
De la néolibéralisation de la ville, entre continuité et nouveauté dans la production des inégalités d'accessibilité aux soins à Lima

Jérémy Robert

Institut Français d'Études Andines / laboratoire EDYTEM / PACIVUR

Résumé

Cet article propose d'analyser les effets de la néolibéralisation du dispositif de soins à Lima en termes d'inégalités socio-spatiales. Un retour sur la construction de ce dispositif permet de présenter le contexte dans lequel vont s'appliquer les politiques néolibérales dans les années 1990. Elles se traduisent par l'aggravation quantitative des inégalités socio-spatiales sous l'effet du renoncement à la planification spatiale de l'offre de soins au profit d'une évolution par opportunités de financements, par projets ponctuels et par développement du secteur privé. Par ailleurs, l'évolution récente du dispositif de soins porte en elle de nouvelles formes d'inégalités qui peuvent être perçues comme une rupture qualitative des formes d'injustices urbaines. L'analyse de l'accessibilité qui est proposée insiste sur les dimensions politiques de cette évolution et sur ses matérialisations spatiales, tout en portant un regard critique sur les modalités de production de la ville.

Mots clefs : inégalités socio-spatiales, accessibilité aux hôpitaux, néolibéralisation, production de la ville, Lima

Dépassant aujourd'hui les 9 millions d'habitants, Lima¹, capitale du Pérou, a connu un développement accéléré dans la seconde moitié du XIX^{ème} siècle. Il s'est caractérisé par le dépassement de l'État et des pouvoirs publics face à la croissance de l'urbanisation et par la production d'inégalités marquant l'espace urbain (Matos Mar, 2012). Les années 1990 sont celles de la libéralisation de l'économie péruvienne, qui s'est faite conformément aux préceptes de *El Otro Sendero*² de H. De Soto (1987) et à ses recommandations pour surmonter la crise économique des années 1980, la pauvreté et l'informalité. Porté initialement par le président A.

¹ On parle ici de la ville de Lima et Callao, qui forme une grande agglomération urbaine divisée en deux administrations : la Province de Lima (presque 90% de la population totale) et la Région de Callao.

² *El Otro sendero* (l'autre sentier) fait référence à l'organisation terroriste du Sentier Lumineux et au conflit armé des années 1980 et 1990 au Pérou.

Fujimori, autoritaire et ultralibéral (1990-2000), le projet politique marque le début d'une phase de forte croissance économique et d'une réduction globale de la pauvreté, mais aussi d'une régression de l'État social et des services publics.

Quels sont les effets des politiques néolibérales et comment contribuent-elles à la production d'inégalités socio-spatiales à Lima ? L'argumentation développée s'appuie sur l'analyse de l'évolution de l'offre de soins à Lima, convaincue que l'histoire sociale et politique des infrastructures de soins permet d'éclairer les dynamiques urbaines : « l'évolution de l'appareil sanitaire nous raconte en fait l'histoire de la ville » (Defossez et *al.*, 1991, p.138).

L'article retrace dans un premier temps la construction du dispositif de soins, déjà porteur d'inégalités avant le tournant libéral. Parmi les différents services de soins qui coexistent à Lima, l'attention se focalise sur les structures hospitalières publiques et privées, qui sont les éléments les plus emblématiques du dispositif et les plus représentatifs de ses évolutions, même si d'autres structures de soins occupent une place plus ou moins importante dans le dispositif, notamment les structures de soins primaires (structures de soins de proximité sans hospitalisation, médecins de ville) ou encore les pharmacies.

Une double lecture de l'impact de la néolibéralisation sur l'accessibilité à ces structures hospitalières est ensuite proposée. La première porte sur l'aggravation des inégalités socio-spatiales sous l'effet du renoncement à la planification spatiale de l'offre de soins, de son évolution par projets ponctuels et par le développement du secteur privé. Elle s'appuie sur l'analyse des inégalités d'accessibilité aux hôpitaux. L'accessibilité est entendue comme une possibilité d'accès et non pas comme une mesure réelle de la fréquentation (Bonnet, 2002). Si elle dépend d'un ensemble de contraintes géographiques, économiques, sociales ou culturelles, nous donnons la priorité aux critères de localisation et aux conditions économiques de la population via les régimes d'assurance santé. Les inégalités sont mises en évidence au regard de la distance aux hôpitaux et de la répartition des groupes de population bénéficiant de régimes d'assurance distincts.

La seconde lecture s'intéresse aux nouvelles formes d'inégalités engendrées par les politiques actuelles des services de santé. Ces inégalités résultent des choix récents d'organisation du système de soins, caractérisé par une fragmentation croissante et la recherche de rentabilité. Elles constituent en ce sens une rupture qualitative des formes d'injustices urbaines, qui s'ajoutent aux inégalités existantes.

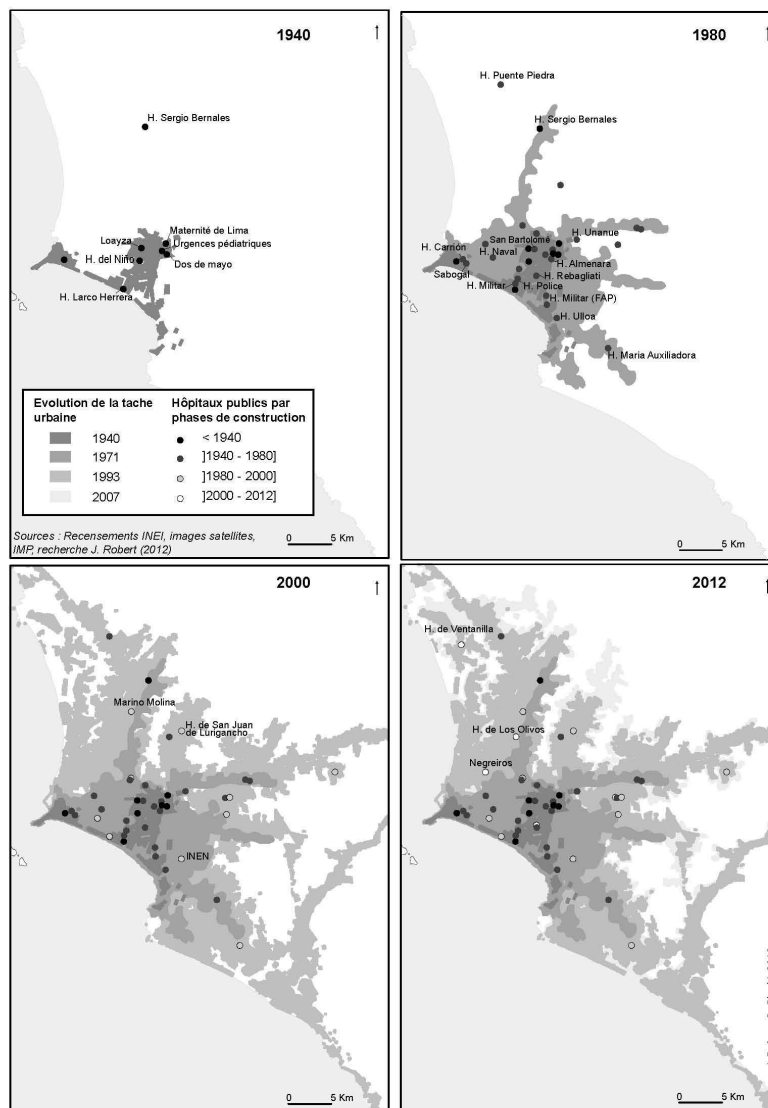
Ainsi, l'analyse de l'évolution du dispositif de soins et des inégalités associées permet de cerner les logiques d'organisation territoriales et, par là même, de contrôle et/ou de discrimination sociale (Salem, 1995 ; Ménard, 2002). Elle insiste en ce sens sur les dimensions politiques de cette évolution et sur ses matérialisations spatiales, tout en portant un regard critique sur les modalités de production de la ville.

