

La santé publique entre soins de santé primaires et management

Bernard HOURS*

« Et personne ne doutera sans doute (...) qu'enfin la destruction des deux causes les plus actives de la dégradation, la misère et la trop grande richesse, ne doivent prolonger pour les hommes la durée de la vie commune (...) Il doit arriver un temps où la mort ne serait plus que l'effet ou d'accidents extraordinaires, ou de la destruction de plus en plus lente des forces vitales, et qu'enfin la durée de l'intervalle moyen entre la naissance et cette destruction n'a elle même aucun terme assignable ».

CONDORCET

(*Esquisse-Vrin* 1970 : 236-237).

Selon Marion Aldighieri, le taux de mortalité infantile serait plus élevé à Washington qu'à la Jamaïque ou au Chili. 90 % des enfants morts du Sida appartiendraient à une minorité ethnique aux États-Unis. À New York, un homme noir a moins de chance d'atteindre 65 ans qu'un habitant du Bangladesh (*L'Autre Journal* N° 9 - Févr. 1991).

La santé publique se présente comme un ensemble d'outils et de techniques reposant sur les connaissances biomédicales et destinées à protéger, à maintenir et à développer le niveau de santé des populations. Ce but général ne présume pas de différents caractères de populations fort diverses, tant par leur société d'appartenance et leur histoire que par leur environnement naturel. L'histoire de la santé publique révèle ainsi des évolutions sensibles, concernant moins les objectifs sanitaires que les moyens pour les atteindre, qui apparaissent largement tributaires du contexte global d'une période, en particulier du contexte idéologique des représentations dominantes.

Le propos est ici d'analyser le destin d'une stratégie contemporaine — celle des soins de santé primaires —, en la situant par rapport à l'époque coloniale antérieure, puis dans le cadre de sa formulation

* *Sociologue Orstom, 213, rue La Fayette, 75480 Paris cedex 10.*

en 1978 à Alma Ata, enfin dans la conjoncture actuelle où cette stratégie semble l'objet d'autres lectures et de révisions discrètes ou radicales.

On rappellera tout d'abord certains caractères de la médecine coloniale, qui en font à plusieurs titres l'ancêtre des soins de santé primaires, malgré des présupposés bien différents en 1930 et en 1978.

On présentera ensuite les divers contenus des soins de santé primaires aux plans technique, philosophique et idéologique, en essayant de souligner leurs liens avec les configurations socio-politiques dans lesquelles ils ont été produits et formulés.

On évoquera enfin les effets de la crise des notions de développement et de sous-développement qui, au début des années quatre-vingt-dix modifie sensiblement l'approche de la santé publique et les stratégies sanitaires en introduisant, ou en réintroduisant, l'idée de rentabilité dans les systèmes de santé. Ce changement est encore masqué par des fragments du discours antérieur. Il semble néanmoins bien affirmé. On assiste en effet aujourd'hui à une remise en question majeure des modalités de l'aide au développement après trois décennies « d'échec du développement », ou du moins d'une certaine problématique néocoloniale du développement dont les résultats sont jugés insuffisants, voire négatifs.

DE LA MÉDECINE COLONIALE AUX SOINS DE SANTÉ PRIMAIRES

Une circulaire ministérielle du 10 décembre 1924 affirme : « il faut développer les races indigènes en qualité et en quantité ». On ne peut s'empêcher de rapprocher cette formule de l'approche vétérinaire coloniale, telle qu'elle a été analysée par Étienne LANDAIS (1990).

Tous les auteurs permettent d'analyser les préoccupations sanitaires coloniales comme une extension de la « mise en valeur », d'abord agricole puis plus largement économique, aux hommes : travailleurs de plantations, constructeurs de routes et de voies ferrées (LAPEYSSONIE, 1982, 1988 ; DOZON, 1985). Les richesses des colonies sont d'abord des denrées et des biens extraits et produits outre mer. À mesure que ces marchés se développent, les forces productives des hommes appellent une attention croissante pour les maintenir, les entretenir, les développer en vue d'une optimisation des rendements. La représentation de gentils « bons sauvages » vivant dans un univers d'abondance, perpétuellement renouvelable et renouvelée grâce à une nature riche et bienveillante, n'est pas compatible avec l'exploitation organisée des richesses, qui se heurte très vite aux contraintes d'un milieu qu'il faut maîtriser.

Pour l'œil du colon, l'homme dans ce milieu fait partie de la nature, au même titre que les végétaux et les animaux, au sein desquels « l'indigène » s'intègre, c'est pourquoi il est comme une espèce spécifique d'homme. Au *xvi^e* siècle, sur les plages du Pacifique, les navigateurs ne parlaient-ils pas déjà des « naturels ». Ce naturalisme colonial, ancêtre du tropicalisme, requiert des connaissances particulières du milieu et, si la santé des populations est un instrument de la mise en valeur, elle mérite une attention singulière, des moyens et des méthodes propres qui seront l'objectif de la médecine coloniale ; cette dernière va peser d'un poids important dans le développement d'une santé publique fondée sur des traitements de masse, des macro-analyses des pathologies, fort éloignées du « colloque singulier » du médecin et du malade. Dans son ouvrage sur la médecine coloniale, LAPEYSSONNIE (1988) présente bien les différentes phases de cette approche qui débute par la constatation d'un monde « peu salubre » peuplé « d'étranges maladies », où s'escriment les « médecins des nouvelles frontières ». La lutte contre les microbes est vécue par ses grands acteurs, Jamot, Muraz, Richet, comme une guerre dont la fin est une « paix blanche », grâce en particulier à des services mobiles de médecine préventive. À la différence de la médecine métropolitaine, la médecine coloniale est une médecine de masse, caractérisée par sa mobilité et servie par des auxiliaires de santé non médecins. Elle est conçue comme une arme (cf. DOZON, 1985) prophylactique, polyvalente, dans la mesure où, comme le souligne LAPEYSSONNIE (1988 : 213) :

