

Vie et mort des soins de santé primaires

David Werner et David Sanders*

« La santé, qui est un état de complet bien-être physique, mental et social et ne consiste pas seulement en l'absence de maladie ou d'infirmité, est un droit fondamental de l'être humain et (...) l'accession au niveau de santé le plus élevé possible est un objectif social extrêmement important qui intéresse le monde entier et suppose la participation de nombreux autres secteurs socio-économiques autres que celui de la santé. »
Déclaration d'Alma Ata 1978.

Une percée potentielle dans le domaine du droit à la santé s'est produit en 1978 lors de la Conférence internationale sur les soins de santé primaire, à Alma Ata dans l'ancienne Union soviétique. Afin de parvenir au but ambitieux que représente la Santé pour tous, les nations du monde entier, l'OMS [voir annexe 2 en fin d'article], l'UNICEF et les plus grandes agences de financement ont alors promis de satisfaire les besoins fondamentaux des peuples à travers une approche globale et remarquablement progressiste appelée soins de santé primaires.

Des expériences provenant de la Chine et de divers programmes de santé appliqués dans des petites communautés en lutte aux Philippines, en Amérique latine et ailleurs, ont fortement inspiré cette approche des soins de santé primaires. Ces expériences étaient étroitement associées avec des initiatives des mouvements de réforme politique, et c'est, entre autres, pour cela que les concepts sous-jacents des soins de santé primaires ont reçu aussi bien des critiques que des louages pour être révolutionnaires.

Le concept de soins de santé primaires implique explicitement le besoin d'une stratégie globale de la santé qui ne se concentre pas seulement sur les services de la santé, mais aussi sur les causes politiques, économiques et sociales sous-jacentes de la mauvaise santé. Tel que la Déclaration d'Alma Ata le conçoit, cette stratégie doit promouvoir une distribution équitable des ressources.

* David Werner est écrivain, militant pour le droit à la santé, co-fondateur et directeur du Health Wrights (Groupe de travail du People's Health and Rights) et professeur invité à l'Université de Boston. Il a travaillé pendant plus de 40 ans dans le domaine de la santé des populations défavorisées dans de nombreux pays du Tiers Monde. Il a publié entre autre *Where there is no Doctor, Nothing about us without us : developing innovative technologies for, by and with disabled persons*. Il est enfin un membre actif du groupe de planification et d'analyse du PHM.

David Sanders est professeur et directeur de la School of Public Health de l'Université de Western Cape, Afrique du Sud. Il a travaillé pendant plus de 25 ans dans le domaine de la santé publique et des programmes de développement au Zimbabwe et Afrique du Sud. Il a publié de nombreux livres et ouvrages concernant la santé des enfants les soins de santé primaires, entre autres, dont : *The Struggle for Health: Medicine and the Politics of Underdevelopment* et *Fatal Indifference: the G8, Africa and Global Health*. Il est membre du groupe de direction global du PHM ainsi que de celui du Global Health Watch et coordonne le groupe PHM Afrique du Sud.

Cet article repose sur des extraits de leur livre, *Questioning the Solution : the politics of primary health care and child survival*, Healthwrights, TWN, IPHC and Partners in Health, 1997.

La Déclaration précise aussi qu'une forte participation des peuples est essentielle et que l'autonomie et la conscience sociales sont des facteurs clé du développement humain. Les soins de santé primaires peuvent eux-mêmes contribuer au développement et sont une arène permettant la prise de conscience et les actions organisées. Il a été reconnu que la dynamique déclenchée par une meilleure prise de conscience et les mobilisations étaient potentiellement révolutionnaires et qu'elles permettaient donc de s'opposer à ceux qui voulaient maintenir le statu quo.

Les programmes de santé des communautés qui ont inspiré les soins de santé primaires ne sont pas seulement des initiatives pour la santé. Ils font partie d'un combat beaucoup plus large, mené par les personnes marginalisées pour leur bien être et leurs droits. Ils ont bien sûr fait l'objet de nombreuses oppositions. Les efforts des organisations de base pour mettre la santé dans les mains des peuples ont posé de sérieuses menaces – pas seulement pour les élites et les gouvernements – mais aussi pour l'establishment médical qui, depuis si longtemps, exerce un puissant monopole sur le savoir et sur la guérison. Sa réticence à abandonner son contrôle, en plus des procédures bureaucratiques des gouvernements, a mis de nombreux obstacles sur la route de ces nouveaux programmes.

Cependant, quelques oppositions et obstacles à ces programmes de santé progressifs devinrent manifestes. D'une part, les soins de santé primaires furent traités comme une extension du même vieux système médical occidental vertical et appliqués tels quels aux zones moins favorisées. Le contrôle central restait le même. Si la participation de la communauté était encouragée, c'était davantage au détriment de l'intensité de son engagement et de sa participation dans les décisions à prendre.