1. La construction du dispositif de soins à Lima du début du XIX^{ème} siècle à nos jours

Un retour sur la construction de ce dispositif est nécessaire afin de situer le contexte dans lequel s'inscrit le tournant libéral des politiques péruviennes, amorcé dès le début des années 1990. Cinq phases, ponctuées de crises de diverses natures, marquent l'évolution des principales structures sanitaires : le Ministère de la Santé (MINSA), la Sécurité sociale (EsSalud) qui concerne uniquement les travailleurs salariés et leurs familles (créé en 1999 en remplacement de l'Institut Péruvien de la Sécurité Sociale qui datait de 1936), les forces armées et de police et le secteur privé³.

Carte 1 : Implantation des hôpitaux publics et croissance urbaine à Lima

³ L'information sur l'ancienneté des structures de soins est issue du Minsa et du RENAES (Registre National des Établissements de Soins - 2011), complétée par des enquêtes dans les établissements. Pour les cliniques privées, les données sont issues principalement des pages web des établissements.



Du milieu du XIX^{ème} au début du XX^{ème}: les premiers grands hôpitaux de Lima

La première phase voit la construction des premiers grands hôpitaux à partir du milieu du XIX^{ème} siècle (carte 1). À cette époque, ils sont considérés par les hygiénistes et la population comme un des principaux agents de contamination : *"le refuge des misérables... comme un lieu où on va mourir plutôt que se soigner"* (Pardo, in Lossio, 2002, p. 82, traduction de l'auteur). Bien que marquée par la prospérité économique liée au commerce du *guano* qui permet une forte

croissance économique entre 1840 et 1870, Lima voit arriver le choléra et réapparaître la fièvre jaune, notamment avec l'épidémie de 1868 qui décima 10 % de la population liménienne (environ 10 000 personnes). Cette épidémie provoqua un double changement : d'abord la mise en œuvre de mesures d'hygiène publique et d'urbanisme jusqu'alors inconnues (création d'espaces verts, canalisation des cours d'eau, mise en place de systèmes d'égouts, destruction de la muraille de Lima en 1869) et ensuite l'amélioration des infrastructures sanitaires, avec la construction de l'hôpital moderne Dos de Mayo en 1870. À la fin du XIX^{ème} siècle, il existait trois grands établissements gérés par la Société de Bienfaisance, créée en 1825 et qui avait à sa charge les orphelinats, les hospices et les hôpitaux (ils étaient auparavant gérés par les ordres religieux qui perdirent de la force suite à l'Indépendance en 1821) : la Maternité de Lima, l'hôpital Dos de Mayo et l'hôpital Loayza qui ont encore une fonction d'isolement plutôt que de soins.

Du début du XX^{ème} jusqu'aux années 1940 : l'institutionnalisation de la Santé

Au début du XX^{ème} siècle, la santé s'institutionnalise. Le ministère de la Santé est créé en 1935, le dispositif de soins évolue et l'hôpital se transforme sous l'effet du développement de la médecine. Il devient un recours pour tous, alors qu'il était jusqu'alors utilisé uniquement par les plus défavorisés (les plus riches ayant essentiellement recours à des médecins à domicile). On voit apparaître deux types d'établissements : les premiers consolident l'offre de soins dans la partie centrale de la ville, tel que l'hôpital del Niño en 1929 ; les seconds plus spécialisés et situés en périphérie (à cette époque) récupèrent les fonctions d'isolement des hôpitaux centraux. C'est par exemple le Sergio Bernales en 1939, situé à l'extrême nord de la ville et spécialisé dans le traitement de la tuberculose ou le Larco Herrera en 1918, établissement psychiatrique situé à proximité du littoral. Les structures sanitaires restent en nombre relativement limité jusqu'à la fin des années 1930.

De 1940 à 1980 : l'État face à une demande sociale sans précédent

La population de Lima et Callao, qui était de 645 000 habitants en 1940, est multipliée par 7 en 40 ans. Cet accroissement rapide de la population, nourri par l'exode rural en provenance des campagnes pauvres, s'accompagne d'une extension des surfaces urbanisées. En l'absence d'une offre de logements populaires, les nouveaux arrivants envahissent les espaces publics ou privés. Les quartiers informels repoussent ainsi les limites de la ville pour ensuite être

régularisés par un État pris de cours (Deler, 1974 ; Driant, 1991 ; Calderón, 2005). En 1956, 120 000 personnes occupaient les *barriadas* de Lima (Matos Mar, 1977). L'ampleur et la rapidité de l'urbanisation mettent à mal les tentatives de planification.

Dans le domaine de la santé, cette croissance s'accompagne de la construction de grandes infrastructures pour tenter de répondre à cette nouvelle demande sociale : 16 des 23 principaux hôpitaux actuels voient le jour durant cette période. Les hôpitaux militaire et naval sont construits en 1955, celui de la police en 1959 et celui des forces aériennes en 1971, sous le gouvernement militaire de Velasco (1968 - 1980). C'est aussi pendant cette période que sont construits les trois grands hôpitaux d'EsSalud, d'abord l'hôpital Almenara en 1941, puis Rebagliati en 1956, et Sabogal en 1978. Ces établissements viennent renforcer l'offre de soins du Ministère de la Santé qui construit aussi plusieurs établissements (l'hôpital Carrión en 1941, les Urgences Pédiatriques en 1947, l'Unanue en 1948, le Santa Rosa et le San Bartolomé en 1956), tous situés dans la zone centrale. La construction d'établissements de grande taille en périphérie par le Ministère de la santé ne commence qu'à partir des années 1970. La construction de l'hôpital Casimiro Ulloa au sud de l'agglomération, mais surtout le Maria Auxiliadora, répond à une demande croissante, comme celle provenant des lotissements spontanés appuyés par l'État à Villa El Salvador (Calderón, 2005). Des hôpitaux de moindre taille voient aussi le jour à San Juan de Lurigancho ou encore à Puente Piedra (périphérie nord), illustrant la volonté des pouvoirs publics d'accompagner l'urbanisation essentiellement populaire des périphéries. Dans le même temps, les anciens établissements qui avaient une fonction d'isolement au début du siècle sont rattrapés par l'urbanisation et transformés en hôpitaux généraux.