« Il ne faut pas perdre de vue que les services mobiles de médecine préventive s'adressent à la collectivité et non à l'individu, et qu'ils sont dirigés contre un petit nombre de maladies seulement, bien spécifiées. »

L'hygiénisme et la gestion sanitaire des pauvres Européens avaient certes mis en scène certains traits caractéristiques de ces pratiques, bien analysées par FOUCAULT dans « *Naissance de la clinique* », mais la médecine coloniale a certainement contribué au développement de la santé publique dans les sociétés industrielles. La notion de risques collectifs, résultant de la présence d'agents pathogènes identifiés, constitue un élément majeur pour penser la protection de la population, avant de la maintenir en bonne santé et de développer enfin le niveau de santé. En Europe, l'hôpital isolait les populations à risques et le praticien gérait les maux de la famille bourgeoise au coup par coup. La médecine coloniale objective les risques sanitaires, en affirmant l'existence de pathologies transmises à toute une population exposée. Il en résulte que la mise en quarantaine ou les initiatives individuelles sont insuffisantes pour affronter des risques collectifs requérant des mesures collectives. Le milieu considéré comme pathogène fait éclater la notion de pathologie individuelle.

On ne saurait ainsi ignorer cette dialectique du retour, ces multiples « *feed back* », qui interdisent d'adopter la vision simplificatrice d'une « sous-médecine » pour les colonies. Il faut, au contraire, souligner que l'anonymat et le statut collectif du malade colonisé provoquent des effets profonds sur les représentations de la santé des populations européennes, en rendant pensables de nouveaux sujets collectifs pour la médecine : la maladie non plus comme pathologie singulière, mais comme porteur de germe dans une collectivité, un vecteur parmi les autres, susceptible de transmettre des maladies comme le bétail ou les moustiques.

Certes, la santé des hommes ou du bétail présente un intérêt économique, ultérieurement humain, lorsque la connaissance réciproque permet d'identifier des individus, mais on souligne ici cette vue, implicite en géographie de la santé puis en écologie humaine, où l'homme est d'abord un danger pour sa propre espèce, avant d'être un sujet souffrant parlant du « mal » comme l'entendent les anthropologues (cf. AUGÉ et HERZLICH, 1984).

Cette distance à l'égard du sujet humain dans ses dimensions « socio-culturelles » explique probablement le fait que, au-delà de discours abstraits du colonisateur contre « les superstitions » et la médecine traditionnelle, ces dernières non seulement ne se sont pas éteintes, mais se sont développées grâce à la mise à distance ou à la répression dont elles étaient victimes dans un contexte de domination. Qui penserait à interroger un épidémiologiste sur les causes du mal ? Les patients africains ne s'y trompent pas qui opèrent eux-mêmes un tri et construisent leurs itinéraires thérapeutiques en conséquence (HOURS, 1986, GRUÉNAIS, 1990), quitte à changer de méthode chaque fois que la guérison n'est pas au rendez-vous. Le goût des patients africains pour les médicaments se fonde sur l'efficacité de ceux-ci, et les jugements sur la médecine coloniale manifestent la reconnaissance de cette efficacité, sans préjuger du sens de la maladie qui s'interprète ailleurs.

La pratique parfois un peu brutale et toujours systématique de la médecine coloniale entre les deux guerres n'est pas sans apporter, particulièrement sous sa variante paternaliste missionnaire, une certaine sécurité susceptible de rassurer les malades qui se sentent « encadrés », c'est-à-dire pris en charge. C'est ainsi que les protestations des patients d'aujourd'hui s'expliquent, de même que cette image positive de la médecine de l'entre-deux-guerre « où il y avait des médicaments » (HOURS, 1986). On peut penser qu'à cette époque, au lieu de s'exclure, deux systèmes de sécurité fonctionnaient, permettant mieux qu'aujourd'hui, face à des systèmes de santé nationaux défailants, de se prémunir avec des modalités complémentaires de traitement. On ne saurait trop souligner que l'approche

dualiste des systèmes médicaux, en termes d'alternatives concurrentielles ou conflictuelles, est erronée. Les moyens thérapeutiques, comme les recours, s'ajoutent toujours dans des articulations cumulatives et non exclusives. La démarche des patients montre une volonté agrégative de puiser dans l'arsenal thérapeutique disponible : lorsqu'on est malade, on ne refuse pas un traitement.

Mise en œuvre par « des Blancs », la médecine coloniale a toujours été perçue comme une médecine « de Blancs » dont il faut tirer profit. Même si elle ne soigne pas « les maladies africaines », selon le vocable employé au Cameroun, elle constitue un recours en plus, un moyen de défense supplémentaire dont les prophètes thérapeutes montrent qu'il peut être « gérable » dans une approche globale, seule susceptible d'être opératoire.

En fournissant prévention et assistance gratuite, la médecine coloniale a réalisé une action sanitaire décentralisée, dont les populations se souviennent lorsqu'elles sont confrontées aux graves difficultés de fonctionnement des systèmes de santé présents dans le tiers monde. La principale faiblesse de la médecine coloniale est apparue avec le départ de ses principaux acteurs : ses succès bien identifiés semblent épouser une conjoncture historique précise. En termes de santé publique, la médecine coloniale a donc marqué un pas décisif en permettant de traduire, par des progrès notables mais réversibles, les instruments médicaux mis au point.

D'aucuns voient dans cette médecine coloniale l'ancêtre des soins de santé primaires, tandis que d'autres insistent sur les ruptures et les mutations.

