

## Grandeur et misère des soins de santé primaires

*Un modèle idéologique de la santé appliqué en contexte de rationnement*

[Que recouvrent les soins de santé primaires? OMS](#)

[Soins de santé primaires: la boucle est bouclée Dr Halfdan Mahler](#)

[La santé au cœur des lendemains qui chantent et qui déchantent](#)

[La santé publique entre soins de santé primaires et management](#)

[L'actualité des soins primaires Jean-Yves Nau](#)

[Systèmes de soins primaires : contenus et enjeux](#)

[Soins de santé primaires Les pratiques professionnelles en France IRDES](#)

[Les soins de proximité : une exception française ?](#)

[Les soins de santé primaires - Critiques d'une orthodoxie : introduction](#) - [L'ouvrage](#)

**Vous trouverez ci-dessous en texte intégral :**

1. Une analyse du livre [Les soins de santé primaires - Critiques d'une orthodoxie](#)
2. L'interview du Dr Halfdan Mahler, Directeur général de l'OMS de 1973 à 1988  
[Soins de santé primaires: la boucle est bouclée Dr Halfdan Mahler](#)

.....

**Les soins de santé primaires. Critique d'une orthodoxie** Edouard Roberson, Michèle Clément Québec (Canada) : Presses de l'Université du Québec, Collection Santé et Société ; 2010. 164 p.

Ce livre est le produit dérivé, selon ses auteurs, d'un projet de recherche intitulé « Populations, politiques et services de santé : l'examen des théories portant sur l'exclusion » dirigé par Éric Gagnon. Ce projet a donné naissance à deux ouvrages collectifs édités par les Presses de l'Université Laval dans la collection « Société, culture et santé ». À l'origine, les auteurs se proposaient d'investiguer sur la pertinence des usages internationaux de la notion d'exclusion sociale dans le champ de la santé et d'explicitier de quelles manières cette problématique était posée, notamment par les organismes internationaux (ONU, OMS, OCDE, Banque mondiale, etc.). Il est apparu un peu plus tard que **la manière de formuler la question de l'exclusion sociale par l'OMS devenait le point focal de la réflexion à travers la notion de soins de santé primaires devenant le sujet central du projet**. L'ouvrage est divisé en trois parties. Il élabore le **scénario de la mise en place des soins de santé primaires** depuis la conférence d'Alma Ata en 1978, définit le contexte, les acteurs et le bilan des actions entreprises et présente le réalisateur en chef de l'orthodoxie des soins de santé primaires qu'est l'Organisation mondiale de la santé et sa politique de « santé pour tous » comme **idéal de justice sociale**.

**Le chapitre premier** décrit de quelle façon est née l'orthodoxie des soins de santé primaires, c'est-à-dire leur généralisation, et comment elle s'est imposée de facto en matière de santé publique internationale malgré les différentes conceptions considérant les soins de santé primaires aussi bien comme des programmes d'action qu'un échelon de soins, une réorganisation des systèmes de santé ou une philosophie de l'action.

**Le deuxième chapitre** montre que la formulation des politiques internationales de santé n'est pas la chasse gardée de l'OMS et qu'un nombre d'acteurs sociaux et institutionnels jouent un rôle crucial dans la définition et la mise en œuvre des soins de santé primaires. Une mention spéciale est accordée aux grandes institutions internationales dans le champ de la santé que sont la Banque mondiale, l'UNICEF et l'OMS comme « principal répondant en matière de politique sanitaire mondiale ». Y sont abordées également les **nouvelles orientations stratégiques** adoptées et mises en œuvre dès 1998 par l'OMS. Elles s'inscrivent, malgré la reformulation de son mandat, sous le signe de la continuité de la politique centrale de l'OMS qui se donne encore pour principale responsabilité de **favoriser l'accès de tous à la santé par l'orthodoxie des soins de santé primaires**.

