

# Introduction

---

Cet ouvrage porte sur l'orthodoxie des soins de santé primaires (SSP), c'est-à-dire sur leur généralisation et leur imposition partout dans le monde autant par les réformes nationales des systèmes de santé que par les modèles prescrits de développement des pays du tiers-monde. Plus d'un trouvera exagérée l'épithète d'orthodoxie que nous imputons aux soins de santé primaires. C'est là, cependant, mal connaître le courant de pensée dominant qui valorise leur développement. Car il ne s'agit pas d'une simple invitation des organismes transnationaux de pouvoir (ONU, FMI, Banque mondiale, UNICEF, OMS) aux pays pauvres. S'il faut croire Bernard Hours (1989), les soins de santé primaires évoquent un certain millénarisme, telle une religion nouvelle et salvatrice.

Valorisés en dépit d'un contexte souvent hostile<sup>1</sup> à leur développement, les soins de santé primaires ont si bien poursuivi leur chemin qu'ils en sont venus à pénétrer l'opinion publique locale

- 
1. Les références aux soins de santé primaires ont soulevé quelques réserves sur la vision trop exclusivement médicale et l'hospitalocentrisme légués notamment par la médecine coloniale. Au tournant des années 1980, l'approche des soins de santé primaires fut un crime de lèse-majesté à l'encontre du corps médical, seul dépositaire agréé des connaissances avérées sur le corps humain, et des compétences indispensables à la responsabilité des systèmes de santé (Hours, 1989).

et internationale jusqu'à transformer significativement le langage de la santé publique et des politiques de santé. La réussite idéologique de ce concept est consacrée par l'abondance des discours (médias, scientifique, politique) qui y recourent, ainsi que par leur imposition de droit (sous forme de directives assorties de conditions) par leurs appareils idéologiques transnationaux (ONU, FMI, Banque mondiale, OMS...)<sup>2</sup>. Or, en moins de dix ans (1978-1988), le bilan de l'application des SSP apparaît plus riche en évolution idéologique qu'en résultats sur le terrain. Aujourd'hui, plus que jamais, l'adversité se situe du côté de ceux qui osent remettre en question leur légitimité ou tout simplement leur faisabilité. Pourquoi est-ce devenu quasiment un problème moral de questionner l'utilité des SSP? Que recèlent ou cachent les tabous qui entourent cette orthodoxie?

L'objectif principal de ce livre est de ramener dans le cercle des débats l'orthodoxie des SSP afin d'en questionner les résultats, la pertinence et les finalités latentes. Pour bien prendre toute la mesure de la réussite idéologique de l'orthodoxie des SSP, malgré un bilan plutôt pauvre, il est utile de rappeler le contexte historique dans lequel ils se sont peu à peu imposés comme une nécessité.

L'histoire des soins de santé primaires, tels que nous les entendons aujourd'hui, remonte à la conférence internationale tenue en septembre 1978 à Almaty au Kazakhstan (qui était alors Alma-Ata en URSS), dans le but exprès d'améliorer la situation sanitaire mondiale. Cette conférence, organisée et patronnée de concert par l'OMS et l'UNICEF, marque un tournant dans la volonté des représentants de plus de 134 gouvernements et de 67 organisations des Nations unies, institutions spécialisées et organisations non gouvernementales, de diffuser à travers le monde un *modèle* de développement sanitaire issu de l'expérience positive d'un certain nombre de pays (OMS, 1978). Adoptée par acclamation en séance plénière

---

2. Rappelons que ces organismes dont l'aide est devenue indispensable aux pays pauvres n'accordent parfois leur appui qu'à la condition que les bénéficiaires fassent la promotion des SSP dans la réforme de leur système de santé.

le 12 septembre 1978, la déclaration qui en résulta – dite Déclaration d’Alma-Ata – a mis en place les conditions nécessaires à l’avènement de l’orthodoxie des soins de santé primaires.

