des sciences économiques, sociales, politiques et de communication

Place Montesquieu, 4 bte L2.05.01, 1348 Louvain-la-Neuve, Belgique | www.uclouvain.be/espo