Parmi les premiers, il faut ranger une partie du corps médical qui a toujours considéré les soins de santé primaires comme une régression et une déprofessionnalisation (cf. les polémiques déclenchées en 1979-80 dans les publications de l'OMS, en particulier contre les écrits de David WERNER, l'auteur de *Là où il n'y a pas de docteur*, 1987).

David WERNER, et tout le tiers-mondisme idéologique des années quatre-vingt, considèrent que les soins de santé primaires constituent une stratégie novatrice voire révolutionnaire.

LES SOINS DE SANTÉ PRIMAIRES : PRATIQUES ET IDÉOLOGIES

La déclaration d'Alma Ata (OMS, 1978) place très haut ses ambitions en définissant la santé comme un état de bien être global, à la fois physique, mental et social, et en lançant un slogan mobilisateur aujourd'hui amputé de sa date : « La santé pour tous en l'an 2000 ».

Les soins de santé primaires sont :

« des soins essentiels fondés sur des méthodes pratiques, scientifiquement valables et socialement acceptables, et des technologies universellement accessibles aux individus et aux familles, dans les communautés, à travers leur complète participation et à un coût que la communauté et le pays peuvent prendre en charge à chaque étape de leur développement dans un esprit d'autosuffisance. Ils forment une partie intégrale aussi bien du système de santé du pays dont ils constituent le pilier, que du développement économique et social global de la communauté... » (Les soins de santé primaires, OMS 1978).

La déclaration souligne la proximité des soins par rapport aux utilisateurs et elle insiste sur la dynamique sociale requise de la base du système à son sommet. Les huit composantes des soins de santé primaires évoquent l'éducation et la prévention, les conditions alimentaires et nutritionnelles, l'eau et l'assainissement, la protection maternelle et infantile et le planning familial, les vaccinations, la prévention et le contrôle des endémies, le traitement des maladies courantes, la fourniture de médicaments essentiels. Notons dès l'abord le caractère général et abstrait des intentions exprimées dans le préambule et la liste à la fois exhaustive et banale des composantes évoquées, qui correspondent à des activités classiques identifiées antérieurement.

Il faut souligner à l'inverse la nouveauté que constitue l'insistance sur les dimensions socio-économiques des pathologies et sur l'intégration au développement global. Cette stratégie est explicitement destinée au tiers monde et elle tente d'intégrer les leçons de deux décennies du « développement ». Outre son contenu technique qui reprend beaucoup d'éléments formulés à l'époque coloniale, le document de l'OMS manifeste une approche de la santé publique qui concentre de nombreux présupposés idéologiques, qu'il est important d'analyser et de situer dans leur contexte d'émergence.

Les soins de santé primaires sont présentés comme un système autogéré qui repose sur la participation de la population. Celle-ci finance des agents de santé villageois disposant d'une pharmacie villageoise alimentée par des cotisations. Ces agents de santé villageois sont supposés acquérir une formation simple, destinée à les rendre capables de traiter des pathologies courantes (fièvres, diarrhées, plaies).

Une très forte idéologie culturaliste imprègne l'approche d'Alma Ata. Présument une forte opposition entre « médecine moderne » et « médecine traditionnelle », l'OMS propose dans le contexte des soins de santé primaires d'intégrer les tradipraticiens dans le système de soins, en vue d'utiliser les médicaments locaux. Au nom de la notion « d'acceptabilité sociale » (et culturelle), on semble penser que les

médecines autochtones sont plus acceptables que celle « des Blancs ». Les notions d'autosuffisance et de développement autocentré sont au cœur de cette idéologie. L'échec du développement sanitaire est implicitement imputé à l'existence de gros hôpitaux saturés, dépourvus de moyens, et à un rejet « culturel » des utilisateurs. C'est à cette époque que se développe la mode des petits projets de développement.

Toutes ces conceptions postulent une « causalité culturelle » prédominante. Pour lever les « obstacles culturels », il faut descendre au niveau villageois, et s'appuyer sur une partie des « pratiques culturelles ». Il s'agirait de rendre la médecine occidentale « acceptable », en la parant d'attributs de la « culture locale » pour qu'elle soit appropriée par les populations, et appropriée à la population. La décentralisation de la prévention et des soins doit permettre en outre de réaliser des économies en décongestionnant « le centre » surchargé, vers la périphérie (les villages).

Des logiques contradictoires traversent ce grand dessein utopique, contemporain de l'apogée du tiers-mondisme. L'idéologie des soins de santé primaires apparaît comme un creuset, où viennent se mêler et se fondre toutes les pulsions et toutes les valeurs des années soixante-dix. Parmi les stratèges d'Alma Ata, il faut probablement distinguer les « culturalistes » idéalistes et autogestionnaires de ceux qui visaient, avant tout, à accorder un sursis à un système sanitaire parvenu au seuil de l'implosion technique et financière. L'effet de soupape idéologique a fonctionné quelques années, vécues comme un répit.

À la veille de la conférence d'Alma Ata qui, en 1978, formule la stratégie des soins de santé primaires, deux décennies d'indépendances nationales aboutissent à une crise économique et sanitaire profonde. Mis en œuvre par des nationaux, le développement sanitaire tourne à la catastrophe, non parce que ces médecins sont incompetents, mais parce que la mise en œuvre endogène d'un système étranger se traduit par des contradictions extrêmes. La greffe néo-coloniale est rejetée. Les sutures réalisées craquent une à une aux yeux des utilisateurs qui n'accusent pas le système en tant que tel, mais interpellent ses acteurs. On découvre qu'il existerait un lien entre une technologie et ses opérateurs. Dès lors, faut-il modifier la technologie (la bio-médecine occidentale), donner une nouvelle formation aux médecins ou animer les patients de nouvelles motivations ?