De 1980 à 2000 : le tournant libéral dans un contexte de crises

Les années 1980 et 1990 voient l'arrêt des grands investissements publics dans un contexte de crise économique et politique aggravée par le terrorisme. Cette période, marquée par les premiers ajustements structurels et la réduction des budgets publics, s'accompagne d'une libéralisation de l'économie promue comme seule alternative à la crise par le gouvernement d'A. Fujimori (1990-2000).

L'épidémie de choléra de 1991 précipite l'évolution du dispositif de soins. Cette crise sanitaire, qui toucha 14 pays provoqua plus de 300 000 cas, 110 000 hospitalisations et 2840 décès au Pérou où furent recensés 90% des cas (Suarez et

Bradford, 1993). Elle vint mettre à mal le système de santé péruvien souffrant déjà des ajustements structurels initiés à la fin des années 1980 : « *Jamais la santé n'a été aussi malade* » (Reyna et Zapata, 1991, p. 55, traduction de l'auteur). Malgré l'ampleur de la crise et malgré son traitement médiatique international, l'épidémie de choléra fut une « opportunité perdue » de rénovation de l'infrastructure sanitaire de la ville (Cueto, 2009, p. 254). En fait, elle donna l'occasion au gouvernement en place d'accentuer sa politique néolibérale, qui tendait vers une « culture de la survie » (Cueto, 2009) : le renoncement à la couverture sociale universelle, la stigmatisation des groupes marginaux, la fin de la gratuité dans les hôpitaux publics et la privatisation des services, la diminution du budget du ministère de la Santé, surtout pour ses activités préventives, la priorité donnée aux solutions à court terme et à l'assistanat, aux interventions verticales, autoritaires et fragmentées.

Ainsi, pendant 20 ans, sauf exceptions (par exemple la création de l'Institut National du Cancer en 1987 - INEN), aucun grand établissement ne fut construit alors que la ville ne cessait de s'étendre pour accueillir la population qui continuait de croître : elle augmenta de 40 % entre les recensements de 1981 et 1993, et le taux de croissance annuel se maintint à 2,7% de 1993 à 2007. En 1990, près de deux millions d'habitants, soit le tiers de la population de Lima, occupaient les quartiers populaires qui s'étendaient en périphérie, sur les flancs des collines et dans des zones désertiques (Driant, 1991). La population de ces quartiers s'élevait à plus de 3 millions d'habitants au début des années 2000, soit 40% des habitants de Lima (Riofrío, 2004). À défaut de grandes infrastructures, la priorité fut donnée à la construction d'établissements de moindre taille, au plus près des populations : 38 des principaux centres de santé du MINSA (établissements de soins de proximité sans service d'hospitalisation ou alors très limité) furent construits sur cette période. En parallèle, des travaux d'extension des hôpitaux existants furent effectués pour s'adapter à une demande croissante.

Dans le même temps, les premiers établissements privés de haut standing apparurent à partir des années 1950, et connurent un développement accéléré à partir des années 1980 : 26 des 39 grandes cliniques privées de Lima virent le jour entre 1980 et 1990. Cette croissance de l'offre privée correspondait à l'augmentation du niveau de vie d'un nombre de Liméniens de plus en plus important.

De 2000 à 2012 : de nouveaux investissements mais un État en retrait

Les années 2000 sont marquées par la reprise des investissements publics qui peut être associée à une stabilisation politique post-terrorisme et à une phase de croissance économique sans précédent, portée par les activités pétrolières et minières. EsSalud construit deux hôpitaux majeurs en 2000 et 2009 (le Negreiros et le Marino Molina) dans le nord de l'agglomération répondant à l'augmentation du nombre d'assurés dans ce secteur. Cette même institution construit aussi 5 hôpitaux de moindre taille, dont un gériatrique et un spécialisé dans les maladies cardio-vasculaires. Le secteur privé poursuit sa dynamique avec la création de 8 nouvelles cliniques. Ces investissements correspondent à une logique de rentabilité en réponse à une demande bien identifiée (les assurés à la sécurité sociale pour EsSalud et les populations aisées pour le secteur privé). De son côté, le Ministère de la Santé reste en retrait, à l'exception d'investissements ponctuels. Un hôpital d'une quarantaine de lits est construit à Ventanilla (extrême nord) en 2007, ainsi qu'un nouvel hôpital pédiatrique. L'inauguration, initialement prévue en 2011 fut réalisée en juin 2013, mais l'hôpital ne fonctionne pas encore au maximum de ses capacités. En raison des difficultés du secteur public, il est question aujourd'hui de mettre en place un partenariat public-privé pour la gestion de cet hôpital.

En parallèle, le processus de décentralisation fait apparaître de nouveaux acteurs. Les municipalités de district et de provinces investissent le champ de la santé par la mise en place de structures légères de proximité, demandant peu d'investissements. Les soins de proximité sont pris en charge par des établissements de portée locale, avec peu ou pas de capacité d'hospitalisation, qui offrent essentiellement des services de soins ambulatoires (consultations) et de premières urgences. Cette tendance est aussi observable chez EsSalud qui construit 19 d'Unités Basiques d'Attention Primaire (UBAP) à partir de 2009.

Aujourd'hui, dans un contexte d'apparente amélioration des conditions de vie et de forte croissance économique nationale⁴ saluée par les organismes internationaux (Banque Interaméricaine de Développement, Banque mondiale, etc.) et par les agences d'évaluation, la tendance à Lima est celle d'un retrait de l'État central qui contribue à renforcer les inégalités socio-spatiales.

⁴ Le taux de croissance du Produit Intérieur Brut est de 6,9% en 2011 et de 6,3% en 2012 (Ministère de l'Economie et des Finances, http://www.mef.gob.pe/index.php?option=com_content&view=article&id=266&Itemid=100606)

Tableau 1 : Évolutions de l'offre de soins vs croissance démographique à Lima et Callao entre 1940 et 2012

	1940	1980	2000	2012
Population de Lima et Callao*	910585	5189290	7757300	9450585
Augmentation de la population sur la période	+ 4 278 705	+ 2 568 010	+ 1 693 285	
Nombre d'hôpitaux publics	8	31	38	47
Augmentation du nombre d'hôpitaux sur la période	+ 23	+ 7	+ 9	
Nombre de lits cumulés**	3347	11 673	12 349	12 915
Augmentation du nombre de lits sur la période	+ 8326	+ 676	+ 566	
Nombre de lits pour 10 000 habitants	36,8	22,5	15,9	13,7
Evolution du nombre de lits pour 10 000 hab. sur la période	- 14,3	- 6,6	- 2,2	

* Recensement de population de l'INEI 1940, 1981, 1993, 2007 et estimation de l'INEI calculée en 2009 (INEI, 2009)

** Le nombre de lits correspond aux capacités actuelles des établissements. Ce chiffre est parfois surestimé pour les dates antérieures, notamment 1940 et 1980, étant donné que la plupart des hôpitaux ont fait l'objet d'agrandissements

L'évolution du dispositif de soins face à une urbanisation accélérée permet de mettre en évidence une dégradation de l'offre de soins sur l'ensemble de l'agglomération urbaine. Si la construction de nouvelles infrastructures a été entreprise dans les années 1980 pour faire face à la croissance démographique, cet accompagnement est freiné dans les années 1990, qui correspondent au tournant libéral des politiques de développement. Au-delà des biais concernant le nombre de lits des hôpitaux, la dégradation de l'offre de soins par rapport à la demande est indéniable : on passe de 22,5 lits pour 10 000 habitants en 1980, à 15,9 puis 13,7 respectivement en 2000 et 2012. Cette analyse rétrospective du dispositif de soins permet de lire la situation actuelle largement influencée par la libéralisation des

politiques publiques. Il s'agit maintenant d'analyser leurs conséquences en termes d'inégalités socio-spatiales.