**Le dernier chapitre** aborde les promesses de l'orthodoxie des soins de santé primaires et le fort capital de sympathie qu'elles ont engendré naturellement, mais porte aussi un regard critique sur le bilan mitigé de cette politique. A-t-elle réussi à aplanir les inégalités et contrer l'exclusion qu'elle a observée ? Les auteurs tentent d'y répondre en dévoilant les limites de l'orthodoxie de soins de santé primaires et pourquoi elle est bien plus efficace en termes de production idéologique qu'en termes de résultats probants. L'ouvrage se termine par une proposition de suggestions et pistes de réflexion pouvant mener à des actions plus proches des besoins des gens qui permettraient, selon les auteurs, un changement de cap et une sortie honorable de l'orthodoxie des soins de santé primaires.

Abdelkrim Soulimane

.....

### [Soins de santé primaires: la boucle est bouclée Dr Halfdan Mahler](#)

Interview du Dr Halfdan Mahler, Directeur général de l'OMS de 1973 à 1988



Le Dr Halfdan Mahler a occupé trois mandats successifs de Directeur général de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) de 1973 à 1988. Entré à l'OMS en 1951 en qualité de médecin rattaché au Programme national indien de lutte antituberculeuse, il est venu au Siège en 1962 comme Chef du Programme tuberculose, poste qu'il a occupé jusqu'en 1969. De 1969 à 1970, il a été Directeur de l'analyse de systèmes pour les projets.

De 1970 à 1973, il a occupé les fonctions de Sous-Directeur général responsable de plusieurs divisions. Après avoir quitté l'OMS en 1988, il a dirigé la Fédération internationale pour la Planification familiale jusqu'en 1995. Le Dr Mahler a obtenu son diplôme de docteur en médecine à l'Université de Copenhague en 1948 et il est titulaire d'un diplôme postuniversitaire en santé publique.

Voici trente ans, 134 États Membres de l'Organisation mondiale de la Santé se réunissaient dans l'ancienne capitale du Kazakhstan, Alma-Ata, en pleine guerre froide, pour assister à une conférence internationale qui devait déboucher sur un accord historique faisant des soins de santé primaires une stratégie essentielle pour parvenir à la santé pour tous d'ici l'an 2000.

Le Dr Mahler qui était alors Directeur général de l'OMS, explique au *Bulletin* pourquoi les soins de santé primaires ont depuis, un peu perdu leur voie et fait part de son espoir d'un renouveau.

*Q: Au début, vous ne pensiez pas que c'était une bonne idée d'organiser une conférence internationale sur les soins de santé primaires. Pourquoi?*

R: Nous étions convaincu, mes collègues et moi-même au secrétariat de la Conférence, qu'il fallait davantage de temps pour préparer les documents de base, mais le Conseil exécutif n'a pas été du même avis et a décidé d'organiser la conférence en 1978. Avec le recul, il faut bien reconnaître qu'il a eu raison.

*Q: D'où est venue l'initiative prônant une approche davantage axée sur les systèmes de santé?*

R: Elle venait de nombreux pays. Les organisations non gouvernementales (ONG) ont soumis une abondante documentation. Une publication de l'OMS intitulée *Participation et santé* fondée sur les observations reçues de différents pays, ONG et institutions, a également joué un rôle non négligeable. Après sa création, l'OMS a pendant de nombreuses années mis l'accent sur les maladies transmissibles. C'était l'époque de la guerre froide marquée par la concurrence constante entre les superpuissances qui voulaient toujours occuper la première place.

L'éradication du paludisme était le cheval de bataille des États-Unis d'Amérique alors que l'Union soviétique prônait l'éradication de la variole. De nombreux membres du Secrétariat de l'OMS étaient des sommités de la lutte contre les maladies transmissibles. Puis pendant les années 60, les États Membres ont commencé à critiquer l'OMS pour ne pas les avoir aidés à organiser leurs services de santé. Au cours des années 70, le Secrétariat de l'OMS a enfin cherché à concilier les programmes verticaux dirigés contre une seule maladie et une approche horizontale fondée sur les systèmes de santé.

*Q: Il y avait un conflit entre, d'une part, la base, l'approche communautaire des soins de santé primaires, appuyée par les ONG et par certains à l'OMS et, d'autre part, l'approche de systèmes de santé centralisés prônée par l'Union soviétique. Est-il vrai que vous penchiez pour l'approche communautaire?*

R: Il n'est pas possible d'avoir une des approches, sans l'autre, car elles vont de pair. L'Union soviétique, mais aussi de nombreux autres États Membres préconisaient l'approche de systèmes de santé centralisés. Les soins de santé primaires ne peuvent donner des résultats concluants sans une participation individuelle, familiale et communautaire; inversement, cette participation communautaire reste vaine sans l'appui du système de santé.