Toutes ces questions se télescopent à un moment où « l'Occident industrialisé » ne suppose pas encore un instant que le développement puisse n'être qu'un mythe d'origine (BARÉ, 1988).

Si les promoteurs d'Alma Alta ont bien vu que le développement sanitaire est inséparable du développement économique, s'ils ont bien

compris que de très nombreuses pathologies ont des causes socio-économiques, leur évaluation de la dimension « culturelle » et sociale de la crise demeure inadéquate et tronquée. L'intention « culturaliste » en fait trop ou pas assez. Elle en fait trop en sacrifiant à l'excès à ce pèlerinage bien intentionné, mais inopérant, de retour à une culture réifiée, pesante idéologie du retour à « la tradition » sous prétexte de refus de consommer bêtement. Elle n'en fait pas assez, car elle ne porte pas l'interrogation au cœur du problème.

Comme le relève J. F. BARÉ (1988 : 258) :

« Les mêmes caractéristiques, pour être bref, se retrouvent dans l'intervention de développement, où à l'identification des "blocages socio-culturels" des années soixante succède une constellation hétérogène d'approches visant à s'adapter aux "cultures locales"; mais ces approches ne traitent que fort rarement l'intervention de développement comme le fait "culturel" et "local" qu'elle est bel et bien, lui abandonnant, en somme, la "raison pratique". »

Anthropologues et médecins se sont abusivement opposés à propos du débat souvent caricatural sur « la médecine traditionnelle » et son intégration bien hypothétique à l'hôpital. Les anthropologues ont essayé d'expliquer les enjeux (HOURS, 1987; DOZON, 1988) à partir des travaux sur l'anthropologie de la maladie (AUGÉ et HERZLICH, 1984; ADLER et ZEMPLENII, 1972; FAINZANG, 1986).

Bien que toujours à l'ordre du jour à l'OMS, l'intégration de la « médecine traditionnelle » ne mobilise plus personne, dans la mesure où elle n'a jamais été autre chose qu'un alibi institutionnel supposé produire des économies dans des systèmes de santé en faillite. Plus persistante est l'idéologie qui a inspiré ce mouvement. Tous les discours différentialistes dans nos sociétés d'exclusion se nourrissent de ce retour aux sources des « cultures » du tiers monde. Particulièrement vif dans le milieu associatif (ONG), ce culturalisme a bien survécu à la mort politique du tiers-mondisme... comme s'il s'agissait d'un gadget inoffensif qui rend un grand service : celui d'éviter d'analyser les causes de l'échec du développement et la dimension « culturelle » proprement occidentale de celui-ci.

L'autogestion de la prévention par les populations est un élément majeur des soins de santé primaires. Il faut bien constater que la « participation populaire » est souvent une façade et que les projets participatifs mis en œuvre par les ONG ne sont guère originaux et peu productifs, sauf à quelques conditions rarement réunies, comme lorsque l'initiative et la direction d'un projet appartiennent aux autochtones (HOURS et SELIM, 1989). Ainsi, au centre de Savar, au Bangladesh, la supervision des agents de santé passe avant une pseudo « participation populaire » qui suppose des décennies d'éducation.

C'est bien une vraie médecine moderne qui est proposée aux paysans, sans alibis « culturels », mais sous la forme d'une couverture sociale qui installe un peu de sécurité dans la précarité quotidienne, car la médecine moderne est acceptable lorsqu'elle se présente dans des conditions économiques et sociales accessibles.

Hors d'une participation souvent incantatoire, verbale et pseudo-culturelle, cette notion amène à se poser une question fondamentale : les projets sont-ils destinés à la population locale ou bien sont-ils d'abord destinés à dépenser l'argent des donateurs, tout en prouvant les capacités techniques de ceux qui ont été mandatés pour agir ? Le développement de la médecine humanitaire en France rend de telles questions aussi pertinentes qu'elles sont incongrues (HOURS 1987-1988).

L'expérience des soins de santé primaires permet de formuler quelques observations. Les soins de santé primaires coûtent cher et ne sont donc pas ce bricolage alternatif, auquel aurait tendance à les réduire l'establishment médical le plus conservateur. Néanmoins l'impact d'Alma Ata en termes de santé publique n'est pas négligeable. On mentionne dans les facultés de médecine les causes socio-économiques des pathologies. Si la dimension « culturelle » des sociétés est envisagée d'une manière très ethnocentrique, il n'en demeure pas moins que désormais les hommes, sujets de la santé publique, sont l'objet d'un discours moins naturaliste et plus humaniste. En avançant la notion de « bien être total » pour définir la santé, une exigence très abstraite est formulée. En santé publique, il s'agit donc d'une sorte de passage de « la nature à la culture », ce qui constitue un indéniable progrès, peu mis en œuvre dans les faits.

De la médecine coloniale aux soins de santé primaires, l'homme vecteur est devenu homme acteur. Que cet acteur soit trop souvent envisagé comme figurant « culturel » est une autre affaire. Dépourvue de ses héros rustiques — les médecins coloniaux —, la santé publique se présente donc en partie comme une médecine coloniale à grande échelle, plus préventive, plus complexe, plus dépendante des contraintes macro-économiques, s'adressant à des individus ou à des « communautés » abstraites, présumées conscientes des risques qu'elles encourrent, et de ce fait, potentiellement capables d'être motivées par des slogans tels que : « La santé pour tous en l'an 2000 ».