Tout porte à croire, cependant, que cette déclaration de principes (Alma-Ata)<sup>3</sup>, même si elle fut très importante pour l’avenir de la santé publique mondiale, n’a été que l’épiphénomène d’un mouvement plus général de contestation d’un ordre mondial basé sur un système inégal et inéquitable de production et de distribution de la richesse mondiale, et d’affirmation de velléités de solidarité internationale.

Dans les années 1970, un important mouvement social, politique et culturel traverse l’ensemble des sociétés industrialisées. Ce mouvement, d’emblée contestataire, porte une critique sociale du fonctionnement des institutions fondamentales que sont la famille nucléaire et patriarcale, la justice au service des riches, les soins de santé plus accessibles à certains qu’à d’autres, les entreprises gérées par des patrons peu soucieux du bien-être de leurs ouvriers, etc. (Latham, 2001). Il dénonce aussi la mauvaise distribution des richesses produites, l’alliance des pouvoirs politique et économique, la démocratie plus formelle que réelle, les inégalités et iniquités qui en résultent tant dans la santé que dans l’éducation, la culture, le logement, la justice pour ne nommer que ces domaines. Ce vaste mouvement de contestation condamnait en somme ce type de société où les riches devenaient toujours plus riches et les pauvres toujours plus pauvres.

Au même moment – nous ne croyons pas qu’il s’agisse d’une pure coïncidence –, l’échange des données d’expériences et des informations relatives au développement socioéconomique dans les contextes nationaux a rendu évidentes les inégalités sociales partout à travers le monde, dans les pays riches comme dans les pays pauvres,

---

3. Entendez par là la première vraie politique internationale de santé adoptée par les pays membres de l’OMS en 1978.

au sein des États plusieurs fois centenaires comme dans les pays nouvellement indépendants. Ce constat d'inégalité et d'inéquité dans des régimes démocratiques aux prétentions égalitaristes a heurté les consciences d'une génération d'hommes et de femmes – habitués aux confort de l'âge d'or mais étrangers aux conditions objectives de l'inadéquation entre la situation économique et les possibilités du marché –, témoins des signes annonciateurs d'une ère de crise d'abord symboliquement marquée par le mouvement étudiantin de mai 1968, puis portée à son paroxysme par l'effondrement du système financier mondial de Bretton Woods en 1971, et assenant finalement le coup de grâce avec la crise pétrolière de l'OPEP en 1973 (Hobsbawm, 1999).

Autant dire que les soins de santé primaires sont apparus, se sont généralisés et imposés après le déclin de l'âge d'or, cette période de grande prospérité et d'opulence où le chômage était inexistant dans le monde développé, où les conditions objectives de vie s'améliorèrent jusqu'à démocratiser le luxe de l'entre-deux-guerres, où les revenus de la classe ouvrière connurent une croissance progressive quasi automatique permettant à cette dernière de s'engager dans la consommation de masse, et où tous les espoirs, tous les optimismes apparaissaient désormais permis. C'était aussi l'époque où l'espoir des grands économistes reposait sur le développement industriel et la construction d'infrastructures coûteuses (méga-usines, grands barrages, centrales électriques, autoroutes surdimensionnées reliant les capitales aux villes secondaires<sup>4</sup>). La vague massive de décolonisation faisait aussi son œuvre, donnant naissance dans la foulée à

---

4. Cette stratégie a échoué plus souvent qu'elle n'a marché, et même lorsqu'elle a fonctionné, elle a laissé de côté ceux qui avaient le plus besoin d'aide. Aussi, ce modèle de développement n'a-t-il fait qu'enrichir les riches et appauvrir les pauvres.

de nombreux États, héritiers d'une médecine coloniale<sup>5</sup> axée sur des hôpitaux et des dispensaires de « brousse » et suivant à la lettre les normes médicales européennes<sup>6</sup> (Duponchel, 2004).