*Q: Quelle était l'atmosphère à Alma-Ata il y a trente ans? Qu'attendiez-vous de la conférence et ces attentes ont-elles été satisfaites?*

R: Je pensais qu'elle allait s'imposer comme la conférence la plus déterminante jamais organisée par l'OMS depuis sa création en 1948. Mais le Secrétariat voulait surtout obtenir un consensus, ce qui était essentiel. Cela voulait dire qu'il fallait s'efforcer non pas de convaincre nos adversaires qu'ils avaient tort mais d'arriver à une union à un niveau supérieur de réflexion. Et c'est exactement ce qui s'est produit à Alma-Ata. L'atmosphère était presque spirituelle, non pas au sens religieux, mais au sens où les gens voulaient vraiment accomplir quelque chose de marquant. On s'est beaucoup disputé pendant les mois qui ont précédé, et à la conférence aussi. Mais l'impression dominante pour tous était : « nous devons parvenir à un consensus ». Cela n'a pas été facile.

Par exemple, en cherchant à faire figurer «la planification familiale » aux côtés «des soins de la mère et de l'enfant» dans la Déclaration, on est arrivé au bord de la rupture totale. Mais les participants étaient prêts à faire un sacrifice pour des objectifs communs et nous avons pu parvenir à un consensus spirituel. Il est très surprenant de voir à quel point ce consensus a été critiqué par la suite. Chaque fois que je demandais à ceux qui nous critiquaient s'ils avaient seulement lu la Déclaration et le Rapport d'Alma-Ata, la plupart répondaient «Qui lirait de telles sornettes?» Même au sein du personnel de l'OMS, rares étaient ceux qui lisaient et relisaient ces textes.

*Q: Y a-t-il un moment particulier de la Conférence qui est resté gravé dans votre esprit ?*

R: À la fin de la Conférence, une jeune africaine médecin, vêtue d'un très beau costume traditionnel, a donné lecture de la Déclaration d'Alma-Ata. Dans l'assistance, beaucoup avaient des larmes aux yeux. Nous n'avions jamais cru que nous arriverions jusque-là. Ce moment était sacré.

*Q: Quel a été le sens de la Déclaration pour les gens? Quel a été son impact immédiat sur les opérations de l'OMS et dans un contexte international plus large ?*

R: Pour la plupart, il s'agissait d'une vraie révolution dans la façon de penser. La santé pour tous est un système de valeurs avec les soins de santé primaires comme composante stratégique. Les deux choses vont de pair. Vous devez savoir où vous voulez que vos valeurs vous amènent et c'est là qu'il nous fallait utiliser la stratégie des soins de santé primaires. Il y a eu une espèce de jubilation immédiatement après. Certains disent qu'il n'y a rien eu par la suite, mais c'est tout à fait injuste si l'on songe à ce que les Régions et les États Membres de l'OMS ont fait au cours des premières années qui ont suivi.

Par exemple, plusieurs États Membres de l'OMS ont fait des progrès vraiment extraordinaires. Mais ils disposaient de davantage de ressources. L'Afrique aussi a présenté certains des exemples les plus impressionnants des soins de santé primaires dans la pratique, par exemple au Mozambique, alors que les efforts d'autres pays subissaient l'érosion du contexte politique et économique de l'époque. Des années après, l'OMS a continué d'appliquer le consensus d'Alma-Ata avec divers résultats positifs dans différentes Régions et dans différents pays.