2. Un contraste centre/périphéries marqué par les inégalités socio-spatiales d'accessibilité aux hôpitaux

Le retrait généralisé des pouvoirs publics dans une logique néolibérale se traduit par un délaissement de leur rôle d'aménageur et de planificateur de la ville au profit d'un développement par projets, sans vision d'ensemble. On observe d'une part une concentration de moyens dans les hôpitaux centraux, d'autre part la privatisation du secteur. Ces deux processus produisent un accroissement des inégalités d'accessibilité aux structures hospitalières, liées d'un côté à la répartition spatiale de l'offre sur le territoire, de l'autre aux capacités économiques d'accès aux soins de la population.

La concentration des moyens dans les hôpitaux centraux

La gestion au gré des opportunités de financements favorise la concentration des investissements dans certains lieux au détriment de la recherche d'une répartition plus équitable des équipements sur le territoire.

Elle se traduit d'abord par une concentration des moyens dans les établissements centraux, dont certains sont littéralement transformés d'isoliers en hôpitaux généraux avec des équipements de haute technologie, l'infrastructure n'étant pas toujours adaptée. Cette tendance est renforcée par l'autonomie financière et administrative des hôpitaux qui favorise leur mise en concurrence et limite la redistribution des investissements, garante d'une plus grande justice spatiale. Des interventions ponctuelles sont impulsées, généralement par les hôpitaux eux-mêmes, sans coordination, au gré des opportunités des financements.

Ainsi, 17 des 23 hôpitaux majeurs ont fait l'objet d'au moins une extension depuis leur construction. L'hôpital Unanue par exemple, est construit en 1948 à l'extérieur de la ville consolidée, comme un centre de traitement de la tuberculose. Il est réaménagé en hôpital général en 1960 et le nombre de lits est réduit de 960 à 640 pour accueillir les salles d'opérations. Un nouveau service d'urgence est construit en 2007, ainsi qu'une pharmacie en 2008 (la présence de pharmacies dans les hôpitaux s'explique par le fait que les patients doivent acheter eux-mêmes les médicaments prescrits par les médecins). L'hôpital Dos de Mayo connaît une

évolution similaire. Construit en 1870, il est agrandi en 1970, rééquipé en 1991, en 1998 et en 2009. Un nouvel édifice dédié aux soins intensifs a été inauguré récemment, grâce à une donation étrangère⁵. Il en est de même pour l'hôpital Loayza qui bénéficie d'une donation chinoise, et de la Maternité de Lima qui inaugure en 2001 un édifice péruano-japonais. L'hôpital Sabogal d'EsSalud, construit en 1978, est agrandi en 1985 avec des bâtiments légers préfabriqués qui font office de service d'hospitalisation. Un nouvel espace de consultations est construit en 1990, et en 2009, un troisième étage est ajouté au bâtiment principal (en contreplaqué pour éviter la surcharge du bâtiment d'origine). Ces adaptations, en captant les ressources pour améliorer les hôpitaux existants dans la zone centrale, se font au détriment d'autres investissements possibles, par exemple pour la construction de nouveaux établissements dans les périphéries. Cela se traduit concrètement par l'augmentation des inégalités entre le centre et les périphéries.

Photo 1 : Service d'urgence de l'Hôpital de Puente Piedra (MINSA) en attente d'un second étage



Les hôpitaux de moindre taille sont aussi concernés. Construits initialement comme centres de santé (c'est-à-dire sans hospitalisation), de nombreuses infrastructures sont habilitées *a posteriori*. L'établissement de Puente Piedra a été construit en 1970 comme centre de santé, il devient hôpital en 1980. En 2003 et 2004, une pharmacie et un laboratoire sont construits, ainsi qu'un service d'urgence, agrandi ensuite en 2009 (photo 1). Il compte actuellement une centaine de lits. L'hôpital de Ventanilla, construit en 2007, a déjà réinvesti dans un nouveau bâtiment pour

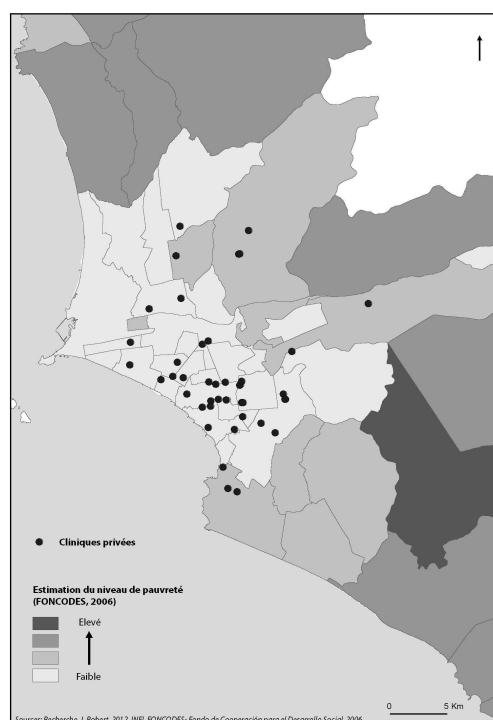
⁵ Les médecins de l'hôpital le qualifient « d'éléphant blanc » (une vitrine non représentative de la réalité) car les services d'urgences et d'hospitalisation sont saturés et manquent de personnel.

accueillir les urgences saturées. Au moins 45 centres de santé locaux ont fait l'objet de travaux d'agrandissement.

La privatisation des soins

La privatisation des soins prend plusieurs formes. La plus évidente est la multiplication des cliniques privées de haut standing en réponse à l'augmentation d'une population aisée, demandeuse d'un service de qualité, et concomitante de la dégradation de l'offre publique. Une quarantaine de cliniques offre aujourd'hui des soins d'hospitalisation, et représente une capacité d'environ 1700 lits. Ces cliniques se concentrent dans les quartiers privilégiés où se trouve leur clientèle (carte 2). Elles s'ouvrent aussi à de nouveaux marchés vers les périphéries, essentiellement au nord de l'agglomération qui constitue un des secteurs les plus dynamiques en termes d'activités économiques. Cette offre privée hyper-ségrégative ne bénéficie qu'à un groupe de population limité et concentré dans l'espace.