Les stratégies « communautaires » forgées pour le tiers monde n'y ont pas connu une réussite décisive et, paradoxe apparent, ce sont les minorités des sociétés industrielles, telles que les homosexuels ou les séropositifs aux USA et en Europe, qui semblent mettre en œuvre des formes de prise en charge collectives de prévention et de gestion des risques, proches de la fameuse « participation communautaire ». Celle-ci, tant attendue des villageois du tiers monde, serait

finallement en voie de se réaliser dans les « Greenwich village » des mégalofoles du monde le plus développé. Comme cela est apparu dans les mouvements associatifs de séropositifs, et s'est clairement manifesté lors de la conférence de San-Francisco sur le Sida, les stratégies « communautaires » de prévention sont aujourd'hui au centre du débat sur cette maladie. Ruth MURBACH (1989 : 83-87-88) note :

« Dans cette situation d'une thérapeutique insatisfaisante et de peu d'optimisme quant au développement d'un vaccin, le contrôle de la maladie par des moyens sociaux s'est imposé comme solution. L'avenir se jouera peut-être bien dans l'arène de l'organisation sociale plutôt que dans celle de la médecine moderne... Très bien organisés et à la fine pointe des dernières connaissances, ces groupes communautaires apportent l'information à ceux qui en ont besoin et offrent leur appui aux malades dans tous les secteurs de la vie... Paradoxalement, c'est aussi grâce au désastre du Sida que la communauté homosexuelle accédera à une reconnaissance en tant que groupe de "pression politique" ».

On peut penser que le relatif échec des idéologies participatives dans le tiers monde résulte de l'exclusion sociale et économique, dont sont victimes les villageois ruraux ou les habitants des bidonvilles. Les minorités sexuelles américaines ou européennes apparaissent au contraire relativement intégrées au plan socio-économique et s'organisent en conséquence volontairement et efficacement face aux maladies qui les frappent. Face aux droits des minorités concrètement revendiqués, et se promouvant en Occident au nom des droits de l'homme, se dresse le droit de survie des majorités des populations du tiers monde. En revanche, la prise en charge « communautaire » et « l'autogestion » de la santé par les citoyens apparaissent bien comme un programme occidental, constitutif de la santé publique au Nord. Dans l'hémisphère sud, sa mise en œuvre suppose une énorme patience fondée sur le progrès de l'éducation et un développement des ressources qui, seuls, autorisent la circulation de l'information.

Les soins de santé primaires sont aujourd'hui pratiqués dans les sociétés industrielles par des minorités actives organisées en groupes de pression. Les « communautés villageoises » du tiers monde appelées à être le fer de lance des soins de santé primaires ne sont pas au rendez-vous. On continue, en Afrique et en Asie, à affronter la maladie à partir de ressources individuelles ou familiales. Les « communautés » idylliques pensées par les idéologues occidentaux bien intentionnées n'existent pas à grande échelle. La notion de participation renverrait à un ordre social plus commun dans les sociétés industrielles que dans les PVD, car le concept de santé publique présuppose une capacité de gestion et de maîtrise de la société qui fait défaut dans la plupart des États du tiers monde.

contraints d'emprunter au jour le jour les moyens de repousser des échéances catastrophiques. Si la parodie de « la santé publique des Blancs » n'améliore pas durablement la santé des populations, le « mimétisme culturaliste communautaire authentique » semble destiné à demeurer une séduisante fiction, où les autochtones sont invités à jouer les rôles écrits pour eux.

DE LA « PARTICIPATION COMMUNAUTAIRE » AU MANAGEMENT HOSPITALIER

Le champ de la santé publique n'a pas été épargné par la crise du tiers-mondisme dans les années quatre-vingt-cinq. On se souvient de l'offensive néo-libérale de la fondation « Libertés sans Frontières » (proche de « Médecins sans Frontières ») contre un tiers-mondisme accusé de dogmatisme idéologique et de pulsions affectives inopérantes pour changer le sort du tiers monde. L'effondrement de la plupart des pays socialistes a amené le tiers-mondisme à une révision progressive de vocabulaire actuellement en cours. Si l'on peut observer une relative continuité plus ou moins misérabiliste dans les discours gouvernementaux, ou non gouvernementaux, sur les problèmes de santé publique et de développement dans le tiers monde, il semble que la crise financière qui frappe les systèmes de santé dans de nombreux pays provoque des mutations profondes, visant à mieux gérer le sous-développement plutôt qu'à prendre pour objectif « le développement du sous développement », ou le développement tout court.

L'heure n'est plus à faire l'apologie des « petits projets » contre « les grands barrages », ni à faire n'importe quoi sous prétexte de générosité. Le messianisme tiers-mondiste, qui érigeait « les pauvres » en acteurs essentiels du salut (le leur et le nôtre) est aujourd'hui remplacé par une approche plus technique et plus gestionnaire, qui cherche les causes du sous-développement non plus à l'intérieur d'une grande dichotomie Nord/Sud, fondée sur les termes de l'échange et le pillage du tiers monde, mais désormais dans les comportements et la « culture » des entrepreneurs, dans des facteurs spécifiques, économiques, sociaux, culturels, qui expliqueraient le retard de telle ou telle société, implicitement mal gérée.

Péché à l'époque tiers-mondiste, le profit est aujourd'hui réhabilité : il constitue l'un des facteurs d'évaluation essentiel d'une entreprise, et la santé est en voie d'être conçue aujourd'hui comme une entreprise productive. Deux concepts, dont la vogue est récente en santé publique, illustrent cette évolution qui signale la mise en œuvre

d'un management sanitaire, reposant sur des prémisses néo-libérales nouvelles dans ce contexte.