D'autre part, dans certains pays autoritaires, les travailleurs communautaires de la santé étaient harcelés ou arrêtés. Mais la plupart du temps, ces projets étaient contrariés par des méthodes plus insidieuses. Pour rendre ces programmes communautaires inutiles, des postes de santé coûteux et gérés par le gouvernement étaient introduits dans ces mêmes communautés, dont le but était d'assimiler, de co-opter ou de fermer des programmes communautaires autonomes. Les programmes gouvernementaux devaient miner toute initiative communautaire potentiellement progressiste. Le potentiel transformateur de Alma Ata restait largement à l'état de projet.

Cependant la plus grande menace contre les soins de santé primaires est venue de l'establishment public international de la santé. Les puissantes institutions internationales de

la santé se sont investies dans le dépouillement des composantes globales et potentiellement révolutionnaires des soins de santé primaires et dans la réduction à une simple approche avec laquelle les structures du pouvoir nationales et mondiales puissent se sentir plus à l'aise.

Dès 1979, la fondation Rockefeller déclara que la version globale des soins de santé primaire était trop coûteuse et irréaliste. Les groupes à risque devaient être « ciblés » avec des interventions sélectives et rentables. Cette nouvelle approche plus restrictive prit le nom de *soins de santé primaires sélectifs*. Elle a donc enlevé aux soins de santé primaires nombre de ses concepts clé. On a supprimé l'accent mis sur le développement d'ensemble social et économique et sur le besoin d'inclure tous les autres secteurs reliés à la santé. Cette version des soins de santé primaires sélective, épurée politiquement (et donc non menaçante) s'est réduite à quelques interventions technologiques prioritaires déterminées non pas par les communautés mais par les experts internationaux de la santé.

L'UNICEF a revu sa défense d'une approche des soins de santé globale et équitable. Plutôt que de renouveler son appel de 1970 pour un ordre économique international plus juste, tel qu'exprimé dans la Déclaration d'Alma Ata, l'UNICEF a commencé à désigner la récession économique continue comme le facteur majeur affectant la santé des enfants...comme si les politiques sociales régressives imposées sur les pays pauvres étaient une force de la nature à laquelle on ne pouvait échapper. Le refus de l'UNICEF de remettre en cause les politiques d'ajustement destinées à restaurer la croissance économique équivalait à accepter l'inégalité et la pauvreté en tant que fatalités de la vie.

En 1983, l'UNICEF a annoncé qu'elle avait adopté une nouvelle stratégie destinée à permettre « une révolution dans la survie des enfants et dans le développement des enfants » à un coût acceptable pour les pays pauvres. Relevant précisément du paradigme des soins de santé primaires sélectifs, la révolution dans la survie des enfants était présentée comme une version simplifiée, bon marché, et plus réaliste que la version des soins de santé primaires, destinée à protéger les enfants des impacts des détériorations des conditions économiques. Elle accorda la priorité à quatre interventions sanitaires basées sur la croissance, la thérapie de réhydratation orale, le lait maternel et l'immunisation, le planning familial, les apports nutritionnels et l'éducation des femmes (GOBI-FFF).

L'immunisation et la réhydratation orale sont sans contestation efficaces, peu coûteuses et peuvent servir à sauver la vie de nombreux enfants, mais seulement temporairement. De nombreux militants sociaux et des travailleurs communautaires de la santé avancent en fait que c'est la voie permettant aux gouvernements et les professionnels de la santé d'éviter d'avoir à traiter avec les causes politiques et sociales d'une mauvaise santé et donc de

préservé les inégalités du statu quo. Le but était de garder les interventions sanitaires fermement sous le contrôle médical et de s'éloigner du besoin de changement politique, économique et social sur le long terme.

Tout comme les stratégies de développement, les interventions sanitaires ne sont jamais politiquement neutres. Elles peuvent promouvoir l'autonomie et le pouvoir ou favoriser la dépendance et la passivité. Elles peuvent soutenir soit une forme juste, soit une forme injuste de la gouvernance. Elles peuvent paver le chemin d'un ordre social équitable ou renforcer un monde plus inéquitable et despotique.