Carte 2 : Cliniques privées et niveau de pauvreté à l'échelle des districts



Une autre forme de privatisation est observable au sein même des hôpitaux publics. Dès le début des années 1980, les principaux hôpitaux du ministère de la Santé y ont recours pour financer leur fonctionnement : des cliniques payantes sont construites au sein de quatre grands établissements du ministère ainsi que dans l'hôpital Militaire. Elles sont administrées par l'hôpital qui utilise les bénéfiques dans une logique de redistribution (un dispositif qui existe aussi en France). Ces cliniques offrent les mêmes services, mais dans un espace différencié en fonction des capacités financières du patient. Cette politique vient d'être abandonnée notamment en raison des plaintes des autres cliniques privées pour concurrence déloyale.

La privatisation de la santé concerne enfin tout un ensemble de petits établissements privés à destination des classes populaires et qui se positionnent pour la plupart d'entre eux à proximité immédiate des grands hôpitaux publics. Ces cliniques offrent notamment des services de radiographies et d'écographies à prix réduits afin de capter les patients des hôpitaux publics, souvent saturés.

En plus d'une marchandisation généralisée de la santé, la privatisation produit une forme de ségrégation en termes d'accès aux soins. L'ensemble des établissements privés, en particulier les cliniques de haut-standing, suivent une logique de rentabilité et ne contribuent que faiblement à la couverture du territoire en équipements de soins.

Inégalités socio-spatiales d'accessibilité aux structures hospitalières

L'absence d'une planification territoriale des infrastructures de santé et la privatisation du secteur ont des implications directes sur les conditions d'accessibilité aux hôpitaux. Les inégalités mises en évidence sont de deux ordres : d'abord géographiques, en fonction de la répartition des hôpitaux sur le territoire⁶ ; ensuite économiques, en fonction des types d'assurance santé des différents groupes de population.

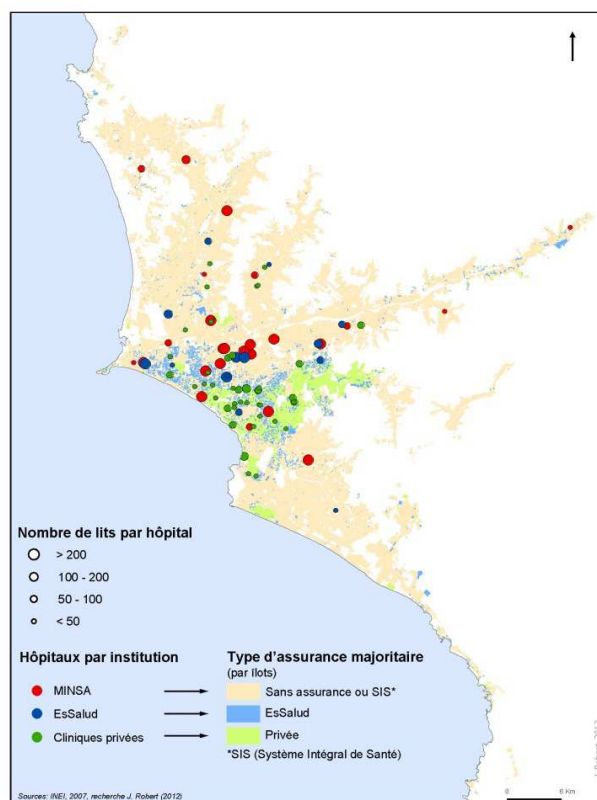
⁶ En plus de la distance physique, la qualité des services de transports et les coûts de déplacements qui peuvent être rédhitoires pour les classes populaires pourraient être pris en considération. Les pratiques sociales et spatiales seraient aussi à prendre en considération, mais nous ne disposons d'aucune donnée relative à ce sujet.

Trois grands groupes de population à Lima se distinguent en fonction de leur assurance santé (carte 3). L'assurance santé détermine les établissements auxquels chaque groupe a accès :

- le groupe ayant accès aux établissements du MINSA : il réunit la population n'ayant aucune assurance santé, soit près de 5 millions de personnes (57,6 % de la population de la capitale), et celle ayant accès au Système intégral de santé, le SIS, un dispositif d'assurance du ministère réservé aux populations les plus défavorisées (environ 550 000 personnes en 2007, soit 6,6% de la population de Lima). Ces deux types de population sont rassemblés ici car on considère qu'ils ont recours en priorité aux établissements du MINSA pour des raisons de coûts (par rapport aux cliniques privées) ou de droit d'accès (les établissements d'EsSalud reçoivent exclusivement des patients bénéficiant de la sécurité sociale). Le très grand nombre de personnes sans assurance est à associer à l'abandon de l'objectif de couverture universelle de santé dans les années 1990, auquel s'ajoutent l'informalité et la précarisation de l'emploi. Le pourcentage de travailleurs informels sans sécurité sociale ou bénéficiant d'une protection obligatoire par la loi était de 54,9 % en 1980. Il est descendu à 53,8 en 1995, pour remonter ensuite à 61,3 % en 2000 et reste un des plus haut de la région⁷ (Portes et Robert, 2004). Quand bien même des progrès sont faits pour assurer les populations les plus défavorisées (le MINSA annonce aujourd'hui un million et demi d'assurés au SIS à Lima et à Callao, près de 15% de la population, soit plus du double qu'en 2007), la majorité des 9 millions d'habitants de la capitale reste non assurée et l'étendue d'une couverture de base à l'ensemble de la population n'est pas une priorité politique.
- le groupe ayant accès aux établissements d'EsSalud : ceux qui bénéficient d'une sécurité sociale au titre de leur emploi, soit 24 % de la population (plus de 2 millions d'habitants).
- le groupe ayant accès aux cliniques privées : ceux qui disposent d'une assurance privée. Ce groupe représente 12 % de la population (un peu plus d'un million de personnes).

⁷ À titre de comparaison, le pourcentage de travailleurs informels est estimé à 50,6% à la Ciudad de Mexico, 43,6% à Buenos Aires, 39,6% à Rio de Janeiro, 32,3 à Santiago de Chile et 27,9 à Montevideo selon les chiffres publiés par Portes et Robert (2004).

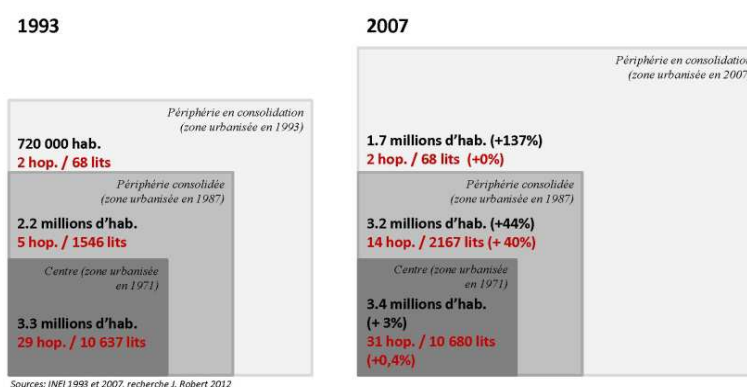
Carte 3 : Type d'assurance santé de la population et structures hospitalières à Lima en 2007



L'assurance santé illustre des inégalités extrêmement marquées entre le centre et les périphéries. La zone centrale concentre les assurés du secteur privé dans ses quartiers les plus aisés, et les bénéficiaires d'EsSalud dans les quartiers de classes moyennes. Les personnes sans assurance et les groupes défavorisés bénéficiant du SIS, c'est-à-dire l'ensemble des personnes qui ont recours essentiellement aux services de soins publics du ministère de la Santé, sont quant à eux relégués en périphérie. De leur côté, les hôpitaux d'EsSalud et les cliniques privées présentent une bonne adéquation spatiale avec la demande potentielle, les deux étant concentrés dans la zone centrale. À l'inverse, la répartition des hôpitaux du ministère de la Santé est inégale, laissant sous-équipées les périphéries où domine largement la population sans assurance ou bénéficiant du SIS.