Le premier concept est la notion de recouvrement des coûts qui est, actuellement, l'un des principaux objectifs dans la mise en œuvre des systèmes de santé. Longtemps considérée comme une activité charitable, étatique ou privée, il s'agit pour la santé publique d'une rupture majeure avec une tradition d'assistance publique d'abord européenne, puis coloniale, enfin nationale. C'est tout d'abord la faillite des États du Sud dans la gestion de la santé publique, (faillite autant technique que financière), qui provoque aujourd'hui ce revirement. Désormais, les financeurs refusent de donner à fonds perdus, comme ils l'ont fait entre 1960 et 1980. Ils veulent non seulement des évaluations techniques que traduisent de meilleurs indicateurs de santé, mais des bilans financiers équilibrés qui supposent des formations sanitaires non plus « autogérées » mais autosuffisantes financièrement, à tout le moins un taux de recouvrement des coûts conséquent.

Dans le système de santé, chaque formation doit présenter une gestion saine de ses coûts : ceci exclut les grands hôpitaux, gouffres financiers des années soixante-soixante-dix qui ne fonctionnaient plus, faute de crédits, mais aussi à un moindre degré les petites formations non gouvernementales à fonds perdus, qui visent de plus en plus à atteindre l'auto-financement des frais de fonctionnement, médicaments y compris ; les seules dépenses de l'investissement lourd étant financées par des donateurs extérieurs. Cette philosophie, qui est celle de la Banque mondiale (« nous n'aidons que ceux qui savent s'aider eux-mêmes ») constitue une transformation récente majeure dont les effets commencent à se faire sentir en santé publique. Cet objectif de recouvrement des coûts, soutenu par l'OMS, implique une capacité de management sanitaire, hier inconnue dans le tiers monde, où les États (socialistes ou non) distribuaient une médecine gratuite comme l'était la médecine coloniale. Les travaux menés au Cameroun sur les formations sanitaires (HOURS, 1986) ont bien montré en quoi cette gratuité passait pour une escroquerie aux yeux des patients, qui ne recevaient rien, pour rien, transformant la santé publique en parodie collective, en mise en scène institutionnelle non productive de soins adéquats.

Outre le recouvrement des coûts, la notion de district sanitaire est mise en avant aujourd'hui pour tenter d'articuler les niveaux locaux et régionaux des systèmes de santé. Le « salut » n'étant pas venu des villages, qui devaient spontanément prendre en charge leurs soins de santé primaires, la situation des hôpitaux demeurant catastrophique faute de moyens financiers, l'attention est focalisée désormais sur le district sanitaire dans la plupart des planifications actuelles. L'hôpital

de district est présenté comme le point de rencontre entre la population et les structures sanitaires. C'est à partir du district que sont menées les supervisions des personnels des dispensaires villageois. C'est à l'hôpital de district qu'un plateau technique suffisant est disponible, ainsi que des médicaments essentiels. Interface du centre et de la périphérie, le district sanitaire constituerait l'unité territoriale de base où s'inscrivent les tentatives de management sanitaire. Juste milieu entre « l'hospitalo-centrisme » et les soins de santé primaires, point maximum de « décentralisation gérable », on attend qu'une meilleure maîtrise du système de santé s'opère au niveau du district sanitaire, devenu un modèle d'organisation dans la plupart des États. C'est à ce niveau qu'est pensé un effort d'organisation et de distribution des soins préventifs et curatifs, dans le cadre d'un système qui serait apte à se soutenir et à s'entretenir lui-même (la fameuse *sustainability*).

Ce management de district pour les pays du tiers monde devrait reposer sur un modèle néo-libéral qui, dans les pays développés, considère l'hôpital comme une entreprise avec son « projet d'entreprise ». Le développement récent du management hospitalier tend à optimiser les rendements et la qualité des services, grâce à des techniques d'organisation et d'animation hier réservées aux activités industrielles. Dans le contexte du management hospitalier, un nouveau type d'approche « participative » appliquée aux personnels est mis en œuvre. Dans son ouvrage *L'hôpital et son projet d'entreprise*, Bernard HONORÉ (1960 : 66) écrit :

« La participation, dans tout organisme, est la prise du pouvoir de chacun sur sa pratique pour l'auto-contrôler, l'auto-organiser en fonction d'objectifs et de moyens concertés verticalement et en transversalité. L'on ne s'implique efficacement que dans ce que l'on a contribué à créer. La démarche de projet ne consiste donc pas, pour les hospitaliers, à emboîter le pas de la Direction, mais encouragés et soutenus par elle, à s'y engager eux-mêmes. À cette condition, pourront être dépassées les résistances naturelles au changement et pourront s'affirmer des comportements facilitant la communication entre les sous-cultures, contribuant au décloisonnement et suscitant des initiatives et des propositions, tout en reconnaissant l'existence de contraintes spécifiques. »

Pour passer de l'anarchie actuelle constatée dans les hôpitaux africains à cette vision managériale et technocratique où les infirmières participeront à des cercles de qualité, il faut parvenir à installer une notion problématique qui présume que la santé publique se développe par la production de soins, dont la qualité est contrôlée et contrôlable, comme un service standardisé. Il semble que ce management hospitalier dans les pays riches, qui ne sont pas assez riches néanmoins pour

affronter la croissance des budgets de la santé, soit appelé à être testé et mis en œuvre dans le tiers monde.

Des organisations publiques ou non gouvernementales hautement spécialisées dans le management, la santé publique et l'épidémiologie se voient ainsi aujourd'hui confier par les États la mission de réhabiliter des systèmes de santé bloqués à l'échelle de régions entières.