<p>Encadré Les approches néolibérale et de la justice sociale de la santé*</p> <p>Comme Joan Paluzzi¹ l'explique dans <i>Primary Health Care since Alma Ata : Lost in the Bretton Woods</i> : « Depuis les années 1970, l'impact des agences multilatérales de financement et la Banque mondiale, le FMI et les donateurs comme USAID sur la politique de santé publique internationale est allé au-delà de l'arène de l'influence à celle de la domination. Maintenant contrôlés à un large degré par des économistes, des assureurs privés et des banquiers, il n'est pas surprenant que les soins de santé et donc la santé elle-même deviennent des marchandises... Comprendre les façons avec lesquelles les politiques décisives de soins de santé continuent à être conduites par les institutions financières avec des agendas de larges réformes basées sur le marché (plutôt que par des scientifiques, les professionnels de la santé et autres experts médicaux) revient à comprendre les façons dont la politique globale de la santé dominante empêche plutôt que facilite la bonne santé. » Le tableau suivant permet de mieux comprendre les enjeux actuels en matière de santé et ainsi de mieux cibler les objectifs et les besoins de la Santé pour tous.</p>	
<p>Approche néolibérale de la santé Hypothèses de base</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. La croissance économique, au sein d'un marché « libre » et mondialisé, est le but poursuivi. 2. La santé est ce que l'on obtient à travers un service de santé. 3. L'aide internationale, à condition d'appliquer certaines politiques, est le seul moyen de financer la santé. 4. La démocratie est bien vivante dans le monde développé et constitue la référence pour les pays en voie de développement. <p>Principaux traits S'occupe des symptômes ; court terme. Promeut les « médicaments miracles ».</p>	<p>Approche par la justice sociale et les droits humains Hypothèses alternatives</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. La distribution juste et l'utilisation durable des ressources est le but poursuivi. 2. La santé est ce que l'on obtient lorsque les besoins de base sont satisfaits. 3. Les Etats souverains et affranchis de leurs dettes doivent satisfaire les besoins de base de leurs peuples sans aucune autre ingérence. 4. La démocratie est partout en crise. L'auto-détermination des Etats nations et un système basé sur les règles de la gouvernance internationale sont nécessaires. <p>Principaux traits S'occupe des causes premières ; long terme. Promeut la satisfaction des besoins de base.</p>

¹ A. Castro et M. Singer (dir.), *Unhealthy Health Policy: A Critical Anthropological Examination*, AltaMira Press, 2004.

<p>Promeut des interventions délivrées à travers les services de santé. Identifie la charité et l'aide internationale comme seules sources de financement de la santé. Maintient le statu quo d'extrême concentration de richesses et de pouvoirs. Se base sur le comportement individuel et a tendance à blâmer la victime.</p>	<p>Promeut les services publics afin de libérer des peuples des conditions de vie misérables. Identifie la redistribution et la justice économique comme des sources de financement de la santé. Réclame un ordre économique international juste et rationnel. Se base sur la pauvreté structurelle et la violence et a tendance à blâmer le « système ».</p>
<p>* N.d.l.e. Ce tableau est tiré d'un article de A. Katz, « The Sachs report: investing in health for economic development or increasing the size of the crumbs from the rich man's table. Part I and II », <i>International Journal of Health Services</i>, n° 34 (4) 2004 et n° 35 (1) 2005.</p>	

Annexe 1

Le rêve brisé d'Alma Ata *

Bert de Belder**

Le chemin parcouru en direction de la santé pour tous qui (...) était censée se réaliser pour l'an 2000, s'est avéré nettement insuffisant, inégal et même de plus en plus compromis. Bien que ces cinquante dernières années aient permis de constater, dans l'ensemble, des améliorations de l'espérance de vie et du taux de mortalité, ces réalisations masquent les différences réelles, que ce soit entre les pays, au sein même de chaque pays ou entre les diverses classes sociales.

Ils sont toujours des milliards à souffrir de plus en plus de la pauvreté, de la faim et de la mauvaise santé. Chaque année, 12 millions d'enfants meurent de maladies faciles à prévenir. La malnutrition est un facteur qui intervient dans plus de la moitié de ces décès, tout comme l'est également la « maladie » reprise presque à la fin de la classification internationale des maladies établie par l'OMS sous le numéro Z59.5 : l'extrême pauvreté². Les « maladies dues à la pauvreté », la plupart des maladies infectieuses, les « maladies de la modernité », la plupart des maladies chroniques de dégénérescence, gagnent du terrain. Nous assistons à la réapparition des « vieilles maladies » comme la tuberculose, la malaria et des maladies que l'on peut prévenir par la vaccination, de même qu'apparaissent aujourd'hui de « nouvelles maladies » avec, en tête, le SIDA.

Aujourd'hui, partout dans le monde, les services de santé sont plus inaccessibles, plus coûteux, plus inégalement répartis et plus inappropriés que jamais, mais c'est encore davantage le cas dans le tiers monde et dans les anciens pays socialistes. Les coupes sombres dans les budgets nationaux consacrés à la santé – dans les 37 pays les plus pauvres, les dépenses publiques par tête en soins de santé ont été réduites de 50% dans les années³ – se sont soldées par la détérioration et, souvent, l'effondrement des services à de nombreux niveaux. La répartition inadéquate des ressources au profit du capital ainsi que la récurrence de certains frais ont donné suite à une détérioration des dispositifs de santé, à des carences en équipements, médicaments et moyens de transport, à la réduction du nombre de travailleurs médicaux et à la détérioration de leurs prestations due à des conditions de travail de plus en plus pénibles.