Cette cartographie permet de mettre en évidence une différenciation de l'espace, et par la même des inégalités sociales manifestes. Ces inégalités sont le résultat direct d'une évolution ségrégative du dispositif de soins, exacerbée dans le contexte néolibéral à partir des années 1990. Un système à plusieurs vitesses se met en place, avec une concentration des équipements dans la zone centrale au détriment d'une couverture territoriale plus équitable. Cette évolution du dispositif contribue à l'augmentation des inégalités entre le centre et les périphéries (figure 1).

Figure 1 : Evolution comparée de la population et du nombre de lits des hôpitaux publics de Lima entre 1993 et 2007



L'évolution comparée de la population et du nombre de lits dans les hôpitaux publics ces dernières années montre en effet un accompagnement inégal du dispositif de soins en réponse à de nouvelles demandes. La construction de 11 nouveaux établissements (environ 700 lits) entre 1993 et 2007 renforce l'offre de soins dans le « centre » et dans la « périphérie consolidée » (les zones périphériques urbanisées avant 1987 caractérisées par une densité du bâti relativement importante -maisons à plusieurs étages, une bonne connexion aux différents réseaux -eau, assainissement, électricité, et de relativement bons

équipements -voirie, parcs, etc.) qui connaît une augmentation de population de 44%. C'est aussi dans ces zones que sont renforcées les capacités des grands hôpitaux déjà existants et que s'est développée une offre privée hyper ségrégative. Les nouvelles périphéries, qui correspondent aux espaces urbanisés à partir de 1987, connaissent la plus forte croissance (presque plus d'un million d'habitants en 14 ans) sans voir apparaître de nouvelles infrastructures hospitalières. Concentrant les populations sans assurance ou avec SIS, ce sont aussi les zones avec le moins d'alternatives. Ces périphéries apparaissent de fait marginalisées avec une offre de soins insuffisante, assurée quasi exclusivement par le ministère de la Santé. Cette évolution du dispositif de soins défavorise encore davantage les populations des périphéries qui souffrent déjà de difficultés d'accès au logement, de la pauvreté etc.

3. De nouvelles formes d'inégalités : vers une désarticulation du dispositif de soins

Au-delà de l'aggravation des inégalités socio-spatiales en termes d'accessibilité aux hôpitaux, on observe aussi des ruptures qualitatives dans la nature et le fonctionnement des services de soins. Dans un contexte de décentralisation, le dispositif de soins fait l'objet d'une complexification croissante, par la multiplication des acteurs et la fragmentation du dispositif. Les initiatives mises en place, justifiées par les déficiences du secteur public, représentent des solutions ponctuelles, sans résoudre les problèmes structureaux.

Une multiplication et une fragmentation des initiatives

Le processus de décentralisation prévoit la gestion des structures sanitaires du ministère de la Santé par les gouvernements régionaux et locaux. Le transfert est effectif depuis 2009 pour la région de Callao et en cours pour celle de Lima. La décentralisation pose le problème de la division entre ces deux entités politiques qui se partagent le territoire urbain. Avant la décentralisation, le MINSA était chargé de la planification du dispositif de soins à l'échelle nationale et donc sur l'ensemble de l'agglomération. Le transfert des compétences aux régions renforce la division entre les deux entités, alors même que les principaux hôpitaux de la capitale jouent un rôle à l'échelle métropolitaine, voire nationale. Cet éclatement des compétences contribue à une politisation accrue de la gestion du dispositif de soins, soumis aux logiques électoralistes, au détriment d'une vision d'ensemble des

besoins de l'agglomération urbaine. Il pose aussi la question des rapports de force entre les administrations locales et les principaux hôpitaux qui tiennent à leur autonomie. Si la décentralisation se traduit par la mise en place de projets de taille moyenne et de dispositifs originaux, elle montre ses limites dès qu'il s'agit de proposer des projets de grande envergure.

Les municipalités provinciales et de district investissent aussi le champ de la santé en se dotant de structures plus ou moins importantes, en complément de l'offre existante. Le dispositif des « *Hospitales de la Solidaridad* », créé en 2004 par l'ancien maire de Lima, Luis Castañeda (ancien directeur de la Sécurité Sociale), est aujourd'hui repris par Susana Villarán, élue en 2010. Il est actuellement constitué d'une vingtaine d'établissements dont il est prévu d'augmenter le nombre. Les services offerts sont essentiellement des consultations et des diagnostics, dans une logique de renforcement de l'offre de proximité. Il n'y a pas d'hospitalisation, contrairement à ce que peut le laisser croire l'appellation « hôpitaux ». Ces établissements sont gérés par un organisme public décentralisé de la municipalité de Lima (le SISOL : *Sistema Metropolitano de Solidaridad*) qui fournit l'infrastructure, se charge de l'administration et fixe les tarifs. Les infrastructures sont relativement sommaires, dans des locaux de la municipalité, des bâtiments loués et dans des containers posés dans des espaces publics. Les services proprement médicaux sont délégués, à travers des contrats à des médecins ou des entreprises prestataires qui fournissent leurs propres équipements et les médecins sont payés au nombre de consultations. Offrant un service commode (dans les ordres de prix du ministère de la Santé⁸) et plus rapide, ce dispositif bénéficie d'une forte acceptation sociale⁹. Très récemment, des efforts d'articulation ont été entrepris avec le ministère de la Santé, pour le suivi des dossiers médicaux et la prise en charge gratuite des patients du SIS. Sur le même modèle, le gouvernement régional de Callao a mis en place trois hôpitaux *Chalacos* (nom donné aux habitants de Callao), également dans des containers aménagés. Alors qu'il a la responsabilité des établissements du MINSA depuis la décentralisation, il maintient les deux dispositifs sans articulation. À l'échelle locale, les districts créent aussi des

⁸ Le prix d'une consultation en médecine générale dans un établissement du MINSA est de l'ordre de 5 à 10 soles péruviens (un euro équivaut à environ 3 soles). Dans un hôpital de la Solidarité, il est de 6 à 8 soles.

⁹ Lors de la campagne électorale municipale en 2010, une rumeur selon laquelle la mairesse actuelle voulait supprimer ce service provoqua une levée de boucliers dans la presse : (<http://elcomercio.pe/politica/642814/noticia-susana-villaran-nego-que-vaya-eliminar-hospitales-solidaridad>)

structures de soins. C'est le cas du district de Los Olivos qui inaugure en 2006 un hôpital municipal au fonctionnement original : l'infrastructure est à la charge de la municipalité et le personnel provient d'EsSalud. D'autres districts mettent en place des centres de soins de petite taille, souvent dans des containers disposés dans les espaces publics. Ces initiatives de plus en plus fréquentes restent ponctuelles et ne font l'objet d'aucune articulation d'une administration à l'autre.