Partant du district envisagé comme unité épidémiologique, financière, technique et de mobilisation des salariés, ces organisations essayent de rendre opérationnels des « morceaux de système de santé », en les recyclant dans un processus de complète réorganisation des tâches et des services. Il ne paraît plus totalement utopique, la Banque mondiale bénissant cette démarche, de considérer que des entreprises spécialisées de soins, performantes et bien gérées, distribueront un jour dans le tiers monde des soins de santé de qualité labellisée à ceux qui pourront les acheter, dans le cadre d'une nouvelle colonisation de la planète, au nom du droit de distribuer de « bons soins » sans se préoccuper des inégalités devant la santé.

Cette technocratie généreuse plutôt que générosité technocratique est à la fois sélective et exclusive. Elle sélectionne les services ou produits sanitaires accessibles à ceux que la concurrence sociale a déjà sélectionné, en leur accordant les moyens financiers qui rémunèrent leurs performances. Elle exclut ceux dont la position socio-économique a déjà provoqué le rejet. Cette sorte d'ajustement structurel en santé publique se met lentement en place. Il signale une mutation potentielle de la santé publique radicale.

Les risques d'iniquité liés à cette évolution ont été bien identifiés. L'initiative de Bamako de 1987 envisage une revitalisation des soins de santé primaires pour les rendre plus efficaces, moins coûteux et viables à long terme. Mettant l'accent sur l'approvisionnement en médicaments, une microplanification locale et la qualité de la gestion participative, l'approche de Bamako n'est pas sans évoquer l'expérience du centre de Savar mentionnée au Bangladesh (HOURS et SÉLIM, 1989). Applicable à petite échelle, on peut craindre qu'elle ne se heurte à des difficultés de supervision et de contrôle à grande échelle, qui pourraient se traduire par une mise en œuvre sommaire du recouvrement des coûts, emballée dans une phraséologie communautaire et participative en forme d'alibi. Les expériences encourageantes entamées en Guinée et au Bénin (cf. KNIPPENBERG *et al.*, 1990) soulignent l'intérêt du modèle et les difficultés liées à la maîtrise de sa mise en œuvre.

À partir de trois terrains de recherche en milieu hospitalier et dans le contexte d'organisations non gouvernementales (Cameroun,

Bangladesh), on a tenté ici de brosser une évolution discrète autant que radicale dans le champ de la santé publique. De la médecine coloniale aux soins de santé primaires, de multiples permanences s'observent, malgré la rupture juridique des indépendances nationales.

Conçus pour les populations du tiers monde, les soins de santé primaires connaissent plus de succès auprès des minorités des pays industrialisés. La prévention se présente de plus en plus comme un luxe de groupes socio-économiquement intégrés, amenant à concevoir la participation non plus comme un mythe social, mais d'abord comme une participation financière au coût du système de santé.

Les notions d'équité et de prévention collective semblent remises en question, tout comme l'assistance publique et l'hôpital comme hospice et refuge des exclus. La crise des idéologies collectives de macro-intégration reposait sur des valeurs idéologiques macrosociales — l'idéologie républicaine, le socialisme — où le sujet de l'action sanitaire était « le public », « le peuple » ou « le citoyen » auxquels étaient destinés des services divers; cette crise nous met en présence d'une nouvelle approche néo-libérale de la santé publique fondée sur le management sanitaire.

La dichotomie centre/périphérie fait place à des plans où l'hôpital de district est le poste avancé de l'intégration sanitaire, à l'interface de structures sanitaires optimisées et de villages abandonnés à une phraséologie participative incantatoire et peu coûteuse. Il n'est plus totalement évident que dans cette évolution la santé publique ait pour vocation principale d'apporter des soins de santé à la majorité de la population, exclus économiques et géographiques y compris. Il semble plutôt que le management sanitaire, avec son projet pour l'hôpital transforme celui-ci en une entreprise de services efficaces en direction de populations intégrées socialement et économiquement, et à ce titre aptes à participer à leur auto-prévention et aux coûts des soins qu'ils consomment. Dans l'hôpital, l'accent est mis sur la capacité culturelle des acteurs dans la mesure où l'on a observé que la qualification professionnelle ne garantissait pas à elle seule de bonnes performances.

Cette notion de performance est centrale en management sanitaire, comme celle d'équité l'était pour les soins de santé primaires. Après avoir constaté le dysfonctionnement de tant de structures sanitaires, malgré les slogans dans le tiers monde, c'est désormais la gestion et l'optimisation des dispositifs techniques et humains qui est prééminente. La qualité des services et l'efficacité du système sont des objectifs prioritaires, la santé des populations devenant le produit escompté à long terme. Le concept de performance est associé à celui d'une participation sélective. Un tel système s'occupe d'abord des patients « performants », faisant évoluer la prise en charge et ses

critères. Ces patients sont ceux qui disposent des ressources suffisantes pour participer au recouvrement des coûts et ceux qui possèdent une éducation susceptible de les amener à comprendre la logique préventive ou thérapeutique mise en œuvre.

Des groupes de pression et associations, revendiquant des droits et intérêts divers et spécifiques, sont au cœur de nouvelles formes de micro-intégrations associatives ou groupusculaires. Des idéologies sectorielles, vaguement unifiées par « les droits de l'homme » tiennent lieu d'intégration à des valeurs qui sont celles de groupes particuliers, plutôt que celles d'une macrosociété globale. De tels groupes sociaux, autrement participatifs que les paysans du Burkina, sont les sujets d'élection d'un système de santé fondé sur le management hospitalier. Ils remplacent « les masses » d'avant hier, ou « le public » d'hier.

Dans ce marché d'offre et de demande de produits sanitaires standardisés, voire labellisés, les hôpitaux reçoivent la population cible apte à utiliser correctement les services proposés et à les payer. Le secteur associatif (ONG) se voit progressivement déléguer les activités caritatives à fonds presque perdus, destinées aux minorités exclues du tiers comme du quart monde. Ces associations se livrent une concurrence sur le « marché de la générosité » et sont financées par des personnes privées ou des mécènes du monde des affaires (industries, assurances) qui en tirent une légitime publicité.