En somme, l'imposition et l'universalisation des SSP se sont produites durant la désillusion qui a suivi cette importante période de prospérité. On a alors pris conscience que les *grandes* techniques modernes ne sont pas une panacée à tous les problèmes sociaux, y compris les problèmes de santé, et qu'il fallait conséquemment remettre en cause progressivement le modèle biomédical occidental, l'inadéquation des systèmes de santé qui s'étaient trop alignés sur ce modèle et les besoins réels des pays pauvres, l'éthique et les intentions véritables de certains acteurs parmi lesquels les grands laboratoires pharmaceutiques, les organismes transnationaux de pouvoir, etc. (Latham, 2001). Cette prise de conscience et la contestation qui en découla entraînèrent l'éclosion d'un espace public international, la revendication, sur le plan national, d'institutions internationales

- 
5. Selon Bernard Hours (1992), la médecine coloniale serait l'ancêtre des soins de santé primaires. Même si elle est née du traitement d'un monde « peu salubre », peuplé d'étranges maladies, même si elle a pris originellement la forme d'une médecine de masse, caractérisée par sa mobilité et fournie par des auxiliaires de santé plutôt que des médecins à la collectivité et non à l'individu, et même si elle est a priori dirigée seulement contre un petit nombre de maladies bien spécifiques ; la médecine coloniale a certainement pesé de tout son poids dans le développement d'une santé publique fondée sur des traitements de masse, des macroanalyses de pathologies, la décentralisation de l'action sanitaire, la prévention et l'assistance gratuite (Hours, 1992, p. 125). C'est par l'objectivation des risques sanitaires, notamment en constatant et en affirmant l'existence de pathologies transmises par exposition à toute une population et les limites des mesures de mise en quarantaine ou d'initiatives individuelles que la médecine coloniale a fait faire un bond significatif à la santé publique. Ce faisant, elle a fait éclater la notion de pathologie individuelle et transformé la conception de la maladie, naguère perçue comme une pathologie singulière et non comme un porteur de germes susceptibles de se transmettre au sein d'une collectivité.
  6. D'aucuns pourraient voir dans cette conformité aux normes médicales européennes un exercice de théâtralisation de la civilisation, une pratique mimétique de l'ancien maître ou de légitimation de l'ancien colonisé dans l'exercice de sa profession médicale.

ayant plus de légitimité, l'émergence de sociétés civiles (groupes de pression) dont les influences se mirent à traverser les frontières nationales et régionales, etc. On revendiqua même les SSP en tant que droits sociaux de base. Il faut croire que l'ère du temps était propice à des changements importants dans l'ordre mondial, y compris dans l'ordre sanitaire. C'est ainsi que les SSP se sont imposés comme une réponse « naturelle » aux différents défis d'inégalités et d'exclusion que réprouvait l'opinion publique.

Précisons tout de suite qu'à l'époque, on posait un diagnostic d'exclusion sanitaire : si l'offre et l'accès aux services de santé, l'accès matériel et économique, étaient inexistantes ou non garantis ; si les foyers n'étaient pas protégés financièrement afin que le financement des services de santé ne puisse menacer ni la stabilité des familles ni l'épanouissement de leurs membres ; si la prestation des soins n'était pas assurée dans la dignité des bénéficiaires, c'est-à-dire dans le respect des normes de qualité et d'éthique relativement à la diversité culturelle (respect de l'ethnie, de la culture et des conditions socioéconomiques des usagers) ; si la diffusion de l'information, l'éducation de la population, les conditions d'hygiène et d'assainissement publique, la salubrité des lieux de vie (logement, école, travail) étaient incapables de garantir à tous de bonnes conditions de santé, etc.<sup>7</sup>

---

7. Même si, à cette étape-ci, les instigateurs de l'orthodoxie mettent l'accent sur la commune condition qui lie dans tous les contextes les situations ou processus d'exclusion, il reste nécessaire de souligner que ces diagnostics d'exclusion mériteraient d'être nuancés ou pondérés en fonction du niveau de développement des pays.