La multiplication des dispositifs se justifie par une demande sociale de soins de proximité et de qualité face au manque de capacités des infrastructures publiques gérées par le MINSA et EsSalud, mais elle contribue directement à la désarticulation du dispositif d'ensemble. Les nouveaux dispositifs créés traduisent l'évolution des choix politiques orientés vers une logique de décentralisation, de fonctionnement privé et de rentabilité du service, plutôt que vers une planification et un renforcement du service public de santé.

Des solutions ponctuelles pour des problèmes de fond

Les solutions apportées semblent plus de l'ordre de colmatages ponctuels que de réformes de fond, dans le prolongement de la « culture de la survie » généralisée suite à la crise du choléra en 1991 (Cueto, 2009). Les initiatives telles que les hôpitaux de la Solidarité de la municipalité de Lima comblent les insuffisances du dispositif de soins public subventionné en répondant à une demande de proximité, raison pour laquelle ils bénéficient d'une très forte acceptation sociale. Inclus dans le Plan de développement concerté 2012-2025 de la municipalité de Lima, les hôpitaux de la Solidarité deviennent l'étendard des autorités publiques. Durant les ateliers participatifs, les représentants de la société civile ont pu définir les lieux où la municipalité devait installer de nouveaux établissements. C'est donc avec l'aval de la population que se conforte un dispositif parallèle, destiné aux moins favorisés, au détriment d'une politique publique d'amélioration planifiée du service public de santé, garante d'une certaine équité et justice spatiale en termes d'accès aux soins. En effet, le MINSA gère 389 postes et centres de soins (établissements de soins primaires sans hospitalisation) sur l'ensemble du territoire métropolitain. La gestion de 49 de ces 389 établissements a été transférée à la Région du Callao dans le cadre de la décentralisation. Au final, les initiatives des gouvernements locaux viennent concurrencer des établissements du MINSA. Or, une fois le processus de décentralisation achevé (ce qui est prévu à l'horizon 2013), ces mêmes administrations locales, qui mettent en place des « hôpitaux containers »,

auront aussi la responsabilité de la gestion des hôpitaux, postes et centres de santé actuellement gérés par le ministère.

Le dispositif du ministère de la Santé, bien qu'accessible aux groupes les plus pauvres et couvrant l'ensemble du territoire grâce à un réseau d'établissements de proximité, apparaît aujourd'hui délaissé malgré les besoins de financements. Récemment, les déficiences de quatre grands hôpitaux publics de la capitale, notamment le manque de lits et l'obsolescence des équipements, ont été soulignées par la *Contraloría General de la República* (équivalent de la Cour des Comptes)¹⁰. Cette précarisation concerne aussi les conditions d'embauche des professionnels de la santé, dégradées par les politiques néolibérales des années 1990, et reconnues comme une des priorités des orientations stratégiques des politiques de santé (MINSA, 2007). Les lacunes du service public touchent aussi le dispositif d'EsSalud. Récemment, les médecins de l'hôpital Rebagliati (le plus grand hôpital de Lima -EsSalud) se sont plaints de l'exposition du personnel à la tuberculose en raison de la saturation des urgences, citant plusieurs cas de contagion¹¹. En 2012, les grèves des médecins à l'échelle nationale, portant sur la rémunération du travail, la sécurité de l'emploi et les conditions de travail (manque d'équipements et de personnel), ont paralysé EsSalud puis le Minsa pendant plusieurs semaines. L'été 2013 fut marqué par une nouvelle grève de 30 jours des professionnels de la santé.

La question se pose des moyens à mettre en œuvre pour la mise en place d'un dispositif plus égalitaire. Les initiatives nées de la décentralisation proposent une alternative aux dispositifs publics du MINSA et d'EsSalud, mais elles ne résolvent en rien les problèmes liés aux conditions de travail des professionnels de la santé (protection des médecins, tarification à la consultation, etc.), et posent la question de l'adéquation des structures en termes de conditions sanitaires et de qualité des soins, notamment dans le cas des containers aménagés. Ces questions de fond sont de fait effacées devant l'omniprésence du problème posé par la saturation des services publics traditionnels. Ces initiatives se posent au final à la fois comme complémentaires et concurrentes du dispositif du ministère. Elles favorisent l'éparpillement des efforts et des financements, au détriment d'une (re)prise en

¹⁰ <http://elcomercio.pe/actualidad/1484300/noticia-contraloria-detecta-graves-deficiencias-sanitarias-falta-equipos-hospitales-lima>

¹¹ *El Comercio*, 12 juin 2012, « Des médecins du Rebagliati demandent la déclaration de l'état d'urgence pour tuberculose », <http://elcomercio.pe/lima/1427258/noticia-medicos-rebagliati-piden-declaratoria-emergencia-tuberculosis>

main du secteur public qui, s'il faisait l'objet d'une politique volontariste, pourrait permettre une amélioration des services de soins et une meilleure justice spatiale. En effet, bien que souffrant d'un manque de moyens en équipements et personnel, ce sont les postes et centres de santé du MINSA qui couvrent le mieux le territoire.

Ainsi, bien que justifiées par une demande sociale importante et par les lacunes du service public, les évolutions récentes du dispositif de soins contribuent à la création de nouvelles inégalités, à travers une forme de précarisation de l'offre de soins et en favorisant un système désarticulé. Le tournant néolibéral des années 1990 a donc abouti à la mise en place d'un système de santé à plusieurs vitesses. Dans une interview pendant la campagne présidentielle de 2011, un candidat résumait ainsi la situation : « nous avons une 5^{ème} classe qui est EsSalud [pour les salariés bénéficiaires de la sécurité sociale], une 6^{ème} qui est le ministère de la Santé et une 7^{ème} qui est le Système Intégral de Santé [sécurité sociale pour les plus pauvres] et une 1^{ère} classe qui correspond aux cliniques [privées] de San Isidro et San Borja [districts aisés de Lima]. Et il n'y a rien entre les deux. » (Kuchinsky P.P., *Caretas*, 17 mars 2011). Les évolutions récentes contribuent à la fragmentation de ce dispositif, en proposant des solutions très locales et partielles mais sans remise en question de fond. Ce système contribue à renforcer les inégalités existantes, matérialisées par un fort contraste centre-périphérie, avec un centre moderne plutôt aisé et bien équipé, et des périphéries populaires, délaissées par les pouvoirs publics.