Un tel système de santé publique constitue-t-il « le meilleur des mondes » possibles ? Il produit une masse d'exclus locaux (quart monde) ou planétaires (tiers monde), dont la gestion est concédée à des associations où le professionnalisme s'accroît en même temps que s'y installent des méthodes de management. Il apparaît clairement que cette évolution de la santé publique n'est aujourd'hui perçue que par une minorité d'observateurs, autorisés par leur position à produire de telles analyses en forme de « *monitoring* » de la santé publique, pour parler comme les « managers ». La santé publique est le lieu d'un vaste « ajustement structurel » parallèle à celui des institutions économiques internationales, et c'est pourquoi elle constitue l'un des chapitres de l'intégration planétaire dont l'économie mondiale est l'outil.

Après avoir colonisé le tiers monde et installé des hôpitaux et dispensaires à l'époque coloniale, les décennies qui ont suivi les indépendances nationales ont révélé un blocage croissant des systèmes de santé, incapables d'atteindre des objectifs de santé publique proches de ceux qui étaient formulés à l'époque coloniale. Les soins de santé primaires n'ont pas provoqué les miracles escomptés et, dans la majorité des pays du tiers monde, les politiques de santé hésitent toujours entre la dépendance et l'intégration (HOURS, 1988).

Le risque planétaire représenté par le Sida constitue un puissant facteur d'intégration potentielle.

La crise financière provoque des effets différents. Dans les pays du Sud, elle accentue la dépendance qui devient structurelle. Dans les pays du Nord, la notion de santé publique à deux vitesses vient remettre en question les dispositifs de protection sociale devenus trop coûteux. La santé publique est en train de devenir une économie de la santé publique, en complète conformité avec les logiques macro-économiques qui rendent techniquement possible, sinon politiquement pensable, une véritable reconquête ou une recolonisation du monde dans lequel la santé publique est devenue un facteur dans la gestion planétaire de populations, dont le statut sanitaire est indexé sur les ressources. La santé pour tous n'est pas pour demain, à moins de mettre le tiers monde en quarantaine.

BIBLIOGRAPHIE

- ADLER (A.) et ZEMPLENI (A.), 1972. — *Le bâton de l'aveugle. Divination, maladie et pouvoir chez les Moundang du Tchad*, Paris, Hermann.
- AUGÉ (M.) et HERZLICH Cl.), 1984. — *Le sens du mal. Anthropologie, histoire, sociologie de la maladie*, Paris, Éditions des Archives contemporaines.
- BARÉ (J. F.), 1988. — Le notion de développement comme catégorie d'un système sémantique, in COQUERY VIDROVITCH, HEMERY, PIEL *Pour une histoire du développement*, Paris : 251-275.
- DOZON (J. P.), 1985. — Quand les pasteuriens traquaient la maladie du sommeil, *Sciences sociales et Santé*, n° 3-4.
- DOZON (J. P.), 1988. — Ce que valoriser la médecine traditionnelle veut dire, *Politique Africaine*, n° 28.
- FAINZANG (S.), 1986. — *L'intérieur des choses. Maladie, divination et reproduction sociale chez les Bisa du Burkina*, Paris, L'Harmattan.
- FOUCAULT (M.), 1972. — *Naissance de la clinique, une archéologie du regard médical*, Paris, PUF (1^{re} éd. 1963).
- GRUÉNAIS (M. E.), 1990. — Le malade et sa famille. Une étude de cas à Brazzaville, in FASSIN (D.) et JAFFRÉ (Y.) *Sociétés, développement et santé*, Paris, Ellipses.
- HONORÉ (B.), 1990. — *L'hôpital et son projet d'entreprise*, Paris, Privat.
- HOURS (B.), 1986. — *L'État sorcier. Santé publique et société au Cameroun*, Paris, L'Harmattan.
- HOURS (B.), 1987. — African medicine as an alibi and as a reality, in FYFE et Mac LEAN (ed.) *African Medicine in the modern world*. University of Edinburgh : 41-57.
- HOURS (B.), 1987. — Du droit à la santé aux droits de l'homme : le retour de l'ethnocentrisme, *L'Homme et la société*, n° 3-4 : 13-23.
- HOURS (B.), 1988. — L'urgence comme politique, *Politique Africaine*, n° 28 : 89-97.

- HOURS (B.), 1988. — Les politiques de santé du village à la planète : dépendance ou intégration in CROUSSE, DELVILLE, MERCIER (éd.) *Les politiques de santé*, Bruxelles, Coll. Savoirs et santé De Boeck.
- HOURS (B.) et SELIM (M.), 1989. — *Une entreprise de développement au Bangladesh : le centre de Savar*, Paris, L'Harmattan.
- KNIPPENBERG, LEVY BRUHL, OSSENI, DRAME, SOUCAT, DEBEUGNY, 1990. — Initiative de Bamako : des expériences en soins de santé primaires. *L'enfant en milieu tropical*, Centre international de l'enfance, n° 184-185.
- LANDAIS (E.), 1990. — Sur les doctrines des vétérinaires coloniaux français en Afrique noire. *Cah. des Sciences Humaines*, vol. 26 (1-2) : 33-71.
- LAPEYSONNIE, 1982. — *Toubib des tropiques*, Paris.
- LAPEYSONNIE, 1988. — *La médecine coloniale*, Paris.
- MURBACH (R.), 1989. — Le grand désordre. Le Sida et les normes, *Anthropologie et sociétés*, n° 13-1 : 77-103.
- OMS, 1978. — *Les soins de santé primaires*.