La réforme du secteur de la santé, imposée par le FMI et la Banque mondiale, a favorisé sa privatisation qui, combinée au manque de ressources humaines et autres dans un secteur manquant de fonds, a débouché sur le développement rapide d'un secteur privé de la santé. Par le biais de la privatisation, les gouvernements renoncent à assurer la santé des populations sous leur contrôle. La libéralisation signifie l'entrée incontrôlée de marchandises venues de n'importe où, y compris des médicaments et de la nourriture, ainsi que l'entrée de groupes de capitaux étrangers et de consultants afin d'investir dans les hôpitaux et les laboratoires ou d'installer des organisations de maintenance en soins de santé (ou plutôt des organisations de maintenance des profits ?).

Les soins de santé se sont métamorphosés en biens de consommation. De droit fondamental, ils sont devenus un produit qui peut être vendu ou échangé en vue de réaliser un profit. La

* N.d.l.e. Ces paragraphes sont extraits d'un texte publié par Etudes marxistes 58/2002, EPO et reproduit avec l'aimable autorisation d'EPO et de son auteur.

** Bert De Belder est le coordinateur de intal (www.intal.be) et de Médecine pour le Tiers Monde (www.m3m.be), Belgique.

² Organisation mondiale de la santé, *Rapport sur la santé mondiale*, 1995.

³ D. Sanders, « La médicalisation des soins de santé et le défi de la santé pour tous », Documents de discussion de l'Assemblée populaire pour la santé, 2000, p.15.

monopolisation de la propriété, de la production et de la distribution de cette marchandise que sont devenus les soins de santé est encore renforcée par la présence d'associations professionnelles, de collèges, d'hôpitaux et autres institutions mises en place par les sociétés capitalistes intéressées dans les questions de santé et par leurs marionnettes au sein du gouvernement.

Comme le fait remarquer un spécialiste marxiste : « La santé fait partie des biens vitaux de la société, elle fait partie de la valeur de la force de travail et, de ce fait, elle fait régulièrement l'objet de la lutte des classes. Mais la santé est également une marchandise de consommation, particulièrement pour les nantis, qui peuvent se procurer les améliorations apportées à la santé. Plutôt que d'améliorer la qualité de l'eau, ils achètent de l'eau en bouteille. »⁴

Annexe 2

La constitution de l'OMS : santé pour tous à travers la justice sociale

Alison Katz*

- « La possession du meilleur état de santé qu'il est capable d'atteindre constitue l'un des droits fondamentaux de tout être humain, quelles que soient sa race, sa religion, ses opinions politiques, sa condition économique ou sociale.

- « La santé de tous les peuples est une condition fondamentale de la paix du monde et de la sécurité.

- « L'inégalité des divers pays en ce qui concerne l'amélioration de la santé et la lutte contre les maladies, en particulier les maladies transmissibles, est un péril pour tous.

- « Les gouvernements ont la responsabilité de la santé de leurs peuples. »

Les politiques appliquées par les actuels dirigeants de l'OMS et leurs prédécesseurs durant ces 25 dernières années sont clairement déconnectés, incompatibles, voire contradictoires avec les principes fondamentaux de l'OMS, tels qu'exprimés dans sa Constitution. La ré-appropriation de cette agence onusienne par les peuples impliquerait simplement un retour à ses principes fondamentaux et aux valeurs de cette autorité internationale en matière de santé. Rien d'autre ne doit être inventé.

Le People's Health Movement (PHM ou Mouvement populaire pour la santé) appelle à une ré-appropriation de l'OMS par les peuples – celle-ci ayant, selon lui, négligé ses responsabilités en matière de santé publique. En plus de promouvoir et de recommander l'approche de la santé par la justice sociale en organisant des réseaux entre groupes et associations de base des travailleurs de la santé, le PHM maintient une pression sur l'OMS, fournit des contributions politiques sur divers sujets et fait du lobbying pour que les facteurs déterminants sociaux et économiques de la santé soient correctement pris en compte. Le PHM a invité l'OMS à participer au forum international de la santé réuni dans le cadre du Forum social mondial (voir les déclarations de Porto Alegre et de Mumbāi sur le site www.phmovement.org). Le PHM fait entendre les voix des peuples et reste bien sûr un participant actif et respecté de l'Assemblée mondiale de la santé de l'OMS.

⁴ R. Levins, « Is Capitalism a Disease? The Crisis in U.S. Public Health », *Monthly Review*, Vol.52, n° 4, septembre 2000.

* Ces passages ont été initialement publiés dans le livre *ONU : droits pour tous ou loi du plus fort ? Regards militants sur les Nations Unies*, ouvrage collectif, CETIM, Genève, 2005.