Conclusion

L'analyse du dispositif de soins permet une lecture originale des effets des politiques néolibérales appliquées dès les années 1990 dans la ville de Lima. Comme le mentionne W. Ludeña (2011), l'absence d'État régulateur et les inégalités ont marqué l'histoire du Pérou depuis son indépendance. Il n'en reste pas moins que les effets des politiques néolibérales peuvent se lire à travers l'organisation du dispositif de soins. Les logiques néolibérales reposent sur la recherche de rentabilité, la décentralisation, la privatisation des services et la gestion par projets au détriment d'une vision territoriale et d'une certaine justice spatiale de l'accès à la santé. Ces politiques se traduisent par le renforcement des inégalités entre le centre et les périphéries, et contribuent à la précarisation des conditions de vie des franges défavorisées de la population en créant un système à plusieurs vitesses,

désarticulé, sans projet politique abordant frontalement les inégalités sociales et spatiales.

Les effets de la néolibéralisation se ressentent donc au-delà des conditions de pauvreté ou d'accès à l'emploi, comme l'ont montré Portes et Roberts (2004) pour Lima, et touchent l'ensemble du fonctionnement urbain. Ils contribuent à la marginalisation d'une partie de la population, illustrée par les conditions d'accessibilité aux structures hospitalières, et traduisent au final les injustices d'accès à la ville. Ainsi, l'analyse de l'évolution du dispositif de soins à Lima rend compte de phénomènes urbains et politiques se jouant à l'échelle nationale, voire mondiale, et dont les effets se ressentent directement sur les conditions de vie de la population.

La recherche présentée ici revendique l'intérêt d'une géographie politique et propose ainsi de porter un regard critique sur la production de la ville. Elle remet au centre du questionnement le rôle de l'État et des pouvoirs publics qui apparaissent comme les seuls garants possibles de la justice spatiale, contre une production de la ville favorisant la compétition, la gestion par projets ponctuels et locaux sans lecture globale des besoins, c'est-à-dire des territoires inégaux et en compétition. Ce positionnement questionne en même temps les initiatives académiques et opérationnelles de plus en plus nombreuses portant sur la résilience des villes et des sociétés, via le renforcement des capacités d'adaptation et la mise en valeur de savoirs et pratiques locales. C'est le positionnement idéologique qui sous-tend ces initiatives, et de façon plus générale les politiques actuelles, qui est ici placé au cœur de la discussion.

Ce travail s'appuie sur une thèse de doctorat intitulée « Pour une géographie de la gestion de crise : de l'accessibilité aux soins d'urgence à la vulnérabilité du territoire à Lima », soutenue en 2012 <http://tel.archives-ouvertes.fr/tel-00766252>

A propos de l'auteur : Jérémy Robert Institut Français d'Études Andines / laboratoire EDYTEM / PACIVUR

Pour citer cet article : Jeremy Robert, « De la néolibéralisation de la ville, entre continuité et nouveauté dans la production des inégalités d'accessibilité aux soins à Lima », *justice spatiale | spatial justice*, n° 6 juin 2014, <http://www.jssj.org>

Bibliographie

BONNET, Pascal, "Le concept d'accessibilité et d'accès aux soins. Étude bibliographique sur l'accessibilité et le problème de l'accès aux soins, aux services de santé. Place particulière des concepts en géographie et en économie de la santé", Dossier de DEA Université Paul Valéry, Montpellier 3, 25 p., http://epe.cirad.fr/fr2/doc/accessibilite_soins.pdf, 2002.

CALDERÓN, Julio, "La ciudad ilegal. Lima en el siglo XX", UNMSM, Lima Perú, 2005.

CUETO, Marcos, "Cólera y dengue en Lima al final del siglo XX y comienzos del XXI: salud y la cultura de la sobrevivencia", in *Historia social urbana. Espacios y flujos*, dirigé par Kingman E., Quito: Colección 50 años FLACSO, 253-272, 2009.

DEFOSSEZ, Anne-Claire, FASSIN Didier, GODARD Henry, "Espace urbain et santé publique. L'histoire sociale et politique du système de soins à Quito, entre carte et récit", *Bulletin de l'IFEA*, 29, n°1, 115-139, 1991.

DELER, Jean Paul, « Lima 1940-1970 Aspects de la croissance d'une capitale latino-américaine », CEGET-CNRS, Bordeaux, Coll. Travaux et Documents de Géographie Tropicale n°14, 118 p., 1974.

DE SOTO, Hernando, "El Otro Sendero. La revolución Informal", El Barranco, Lima, 317 p., 1987.

DRIANT, Jean Claude, "Las barriadas de Lima. Historia e interpretación", IFEA, DESCO, Lima, 232 p., 1991.

INEI, "PERÚ: Estimaciones y Proyecciones de Población por Sexo, según Departamento, Provincia y Distrito, 2000-2015", Instituto Nacional de Estadística e Informática del Perú, Boletín Especial N°18, Lima, diciembre 2009, 394 p., 2009.

LOSSIO, Jorge, "Acequias y Gallinazos, salud ambiental en Lima del siglo XIX", Colección Mínima, Lima, IEP - Instituto de Estudios Peruanos, 109 p., 2002.

LUDEÑA, Wiley, "Lima: transformaciones urbanas y reestructuración morfológica. Urbanismo, vivienda y centro histórico. Periodo 1990-2007", in *LIMA_SANTIAGO, Reestructuración y cambio metropolitano* editado por DE MATTOS Carlos, LUDEÑA Wiley, Col. Estudios Urbanos UC, Col. Estudios Metropolitanos CIAC, Santiago de Chile, Lima, 65-102, 2001.

MATOS MAR, José, "Las barriadas de Lima 1957", Instituto de Estudios Peruanos, 2da edición, Lima, 294 p., 1977.

MATOS MAR, José, "Perú. Estado desbordado y sociedad nacional emergente", Universidad Ricardo Palma, Lima, 573 p., 2012.

MENARD, Béatrice, "Questions de géographie de la santé", *L'Espace géographique*, 3/2002 (tome 31), 264-275. www.cairn.info/revue-espace-geographique-2002-3-page-264.htm, 2002.

MINSA, "Lineamientos de Política Sectorial para el Período 2002 - 2012 y Principios Fundamentales para el Plan Estratégico Sectorial del Quinquenio Agosto 2001 - Julio 2006", Ministerio de Salud, Lima, 57 p., 2002.

MINSA, "Plan Nacional Concertado de Salud", Ministerio de Salud, Lima, 140 p., 2007.

OBRIST, Brigit, "Risque et vulnérabilité dans la recherche en santé urbaine", *VertigO - la revue électronique en sciences de l'environnement*, Hors-série 3, <http://vertigo.revues.org/1483>, 2006.

PORTES, Alejandro, ROBERTS, Bryan R., "Empleo y desigualdad urbanos bajo el libre mercado. Consecuencias del experimento neoliberal", *Nueva sociedad*, 193, 76-96, 2004.

REYNA, Carlos, ZAPATA, Antonio, "*Crónica sobre el cólera en el Perú*", DESCO, En Blanco y Negro, 68 p., 1991.

RIOFRÍO Gustavo, "Pobreza y desarrollo urbano en el Perú", in *Las ciudades en el Perú*, editado por DESCO, Lima, Perú Hoy, 71-111, 2004.

SALEM Gérard, "Géographie de la santé, santé de la géographie", *Espace, Populations, Sociétés*, 1995 - 1, 25-30, 1995.