*Q: Les soins de santé primaires sélectifs qui mettent l'accent sur des thèmes particuliers ou des maladies particulières sont à l'opposé du consensus des soins de santé primaires d'Alma-Ata qui prône la santé pour tous. Pourquoi les soins de santé primaires ont-ils perdu leur voie?*

R: Les années 70 constituaient une décennie favorable aux préoccupations de justice sociale. C'est pour cela qu'après Alma-Ata en 1978 tout semblait possible. Puis il y a eu un changement radical à cause du programme d'ajustements structurels préconisé par le Fonds monétaire international (FMI) avec la privatisation tous azimuts, ce qui a suscité du scepticisme à l'égard du consensus d'Alma-Ata et a affaibli l'engagement en faveur de la stratégie des soins de santé primaires. Les Régions de l'OMS ont continué à se battre dans les pays, mais sans le soutien de la Banque mondiale et du FMI. Et la plus grande déception est venue quand plusieurs organisations du système des Nations Unies ont à leur tour adopté une approche « sélective » des soins de santé primaires. On était revenu à la case départ. Nous avons commencé par des programmes sélectifs de soins de santé, luttant contre des maladies déterminées comme le paludisme et la tuberculose pendant les années 50 et 60. Nous avons eu ensuite ce réveil spirituel et intellectuel issu d'Alma-Ata, puis tout à coup certains avocats des soins de santé primaires en sont revenus à la vieille approche sélective. Peut-être, paradoxalement, Alma-Ata a eu dans certains cas l'effet opposé à celui qui était escompté car les gens pensaient trop à la sélection au lieu de suivre l'évangile de la santé pour tous.

*Q: La Déclaration d'Alma-Ata a-t-elle répondu à vos attentes?*

R: Elle a fait plus que cela, allant aussi bien au-delà des attentes des gouvernements, des ONG et des personnes concernées. Jamais une place aussi importante n'avait été accordée à la santé. La santé n'est complète que pour ceux qui la voient sous un jour complet. Elle est fragmentée pour ceux qui la voient sous un jour fragmenté. Ce truisme était omniprésent dans les délibérations d'Alma-Ata. L'impact immédiat de la Déclaration a été énorme car les gens sont partis convaincus d'avoir participé à une révolution sanitaire.

*Q: Les soins de santé primaires représentent-ils une priorité aussi urgente aujourd'hui qu'à l'époque?*

R: L'urgence est encore plus marquée aujourd'hui que jamais, ne serait-ce que parce qu'il faut établir un pont entre ce qui est arrivé au cours des premières années qui ont suivi Alma-Ata et ce qui existe maintenant. La mémoire des soins de santé primaires survit dans les Régions de l'OMS et les États Membres et parmi les ONG qui aident l'OMS, et il est possible de relancer le mouvement.

*Q: La santé pour tous semble un objectif utopique, que vouliez-vous dire par cette expression?*

R: L'objectif n'était pas d'éradiquer toutes les maladies avant l'an 2000; nous savions bien que cela serait impossible. Le but était d'attirer l'attention du monde entier sur les inégalités sanitaires et d'essayer d'atteindre un niveau de santé acceptable et équitable dans le monde entier.

*Q: Êtes-vous déçu de constater que le but de la santé pour tous n'a pas été atteint et que les soins de santé primaires apparaissent comme un échec des efforts entrepris pour atteindre des soins de santé universels? Comment l'OMS peut-elle relancer les soins santé primaires aujourd'hui et quel est votre engagement en la matière?*

R: L'OMS est en train de lancer quelque chose de très important. Cela nous ramène à la merveilleuse définition de la santé. Si seulement les gens avaient mieux respecté cette définition à savoir que «la santé est un état complet, bien être, physique, mental et social et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité » – une définition dont de nombreux professionnels de la santé se sont moqués. J'appuie avec force ce que l'OMS fait aujourd'hui. Je trouve qu'il est exceptionnellement courageux de la part du Directeur général actuel [le Dr Margaret Chan] d'avoir engagé la discussion avec les États Membres sur la façon de relancer les soins de santé primaires.

Je le dis comme quelqu'un qui n'est plus tout jeune et qui a été déçu de la tournure prise par les événements, mais je vois maintenant que l'OMS est prête à regarder sérieusement où nous en sommes aujourd'hui et où nous voulons aller au-delà des soins de santé primaires sélectifs. L'opération sera peut-être coûteuse car il s'agira non seulement de convertir les programmes verticaux, mais aussi d'arriver à des systèmes de santé fondés sur les concepts des soins de santé primaires. Il faudra se prévaloir de toutes les synergies qui pourront être générées entre le vertical et l'horizontal. Je suis très heureux de constater que tout commence à prendre forme maintenant.